

Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2003/04

– sex utvalda examensrapporter

Peter Westerholm (red)

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2005:17

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa
Enhetschef: Ewa Wigaeus Tornqvist

Förord

Denna utgåva av Arbetslivsinstitutets skriftserie ”Arbetslivsrapport” innehåller sex utvalda examensarbeten framlagda som rapporter av de handledda projekt som ingår som obligatorisk del av institutets utbildning av företagsläkare. Rapporterna som ingår i skriften har redovisats vid den examensvecka som anordnades i december 2004 för den utbildning som inleddes i september år 2003.

Bakgrunden är den att kursdeltagarna i ett tidigt skede av utbildningen väljer ut ett ämne för projektarbetet som sedan diskuteras och preciseras avseende frågeställning, urval av undersökt(a) grupp(er) eller material, val av metod(er) tillsammans med en eller två utsedda handledare. Ämnesvalet påverkas vanligen av aktuell arbetsituation i företagshälsovården och av den allmänna samhällsdebatten om arbete, arbetsmiljö och hälsa.

I denna utgåva finns följande arbeten:

Arbetena spänner över en betydande bredd av aktiviteter och intressen hos företagsläkarna. De valda ämnena spänner över ett brett område av Utmattningstillstånd (Marie Westin), Ohälsa i anslutning till IT-arbete (Ingela Dahlman), Rutiner för rehabilitering och återgång i arbete (Massood Meshkin), Hälsofrågor i anslutning till organisatorisk förändring i ett verkstadsföretag (Eva Lissel), Klimatfaktorer och symtom hos personal relaterade till inomhusluftens kvalitet (Daphne Enstam), Stickskador hos sjukhuspersonal (Lars Thorselius).

De sex rapporterna avhandlar ämnen och frågeställningar som återfinns inom företagshälsovårdens breda arbetsfält. De är samtliga av hög aktualitet och god kvalitet.

I slutet av skriften återfinns en lista över författarna med uppgifter om kontaktadresser att användas av läsare vid behov av ytterligare information eller för att diskutera rapporternas innehåll. I anslutning till kapitlen anger vi även namnen på handledarna.

Författarna svarar själva för sina rapporters innehåll. Examensarbetena ingår i detta samlade dokument som självständiga kapitel. Arbetslivsrapporten görs även tillgänglig via INTERNET på Arbetslivsinstitutets hemsida: < www.arbetslivsinstitutet.se >

Vi tackar författarna och deras handledare för att vi på detta sätt kan tillhandahålla dessa examensarbeten som avhandlar aktuella frågor i företag och organisationer där FHV verkar. Vi hoppas att de skall utgöra inspirerande läsning för alla som intresserar sig för och aktivt verkar för ett sunt och hållbart arbetsliv för alla. Vårt tack riktas även till Gun Carlsson, utbildnings- samordnare för utbildningen av företagsläkare vid arbetslivsinstitutet, och Monica Söderholm, epidemiologiassistent vid arbetslivsinstitutets arbetshälsoenhet, för hjälp i sammanställning och redigering av rapportmaterialet.

Arbetslivsinstitutet i maj 2005

Peter Westerholm

Examinator och redaktör

Ingvar Lundberg

Examinator

Margareta Torgén

Examinator

Innehållsförteckning

Utmattning bland yrkesverksamma kvinnor och män <i>Marie Westin</i>	1
En studie av möjliga orsaker till ohälsa på en IT-arbetsplats <i>Ingela Dahlman</i>	19
Hur kan skapande av rutiner för rehabilitering, underlätta återgång i arbete? <i>Massood Meshkin</i>	29
HALL-projektet – en kartläggning av arbetshälsa hos plåtslagare, mekaniker och tekniker under förändringsarbete i bilverkstad <i>Eva Lissel</i>	45
Kartläggning av klimatfaktorer och symtom relaterade till inomhusmiljön hos en grupp lärare före och efter luftförbättrande intervention <i>Daphne Enstam</i>	67
Stickskador hos personal vid Huddinge Universitetssjukhus AB och Södersjukhuset AB – en jämförande studie <i>Lars Thorselius</i>	85
Författaradresser	103

Utmattning bland yrkesverksamma kvinnor och män

Författare: Marie Westin, Företagsläkare KvaLita Företagshälsovård

Handledare: Örjan Sundin

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2003/2004

Sammanfattning

Genusperspektivet har alltmer uppmärksammats när det gäller att förstå skillnader i kvinnors och mäns arbets- och livsvillkor. Det är känt att kvinnor har lägre lön än män och det tycks som om kvinnor har svårare än män att nå ledande positioner i samhället. Kvinnor rapporterar dessutom högre grad av ohälsa och är långtidssjukskrivna i betydligt högre grad än män. Det finns därför ett samhällsekonomiskt intresse att förstå dessa könsskillnader.

Utifrån tidigare studier förefaller könsintegrerade arbetsplatser särskilt gynnsamma ur ett hälsoperspektiv. Samtliga anställda i ett könsintegrerat företag fick utifrån en annan frågeställning besvara en webbaserad enkät bestående av 232 frågor angående stress och andra psykosociala förhållanden. Av dessa valde 746 att besvara enkäten vilket motsvarar en svarsfrekvens på ca 65 %. Vi har valt att belysa samma datamaterial ur ett genusperspektiv för att se om det finns några skillnader när det gäller grad av utmattning.

Huvudresultatet i studien är att det finns signifikanta skillnader mellan könen. Kvinnorna uppvisar högre grad av utmattning om man ser till deras totala livssituation. De uppvisar också högre grad av sömnstörningar. Detta trots att de utifrån självrapporterade data uppvisar såväl högre hårdighet som att de har bättre socialt stöd privat än männen, båda faktorer som anses skydda mot stress och utmattning. Till skillnad från andra studier där kvinnor skattar högre på psykisk ohälsa som depression och ångest ser vi ingen könsskillnad i dessa avseenden. Även arbetsvillkoren skattas väsentligen lika mellan könen med undantag för socialt stöd, kvinnorna får sämre stöd i sitt arbete än männen. I linje med andra studier har kvinnorna i vår studie högre grad av prestationsbaserad självkänsla än männen, en egenskap som uppmärksammats alltmer när det gäller uppkomsten av utmattningssyndrom.

Det går i denna studie inte att dra några slutsatser om vad som är orsak och verkan. Är det en selektion av kvinnor och män som söker sig till en könsintegrerad arbetsplats eller ger en könsintegrerad arbetsplats bra eller åtminstone bättre livsvillkor än könssegregerade arbetsplatser? Och varför blir kvinnorna i vår studie utmattade i högre grad än männen trots väsentligen lika arbetsvillkor? En tänkbar om än inte bevisad förklaring kan se ut så här. Kvinnorna har högre hårdighet än männen vilket gör att de relativt sett är stresståligare och möjligen stannar kvar längre i ogynnsamma miljöer. En hög prestationsbaserad självkänsla gör att de driver sig själva hårt. Ett sämre socialt stöd på arbetet kan leda till en situation av konkurrens och ökad upplevelse av krav vilket gör att de driver sig själva ytterligare. Om vi slutligen antar att kvinnorna i vår studie inte avviker markant från kvinnor i allmänhet utför de privat mer hushållsarbete än männen. Dessa omständigheter är sannolikt tillräckliga för att initiera och vidmakthålla en process som kan leda till klinisk utmattning. I nuläget har kvinnorna som grupp ingen förhöjd nivå av depressions- eller ångestsymptom. Ur forskningssynpunkt vore det intressant att kunna följa samma grupp kvinnor för att se om de på sikt utvecklar en klinisk utmattning och i så fall hur förloppet ser ut. Bäst ur såväl individens som samhällets perspektiv vore antagligen att redan vid förhöjda utmattningspoäng gå in med interventioner men även på detta område behövs mer forskning.

Inledning

Bakgrund

Vi har i Sverige hög jämställdhet mellan könen om man jämför med hur det har varit tidigare och hur det fortfarande är i många länder. Trots det finns skillnader mellan könen. Kvinnor har i genomsnitt lägre lön än män och denna löneskillnad har varit konstant sedan 1980-talet. Om man ser till könsfördelningen i ledande befattningar såväl inom privata näringslivet som inom offentlig verksamhet tycks det som om kvinnor också har svårare att nå ledande positioner i samhället. Skillnader finns likaså när det gäller självrapporterad ohälsa och antalet långtidssjukskrivna. Här hamnar kvinnorna i topp. De bakomliggande orsakerna till att människor blir långtidssjukskrivna är många och komplexa och någon klar koppling mellan sjukdom och sjukskrivning föreligger inte (SBU, 2003). Att sjukskrivning så självklart har kopplats till arbetsförmåga kan ha lett till dagens fokus på arbetsmiljön som orsak till ohälsa. Många teorier och modeller har utarbetats för att belysa hur arbetsmiljön påverkar människors hälsa, till exempel krav-kontrollmodellen av Karasek och Theorell (Karasek & Theorell, 1990). Faktorer utanför arbetslivet av betydelse för ohälsa och/eller sjukskrivning är mindre väl utforskade.

Ur ett internationellt perspektiv utmärker sig svenskt arbetsliv på flera sätt. Vi har en hög andel förvärvsarbetande kvinnor och kvinnor arbetar högt upp i åldrarna. Vi har också en starkt könssegregerad arbetsmarknad. Många yrken och arbetsplatser domineras av antingen kvinnor eller män, så kallad horisontell könssegregering. Endast 6-7 procent av båda könen arbetar i yrken med jämn könsfördelning. Könssegregering sker också vertikalt vilket innebär att kvinnor och män arbetar på olika nivåer inom en och samma verksamhet, männen arbetar oftare som chef medan kvinnorna arbetar längre ner i hierarkin. Det finns studier som har visat ett tydligt samband mellan arbetsmarknadens könssegregering och ohälsa för både kvinnor och män (Alexanderson et al, 1994; Leijon et al, 2004). Ju mer könssegregerad arbetsplats desto högre ohälsa. Detta gäller oavsett om ohälsa mäts som självrapporterad sjuklighet, diagnostiserad sjukdom eller social sjukroll till exempel i form av sjukfrånvaro. Förändringar i arbetslivet drabbar också kvinnor och män olika. Då många kvinnor arbetar inom vård och omsorg och 1990-talets stora nedskärningar drabbat dessa områden särskilt hårt, har också kvinnor i högre utsträckning än män påverkats. Förändringar kan påverka arbetsmängden men också arbetsinnehållet vilket ibland förbises i forskningssammanhang. Det klassificeringssystem för yrkesbeteckningar som används tycks spegla arbetsinnehållet sämre för kvinnor än för män (Härenstam et al, 2000).

Genusperspektiv

Genusperspektivet har alltmer uppmärksamats när det gäller att förstå skillnader i kvinnors och mäns arbets- och livsvillkor. Men vad innebär det att anta ett genusperspektiv och vilka teorier och förklaringsmodeller finns? Ett sätt att angripa problemet har varit att forska om och uppmärksamma psykosociala könsskillnader. Uppkomna skillnader har sedan ofta förklarats utifrån ett biologiskt perspektiv. Biologiskt baserade beteendeskilnader finns antagligen mellan könen men relevansen av dessa när det gäller att förklara faktorer som ohälsa, utmattning eller arbetsvillkor är oklar. Troligen överskattas skillnaderna (Magnusson, 2002).

Könsmakssystemet (Hirdman, 1990) utgör en annan förklaringsmodell. I den modellen menar man att samhället är ett patriarkalt system som ordnar människor efter vilket kön de har. Män sätts högre än kvinnor, män tilldelas mer resurser och makt än kvinnor. Både kvinnor och män tar sedan till sig bilden av män som högre rankade och mer värda än kvinnor och betar sig på ett sätt som gör att de passar in i den bilden. Att göra kön på rätt sätt blir därmed viktigt för självkänslan för såväl flickor som pojkar. Flickor har störst möjlighet att bli bekräftade som flickor om de förhåller sig relativt underordnade pojkar (Elvin-Nowak & Thomsson, 2003).

Bristen på forskning om ohälsa ur ett genusperspektiv är stor men det finns undantag. Redan 1989 visade Marianne Frankenhauser att kvinnliga respektive manliga chefer fick ett likartat stresspåslag under arbetsdagen (Frankenhauser, 1993). Efter arbetsdagens slut fick de kvinnliga, till skillnad från de manliga, cheferna en ny stresstopp. Om man idag skulle göra om studien skulle resultatet med största sannolikhet bestå. Visst deltar män mer i omsorgen om barnen och i hushållsarbete idag jämfört med tidigare men forskning ”Om kvinnors och mäns sysselsättning, löner och hushållsarbete” av Anita Nyberg visar att kvinnor fortfarande står för 65 % av vården av de egna barnen och ca 70 % av oavlönat hushållsarbete (Nyberg, 2003). Detta samtidigt som kvinnors och mäns arbetstider tenderar att bli allt mer lika. Kristina Orth-Gomér har likaså med sin forskning bidragit till ökad kunskap om hjärtsjukdom hos kvinnor. Forskningen visar att kvinnors symtom vid till exempel akut hjärtinfarkt skiljer sig från männens, vilket kan ha stor betydelse i det kliniska arbetet. När det gäller orsaksfaktorer visar det sig att ”stress från familjen var förenad med minst lika stor risk för hjärtsjukdom som arbetsstress; när det gäller stress i parförhållandet och i samband med separationer syntes riskerna till och med större än för stress ifrån den psykosociala arbetsmiljön” (Orth-Gomér et al, 1997).

Utmattning

Symtom från rörelseapparaten utgör fortfarande en viktig orsak till långtidssjukskrivning. Den största ökningen ligger dock inom området psykisk ohälsa som i sin tur ofta handlar om stressrelaterad ohälsa. Allra störst är ökningen hos unga kvinnor (Alecta, 2004; Arbetsmiljöverket, 2003; Socialstyrelsen, 2004).

Utbrändhet (”burnout”) är ett ofta använt begrepp när det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa. Christina Maslach beskrev tidigt utbrändhet som ett syndrom karaktäriserat av emotionell utmattning, bristande engagemang och minskad effektivitet (Maslach et al, 1996). Enligt Maslach och Leiter beror utbrändhet framförallt på brister i arbetsmiljön (Maslach & Leiter, 2001). Melamed och Shirom har på liknande sätt beskrivit ett tillstånd av utbrändhet, håglöshet, spändhet och mental trötthet (Melamed et al, 1992). Pines har valt att mäta de tre delskalorna depressivitet, lågt välbefinnande och trötthet (Pines et al, 1981). Ytterligare ett närbesläktat begrepp är livsutmattning (vital exhaustion) som beskriver ett tillstånd av energilöshet, ökad irritabilitet och nedstämdhet (Appels et al, 1987). I forskningssammanhang fokuserar man ofta på den känslomässiga utmattningen.

När man har mätt utbrändhet utifrån någon av dessa definitioner i kliniska patientmaterial har man funnit en stark samvariation mellan utbrändhet och annan psykisk ohälsa som ångest och

depression (Perski & Grossi, 2004). Man har däremot inte kunnat uttala sig om huruvida ångest och depression predisponerar för utbrändhet eller om dessa symtom kommer sekundärt till utbrändheten.

Men utbrändhet är inte ett tillstånd som kommer över en natt. Ofta har en psykosocial belastning pågått under flera år. Hallsten önskar med begreppet utbränning markera just att det handlar om en process snarare än om ett tillstånd. Han ser utbränning som en interaktion mellan individens sårbarhet, dennes copingresurser och faktorer i arbetsmiljön och har valt att mäta utbränning genom att kombinera pines-skalan och prestationsbaserad självkänsla (Hallsten, 2001; Hallsten et al, 2002). Hur denna process ser ut, vilka faktorer som sätter igång den och vidmakthåller den är idag ofullständigt känd.

Begreppet utbrändhet var ursprungligen kopplat till faktorer i arbetsmiljön. Det finns två invändningar mot att använda begreppet på det sättet. För det första ger begreppet utbrändhet lätt negativa associationer och leder tankarna till något oåterkalleligt. Av det skälet föredrar man idag andra begrepp som till exempel utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003). För det andra har man alltmer uppmärksammat att faktorer utanför arbetslivet verkar ha stor betydelse för uppkomsten av utmattningssyndrom. Enligt preliminära data från Karolinska Institutet tycks förändringar i arbetsorganisation spela en avgörande roll för uppkomsten av utmattningssyndrom i ca hälften av fallen. För den andra hälften tycks andra faktorer vara avgörande. Att samma symtombild ses vid såväl utmattningssyndrom som vid t ex långvarig arbetslöshet stöder ytterligare tanken att andra faktorer än arbetsrelaterade kan ha betydelse för uppkomsten.

Syfte och frågeställning

Avsikten med aktuell studie är att ur ett genusperspektiv belysa ett givet datamaterial och se om det går att dra några slutsatser när det gäller förekomsten av utmattning. Materialet utgör en del av ett större datamaterial inhämtat utifrån en annan frågeställning. Val av metod har därför inte primärt gjorts utifrån önskemål om ett genusperspektiv. Det aktuella företaget är dock intressant då det utgör ett exempel på en könsintegrerad arbetsplats. Könsintegrerade arbetsplatser har i tidigare studier visat sig gynnsamma ur hälsoaspekter. Med den metod som valts når vi en grupp kvinnor och män som alla är yrkesverksamma och i tjänst. Sjukskrivna och arbetslösa individer omfattas inte. Givna dessa förutsättningar har vår hypotes varit att några könsskillnader vad gäller utmattning inte skulle föreligga alternativt vara små. Om skillnader i utmattning finns önskar vi se hur utmattning samvarierar med andra faktorer. Studien är explorativ men begränsad av antalet variabler, slutsatser om direkta orsakssamband ligger därför utanför egentligt fokus. Däremot kommer möjliga förklaringar och dessas betydelse för eventuell fortsatt forskning att diskuteras.

Metod

Undersökt grupp

Det undersökta bolaget finns representerat i hela Sverige. Antalet anställda berörda av undersökningen var vid undersökningsperiodens start 1 379. Brev, via e-post, utsändes till samtliga anställda. Brevet förklarade undersökningens syfte och tillvägagångssätt. Samtliga

ombads att via webben (www.alfaomega.nu) fylla i en enkät bestående av 232 frågor angående stress och andra psykosociala förhållanden. Personliga koder och sökvägar utsändes till samtliga för att möjliggöra åtkomst till testet men också för att säkra de anställdas anonymitet. Testperioden varade i 3 veckor, åtkomst till testet var sedan inte längre möjlig.

Samtliga 1 379 anställda omfattades av undersökningen, dock föll 137 initialt bort då de på grund av bolagets kommande nedskärningar inte längre gick att nås via sin e-post adress. Ytterligare 74 personer föll bort som följd av sjukskrivning, semester, utrikes resa och 16 stycken hade under perioden bytt postadress och nåddes därför inte av utskicket. Av de 1 152 personer som kvarstod besvarade 746 enkäten med en svarsfrekvens kontrollerad för bortfall på ca 65 %. En påminnelse utgick till dem som inte besvarade enkäten. Uppgivna förklaringar till bortfall var till exempel ”att man inte hade tid, inte lust att delta” men det totala antalet bortfall går inte att ange, några kunde t ex ha varit för sena med sina svar och därför ha nekats åtkomst till testet. Då enkäten är omfattande finns vidare en obekräftad misstanke att det i bortfallet finns en överrepresentation av personer med utmattningstendenser.

Av dem som besvarade enkäten var 342 kvinnor och 404 män.

Variabler

Sociodemografiska data: kön, ålder, civilstånd och yrke.

Utbrändhet/utmattning kan mätas med flera olika enkäter. SMBQ, Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (Melamed et al, 1992) består av 22 frågor graderade från 1 (nästan aldrig) till 7 (nästan alltid). Utbrändhet kan också mätas med MBI, Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1996). Enkäten består av frågor om personliga upplevelser av energi, engagemang och effektivitet och relateras till arbetsförhållanden. Utbrändhet kan vidare mätas med Pines Burnout Measure (Pinesskalan) som består av 21 frågor. Skalan kan delas upp i de tre faktorerna depressivitet, lågt välbefinnande och trötthet. Livsutmattning (Vital Exhaustion) kan mätas med The Maastricht Questionnaire (Appels, 1987). Livsutmattning beskriver ett tillstånd av energilöshet, ökad irritabilitet och nedstämdhet. Detta instrument består av 21 frågor rörande förekomst av symtom och besvaras enligt en tregradig skala (Ja =2, Vet ej = 1, Nej = 0). De olika skalorna är delvis överlappande, några är i högre utsträckning inriktade mot arbetsrelaterade faktorer medan andra i högre utsträckning mäter symtomrelaterade tillstånd.

I denna undersökning har vi använt en egen konstruerad skala (Sundin & Jinder, 2004), AHI-EI – arbetshälsoinstitutets utmattningsindex som hämtat frågor och/eller påståenden från flera av skalorna här ovanför men som också består av några nya frågor (www.stressmottagningen.se). AHI-EI har en hög internkoncistens, Cronbach $\alpha = 0,94$. AHI-EI skalan uppdelades också i två kategorier – hög respektive låg utmattning. Uppdelningen vid kritisk punkt (2 standardavvikelseenheter över medelpoäng) gav upphov till en bimodal fördelning med medelpoäng för de med hög utmattningspoäng på 53,4 och på låg 14,22.

Sömnstörning kan mätas till exempel med KSQ, Karolinska Sleep Questionnaire (Kecklund & Åkerstedt, 1992) eller sömnavaneinventoriet. I denna studie har 7 frågor från det senare valts ut. Frågorna har besvarats på en tregradig skala från 1 (aldrig/mycket bra) till 3 (alltid/mycket dåligt). Ju högre värde desto sämre sömn. Cronbach α för denna skala är också godtagbart hög (0,67).

Livshändelser på individnivå mäts ofta med ett test utformat av Holmes och Rahe (Holmes & Rahe, 1967). Ju fler eller allvarligare livshändelser man har varit med om desto högre poäng. Livshändelser kan även äga rum på nationsnivå till exempel krig eller naturkatastrofer eller på kommunnivå till exempel företagsnedläggning. I denna undersökning har en förkortad version av Rahes och Holmes index använts.

Stressbeteende har i denna enkät undersökts med ett urval av frågor för att fånga Typ A beteende först beskrivet av Ray Rosenman och Meyer Friedman (Rosenman et al, 1975) och tecken på kronisk stress. Cronbach $\alpha = 0,88$.

Härdighet är ett begrepp introducerat av Suzanne Kobasa. Med härdighet avses ett personligt förhållningssätt när det gäller kontroll, önskan om utmaningar samt engagemang (commitment). Enligt Suzanne Kobasa har människor med hög härdighet bättre hälsa och drabbas mindre ofta av depression och ångest. Härdighet mäts med 24 frågor (Kobasa, 1979). Cronbach $\alpha = 0,85$.

Prestationsbaserad självkänsla (PBS) beskriver ett personligt förhållningssätt som präglas av ett starkt engagemang och en självkänsla som är starkt avhängig den egna prestationen. Tidiga levnadsförhållanden men även arbetsvillkor kan tänkas påverka den prestationsbaserade självkänslan. PBS skattas genom 4 frågor (Hallsten et al, 2002). Cronbach $\alpha = 0,82$.

Hälsobeteende mättes med ett instrument ursprungligen använt i en stor amerikansk hjärtstudie, CASS-studien (Killip, 1985).

Socialt stöd mäts ofta med hjälp av självskattningsskalor, till exempel Interview Schedule for Social Interaction (ISSI). ISSI innehåller 30 frågor om det sociala nätverket som omfattar antalet nära relationer och sociala relationer samt tillfredsställelsen med dessa relationer (Henderson et al, 1980). Undén och Orth-Gomér har utarbetat självskattningsskalor SS-13 bestående av 13 frågor och som utgör en förkortad och förenklad version av ISSI (Undén & Orth-Gomér, 1989). I denna undersökning har vi använt oss av en ytterligare förkortad version bestående av 8 frågor från de områden av ISSI som har högst inbördes korrelation. De aspekter som avses är social förankring, känslomässigt stöd, värderande stöd (hjälp till coping) samt praktiskt stöd. Även här visas en relativt hög Cronbach α (0,84).

Ångest och depression mättes med frågor hämtade från Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) och från Becks depressions- och ångest index (BDI respektive BAI). Cronbach α för depressionsfrågorna och ångestfrågorna var 0,88 och 0,85 respektive.

Arbetsvillkor mättes med frågor utifrån Maslach och Leiters tankegångar om utbrändhet som ett resultat av oförenligheten mellan arbete och individ (Maslach & Leiter, 2001). Frågorna inriktas på områdena arbetsbelastning, kontroll, uppmuntran, gemenskap, rättvisa och värderingar. Frågor om företagsledningen innefattade uppfattning om förändring, uppdrag och mål, företagsledning, arbetsledning, kommunikation, prestationsutvärdering, hälsa och trygghet, arbete och privatliv. Skalans totala interna konsistens gav ett Cronbach $\alpha = 0.91$, medan delskalorna var för sig inte uppnådde samma höga värden: arbetsbelastning (Cronbach $\alpha = 0.86$); kontroll (Cronbach $\alpha = 0.68$); återkoppling/uppmuntran för gjorda arbetsinsatser (Cronbach $\alpha = 0.66$); arbetsgemenskap (Cronbach $\alpha = 0.76$); ledarskap (Cronbach $\alpha = 0.78$); kommunikation (Cronbach $\alpha = 0.58$); utvecklingsmöjligheter (Cronbach $\alpha = 0.83$); företagsledning och interna värden (Cronbach $\alpha = 0.27$). Den sistnämnda har så pass låg intern konsistens att den därför borttagits från vidare analyser.

Statistiska metoder

För att få jämförbara värden mellan olika skalor räknades råpoäng för kontinuerliga variabler om enligt formeln (Erhållet värde/skalans maxpoäng)*100. De olika skalornas min- och maxpoäng blev på så sätt 0 respektive 100.

Med hjälp av statistikprogrammet Statistica har skillnader mellan grupper analyserats med variansanalys (ANOVA) för kontinuerliga och med chi 2 test för kategoriska variabler.

Resultat

342 kvinnor och 404 män valde att besvara enkäten, dvs sammanlagt 746 personer. Fyrtioåttan kvinnor (6,4 %) och 35 män (4,7 %) uppvisade höga utmattningspoäng. Fler kvinnor än män visade således utmattningstendenser (Chi 2 = 0,02). Kvinnorna är också gifta/samboende i lägre grad än männen. Den icke parametriska testningen visade vidare att fördelning chef och medarbetare inte särskilde könen.

MANOVA, multivariat variansanalys visade att det föreligger statistiskt signifikanta könsskillnader i materialet även för de kontinuerliga variablerna (Wilks lambda = 0,85929, F (20, 725) = 5,9362, p = 0,00000). Univariata test har sedan använts för de enskilda variablerna (för mer specifik information, se tabell 1 och 2).

Kvinnorna i vår studie är i genomsnitt knappt två år yngre än männen. De resultat som presenteras i det följande har kontrollerats med avseende på ålder men någon statistisk skillnad har inte kunnat påvisas.

Kvinnor uppvisar högre total utmattningspoäng än männen.

När det gäller faktorer som är negativa ur hälsosynpunkt kan vi konstatera att kvinnorna i vår studie, förutom högre grad av utmattning, också har mer sömnproblem än männen (tabell 1), har

högre prestationsbaserad självkänsla än männen (tabell 1) samt erhåller sämre återkoppling av arbetsuppgifter på sitt arbete (tabell 2) än männen.

Faktorer som givit signifikanta skillnader men som talar till kvinnornas fördel är att de uppvisar högre grad av härdighet (tabell 1) och har bättre socialt stöd (tabell 1) än männen.

När det gäller andra individuella faktorer som livshändelser, stressbeteende, hälsobeteende, depression samt ångest kan inga könsskillnader påvisas (tabell 1). Detsamma gäller arbetsrelaterade faktorer som arbetsrelaterad utmattning, arbetsbelastning, kontroll, gemenskap, ledarskap och rättvisa, kommunikation och utvecklingsmöjligheter (tabell 2).

Tabell 1: Individuella faktorer och symtom

	Kvinnor	sd	Män	sd	p
Ålder	47,52	0,53	49,31	0,48	0,012
Socialt stöd	75,12	1,08	64,86	1,00	0,000
Prestationsbaserad självkänsla	47,67	1,31	43,98	1,2	0,038
Härdighet	73,9	0,63	71,24	0,58	0,002
Sömn	27,82	1,35	23,94	1,24	0,034
Utmattning - Arbete + privat	19,98	0,89	17,38	0,82	0,033
Livshändelser	46,8	2,56	45,79	2,35	0,772
Stressbeteende	36,98	0,81	35,56	0,75	0,198
Hälsobeteende	74,44	0,65	75,74	0,6	0,141
Depression	8,17	0,32	7,84	0,29	0,445
Ångest	4,63	0,21	4,29	0,19	0,219

Tabell 2: Arbetsrelaterade faktorer

	Kvinnor	sd	Män	sd	p
Återkoppling av arbetsuppgifter	20,46	1,07	24,34	0,99	0,008
Utmattning - Arbetsrelaterad	16,25	0,89	14,97	0,82	0,292
Arbetsbelastning	34,31	1,28	32,26	1,18	0,241
Kontroll	40,08	1,04	38,23	0,95	0,192
Gemenskap	25,85	1,04	26,99	0,96	0,417
Ledarskap och rättvisa	32,24	1,08	32,49	0,99	0,865
Kommunikation	40,74	1,17	39,65	1,07	0,498
Utvecklingsmöjligheter	52,34	1,37	51,35	1,26	0,593

Diskussion

Utmattning

Kvinnorna i vår studie har högre utmattningspoäng än männen och skillnaden är signifikant. 6,4 % av kvinnorna och 4,7 % av männen har värden motsvarande klinisk utmattning. Enkäten riktade sig till yrkesarbetande, icke sjukskrivna, kvinnor och män. Om enkäten hade riktats även till de sjukskrivna hade siffrorna med största sannolikhet varit högre. Som jämförelse kan nämnas Lennart Hallstens populationsstudie (Hallsten et al, 2002) där 7,4 % av kvinnorna och 3,9 % av männen visade tecken på utbränning mätt som Pines > 3.5 och PBS > 3.0. Gruppen yrkesverksamma inkluderade där även sjukskrivna personer. I HaKul-studien (Vingård et al, 2001) erhöles likartade resultat, 5,9 % av kvinnorna och 3,4 % av männen rapporterade allvarlig utbränning. Resultat från arbetande grupper talar för att det oftast finns skillnader mellan kvinnor och män vad gäller grad av utmattning men resultaten är inte entydiga.

Värt att notera är att könsskillnaden för yrkesverksamma grupper i såväl Hallstens populationsstudie som HaKul-studien tycktes vara större än i vår studie. Än större föreföll könsskillnaden vara om man tittade på hela populationen omfattande såväl yrkesarbetande som icke yrkesarbetande (till exempel arbetslösa och studerande). Där visade 9,3 % av kvinnorna och 4,6 % av männen tecken till utbränning. Vår utgångshypotes var att en könsintegrerad arbetsplats var bra ur hälsoaspekten. Aktuella resultat verkar stödja den hypotesen.

Sömn

Kvinnorna i vår studie sov sämre än männen och skillnaden var signifikant. I officiell statistik över människors levnadsvanor är det väl känt att kvinnor uppger högre frekvens av sömnproblem och

problemet verkar tillta. Till och med barn rapporterar i allt högre grad sömnproblem (Nyberg, 2004) och jämförelser mellan pojkar och flickor har visat att flickor verkade ha något mer problem med sömnen jämfört med pojkar (Pernler & Gillberg, 2003).

Att sömnstörningar är så pass vanliga, att de tenderar att öka och dessutom kryper nedåt i åldrarna är bekymmersamt. Sömnstörning som markör för bristande återhämtning börjar alltmer uppmärksammas som en viktig faktor vid uppkomsten av utmattningssyndrom, kanske en av de allra viktigaste. Sjukskrivna för stressrelaterad utmattning hade en markant störd sömn med minskad andel djupsömn, längre insomningstid och mer fragmenterad sömn. De led också av en stark trötthet under dagtid (Åkerstedt & Perski, 2003). Man tänker sig en ond cirkel där stress ger höjd ämnesomsättning som i sin tur hindrar sömnen från att nå tillräckligt djup och sänker väcktröskeln. Resultatet blir problem med insomning och ytlig sömn. Personen börjar sedan oroa sig över sin dåliga sömn som ökar stressen osv.

Ångest och depression

Kvinnorna i vår studie uppvisade förutom högre grad av utmattning också sämre sömn men inga könsskillnader noterades i skattningen av depression eller ångest. Frånvaron av könsskillnader när det gäller depressions- och ångestsymtom avviker från andra undersökningar. I de återkommande ULF-undersökningarna har kvinnor i samtliga åldersgrupper ända sedan 1980- talet rapporterat mer ångslan, oro och ångest än män. År 2002 uppgav 26 % av kvinnorna och 16 % av männen att de hade besvär med ångslan, oro eller ångest. Svåra besvär hade 6 % av kvinnorna och 3 % av männen. Tendensen är att det inträffat en ökning av självrapporterad psykiska besvär särskilt bland unga kvinnor (Socialstyrelsen, 2004). Även depression är vanligare bland kvinnor än män. När det gäller depression bland 16-17 åringar har man i Uppsalaundersökningen visat att 8,9 % av flickorna och 2,3 % av pojkarna led av egentlig depression (Hultén, 2000).

I kliniska material med sjukskrivna personer uppvisar många med utmattning förutom störd sömn också förhöjda nivåer av depressions- och ångestsymtom (Perski & Grossi, 2004; Åkerstedt & Perski, 2003). Hur kopplingen mellan utmattning å ena sidan och depression och ångest å den andra ser ut är fortfarande oklar. Löper en person med en depressiv eller ångestbenägen personlighet ökad risk för utmattning eller kommer dessa symtom sekundärt till utmattningen? Med tanke på att såväl ångest som depression är vanligare hos kvinnor än män redan i åldrar innan de börjar yrkesarbete vore det rimligt att tro att ångest och depression föregår utmattningen. Men är det samma grupp kvinnor som uppvisar tidiga symtom på ångest och depression som senare i livet blir utmattade? Vår studie talar i motsatt riktning. Det vi ser är kvinnor med utmattning och sömnproblem men utan ökad förekomst av depressions- och ångestproblematik. Detta skulle kunna tolkas så att vi fångat processen i ett tidigare skede och att den ökade ångest- och depressionsproblematik man ser i kliniska material kommer i ett senare skede. Som jämförelse kan nämnas att Hallsten och medarbetare i sin studie noterade könsskillnader när det gäller såväl depressivitet och trötthet, ångest ingick inte i den undersökningen (Hallsten et al, 2002). För att få ytterligare klarhet i frågan vore det önskvärt att följa förloppet hos en och samma grupp kvinnor och män.

Prestationsbaserad självkänsla

Kvinnorna i vår studie uppvisade högre grad av prestationsbaserad självkänsla än männen. Kvinnorna upplever med andra ord i högre utsträckning än männen att de behöver vara ”duktiga” för att duga inför sig själva, detta gäller såväl yrkesmässigt som privat. Som jämförelse kan nämnas Hakul-studien där man inte kunde se någon skillnad i PBS mellan kvinnor och män. Prestationsbaserad självkänsla antas vara relativt stabil över tid. Vad som bidrar till prestationsbaserad självkänsla är inte klarlagt, men förutom tidiga levnadsförhållanden tros även arbetsvillkor kunna vara av betydelse. Kan resultatet i vår studie hänga samman med att vi studerat en könsintegrerad arbetsplats? Man kan tänka sig två möjligheter. Är det individer med hög prestationsbaserad självkänsla som söker sig till en könsintegrerad arbetsplats eller är det arbetsvillkoren som påverkar den prestationsbaserade självkänslan olika för kvinnor och män? Tidigare studier har visat att kvinnor tenderar att underskatta sin förmåga medan män tenderar att överskatta sin (Frankenhauser, 1993).

Härdighet

Kvinnorna i vår studie uppvisade högre grad av härdighet än männen och skillnaden var signifikant. Med härdighet menas ett personligt förhållningssätt när det gäller kontroll, önskan om utmaningar samt engagemang (commitment). Enligt Suzanne Kobasa (Kobasa, 1979) har människor med hög härdighet bättre hälsa och drabbas mindre ofta av depression och ångest.

Socialt stöd

Kvinnorna i vår studie uppvisade bättre socialt stöd privat än männen. Att socialt stöd har positiva effekter för mäns hälsa har tidigare visats (Berkman & Orth-Gomér, 1996; Orth-Gomér et al, 1997). I en prospektiv studie av 50-åriga män i Göteborg (1933 års män) befanns bristande emotionellt och socialt stöd vara en signifikant prediktor för hjärtinfart och död. I studier med samma mätinstrument gällande kvinnor har dessa skillnader inte kunnat påvisas. Den skyddande effekten av socialt stöd tycks inte lika självklar hos kvinnor som hos män. Hur kommer det sig? Kan det vara så att med socialt stöd, åtminstone för kvinnor, följer ett ökat socialt ansvar till exempel genom att hålla kontakt med släkt och vänner, att hjälpa anhöriga med praktisk omvårdnad mm. Vore det kanske mer relevant att mäta *social balans mellan stöd och åtagande* som tar hänsyn till såväl erhållet stöd men också eventuella åtaganden vad gäller sociala relationer. När det gäller psykisk ohälsa som orsak till sjukskrivning saknas evidens att socialt stöd från närstående är av betydelse (SBU, 2003).

Övriga individuella faktorer

Inga könsskillnader noterades i vår studie när det gäller livshändelser, inte heller när det gäller hälsobeteende eller stressbeteende. Som noterats tidigare uppvisade kvinnorna i vår studie högre grad av härdighet än männen. Härdighet är en egenskap som antas skydda mot stress. Som mått på stressbeteende har här använts typ A-beteende och även mått på kronisk stress. Med den utgångspunkten stöder våra resultat tidigare antaganden. Typ A-beteendet, ursprungligen utforskat på manliga hjärtpatienter (Rosenman et al, 1975) har emellertid visat sig ha sämre prognostisk betydelse hos kvinnor jämfört med män. Kvinnors stressbeteende visar sig kanske på

annat sätt. Som exempel kan nämnas tidigare forskning som visat att män hade högre stressnivåer på ett stresstest medan kvinnor hade högre stressnivåer när de som anhöriga besökte ett sjukhus (Frankenhauser, 1993). Förutom Typ A-beteende talar man idag om ett Typ D-beteende präglad av pessimism, hopplöshet och hjälplöshet (Denollet et al, 1996). Kanske har kvinnor oftare ett typ D-beteende och män ett typ A-beteende?

Arbetsvillkor

Kvinnorna i vår studie uppvisade sämre socialt stöd på arbetsplatsen än männen. I övrigt skattade kvinnor och män arbetsvillkoren väsentligen lika. Det senare stödjer tidigare forskning som har visat att ju mer hänsyn tas till strukturella faktorer och man jämför kvinnor och män som faktiskt har samma betingelser för arbete, desto mer framträder likheter mellan könen (Härenstam et al, 2000). Men låt oss stanna upp och fundera över vad detta med socialt stöd på arbetsplatsen betyder. Att gott socialt stöd på arbetsplatsen gynnar hälsan för såväl kvinnor som män är väl belagt (Härenstam et al, 2000). Det sociala stödet samvarierar dock med en rad faktorer. Att tillhöra samma kön som könsmajoriteten ökar chansen att få ett gott socialt stöd. På en könsintegrerad arbetsplats kan effekten bli svårbedömd. Konkurrens mellan kvinnor och män kan uppstå resulterande i sämre socialt stöd för kvinnorna. Vårt studerade företag utgör ett exempel på en könsintegrerad arbetsplats. Möjligen kan detta förklara varför kvinnorna här upplever sämre socialt stöd på arbetsplatsen.

När det blir problem på arbetsplatsen förefaller kvinnor och män hantera dessa olika. Kvinnor förlägger i högre grad än männen orsaken till eventuella problem hos sig själva eller i interaktionen mellan individer medan männen oftare beskrev brister i de yttre förhållandena (Härenstam et al, 2000). Kanske hänger denna tendens att förlägga problemet hos sig själv ihop med den prestationsbaserade självkänslan. Kvinnorna i vår studie har tidigare visats ha en högre grad av prestationsbaserad självkänsla än männen. Vad händer med dessa kvinnor i en situation där det uppstår problem på arbetsplatsen och de samtidigt får ett sämre socialt stöd? Skulle det kunna vara en bidragande faktor till ökad grad av utmattning?

Även om kvinnorna i vår studie har högre utmattningspoäng än männen får vi inte glömma att könsskillnaderna trots allt förefaller mindre än på könssegregerade arbetsplatser eller för icke yrkesarbetande grupper. Finns det ett samband mellan könssegregering på arbetsplatsen och de anställdas hela livssituation? Ja, så verkar det vara. Tidigare studier har visat på samband med könssegregering i arbete, jämställdhet i familjen och tillfredsställelse med arbetsdelningen hemma. Könsblandade arbetsplatser förefaller gynna jämställdheten i hemmet. Männen på könsblandade arbetsplatser upplevde högre krav när det gäller hemarbete och utförde mer hemarbete. Både kvinnor och män på könsblandade arbetsplatser tenderade dock att vara mer missnöjda med möjligheterna att kombinera arbete och familj. Förändringar i arbetslivet i form av till exempel ökade krav tenderar att förstärka könssegregeringen. Männen drog sig ur hemarbetet, för kvinnorna ökade istället den totala belastningen alternativt drog de sig ur yrkeskarriären (Härenstam et al, 2000).

Tänkbara faktorer utanför arbetslivet

I Hallstens studie noterades att långtidssjukskrivning var klart vanligare bland dem som visade utbränning jämfört med dem som inte visade detta. Att hitta individer med höga utmattningspoäng kan därför vara av prognostiskt intresse. I vår studerade grupp hade 6,4 % av kvinnorna och 4,7 % av männen höga utmattningspoäng och ligger i riskzonen för framtida långtidssjukskrivning. Andelen personer med höga utmattningspoäng i en population inkluderande såväl yrkesverksamma som icke yrkesverksamma, förefaller än större. Maslachs utgångspunkt var att utbrändhet orsakades av arbetsförhållanden. En ogynnsam arbetsmiljö utgör förvisso en viktig anledning till ohälsa men förklarar inte varför utmattning tycks än större i populationer som inkluderar icke yrkesverksamma personer, inte heller varför könsskillnaden tenderar att öka i dessa grupper. För att förstå dessa resultat bör även faktorer utanför arbetslivet vägas in.

Hade kvinnorna i vår studie ett liv utanför arbetet? Ja naturligtvis, men om det vet vi inte mycket. När det gällde de anställdas civilstånd vet vi att kvinnorna i lägre omfattning var gifta eller samboende jämfört med männen. Erfarenheter från tidigare studier har visat att kvinnor som arbetar på könsintegrerade arbetsplatser upplever hemsituationen som mer konfliktfylld (Härenstam et al, 2000). En annan förklaring kan vara en selektion, dvs. att kvinnor som söker sig till icke kvinnliga yrken respektive män som söker sig till icke manliga yrken skiljer sig från den genomsnittliga kvinnan respektive mannen. Det finns studier som har visat att kvinnors chanser att göra karriär ökar när de skiljer sig. För män gäller det omvända, för dem ökar en skilsmässa risken för nedgång i yrkesmässig prestige (Elvin-Nowak & Thomsson, 2003). Trots att kvinnorna i vår studie var gifta/sambo i lägre omfattning än männen hade de högre socialt stöd. Äktenskap eller samboende förefaller inte vara en förutsättning för gott socialt stöd.

Kvinnorna i vår studie var i lägre omfattning gifta/sambo men hade högre utmattningspoäng än männen. Möjligen skulle det kunna stödja Hallstens resultat att icke gifta/samboende har högre grad av utbränning än gifta. Tyvärr finns inga uppgifter i den studien om socialt stöd utanför arbetet. Om det inte är ökat socialt stöd som utgör skyddande faktor för gifta/sambo, vad är det då? Är det ökad tillgång till fysisk närhet med aktivering av antistresssystemet? Att fysisk närhet ökar frisättningen av oxytocin som i sin tur aktiverar antistresssystemet har alltmer uppmärksammats (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2004). Frågan om civilståndets betydelse är otillräckligt belyst. När det gäller till exempel äktenskapsstatus inverkan på sjukfrånvaron finns ännu inte vetenskaplig evidens, däremot begränsad evidens för en effekt av skilsmässa, dvs att fränskilda har högre sjukfrånvaro (SBU, 2003).

När det gäller faktorer som hem och familj finns förvånansvärt lite forskning om dess påverkan på hälsan. Att ansvarsfördelningen mellan mannen och kvinnan när det gäller familjens försörjning och praktiska överlevnad är viktig för den totala arbetsbelastningen har tidigare visats (Lundberg, 1996). Kvinnor har i större utsträckning huvudansvar för hem, familj och hushållsarbete och lägger ner mer tid på detta än män (Härenstam et al, 2000; Nyberg, 2003). Möjligen har bördan av detta hemarbete ökat ytterligare i och med 90-talets nedskärningar inom vård och omsorg, då förutom den egna familjen, insatser krävs även för nära anhöriga (Gustavsson & Szebehely, 1996). Ulf Lundberg och Gunilla Krantz (Lundberg & Krantz, 2004) har nyligen visat att den totala

arbetsbelastningen har ökat med ca 12 timmar/vecka (för män från 73,3 timmar till 77,5 och för kvinnor från 73,3 till 85,1) från 1994 till 2002. ”Ökningen beror framförallt på ökad tid i obetalt arbete [obetald övertid och produktiva sysslor i hemmet och/eller med barnen] där kvinnor ökat från 29,9 till 41,3 och män från 19,2 till 31,2.” Betydande ökningarna alltså och vi vet att långvarig belastning ofta leder till lägre återhämtning och upplevelse av stress. Brist på återhämtning förefaller sedan vara en viktig faktor vid uppkomsten av utmattning (Perski & Grossi, 2004). Det finns studier som har visat att kvinnor i jämförelse med män haft mindre tid för egen avkoppling (Härenstam et al, 2000). ”Kvinnligt hemarbete” tenderar, förutom ökad omfattning jämfört med männen också att ge upphov till ökad mental belastning. Många kvinnor uttrycker att de saknar tid och utrymme för reflexion. Ur ett genusperspektiv har någon uttryckt saken så här: Man blir helt enkelt uttröttad och sjuk av att bete sig så som kvinnor förväntas göra (Elvin-Nowak, 2003).

En tänkbar om än inte bevisad förklaring till de högre utmattningspoängerna och den försämrade sömnen hos kvinnor jämfört med män i vår studie är följande. Kvinnorna har högre hårdighet än männen vilket gör att de relativt sett är stresståligare och möjligen stannar kvar i ogynnsamma arbetsmiljöer längre. En hög prestationsbaserad självkänsla gör att de driver sig själva hårt. Ett sämre socialt stöd på arbetet kan leda till en situation av konkurrens och ökad upplevelse av krav vilket gör att de driver sig själva ytterligare. Om vi slutligen antar att kvinnorna i vår studie inte avviker markant från kvinnor i allmänhet utför de privat mer hushållsarbete än männen. Dessa omständigheter är sannolikt tillräckliga för att initiera och vidmakthålla en process som kan leda till klinisk utmattning. I nuläget har kvinnorna som grupp ingen förhöjd nivå av depressions- eller ångestsymptom. Ur forskningssynpunkt vore det intressant att kunna följa samma grupp kvinnor för att se om de på sikt utvecklar en klinisk utmattning och i så fall hur förloppet ser ut. Bäst ur såväl individens som samhällets perspektiv vore antagligen att redan vid förhöjda utmattningspoäng gå in med interventioner men även på detta område behövs mer forskning.

Litteraturreferenser

Alecta. Hälsobarometern – Första kvartalet 2004

Alexanderson K, Leijon M, Akerlind I, Rydh H, Bjurulf P. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. *Scand J Soc Med* 1994; 22(1): 27-34

Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology* 1987; 17: 15-24

Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. Arbetsorsakade besvär 2003. Rapport 2003

Berkman LF, Orth-Gomér K. Behavior medicine approaches to cardiovascular disease prevention. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc 1996; 51-67

Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347 (8999): 417-21

Elvin-Nowak Y, Thomsson H. Att göra kön. Om vårt våldsamma behov av att vara kvinnor och män. Albert Bonniers förlag 2003

Frankenhauser M. Kvinnligt, manligt, stressigt. Höganäs: Wiken 1993

Gustavsson R, Szebehely M. Äldreomsorgens förändringar och kvinnors hälsa i P Östlin m fl. Kön och ohälsa. Lund. Studentlitteratur 1996, 255 – 280

Hallsten L. Utbränning – en processmodell. *Svensk Rehabilitering* 2001; 3: 26-35

Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige – en populationsstudie. *Arbete och hälsa* 2002:6

Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R. Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social interaction. *Psychol Med* 1980; 10(4): 723-734

Hirdman Y. Genussystemet, demokrati och makt i Sverige. Stockholm, Allmänna förlaget 1990

Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8

Hultén A. Suicidal Behaviour in Children and Adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiological and Clinical Aspects. Karolinska Institutet, 2000

Härenstam A, Westberg H, Karlqvist I, Leijon O, Rydbeck A, Waldenström K, Wiklund P, Nise G, Jansson C. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? *Arbete och hälsa* 2000:15

Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books 1990

Kecklund G, Åkerstedt T. Psychometric properties of the Karolinska Sleep questionnaire. *J Sleep Res* 1992;1 suppl 1:113

Killip T. The coronary artery surgery study (CASS) – a randomized trial and a registry. *Z Kardiol* 1985; 74 Suppl 6; 79-85

Kobasa SC: Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37 (1): 1-11

Leijon M, Hensing G, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses:

association with occupational gender segregation. Scand J Public Health. 2004; 32(2): 94-101

Lundberg U. Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. J Occup Health Psychol 1996; 1(2): 117-30

Lundberg U, Krantz G. Obetalt arbete stressar oss sjuka. Ny forskarrapport: Kvinnors arbete i hemmet har ökat från 30 till 41 timmar i veckan. DN Debatt 21 september, 2004

Magnusson E. Psykologi och kön. Från könsskillnader till genusperspektiv. Natur och Kultur 2002

Maslach C et al. The Maslach Burnout Inventory Manual. Palo alto, California, Consulting Psychologists Press, 1996

Maslach C, Leiter M; Sanningen om utbrändhet. Natur och Kultur 2001

Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk-factors for cardiovascular disease. Behavioral Medicine 1992; 18, 53-60

Nyberg A. Om kvinnors och mäns sysselsättning, löner och hushållsarbete. Arbetsliv i omvandling 2003:8

Nyberg L. Vartannat barn får för lite sömn. Barnombudsmannen i ny undersökning: Alarmerande ökning av negativ stress bland skoleleverna. DN Debatt 23 mars 2004

Orth-Gomér K, Rosengren A, Wilhelmsen L. Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. Psychosomatic med 1993; 55: 37-43

Orth-Gomér K, Moser V, Blom M, Wamala S, Schenck-Gustafsson K. Kvinnostress kartläggs. Läkartidningen 1997; 94 (8)

Pernler H, Gillberg M. Stressforskningsrapporter nr 310, Stockholm 2003

Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Läkartidningen 2004; 101(14): 1295-98

Pines AM et al. Burnout. From tedium to personal growth. New York. The Free Press 1981

Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 _ years. JAMA 1975; 233(8): 872-7

SBU-rapport Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis 2003

Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården 2004

Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa 2003

Undén AL, Orth-Gomér K. Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science Medication* 1989; 29, 1387-92

Uvnäs-Moberg, Petersson M. *Läkartidningen* 2004; 101 (35): 2634 – 2639

Vingård m fl. Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting – en lägesrapport i mars 2001. Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2001

www.stressmottagningen.se

Åkerstedt T, Perski A: Sammanfattning av forskningsresultat från studien: Utbrändhet, stress och sömn. IPM 2003

En studie av möjliga orsaker till ohälsa på en IT-arbetsplats

Författare: Ingela Dahlman, företagsläkare Medimar AB, Mariehamn, Åland
Handledare: Michael Allvin, psykolog, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2003/2004

Sammanfattning

Inledning

Under vintern 2004 gjordes djupintervjuer av 8 personer vid en IT-avdelning med totalt, vid den tidpunkten, knappt 60 anställda.

Syftet skulle vara att försöka identifiera möjliga orsaker till ohälsa, både fysiskt och psykiskt på arbetsplatsen.

IT-avdelningen var då en underavdelning på en medelstor bank, men man planerade att dotterbolagisera hela IT-avdelningen under 2004 och IT-ledningen ställde sig mycket positiv till en hälsoinventering vid denna tidpunkt.

Metod och undersökt grupp

Djupintervjumetoden valdes för att den är explorativ och innebär, att det inte är självklart, vad man söker efter. Metoden är därmed förutsättningslös och öppen. Man letar efter fenomen i gruppen.

De åtta intervjuade utvaldes med avseende på både egenskaper som speglar gruppen i stort, men några är selekterade för sina mer specifika egenskaper. Bl.a intervjuas 3 personer på chefsnivå av olika grad, vilket inte motsvarar gruppen i stort, men kunde ge mer information förhoppningsvis.

Resultatet och tolkningen av intervjumaterialet ger en bild av

1. Upplevd hälsa och ohälsa:

De allra flesta upplever mycket god fysisk hälsa, och också god psykisk hälsa, men flera upplever av och till, och har under de senaste 2 åren, upplevt negativ psykisk stress på arbetsplatsen. Ohälsfaktorer och stressorer utanför själva arbetsplatsen har framkommit och påverkar sannolikt arbetet, men redovisas inte i studien.

2. Olika hinder i arbetet som möjliga stressorer:

Här nämns bl a oklarheter och otydlighet i ledarskap, inskolning av ny personal, bristande tillgänglighet till nödvändig datainformation p.g.a. onödiga(?) säkerhetsregler - behörighetsstrukturer, som gör att arbetet stannar upp.

3. Bristande tillits- och otrygghetskänslor som möjliga stressorer:

Flera av de intervjuade framhåller, att de inte vill bli identifierbara i studien, framför allt i samband med, att man talar om oklart, otydligt ledarskap samt säkerhetsregler – behörighetsstrukturer inom datasystemen. Dessa områden betecknas såsom känsliga och skapar tydligen otrygghetskänslor.

Diskussion

Noggrann avdelnings- och grupplanering, gemensam prioritering i arbetsgrupperna, tydligt ledarskap, klara delegations- och informationsvägar samt möjlighet att ta ut övertid i ledig tid framkommer som stress- och irritationslindrande faktorer.

Förslag till tänkbar fortsättning

Eftersom frågor kring ledarskap och frågor om säkerhet/behörighet inom datasystemen verkade engagera och framstod som känsliga ämnen, där man också i bland hade en del kritiska synpunkter, föreslås t.ex. enkätundersökning, där allas synpunkter kan kartläggas och undersökas anonymt.

Kan man organisera om inskolningen av ny personal??

Översyn av säkerhets- och behörighetsfrågor och ökat personalinflytande i detta.

Bakgrund

Banken, till vilken den undersökta IT-gruppen hör vid genomförandet av studien, grundades 1919. Banken hade då 420 anställda. Av de anställda på banken var 36% män, 64% kvinnor. Studien genomfördes januari-februari 2004.

På IT-avdelningen var då 17 personer kvinnor och 45 män, d.v.s. just över 70% män.

Bankens IT-avdelning grundades på 70-talet och hade, just före 1980, 10 anställda och har de senaste 3 åren expanderat från ett 30-tal till ett 60-tal anställda. Av dessa personer arbetade runt 40 personer direkt med datasystemen och dess utveckling och resten, ca 20 personer med s k teknik och drift.

IT-avdelningen har på senare år, förutom sin ”grundverksamhet” inom den egna banken, utvecklat nya system, som sålts bl.a. till andra banker. Bankinspektionen har därför haft synpunkter på, om verksamheten borde ”avknoppas” från den egentliga bankverksamheten. Man har därför beslutat att av IT-gruppen bilda ett dotterbolag och detta planeras vara genomfört till slutet av år 2004.

I samband med planeringsarbetet inför bolagiseringen rådde mitt projekt dyka upp och chefen för hela IT-avdelningen och jag har diskuterat projektet flere gånger hösten 2003, före igångsättandet. Vederbörande chef har bidragit med välbehövliga, intressanta och användbara synpunkter och också ställt sig positiv till att få en studie av hälsotillståndet hos de anställda.

Syfte

Syftet med projektet har varit att få en inblick i IT-gruppens hälsoläge, såväl fysiskt som psykiskt och att identifiera möjliga arbetsplatsutlösta orsaker till ohälsa.

Därtill har syftet också varit att, om arbetsplatsutlösta orsaker till ohälsa skulle framkomma, ge förslag på hur man kan komma vidare i att undersöka dessa och därmed ges en möjlighet att helst eliminera, annars åtminstone minimera ohälsosfaktorer.

Det är klart att faktorer utanför själva arbetet kan påverka upplevelsen av hälsa/ohälsa på arbetsplatsen och sådana faktorer har också framkommit, men dessa omnämns endast ytligt, då syftet har varit att fokusera på själva arbetsplatsen. Faktorer utanför arbetet kan också öka risker för identifiering av enskilda intervjuade.

Metod

Motivering

Djupintervjumetoden är vald, då den kan betraktas som mer förutsättningslös än t ex en enkät med formulerade frågor. Efter att de intervjuade fått ta del av det tänkta syftet, har de fått tala fritt, under givna former (se under genomförande) och tagit upp de fenomen och problem de själva anser intressanta i sammanhanget.

Jag har medvetet försökt undvika ledande frågor eller förutfattade formuleringar och jag har försökt att vara så passiv som det varit möjligt.

Metoden kan därmed ge förutsättningar för en mer objektiv probleminventering och metoden ger möjligheter att synliggöra fenomen som undersökaren annars kanske hade missat.

Urvalsprinciper

Jag har valt att djupintervjua 8 av de anställda inom IT-gruppen och har valt ut dessa i samarbete med bankens personalchef, som varit behjälplig med uppgifter om t ex födelseår, civilstånd, hemort (5 personer av gruppens 59 stycken "veckopendlar", d.v.s. bor på orten endast under arbetsveckorna), registrerad utbildning, arbetsuppgifter, antal anställningsår etc.

Med hjälp av dessa uppgifter har utvalts personer med, för gruppen allmängiltiga egenskaper, och också personer med mer specifika, icke-representativa egenskaper.

Jag gjorde initialt 2 orienterande pilotintervjuer, den ena med en manlig avdelningschef och den andra med en kvinnlig gruppchef. Dessa pilotintervjuer fick bli vägledande för, om urvalen skulle korrigeras eller ej. Pilotintervjuerna ingick sedan i studien. Dessa två personer fick därför, förutom att beskriva sig själv också beskriva sin arbetsgrupp / hela IT-gruppen. Urvalsgruppen ändrades inte efter pilotintervjuerna.

Således bland de intervjuade finns 2 kvinnor och 6 män. Detta motsvarar tillfredsställande gruppens könsfördelning med ca 70% män (i Teknik- och Driftavdelningen är andelen män hela 75%).

Tre av personerna har chefspositioner på olika nivåer. IT-avdelningen i helhet har 2 avdelningschefer och 6 gruppchefer.

Chefspersoner är således lätt överrepresenterade i studien och får utgöra exempel på icke-representativ egenskap. Detta gjordes helt medvetet med hopp om, att personer i chefsställning

på olika nivåer skulle kunna bidra med iakttagelser och synpunkter på hela gruppen förutom att berätta om sig själva.

En person är född på 70-talet, fyra på 60-talet och tre personer på 50-talet. Åldersurvalet gjordes inte medvetet, men efteråt visar det sig, att det motsvarar gruppen i helhet bra.

De intervjuade har varit anställda på IT-avdelningen i mellan 2 och 22 år med en medelanställningslängd av 11 år, medianvärde 10 år. Anställningstiderna hos de intervjuade motsvarar hela avdelningen väl.

Alla de intervjuade har fasta partners, men huruvida detta motsvarar hela IT-gruppen har inte undersökts.

Fyra har akademisk utbildning, tre har utbildning på motsvarande yrkeshögskolenivå och en person har ingen egentlig, formell utbildning. Om detta överensstämmer med hela IT-gruppen har inte undersökts.

Genomförande

Alla intervjuer genomfördes under januari- februari 2004 och varje intervju tog 60 minuter.

Intervjuerna ägde rum i mitt arbetsrum på läkarmottagningen.

Alla de intervjuade har fått gå på intervju under betald arbetstid.

Efter initial presentation av projektet frågade jag upp vissa grunduppgifter (mest för att kontrollera, att de uppgifter jag fått från personalavdelningen stämde, vilket de genomgående gjorde!).

Jag förklarade också initialt, att syftet med dessa intervjuer var, att hitta FENOMEN snarare än personliga, igenkännbara egenskaper och att intervjun skulle leda till en problem-inventering.

Därefter fick de intervjuade tala fritt kring sin hälsa i förhållande till sitt arbete. Jag försökte att inte leda samtalet.

Anteckningar fördes under intervjuens gång och jag avbröt förstås med frågor vid behov.

I analysen av intervjumaterialet har sedan anteckningarna brutits ner i fenomenletande som motsvarat hela studiens syfte.

De intervjuade har informerats om, hur projektet ska användas.

Alla de intervjuade har blivit lovade att få ta del av innehållet innan det ”offentliggörs”, d v s presenteras för banken/IT-avdelningen och Arbetslivsinstitutet.

De intervjuade har genomgående ställt sig positiva till hela projektidén.

Resultat

De beskrivningar av ohälsfenomen/faktorer, som framkommit i intervjuerna kan delas upp i tre grupper:

1. Upplevd fysisk och psykisk hälsa.

Här beskriver de intervjuade hur de mår och har mått genom åren, i huvudsak i förhållande till arbetet.

2. Hinder i arbetet.

3. Bristande tillit – otrygghetskänslor.

I punkt 2 och 3 har intervjumaterialet brutits ner och grupperats efter vad olika omnämnda fenomen leder till på arbetsplatsen och för arbetssituationen och det har visat sig, att de flesta av intervjuerna faktiskt övervägande kommit att handla om irritations- och stressframkallande fenomen.

1. Upplevd fysisk och psykisk hälsa/ohälsa

1a Självupplevd fysisk hälsa

Genomgående för de åtta intervjuade är, att de är fysiskt påtagligt friska. Några anger lindriga rygg-, nacke- och axelbesvär ”av och till”. Endast en person berättar om upprepade besök hos sjukgymnast.

Alla omnämner nyttan av regelbunden motion av olika slag för att klara de fysiska belastningarna på jobbet;

Flera av personerna har fritidsintressen som dagligen innebär motion alt. styrketräning minst en halvtimme/dag. Någon nämner nyttan av höj- och sänkbart bord på arbetsplatsen, någon går i stället för att meila, ytterligare någon har sålt sin bil! Allt för att få så mycket fysisk motion som möjligt.

Huruvida detta goda, självupplevda fysiska hälsoläge överensstämmer med gruppen i övrigt är inte känt.

1b Självupplevd psykisk hälsa

Flera av de intervjuade berättar om negativ, symtomgivande stress, som de hänför till arbetssituationen, de senaste 2 åren. Symtomen har inte varit konstanta utan uppkommit då och då hos de allra flesta som anger stressymtom. Enstaka har aldrig upplevt stressymtom och några upplever bara positiv stress.

Exempel på vanligast förekommande symtom hos de, av de intervjuade, som upplevt stress, är irritation, sömnsvårigheter, trötthet, hjärtklappning, panikkänslor, yrselattacker, glädjelöshet.

Några av de intervjuade har någon gång sökt läkarhjälp p.g.a. stressymtomen. Sjukskrivningar har varit så gott som obefintliga, av vad som framkommer.

2. Hinder i arbetet

2a Ledarskapsfrågor

Genomgående har de intervjuade tagit upp frågor om ledarskap och hur detta påverkar deras arbete.

Några av de intervjuade är nöjda med ledarskapet på alla nivåer, medan flere andra tar upp ledarskapsfenomen som pekar på, att de upplever t ex motstridigheter i hierarkin, oklarheter i och dubbelt ledarskap vad gäller t ex vem som ska prioritera inkommande arbetsuppgifter och dela ut dessa. Detta upplevs som ett hinder i arbetet.

Nästan genomgående använder de intervjuade begrepp som struktur och tydlighet i samband med ledarskap och flere önskar mer av detta från chefshåll på alla nivåer. Man upplever t ex hinder i arbetet om högre chefer går förbi mellanchefer och delegerar nya arbetsuppgifter, som därmed avbryter det pågående arbetet. Återigen ett hinder i arbetet och ett klart irritationsmoment som kan leda till stress.

2b Inskolning av ny personal

Detta framhålls som ett hinder i arbetet av flera, men beskrivs också som något nödvändigt ont; Man blir då avbruten ofta i sina ordinarie arbetsuppgifter.

Man får under intervjuerna en känsla av, att det är många som sysslar med inskolning av ny personal, men detta är inte undersökt.

2c Omöjliga deadlines

Flera talar om omöjliga deadlines (d v s den tidpunkt, då givet uppdrag, enligt uppgörelsen med beställaren, ska vara slutfört) som hinder i att utföra ett bra arbete och att de omöjliga deadlines i bland gjorts upp av chefer/beställare utan att efterfråga rimlighet av utförarna.

2d Underbemanning och för mycket att göra

Detta utgör också faktorer som hindrar arbetet. Flere framhåller känslan av, att det bara blir mer och mer att göra, men de flesta tycker denna känsla har både goda och dåliga sidor; Det upplevs å ena sidan stimulerande och positivt att jobba i ett expanderande företag med ökad efterfrågan, men å andra sidan måste personalresurser tillföras både kvantitativt och kvalitativt parallellt med tillväxt, för att inte frustration, irritation och stressymtom ska uppstå.

3. Bristande tillit – otrygghetskänslor

I djupintervjuerna framskymtar hos flere en osäkerhetskänsla och viss rädsla för att bli

identifierad i studien. Denna otrygghet framkom i samband med dels

3a Då några av de intervjuade framför kritiska synpunkter på ledarskapfrågor. Exemplet i punkt 2a, då man får arbetsuppgifter från chefer som gått förbi mellanchefer, skapar osäkerhet och otrygghet. Vems ordergivning ska man då prioritera först??

3b Här återkommer säkerhets- och behörighetsfrågorna inom datasystemen igen, nu som en känslig fråga, som ger ett intryck av, att vara svårlöst mycket just p g a sin känslighet. Några av de intervjuade använder termer som känsliga revir.

3c Otydligt regelverk vad gäller informationsflödet verkar också skapa en del oro; vilken information får ges till vem och vad gör mottagaren med informationen.

Diskussion

Ur studien kan man dra slutsatsen, att de intervjuade personerna upplever fysiskt mycket god hälsa samt att de också framhåller att de värnar om sin fysiska hälsa på olika sätt. Många har fritidsintressen som innebär ordentligt med motion.

Alla är väl medvetna om behovet att röra på kroppen så mycket det är möjligt både på jobbet och på fritiden, när arbetet i sig är så pass stillasittande. De fysiska besvär som nämns är lindriga (någon enstaka –måttliga) smärtsymtom och spänningar i rygg, nacke och/eller axlar.

Den psykiska hälsan upplevs också som god hos de intervjuade, men det står klart, att de allra flesta av de intervjuade har velat tala om och fokuserat mycket mer vid upplevd irritation, stress, stressmoment, stressframkallande faktorer och liknande, än vid något annat.

Sjukskrivningar har varit så gott som obefintliga bland de intervjuade, vad det framkommer, men jag har inte frågat specifikt om detta och man kan ju som bekant glömma allt, undanhålla information (1).

Klart genomgående har de intervjuade synpunkter på ledarskap på olika nivåer och en del beskriver, vad som kan betecknas som otydligt, oklart och ibland dubbelt ledarskap. Alla verkar ha funderat över nyttan av gott ledarskap (3). Några är helt nöjda med befintliga chefer, medan andra har synpunkter som delvis är kritiska till just ledarskapet. Ett dåligt ledarskap är både ett hinder i arbetet och det verkar dessutom skapa otrygghet och osäkerhet. Detta är naturligtvis inget nytt (6) och det är heller inget nytt att de intervjuades åtminstone psykiska hälsa är högst beroende av ett tydligt, strukturerat ledarskap (2, 3, 7) med bl.a. tydliga, uttalade delegationsvägar av arbetsuppgifter.

De, som beskriver ett upplevt gott ledarskap, framhåller nyttan av planeringsmöten och en gemensam prioritering och dokumentering av arbetsuppgifter. Detta beskrivs framför allt på gruppnivå.

Gruppchefen sitter då som spindeln i nätet, får och handhar information, lägger upp planering för en överskådlig framtid tillsammans med gruppens medlemmar och alla rapporterar till denna chef om eventuella förändringar i planeringen både från medarbetare och om man fått arbete delegerat från högre chefer eller nivåer mellan planeringsmötena. Detta verkar vara klart trygghetsskapande och skulle väl inte vara omöjligt att införa som rutin i alla grupper.

En känsla, efter denna studie, är, att ledningsstrukturer borde samordnas och förtydligas så att chefer på alla nivåer vet att lämna ifrån sig sina uppdrag på rätt nivå.

Intressant är det också, att notera att, flera är måna om, att inte bli igenkända i denna studie. Detta, framför allt, om man framför minsta lilla antydning till kritiska synpunkter, vad gäller bl a ledarskapsfrågor. Detta gäller uppenbarligen även för säkerhets – behörighetsfrågor. Här talar några om revirtänkande.

Detta föder idén, att dessa frågor –ledarskaps-, säkerhets- och behörighetsfrågor - kanske borde kartläggas mer, t ex. i form av en enkät till alla inom IT-gruppen, som besvaras anonymt utan risk för någon enskild att bli igenkänd.

En översyn av säkerhets- och behörighetsregler skulle kanske vara värdefull. Dessa regler verkar ju ha en benägenhet att få arbetet att stanna upp och därmed skapa irritation och stress och att man ofta upplever en bristande tillgänglighet till nödvändig information. Flere av de intervjuade tycker att vissa av säkerhetsspärrarna kunde lättas på.

Föreslår tillsättande av en arbetsgrupp i vilken skulle ingå representanter från den personal som stöter på hinder i arbetet p.g.a. säkerhets- och behörighetsregler. Denna arbetsgrupp kunde tillsammans med ansvariga över säkerhetsfrågor förutsättningslöst försöka kartlägga och eventuellt revidera säkerhets- och behörighetsstrukturer.

Självklart finns det faktorer också utanför arbetsplatsen, som definitivt påverkar både fysisk och psykisk väl- eller icke välbefinnande även på arbetsplatsen (2). Exempel på sådana faktorer har självklart kommit upp i intervjuerna (t ex den intervjuades grundpersonlighet och attityder i tillvaron, förekomst av familj, minderåriga barn, meningsfulla fritidsintressen, livskriser etc), men jag har medvetet undvikit att redogöra för detta, för att begränsa mig strikt till arbetsplatsens hälsodynamik.

Sammanfattningsvis kan sägas att denna studie av möjliga orsaker till ohälsa på en IT-arbetsplats, tyder på förekomst av ohälsofenomen som redovisats för upprepade gånger i andra studier och annan litteratur (2, 3, 4, 6, 7); t ex stress p g a bristande struktur och otydlighet i ledarskap samt oklar delegation av arbetsuppgifter. Irriterande säkerhetsrutiner och behörighetsregler som får arbetet att stanna upp.

I studien framskyntar upplevelsen av, att känsliga frågor, är svåra att ta tag i och undviks, kanske pga. olika interpersonella och dolda hänsyn; Det gäller ju ens arbetskamrater!!

Kritik är aldrig lätt, men definitivt nödvändigt för att föra processer vidare till något bättre.

Litteraturreferenser

1. Aronsson G, Gustafsson K: Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser. *Arbete och Hälsa* 2002:08.
2. Aronsson G, Lindh T: Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie. *Arbete och Hälsa* 2004:10.
3. Johnsson J: Projekt – Långtidsfriska, *Stora Enso* 2002
4. Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien (2000) Ett friskt arbetsliv. Humankapitalets strategiska betydelse för företag.
5. Lindegård-Andersson A: Sambandet mellan arbetsteknik, fysiska och psykosociala faktorer vid datorarbete. *Arbete och Hälsa* 2004:5.
6. Antonovsky Aaron (1991): Hälsans mysterium. *Natur och Kultur* 1991.
7. Ekman Anna: Datorarbete i Sveriges sysselsatta befolkning: utveckling samt samband mellan bundna arbeten, stressiga arbeten, arbeten med dålig arbetsledning och hälsa (2001).

Hur kan skapande av rutiner för rehabilitering underlätta återgång i arbete?

Författare: Massood Meshkin, CityVården/StockholmsHälsan

Handledare: Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2003/2004

Sammanfattning

Sjukfrånvaron, dess orsaker och kostnader, är ett högaktuellt ämne. Det engagerar enskilda individer, företagen och företagsledare, anställda, myndigheter, massmedia, mm. Vi lever i ett land med förhållandevis välutvecklat välfärdssystem och infrastruktur, kostnaderna för sjukfrånvaron har tagit sådana proportioner att hela samhällslivet på ett högst påtagligt sätt, påverkas negativt och utgör ett hot mot välfärdssystemet.

Studien vill belysa att ett tidigt engagemang av rehab-aktörerna och ett närmare samarbete mellan företagshälsovård, personalorganisation och arbetsledning, kan underlätta rehab-samarbetet och bidra till att förkorta sjukskrivningstiden och underlätta återgång i arbete.

Projektet var av en interventionsstudie med uppföljning. Studien sträckte sig över 8 månader. Studiepopulationen var anställda på ett företag inom försäkringsbranschen. De föreslagna rehabiliteringsrutinerna varit tänkta att tillämpas på de individer som kommit till företagshälsovården på nybesök under prøvotiden. Företagshälsovården använde sig ej av några bestämda inklusionskriterier i projektet beträffande val av rehab-fall annat än rent kliniska bedömningar för att bekräfta att fallen var att betrakta som rehab-fall. Antalet fall i studiematerialet begränsades till 10 fall. Ingen kontrollgrupp användes. Personalavdelningen informerade de anställda på företaget, om de nya rehabiliteringsrutiner, via intranätet, innan projektet kom till start. Med personalavdelningens försorg, framtogs en sjukskrivningsstatistik för projekttiden, i dess slutläge.

I projektets slutfas, gjorde undertecknad som företagsläkare en utvärdering av projektet. Utvärderingen har skett på ett kvalitativt sätt i form av intervjuer med de som undergått rehab, arbetsledarna, företagssköterskan, företagsläkaren, huvudskyddsombud, samt representanter från personalavdelningen, sedd ifrån ovannämnda aktörers upplevelser om det nya sättet att arbeta med rehabiliteringsfrågor.

Av utvärderingen, framkom tydligt att, skapande av rutiner för rehabilitering har upplevts positivt av hela den undersökta gruppen. Den faktorn som upplevdes mest positiv var en smidig och effektiv kommunikation utan onödiga hinder mellan företaget och företagshälsovården. Det fanns en tydlighet i kontaktnätet mellan olika aktörer i rehabiliteringsgången som underlättade samarbetet i rehabiliteringen samt bidrog till identifiering av förekommande arbetshinder tidigt i rehab-förloppet och därigenom resulterade i snabbare återgång i arbetet och motverkade heltids sjukskrivningar. Den totala sjukfrånvaron (mätt i procent av budgeterad arbetstid, företagets löneredovisningssystem) under projekttiden, hade minskat från c:a 8,7% nertill c:a 5,3%.

Inledning

StockholmsHälsan har sedan drygt 1_ år haft företaget X, som kund. Företaget X är ett försäkringsbolag med cirka 420 anställda. Företaget har flera mindre enheter i Stockholmsområdet, och några av dessa enheter har avtal med andra företagshälsovård i rehabiliteringsärenden. Företaget X har tidigare haft avtal med en annan företagshälsovård i rehabiliteringsärenden. Ett stort antal av företagets rehab-fall kom till Stockholmshälsan efter att först ha gått på rehabilitering via den tidigare företagshälsovården. Många av dessa individer har varit sjukskrivna i flera månader innan de fick kontakt med Stockholmshälsan. Sjukskrivningsdiagnoserna har ofta varit utmattningsdepression eller stressrelaterad ohälsa, med undantag av vissa fall där diagnoserna varit andra. Stockholmshälsan som företagshälsovård, har funnits i c:a 3 år. Det fanns inte några bestämda samarbetsrutiner om rehabilitering mellan StockholmsHälsan och företaget. Behovet att skapa bra rehab-rutiner har hela tiden varit föremål för diskussion mellan företaget och företagshälsovården. Företaget X har i samarbete med en friskvårdsförmedlande företag, försökt genom olika friskvårdsåtgärder minska sjukskrivningarna på en preventiv nivå men trots detta har man sett ökande sjukskrivningar. Ett växande antal av långtidssjukskrivna individer från företaget i kombination med ett tydligt behov både från företagshälsovårdens sida och kundföretagets sida, för vidare utveckling av rehab-samarbetet, resulterade i ett närmare samarbete mellan oss för att skapa rutiner för rehabilitering med syftet att, dels underlätta vårt rehab-samarbete, sedd från de olika aktörernas upplevelse av rutinerna och dels för att se om de nya rutinerna kan resultera i snabbare rehabilitering av de sjukskrivna och minskade sjukskrivningar. Följande frågor ville vi besvara:

Frågeställningar

Har det nya sättet att arbeta med rehabilitering, erbjudit

- Fördelar? I så fall vilka?
- Nackdelar? I så fall vilka?
- Lett till nya problem och i så fall för vem/vilka?
- Kan de eventuellt nya problemen, förbättras på något sätt, i så fall; Hur?
- Underlättat återgång i arbete?
- Vad har man lärt sig av detta sätt att arbeta med rehab?
- Är man nöjd med detta sätt att göra rehabiliteringsarbete?

Rehabprocess

Ett möte med tre representanter från personalavdelningen samt personalchefen samt huvudskyddsombud från kundföretagets sida tillsammans med företagsläkaren, företagshälsovårdens ledning och företagssköterska planerades för att diskutera projektupplägget från ett gemensamt perspektiv.

Följande flödesschema för rehabiliteringsarbete kom senare att gälla under projekttiden (bilaga).

1. Alla som varit sjukfrånvarande >14 dagar, kontaktas av sina respektive arbetsledare för ett samtal för att se vad arbetshindret är och om möjligt, direkt hjälpa individen tillbaka till arbete utan nödvändigtvis andra åtgärder. Om inte, rapporteras fallen, av arbetsledaren via personal direkt till företagssköterska på StockholmsHälsan. Rapportering kan också ske av personer som bedöms ligga i riskzonen för sjukskrivning el personer med frekventa korttids sjukskrivningar(>6ggr/år).
2. Företagssköterskan tar kontakt med den sjukfrånvarande personen, för att undersöka behovet av utredning och rehabilitering, i de fall där företagssköterska behöver konsultation för att avgöra behovet för rehabilitering, kan hon kontakta företagsläkaren i frågan. Den som anses ha behov av detta, kallas till ett läkarbesök på företagshälsovården inom loppet av 1 vecka. Företagssköterskan hjälper till med att rekvirera tidigare journalkopior vid behov, före läkarbesöket.
3. Tid bokas hos företagsläkare för förstagångssamtal, där en preliminär bedömning görs beträffande diagnos, grad av arbetsförmåga och förslag på lämpliga rehab-åtgärder. Om behov för psykologsamtal föreligger, kan patienten boka tid hos företagshälsovårdens psykolog primärt upptill tre gånger efter ok från arbetsgivaren.
4. Med syfte om att diskutera ett lämpligt rehab-plan, avtalas ett rehab-möte, primärt lämpligen först med patienten, arbetsledaren och företagsläkaren samt representant från personalsidan på företaget, vid eventuellt behov för deltagande av övriga aktörer som psykolog, sjukgymnast, och eventuellt representant från försäkringskassan el facklig representant får detta diskuteras i samråd med företagsläkaren i samband med första besöket. Rehab-mötet är tänkt att komma till stånd, inom loppet av två veckor, efter att patienten har varit på bedömningssamtalet hos företagsläkaren. Inför detta rehab-möte, gör arbetsledaren tillsammans med patienten en rehab-utredning, genom att fylla i Försäkringskassans rehab-utrednings blankett. Tid för ett rehab-möte bokas på StockholmsHälsan (eller på arbetsplatsen och i så fall efter överenskommelse). Företagssköterskan stämmer av med vederbörande personalansvarig om tid och datum för rehab-mötet. Vederbörande personalansvarig ansvarar för kallelse av individen samt arbetsledaren och vid behov även representant från Försäkringskassan till rehab-mötet. Tid för eventuell uppföljningsmöte bokas efter rehab-mötet.
5. Arbetsledaren och företagssköterskan har kontinuerlig kontakt med den sjukskrivne under sjukskrivningen och rehabiliteringsgången.

Den undersökta gruppen

De föreslagna rehabiliteringsrutinerna var tänkta att tillämpas på de individer (oavsett kön, ålder, etnicitet, yrke, eller anställningstid), som kom till företagshälsovården på nybesök under prövotiden. Ingen kontrollgrupp användes. Projektet fastslogs starta från februari -04 till och med

september -04. Personalavdelningen på företaget informerade de anställda om de nya rehab-rutinerna via intranätet, innan projektet startade. Det kom att ingå fem rehab-fall under projekttiden. Tre rehab-fall kom i kontakt med företagshälsovården via personalgruppen, ett rehab-fall via huvudskyddsombudet och ett rehab-fall via en psykologmottagning utanför företagshälsovården där kontakten förmedlades initialt genom personalavdelningens försorg. Företagshälsovården använde sig ej av några bestämda inklusionskriterier i projektet beträffande val av rehab-fall, annat än rent kliniska bedömningar om vilka fall som var ett rehab-fall eller ej. Efter projekt-tidens slut, informerades dessa fem rehab-fall av företagsläkaren om studien (projekt-arbetet), och dess syfte och om dom ville bidra till utvärdering av studien genom enskilda intervjuer på ca 30 minuter hos företagsläkaren. Samtliga individer svarade Ja på frågan. Diagnoserna i samtliga fall, var arbetsrelaterad stressreaktion. Vid projektarbetets slutläge, 8 månader efter projektstart var 3 individer tillbaka i arbete på heltid och 2 på halvtid.

Aktörer/informanter

De som har undergått rehabilitering under projekt-tiden(5 personer).

Aktuella arbetsledare (3 personer).

Företagsläkaren (dvs jag själv,1 person).

Företagssköterskan (1 person).

Facklig förtroendeman (1 person)

Aktuella representanter från personalavdelningen samt personalchef (5 personer).

Metod

I projektets slutfas gjordes enskilda intervjuer på ca 30 minuter som inriktades mot aktörernas upplevelse av det praktiserade arbetssättet beträffande rehabiliteringsrutinerna. 2 dagar för intervjuer bestämdes och med personalavdelningens hjälp, fick alla informanter på arbetsgivarsidan, besked om tid och plats för intervjuerna på företaget. Patienterna kontaktades var och en i enskild form, av företagsläkaren och kom på intervjuer vid avtalade tider, på företagshälsovården. Det användes en strukturerad metod för intervjuer. De sju intervjufrågorna var desamma som ovan redovisats under avsnitt 2 ”frågeställningar”.

Resultat

Härunder redovisas resultaten av intervjuerna uppdelade på resultaten gruppvis för informanterna (1) följt av resultaten sammanställda fråga för fråga och omfattande samtliga informantgrupper (2).

Patienterna

4 av 5 individer som undergått rehab under projekttiden, haft kännedom om det nya sättet att arbeta med rehabilitering. Patienternas upplevelse av det praktiserade sättet att arbeta med rehabilitering kunde sammanfattas enligt följande:

Fördelar

1. Man ansåg att man snabbt fick hjälp tack vare snabb förmedling av kontakter med stöd av ett strukturerat sätt att arbeta med rehabilitering.
2. Man tyckte att koppling till företagshälsovården skedde snabbt och strukturerat.
3. Man ansåg att alla aktörer visste vad de skulle göra, tack vare ett strukturerat arbetssätt.
4. Man upplevde att direkta kontakter med involverade aktörer, underlättade återgång i arbete.
5. Man kände sig lyssnad på och väl omhändertagen, tack vare ett organiserat engagemang.

Nackdelar

Inga nackdelar, man upplevde att tydlighet i rehab-gången motverkade uppkomst av nackdelar.

Har det lett till nya problem?

1. Eventuella problem kan uppstå om företagssköterskan ej anser att problemen är arbetsrelaterade, medan individen själv upplever det så.
2. Mera ansvar för arbetsledarna dock i positiv mening.

Kan de eventuellt nya problemen förbättras på något sätt? I så fall hur?

1. Lyssna mera på individen, och att det ska vara lätt att boka tid hos företagsläkaren för bedömning.
2. Chefsansvaret är givet i rehab-sammanhang. Det ligger hos chefen att de anställda ej mår dåligt i arbetet.

Har det underlättat återgång i arbete?

1. 3 personer svarar ja på frågan. Man anser att tätare samarbete med personalgruppen, ger snabbare återgång i arbete och förhindrar heltids sjukskrivning. Vidare, anser man att personalen är nu tidigare engagerad i rehab-frågor och att det sker snabbare återkoppling till företagshälsovården. Vidare anser man att företagshälsovården varit mera fokuserad på arbetsrelaterade problemen och arbetar mera med arbetsrelaterade frågorna. Vidare anser man att rehab-möte i tidigt skede möjliggör återgång i arbete.
2. 1 person svarar, troligen. Man tror att sjukskrivningen hade blivit längre om man istället hade fått kontakt med annan läkare än företagsläkare.
3. 1 person svarar vet ej. Ingen facit för jämförelse.

Vad har man lärt sig av detta sätt att arbeta med rehab?

1. Det går att göra någonting åt problemen om både företaget och företagshälsovården, agerar tillsammans snabbt mot målet att återgå i arbete.
2. Risker för heltids sjukskrivning minskar med detta sätt att arbeta med rehabilitering.
3. God rehab-information (välbelyst om vad som gäller när det är aktuellt med rehabilitering, klara riktlinjer för hur man går till väga i rehab-frågor), via intranätet, stöder rehabiliteringsarbetet.

Är man nöjd med detta sätt att arbeta med rehab?

1. Alla svarade ja. Man har brytt sig om på ett bra sätt, det har känts att det funnits en plan för rehabilitering, som gjorde att man inte kände sig övergiven och ej "bara sjukskriven". Man uppskattar bl.a. engagemanget och det professionella förhållningssättet på företagshälsovården.

Personalorganisation och facklig organisation

2 individer av ovan nämnda population, hade ej kännedom om det nya sättet att arbeta med rehabilitering, under projektiden. Personalgruppens, fackets och arbetsledarnas upplevelse av det praktiserade sättet att arbeta med rehabilitering kunde sammanfattas enligt följande:

Fördelar

1. En klar fördel som framgick av svaren, var snabbheten i förfarandet i rehabiliteringssättet att ta tag i det verkliga problemet som förklarade arbetsförmågan.
2. Det upplevdes positivt att man från arbetsledarsidan, kunde få en direkt dialog med företagsläkaren i rehab-frågor.
3. Att flera aktörer är gemensamt engagerade i rehab-frågor i tidigt skede, känts betryggande i hela rehabiliteringsprocessen.
4. Att snabbheten i individkontakten, gör att individen, känner sig bekräftad och sedd i så motto att han el hon fyller en viktig funktion i organisationen och att arbetsgivaren bryr sig.
5. Att företagshälsovården har den rätta kompetensen att bedöma arbetsrelaterade frågeställningar och att individerna blir undersökta på ett optimalt sätt vid kontakt med företagshälsovården.
6. Att kommunikationerna tack vare rutiner för rehabilitering, sker på ett mera flytande sätt och att det är lättare att få till möten vid behov.
7. Att risken för långtids- och framför allt heltidssjukskrivningar minskar.
8. Att arbetsledarna har den största möjligheten att identifiera problemet till arbetsförmågan i tidigt skede, med samtal och därefter eventuell snabb koppling till företagshälsovården.
9. Att företagshälsovården agerat snabbt och effektivt. Fungerande kommunikation mellan parterna.
10. Gett ökad lösningsbenägenhet från arbetsgivarens sida som känts utvecklande.

Nackdelar

1. Eventuellt kan nackdel uppstå, vid kontakt med individer som av olika skäl har svårt för konfrontationer, snabbhet med individkontakten bör ske med känsla för, och beaktande av individintegriteten.
2. Behov för underlättande av dialog mellan den som undergår rehab och närmaste chef, när otydlighet av det verkliga problemet för arbetsförmågan, riskerar att ge upphov till förlängning av sjukskrivning.
3. Inget systemstöd för cheferna, cheferna måste ha egna rutiner för att kunna se om någon varit sjukskriven mer än 14 dagar, nuvarande system bygger på försäkringskassans regler, det vill säga rehab-utredning senast den 28:e sjukdagen, samt vid korttids frånvaro >6 ggr/år.

Har det lett till nya problem?

1. Problem för cheferna, som måste hålla mera kontroll, mera tidskrävande för chefer, som ej har tillräcklig med vare sig tid eller erfarenhet och utbildning för rehabiliteringsarbete.
2. Sysselsätter arbetsgivaren mera i rehabiliteringsärenden, men ej i negativ bemärkelse, mera resurser krävs i form av tid och ökad engagemang i rehab-frågor.
3. Man är ej säker på om alla rehab-ärenden uppdagats, ej heller säker på om alla har efterlevt det nya sättet att arbeta med rehabilitering.
4. Svårigheter för cheferna att se, vem som har varit sjukfrånvarande mer än 14 dagar, cheferna ska enligt aktuell modell för rehabilitering, agera från den 15:e dagen. Att sjukfallen upptäcks nu i sämsta fall, efter en månad, av personal, på grund av utebliven lön.
5. Att det kan tidsmässigt vålla problem för vissa arbetsledare som har större arbetsgrupper, det vill säga >15 personer.
6. Att personalen haft en mycket försiktig hållning i rehabiliteringsärenden, som ibland kan bidra till att sjukskrivningar förlängs i onödan.

Kan de eventuellt nya problemen förbättras på något sätt?

1. Att skapa rutiner för att kunna se vem som varit sjukfrånvarande mer än 14 dagar.
2. Samsyn mellan arbetsledarna och personalgruppen, för en gemensam strategi för ”lösningsbenägenhet” i rehabiliteringsärenden.
3. Mindre antal individer per arbetsledare så att arbetsledarna får mera tid till att engagera sig i rehab-ärenden innan det ens hinner att bli ett rehab-fall.
4. Bättre utbildning av cheferna, mer information till cheferna om hur arbete med rehabilitering är tänkt.
5. Titta i sjukstatistiken och se om alla sjukfallen >14 dagar, fått kontakt med företagshälsovården.
6. Proaktivitet, att arbetsledarna försöker se problemen innan det leder till arbetsoförmåga, snabbt agerande.

Har det underlättat återgång i arbete?

1. Man tror det, med motivering att snabbheten gör att individerna inte faller i den djupa svackan och att man i tidigt skede hjälper personen på banan igen, viktigt med lösningsbenägenhet från alla parter. Individerna kommer snabbare tillbaka till arbetet nu utan att känna sig stressade tillbaka till arbetet, utan mår bra vid återgång.
2. Man tror att det finns behov för förbättring av samtalsmetoder för att i samband med rehab-möten kunna diskutera det verkliga problemet som har orsakat/bidragit till arbetsoförmågan.
3. Snabb kontakt med ambitionen att hitta orsaken till arbetsoförmågan, gör att man i tidigt skede kan sätta in de åtgärder/insatser/stöd som behövs för arbetsåtergång och därigenom förkortning av sjukskrivning.
4. Tidig kontakt med företagsläkaren, viktigt, då det kan vid behov föras en dialog om att sjukskrivning inte alltid är den bästa lösningen på problemet.
5. Tidig kontakt med företagshälsovården, bidrar till att individen får hjälp med snabb relevant medicinsk utredning om så behövs.

Vad har man lärt sig av det nya sättet att arbeta med rehabilitering?

1. Snabbheten i att ta tag i problemen är ett naturligt sätt att arbeta med rehabilitering.
2. Man lyssnar på företagsläkaren på ett mera konstruktivt sätt, när det finns rutiner för rehabilitering.
3. Att direkt kontakt med företagshälsovården kan bidra till snabbare rehabilitering.
4. Ju fortare man kommer i arbete (även om det skulle vara partiellt), ju lättare är det att komma tillbaka till arbetet helt.
5. Att det kan även vara svårt och komplex med rehab-ärenden.
6. Att individer kan må sämre om man dröjer med insättande av adekvata rehab-åtgärder. Att rehab-arbetet blir mera svårarbetat och problemlösningar kan försvagas, ju längre tid det hela tar.
7. Att det kan fungera bra med rehabilitering om man har tillgång till en bra företagshälsovård.
8. Att det har lett till en bra dialog med företagshälsovården.
9. Att det är bra med snabba åtgärder.

Är man nöjd med det nya sättet att arbeta med rehabilitering?

8 personer svarade Ja på frågan. 1 person svarade både och. Man anser att det behövs mera praktiskt stöd i systemet för chefernas del, för att kunna hitta de individer som varit sjukfrånvarande mer än 14 dagar. Man anser också att rehab-samarbetet kan utvecklas vidare på en preventiv plan, tidigare avstämningar med företagshälsovården, och verktyg för att lättare och snabbare kunna upptäcka individer som är i behov av rehabilitering och snabbare sätta in relevanta åtgärder.

Företagshälsovårdens perspektiv

Företagshälsovårdens upplevelse av det nya sättet att arbeta med rehabilitering, kan sammanfattas enligt följande:

Fördelar

1. Strukturerat arbetssätt som gett upphov till ett flytande samarbete med alla involverade aktörer i rehabiliteringssammanhang.
2. Underlättande av kommunikation, tidigare upptäckt av rehab-behov, snabbare återgång i arbete och förkortning av sjukskrivningar.
3. Företagshälsovårdens engagemang lyfts upp som part i rehabiliteringsarbete.

Nackdelar

1. Inga nackdelar.

Har det lett till nya problem?

1. Ökat engagemang som åtminstone initialt kan upplevas som ökad arbetsbelastning för framför allt arbetsledarna på företaget.

Kan de eventuella problemen förbättras på något sätt?

1. Förslagsvis med ökat systemstöd för arbetsledarna samt rehab-utbildning för både arbetsledarna och personalorganisationen på företaget för att ge ökat stöd i rehabiliteringsfrågor.

Har det underlättat återgång i arbete?

1. Troligen Ja, lite för litet studiematerial och relativt kort projekttid, för att dra säkrare slutsats om denna fråga.

Vad har man lärt sig av detta sätt att arbeta med rehab?

1. Att gemensamt och strukturerat tidigt engagemang, bidrar till underlättande av rehab-samarbete, snabbare rehabilitering och tidigare återgång i arbete.
2. Att det finns behov för fortsatta studier och åtgärder bl.a. rehab-utbildning i lämplig form för de aktörer som arbetar med rehab-frågor, behov för ökad kunskap om rehabilitering hos alla involverade aktörer.

Är man nöjd med det nya sättet att arbeta med rehabilitering?

1. I dagsläget, Ja.

Jämförelse av samtliga svar, fråga för fråga:

Har det nya sättet att arbeta med rehabilitering erbjudit:

Fråga 1 Fördelar, i så fall vilka?

Likheter: Snabbare rehabilitering. Underlättande av kommunikation mellan involverade aktörer. Organiserat och strukturerat engagemang som underlättade återgång i arbetet och förhindrade heltids- och långtidssjukskrivningar.

Skiljaktigheter: Inga.

Fråga 2 Nackdelar, i så fall vilka?

Likheter: Inga nackdelar sedd från patienterna och företagshälsovårdens sida.

Skiljaktigheter: Från personalens och arbetsledarsidan, kunde följande nackdelar ses: 1. Inget systemstöd för cheferna, dvs att varje chef för sig måste ha egna rutiner för att kunna se om någon varit sjukfrånvarande mer än 14 dagar, det finns med andra ord inget inarbetat gemensamt system för detta fn. I sämsta fall, kan sjukfrånvaron uppdagas först efter 1 månads tid pga utebliven lön.

Fråga 3 Har det lett till nya problem? I så fall för vem/vilka?

Likheter: Ökad ansvar som kan upplevas som ökad arbetsbelastning för arbetsledarna.

Skiljaktigheter: Utifrån personalgruppens synvinkel, risk för sena upptäckter av rehab-fall pga avsaknad av systemstöd till arbetsledarna, dvs inga inarbetade rutiner för upptäckt av sjukfall i tidigt skede.

Fråga 4 Kan de ev nya problemen förbättras på något sätt, i så fall, hur?

Likheter: Skapande av rutiner för tidig upptäckt av sjukfallen. Rehab-utbildning för alla involverade aktörer i rehabilitering, dvs på personalsidan, arbetsledarna samt även företagssköterskesidan.

Skiljaktigheter: Inga.

Fråga 5 Har det underlättat återgång i arbete?

Likheter: Samtliga svarade troligen Ja.

Skiljaktigheter: Inga.

Fråga 6 Vad har man lärt sig av detta sätt att arbeta med rehab?

Likheter: Att det går att göra något åt problemen med en gemensamt och strukturerat engagemang, som bidrar till underlättande av rehab-samarbete, snabbare rehabilitering och motverkande av heltids sjukskrivningar.

Skiljaktigheter: Inga

Fråga 7 Är man nöjd med detta sätt att arbeta med rehabilitering?

Likheter: Ja.

Skiljaktigheter: Inga.

Diskussion

Studien visar på ett tydligt sätt att, skapande av rutiner för rehabilitering har upplevts positivt för hela den undersökta gruppen. Den faktorn som upplevdes mest positivt var en smidig och effektiv kommunikation utan onödiga hinder mellan företaget och företagshälsovården, det fanns en tydlighet i kontaktnätet mellan olika aktörer i rehabiliteringsgången som underlättade samarbetet i rehabiliteringen och bidrog till identifiering av arbetshindret tidigt i rehab-förloppet och därigenom resulterade i snabbare återgång i arbetet och motverkade heltids sjukskrivningar. Den totala sjukfrånvaron (mätt i procent av budgeterad arbetstid, företagets löneredovisningssystem), under projektiden, minskade från c:a 8,7% nertill 5,3% (bilaga 2). Ett strukturerat samarbete och ett gemensamt engagemang mellan FHV, personalorganisation och arbetsledning, ger möjlighet att följa upp tidiga signaler på ohälsa och möjlighet att arbeta mer hälsopromotivt. Vidare visade studien på att, arbetsledarna har en viktig roll i arbetsmiljöarbetet, att genomdriva långsiktiga arbetsmiljöprogram och följa upp sjukfrånvaro snabbt och konsekvent. Ett problem som uppdagades i studien var, risk för sena upptäckter av sjukfrånvaro på arbetsledarsidan. I studien framkom det tydligt, ett behov för skapande av rutiner för tidig upptäckt av sjukfrånvaro och därmed tidig agerande från företagets sida, för insättande av lämpliga åtgärder. Möjligen, kan införande av ett stödsystem för arbetsledarna, och rehab-utbildning för både personalgruppen och arbetsledarna förbättra möjligheterna för ett mer strukturerat rehabiliteringsarbete och proaktivt arbetsmiljöarbete och bidra till minskning av sjukskrivningar.

Antalet rehab-fall som inkluderades i studien blev hälften av vad som var tänkt från början (bilaga 3) Någon omedelbar och säker, förklarande orsak till detta kunde man inte hitta i projektarbetets slutläge. Möjliga orsaker till detta, vid diskussion med personalgruppen, kunde vara följande:

1. Ökad effektivitet till följd av skapande av rutiner för rehabilitering.
2. Vissa enheter/avdelningar av företaget, har avtal med annan företagshälsovård än StockholmsHälsan.
3. Inga bra söksystem (stödsystem saknas för cheferna f.n.), dvs att det finns risk för sena upptäckter av sjukfrånvaron, då det dels inte finns en gemensam inarbetad rutin för detta hos cheferna på företaget och att sjukfrånvaron i sämsta fall kan upptäckas sent i förloppet pga utebliven lön. En observation var att praxis och rutiner vid olika avdelningar inom företaget varierade avsevärt i detta avseende.
5. Osäkerhet om alla berörda chefer fått nödvändig information om innehållet i projektet?

Studien kunde vidare belysa behovet för ökad kunskap i rehabiliteringsarbete för de aktörer som arbetar med rehab-frågor på alla nivåer samt även behovet för vidare effektivisering av rehabiliteringssamarbetet. För detta krävs fortsatta diskussioner om rehab-frågor som både företaget och företagshälsovården bör aktivt arbeta med vidare.

Slutsatser

1. Att gemensamt strukturerad engagemang och samarbete, underlättar rehab-samarbetet, och bidrar till snabbare återgång i arbete samt motverkar heltids sjukskrivningar.
2. Att det finns behov för ökad kunskap om rehabilitering, för de aktörer som arbetar med rehab-frågor på alla nivåer.
3. Att ha samarbete med flera olika företagshälsovård, kan innebära olikheter i rehabiliteringsarbetet som kan försvaga möjligheterna till skapande av optimal struktur för rehabiliteringsarbete inom företaget.

Studien, har genomförts med förhållandevis litet antal rehab-fall och under relativt kort tid, men betydelsen av gemensamt engagemang och snabbhet i identifiering av arbetshindret i rehabiliteringsarbete, som viktiga aspekter för snabbare återgång i arbetet och förkortning av sjukskrivningar, har framkommit mycket väl.

Bilaga 1	Flödesschema rehab
Bilaga 2.	Antalet sjukfall under projekttiden
Bilaga 3	Företagets sjukskrivningsstatistik under projekttiden

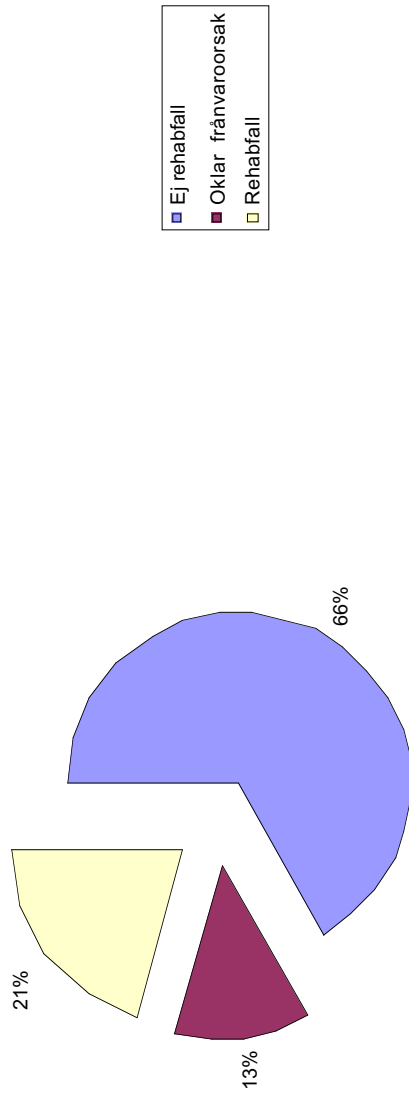
Litteraturreferenser

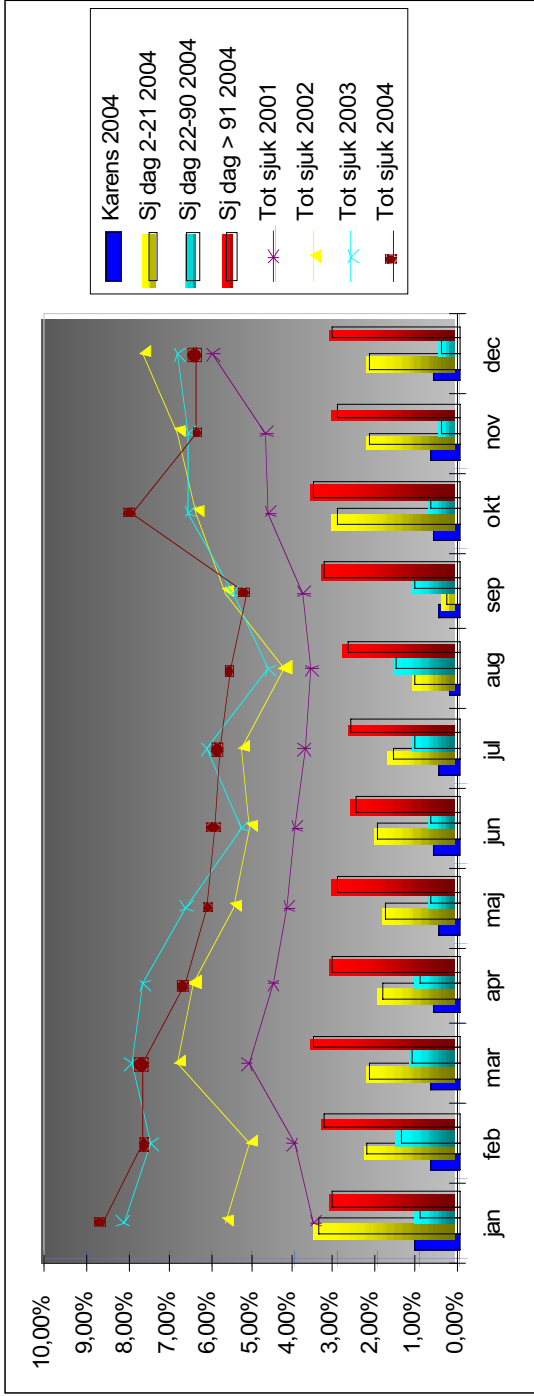
Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet - mål, ansvar och åtgärder med utgångspunkt från ett övergripande mål för människor i arbete
Slutbetänkande—SOU 2002:5 med del 2 expertbilagor Socialdepartementet 2002

Bilaga 1

Händelse	Aktivitet	K O T I N U E R L I G K O N T A K T	Medverkande
Sjukfrånvaro > 14 dgr Korttidsfrånvaro > 6 ggr/år	Berörd medarb kontaktas av sin chef för samtal för att se om arbetshinder föreligger ➔ åter i arbete utan åtgärd ➔ om åtgärd krävs, kontakt med FHV sköterska	M E D A R B C H E F	Medarbetare Chef Personalspecialist (kallar) FHV – sjuksköterska
Möte med sjuksköterska på FHV	FHV-ssk kontaktar medarb för att undersöka behov av utredning och rehabilitering	F H V	Medarbetare FHV-ssk Ev FHV-läkare konsulteras av ssk
Tid hos läkare inom 1 vecka	Medarb träffar läkare. Preliminär bedömning av diagnos, grad av arbetsförmåga, förslag lämpliga rehabåtgärder	K O N T A K T	Medarbetare FHV-läkare Ev psykolog, sjukgymnast vid behov
Rehabutredning	Medarbetare och chef, med stöd av personalspecialist, gör en rehabutredning	M E D A R B	Medarbetare Chef Personalspecialist
Rehabmöte Inom 2 veckor	Samla samtliga inblandade för att diskutera rehabplan, Eventuellt planeras ett uppföljningsmöte in	C H E F	Medarbetare FHV-läkare, ssk, ev psykolog Chef Personalspecialist Fackl representant (medarbetarbeslut) Försäkringskassan
Eventuell uppföljning			Som ovan

Sjukfrånvaroorsak totalt i procent (%) under projekttiden
bilaga 2





Bilaga 3

HALL-projektet - en kartläggning av arbetshälsa hos plåtslagare, mekaniker och tekniker under förändringsarbete i bilverkstad

Författare: Eva Lissel, företagsläkare, Vårdträdet Linden Kalmar – Sensia Hälsa
Handledare: Ingalill Morén-Hybbinette, Med Dr, Landstinget i Kalmar Län

Sammanfattning

Volvohandeln har för att öka kundnyttan påbörjat ett förändringsarbete där målet är att en större del av mekanikerna ska bli så kallade personliga servicetekniker, ”teknikerkonceptet”. De förväntas då ha ett självständigt ansvar för en ”kundstock” och handha alla moment som krävs: från mottagning av bilen till betalning och utlämning av färdigt arbete. Utbildningen sker stegvis under flera år i takt med mekanikernas allmänna yrkesutveckling

De anställda (tekniker, mekaniker och plåtslagare) på det undersökta bilföretaget var under 2003 på hälsokontroller vid företagshälsovården. Vid intervju framkom starkt varierande känslor inför de pågående förändringarna bland mekaniker. Plåtslagarnas inställning till ett planerat gruppäckord från och med våren 2004 skilde sig också. Serviceteknikerna i sin tur visade tecken till stress och frustration. Resultatet av hälsokontrollerna gav anledning till fördjupade studier av de aktuella arbetsvillkoren.

En enkätundersökning augusti 2004 visar på en tendens där alla anser att arbetsbelastningen och svårighetsgraden har ökat på senare tid. Tekniker som grupp saknar dock i högre grad stöd och uppbackning. De förefaller också allmänt mer pressade i arbetet och är mindre nöjda med ledningen. Plåtslagarna verkar må ganska bra medan mekaniker intar en mellanställning. Mekaniker anger i något större utsträckning osäkerhet angående kompetens och önskar också förbättra kunskaper utanför det rent tekniska.. Rekommendationer kommer att delges företaget vid redovisning av projektet.

Inledning

HALL- projektet står för Hållbar Arbetshälsa och associerar samtidigt till arbetsmiljön – verkstadshallen på bilfirman.

De flesta yrken idag kräver ständig uppdatering av kunskaper. Teknologin utvecklas alltmer. Det ställs nya krav på ”allmänbildning” och ”specialisering” hos dagens bilarbetare. Trots hjälpmedel finns fortfarande uppgifter som kräver muskelstyrka, upprepade ensidiga belastningar eller obekväma arbetsställningar. God arbetsteknik är lika viktig som någonsin förr, särskilt när tempot är uppdrivet. De flesta i branschen väljer emellertid sitt yrke på ett stort intresse för bilar och teknik vilket trots allt borde ge goda grundförutsättningar för ett bra arbetsliv.

Beskrivning av företaget

Det undersökta bilföretaget innehar agentur för Volvohandeln. Man driver idag 5 anläggningar med försäljning, personbilsverkstäder samt uthyrning i södra Kalmar län. 2 arbetsplatser är större (Kalmar och Nybro) och 3 är relativt små (Emmaboda, Borgholm och Bergkvara). Totalt är 130 personer anställda, varav drygt 50 var aktuella för att ingå i undersökning.

Teknikerkonceptet och dagsläget i verkstaden

I serviceteknikerns ansvar ingår mottagning, kreditkontroll, planering, reservdelsbeställning, utförandet av själva arbetet, prissättning, färdigställande av kassaklar faktura, utlämning av bilen samt kvalitetsansvar. Utbildningen pågår i steg under flera år och är en Webb- lärarledd

utbildning (Tacdis utbildning genom Volvo Cars learning center). Utbildningen innehåller såväl data och teknik som ekonomi och kundpsykologi. Eftersom kravet på teknisk kompetens blir högt förutsätter detta god yrkeserfarenhet innan utbildningen blir aktuell. Som personlig servicetekniker behöver man också klara av att ha en bra kundrelation. I dagsläget finns drygt ett tiotal självständigt fungerande tekniker. Man har också på försök nyligen sammanfört 3 namngivna tekniker som i olika avseende kompletterar varandra och som bildar en arbetsgrupp.

Arbetsledarna planerar arbetet för mekanikerna som grupp. Man har individuellt ackordssystem. I dagsläget, under omorganisation, är pressen även på arbetsledarna hög vilket i sin tur kan påverka de underställdas möjligheter till stöd och hjälp i olika situationer. Plåtslagarna har tidigare haft individuellt ackordssystem. På våren 2004 övergick man på försök till grupp-ackord som skulle utvärderas efter 6 månader, vilken tidpunkt inföll samtidigt som enkäten genomfördes.

Oro eller förväntningar – olika inställning framkom vid hälsokontroll

Under 2003 genomfördes hälsokontroller vid företagshälsovården. Det framgick att inställningen till förändringarna, både vad gällde ”teknikerkonceptet” och förändringen av ackordssystem hos plåtslagarna, varierade mycket bland de berörda. Medan vissa mekaniker såg möjlighet till utveckling och större självständighet fanns det andra som istället såg nackdelar och upplevde oro för ökat ansvar och ytterligare stress. Vissa hade av olika skäl valt att bibehålla sina ordinarie arbetsuppgifter och tacka nej till utbildningen. En del plåtslagare var negativa till att frångå individuella ackord, medan andra såg fram emot det

Syfte

Syftet med projektet är att kartlägga faktorer som kan påverka hälsan hos de anställda, nu och i framtiden. Det ger tillfälle att ställa frågor om hur den anställde själv ser på sin hälsa och arbetssituation samt på sina egna och företagets möjligheter att påverka den.

Projektplanen avsåg ursprungligen endast mekaniker och tekniker men fick senare utvidgas med plåtslagarna då företagsledningen särskilt önskade detta.

Frågeställningar att besvara

- Ger ett arbetssätt där kunden bara har kontakt med en person, sin ”personliga servicetekniker” denne ökad arbetstillfredsställelse och kontroll över sin arbetssituation? Tillkommer nya stressmoment?
- Hur mår mekaniker som står inför möjligheten till/kravet på denna utveckling av arbetsrollen?
- Hur mår plåtslagarna, som 6 månader tidigare ändrade individuellt ackord mot grupp-ackord?

Bakgrund

Litteratur

Arbetsmiljön kan påverka människors hälsa både positivt och negativt. Den amerikanske sociologen Karasek har tillsammans med T Theorell utvecklat krav – kontroll – stödteorin (1)

för bedömning av hälsorisker i förhållande till olika typer av arbete. Teorin konstruerades ursprungligen för manliga arbetare inom industrin och avsåg att jämföra yrkesgrupper med varandra. Man ställer de psykologiska kraven i arbetet relaterat till kontrollen. I begreppet kontroll lägger man in såväl stimulans i arbetet som handlingsfrihet. Huvudtanken är att mental belastning blir sjukdomsframkallande endast om det finns litet beslutsutrymme. Kombinationen hög mental belastning – lågt beslutsutrymme kallas spänt arbete och är den sämsta kombinationen med ökad risk för ohälsa. Hög mental belastning och högt beslutsutrymme kallas aktivt arbete och ger utrymme för lärande samt motivation att utveckla nya beteendemönster. Låg belastning – lågt beslutsutrymme kallas passivt arbete (dåligt) medan låg belastning och högt beslutsutrymme kallas avspänt arbete (här mår de flesta bra). Tillägg av faktorn socialt stöd (av överordnade och arbetskamrater) har visats minska riskerna vid ett spänt arbete och är alltså en viktig friskfaktor.

Företagsläkare Johnny Johnsson vid Stora Enso Fors AB, som för övrigt nyligen belönats med kungamedalj för sitt arbete, har gjort en uppmärksam undersökning av de ”långtidsfriska” (2) på företaget. Han ville veta vilka faktorer som skiljer dessa personer, som ej haft någon sjukdag senaste 2 åren, från andra. Slutsatsen blev att det finns ett starkt samband mellan chefskap och friska medarbetare. Idealföretaget har en chef som sätter upp tydliga mål, informerar, ger feedback och stöd när det behövs men som inte lägger sig i detaljer. Arbetsklimatet är prestigelöst med ”högt i tak”. Man respekterar varandra som personer och medarbetare. Långtidsfriska trivs med sitt arbete, upplever arbetet något mer mentalt belastande än genomsnittet men också stimulerande, känner sig behövda, har en optimistisk syn på sin framtid och hälsa och har inte mycket fysiska krämpor (det goda arbetet) (3).

I boken Hälsans mysterium (4) beskriver sociologen Antonovsky det han kallar ”känslan av sammanhang”, KASAM. Den individuella förmågan att kunna se tillvaron som i stort sett begriplig, hanterlig och meningsfull trots ogynnsamma förhållanden är en kraftfull friskbringande (salutogen) faktor. Han intervjuade personer som överlevt koncentrationslägren och som till skillnad från många andra klarade att fortsätta leva ett meningsfullt liv och fann att de hade denna egenskap gemensamt.

Detta synsätt kan öka förståelsen för hur vi reagerar olika i såväl arbetet som privatlivet, hur under samma omständigheter vissa blir sjuka medan andra förblir friska.

Personer som baserar sin självkänsla för mycket på sina prestationer riskerar i högre grad att självkänslan ”åker berg-och-dalbana” under livet än de som mera litar på att de duger som de är. De har också en större risk för stressrelaterad utmattning enligt bl a en rapport av Hallsten (5). I enkäten finns frågor som belyser ”prestationsbaserad självkänsla” och motsatsen som benämns ”grundläggande självkänsla”. Smärtor i nacke och rygg har ofta ansetts vara orsakade av dålig arbetsmiljö och tungt arbete. Detta är dock endast delvis vetenskapligt bevisat. Vid genomgång och sammanställning av tillgänglig forskning (6, 7) finner man klart bevisat samband (stark evidens) mellan ländryggsbesvär och ofta återkommande tunga lyft, böjda och vridna arbetsställningar, och till viss del med arbete på skakiga underlag (helkroppsvibrationer), men inte med tungt arbete i allmänhet.

För nackbesvär finner man starkt samband med repetitiva och monotona arbetsmoment samt

med låsta arbetsställningar.. För både nack- och ländryggsbesvär finns även samband med dåliga psykosociala förhållanden både privat och i arbetet.

Starka bevis föreligger för samband mellan nack- och ryggbesvär och låg eller dålig arbetstillfredsställelse liksom visst samband med brist på socialt stöd i arbetet. Det finns i nuläget otillräckliga bevis för ett samband mellan upplevd arbetstakt - belastning eller arbetsinnehåll och rygg/nackbesvär. Smärtor kan nedsätta funktionen men också orsaka oro och nedstämdhet. Det psykologiska inslaget i smärtupplevelsen kan sannolikt såväl påverka uppkomsten som vidmakthållandet av smärtan. Den enda bevisade preventiva (förebyggande) åtgärden tycks vara måttlig men kontinuerlig fysisk träning.

Ökningen av så kallade välfärdssjukdomar har ett klart samband med vår livsstil. Rökning är en känd riskfaktor. Felaktig kost, stress och brist på fysisk aktivitet leder till övervikt och en ökad risk för åldersdiabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Men risken är också påverkbar av samma anledning vilket uppmärksammas i modern forskning (9). En ökning av fysisk aktivitet från ”ingenting” till 30 minuter lätt motion varje dag minskar risken för sjuklighet. Riskfaktorerna har analyserats noggrant i bl a en stor primärpreventiv populationsstudie i Göteborg där ”1913 års män” följdes i trettio år (Tibblin G och medarbetare).

Undersökt grupp

Samtliga servicetekniker, plåtslagare, mekaniker, rekonditionerare (räknas som mekaniker) samt så kallade juniortekniker (yngre mekaniker under teknikerutbildning) på företagets samtliga verkstäder erbjöds delta i undersökningen. Undantag gjordes av personalledningen för enstaka personer med mycket långa sjukskrivningar (flera år).

Fig 1

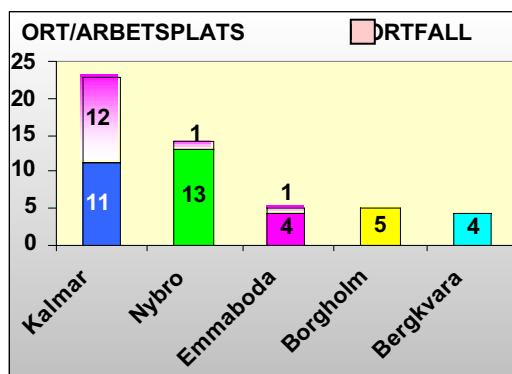
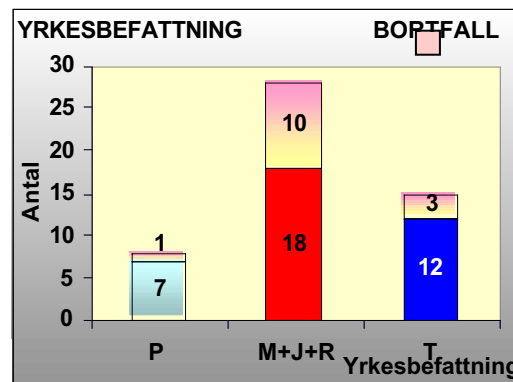
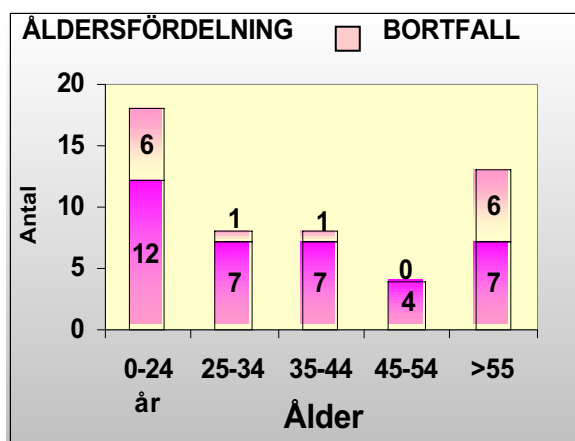


Fig 2



P= Plåtslagare M+R+J= Mekaniker
Juniortekniker, Rekonditionerare T= Tekniker



37 personer av 51 deltog (svarsfrekvens 73 %). Fördelningen på arbetsplats visas i (fig 1). Uppdelat på 3 yrkesgrupper (fig 2) deltog 7 av 8 plåtslagare (P), 18 av 28 mekaniker, juniortekniker och ”rekondare” (förkortas hädanefter MJR) samt 12 av 15 tekniker (T). Mellangruppen slogs ihop p g a delvis likartade arbetsuppgifter. En fjärdedel av M hade påbörjat teknikerutbildning.

- Medelåldern på de svarande var högst (41,4 år) i Kalmar och lägst (28,5 år) i Emmaboda.
- 35 av 37 (95 %) var män.
- Av totala bortfallet (14 st) (fig 3) bestod hälften av de allra yngsta och cirka hälften av de äldsta. Merparten arbetade i Kalmar.

Metod

Undersökningen gjordes som en tvärsnittsstudie där de på företaget anställda personerna i yrkesgrupperna P, MJR och T (se undersökt grupp) ingick.

En månad före undersökningen skickades ett av projektledaren utformat introduktionsblad hem till berörda anställda i samband med ordinarie löneavi. Man erbjöds delta i en enkätundersökning på arbetstid med syfte att kartlägga hälso- och arbetsförhållanden. Projektledaren skulle närvara och tidsåtgången angavs till 1,5 tim. Svaren fick vara anonyma. För att orsaka minsta möjliga störning i arbetet delades sedan de som tackat ja upp i mindre grupper som i slutet av en förmiddag eller eftermiddag samlades i Kalmar (vid tre tillfällen) eller Nybro (2 tillfällen) i början av hösten 2004.

I enkäten skulle man ange födelseår, yrke och arbetsort samt tidigare yrkeserfarenhet. Validerade frågor om bakgrund, hälsa, sömn, livsstil, faktorer utanför arbetet, hur man är som person samt frågor om arbetets fysiska och psykosociala aspekter hämtades ur HAKuL-formuläret (10) (undersökning om Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting). Sjukfrånvarostatistik togs fram av personalansvarig. Frågor om sjuknärvaro och orsak till denna ställdes.

Man fick göra en symtomskattning som är en del av självskattningsinstrumentet Stress and Crisis Inventory – 93, (C11) (bilaga), och som avser mäta dysfunktionell stressreaktion – autonom dysfunktion på en skala 0 -140. 0 -25 är förenligt med en normal stressnivå. Högre

värden innebär tilltagande funktionsbegränsningar t ex ökad psykisk och fysisk/handlingsmässig uttrötthet och även nedsatt beredskap och förmåga till sociala kontakter eller att lära nytt. Det är mycket ovanligt att en person skattar 0 p och man bör i så fall överväga om det finns någon förklaring till det. Höga värden kan i vissa fall också vara uttryck för sjukdom. SCI-93 är bäst lämpat för individuell skattning över tid för att bedöma förändring. Att som här använda det på gruppnivå vid ett tillfälle har begränsningar och ger endast en ögonblicksbild.

Specifika frågor handlar om huruvida man (oavsett hur man arbetar nu) helst vill arbeta självständigt, i fåmansgrupp eller i större grupp där arbetsuppgifterna fördelas av arbetsledare. Flera alternativ kunde anges. På en fråga om huruvida man föredrar individuellt ackord, gruppackord eller inget ackord alls skulle man ange ett alternativ. Det fanns också möjlighet till egna kommentarer. Man fick också svara på om man har problem i kundkontakten och hur man i så fall vill lösa det. Mekaniker tillfrågades om de känner till ”teknikerkonceptet”, om de skall gå utbildningen och om de tror att de efteråt kommer att ha de färdigheter som krävs för att fungera som självständig tekniker. De tillfrågades också om självupplevt utbildningsbehov inom andra områden utöver teknikerutbildningen, t ex språk, matematik, data och kundpsykologi. Slutligen fanns utrymme för egna synpunkter

Enkätformuläret ”Stress and Crisis Inventory –93” (Orvar Nyström och Curt Nyström, 1995), bifogas som bilaga.

Resultat

En noggrann manuell bearbetning av svaren inom samtliga frågeområden har gjorts. Detta har givit en ingående kunskap om materialet och tillfälle att lära känna företaget bättre. Efter analys har jag valt att inte redovisa vissa frågor eftersom de inte bidrar ytterligare till förståelsen av resultatet.

Allmänna frågor

Resultaten kan i viss mån vara av intresse för att belysa livssituationen utanför arbetet. Åldersfördelningen (fig 3) visar att en tredjedel är 24 år eller yngre. I övrigt är fördelningen jämn.

Av samtliga svarande har 25 % tidigare yrkeserfarenhet mer än ett år. 5 % har haft annat yrke i mer än fem år.

En av fyra bor som ensam vuxen, utan eller med barn. Av övriga som bor med annan vuxen delar man till övervägande del lika på hushållssysslor om det finns yngre barn hemma. Av de sammanboende utan barn är det få som har ansvar för och utför hushållsarbetet. 15 % anger sin ekonomi som ansträngd. Ingen av de svarande är sjukskriven, tjänstledig eller föräldraledig vid undersökningstillfället.

Frågor om hälsan

De flesta anger (fig 4) att deras hälsa i allmänhet är god till utmärkt, ingen anger hälsan som dålig. De som svarar ”mycket god ”eller ”utmärkt” finner man på samtliga arbetsställen och i

samtliga yrkeskategorier. Jämfört med för ett år sedan (fig 5) bedömer de flesta sin hälsa som oförändrad. Ingen bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som vare sig mycket bättre eller mycket sämre.

Fig 4

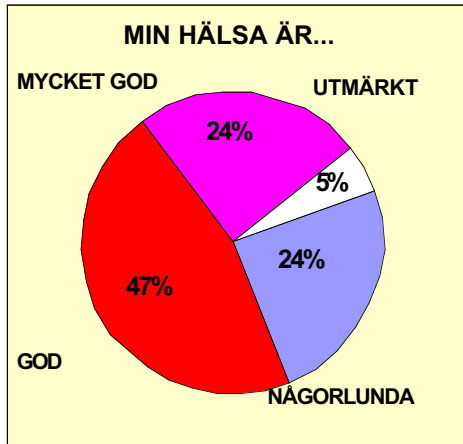
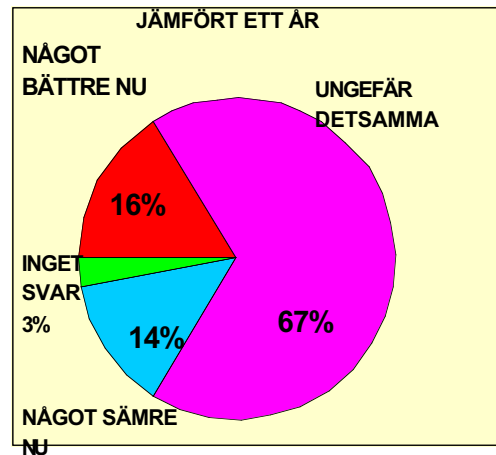


Fig 5



På frågan om man de senaste fyra veckorna hade haft problem i arbete eller i dagliga aktiviteter med antingen sitt kroppsliga hälsotillstånd eller känslomässiga problem svarar en tredjedel av alla att man haft det och att det medfört störningar i umgänge t ex med grannar, vänner eller anhöriga.

Besvär från rörelseorganen senaste året

Det vanligaste är besvär från en eller båda skuldror (65 % av alla.). Därefter kommer ländryggsproblem (59 %) samt besvär från nacke eller handleder/händer (vardera 57 %). Plåtslagarna ligger generellt under dessa siffror medan mekaniker och ffa tekniker ligger högre. 22 % har haft besvär från armbågar men där ligger yrkesgrupperna lika. 22 % har haft bröstryggsbesvär, dock ingen plåtslagare. 41 % angav knäproblem, 19 % har haft ont i en eller båda höfter och 16 % i fot/led senaste året.

En av fem personer har haft måttlig eller svår värk och smärta senaste månaden vilket också stört deras normala arbete och hemsysslor. (fig 6,7).

Fig 6

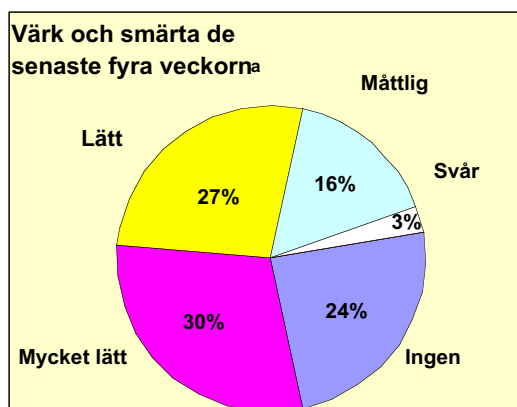
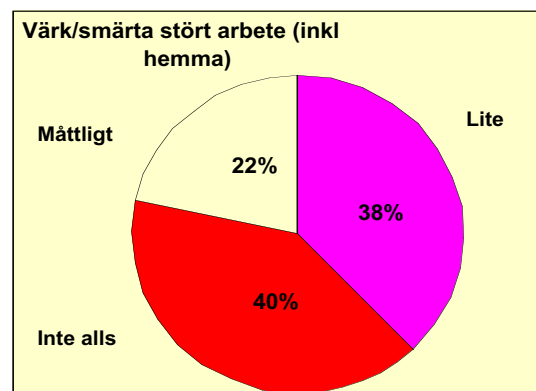


Fig 7



Aktuella sjukdomar skador och besvär

16 % anger sviter efter tidigare olycksfallsskada.

38 % av alla uppger sjukdom i rygg, leder, muskler eller skelett.

8 % har sjukdom i hjärta/blodkärl.

8 % uppger sjukdom i luftvägar eller lungor. Om man lägger till "allergi" (varav troligen en del med astma) kommer man upp mot drygt 20 %.

8 % anger psykiska problem inkl. sömnsvårigheter.

19 % anger sjukdom i nervsystem, ögon, öron.

8 % har problem med mage - tarm.

Lika många lider av urinvägarnas åkommor inkluderande prostatabesvär.

24 % har hudbesvär, vanligen eksem.

Hälften av alla som har något av ovanstående anser att de klarar arbetet men får besvär. En tredjedel är ibland tvungna att minska på arbetstakten eller ändra arbetssätt. En tiondel av alla måste ofta minska arbetstakten eller ändra arbetssätt.

Full av energi eller utsliten

En fråga med nio delfrågor handlar om hur man känt sig och hur man haft det senaste fyra veckorna. På delfrågan om man varit full av energi svarar drygt hälften att man varit det en stor del av tiden, en mindre del svarar att man varit full av energi litet eller inget av tiden.

Är det då någon skillnad mellan yrkesgrupperna? (fig 8) Ja, plåtslagarna tycks känna sig mest energiska, teknikerna minst.

På frågan om man känt sig utsliten svarar 27 % av alla att de känt så en hel del av tiden eller mer. Här är förhållandet mellan yrkena det omvända. (fig 9)

Fig 8

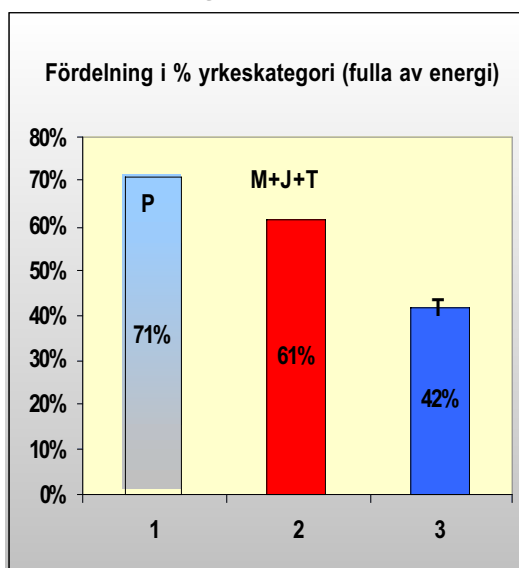
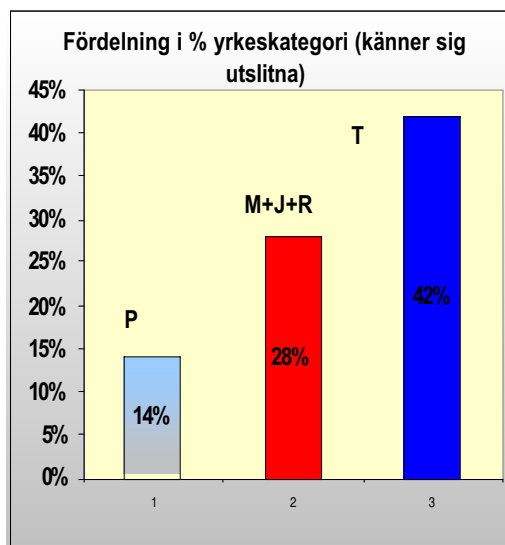


Fig 9



Självskattad hälsa

De flesta anser att de är normalfriska. Flera anser sig dock ha lättare för att bli sjuka än andra. På svarsalternativet ”jag tror att min hälsa kommer att bli sämre” svarar 16 % att det stämmer ganska bra och 38 % är osäkra.

Min nuvarande arbetsförmåga

Man skulle här bedöma sin nuvarande arbetsförmåga på en skala 0 – 10 där 10 är arbetsförmågan då den varit som bäst. Medelvärdet för alla ligger här på 8,1. Uppdelat på yrkesgrupperna låg plåtslagarna (P) på 9, mekaniker, juniortekniker och rekonditionerare (MJR) på 7,8 och tekniker (T) på 8,1.

Min arbetsförmåga i förhållande till fysiska krav

89 % av de svarande ansåg kroppsliga arbetsförmågan vara ganska eller mycket god och resten att den var någorlunda. Av P ansåg 100 % arbetsförmågan vara ganska eller mycket god, liksom 89 % av MRJ och 83 % av T.

Min arbetsförmåga i förhållande till psykiska krav

81 % av alla ansåg arbetsförmågan i förhållande till mentala och psykiska krav vara ganska eller mycket god. Motsvarande siffra för P var 100 % medan 94 % av MRJ och 50 % av T bedömde så vara fallet. På frågan om man njutit av sina dagliga sysslor senaste tiden svarar 54 % ganska ofta eller ofta (100 % av P, 44 % av MJR och 42 % av T).

Klarar jag arbeta i nuvarande yrke om två år?

Med tanke på hälsan svarade 73 % att de trodde så. 100 % av P ansåg sig klara att jobba kvar, 78 % av MRJ och endast 50 % av T.

Hoppfull inför framtiden?

54 % av alla kände sig hoppfulla ganska ofta eller ofta (71 % av P och 50 % av vardera MRJ och T).

Sjukfrånvaro

Uppgifterna om sjukfrånvarodagar/antal tillfällen uppdelat på yrkeskategorier har erhållits från personalavdelningen. Några få långa hel- och deltidssjukskrivningar är då ej medtagna.

Plåtslagarna har senaste året 1,3 sjukfall respektive 4 sjukdagar (arbetsdagar) per person, mekaniker 1,4 tillfällen/5 arbetsdagar, juniortekniker 2,3 tillfällen/8 arbetsdagar och tekniker 2,3 tillfällen/6,6 arbetsdagar per person i medeltal.

Nästan inga tog ut komplédigt eller semester vid sjukdom

Hälften av alla ansåg att det gick bra att genomföra deras arbete med hjälp av en ersättare, t ex om de blev sjuka. (30 % av P, 67 % av MRJ och 25 % av T). 16 % (lika för grupperna) angav att ingen annan kunde göra jobbet på kort sikt.

Sjuknärvaro

Tre av fyra anställda hade under senaste året gått till arbetet mer än en gång trots att de p g a sjukdom borde ha stannat hemma. 14 % hade sjuknärvaro mer än fem gånger. På frågan (förvalda svarsalternativ) om orsak var det många (25 %) som inte svarade alls. Ingen angav dock ”negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater” som orsak till att de inte stannat

hemma. Några angav ”negativ attityd till frånvaro från ledningen”, fler att de” inte hade råd att vara sjukskrivna” eller ”inte kunde sjukskriva sig på sina arbetsuppgifter”. Flest angav som orsak lojalitet mot arbetskamrater som annars hade fått göra deras jobb. Några tyckte inte att förkylning var något man behövde stanna hemma för eftersom den inte blev bättre av det.

Sömn och återhämtning

Några personer anger svårighet att somna flera gånger i veckan. Några vaknar flera gånger per natt och kan ibland inte somna om. Tankar på jobbet håller några vakna. 25 % har svårt att vakna flera gånger i veckan eller varje dag. Flertalet har dock inga större sömnproblem. Drygt en tredjedel känner sig mycket trötta under och efter arbetspasset flera ggr/vecka, några varje dag. En fjärdedel känner sig psykiskt trötta efter arbetsdagen, dagligen eller flera ggr/vecka. Mer än hälften känner sig däremot fyllda av energi under arbetsdagen.

Mer än hälften känner sig utvilade när de påbörjar ett nytt arbetspass men nästan 25 % känner sig aldrig utvilade eller utvilade bara några ggr/år.

Några personer känner sig aldrig utvilade, vare sig efter några dagars ledighet eller ens efter semestern medan flertalet gör det.

Livsstil, faktorer utanför arbetet och hur man är som person

Tobak och alkohol

16 % är rökare, de flesta röker dock inte dagligen.

27 % snusar och har gjort så i 4 -3 5 år med ett medeltal på 15 år.

På frågan om man under senaste året känt att man borde minska sitt alkoholdrickande svarar 5 % ibland eller ganska ofta, 30 % ganska sällan och 65 % aldrig.

Motion, fritid, kroppsvikt

Avsiktlig motion på fritiden, minst 20 min per gång på hård ansträngningsnivå (hög puls, blir ansträngd och svettig) anger 21 % att de ägnar sig åt en eller flera gånger i veckan. Medelhård träningsnivå (skulle klara att föra samtal med någon) minst en gång i veckan anger 35 % medan 65 % uppger att de minst en gång i veckan tar en lugn promenad eller cykeltur på minst 20 min. 36 % säger att de aldrig eller oregelbundet motionerar ens på låg ansträngningsnivå.

Tiden för egen avkoppling, utan speciella krav och förpliktelser, varierade högst avsevärt, mellan mindre än en timme (f f a de med barn) och 5-6 tim varje dag.

Av samtliga svarande hade 22 % av de anställda ett BMI (Body Mass Index) i relationen mellan längd och vikt) som översteg 27, vilket medicinskt sett är gränsen för övervikt.

KASAM (1) - frågor om problemlösningsförmåga, tillfredsställelse med det dagliga livet samt känsla av om saker som händer i livet är förståeliga

I stort sett alla i undersökningen ansåg sig åtminstone ibland kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner svårlösta. Nästan alla tyckte också att det dagliga livet åtminstone ibland är en källa till tillfredsställelse. De flesta hade heller inga större problem med att förstå händelser i det dagliga livet. Några personer svarade påtagligt positivt.

Självkänsla

Grundläggande självkänsla, ”jag duger som jag är,” eller prestationsbaserad självkänsla,

”jag duger när jag presterar något,” avspeglar sig i hur man svarar på frågorna om hur optimistisk man är om livet i allmänhet, hur självförtroendet är, om man har känt sig betydelselös, om man är nöjd med att vara den man är eller om man ibland försöker bevisa sitt värde genom arbete, att man måste känna sig bättre än andra, att självkänslan är alltför beroende av vad man åstadkommer i arbetet eller om man känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt genom arbetet.

Svaren ställdes mot varandra och visar god överensstämmelse såtillvida att 1/5 av svaren bedöms tillhöra kategorin prestationsbaserad självkänsla.

”Ansiktsskalan” – ett uttryck för livskvaliteten senaste veckan

En skala ansiktsuttryck från 1 – 7 (glad – missnöjd) kryssades i för att uttrycka den aktuella känslan. 4 står för neutralt stämningsläge. Medelvärde för plåtslagarna är 2,3, för mekaniker – rekonditionerare – juniortekniker 2,9 och tekniker 3,3. En analys av medelvärdet på de olika arbetsplatserna utföll så att en arbetsplats ligger i särklass på 1,5 medan de övriga ligger på 3-3,5.



Frågor om arbetet

I stort sett samtliga är fast anställda. 86 % arbetar heltid. Två tredjedelar är nöjda med sin arbetstid, en tredjedel vill arbeta mindre och någon enstaka person mer. Ingen plåtslagare men 28 % av MRJ och 42 % av T vill arbeta färre veckotimmar.

Övertid

En tredjedel av samtliga arbetar övertid flera gånger per månad. 14 % av P, 22 % av MRJ och 50 % av T har övertid. Anledningen till detta är i de flesta fall att det finns arbetsuppgifter som måste bli klara (14 % av P, 17 % av MRJ och 50 % av T anger detta). 25 % av tekniker anger också anledningen att det är roligt och intressant, samt att de vill göra en extra bra insats för verksamhetens framtid. Alla tre grupperna anger att de också till viss del vill gardera sig mot att komma i ett sämre läge i framtiden (vid eventuell omorganisation eller nedskärning).

Hem – arbete

Fyra av tio anger att kraven från arbetet ibland påverkar hem- och familjeliv på ett negativt sätt, övriga tycker att kraven sällan eller aldrig gör det.

Två av tio svarade att arbetet ibland hindrar dem från att tillbringa den tid de vill med familj och vänner, övriga svarar sällan eller aldrig.

Enstaka personer anger att kraven hemifrån påverkar arbetet.

Arbetsvillkor – psykiska krav – stimulans – inflytande

Frågor rörande *psykiska krav* (diagram) var följande: (besvarades med ”ja ofta”, ”ja ibland”, ”nej sällan”, ”nej så gott som aldrig”. Nedanstående siffror anger hur många som svarat ”ja ofta” eller ”ja ibland”) 94 % av MRJ)

- 1) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?
97% av alla svarar ja (100 % av P, 94% av M+J+R och 100% av T)
- 2) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt?
89 % svarar ja (86 % av P, 94 % av MRJ och 89 % av T)
- 3) Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats?
68 % svarar ja (57 % P, 67 % MRJ och 75 % T)
- 4) Har du tillräckligt med tid för att hinna med uppgifterna?
59 % svarar ja (57 % P, 67 % MRJ och 50 % T)
- 5) Förekommer det ofta motstridiga krav i ditt arbete?
57 % ja (57 % P, 50 % MRJ, 67 % T)

Frågor rörande *stimulans* i arbetet var:

- 6) Får du lära dig nya saker i ditt arbete?
- 7) Kräver ditt arbete skicklighet?
- 8) Kräver ditt arbete påhittighet?
På dessa frågor svarade samtliga yrkesgrupper ja i 90-100 %
- 9) Innebär ditt arbete att du gör samma saker om och om igen?
70 % svarade ja (57 % P, 78 % MRJ och 67 % T).

Frågor om *inflytande* var:

- 10) Har du frihet att bestämma hur ditt arbete ska utföras?
86 % svarade ja (100 % P, 83 % MRJ och 83 % T).
- 11) Har du frihet att bestämma vad som ska utföras i ditt arbete?
62 % ja (71 % P, 56 % MRJ och 67 % T)

Skicklighet i arbetet

I genomsnitt är 90 % nöjda med kvaliteten på det arbete de gör. Alla plåtslagarna och drygt 80 % av teknikerna är nöjda. Färre är nöjda med mängden arbete de gör – 71 % av plåtslagarna, 61 % av MRJ och 42 % av tekniker. Problemlösningsförmågan i arbetet är alla plåtslagare nöjda med. 67 % av MRJ och 58 % av T är nöjda. Alla plåtslagare är nöjda med sin förmåga att upprätthålla ett gott förhållande till sina arbets- kamrater, nästan alla MRJ och tre fjärdedelar av teknikerna. Endast en tredjedel får information om kvaliteten på utfört arbete, något fler P och något färre MRJ. Alla plåtslagare kan själva direkt avgöra om de gjort ett bra arbete mot 72 % MRJ och 83 % T.

Krav i förhållande till egna kunskaper och färdigheter

62 % av alla anser att kraven motsvarar deras kunskaper och färdigheter (71 % av P, 61 % av MRJ och 58 % av T). 32 % anger att kraven är högre (29 % av p, 39 % av MRJ och 25 % av T) medan 5 % anser att kraven är lägre (0 % P, 6 % MRJ och 8 % av T) än deras kunskaper och färdigheter.

Uppskattning på arbetet

På frågan om man känner att arbetsinsatserna uppskattas, som ett led i att verksamheten ska fungera bra, svarar två tredjedelar ” i viss mån” eller” i hög grad” både vad gäller uppskattning från överordnade och från arbetskamrater. Medan mekanikergruppen motsvarar genomsnittet ligger plåtslagarna högt (87 % kände uppskattning från överordnade och 100 % från

arbetskamrater) och teknikerna lägre (50 % känner uppskattning från överordnad och 58 % från arbetskamrater). Samtliga grupper kände sig lika uppskattade av kunderna (cirka 75 %).

Det är ingen skillnad mellan arbetsplatserna avseende uppskattning från överordnad.

Ledarskap+

Två tredjedelar upplever ett i stort sett väl fungerande ledarskap från sin närmsta chef, något färre från den administrativa ledningen. Plåtslagarna som grupp var mest nöjda (100 % med närmsta chef, 71 % med administrativ ledning). Tekniker var minst nöjda (50 % på båda frågorna).

”Psykologiskt kontrakt” – lojalitet med arbetet – förtroende för arbetsgivaren

80 % tycker att de har viss eller stor skyldighet att acceptera byte av arbete inom arbetsplatsen eller att arbeta extra timmar om det behövs för att klara arbetet. 60 % tycker att man har viss eller stor skyldighet att frivilligt åta sig extraarbete utanför ordinarie arbetsuppgifter.

Två tredjedelar litar i viss mån, i ganska hög grad eller i hög grad på att deras arbetsledare bevakar deras intressen. Hälften anser att organisationen i allmänhet håller löften och åtaganden gentemot de anställda. Drygt hälften anser att organisationsförändringar genomförs på ett rättvist sätt.

Majoriteten anser att arbetsgivaren har stort eller absolut ansvar för att skapa ett bra arbetsklimat, att ha öppna, klara och direkta kommunikationskanaler samt att ge anställningstrygghet.

Rollförväntningar

De allra flesta anser att det finns klart definierade mål för deras arbete, de vet vad som krävs av dem i arbetet och vilket ansvarsområde de har. En tredjedel av teknikerna måste utföra saker som de tycker skulle göras annorlunda och nästan hälften tycker att de får arbetsuppgifter utan att få resurser att utföra dem. Övriga yrkesgrupper har i mindre grad problem med detta.

Sex av tio får ibland eller ofta veta av arbetskamrater när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt. Lika många får veta det av överordnade. Hälften får denna feedback av kunderna. Få tycker att de får orättvis kritik av arbetskamrater, något fler av ledningen och nästan hälften uppger att de ofta eller ibland får orättvis kritik av kunder.

Mer än hälften anger att det ibland eller ofta finns inbördes konkurrens och avundsjuka på deras arbetsplats. Drygt en fjärdedel anser att man pekar ut en syndabock när någon misslyckas på arbetsplatsen, att man på arbetsplatsen sopar konflikter under mattan och att initiativ motverkas utan att man förstår varför.

Ledarstil

På frågor om vad man anser att ledningen förmedlar till de anställda som viktigt för att verksamheten ska fungera bra anger allra flesta att det är mycket viktigt att arbetet utförs så

att kunden blir nöjd, att arbetsplatsen har gott rykte utåt, att vi har hög kvalitet i det vi gör samt att vi hela tiden förbättrar och utvecklar verksamheten. Någon mindre viktigt verkar det vara att det är lugnt och konfliktfritt, att det finns arbetsglädje, att man tar itu med de problem som uppstår i arbetet eller att sammanhållningen och stämningen bland personalen är god.

Stämningen på arbetsplatsen och socialt stöd

Som mest positivt angav de flesta att de trivdes bra med sina arbetskamrater, därefter att deras arbetskamrater ställer upp för dem, att det är god sammanhållning, att man kommer bra överens med sina överordnade, att det finns förståelse för att man har en dålig dag. Något färre ansåg stämningen på arbetsplatsen vara lugn och behaglig.

Några få anger att de utsätts för hot eller våld några gånger per år.

19 % anger att de i viss mån eller hög grad känner sig utfrusna av vissa chefer, t ex genom att de utesluts från information, att chefen inte hälsar eller svarar på frågor. Dessa är fördelade på flera olika arbetsplatser. Några få känner sig utfrusna av vissa arbetskamrater.

Förändring på arbetsplatsen senaste året

Det handlar oftast om att ny personal tillkommit, och att man bytt arbetskamrater. Några har bytt chef.

Den största förändringen för alla är att arbetets svårighetsgrad har ökat (anser 46 %), tidspressen har ökat (41 %) och arbetsbelastningen har ökat (32 %) Tekniker ligger över medelvärdet. Samtidigt har ”stöd och uppbackning när Du behövde” minskat anser 25 %. Här skiljer sig dock grupperna påtagligt; 50 % av tekniker, 17 % av mekaniker men ingen plåtslagare saknade stöd. (fig 13).

Fig 13

	P	M+J+R	T	Alla
Arbetsbelastning ökat anser...	29%	28%	42%	32%
Tidspress i arbetet ökat anser...	29%	39%	50%	41%
Arbetets svårighetsgrad ökat anser...	29%	50%	50%	46%
Stöd och uppbackning när Du behövde minskat...	0%	17%	50%	24%

Följande villkor anser man vara i stort sett oförändrade; möjligheten att utvecklas, samarbetet, personaltätheten, inflytande och kontroll över egna arbetet, anställningstryggheten möjligheten att förena yrkesarbete och privatliv samt känslan av delaktighet.

Hur har du påverkats av förändringarna på arbetsplatsen senaste året?

Två tredjedelar anser att det är utvecklande och lärorikt.

Drygt hälften kan inte utföra sina arbetsuppgifter så bra som de skulle vilja (57 % av P, 39 % av MJR och 75 % av T)

Drygt hälften är osäkra på om deras kompetens räcker (29 % av P, 67 % av MJR och 50 % av T)

Sex av tio, lika för grupperna, tycker att förändringarna innebär nya möjligheter för dem. Hälften är osäkra på om de orkar med (14 % P, 39 % MJR och 67 % T). Nästan ingen är orolig för att inte få vara kvar. Några anser att det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen med anledning av förändringarna.

”Inlåsnig”

Det är ingen större skillnad mellan grupperna huruvida man tror sig kunna få ett jämförbart arbete utan att behöva flytta, vissa tror på stora möjligheter, andra ser ingen möjlighet.

Kroppsligt påfrestande arbete

På en skala (Borg-skalan) från 6 (där 7 är mycket, mycket lätt) till 20 (där 19 är mycket, mycket ansträngande) svarar man som medelvärde 14,5 (strax under ”ansträngande”).

Ansträngningsgraden är densamma för grupperna. Omdömena varierar mellan ”något ansträngande” till ”mycket ansträngande”.

Tunga lyft (mer än 10 kg) utförs av en majoritet högst några gånger per dag, en av sex lyfter dock tungt mer än 10 ggr dagligen.

Framåtböjd rygg vid arbete mer än 30 minuter per arbetsdag har två tredjedelar.

Arbete med armar ovan axelhöjd mer än 30 min dagligen har också två tredjedelar.

Alla utsätter händerna för vatten och lösningsmedel men tiden varierar mellan nästan inte alls till mer än 2 tim dagligen.

Alla arbetar med handhållna vibrerande verktyg, 80 % mer än 30 min dagligen och 38 % mer än en timme varje dag.

De allra flesta använder dator en mindre del av arbetsdagen, möjligen har man räknat in datorarbete i hemmet här. En fjärdedel anser dock inte att de har tillräcklig kunskap och kompetens för att hantera de dataprogram de arbetar med. Majoriteten uppfattar datatekniken som ett hjälpmedel i arbetet. Några tycker dock att datorn är ett hinder i arbetet.

Stress and Crisis Inventory -93 – skattning av fysiska och psykiska symtom

Formulären (bilaga) innehåller frågor angående symtom som stör i vardagslivet. Dessa svar har olika ”värde” där ”inte alls” ger 0 p och ”våldigt mycket” ger 4 p. Efter sammanräkning får individen en ”score” mellan 0 och 140. De individuella svaren varierar mellan 0 och 63. Svaret 0 måste tolkas med stor skepsis. Svaret 63 tolkas som delvis beroende av sjukdom. Därför har högsta och lägsta värdet tagits bort. Medelvärdet i grupperna ligger då på 13 för plåtslagare, 22 för mekaniker, juniortekniker och rekonditionerare samt 28 för tekniker. Under 25 anses vara normala stressnivåer. En tredjedel av alla ligger över 30 medan 4 personer ligger över 50 vilket är högt. De höga värdena finns inom alla yrkeskategorier och är inte relaterade till någon speciell arbetsplats. Däremot varierar medelvärdet mellan arbetsplatserna, där två arbetsplatser ligger runt 11 och tre ligger på drygt 30.

Specifika frågor

På frågan om hur man skulle vilja arbeta kan man välja flera alternativ. 28 st arbetar gärna i fåmanslag om 2-3 personer. 24 st arbetar gärna helt självständigt och 18 st gärna i större grupp där arbetsuppgifterna fördelas. Många har angett två/tre alternativ. Man får också kommentera huruvida man tror att hälsa, livskvalitet och produktivitet påverkas. 15 pers av dem som valt någon form av arbetsgrupp valde att kommentera: hälften av dessa tror att livskvaliteten påverkas positivt av gruppen, andra hälften tror inte att det spelar någon roll. Hälften tror

också att produktiviteten skulle påverkas positivt, hälften att det inte spelar någon roll. Ingen tror att produktiviteten försämras.

Fyra av dem som vill arbeta självständigt kommenterar: De vill ha kontroll, vill lära sig mera, tror eller vet ej om livskvalitet och produktivitet påverkas.

På frågan om ackord skulle man endast ange ett alternativ. Övervägande antalet (30 st) vill helst arbeta utan ackord. Tre vill ha gruppäckord och två individuellt ackord. Två svarade ej. 30 st kommenterar frågan i någon form. Samtliga påpekar stressen och tror att hälsan påverkas negativt. Flera tror att produktionen skulle påverkas positivt utan ackord därför att man kan hjälpas åt, måår bättre så att man kan göra ett bättre jobb, kvaliteten höjs och kunderna blir nöjdare. Flera anser att ekonomin blir osäker av ackord, man är orolig att bli sjuk och inte orka så att inkomsten minskar och räkningarna inte kan betalas. Flera föreslår fast (högre) grundlön och bonussystem. Några tror inte produktiviteten påverkas, man gör så gott man kan ändå. Några tror att produktiviteten skulle sjunka något därför att man så småningom måår sämre, någon slutar och någon (som själv vill ha individuellt ackord trots att det ger stress) tror allmänt att produktiviteten minskar utan ackord.

Nio personer kommenterar frågan om de har problem med kundkontakten. Två har inga problem men tycker det är irriterande med kunder i verkstaden. Sju st blir stressade och okoncentrerade, några osäkra, av att ha kunder "hängande över en". Någon tycker att det blir "för mycket snack för att kunna jobba". Några anger helt enkelt att de inte är serviceinriktade och inte vill ha kundkontakt.

Teknikerkonceptet

Frågorna riktar sig till mekaniker men har även besvarats av några plåtslagare och tekniker (12 st totalt).

På frågor om man känner behov av att förbättra sina kunskaper inom vissa områden anger 10 personer engelska, nio personer anser sig behöva förbättra sin förmåga till kundkontakt, fyra anger svårigheter med matematik och fyra är tveksamma om sin tekniska kompetens. Flera påpekar också att de har känd dyslexi.

En allmän kommentar av en mekaniker är att man tror att den nya (servicetekniker-) rollen efter utbildning kommer att ge mera stress p g a ökat ansvar.

Till sist

...fick man på sista sidan ange allmänna eller specifika synpunkter på sin situation, hur man måår, på arbetsförhållanden och på vad man vill som inte har framkommit av övriga svar. 16 av 37 personer tog tillfället i akt att göra detta, fyra kommentarer var positiva, tio negativa och två neutrala.

Diskussion

På grund av att detta är en tvärsnittsstudie och att de undersökta grupperna är små och ojämna i storlek, har studierna vissa brister i reliabilitet. I Kalmar med största bortfallet är tillförlitligheten lägre än på övriga orter med bättre uppslutning.

Resultatet kommer ändå att redovisas för yrkesgrupperna trots att de är små, på grund av

vissa tendenser och för att man ska kunna föreslå åtgärder. Dessa åtgärder gäller framför allt stöd till arbetsledarna. Möjligen bör en kartläggning av arbetsledarnas situation också göras. Serviceteknikernas upplevelse av sin arbetssituation som pressad bör också uppmärksammas liksom mekanikernas osäkerhet angående sin kompetens

Bortfallet är störst i Kalmar trots att man här hade flest tillfällen att delta. En anledning kan vara att man här känt sig extra stressad och därför valt att avstå till förmån för att jobba undan. De yngsta och de äldsta kan vara mindre motiverade att delta i undersökningar. Man kan också känna sig osäker beträffande sekretessen och därför inte vilja svara.

Upplevelsen av den egna fysiska hälsan är i allmänhet god, även relaterat till arbetskraven. Specifika besvär från rörelseapparaten är däremot mer vanligt förekommande än i normalbefolkningen (sju). Ettårsprevalensen för skulderbesvär är påtagligt högre, för besvär från händer och armbågar högre och för nackbesvär och ländryggsbesvär något högre än i normalbefolkningen. Man klarar dock oftast att arbeta med sina besvär, anger i lägre grad besvären som "sjukdom" och sjukskriver sig inte. De som däremot måste dra ner på takten eller ändra arbetssätt är missnöjda med kvantiteten men ej kvaliteten på det de producerar. Vid besvär tar den anställde oftast själv kontakt med företagshälsovården för läkarundersökning eller behandling hos sjukgymnast. Många har dock vid det laget haft besvär ganska länge varför tillståndet är mer svårbehandlat. Rekommendationerna är dock att de ska höra av sig på tidigt stadium för hjälp, bl a med arbetsplatsbesök. Den kroppsliga belastningen torde vara jämförbar mellan yrkesgrupperna men tekniker har ändå en liten tendens att ange mer besvär än övriga.

Sämre är det med framförallt teknikernas upplevda arbetsförmåga i förhållande till psykiska krav där hälften upplever problem och inte anser att de säkert orkar jobba kvar i samma yrke om två år. Detta är, om det stämmer, givetvis oroväckande. Rimligen "smittar" denna stämning av sig på mekaniker och påverkar deras inställning till utbildning och framtida yrkesroll negativt.

De psykiska kraven (arbetstakt, svårighetsgrad mm) är höga för alla men man upplever också i hög grad arbetsuppgifterna som stimulerande, att det krävs påhittighet och skicklighet för att utföra dem. Sammantaget kan under goda förutsättningar verkstadsarbetet räknas som ett "aktivt jobb" (ett), dock tenderar det för många att vara väl "spänt". De som uppger att de inte har en bra relation till arbetskamrater eller chefer mår sämre.

Att "kundnyttan" är en tydlig ledstjärna i företaget har alla mycket klart för sig. Här tycks personalen till viss del komma i kläm. Man är lojal med sina arbetskamrater, med företaget och med kunden så att man ibland sätter sitt eget välbefinnande i andra rummet.

Man frågar sig då vad skillnaden i stressnivå mellan yrkesgrupperna beror på. Tekniker som anger att stöd och uppbackning har minskat trots ökande krav försöker rimligen då lösa problemen själva efter bästa förmåga. Har de då inte vuxit i sin roll eller är rollen omöjlig – överstiger kraven resurserna i nuläget? Är man som grupp ovanligt lättstressad? - sannolikt inte. Man saknar ju också i viss mån uppskattning och feedback från omgivningen. Eftersom rollen just innebär att vara självständig blir kanske kommunikationen och

kontaktytorna mellan tekniker och överordnade/arbetskamrater automatiskt mindre. Hur fungerar det då i 3- persongruppen? Har man där fått bättre möjlighet att vara "bollplank" åt varandra, komplettera varandra på ett stressreducerande sätt? Denna utvärdering har inte gjorts inom projektets ram men borde vara lätt att göra inom företaget eller på företagshälsovården.

Beror sedan mekanikernas tveksamhet om sin kompetens på reell kunskapsbrist i förhållande till kraven eller är deras farhågor angående teknikerrollen delvis överdrivna?

Plåtslagarna tycks som grupp må bra. Orsakerna är säkert flera. Man tycks som grupp inte tycka att de mentala kraven har ökat så mycket som de övriga yrkesgrupperna. Man "läcker" kanske inte så mycket energi i det dagliga arbetet. Om gruppavtalet har haft en positiv inverkan vet vi inte säkert eftersom inga jämförande data finns från tidigare. Enstaka positiva kommentarer har dock framkommit spontant.

Sjukfrånvaron för samtliga är relativt låg jämfört med normalbefolkningen. Sjuknärvaro förekommer relativt ofta. Man frågar sig om det är de friskaste eller de mest påfrestade individerna som har sjuknärvaro. Forskning har visat att de som ofta är sjuka också ofta är de som har hög sjuknärvaro. Detta är då negativt eftersom de då inte får/tar sig den återhämtning de behöver.

Påfallande många anger att man inte motionerar alls på fritiden. Många är ständigt trötta. En förhållandevis stor del av de anställda väger lite för mycket. En nedsatt allmänkondition gör givetvis att man har svårare att orka med såväl fysiska krav som stress under arbetsdagen och bör uppmärksammas av såväl arbetsgivare som företagshälsovård. Kanske skulle en friskvårdssatsning i företaget kunna tillföra mer energi! Redan enkla rekommendationer som 30 min lätt till måttlig aktivitet dagligen ger enligt färsk forskning tydliga hälsovinster på kort och lång sikt.

Sammanfattningsvis har man på företaget en lojal personal med en del fysiska besvär och där teknikerna börjar svikta på grund av upplevd ökad mental belastning.

Följande rekommendationer kan ges:

Rekommendationer

- Tydliga och åtminstone på kort sikt uppnåeliga mål. Att inte kunna känna sig nöjd efter en arbetsdag när man har gjort sitt bästa är nedbrytande i längden.
- Ge varandra feedback, direkt och konsekvent. Ingen negativ kritik om den inte är konstruktiv.
- Öka förutsättningarna för att be om/ge stöd och hjälp när det behövs. Vissa behöver mer, andra mindre och det varierar säkert med tiden. Man ska inte behöva förlora inkomst på att hjälpa någon utan det ska löna sig.
- Utred de personliga behoven av kunskapskomplettering i engelska, data, kundbemötande mm (använd utvecklingssamtalet). Anordna vid behov sådan utbildning.
- Försök med fler mindre (2-3 personer), självstyrande grupper som kompletterar

varandra kunskapsmässigt och som helst även fungerar ihop på det personliga planet.
Gruppworkord för dessa?

- Gör eventuellt en kartläggning av hur arbetsledarna mår inför översyn av ledningsfunktionen och behov av ökat stöd till arbetsledare/mellanchefer.
- Stimulera till bättre livsstil för ökad ork i arbetet – friskvårdssatsning i företaget!

Litteraturreferenser

- 1) Karasek Robert, Theorell Töres, Healthy work (1990). Basic Books, New York.
- 2) Johnsson Johnny, Lugn Anders, Rexed Bror: Långtidsfrisk – så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet. Ekerlids förlag 2003, Stockholm.
- 3) Menckel Ewa, Österblom Lars, Hälsobefrämjande processer på arbetsplatsen – om ledarskap, resurser och egen kraft, Arbetslivsinstitutet (2000)
- 4) Antonovsky Aaron Hälsans mysterium. Natur och kultur 1991
- 5) Hallsten L et al, Utbränning i Sverige – en populationsstudie, Arbete och Hälsa 2002:6 Arbetslivsinstitutet
- 6) SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000) Rapport: Ont i ryggen, ont i nacken – En evidensbaserad kunskapsupställning, sammanfattning och slutsatser

- 7) Hansson Tommy, Westerholm Peter (red) Arbete och besvär i rörelseorganen – en vetenskaplig värdering av frågor om samband Arbete och hälsa nr 2001:12 , Arbetslivsinstitutet
- 8) Arbetarskyddsstyrelsen ADI 507, Sifferfakta om belastningsergonomi – arbetsrelaterade besvär och anmälda belastningsskador (1998)
- 9) Wannamethee SG, Physical activity, methabolic factors and the incidence of coronary heart disease and type II diabetes. Arch Intern Med 2000:60 (2108-16)
- 10) Karolinska Institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention (2002) Vingård E m fl Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HAKuL), sammanfattande lägesrapport i december 2002
- 11) Nyström C, Nyström O, Skattad stress verifierar autonom dysfunktion Läkartidningen 1996;93:2583-2584.

Bilaga: Symtomskattningsformulär SCI-93

Stress and Crisis Inventory - 93

SYMPTOMSKATTNING MED AVSEENDE PÅ AUTONOM DYSFUNKTION

Copyright © 1995 by Orvar Nyström and Curt Nyström

Personnummer.....

Namn.....

Datum.....

Markera med ett kryss i den ruta som stämmer bäst för Dig

I MITT VARDAGSLIV STÖRS JAG AV

	Inte alls	Lite grand	Måttligt	Ganska mycket	Väldigt mycket
1. Spänningar i käkarna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muskelsmärta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Muskelstelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Muskeltrötthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allmän trötthetskänsla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Att bli lättirriterad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stickningar i kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Domningar i armar/händer eller ben/fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Svidande känsla i huden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sömnsvårigheter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ögonirritation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Torrhetskänsla i munnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Överkänslighet för lukter, ljus, ljud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Väderkänslighet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Svullnadskänsla i händer/fötter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fumlighet i händer/fingrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Darrhänthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Yrsel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avföring växlande trög/lös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Oro/rastlöshet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Klåda av och till.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kalla händer/fötter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Omväxlande frysningar/svettningar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ett behov att urinera ofta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nedsatt koncentration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sämre minne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Smärta i huden vid beröring.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kokande känsla i kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Minskad aptit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En feberkänsla utan feber.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hjärtklappning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tryck över bröstet/tungt att andas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ofta förekommande huvudvärk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Förändrad sexuell lust.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Klumpkänsla i halsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(poäng)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Poängsumma

.....

Summa (totalpoäng)

.....

Kartläggning av klimatfaktorer och symtom relaterade till inomhusmiljön hos en grupp lärare före och efter luftförbättrande intervention

Författare: Daphne Enstam

Handledare: Bengt Sjögren, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet

Sammanfattning

Inomhusmiljön i svenska skolor har på senare år gett upphov till klagomål från personal och elever. De flesta av de bakomliggande problemen hänger samman med brister i ventilationen, men andra faktorer som fuktskador har i många skolor också orsakat besvär.

På Skola A har man sedan en längre tid fått klagomål från personalen på inomhusklimatet. Flytspackel har sanerats, men då klagomål kvarstod även efter detta tillfrågades all personal angående besvär relaterade till inomhusmiljön.

Bland de anställda som angav besvär undersöktes en grupp på 27 personer på företagshälsovården hösten 2002. De flesta i gruppen arbetade i en del av skolan där man angett mycket problem med inomhusklimatet. De fick besvara den enkät som ingår i vår arbetsmetod för utredning av besvär relaterade till inomhusmiljön, och som bygger på MM-enkäten från Yrkesmedicinska kliniken i Örebro.

Den första undersökningen syftade till att närmare kartlägga upplevelsen av klimatfaktorer samt symtom relaterade till inomhusmiljön i gruppen. Skolan genomförde därefter åtgärder för att förbättra inomhusmiljön, i första hand avseende ventilationen samt ytterligare sanering av flytspackel. För att utvärdera effekten av åtgärderna gjordes vintern 2004 en uppföljande kartläggning. Syftet med denna var att undersöka om genomförda luftförbättrande åtgärder påverkat upplevelsen av klimatfaktorer och förekomsten av symtom relaterade till inomhusmiljön i den tidigare undersökta gruppen.

Vid uppföljningen fick gruppen besvara samma enkät igen. 20 personer svarade vid detta tillfälle. De personer som inte deltog i uppföljningen exkluderades ur den första gruppen, så att två identiska grupper erhöles.

Resultaten visar att upplevelsen av klimatfaktorer som instängd och torr luft samt rumstemperatur förbättrats efter interventionen. Man såg också en tydlig minskning i förekomsten av symtom från slemhinnor i ögon och näsa efter intervention.

Tekniska mätningar av luftkvalitet gjordes i utvalda delar av skolans lokaler före interventionen med luftförbättrande åtgärder, och förhöjda värden sågs då. Mätningar efter interventionen har visat normala värden.

Sammanfattningsvis kan man se att upplevelsen av flera miljöfaktorer har förbättrats och att vissa symtom relaterade till inomhusmiljön har minskat i den undersökta gruppen mellan de två kartläggningarna. De samlade luftförbättrande åtgärderna som vidtagits på skolan under denna tid bedöms ha bidragit till detta.

Inledning

Miljön i svenska skolor har under flera år gett upphov till klagomål från både personal och elever. I en undersökning från början av 1990-talet angavs att fler än 2200 skollokaler hade problem med klimatet (9). De vanligaste klagomålen bland skolpersonalen gäller instängd och torr luft, damm och smuts samt buller. Besvär som kopplas samman med dessa faktorer är oftast trötthet, tyngdkänsla i huvudet, huvudvärk samt torrhetskänsla i ögon och hals (4).

En analys av uppgifter ur en databas omfattande närmare 20 000 anställda i olika skolor i Sverige som besvarat de standardiserade MM-enkäterna (Örebro-enkäterna) under 1989 – 2000 visar att klagomålen på damm och smuts, buller samt upplevd trötthet hade ökat under den senaste femårsperioden. I samma material såg man tecken på en minskning av rapporterade slemhinnesymtom (2).

De flesta av dessa problem i inomhusmiljön hänger samman med brister i ventilationen. Otillräckliga luftflöden p.g.a. bristfällig ventilation kan ge förhöjda nivåer av koldioxid, framförallt i lokaler där många personer vistas samtidigt, t.ex. klassrum. I många skolor har problem även orsakats av fuktskador (4, 12). Kaseinhaltigt flytspackel, som under slutet av 1970-talet och början av 1980-talet ofta användes för utjämning av cementgolv, har också kopplats samman med besvär relaterade till inomhusmiljön (6). Flytspackel kan avge ammoniak som kan vara slemhinneretande. VOC (Volatile Organic Compounds) är ämnen som normalt finns i luften, både utomhus och inomhus. Höga halter av dessa ämnen i inomhusluften har sagts kunna ge besvär hos människor, och det har framförts att även lägre halter skulle kunna göra detta hos enstaka personer. Betydelsen av VOC för människors hälsa är dock ofullständigt klarlagd (8, 13, 10).

På Skola A har man sedan en längre tid fått klagomål från personalen på inomhusklimatet. Skolan började byggas i slutet av 1970-talet och var färdig 1982, och byggdes alltså under den tidsperiod då man ofta använde kaseinhaltigt flytspackel. I skolbyggnaden har man tidigare funnit flytspackel och sanering av detta har genomförts i stora delar av lokalerna. På grund av att det även efter saneringen har kvarstått klagomål på inomhusmiljön genomförde man hösten 2002 en intern enkätundersökning på skolan där all personal (totalt 151 personer) fick ange om de upplevde problem som de relaterade till inomhusmiljön. Drygt hälften av de anställda svarade och 44 personer angav besvär. Alla som vid denna enkätundersökning angav besvär erbjöds av skolan kontakt med läkare på företagshälsovården, vilket 27 personer accepterade. Orsakerna till att övriga 17 som angett besvär inte var intresserade av kontakt med företagshälsovården har inte kunnat studeras.

Syftet med kontakten var att få en mer detaljerad kartläggning av upplevelsen av klimatfaktorer och symtom relaterade till inomhusmiljön i denna grupp anställda.

I den del av skolan där flest personer uppgett besvär sanerades flytspackel i ytterligare ett utrymme efter denna kartläggning, och fuktigt lim under plastmattor åtgärdades också.

Vidare gick man igenom ventilationssystemet i hela skolan och gjorde vissa justeringar. Man ändrade även rutinerna för hur systemet skulle köras. Från att tidigare ha varit avstängt

nattetid och under helgerna utökade man tiderna då systemet var igång, och det körs numera i princip dygnet runt.

Från skolans och företagshälsovårdens sida fanns det hösten 2003 ett intresse av att göra en uppföljning av förekomsten av symtom relaterade till inomhusmiljön samt upplevelsen av inomhusklimatet hos de personer som tidigare undersökts.

Syftet med den uppföljande undersökningen var att kartlägga huruvida de luftförbättrande åtgärder man genomfört på skolan hade medfört en minskning av problemen relaterade till inomhusmiljön i den tidigare undersökta gruppen med besvär.

Följande tre frågor ställdes:

Har upplevelsen av inomhusklimatfaktorer förbättrats i den undersökta gruppen efter interventionen med luftförbättrande åtgärder?

Har de symtom som relateras till inomhusmiljön minskat i den undersökta gruppen efter intervention med luftförbättrande åtgärder?

Kan en eventuell förändring av upplevelsen av klimatfaktorer och förekomsten av symtom relateras till en faktisk förändring i luftkvalitet?

Initialt var tanken att en förändring i förekomsten av besvär skulle relateras även till förändringar i den psykosociala arbetsmiljön, mätt med arbetsgivarens årliga enkät. Denna enkät, som normalt genomförs i början av året, sköts upp år 2004 varför dessa faktorer eventuella betydelse inte har kunnat studeras.

Undersökt grupp

Den undersökta gruppen i den första kartläggningen bestod av de 27 personer (20 kvinnor, 7 män) som, efter skolans erbjudande till alla som angivit besvär i den interna enkäten, accepterat kontakt med läkare på företagshälsovården. Av dessa var 24 personer lärare och 3 personer hade andra arbetsuppgifter.

Vid uppföljningen var tanken att undersöka samma grupp. Av de ursprungliga 27 personerna hade två slutat sin tjänstgöring på skolan. Den ena personen hade gått i pension och den andra hade bytt arbetsplats. Enligt skolans ledning har ingen av dem slutat p.g.a. besvär som kan kopplas till inomhusmiljön.

Av de 25 anställda som fick den uppföljande enkäten svarade 20 personer (14 kvinnor och 6 män). Ålders- och könsfördelningen i denna grupp redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Ålders- och könsfördelning

	15-29 år	30-49 år	50-69 år
Män	0	2	4
Kvinnor	1	2	11

Personerna i gruppen hade i genomsnitt tjänstgjort 10 år på skolan (kvinnor 11 år, män 9 år) med en spridning på 3-22 år för kvinnorna respektive 2-18 år för männen. I gruppen fanns 18 lärare och 2 personer med andra arbetsuppgifter. Bland lärarna arbetade 14 personer i den del av skolan där flest besvär angivits i skolans interna enkät.

Metod

Kartläggning 1

Enkät

Samtliga 27 personer i gruppen fick hos företagshälsovården besvara en enkät för närmare kartläggning av problemen (bilaga 1). Denna enkät ingår i den arbetsmetod för hälsoundersökning vid besvär relaterade till inomhusmiljö som finns utarbetad på vår företagshälsovård. Enkäten baseras på den standardiserade MM-enkäten, ”Örebroenkäten” (bilaga 2), som ofta används vid utredning av besvär som kan kopplas till inomhusmiljön. MM-enkäten har prövats i stor skala med avseende på validitet och reliabilitet (3).

Enkäten som använts i undersökningen innehåller, förutom allmänna frågor om ålder, kön och arbetat tid på aktuell arbetsplats, frågor om miljöfaktorer (klimat, luftkvalitet, övrigt), om tidigare och nuvarande sjukdomar tydande på atopi samt om upplevda symtom under den senaste tremånadersperioden som den svarande kopplar till inomhusklimatet på sin arbetsplats.

Frågorna om klimatfaktorer, atopi respektive symtom överensstämmer helt med motsvarande avsnitt i MM-enkäten.

Läkarundersökning

Vid läkarbesöket gjordes kroppslig undersökning, och blodprover togs på 26 personer. Blodproverna omfattade screeningprov för allergi (Phadiatop) där Cladosporium, björk, katt, hund, häst, timotej, gråbo, husdammskvalster, olivträd och väggört ingår, samt blodvärde, vita blodkroppar och infektions-/inflammationsmarkör (Hb, lpk, CRP).

Intervjuer genomfördes också med samtliga i gruppen, dels med utgångspunkt från enkäten, dels med genomgång av psykosociala faktorer i arbetsmiljön.

Tekniska mätningar

I delar av skolans lokaler genomfördes mätningar av luftkvalitet med avseende på ammoniak, koldioxidhalt, VOC och TVOC (Total Volatile Organic Compounds). Mätningarna utfördes av skyddsingenjör från företagshälsovården och analyserna gjordes av Pegasus lab i Uppsala.

Kartläggning 2

Enkät

Personerna i den grupp som undersöktes hösten 2002 fick i uppföljningen besvara samma enkät igen. Enkäten skickades ut per post i februari 2004, tillsammans med ett följebrev, och en skriftlig påminnelse skickades tre veckor senare. Enkäten besvarades anonymt. 20 av de 25 personer som fick enkäten besvarade den, vilket innebar en svarsfrekvens på 80%.

För att bättre kunna utvärdera en eventuell förändring av symtom och upplevelse av klimat i den svarande gruppen exkluderades de personer i den första gruppen som inte deltog i uppföljningen, så att två identiska grupper erhöles. Resultaten redovisas för denna grupp på 20 anställda även från kartläggning 1. Det totala resultatet för den ursprungliga gruppen på 27 personer redovisas i bilaga 3.

Tekniska mätningar

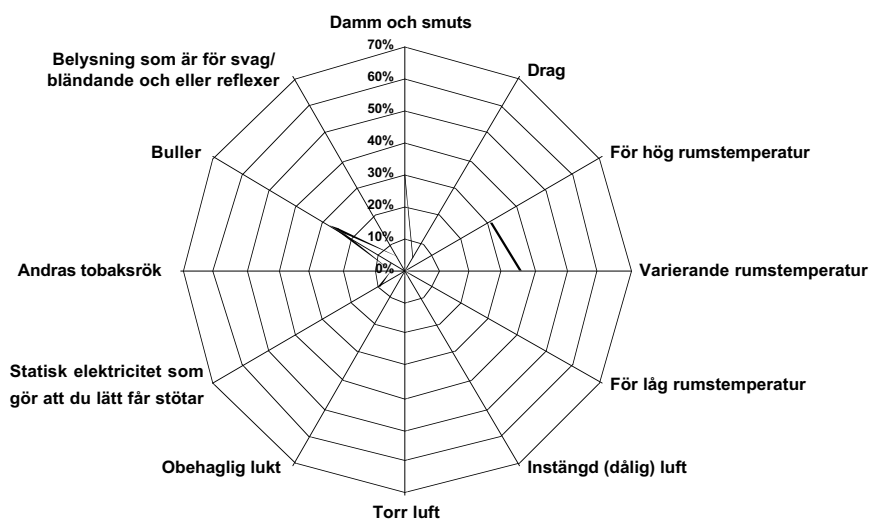
Nya mätningar av ammoniak gjordes i det utrymme där man i första kartläggningen funnit avvikande värde. Koldioxid mättes i klassrum i den del av skolan där flertalet lärare i gruppen arbetade. Nya mätningar av VOC gjordes ej.

Resultat

Resultatredovisningen delas upp i klimatfaktorer, symtom, sjukhistoria avseende atopi, läkarundersökning och tekniska mätningar.

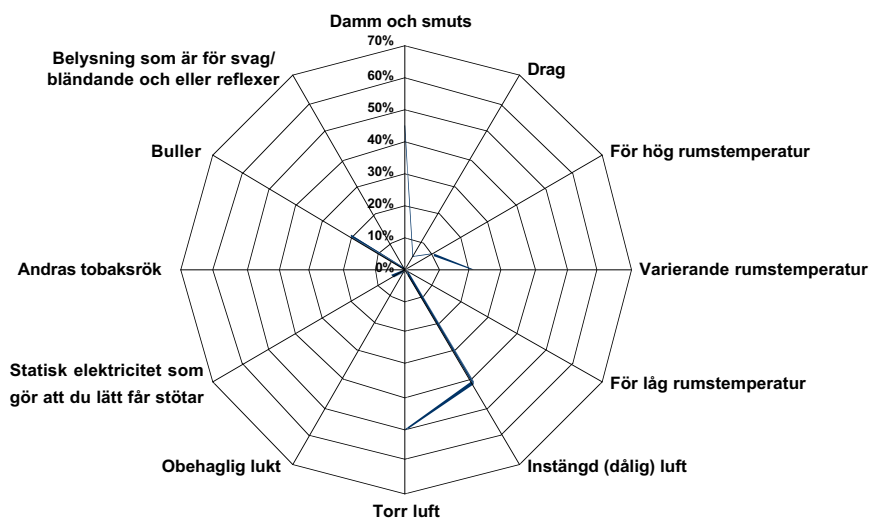
Klimatfaktorer

De klimatfaktorer som oftast upplevdes besvärande före intervention var instängd luft, torr luft, rumstemperatur samt damm och smuts. Gruppens upplevelse av klimatfaktorer före intervention redovisas i figur 1.



Figur 1. Klimatfaktorer som ofta upplevs besvärande (%) före intervention

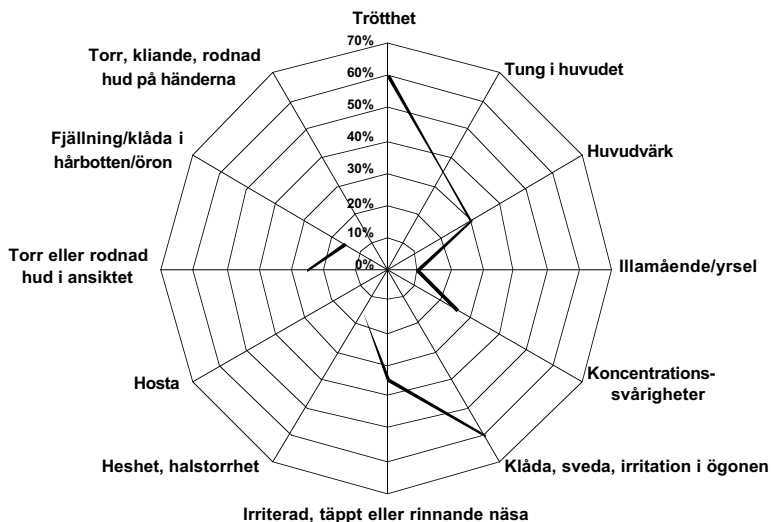
Efter intervention upplevdes faktorerna instängd luft, torr luft och rumstemperatur inte lika ofta besvärande som före. Damm och smuts upplevs dock något oftare besvärande jämfört med den första mätningen. Gruppens upplevelse av klimatfaktorer efter intervention redovisas i figur 2.



Figur 2. Klimatfaktorer som ofta upplevs besvärande (%) efter intervention

Symtom

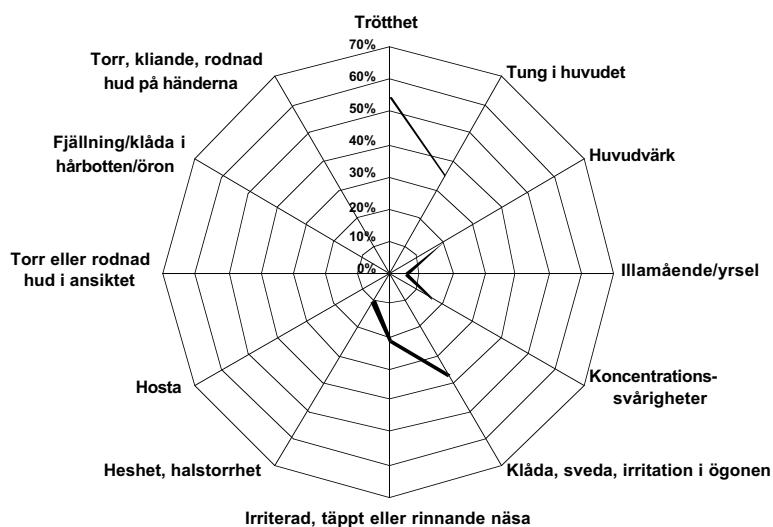
De vanligast förekommande symtomen före intervention var trötthet, tyngdkänsla i huvudet och huvudvärk samt symtom från slemhinnor i ögon och näsa. Oftast förekommande symtom före intervention redovisas i figur 3.



Figur 3. Ofta förekommande symtom (%) före intervention

Efter intervention uppgavs symtom från slemhinnor i ögon och näsa inte lika ofta som före. Vid summering av svaren "Ja, ofta" och "Ibland" såg man att antalet personer som angivit besvär från ögonen nästan hade halverats (9 av 20 personer jämfört med 16 av 20). Symtom från hud i ansiktet samt koncentrationssvårigheter och huvudvärk uppges i något lägre utsträckning jämfört med den första kartläggningen. Trötthet och tyngdkänsla i huvudet

uppges i stort sett på samma nivå som före intervention. Oftast förekommande symtom efter intervention redovisas i figur 4.



Figur 4. Ofta förekommande symtom (%) efter intervention

Sjukhistoria avseende atopi

I gruppen har 9 personer angett ett eller flera, tidigare eller aktuella, besvär som kan tyda på atopisk läggning, tabell 2.

Tabell 2. Tidigare eller nuvarande sjukdomar och besvär tydande på atopi.

	Ja svar	
Har du haft eller har du astmatiska besvär	5	25%
Har du haft eller har du hösnuva	5	25%
Har du haft eller har du eksem	7	35%

Läkarundersökning

Blodprov för screening av allergi (Phadiatop) var i 18 fall negativt och i 8 fall positivt. Av de 8 med positivt prov hade 6 känd allergi. Proverna var positiva för pälsdjur (katt, hund, häst) (6 pers.), timotej (3 pers.), björk (7 pers.), gråbo (3 pers.) och husdammskvalster (2 pers.)

Av de två personer som hade positivt svar på Phadiatop utan tidigare känd allergi, remitterades en till allergolog för vidare utredning. Man bedömde där att symtomen med irritation från slemhinnor hade sin grund i sensibilisering mot björk, men att inomhusmiljön kunde ha bidragit till att underhålla besvären. Den andre hade mycket lindriga besvär och avböjde vidare utredning. En person med negativt svar på Phadiatop, men med uttalade besvär, remitterades också till allergolog, där utredning visade kronisk rhinit samt luftvägsinflammation med viss misstanke på astma. Man uttalade sig inte om eventuell effekt av faktorer i inomhusmiljön.

Bland de 20 anställda som kvarstod efter exkludering av de som ej deltog i uppföljningen hade 3 personer positivt svar på Phadiatop. Alla tre hade känd allergi.

Övriga blodprover; Hb, lpk, CRP (blodvärde, vita blodkroppar och infektions-/inflammationsmarkör) visade normala värden i samtliga fall.

Tekniska mätningar

Före intervention uppmättes förhöjd halt av ammoniak på 10 ppm (riktvärde 0 ppm) i ett utrymme i den del av skolan där de flesta i den undersökta gruppen arbetar. Detta tolkades som en indikator på kaseinhaltigt flytspackel. I ett utrymme i samma del av skolan uppmättes förhöjda halter TVOC på 340 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (riktvärde 30-200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) vid golvet. Här sågs även förhöjd halt av 2-etyl-1-hexanol på 18,1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (riktvärde 0 – 2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) vilket kan vara en indikator på fuktigt lim under plastmatta. Koldioxidhalten uppmättes över riktvärdet 1000 ppm i vissa klassrum.

Efter intervention sågs normala halter av ammoniak. Nya mätningar av VOC gjordes ej. Koldioxidhalten i undersökta klassrum har legat under riktvärdet vid mätningar då ventilationen körts enligt de nya riktlinjerna.

Diskussion

Hösten 2002 kontaktades vår företagshälsovård av Skola A. Man hade då från skolans sida redan gjort vissa tekniska mätningar, samt även frågat personalen om besvär relaterade till inomhusmiljön i en intern enkät. Svarsfrekvensen på den enkäten var låg, 52 %, och det är sannolikt att frekvensen inte skulle ha blivit högre om hela personalgruppen hade ombetts fylla i ytterligare en enkät, såsom vår eller MM-enkäten. Dessa faktorer medförde att undersökningen inte till fullo kunde göras enligt de riktlinjer som finns utarbetade från Yrkesmedicinska kliniken i Örebro, avseende arbetsplatser där klagomål framförs på inomhusklimatet. Enligt denna 3-stegsmodell bör utredningen inledas med att MM-enkäten distribueras till all personal. Med utgångspunkt från resultatet riktas sedan den tekniska utredningen med avseende på ventilation, fukt osv (3, 1).

Undersökningen har istället fokuserat på en selekterad grupp anställda som uppgett besvär och i vilken flertalet arbetar i den del av skolan varifrån man fått flest klagomål på inomhusmiljön, och den syftar till att se om de åtgärder man gjort påverkat denna grupps upplevelser och symtom.

Värdet av att jämföra svaren från denna selekterade grupp med normalvärden för grupper i lokaler utan inomhusmiljöproblem bedöms inte så stort, varför dessa kurvor, som normalt redovisas i rosettdiagram grundade på MM-enkäter, inte har ritats in i de diagram som visar resultaten från kartläggning 1 och 2. Kurvorna har dock ritats in i diagrammet i bilaga 3 som referens.

Man har tidigare visat att MM-enkäten kan användas i ett projekt för uppföljning av vidtagna åtgärder (3, 5), vilket bör gälla även för de faktorer som vår något modifierade enkät tar upp.

Vid uppföljningen svarade inte alla i den ursprungliga gruppen varför de personer i den första undersökningen som inte deltog i uppföljningen exkluderades så att två identiska grupper erhöles. Detta medförde att undersökningen kom att omfatta en mindre grupp, men möjliggjorde en striktare jämförelse mellan grupperna. Enligt anvisningarna till MM-enkäten kan denna användas om gruppens storlek är minst 20 personer (6), vilket bör kunna anses gälla även för vår enkät.

Enligt tolkningsanvisningar för MM-enkäten skulle resultatet av vår enkät avseende klimatfaktorer och symtom i första hand tyda på problem med ventilation samt fukt (3, 1). Detta bedöms stämma överens med resultatet av kartläggning 1, där tekniska mätningar alltså visade förhöjda halter av koldioxid, samt förhöjd nivå av ammoniak som tecken på fuktigt flytspackel. Vid flytspackelsaneringen bekräftades också att detta varit den bakomliggande orsaken i det aktuella utrymmet.

Vid uppföljningen sågs en tydlig minskning av upplevelsen av instängd luft, vilket tolkas som ett resultat av att ventilationen förbättrats. Normala halter av koldioxid som uppmätts vid uppföljning talar också för detta.

Man såg även en förbättring vad gäller upplevelse av rumstemperatur, vilket kan vara orsaken till att känslan av torr luft förbättrats, då en högre inomhustemperatur medför att luften känns torrare, även om luftfuktigheten är normal (6). Den faktiska inomhustemperaturen har inte uppmätts.

Symtom från ögon och näsa har minskat tydligt vid kartläggning 2. Detta bedöms delvis kunna bero på att man har sanerat flytspackel, vilket också styrks av att ammoniak inte påvisats vid mätningar efter intervention.

Minskningen av ögonbesvär bedöms också kunna bero på att man efter den första undersökningen har förbättrat den fysiska arbetsmiljön i den aktuella lärargruppens arbetsrum. Belysningen har förbättrats och man har bytt till platta datorskärmar vilket medfört ökat utrymme och möjlighet till synergonomiskt riktiga avstånd till skärmarna. Några personer har också fått terminalglasögon.

Mellan de två kartläggningarna har man även bytt ut ytskiktet på plastmattorna i skolans lokaler. Den tidigare ytan av polish, som gett upphov till mjölningsfenomen, har tagits bort och ersatts av vax. Då mjöl från golvp polish anses kunna ge symtom från ögon och luftvägar (7) bedöms bytet av ytskiktet på golven ha kunnat bidra till en minskning av sådana symtom hos de anställda.

Förekomsten av symtomen trötthet och tyngdkänsla i huvudet har inte påverkats mellan de två kartläggningarna, vilket man skulle ha förväntat sig om bristande ventilation varit den enda anledningen till besvären. Då dessa symtom kan orsakas av flera andra faktorer bedöms dessa resultat ändå inte tala emot att åtgärderna gällande ventilationen har medfört en förbättring av inomhusmiljön.

Vår enkät innehåller inga frågor om rökning, vilket MM-enkäten gör. Detta bedöms som en svaghet, dels då symtom från luftvägarna kan bero på rökning, dels då symtom relaterade till inomhusmiljön kan upplevas kraftigare av rökare än av icke-rökare.

Vår enkät innehåller inte heller frågor om psykosociala faktorer, vilket MM-enkäten gör. I den första kartläggningen togs dessa frågor upp i intervjuerna, men detta kunde inte följas upp vid kartläggning 2, då inget läkarbesök ingick. Inte heller kunde resultaten relateras till skolans egna psykosociala arbetsmiljöenkät, då den inte genomfördes 2004. Sammantaget har dessa faktorer betydelse alltså inte kunnat studeras, vilket bedöms som en svaghet då det anses klarlagt att detta är faktorer som spelar stor roll vid bedömning av inomhusklimatbesvär (8, 13, 11).

Kartläggning 1 gjordes på hösten, medan kartläggning 2 inte kunde genomföras förrän i februari. För att kunna göra en så bra jämförelse som möjligt skulle den uppföljande undersökningen helst ha gjorts vid samma tidpunkt på året som den första, men då båda enkätundersökningarna gjordes under den kalla årstiden bedöms detta ha haft mindre betydelse för resultatet (3).

Sammanfattningsvis kan man se att upplevelsen av flera miljöfaktorer har förbättrats och att vissa symtom relaterade till inomhusmiljön har minskat i den undersökta gruppen mellan de två kartläggningarna. De samlade luftförbättrande åtgärderna som vidtagits på skolan under denna tid bedöms ha bidragit till detta, men det går inte att med säkerhet uttala sig om effekten av någon enskild åtgärd. Betydelsen av andra åtgärder än de luftförbättrande, eller betydelsen av psykosociala faktorer, kan inte heller värderas utifrån denna undersökning.

Trots osäkerheten gällande betydelsen av varje enskild åtgärd bedöms den ökade ventilationen ha haft en tydlig effekt, varför vi rekommenderar att man även fortsättningsvis låter ventilationssystemet gå i den utökade omfattning som görs nu. Vidare rekommenderas att klassrummen vädras under rasterna och att antalet dubbellektioner utan rast minimeras.

Litteraturreferenser

1. Andersson K. Kan man från mätresultat uttala sig om hälsorisker?, Inomhusklimat Örebro 2000, Konferens i Örebro 14-15 mars 2000: s. 74-80.
2. Andersson K, Bodin L. The perceived physical and psychosocial climate in Swedish schools from 1989 to 2000 – a database analysis. Indoor Air 2002, Monterey. (Refererad i ref. 2.)
3. Andersson K, Stridh G. Byggnader med störningar i inomhusklimatet – en utredningsmodell. AMA-nytt Mark – Hus 1990; 2: 27-30.
4. Andersson K, Stridh G. Helhetssyn på skolmiljön nödvändig. Bygg & teknik 2002; 5: 12-14.
5. Andersson K, Stridh G, Engström I. Strategi för förbättrad skolmiljö – enkät, inspektion och teknisk mätning. Läkartidningen 1999; vol. 89; nr 32-33: 2587-2590.
6. Hälsobesvär av inomhusmiljön. Faktablad från Arbets- och miljömedicinska kliniken, Karolinska sjukhuset. 2003.

7. Flodin U, Malmberg B, Axelson O. Slemhinneirritation av mjölande golvpölish på en skola. Nordisk arbejdsmiljø møde, 1 – 3 september 1997. S. 92.
8. Hansen D.L. Indoor Air Quality Issues. Taylor & Francis 1999.
9. Sjuka skolor drabbar lärare i hela landet. Lärarnas tidning 1991; 20:4.
10. Mølhave L. Volatile organic compounds, indoor air quality and health. The fifth international conference on indoor air quality and climate. Toronto, Canada, 1990. Vol. 5.
11. Rudblad S. Slemhinnepåverkan i miljöer med dåligt inneklimat. Inomhusklimat Örebro 2003, Konferens i Örebro 18-19 mars 2003: s.47-52.
12. Inomhusmiljö i skolor – samarbete och genomförande. Rapport från Socialstyrelsen och Arbetarskyddsverket. Artikelnr 1996-00-17.
13. Thörn Å. The emergence and preservation of sick building syndrome – Research challenges of a modern age disease. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine. 1999.

Bilaga 1 – Enkät angående inomhusmiljö från Curera AB

INOMHUSMILJÖ

Kategori	Grupper	Frågor	Svarsalternativ		
Allmänt	Allmänt	Ålder	15-29	30-49	50-65
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbetsplats	Kön	Man	Kvinna	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Arbetsplats/verksamhet:			
		Hur länge på nuvarande arbetsplats:			år

Har Du **de senaste 3 månaderna** känt Dig besvärad av några av nedanstående faktorer på Din arbetsplats?

Miljöfaktorer		Nej	Ibland	Ofta besvärad	
	<i>Klimat</i>				
		Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Luftkvalité</i>				
		Instängd (dålig luft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Övrigt</i>				
		Statisk elektricitet som gör, att du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Belysning som är för svag/bländande och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Damm och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annat:					
.....					
.....					
.....					
.....					

Kategori	Grupper	Frågor	Svarsalternativ		
Upplevelsefaktorer			Nej	Ja	
	Besvär				
		Har Du haft eller har Du astmatiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Har Du haft eller har Du hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Har Du haft eller har Du eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Förekommer allergiska sjukdomar för övrigt i familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har Du de senaste 3 månaderna haft några av nedanstående symtom som Du kopplar till Din arbetsplats?					
			Nej	Ibland	Ja, ofta
	Symtom				
		Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat:					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

Tack för hjälpen

Bilaga 2 – Enkät från Yrkesmedicinska kliniken i Örebro

INOMHUSKLIMAT			
Arbetsmiljö			
NORDISK VERSION			
14	Datum år mån dag _ _ _ _	Företag/institution (viktig uppgift)	
7-11	Yrke _ _ _ _ _ _	Avdelning (viktig uppgift)	
12-21	Användare _ _ _ _ _ <small>fylles av handläggaren</small>	Grupp _ _ _ _ _ _	

Med det här formuläret vill vi försöka få fram hur Du upplever inomhusklimatet och om Du har besvär eller symptom.

BAKGRUNDSFAKTORER

23 Födelseår 19 _ _	Yrke
24 Kön Man <input type="checkbox"/> 1 Kvinna <input type="checkbox"/> 2	Hur länge har Du varit på Din nuvarande arbetsplats? _ _ år
25 Röker Du? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nej <input type="checkbox"/> 2	26-27

ARBETSMILJÖ

Har Du de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av någon eller några av följande faktorer på Din arbetsplats? (Besvara varje fråga även om Du inte känt Dig besvärad!)	Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland	Nej, aldrig
	(1)	(2)	(3)
28 Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Instängd ("dålig") luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Statisk elektricitet som gör att Du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Belysning som är för svag eller ger bländning och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Damn och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBETSFÖRHÅLLANDEN

	Ja, oftast (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, aldrig (4)
40 Uppfattar Du Dina arbetsuppgifter som engagerande och stimulerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Har Du för mycket att göra i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Har Du möjligheter att påverka Dina arbetsförhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Får Du hjälp av Dina arbetskamrater när Du har problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-08 Andersson K, Steith G. Byggnader med störningar i inomhusklimatet - en utredningsmodell. Arkiv-ryd Mark - Hus 2190.

Andersson K. Epidemiological Approach to Indoor Air Problems. Indoor Air 1998; Suppl. 4:32-36.

Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Regionajurhuset, 701 85 Örebro, Sverige. Fax: +46 19 120404. Version 0012, K.Andersson@YF.

V.g. vänd ➡

MM 040 KA, sid 1.

TIDIGARE/NUVARANDE Sjukdomar/BESVÄR

	Ja (1)	Nej (2)
1 Har Du haft eller har Du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har Du haft eller har Du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har Du haft eller har Du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Förekommer allergiska sjukdomar för övrigt i familjen (astma, hösnuva, eksem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUVARANDE BESVÄR

Har Du under de senaste 3 månaderna haft något/några av nedanstående besvär/symtom?
(Besvara varje fråga även om Du inte haft några besvär/symtom!)

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om JA: Tror Du att detta beror på Din arbetsmiljö?	
				Ja (1)	Nej (2)
9-8 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8 Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-10 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12 Illamående/ yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-14 Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-16 Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-18 Irriterad, läppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-20 Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22 Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24 Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26 Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28 Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-30 Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YTTERLIGARE SYNPUNKTER:

.....

.....

.....

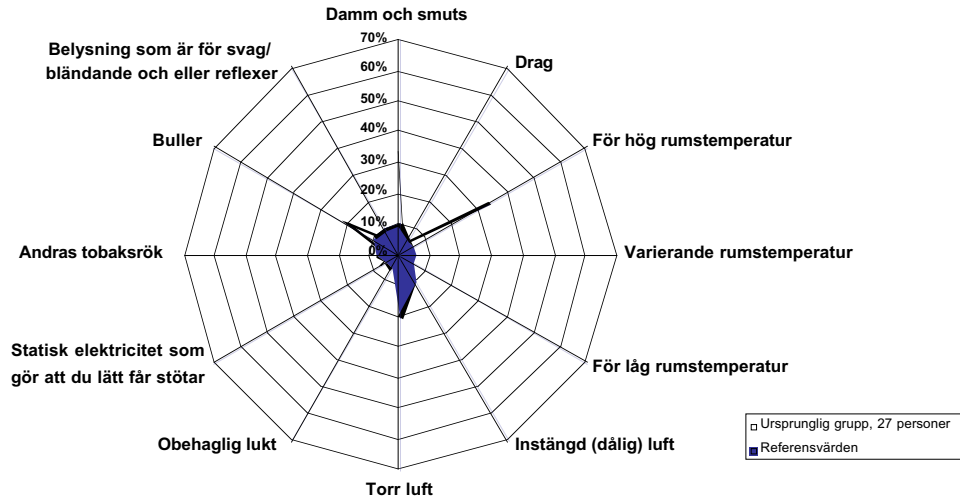
.....

.....

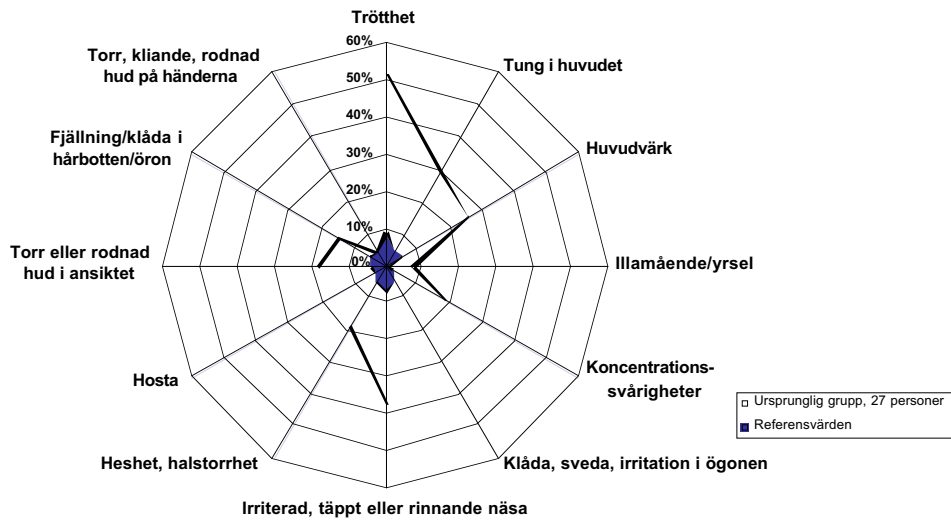
.....

TACK FÖR HJÄLPEN!

Bilaga 3 – Första kartläggningens resultat för alla 27 svarande



Klimatfaktorer som ofta upplevs besvärande (%) före intervention - 27 personer



Ofta förekommande symptom (%) före intervention - 27 personer

Stickskador hos personal vid Huddinge Universitetssjukhus AB och Södersjukhuset AB - en jämförande studie

Författare: Lars Thorselius

Handledare: Hans Jörbeck, docent, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2003/2004

Sammanfattning

Rapporten bygger på en retrospektiv studie av personer som blivit utsatta för stickskada vid Huddinge universitetssjukhus AB och Södersjukhuset AB och som under hösten 2003 rapporterat stickskada till Previa AB företagshälsovård. Dessa personer, tjugo från HS och tjugo från SÖS, har frivilligt och anonymt fått besvara en enkät.

Min avsikt med undersökningen har varit att belysa och få svar på om skillnader föreligger avseende förebyggande och uppföljande rutiner mellan de båda sjukhusen och om det finns belägg för att rutinerna behöver förbättras.

Resultatet av undersökningen visar att:

- svarsfrekvensen är relativt låg vid båda sjukhusen.
- majoriteten som svarat är sjuksköterskor vid båda sjukhusen.
- åldersgruppen som rapporterat stickskador är något yngre vid SÖS jämfört med HS.
- de flesta som svarat arbetar heltid på båda sjukhusen.
- fler än hälften av de som svarat från båda sjukhusen uppger att varken muntlig eller skriftlig information om risker vid blodhantering har givits när de anställdes.
- munskydd, handskar och punktionssäkra behållare för stickande och skärande föremål tillhandahålls både vid HS och SÖS men brister föreligger på båda sjukhusen när det gäller skyddsutrustningar som visir och hjälpmedel vid kanylhantering.
- på båda sjukhusen saknar knappt 40 % av de som svarat vetskap om att instruktion finns om hur de ska agera vid inträffad stickskada.
- HS har bättre rutiner än SÖS att informera personalen om behandlad patient har någon blodsmitta.
- vaccinationsskyddet är inte fullgott varken på HS eller SÖS.
- rapportering till chef vid inträffad stickskada fungerar till 100 % vid båda sjukhusen.
- arbetsskadeanmälan vid stickskada görs av 100 % vid HS och 91 % vid SÖS.

Vittgående slutsatser kan inte dras av denna jämförande studie med tanke på det begränsade urvalet och den relativt låga svarsfrekvensen. För att få en rättvis bild av arbetsgivarnas förebyggande och uppföljande rutiner i samband med stickskador är det nödvändigt att göra en ny och utökad studie med liknande men modifierade frågor.

Av resultatet av studien kan dock följande slutsatser dras:

- Arbetsgivaren tillhandahåller handskar, munskydd och punktionssäkra behållare tillfredsställande vid båda sjukhusen. Tillgången till skyddsutrustning som visir bör förbättras främst på SÖS och hjälpmedel vid kanylhantering bör finnas mer tillgängligt främst på HS.
- Ingen markant skillnad föreligger beträffande informationen kring blodsmitta och den är inte helt tillfredsställande varken vid HS eller SÖS. Åtgärder bör vidtas för att förbättra rutinerna.
- Vaccinationsskyddet mot Hepatit B hos personal som svarat från SÖS är sämre jämfört med HS men bör förbättras på båda sjukhusen

Inledning

I mitt arbete som företagsläkare vid Previa AB kommer jag i kontakt med ärenden där personal anställda vid företagshälsovårdens kunder blivit utsatta för stickskada. Stickskadorna handläggs och utreds med bl.a. provtagning och uppföljning vid Previa AB.

Enligt svensk arbetsmiljölagstiftning har arbetsgivaren långtgående skyldigheter när det gäller att skydda arbetstagare från ohälsa. I föreskrifterna till skydd mot blodsmitta, framför allt stickskador, ges arbetsgivaren också skyldighet att avgöra vilka arbeten eller arbetsmoment som kan vara särskilt riskutsatta. Risken för blodsmitta är beroende av olika faktorer. Smittrisen kan vara direkt relaterad till frekvensen av blodkontakter men även arbetsmetoder, användande av tekniska hjälpmedel och personlig skyddsutrustning kan vara avgörande för om stickskada sker eller inte. Utifrån arbetsmiljölagen kan varje arbetsgivare utforma egna rutiner för agerande i samband med blodhantering.

Syfte

Syftet med denna undersökning är att belysa och jämföra förebyggande och uppföljande rutiner vid Huddinge Universitetssjukhus AB och Södersjukhuset AB i samband med stickskador och se om det föreligger skillnader mellan sjukhusens rutiner samt om det finns belägg för om rutinerna behöver förbättras avseende:

- utbildning och information till de anställda
- vaccinationsskydd hos de anställda
- anmälnings- och uppföljningsrutiner

Metod

Urval

Av tidsskäl har jag begränsat min undersökning till att jämföra rutiner i samband med stickskada bland tjugo personer anställda vid Huddinge Universitetssjukhus AB respektive tjugo personer anställda vid Södersjukhuset AB som har haft kontakt med Previa AB med anledning av stickskada. Valet av sjukhus beror på att jag i mitt arbete som företagsläkare hos Previa AB har dessa två sjukhus som kunder d.v.s. praktiska skäl ligger bakom. Genom ett obundet, slumpmässigt urval som utfördes tillsammans med företagssköterskor vid Previa AB utvaldes tjugo personer vid respektive sjukhus som har rapporterat stickskada till företagshälsovården under hösten 2003.

Datainsamling

Till grund för undersökningen ligger enkätsvar från de utvalda personerna. Dessa svar kan betraktas som ett ostrukturerat material vilket har studerats retrospektivt. Enkäterna har besvarats samt behandlats anonymt. För att de utvalda personerna skulle kunna vara säkra på att deras svar inte kan spåras skickades ingen påminnelse ut av sekretesskäl.

Undersökningens genomförande

Projektplanen utformades i samråd med handledare under senare delen av hösten 2003 varefter projektplanen inlämnades till Arbetslivsinstitutet den 11 december 2003. Introduktionsbrev

och frågeformulär utarbetades och det obundna, slumpmässiga urvalet genomfördes under januari 2004.

I februari 2004 skickades introduktionsbrev, frågeformulär samt frankerat svarskuvert ut till de utvalda personerna vid respektive sjukhus. Enkätsvaren inkom under februari och mars varefter kodning och bearbetning av svaren tog vid under april 2004. Ett avstämningsmöte med handledare ägde rum den 30 juni 2004 då förslag på rapportens disposition, innehåll m.m. diskuterades. Sammanställning, analys och slutsatser av undersökningsresultaten samt rapportskrivning utfördes under hösten 2004.

Slutlig avstämning med handledare skedde under oktober månad varefter sammanfattning av undersökningen inlämnades till Arbetslivsinstitutet den 1 november 2004. Fullständig slutrapport inlämnades därefter till Arbetslivsinstitutet den 8 november 2004.

Litteraturstudier

För att få jämförelsematerial har jag studerat andra studier i ämnet.

Resultat

Resultatredovisningen grundar sig på inkomna enkätvar. De direkt ställda frågorna om information, skyddsutrustning, vaccination etc. redovisas under samma frågeställning som gavs i enkäten. I redovisningen benämns Huddinge Universitetssjukhus AB med HS och Södersjukhuset AB med SÖS.

Redovisning av enkätvar från Huddinge Universitetssjukhus AB

Redovisning av: Svarsfrekvens och bortfall

Från personal anställda vid HS har tretton svar inkommit av tjugo utskickade frågeformulär. Sex personer har inte besvarat enkäten och en person har slutat sin anställning vilket innebär en svarsfrekvens på 65 % och ett bortfall på 35 %.

Redovisning av: Yrke, ålder, kön, antal anställningsår och tjänstgöringsgrad

Av de tretton personer som har besvarat enkäten är åtta personer sjuksköterskor, tre är undersköterskor, en är läkare och en person är biomedicinsk analytiker. Samtliga personer är kvinnor och 92 % arbetar heltid. Majoriteten är mellan 31 och 40 år och knappt hälften har arbetat 10 år eller mer inom sjukvården.

Tabell 1. Basdata gällande enkätsvar från HS

Yrke	Ålder				Kön		Antal år inom sjukvården			Tjänstgörings-schema	
	20-30	31-40	41-50	51-60	Kvinn a	Man	<5	5-10	>10-20	Heltid	Deltid
Ssk	2	6	0	0	8	0	2	1	5	7	1
Usk	0	1	1	1	3	0	2	0	1	3	0
Läk	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0
BMA	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0

Redovisning av fråga: Fick Du information/utbildning om risker i samband med blodkontakt när Du anställdes? HS

Sex personer av de som har besvarat frågan hade fått information om risker i samband med blodkontakt när de anställdes. Alla sex uppger att de fick muntlig information och fyra av dessa fick även informationen skriftligt.

Sju personer svarar att de inte hade fått varken muntlig eller skriftlig information om riskerna i samband med blodhantering när de anställdes.

Redovisning av fråga: Tillhandahåller Din arbetsgivare skyddsutrustning? HS

Samtliga tretton personer som har besvarat frågan har tillgång till handskar. En person uppger att arbetsgivaren inte tillhandahåller munskydd vilket de övriga tolv gör. Tio personer har tillgång till visir medan tre inte har det. Hjälpmedel vid kanylhantering har åtta personer tillgång till, tre personer har det inte och två personer har inte besvarat frågan. Alla uppger att arbetsgivaren tillhandahåller punktionssäkra behållare för stickande och skärande föremål.

Redovisning av fråga: Finns skriftlig instruktion för vad Du ska göra i samband med inträffat tillbud med blodkontakt t.ex. stickskada på kontaminerad kanyl? HS

Åtta personer av tretton uppger att det finns skriftlig instruktion samt att de känner till de väsentliga delarna i instruktionen för agerande vid inträffat tillbud med blodkontakt. Tre personer förnekar att det finns skriftlig instruktion och två personer känner ej till om den finns.

Redovisning av fråga: Har Din klinik rutiner som informerar Dig om patienter som Du behandlar har någon blodsmitta? HS

Elva personer anger att arbetsgivaren har rutiner för information om patienter som har blodsmitta. Två personer svarar att sådana rutiner inte finns. En person uppger att rutiner finns men att de ej alltid fungerar.

Redovisning av fråga: Var Du vaccinerad eller hade Du immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade? HS

Tio personer var vaccinerade eller hade immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade.

Tre personer uppger att de var ovaccinerade eller inte var immuna.

Redovisning av fråga: Är stickskadan rapporterad till Din chef? HS

Alla tretton som svarade uppger att stickskadan har rapporterats till chefen.

Redovisning av fråga: Har Du gjort arbetsskadeanmälan? HS

Alla tretton som svarade har gjort arbetsskadeanmälan.

Redovisning av enkätsvar från Södersjukhuset AB

Redovisning av: Svarsfrekvens och bortfall - SÖS

Från personal anställda vid SÖS har elva svar inkommit av tjugo utlämnade frågeformulär.

Åtta personer har inte besvarat enkäten och ett frågeformulär var feladresserat vilket innebär en svarsfrekvens på 55 % och ett bortfall på 45 %.

Redovisning av: Yrke, ålder, kön, antal anställningsår och tjänstgöringsgrad - SÖS

Av de elva personer som har besvarat enkäten är fem personer sjuksköterskor, två är undersköterskor och fyra personer är läkare. Tio personer är kvinnor och en är man.

Samtliga arbetar heltid och majoriteten har arbetat 10 år eller mer inom sjukvården. De flesta är mellan 20 och 40 år.

Tabell 2. Basdata gällande enkätsvar från SÖS

Yrke	Ålder				Kön		Antal år inom sjukvården			Tjänstgörings-schema	
	20-30	31-40	41-50	51-60	Kvinn a	Man	<5	5-10	>10-20	Heltid	Deltid
Ssk	4	1	0	0	5	0	3	1	1	5	0
Usk	0	1	1	0	2	0	0	2	0	2	0
Läk	0	3	0	1	3	1	0	2	2	4	0
BMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Redovisning av fråga: Fick Du information/utbildning om risker i samband med blodkontakt när Du anställdes? SÖS

Fyra personer av de elva som har besvarat frågan har fått information om risker i samband med blodkontakt när de anställdes. Två av dessa personer uppger att de fick både muntlig och skriftlig information, en fick endast muntlig information och en fick endast skriftlig.

Sex personer svarar att de inte hade fått varken muntlig eller skriftlig information om riskerna i samband med blodhantering när de anställdes. En person har besvarat frågan med ”vet ej”.

Redovisning av fråga: Tillhandahåller Din arbetsgivare skyddsutrustning? SÖS

Samtliga elva personer som har besvarat frågan har tillgång till handskar och munskydd. Fem personer har tillgång till visir medan tre inte har det. Tre personer har inte besvarat frågan om visir. Hjälpmedel vid kanylhantering har nio personer tillgång till och två personer har inte besvarat frågan. Nio personer uppger att arbetsgivaren tillhandahåller punktionssäkra behållare för stickande och skärande föremål. Av dessa har en besvarat frågan med både ja och nej. En person har inte tillgång till behållare och en person har inte besvarat frågan.

Redovisning av fråga: Finns skriftlig instruktion för vad Du ska göra i samband med inträffat tillbud med blodkontakt t.ex. stickskada på kontaminerad kanyl? SÖS

Sju personer känner till att det finns skriftlig instruktion samt känner till de väsentliga delarna i instruktionen för agerande vid inträffat tillbud med blodkontakt. Tre personer förnekar att det finns skriftlig instruktion och en person har inte besvarat frågan.

Redovisning av fråga: Har Din klinik rutiner som informerar Dig om patienter som Du behandlar har någon blodsmitta? SÖS

Sju personer anger att arbetsgivaren har rutiner för information om patienter som har blodsmitta. Tre personer svarar att sådana rutiner inte finns. En person har avstått från att svara.

Redovisning av fråga: Var Du vaccinerad eller hade Du immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade? SÖS

Sju personer var vaccinerade eller hade immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade. Fyra personer uppger att de var ovaccinerade eller inte var immuna.

Redovisning av fråga: Är stickskadan rapporterad till Din chef? SÖS

Samtliga elva personer som svarade uppger att stickskadan har rapporterats till chefen.

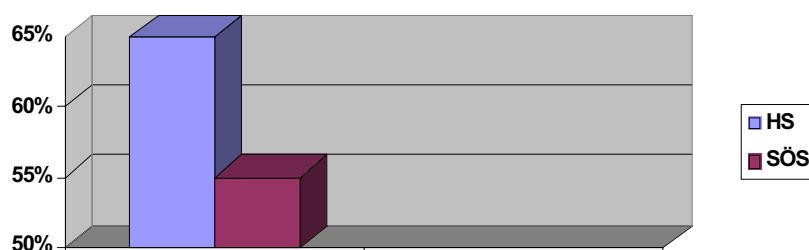
Redovisning av fråga: Har Du gjort arbetsskadeanmälan? SÖS

En person som svarade har inte gjort arbetsskadeanmälan medan övriga tio hade gjort det.

Jämförande undersökningsresultat

Svarsfrekvens och bortfall - jämförelse mellan HS – SÖ

Diagram 1. Svarsfrekvens



Yrkes- och åldersfördelning jämförelse mellan HS – SÖ

Av de som har besvarat enkäten är majoriteten sjuksköterskor vid båda sjukhusen med viss övervikt för Huddinge. Åtta sjuksköterskor har svarat från HS och fem från SÖS. Antal svar från undersköterskorna skiljer sig inte markant mellan sjukhusen, tre har svarat från HS och två från SÖS. En läkare har svarat från HS jämfört med fyra från SÖS. En biomedicinsk analytiker har svarat från HS medan ingen har svarat från SÖS.

De flesta av de som har rapporterat stickskada är mellan 31 och 40 år, 63 % från HS och 50 % från SÖS och 57 % totalt för båda sjukhusen. Därefter kommer svar från åldersgruppen 20 – 30 år med 23 % från HS och 40 % från SÖS. Minst antal svar har inkommit från åldersgrupperna 41 – 50 år och 51 – 60 år där en person har svarat från respektive sjukhus från de båda åldersgrupperna.

Tabell 3. Jämförande basdata HS-SÖS avseende yrkes- och åldersfördelning

Yrke	Ålder							
	20-30		31-40		41-50		51-60	
	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS
Ssk	2	4	6	1	0	0	0	0
Usk	0	0	1	1	1	1	1	0
Läk	0	0	1	3	0	0	0	1
BMA	1	0	0	0	0	0	0	0

Kön, antal tjänstgöringsår och tjänstgöringsschema jämförelse mellan HS – SÖ

Samtliga tretton personer som har besvarat enkäten från HS är kvinnor. Tio personer av elva som har besvarat enkäten från SÖS är också kvinnor d.v.s. endast ett svar har inkommit från en manlig anställd. 92 % av de som har svarat från HS arbetar heltid jämfört med SÖS där samtliga svar har inkommit från heltidsanställda. Vid HS har knappt hälften av de svarande arbetat 10 år eller mer inom sjukvården, jämfört med SÖS där motsvarande mängd svar har inkommit från personer som arbetat mellan 5 och 10 år.

Tabell 4. Jämförande basdata HS-SÖS avseende kön, antal anställningsår och tjänstgöringsschema

Kön				Antal år inom sjukvården						Tjänstgöringsschema			
Kvinna		Man		<5		5-10		>10-20		Heltid		Deltid	
HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS	HS	SÖS
8	5	0	0	2	3	1	1	5	1	7	5	1	0
3	2	0	0	2	0	0	2	1	0	3	2	0	0
1	3	0	1	0	0	1	2	0	2	1	4	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fick Du information/utbildning om risker i samband med blodkontakt när Du anställdes? - jämförelse mellan HS - SÖS

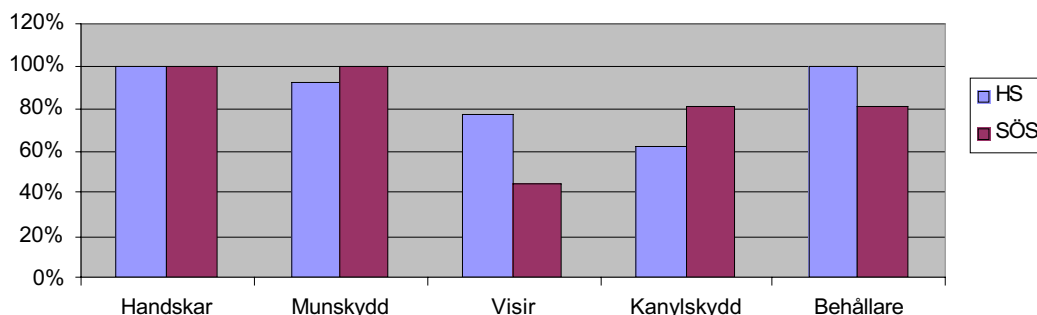
Vid HS hade sju personer av de tretton som har besvarat frågan (54 %) inte fått information, varken skriftlig eller muntlig, om risker i samband med blodkontakt när de anställdes. Vid SÖS hade drygt hälften, sex av elva personer (55 %), inte heller fått sådan information.

Information om riskerna hade getts till 46 % vid HS och 36 % vid SÖS i samband med anställningen. Vid HS hade sex personer fått informationen muntligen och till fyra av dessa personer hade den även getts skriftligen jämfört med SÖS där två personer av fyra hade fått både muntlig och skriftlig information medan en endast fick den muntligen och en skriftligen. En person vid SÖS vet ej om information hade getts i samband med anställningen.

Tillhandahåller Din arbetsgivare skyddsutrustning? - jämförelse mellan HS - SÖS

Samtliga tretton personer från HS respektive elva från SÖS som har besvarat frågan har tillgång till handskar och munskydd utom en från HS som uppger att kliniken inte tillhandahåller munskydd. Tio av tretton personer från HS har tillgång till visir jämfört med SÖS där arbetsgivaren tillhandahåller visir till fem av elva personer. Hjälpmedel vid kanylhantering har åtta personer tillgång till vid HS och nio vid SÖS. Alla svarande personer vid HS uppger att arbetsgivaren tillhandahåller punktionssäkra behållare för stickande och skärande föremål jämfört med nio personer av elva vid SÖS.

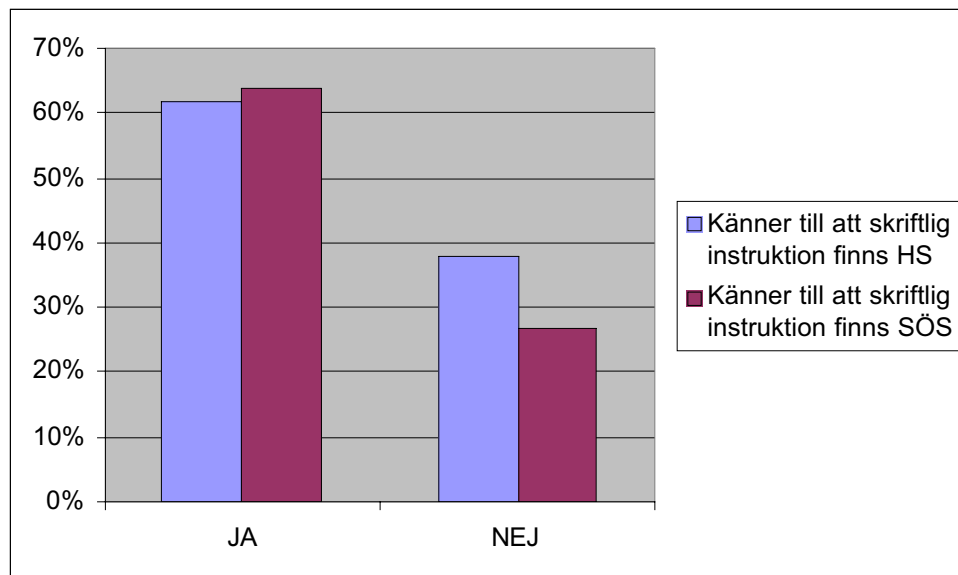
Diagram 2. Jämförelse mellan HS och SÖS avseende skyddsutrustning



Finns skriftlig instruktion för vad Du ska göra i samband med inträffat tillbud med blodkontakt t.ex. stickskada på kontaminerad kanyl? - jämförelse mellan HS - SÖS

På HS känner åtta personer av tretton till att det finns skriftlig instruktion samt känner till de väsentliga delarna i instruktionen för agerande vid inträffat tillbud med blodkontakt, jämfört med sju av elva personer vid SÖS. Tre personer vid HS och lika många vid SÖS förnekar att det finns sådan skriftlig instruktion. Två personer vid HS känner inte till om instruktionen finns och en person vid SÖS har inte besvarat frågan.

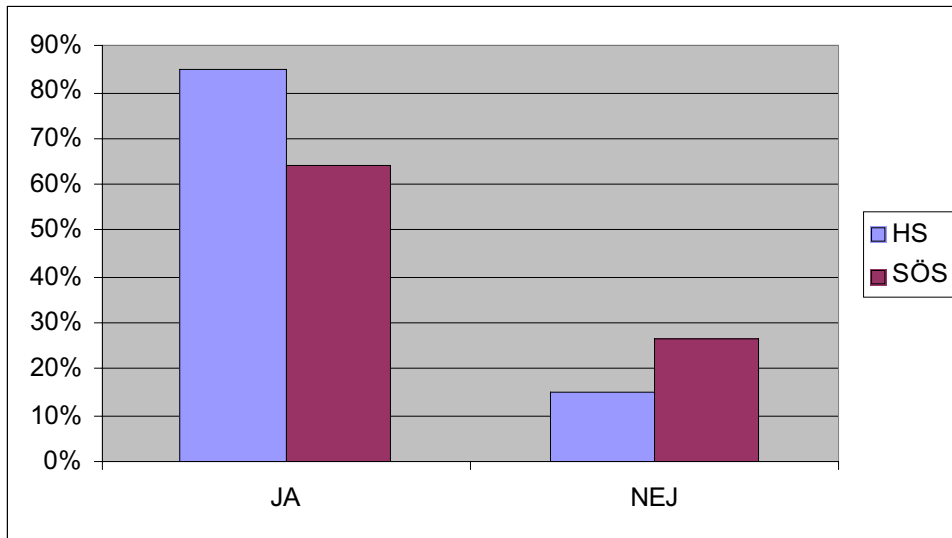
Diagram 3. Jämförelse mellan HS och SÖS avseende skriftlig instruktion



Har Din klinik rutiner som informerar Dig om patienter som Du behandlar har någon blodsmitta? - jämförelse mellan HS - SÖS

Elva personer, 85 %, som har besvarat frågan vid HS anger att arbetsgivaren har rutiner för information om patienter som har blodsmitta och en av dessa personer uppger att dessa rutiner inte alltid fungerar. Från SÖS uppger sju personer, 64 %, att det finns sådana rutiner. Två personer från HS jämfört med tre personer från SÖS svarar att sådana rutiner inte finns. En person från SÖS har avstått från att svara.

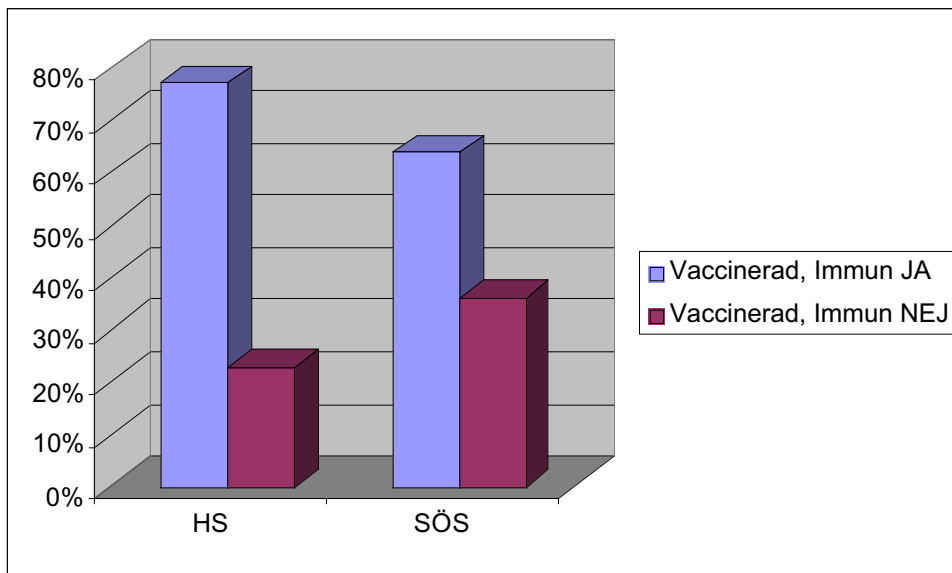
Diagram 4. Jämförelse mellan HS och SÖS om rutiner finns för patient med blodsmitta



Var Du vaccinerad eller hade Du immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade? - jämförelse mellan HS - SÖS

På HS var tio av tretton personer, 77 %, vaccinerade eller hade immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade, jämfört med SÖS där sju av elva personer, 64 %, var vaccinerade eller hade immunitet. 23 % av de som har svarat från HS och 36 % vid SÖS var således ovaccinerade eller hade inte immunitet mot hepatit B när stickskadan inträffade.

Diagram 4. Jämförelse mellan HS och SÖS om vaccination och immunitet



Är stickskadan rapporterad till Din chef? - jämförelse mellan HS - SÖS

Alla tretton personer som har svarat från HS och alla elva från SÖS uppger att stickskadan har rapporterats till chefen

Har Du gjort arbetsskadeanmälan? - jämförelse mellan HS - SÖS

Av de personer som har besvarat enkäten vid HS hade alla tretton gjort arbetsskadeanmälan och vid SÖS hade tio personer gjort det d.v.s. en person hade inte gjort arbetsskadeanmälan.

Diskussion

Resultatet från enkätundersökningen visar en relativt låg svarsfrekvens både vid HS (65 %) och SÖS (55 %). Orsaken till detta kan dels bero på att det inte skickades ut någon påminnelse och dels på att arbetssituationen ofta är mycket pressad och då kan en enkät tyckas vara ett störande inslag i vardagen.

Majoriteten som har besvarat enkäten är sjuksköterskor vilket avspeglar en del av denna yrkesgrupps arbetsuppgifter i vilka blodhantering ingår. Anmärkningsvärt är att endast en biomedicinsk analytiker har svarat vilket kan bero på att denna profession som har mest ”stickuppgifter” har mer kunskap om riskerna eller har andra rutiner vid blodhantering än andra yrkesgrupper.

De flesta av de svarande som har rapporterat sticksador finns inom åldersgruppen 31 – 40 år vilket gäller båda sjukhusen. Samtliga som har svarat från HS är kvinnor och tio av elva från SÖS är kvinnor vilket tydligt speglar könsfördelningen av sjukvårdsanställda. Av de som har svarat från HS arbetar 92 % heltid och knappt hälften har arbetat tio år eller mer inom sjukvården. Detta kan jämföras med svaren från SÖS där 100 % arbetar heltid och där knappt hälften har arbetat 5 –10 år inom sjukvården. Detta resultat visar att heltidsarbete och många tjänsteår inte skyddar mot risken att drabbas av tillbud.

Vid både HS och SÖS uppger fler än hälften av de som svarat att de i samband med anställningen inte hade fått varken muntlig eller skriftlig information om risker vid blodhantering. Detta tyder på allvarliga informationsbrister hos arbetsgivaren vid båda sjukhusen.

När det gäller skyddsutrustning uppger alla som har besvarat frågan vid båda sjukhusen att de har tillgång till handskar vilket också gäller tillgång till munskydd, förutom vid HS där en person uppger att munskydd ej finns att tillgå. Visir har knappt 80 % av de som svarat från HS tillgång till och drygt 40 % av de som svarat från SÖS. Tillgång till skyddshjälpmedel vid kanylhantering har drygt 60 % vid HS jämfört med SÖS där drygt 80 % har det. Samtliga som har svarat från HS har tillgång till punktionssäkra behållare för stickande och skärande föremål jämfört med SÖS där en svarande inte har det.

Arbetsgivaren tillhandahåller handskar, munskydd och punktionssäkra behållare tillfredsställande vid båda sjukhusen. Skyddsutrustning som visir saknas hos 60 % av de svarande vid SÖS och 20 % vid HS vilket bör åtgärdas fram för allt på SÖS. Hjälpmedel vid kanylhantering bör finnas mer tillgängligt på båda sjukhusen men främst på HS där 40 % av de svarande saknar tillgång till dessa hjälpmedel.

Om tillbud inträffar med blodkontakt t.ex. stickskada känner drygt 60 % av de som svarat vid båda sjukhusen till att det finns skriftlig instruktion om hur de ska agera. Resultatet visar denna rutin behöver förbättras på både HS och SÖS.

Rutiner finns för information om patienter med blodsmitta uppger 85 % av de som svarat vid HS jämfört med 64 % vid SÖS. Även kring denna typ av information behöver rutinerna ses över vid bägge sjukhusen.

Hos de som drabbats av stickskada var 77 % av de som svarat från HS vaccinerade och 64 % vid SÖS. Detta undersökningsresultat är inte tillfredsställande vid något av sjukhusen eftersom alla som arbetar med blodkontakt bör vara vaccinerade mot hepatit B.

Rapportering till närmaste chef vid inträffad stickskada fungerar tillfredsställande vid både HS och SÖS.

Alla personer som har svarat vid HS och alla utom en person vid SÖS har gjort arbetsskadeanmälan vilket också får anses som tillfredsställande.

Vittgående slutsatser kan inte dras av denna jämförande studie med tanke på det begränsade urvalet och den relativt låga svarsfrekvensen. För att få en rättvis bild av arbetsgivarnas förebyggande och uppföljande rutiner i samband med stickskador är det nödvändigt att göra en ny och utökad studie med liknande men modifierade frågor.

Av resultatet av studien kan dock följande slutsatser dras:

- Arbetsgivaren tillhandahåller handskar, munskydd och punktionssäkra behållare i tillfredsställande omfattning vid båda sjukhusen. Tillgången till skyddsutrustning som visir bör förbättras främst på SÖS och hjälpmedel vid kanylhantering bör finnas mer tillgängligt främst på HS.
- Ingen markant skillnad föreligger beträffande informationen kring blodsmitta och den är inte helt tillfredsställande varken vid HS och SÖS. Åtgärder bör vidtas för att förbättra rutinerna.
- Vaccinationsskyddet mot hepatit B hos personal som svarat från SÖS är sämre jämfört med HS men bör förbättras på båda sjukhusen.

Litteraturreferenser

AFS 1986:23: Skydd mot blodsmitta.

Arbetskyddsstyrelsens rapport 1990:2: "Incidenter med blodkontakt landsjukvårdspersonal".

Prof. Ola Weiland: Stickskador inom vården.

Bilaga 1

ARBETSLIVSINSTITUTET
Företagsläkarutbildningen 2003/2004
Gun Carlsson
113 91 Stockholm

Projektbeskrivning

Författare: Lars Thorselius
Handledare: Hans Jörbeck, MD Öl Avd. klin. Mikrobiol., Karolinska sjukhuset,
171 76 Stockholm.

Stickskador hos personal vid Huddinge Universitetssjukhus AB och Södersjukhuset AB
- en jämförande studie

Syfte:

Syftet med studien är att belysa och jämföra Huddinge Universitetssjukhus och Södersjukhusets förebyggande och uppföljande rutiner vid stickskador och att se om det finns belägg för att rutinerna behöver förbättras avseende: utbildning och information till de anställda vaccinationsskydd hos de anställda anmälningsrutiner vid stickskada

Undersökningsgrupp:

Tjugo personer anställda vid Huddinge Universitetssjukhus och tjugo personer anställda vid Södersjukhuset som har rapporterat stickskada till företagshälsovården under hösten 2003 kommer slumpmässigt att väljas ut och tillfrågas om de vill delta i studien. Valet av undersökningsgrupp beror på att arbetsgivaren är kunder vid företagshälsovården.

Metod:

Studien är retrospektiv då den kommer att byggas på enkätsvar från personal med tidigare rapporterade stickskador. Brev med enkätfrågor och svarskuvert kommer att skickas hem till de som ska delta i studien. Frågorna kommer att besvaras anonymt varför påminnelse ej är möjlig. Enkätundersökningen kommer att pågå under januari och februari månad år 2004.

Bilaga 2: Tidsplan

Tidsplan: Stickskador hos personal vid HS och SÖS- en jämförande studie														
Aktivitet	2003					2004					Dec			
	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug		Sep	Okt	Nov
1. Planering / Utformning av projektplan														
Godkännande av projektplan														
2. Inlämning av projektplan till ALI - 11 dec														
3. Utarbetning introduktionsbrev, enkät														
4. Obundet, slumpmässigt urval														
5. Utskick introduktionsbrev, enkät														
6. Enkät svar inkommer														
7. Kodning och bearbetning av svar														
8. Utkast rapportdisposition och innehåll														
9. Avstämningsmöte handledare - 30 juni														
11. Sammanställning av enkät svar, analys														
12. Rapportskrivning														
13. Avstämningsmöte handledare														
Godkännande av rapport														
14. Inlämning sammanfattning ALI - 1 nov														
15. Inlämning slutrapport ALI - 8 nov														
17. Rapportpresentation ALI														
Datum: 2003-11-15														
Filnamn: Tidsplan11														
Aktivitet														
Milstolpe														

Bilaga 3: En studie om stickskador 2004

Denna studie om stickskador ingår som en del i min företagsläkarutbildning. Studien riktar sig till fyrtio personer anställda vid Huddinge sjukhus respektive Södersjukhuset och som har haft kontakt med Previa på grund av stickskada. Avsikten med studien är att mäta och lyfta fram eventuella skillnader mellan sjukhusens rutiner när det gäller stickskador.

Du erbjuds här att delta i studien och jag hoppas att Du har tid att svara på bifogad enkät som är anonym. Dina svar kommer att redovisas i grupp så att ingen individ kan identifieras. Tacksam om Du skickar in Ditt svar i bifogat svarskuvert. Om Du har frågor tveka inte att kontakta mig.

Resultatet av undersökningen kommer att vara klart under hösten 2004 och Du får gärna ta del av resultatet om Du hör av Dig till mej.

Tack på förhand för Din medverkan.

Med vänliga hälsningar

Lars Thorselius
Leg.läk. Spec. allmän medicin

Handledare:
Hans Jörbeck
Docent
Klin. bakt.lab.

Lars Thorselius
Previa
Patron Pehrs väg 4
141 25 Huddinge Tel: 711 35 55

Bilaga 4

ENKÄT

En studie om stickskador

Vid vilket sjukhus är Du anställd?

- Södersjukhuset
- Huddinge universitetssjukhus

Vilken yrkeskategori tillhör Du?

- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Läkare
- Om annan ange yrke

.....
Hur många år har Du tjänstgjort inom
sjukvård och haft regelbunden patientkontakt?

- < 5 år
- 5-10 år
- >10-20 år

Hur gammal är Du?

- 20 - 30 år
- 31 - 40 år
- 41 - 50 år
- 51 - 60 år
- 61 - 65 år

Kön?

- Kvinna
- Man

Hur tjänstgör Du just nu?

- Heltid
- Deltid
- Dag
- Natt

Fick Du information/utbildning om risker
i samband med blodkontakt när Du anställdes?

- JA
- NEJ

Var denna information/utbildning
skriftlig?

- JA
- NEJ

Var denna information/utbildning
muntlig?

- JA
- NEJ

Tillhandahåller Din arbetsgivare skyddsutrustning
i form av:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Handskar | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| Munskydd | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| Visir | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| Vacutainer Eclips eller liknande? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
| Punktionssäkra behållare för
stickande/skärande föremål? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |

Finns skriftlig instruktion för vad Du ska göra i
samband med inträffat tillbud med blodkontakt
t. ex. stickskada på kontaminerad kanyl?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Om Du svarat ja på föregående fråga, känner Du
till de väsentliga delarna i denna instruktion?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Har Din klinik rutiner som informerar Dej om
patienterna som Du behandlar har någon
blodsmitta?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Var Du vaccinerad eller hade Du immunitet
mot hepatit B när stickskadan inträffade

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Är stickskadan rapporterad till Din chef?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Har Du gjort arbetsskadeanmälan?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEJ |
|-----------------------------|------------------------------|

Författaradresser

Ingela Dahlman, Tibastvägen 5, AX-221 00 Mariehamn, Åland. Tel +358 18 137 60
E-post: ingela.dahlman@medimar.aland.fi

Dapne Enstam, Sveavägen 52, 182 62 Djursholm. Tel 08-755 23 13
E-post: daphne.enstam@curera.se

Eva Lissel, Postmästaregatan 9, 392 47 Kalmar. Tel 0480-155 15
E-post: eva.lissel@linden-ab.se

Massood Meshkin, Söderberga allé 1, 162 51 Vällingby. Tel 08-37 04 37
E-post: massood-meshkin-mojeh@cityvarden.com

Lars Thorselius, Tallkorgsvägen 38, 122 39 Enskede
E-post: lakarval@algonet.se

Marie Westin, Lillgården 28, 149 92 Nynäshamn. Tel 08-520 416 84
E-post: marie.westin@telia.com