

Vårdens arbetshälsa 2000

Vården under 90-talet

Del II. Empiriska studier

Rapport från Yrkesmedicinska enheten • 2000:5

Vårdens arbetshälsa 2000: Vården under 90-talet. Del II: Empiriska studier



Yrkesmedicin

Yrkesmedicinska enheten • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • yrkesmedicin@smd.sll.se

ISSN: 1401-0550

Yrkesmedicin har ett uppdrag från Stockholms läns landsting att vart fjärde år ge ut en Arbetshälsorapport om arbetsvillkor och hälsa i Stockholms län. I 1999 år Arbetshälsorapport framstod vårdens anställda som en riskgrupp med försämrade arbetsvillkor och många och upprepade omorganisationer i hög förändringstakt. Man beslöt därför att ge ut en rapport för att särskilt belysa vårdens arbetsvillkor och arbetshälsa under 90-talet.

Vårdens Arbetshälsorapport har sammanställts vid Yrkesmedicin. Flera personer har ingått i en arbetsgrupp och bidragit till rapporten – Annikä Härenstäm, Ingvar Lundberg, Gun Nise, Inga-Lill Pettersön och Christina Wiktorin. Patrik Schéele har genomfört en stor del av de statistiska analyserna. Ytterligare bidrag har kommit från Gun Johansson och Gunilla Pernold. Rolf Å. Gustafsson, Stockholms stads FoU-enhet, har anlitats för att i kapitel 2 diskutera övergripande förändringar i vård och omsorg ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Materialet har varit omfattande och Vårdens arbetshälsorapport 2000 finns i en förkortad version. Det totala materialet redovisas oavkortat inklusive samtliga referenser i två rapporter i Yrkesmedicins rapportserie (Vården under 90-talet. Den organisatoriska nivån, 2000:4 och Vården under 90-talet – Empiriska studier 2000:5). Diskussion och slutsatser ingår i både del I och del II.

Innehåll

SJUKFRÅNVARO, SJUKNÄRVARO OCH VILLKOR I ARBETET VID SJUKDOM I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING.....	6
Sjukfrånvaro.....	6
Sjuknärvaro	8
Anpassningsmöjligheter och närvarokrav.....	9
Arbets-skador och krav från Yrkesinspektionen.....	10
Sammanfattning	11
Referenser.....	12
BESKRIVNING AV DATAKÄLLOR	13
Folkhälsoenkäterna 1994 och 1998.....	13
Arbetsmiljöundersökningarna från SCB	14
Data från ett sjukvårds/produktionsområde.....	16
Data från MOA-projektet.....	17
Personalstrukturens förändring i Stockholms läns landsting under 90-talet	18
Referenser.....	19
ARBETS- OCH LIVSVILLKOR UNDER 1990-TALET	20
Kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer	20
Arbetsställningar och arbetsrörelser.....	23
Psykosocial arbetsmiljö.....	25
Sammanfattning	38
AKTUELLA ARBETS- OCH LIVSVILLKOR 1998.....	40
Fysiska belastningsfaktorer 1998.....	40
Psykosociala faktorer 1998	43
Livsstilsfaktorer.....	52
Sammanfattning	54
VÅRDENS ARBETSHÄLSA UNDER 1990-TALET.....	55
Förändring i besvärsförekomst	55
Besvär från rörelseorganen.....	57
Psykisk ohälsa	63
Arbetshälsan i ett produktionsområde.....	67

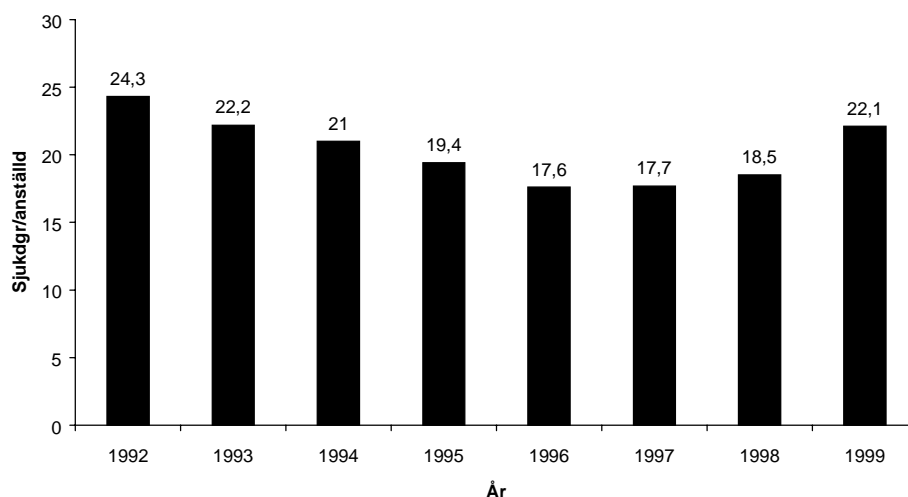
Sammanfattning	69
RELATIONEN MELLAN ARBETE, LIVSVILLKOR OCH HÄLSA HOS VÅRDARBETARE.....	70
Grupper av vårdpersonal med liknande arbets- och livsvillkor 1994 och 1998 samt hur arbetsvillkoren förändrats	70
Vårdens personal och arbetsvillkor i ett av Stockholms sjukvårds/produktionsområden 1998.....	73
Sammanfattning	86
Referenser.....	91
ARBETSMILJÖINTERVENTION I VÅRD	92
Bakgrund till interventionsstudier	94
Framgångsfaktorer för arbetsmiljöintervention	98
Sammanfattning	109
Referenser.....	110
DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....	112
Förändrade mönster i information och sociala kontakter	113
Förändrad arbetsbelastning	114
Arbete och hälsa	115
Olika konsekvenser för olika grupper	116
Arbetsledning.....	118
Styrsystem och inflytande.....	118
Kompetens.....	119
Vårdens drivkraft	120
Vad kan göras bättre?	121

Sjukfrånvaro, sjuknärvaro och villkor i arbetet vid sjukdom i Stockholms läns landsting

Av Gun Johansson

Sjukfrånvaro

Av Arbetshälsorapporten 1999 framgår att sjukfrånvaron i Stockholms län ökade kraftigt under 1998. Bland vårdanställda inom Stockholms län var ökningen 1998 dock ganska liten totalt sett, knappt en sjukdag. Från 1998 till 1999 ökade sjukfrånvaron kraftigt till 22,1 sjukdagar/anställd. Framför allt har den längre sjukfrånvaron ökat (mer än 14 dagar) och mer för kvinnor än för män.

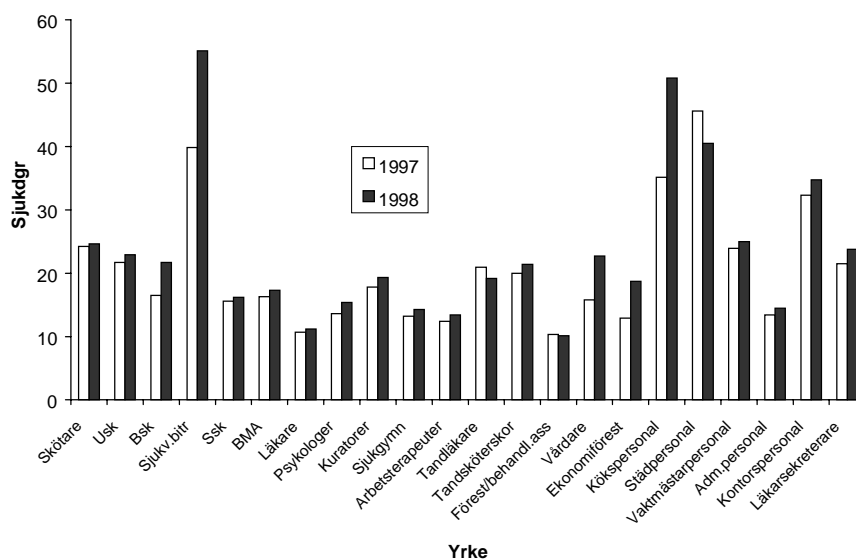


Figur 5.1. Sjukfrånvarons förändring bland vårdpersonal i Stockholms läns landsting. Källa: Landstingskontoret.

Den relativt låga sjukfrånvaroökningen fram till 1998 förefaller överraskande då kraftiga nedskärningar har skett inom vården under 1990-talet. Flera studier har dessutom pekat på ökade påfrestningar för vårdpersonal (Aronson, 1999, Härenstam m.fl., 1999:8; Michélsen m.fl., 1999:6).

Förändringar i sjukfrånvaro kan ges olika tolkningar. En möjlig tolkning är att totala sjukfrånvaroökningen i Stockholms län i huvudsak skett bland de som inte är sysselsatta. Arbetshälsorapporten visade att ungefär 20% av innevånarna i Stockholms län är arbetslösa eller står utanför arbetskraften. Om sjukfrånvaroökningen skett bland sysselsatta, har sjukfrånvaron fram till 1998 inte ökat lika kraftigt bland anställda inom vår-

den i Stockholms län som i andra branscher. Detta kan bero på att arbetsvillkoren inom andra verksamheter försämrats mer. Ökningen 1998–99 är dock kraftigare, vilket kan vara en effekt av den ökade belastningen. Riksförsäkringsverkets undersökning i landet som helhet har pekat på en negativ trend för hälso- och sjukvårdspersonal samt att ökningen främst gäller psykisk ohälsa. Att tolka sjukfrånvarodata är svårt då måttet är konjunkturkänsligt. Samtidigt som sjukfrånvaron ökat i Stockholms län har också sysselsättningen gjort det. Att sjukfrånvaron ökar med ökad sysselsättning är ett välkänt fenomen som delvis kan bero på att "sjukliga" i större utsträckning bereds tillträde till arbetsmarknaden. Sysselsättningen inom landstinget har dock inte ökat lika mycket som inom andra branscher. Landstinget har dessutom haft svårt att rekrytera personal till vakanta tjänster. En annan förklaring kan vara att lågutbildade grupper som sjukvårdsbiträden och undersköterskor med traditionellt hög sjukfrånvaro i stor utsträckning försvunnit från vården. Andra signaler har pekat på ökad sjukfrånvaro för högutbildade. Ökad sjukfrånvaro kan också sammanhånga med att närvarokrav i arbetet minskat. Närvarokrav bland anställda beskrivs på sid 10.



Figur 5.2. Genomsnittligt antal sjukdagar per anställd och år, 1997 och 1998, i olika yrkeskategorier inom Stockholms läns landsting. Källa: Fakta, Stockholms läns landsting.

Figur 5.2 visar en stor variation i hur sjukfrånvaron förändrats mellan olika yrkeskategorier. Sjukfrånvaron bland ekonomiföreståndare, kökspersonal och vårdare har ökat med mer än 40% mellan 1997 och 1998. Även bland barnsköterskor och sjukvårdsbiträden har sjukfrånvaron ökat kraftigt mellan dessa år. Dessa grupper är dock små. Ett mönster man kan skönja är att grupper som redan tidigare hade hög sjukfrånvaro ökar mest.

Ett undantag är städpersonal bland vilka sjukfrånvaron minskat med 11%. Som framgår har dock städpersonal, trots detta, extremt hög sjukfrånvaro.

Sjuknärvaro

Alla stannar inte hemma från arbetet då de är sjuka. Sjukfrånvaro och "sjuknärvaro" är två alternativa handlingar vid sjukdom. I vårdenkäten frågade vi hur många gånger det hänt att man gått till jobbet trots att man av hälsoskäl borde stannat hemma. Fyra slutna svarsalternativ fanns att välja bland: "många gånger", "någon gång" "en gång" "ingen gång".

Tabell 5.a. Andel som många gånger eller någon gång varit sjuknärvarande under det senaste året bland olika kategorier inom vården jämfört med stockholmare generellt. Källa: FHE 1998.

Yrke	%
Labassistent	54
Läkare	64
Sjuksköterskor	64
Mentalskötare	71
Undersköterskor, vårdbiträden	74
Sjukgymnaster/arbetsterapeuter	46
Kuratorer/psykologer	68
Administratörer	72
Sekreterare	64
Samtliga vård	65
Samtliga stockholmare	60

Av tabellen framgår att vårdanställda förefaller vara sjuknärvarande i något större omfattning än stockholmare generellt. Variationerna mellan vårdanställda är dock stora. Sjuknärvaron är hög bland framförallt skötare, undersköterskor och administratörer. Sjuksköterskor, läkare, kuratorer och psykologer rapporterar också ofta högre sjuknärvaro än stockholmare generellt. Samtliga dessa yrkesgrupper kan beskrivas som "patientnära" då de står till patienternas förfogande en stor del av arbetstiden till skillnad från andra grupper inom vården som ofta träffar patienter under begränsade, ofta förutbestämda, tider. Sekreterare och administratörer är också yrken inom vården där en stor andel ofta går till arbetet trots sjukdom. Laboratorieanställda och sjukgymnaster/arbetsterapeuter däremot är mindre sjuknärvarande än annan vårdpersonal eller stockholmare.

Att arbeta trots ohälsa torde utgöra en hälsorisk. Ökad sjuknärvaro kan därför medföra ökad sjukfrånvaro på sikt. Uppgifter om sjuknärvaro saknas ofta i övergripande vårdenkäter. Vi vet därför inte om och i så fall hur den förändrats. Det finns dock skäl att anta att sjuknärvaron har ökat

under 1990-talet i och med ökade krav i arbetslivet. Sjuknärvaro alltid eller oftast angavs av 48% i en studie av anställda i ett av Stockholms produktionsområden. Det finns inga skäl att anta att personal i Stockholms övriga produktionsområden skulle vara mindre sjuknärvarande. Detta kan innebära att vi ännu inte sett sjuknärvarans konsekvenser i form av ökad sjukfrånvaro i vården.

Anpassningsmöjligheter och närvarokrav

Arbetsvillkoren inom yrken kan vara olika då människor drabbas av sjukdom. Det är möjligt att de skilda villkoren påverkar huruvida man går till arbetet eller ej vid sjukdom. I vårdenkäten tillfrågades människor om de vid sjukdom kan anpassa sitt arbete till hur de mår och i vilken mån arbetet medger att man stannar hemma om man blir sjuk. På båda frågorna kunde man välja bland de tre svarsalternativen ”ofta” ”ibland” ”sällan eller aldrig”. Tabell 5.b visar hur svaren fördelar sig mellan olika vårdgrupper och i relation till stockholmare generellt.

Tabell 5.b. Andel som, då de är sjuka, ofta eller ibland kan anpassa arbetet och vara hemma och andel som har närvarokrav bland olika kategorier inom vården jämfört med stockholmare generellt. Källa: FHE 1998.

Yrke	Anpassningsmöjligheter	
	Kan ofta/ibland anpassa %	Har ofta/ibland närvarokrav %
Labassistent	66	61
Läkare	35	89
Sjuksköterskor	31,5	79
Mentalskötare	54	64
Usk, vårdbiträde	26	67
sjukgymn./arbetsterap.	60,5	83
Kurator/psykolog	65,5	100
Administratörer	70	92
Sekreterare	61	70
Samtliga vård	40	77
Samtliga stockholmare	66	72

Tabellen visar att människor med vårdirken generellt har mycket mindre möjlighet att anpassa arbetet till hur man mår jämfört med stockholmare generellt. Bara 40 % av anställda inom vården anser att de ofta kan anpassa sitt arbete till hur de mår medan motsvarande siffra för stockholmare generellt är 66%. Få undersköterskor, sjuksköterskor och läkare rapporterar att de kan anpassa arbetet till hur de mår. Detta beror sannolikt på den patientnära verksamheten och att de i sitt arbete måste anpassa sig till patienternas behov. Sannolikt har anpassningsmöjligheterna minskat ytterligare för dessa grupper i och med de kraftiga nedskärningarna av

vårdpersonal. Går man till arbetet när man känner sig sjuk måste man också arbeta fullt ut. Bland merparten av övriga yrkesgrupper inom vården rapporterar 60% eller mer, att de kan anpassa arbetet till hur de mår då de är sjuka.

Det är också en större andel bland vårdpersonal som har närvarokrav i arbetet då de är sjuka jämfört med stockholmare generellt. Skillnaden här är dock mindre. 77% bland vårdpersonal rapporterar att de ofta har svårt att vara hemma vid sjukdom på grund av jobbets karaktär. Motsvarande siffra för stockholmare generellt är 72%. Liksom anpassningsmöjligheter varierar närvarokrav i arbetet kraftigt mellan olika yrkeskategorier. Bland laboratorieanställda, skötare och sekreterare rapporterar en förhållandevis liten andel höga närvarokrav. Bland undersköterskor, vårdbiträden, kuratorer, psykologer, administratörer och läkare rapporterar en stor andel höga närvarokrav. Läkares situation är värd att särskilt uppmärksamma då de i sitt arbete är utsatta för kombinationen av höga närvarokrav och små anpassningsmöjligheter. Detta innebär att de trots sjukdom förväntas gå till sitt arbete och arbeta fullt ut. Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden är andra grupper som utsätts för detta i sina arbeten. Närvarokrav sammanhänger sannolikt med tillgång på vikarier och anställdas utbytbart. De kraftiga nedskärningarna och personalbristen har sannolikt också ökat närvarokraven i arbetet. Man vill inte ytterligare belasta arbetskamrater och man känner ansvar för att tredje person, dvs. patienten, inte ska komma i kläm.

Arbetsskador och krav från Yrkesinspektionen

Under perioden 1993–96 anmälde undersköterskor, sjuksköterskor och mentalskötare, främst kvinnor flest arbetsolyckor med större ökning proportionellt sett för sjuksköterskor än undersköterskor. Ökningen gällde främst stickskador och våld medan lyftskadorna minskade. Arbetssjukdomar under samma period ökade för sjuksköterskor och läkare. Stressrelaterade arbetssjukdomar med orsaker i organisation, omorganisation och hög arbetsbelastning var betydligt högre 1995–96 än 1993–94, framför allt för kvinnor och äldre medan belastningssjukdomar minskade.

Arbetsskadestatistik bör tolkas försiktigt, dels på grund av att benägenhet att anmäla skada är konjunkturkänsligt, dels på grund av problem med uppföljande jämförbar statistik. Likartad statistik har funnits sedan 1996. Inklusiv prognosen för 1999 är trenden den att arbetssjukdomar inom hälso- och sjukvård ökar från 1997 till 1999 medan arbetsolyckor ökar 1997–98 men minskar något 1999. Bland undersköterskor ökar arbetsolyckorna från 1997–99 (Jan Hallström, Yrkesinspektionen, Solna, muntlig kommunikation). Yrkesinspektionens påpekanden och inspek-

tionskrav ökar proportionellt mer i hälso- och sjukvård och var 1998 högre inom vårdsektorn än i annan verksamhet.

Sammanfattning

Sjukfrånvaro, särskilt långtidssjukfrånvaron, har efter lång tids minskning åter ökat bland vårdanställda i Stockholm från 17,6 sjukdagar per anställd 1996 till 22,1 1999. Sjukfrånvaron de två senaste åren har ökat 25%, främst långtidssjukfrånvaron. Frånvaron har ökat mer för kvinnor än män. En minskning fram till 1996 kan delvis vara en effekt av nedskärning av lågutbildad personal, som traditionellt haft högre sjukfrånvaro. Den ökande trenden de senaste åren har vidare visat en ökning av sjukfrånvaron i högtbildade grupper.

Vårdanställda har också högre sjuknärvaro än andra yrkesgrupper. Undersköterskor och mentalskötare men även läkare och sjuksköterskor har hög sjuknärvaro. En ökad sjuknärvaro kan ge effekter på sjukfrånvaron på sikt. Vårdpersonal har mindre möjligheter att anpassa sitt arbete till hur man mår och närvarokrav är högre för vårddyrken. Personalnedskärningar och personalbrist har sannolikt ökat närvarokraven. Läkare är särskilt utsatta med både höga närvarokrav och små anpassningsmöjligheter.

Personalstrukturen i landstinget har förändrats, vilket kan påverka förändringar i sjukfrånvaro. Undersköterskor och vårdbiträden har minskat och sjuksköterskor och läkare utgör därmed större andel av vårdens personal under senare delen av årtiondet. Under perioden 1992–98 har sjuksköterskor ökat i andel från 25–32%, läkare 10–14% medan vårdbiträden har minskat 80% och undersköterskors andel varit relativt konstant. Idag finns påtaglig personalbrist och stort rekryteringsbehov. Personalnedskärningarna har ökat anställdas genomsnittsålder från 38 år 1990 till 44 år 1999. Var tredje anställd är över 50 år.

Arbets-skador har följts med likartad statistik sedan 1996. Tolkningen bör ske med försiktighet, då benägenhet att anmäla arbets-skada är konjunkturkänslig. 1993–96 hade undersköterskor, sjuksköterskor och mentalskötare, främst kvinnor, flest anmälda arbetsolyckor med större ökning för sjuksköterskor än undersköterskor. Stickskador och våld har ökat medan lyftskador har minskat.

Arbets-sjukdomar 1993–96 ökar för sjuksköterskor och läkare. Stressrelaterade arbets-sjukdomar med orsak i organisation, omorganisation och hög arbetsbelastning ökar och är betydligt högre 1995–96 än 1993–94 för kvinnor och äldre anställda. Däremot minskar belastningssjukdomarna. Yrkesinspektionens påpekanden och inspektionskrav ökar proportionellt mer i vården och var 1998 högre i vården än i annan verksamhet.

Referenser

- Aronsson G. Arbetsmarknadens och arbetslivets utveckling och hälsokonsekvenser. I Arbetslivsfaktorer. Rapport från arbetsgruppen för arbetslivsfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 1, 1999
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999a). Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Resultat av analyser med personansats samt utveckling av analysmodeller för befolkningsstudier. Slutrapport I, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1999:8, Stockholms läns landsting
- Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G & Schulman A. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1999:6
- Landstingskontoret, Mats Parning (muntlig kommunikation)
- Yrkesinspektionen, Solna. Jan Hallström (muntlig kommunikation)

Beskrivning av datakällor

Av Patrik Schéele

Vid framställningen av Vårdens Arbetshälsorapport har flera datakällor använts. De viktigaste har varit Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter (FHE) 1994 och 1998, Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökningar (AMU) 1989–1997, data från MOA-projektet samt en totalstudie av personal i ett sjukvårds/produktionsområde 1998. Dessa beskrivs nedan. Övriga datakällor hänvisas till i respektive avsnitt av rapporten.

Folkhälsoenkäterna 1994 och 1998

Folkhälsoenkäter kring arbetsvillkor och andra livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och sjuklighet sändes 1994 till representativa urval av Stockholms läns befolkning samt till ett urval av personal som arbetade inom vården i Stockholms läns landsting. Dessutom sändes 1998 en enkät till samma personer som hade svarat på 1994 års enkät. Den här rapporten är till stor del baserad på bearbetningar av dessa enkäter. Av tabellen nedan framgår hur många som har besvarat respektive enkät.

Tabell 6.a. Antal svarande på folkhälsoenkäterna 1994 och 1998.

	Antal yrkesverksamma totalt			
	Kvinnor		Män	
	-44 år	45- år	-44 år	45- år
1994 slumpmässigt urval	2447	1946	1971	1789
1998 uppföljningsenkät till slumpurvalet 1994	1601	1086	1137	950
1994 urval av vårdpersonal	735	400	182	65
1998 uppföljningsenkät till vårdurval 1994	558	275	111	40

Dessa datakällor slogs samman och vårdpersonal i vissa utvalda stora vårddyrken från både vårdurvalet och det slumpmässiga urvalet jämfördes sedan med övriga. Före sammanslagningen hade vi försäkrat oss om att materialen var i stort sett lika vad det gällde fördelningen av de livsvillkor och de former av ohälsa vi ville studera. Svarsfrekvensen i det slumpmässiga urvalet var 1994 65% och i vårdurvalet 70%. Bland de som hade svarat på 1994 års enkät svarade 75% av slumpurvalet och 81% av vårdurvalet på 1998 års enkät.

Tabell 6.b. Antal i olika yrken i folkhälsoenkäterna 1994 och 1998.

	1994		1998	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Laboratorieassistenter/laboratorieingenjörer	64	31	47	20
Läkare	106	100	89	72
Sjuksköterskor/medicinsk-tekniska assistenter	524	26	452	23
Skötare i psykvård	79	57	54	26
Undersköterskor och vårdbiträden	394	35	220	13
Sjuktymnaster/arbetsterapeuter	90	3	73	5
Kuratorer/psykologer	40	12	29	1
Administratörer	22	12	29	8
Sekreterare	115	0	77	1

Tabellen visar antalen i de yrken som valdes ut för att sedan jämföras med övriga yrken. Vårdbiträden, kuratorer, psykologer, administratörer och sekreterare valdes som yrken endast om de även hade svarat att de arbetade inom landstinget.

De personer, som besvarat folkhälsoenkäten i slumpurvalet 1994 och följts upp 1998 och dessutom vid båda tillfällena arbetat i vårdsektorn har slagits samman med vårdurvalet, som också besvarade enkäten respektive 1994 och 1998. Data presenteras för de personer som arbetat i samma yrke både 1994 och 1998. Antalet personer som arbetat i vården enbart 1994 eller enbart 1998 är få och resultaten skiljer sig inte från dem, som arbetat i vården under längre tid (1994 och 1998). Svar från separata yrkesgrupper presenteras under förutsättning att antalet kvinnor respektive män är 30 eller fler.

De som varit yrkesverksamma både 1994 och 1998 och som inte arbetat i vårdsektorn vare sig 1994 eller 1998 har använts som jämförelsegrupp. För att göra grupperna jämförbara har standardiserats för ålder (< 45 år och ≥ 45 år) och för socioekonomisk grupptillhörighet (arbetare och tjänstemän). Bland de utvalda yrkena klassas skötare i psykvård och undersköterskor/vårdbiträden som arbetare medan resten är tjänstemän. Vikterna för dessa beräkningar har gjorts separat för kvinnor och män utifrån fördelningarna i jämförelsegruppen. Eftersom inga större skillnader i besvärsfrekvens föreligger mellan dem som arbetade i offentlig och privat verksamhet utanför vårdsektorn har dessa slagits samman till en jämförelsegrupp.

De ojämförligt största yrkesgrupperna är kvinnliga sjuksköterskor och undersköterskor. Läkare är den enda yrkesgruppen där antalet män, som varit i yrket både 1994 och 1998 överstiger 30.

Arbetsmiljöundersökningarna från SCB

Sedan 1989 genomför SCB Arbetsmiljöundersökningar vartannat år. Mellan 11 000 och 16 000 personer med sysselsättning har ingått i under-

sökningen de olika åren. Dessa har utfrågats per telefon med ett mindre antal frågor och också fått svara på en postenkät med ett större antal frågor om arbetsvillkor och vissa besvär. Svarsfrekvensen har varierat mellan 73% (1997) och 81% (1993) de olika åren. Antalet deltagare från Stockholms län har varit i storleksordningen 1/5 av det totala materialet. Bortfallet i Stockholms län har inte kunnat beräknas separat men kan förväntas ha varit i samma storleksordning som i övriga landet. Undersökningarna har genomförts på likartat sätt varför resultaten kan följas över tid. Genom att jämföra resultaten för medverkande från Stockholms län med resultaten för övriga riket kan man belysa skillnader i exponering och arbetsförhållanden.

Vid användningen av Arbetsmiljöundersökningarna har SEI-koder använts för att indela yrkesgrupper i arbetare och tjänstemän inom vården, vilka sedan jämförts med arbetar- och tjänstemannayrken utanför vården.

Tabell 6.c. SEI-koder för yrkesgruppering efter arbetare och tjänstemän i vårdirken.

NYK	Yrkesbenämning	SEI	klass
013	Labass, sjukvårdslab	46	Tjänsteman
016	Kem, fys, labing	60	Tjänsteman
101	Läkare	60	Tjänsteman
102	Sjukvårdsförest	46	Tjänsteman
103	Sjuksköterskor	46	Tjänsteman
104	Barnmorskor	46	Tjänsteman
105	Medicintekn ass	46	Tjänsteman
106	Skötare psyk	22	Arbetare
107	USK sjukvårdsbitr	22	Arbetare
111	Rörelse och terapiarb (sjukgymn)	46	Tjänsteman
112	Arbetsterapeuter	46	Tjänsteman
151	Kuratorer i landstinget	56/57	Tjänsteman
154	Vårdbiträden i landsting	12	Arbetare
191	Psykologer i landstinget	60	Tjänsteman
202	Landstingsadministratörer	56/57	Tjänsteman
232	Ekonomer, ekonomiass i landstinget	36	Tjänsteman
241	Läkarsekreterare	36	Tjänsteman

Data från ett sjukvårds/produktionsområde

Ytterligare ett datamaterial utgör en kartläggning av arbetsmiljö och hälsa bland samtliga anställda vid 131 arbetsplatser i ett av Stockholms sjukvårdsområden 1998 (senare uppdelat i beställardel och produktionsområde), som omfattar administration, primärvård, psykiatri och geriatrisk vårdgren. Svarefrekvensen är 85% (n=1635).

Allmän service, kostavdelning, vaktmästeri och telefonväxel, tillhörde formellt staben men har annan typ av arbetsuppgifter. Allmän service har jämnare könsfördelning och något yngre personal än administrationen. I samtliga yrkesgrupper överväger kvinnor. Endast 5% i hela sjukvårdsområdet är yngre än 30 år.

Tabell 6d. Antal besvarade enkäter fördelade över vårdgren, kön och ålder.

Urval	Svars%	Antal	Män %	Kvinnor %	<30 år %	30-50 år %	>50 år %
STAB	91%	166	25	75	8	49	43
Administration		133	23	77	8	47	45
Allmän Service		33	30	70	10	56	34
PRIMÄRVÅRD	85%	766	7	93	3	56	41
Administrativ personal		43	2	98	2	54	44
Läkarsekreterare		35	0	100	3	58	39
BMA/analyspersonal		22	4	96	4	46	50
Läkare		122	29	71	0	63	37
Sjuksköterska		198	3	97	1	56	43
Undersköterska		136	1	99	8	62	30
Barnmorska		29	0	100	0	46	54
Sjukgymnast		40	7	93	2	65	33
Arbetsterapeut		10	0	100	0	80	20
Dietist/hälsoplanerare		8	0	100	0	50	50
Övrig personal		4	0	100	0	20	80
PSYKIATRI	88%	480	25	75	6	60	34
Administrativ personal		18	12	88	0	67	33
Läkarsekreterare		21	0	100	5	43	52
Läkare		39	24	76	0	64	56
Sjuksköterska		118	19	81	4	67	29
Mentalskötare		138	35	65	12	63	25
Psykolog		34	30	70	0	68	32
Kurator		17	6	94	12	35	53
Sjukgymnast		5	40	60	0	80	20
Arbetsterapeut		10	10	90	20	70	10
Övrig personal		8	12	88	0	63	37
GERIATRIK	79%	224	7	93	9	57	34
Administrativ personal		11	20	80	0	40	60
Läkarsekreterare		8	0	100	0	57	43
Läkare		18	28	72	0	78	22
Sjuksköterska		64	2	98	16	63	21
Undersköterska		72	1	99	3	61	36
Sjukgymnast		11	27	73	40	30	30
Arbetsterapeut		10	0	100	10	50	40
Kurator		4	0	100	0	25	75
TOTALT	85%	1636	14	86	5	57	38

Totalt anger 30% arbetsledande funktion. Beteckningen chef används men notera att *arbetsledande funktion* kan vara en vidare definition på ledarskap än formell chefsbefattning. Chefers fördelningen över vårdgren, kön och ålder framgår av tabell. Könsfördelningen är jämnare för stabschefer än i andra vårdgrenar. I primärvård och geriatrik är mer än 90% och i psykiatri $\frac{3}{4}$ av cheferna kvinnor. 25% av geriatrikens och mer än 40% av primärvårdens chefer har över 10 år anställningstid.

Tabell 6e. Chefer totalt och i olika vårdgrenar. Kön och ålder.

Chefsfunktion	Antal chefer	%	Män %	Kvinnor %	<30 år %	30–50 år %	>50 år %
Stab	35	22	46	54	3	46	51
Primärvård	193	26	8	92	2	54	44
Psykiatri	161	35	24	76	2	60	38
Geriatrik	74	36	9	91	16	54	31
Chef administration	47	16	38	62	2	53	45
Chef läkare	84	48	24	76	0	55	45
Chef sjuksköterska	232	64	10	90	7	63	31
Chefer totalt	463	30	17	83	4	55	41

För läkare, sjuksköterskor och administrativ personal, har svaren jämförts för chefer och medarbetare. Övriga yrken har för få arbetsledarna. Av totalt 179 läkare har knappt hälften arbetsledande funktion. Läkare med ledningsansvar är i genomsnitt äldre än läkare utan. Inga skillnader i anställningstid finns mellan läkare med och utan chefskap. Av 383 sjuksköterskor har 64% arbetsledande funktion, 90% är kvinnor och var tredje äldre än 50 år. 32% av sjuksköterskecheferna har varit anställda mer än 10 år. Administrativ personal omfattar administrativ stab samt läkarsekreterare. Av 303 administrativ personal är 16% chefer. Administrativa chefer skiljer sig inte från medarbetare i ålder eller anställningstid.

Data från MOA-projektet

MOA-projektet omfattar data från olika delar av arbetslivet, varav vårdpersonal utgör en del. I projektet har insamlats såväl intervjuer och enkätdata som data från arbetsanalyser, observationer och mätningar på fältet för att fånga såväl den organisatoriska nivån som arbets- och anställningsförhållanden på individnivå. Cirka 25% av MOA-materialet omfattar anställda från välfärdssektorn. Fördelningen över olika arbetsmarknadssektorer överensstämmer med fördelningen på riksnivå. I vårdens arbetshälsorapport har intervju- och enkätdata för personal inom välfärdssektorn som helhet jämförts med andra sektorer av arbetslivet. 1995–97 genomfördes intervjuer av vårdpersonal.

Personalstrukturens förändring i Stockholms läns landsting under 90-talet

Uppföljning över tid måste ses i relation till att personalens sammansättning i landstinget har förändrats under 90-talet beroende på nedskärning av personal, främst yrkesgrupper som undersköterskor och vårdbiträden men också på omflyttningar och byte av huvudman från landsting till kommun för stora personalgrupper. I tabellen anges förändringar för de största yrkesgrupperna samt totalt för hälso- och sjukvårdspersonal i Stockholms läns landsting.

Tabell 6.f. Förändringar i anställd personal 1990–1998 i Stockholms läns hälso- och sjukvård. Källa: Landstingskontoret samt Gonäs, m.fl., 1994.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Läkare	4 792	4 845	4 990	4 966	4 999	5 036	5 083	5 150	5 347
Ssk	13 286	13 491	13 873	13 342	13 522	13 261	12 954	13 032	13 289
Usk	13 271	14 033	8 256	7 305	7 229	6 850	6 384	5 855	5 937
Sjvkv bitr	10 683	8 911	4 340	2 795	1 913	1 080	667	386	268
Skötare	4 188	4 145	3 998	3 902	3 756	3 406	2 704	2 445	2 327
Städpersonal	2 299	2 186	1 686	1 316	1 021	462	397	337	255
Kontor/läksekr	4 714	4 560	4 576	4 254	3 955	3 518	3 406	3 097	2 952
Hälso-/sjukv	66 978	64 948	54 822	50 071	45 108	41 775	39 197	37 801	37 889

Under perioden 1990–93 minskade landstingets personal, bortsett från Ädelreformens överflyttning av personal till kommunen, med cirka 12 000 anställda. Största förändringen har berört undersköterskor och vårdbiträden. Beslutet att undersköterska skulle vara lägsta kompetensnivån i landstinget från utgången av 1995, hade till följd att vårdbiträden nästan helt försvann. Undersköterskor reducerades. Försörjnings- och teknisk personal minskade delvis på grund av personalreducering men även av entreprenadisering. Administrativ personal minskade i takt med datorisering och införandet av resultatenheter. En mindre ökning av läkare, psykologer och läkarsekreterare har skett under perioden.

1998–99 ökade antalet anställda något på grund av personalbrist och ett växande rekryteringsbehov. 1999 finns 41 657 anställda i landstingets hälso- och sjukvård. Rekryteringsbehovet har fördubblats sedan 1997. En del av personalbristen täcks upp av inhyrd personal från uthyrningsföretag. 1999 är rekryteringsbehovet störst av sjuksköterskor och läkare. Läkarbristen är 1999 störst i primärvård, geriatrik och psykiatri.

Referenser

- ASS & SCB. Arbetsmiljön 1995. Statistiska meddelanden. Sveriges officiella statistik, 1996
- Gonäs L, Johansson S & Svärd I. Vad händer med kvinnors arbete när den offentliga sektorn skärs ned? Rapport från arbetslivsinstitutet, Stockholm, 1995:22
- Folkhälsoenkäten (FHE), 1994; 1998
- Härenstam A et.al. (1996). Lust att vårda eller vårdförlust. En studie av vårdarbete ur ett internt och externt perspektiv. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 1996:9, Stockholms läns landsting
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999a). Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Resultat av analyser med personansats samt utveckling av analysmodeller för befolkningsstudier. Slutrapport I, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999:8.
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999b). Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor. Resultat av analyser med variabelansats samt kvalitativ och kvantitativ enkätfrågeprövning. Slutrapport II, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999:9.
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson G, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H, Wiklund P (1999c). Urvalsstrategier, studiegruppen och forskningsprocessen. Slutrapport III, MOA-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999:12.
- Härenstam A, Westberg H, Karlqvist L, Leijon O, Rydbeck A, Waldenström K, Wiklund P, Nise G, Jansson C. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv. Arbete och Hälsa Nr 2000:15.
- Stockholms läns landsting: Personalbokslut 1990–1999
- Petterson I-L & Backman L. Klimatundersökning i Nordvästra sjukvårds/produktionsområdet 1998. Personalens arbetsmiljö kvalitet och hälsa. Rapport från Yrkesmedicin och Nordvästra sjukvårds/produktionsområdet, 1999

Arbets- och livsvillkor under 1990-talet

Av Gun Nise

Vi har använt SCB:s Arbetsmiljöundersökningar, som genomförts vartannat år sedan 1989, för att följa arbetsvilkorens förändringar inom vården i Stockholms län.

Kemiska och fysikaliska arbetsmiljöfaktorer

Förändringarna i andelen exponerade för kemiska och fysikaliska faktorer bland anställda inom vården i Stockholms län och i övriga riket jämfört med övriga yrken redovisas i tabell 7.a och 7.b för kvinnor samt för män i tabell 7.c–7.d. Med exponerad avses att man

- i sitt arbete utsatts för buller eller rengöringskemikalier ungefär $\frac{1}{4}$ av arbetstiden eller mer;
- tydligt kan se i luften eller känna lukten av kemikalier, luftföroreningar eller tobaksrök ungefär $\frac{1}{4}$ av tiden eller mer.

Tabell 7.a. Andel kvinnor exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer inom *vården* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Buller	3	4	5	4	5	4	4	4	4	5
Rengöringskemikalier	34	28	38	20	30	25	32	29	36	31
Kemikalier	2	6	5	4	5	3	9	4	3	3
Luftföroreningar	18	15	15	10	20	13	23	15	13	15
Passiv rökning	27	9	12	6	8	6	5	7	9	6

Tabell 7.b. Andel kvinnor exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer inom *övriga yrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Buller	14	16	17	14	16	14	18	17	21	19
Rengöringskemikalier	10	12	10	13	12	13	14	14	12	12
Kemikalier	5	7	5	5	5	5	5	5	4	7
Luftföroreningar	17	19	17	16	18	16	19	19	17	21
Passiv rökning	22	17	18	14	16	11	11	10	11	9

Tabell 7.c. Andel män exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer inom *vårdyrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Buller	10	2	11	5	13	3	0	11	0	4
Rengöringskemikalier	19	12	13	24	25	27	4	20	8	27
Kemikalier	0	6	7	2	40	6	4	6	9	0
Luftföroreningar	0	8	7	12	40	10	4	11	9	3
Passiv rökning	32	13	11	15	15	13	0	7	0	10

Tabell 7.d. Andel män exponerade för fysikaliska och kemiska arbetsmiljöfaktorer inom *övriga yrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Buller	25	33	24	31	25	32	24	31	25	31
Rengöringskemikalier	7	8	8	9	10	9	11	9	9	9
Kemikalier	15	17	11	16	13	14	11	15	11	16
Luftföroreningar	27	35	26	33	25	33	24	31	26	31
Passiv rökning	28	21	25	20	21	16	16	12	14	10

Andelen exponerade har inte förändrats påtagligt under den studerade perioden för någon av faktorerna i tabell 7.a–d. Andelen exponerade är vanligen större bland anställda i andra yrken än vårdyrken för både kvinnor och män.

Det finns stora skillnader mellan olika vårdyrken beträffande exponering för hudskadande faktorer. Anställda inom stora delar av vården utsätter händerna i betydande omfattning för handtvätt, vata och rengöringsämnen och använder skyddshandskar, exponeringar som kan orsaka eksem och andra symtom på grund allergi eller hudirritation.

Hudkontakt med rengöringskemikalier är betydligt vanligare inom vårdyrken än övriga yrken, detta gäller för båda könen. Vanligast är denna exponering bland kvinnor i vårdyrken. Vid undersökningen 1997 anger 36% av kvinnorna med vårdyrken i Stockholms län att de har hudkontakt med rengöringskemikalier 1/4 av arbetstiden eller mer. Motsvarande andel för kvinnor i övriga yrken är 12%.

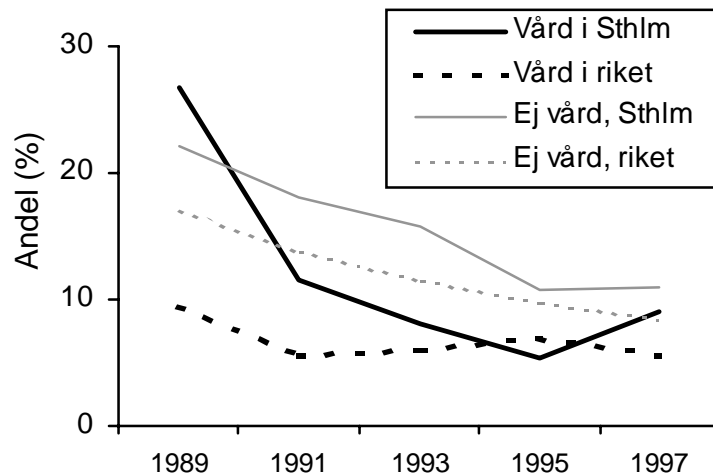
Cirka 60% av kvinnorna och 40% av männen i vårdyrken anger enligt folkhälsoenkäten i Stockholms län 1998 att de tvättar händerna mer än 10 gånger per dag, jämfört med 26% av kvinnorna och 12% av männen i övriga yrken.

Användning av skyddshandskar har under 1990-talet ökat kraftigt inom vården, främst för att skydda mot blodsmitta. Handskar medför skydd också mot vata, tvål och rengöringskemikalier, men skyddshands-

kar i sig medför även att huden exponeras för allergiframkallande ämnen (naturgummilatex och gummikemikalier) och för irritation.

Inom tandvården har akrylater (plaster som är allergiframkallande vid hudkontakt och irriterande för luftvägarna innan de har härdat) i mycket stor omfattning börjat användas som ersättning för amalgam. Detta har under 1990 inneburit ökad exponering av tandläkare, tandsköterskor och tandtekniker.

Andelen utsatta för passiv rökning har halverats under perioden, se tabell 7.a–7.d. Minskningen kan förklaras av att rökning blivit allt mindre accepterad vilket också manifesterades i Tobakslagen (SFS 1993:581), som trädde i kraft den 1 juli 1993. Rökning förbjöds i lokaler avsedda för barnomsorg, skolverksamhet och annan barn- och ungdomsverksamhet, hälso- och sjukvård, samt i gemensamhetslokaler. Dessutom har arbetsgivaren ansvar för att arbetstagaren inte mot sin vilja utsätts för tobaksrök på arbetet. Arbete inom hotell- och restaurangbranschen och hemsjukvården är arbetsplatser där passiv rökning fortfarande förekommer. Utbyggnaden av hemsjukvården, liksom den växande hotell- och restaurangbranschen i Stockholms län, kan vara en förklaring till att andelen exponerade för passiv rökning på arbetet tenderar att öka mot slutet av perioden, (figur 7.1).



Figur 7.1. Andel kvinnor utsatta för passiv rökning i *vårdyrken* jämfört med övriga yrken i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Arbetsställningar och arbetsrörelser

I arbetsmiljöundersökningarna har det funnits frågor om arbetsställningar och arbetsrörelser under hela undersökningsperioden, medan frågor om vilka vikter som hanteras har tillkommit i de senaste undersökningarna. Med exponering avses att man

- har ett tungt arbete eller belastande arbetsställningar ungefär ¼ av arbetstiden eller mer;
- har arbetsuppgifter med repetitiva rörelser eller tunga lyft minst en dag i veckan

Andelen exponerade inom både vårstyrken och andra yrken är i stort sett oförändrade under den studerade perioden. Besvärliga arbetsställningar förekommer oftare bland anställda i vården än bland dem som arbetar i andra yrken, se tabell 7.e–7.h. Andelen kvinnor som arbetar i framåtböjd ställning utan stöd, cirka 1/4 av arbetstiden eller mer, är drygt 40% bland dem med vårstyrken, medan andelen exponerade inom övriga yrken är cirka 10% lägre.

Tabell 7.e. Andel kvinnor i *vårstyrken* som rapporterar att arbetet är tungt eller innebär belastande arbetsställningar under ungefär ¼ av arbetstiden eller mer eller har arbetsuppgifter med repetitiva rörelser eller tunga lyft minst en dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Arbetar rent kroppsligt	49	51	44	43	49	50	55	49	45	53
Tar i så att man andas snabbare	9	9	11	9	10	9	16	11	8	13
Arbetar framåtböjd	40	39	36	33	40	38	39	40	41	41
Arbetar i vriden ställning	31	32	37	28	34	33	38	32	32	36
Arbetar med upplyfta händer	14	11	18	14	11	13	17	13	11	13
Böjer och vrider flera ggr/tim			30	32	31	32	41	34	40	37
Lyfter 15–20 kg flera ggr/dagg							47	44	42	45
Lyfter >25 kg flera ggr/dag							41	36	34	36

Tabell 7.f. Andel kvinnor i *andra yrken* än *vårdyrken* som rapporterar att arbetet är tungt eller innebär belastande arbetsställningar under ungefär ¼ av arbetstiden eller mer eller har arbetsuppgifter med repetitiva rörelser eller tunga lyft minst en dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Arbetar rent kroppsligt	29	33	32	32	35	33	38	34	36	33
Tar i så att man andas snabbare	9	9	10	8	13	8	10	10	14	9
Arbetar framåtböjd	24	28	23	27	27	27	28	28	29	27
Arbetar i vriden ställning	22	25	24	26	27	25	30	28	31	28
Arbetar med upplyfta händer	16	16	17	19	19	17	15	16	17	17
Böjer och vrider flera ggr/tim			41	43	39	41	43	43	46	46
Lyfter 15–20 kg flera ggr/dagg							29	26	25	25
Lyfter >25 kg flera ggr/dag							10	11	7	7

Tabell 7.g. Andel män anställda i *vårdyrken* som rapporterar att arbetet är tungt eller innebär belastande arbetsställningar under ungefär ¼ av arbetstiden eller mer eller har arbetsuppgifter med repetitiva rörelser eller tunga lyft minst en dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Arbetar rent kroppsligt	44	39	22	34	45	26	0	26	33	39
Tar i så att man andas snabbare	19	17	10	10	11	13	0	7	0	8
Arbetar framåtböjd	48	31	26	31	18	30	8	26	29	35
Arbetar i vriden ställning	19	33	11	27	16	18	4	17	21	28
Arbetar med upplyfta händer	10	11	14	8	13	8	0	5	29	7
Böjer och vrider flera ggr/tim			20	29	26	22	15	24	21	21
Lyfter 15–20 kg flera ggr/dagg							4	30	30	42
Lyfter >25 kg flera ggr/dag							0	27	9	39

Tabell 7.h. Andel män i *andra yrken* än *vårdyrken* som rapporterar att arbetet är tungt eller innebär belastande arbetsställningar under ungefär ¼ av arbetstiden eller mer eller har arbetsuppgifter med repetitiva rörelser eller tunga lyft minst en dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Arbetar rent kroppsligt	40	42	41	43	45	44	41	43	43	43
Tar i så att man andas snabbare	18	20	21	19	21	21	21	20	19	19
Arbetar framåtböjd	25	29	28	29	29	29	23	29	28	28
Arbetar i vriden ställning	24	27	25	27	27	28	25	28	30	27
Arbetar med upplyfta händer	21	22	25	25	24	24	23	23	25	21
Böjer och vrider flera ggr/tim			33	36	37	36	36	36	39	39
Lyfter 15–20 kg flera ggr/dagg							37	38	40	38
Lyfter >25 kg flera ggr/dag							24	26	24	24

Psykosocial arbetsmiljö

Beskrivning av exponeringen i arbetet

Förändringen av kraven, svårigheterna och möjligheten till hjälp och stöd i arbetet är liten under perioden 1989–1997, se tabell 7.i–7.l.

- Exponerad för svåra arbetsuppgifter är man om det förekommer arbetsuppgifter som man behöver råd eller hjälp med cirka 1/4 av arbetstiden eller mer.
- Avsaknad av stöd har den person som sällan eller aldrig kan få råd eller hjälp med svåra arbetsuppgifter.
- Yrket ger få möjligheter att utvecklas och lära nytt om det ”inte alls eller sällan” förekommit under de tre senaste månaderna.
- Utsatt för våld eller hot om våld eller mobbning är man om det förekommer minst ett par dagar i månaden.

Tabell 7.i. Förändring i krav, svårigheter och stöd i arbetet bland kvinnor med *vårdyrken* i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Svåra arbetsuppgifter	69	67	59	65	59	61	79	69	76	73
Mkt tid på svåra arbetsuppg.	42	35	37	30	37	31	55	49	53	47
Ej hjälp svåra arbetsuppg.	9	4	5	5	6	4	6	6	5	4
Ej Lära nytt	20	16	15	16	15	16	17	18	18	17
Hot om våld	22	24	21	18	23	24	16	13	13	13
Mobbning	5	4	5	4	8	3	1	2	1	2

Tabell 7.j. Förändring i krav, svårigheter och stöd i arbetet bland kvinnor med *andra yrken* än vårdyrken i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Svåra arbetsuppgifter	53	44	51	42	47	43	55	49	52	46
Mkt tid på svåra arbetsuppg.	33	31	39	30	33	31	49	45	47	43
Ej hjälp svåra arbetsuppg.	7	8	9	8	10	8	9	8	8	8
Ej Lära nytt	29	37	27	31	29	28	29	29	29	32
Hot om våld	7	6	10	8	9	8	6	4	3	3
Mobbning	6	4	5	4	5	4	1	1	1	1

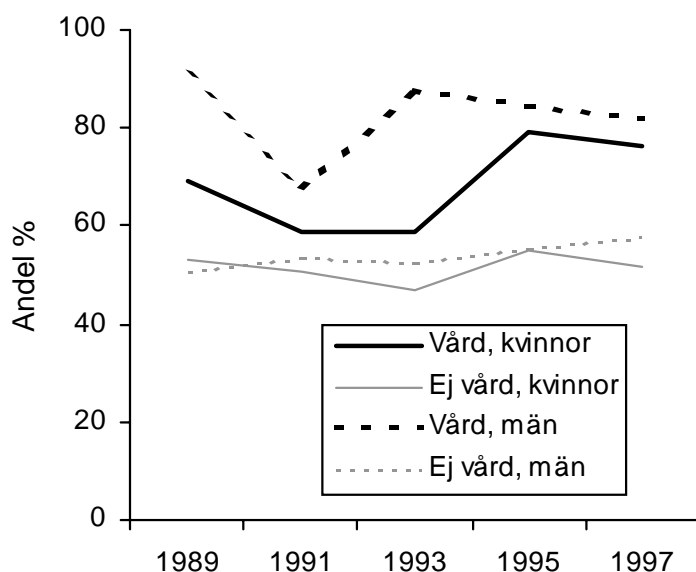
Tabell 7.k. Förändring i krav, svårigheter och stöd i arbetet bland män med vårdirken i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Svåra arbetsuppgifter	90	70	67	67	88	68	84	77	82	87
Mkt tid på svåra arbetsuppg.	49	31	18	42	47	39	27	49	64	47
Ej hjälp svåra arbetsuppg	21	7	30	8	5	10	26	13	17	6
Ej Lära nytt	26	20	17	13	27	12	65	7	17	14
Hot om våld	56	48	23	51	62	35	8	28	0	12
Mobbning	10	6	8	1	2	7	0	3	0	1

Tabell 7.l. Förändring i krav, svårigheter och stöd i arbetet bland män med *andra yrken* än vårdirken i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

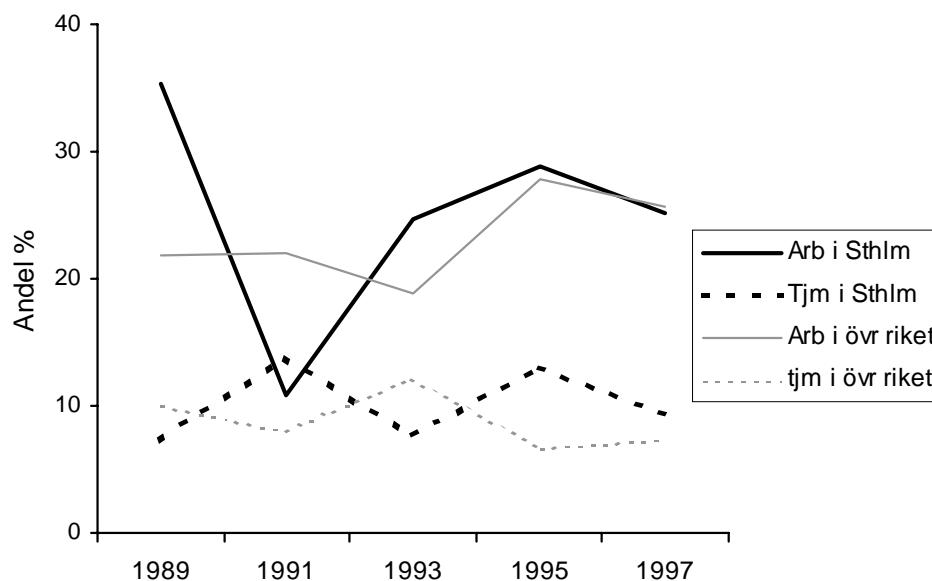
Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Svåra arbetsuppgifter	51	46	53	49	52	48	56	53	58	53
Mkt tid på svåra arbetsuppg.	39	32	33	30	42	33	45	40	46	42
Ej hjälp svåra arbetsuppg	11	13	13	13	14	14	15	12	13	12
Ej Lära nytt	24	27	24	23	24	22	24	23	23	21
Hot om våld	8	4	6	5	7	5	4	2	3	2
Mobbning	5	5	6	5	7	5	2	2	1	2

Det är vanligare att personer med vårdirken uppger att de har svåra arbetsuppgifter än i andra yrken, drygt 75% mot cirka 50% (1997). För personer i andra yrken än vårdirken anger ungefär lika många kvinnor som män att de har svåra arbetsuppgifter. Bland de anställda inom vården rapporterar fler män än kvinnor att de har svåra arbetsuppgifter, även om skillnaderna minskar mot slutet av perioden, se figur 7.2. Andelen i vården med svåra arbetsuppgifter är dock större för båda könen jämfört med anställda i övriga yrken.



Figur 7.2. Andelen anställda i *vårdyrken* respektive *andra yrken* i Stockholms län som anger att de har svåra arbetsuppgifter. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

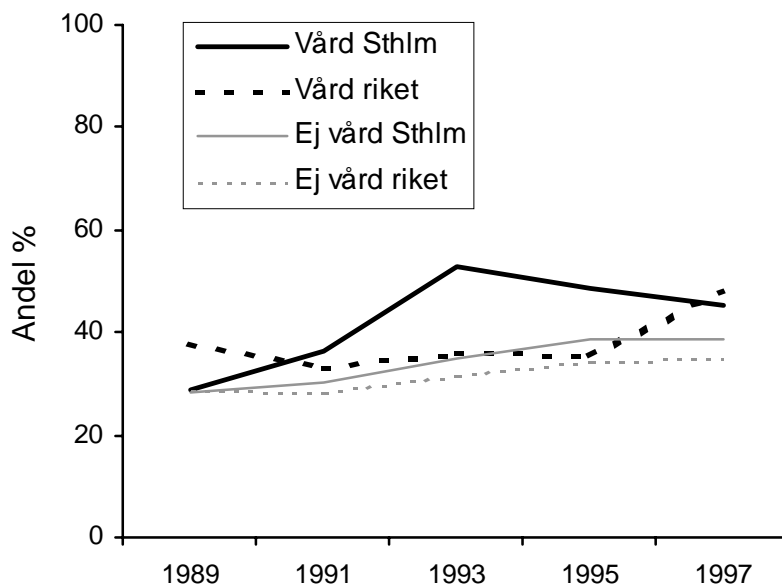
Möjligheten att utvecklas och lära nytt i arbetet är generellt större inom vårdyrken än inom andra yrken se tabell 7.i-1. Det sker inga stor förändringar under perioden, i undersökningen 1997 ansåg 18% av kvinnorna inom vården i Stockholm att de hade små möjligheter att lära nytt, motsvarande siffra inom andra yrken var då 29%. Det finns emellertid stora skillnader inom olika vårdyrken. Anställda inom vården med arbetaryrken har sämre möjlighet att utvecklas och lära nytt än de inom tjänstemannayrken, se figur 7.3. Skillnaden ligger kring 15%. Den kraftiga ökningen i början av 90-talet i att utvecklas och lära nytt bland arbetare med vårdyrken i Stockholms län kan kanske delvis förklaras av att Stockholmsmodellen började införas 1991 och att många vårdbiträden i samband med detta erbjöds vidareutbildning. Omorganisationen innebar också nedskärningar och anställda som blev kvar fick fler arbetsuppgifter och ökad tidspress.



Figur 7.3. Andelen inom *vårdyrken* som har små möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet i Stockholms län och övriga riket. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

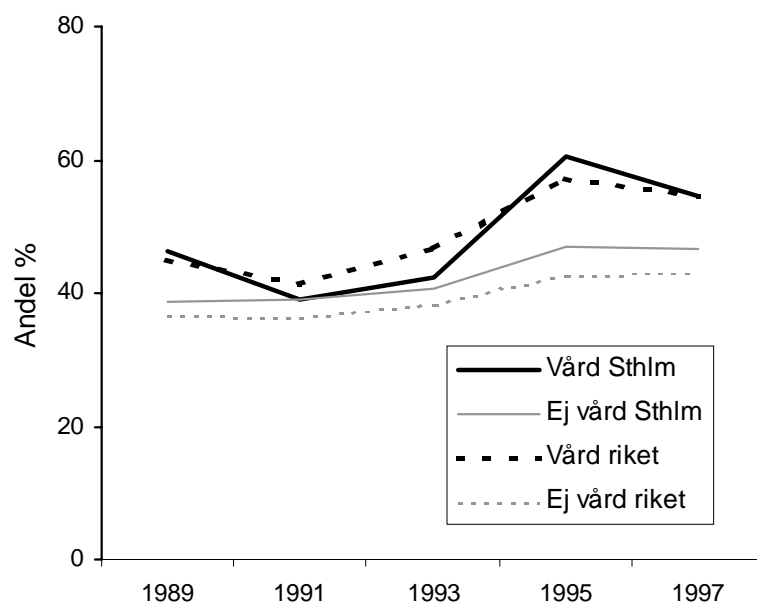
Anställda inom vården utsätts för våld eller hot om våld minst ett par dagar i månaden, i större utsträckning än anställda inom andra yrken, se tabell 7.i–7.l. Personer med arbetaryrken är mer utsatta än tjänstemän inom både *vårdyrken* och andra yrken. Andelen som är utsatt för våld eller hot om våld minskar under perioden. Bland arbetare i vården ligger den dock fortfarande kvar på en hög nivå, drygt 20% 1997. Vid halvårsskiftet 1993 trädde en ny föreskrift om ”våld och hot i arbetsmiljön” AFS 1993:2 i kraft: I den åläggs arbetsgivaren att utreda riskerna för hot och våld i arbetet och vidta åtgärder för att minimera att dessa risker uppstår. Andra studier har pekat på att hot och våld framför allt är ett arbetsmiljöproblem för vissa grupper i vården, personal i geriatrik, psykiatri samt vid sjukhusens akutintagningar.

Frågan om övertid i arbetsmiljöundersökningarna gäller om man har så mycket att göra att man blir tvungen att dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem. Exponerad för denna faktor är den som måste arbeta över minst någon dag i veckan. Andelen personer som arbetar övertid har ökat under perioden, se tabell 7.m–p. Vanligast är det att arbeta övertid bland män anställda inom vården både i Stockholms län och övriga riket, 45% respektive 48% 1997, se figur 7.4. I Stockholms län arbetar kvinnor med *vårdyrken* ungefär lika mycket övertid som kvinnor i andra yrken. I övriga riket är det vanligare med övertid inom vården.



Figur 7.4. Andel män inom vårdayrken och andra yrken som måste arbeta övertid åtminstone någon gång i veckan eller mer. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Det är framför allt bland tjänstemän i vården som andelen med övertidsarbete ökar, se figur 7.5. Övertidsarbetet ökar mer för tjänstemän inom vården än tjänstemän i andra yrken. Skillnaden är 1997 knappt 10%. Övertidsuttaget är lägre bland arbetarna inom vården och andelen med övertidsarbete ligger på cirka 20% både i Stockholms län och övriga riket. Bland arbetare med andra yrken är andelen som arbetar övertid densamma i övriga riket, medan den är något högre i Stockholms län 27% 1997.



Figur 7.5. Förändringen av andelen tjänstemän i vården och andra yrken som måste arbeta övertid åtminstone någon dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Hur arbetsmiljöfaktorer som relaterar till stress och möjlighet till sociala kontakter i arbetet har förändrats i Stockholms län och övriga riket redovisas för kvinnor i tabell 7.m–7.n och för män i tabell 7.o–7.p. Exponerad för de tre första faktorerna i tabellen är den som endast kan påverka faktorn $\frac{1}{4}$ av arbetstiden eller mindre. För faktorn ”vänta och hålla sig beredd” betraktas den exponerad som gör det halva arbetstiden eller mer. Med stressigt arbete avses här att man inte hinner prata eller tänka på annat än arbetet under $\frac{3}{4}$ av arbetstiden eller mer.

Möjligheten att själv bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras undersöks med frågan ”Kan du delvis själv bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras?”. Exponerad är den som inte alls eller för det mesta inte har den möjligheten.

Tabell 7.m. Andel kvinnor med *vårdyrken* som har en stressig arbetsituation eller få möjligheter till sociala kontakter. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Ej bestämma arbetstakten	43	45	37	37	46	47	59	48	63	57
Ej prata med arbetskamrater	19	21	25	25	25	27	36	31	31	32
Ej ta paus för prat när som helst	53	52	46	48	50	52	61	55	61	64
Vänta och hålla sig beredd	13	13	15	9	8	9	15	10	11	12
Stressigt ej hinna prata	22	23	19	18	25	21	24	28	29	29
Övertid	30	25	24	26	25	29	39	39	32	36
Ej bestämma när	66	70	70	63	68	67	73	69	79	74

Tabell 7.n. Andel kvinnor med *andra yrken* än vårdyrken som har en stressig arbetsituation eller få möjligheter till sociala kontakter. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Ej bestämma arbetstakten	29	34	32	34	35	35	39	36	41	42
Ej prata med arbetskamrater	34	41	38	40	38	40	39	39	38	41
Ej ta paus för prat när som helst	43	50	48	50	50	53	51	51	50	53
Vänta och hålla sig beredd	6	5	8	5	8	6	7	7	11	7
Stressigt ej hinna prata	23	21	24	20	25	21	28	22	28	25
Övertid	26	21	25	20	26	23	32	26	34	25
Ej bestämma när	45	49	44	48	50	50	51	51	54	53

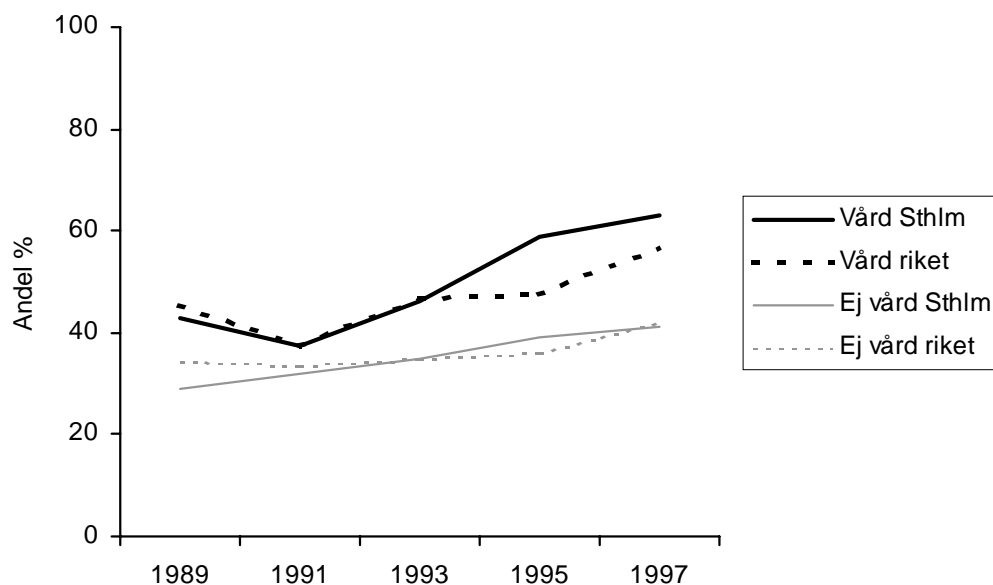
Tabell 7.o. Andel män med vårdyrken som har en stressig arbetsituation eller få möjligheter till sociala kontakter. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Ej bestämma arbetstakten	16	31	31	36	54	32	12	51	35	37
Ej prata med arbetskamrater	6	25	39	23	21	23	50	26	46	27
Ej ta paus för prat när som helst	23	32	50	35	44	38	55	45	38	43
Vänta och hålla sig beredd	36	16	16	24	19	15	0	19	9	22
Stressigt ej hinna prata	35	22	7	15	32	19	8	24	29	24
Övertid	29	38	36	33	53	36	49	35	45	48
Ej bestämma när	52	53	75	62	51	65	84	67	92	64

Tabell 7.p. Andel män med *andra yrken* än vårdyrken som har en stressig arbetsituation eller få möjligheter till sociala kontakter. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

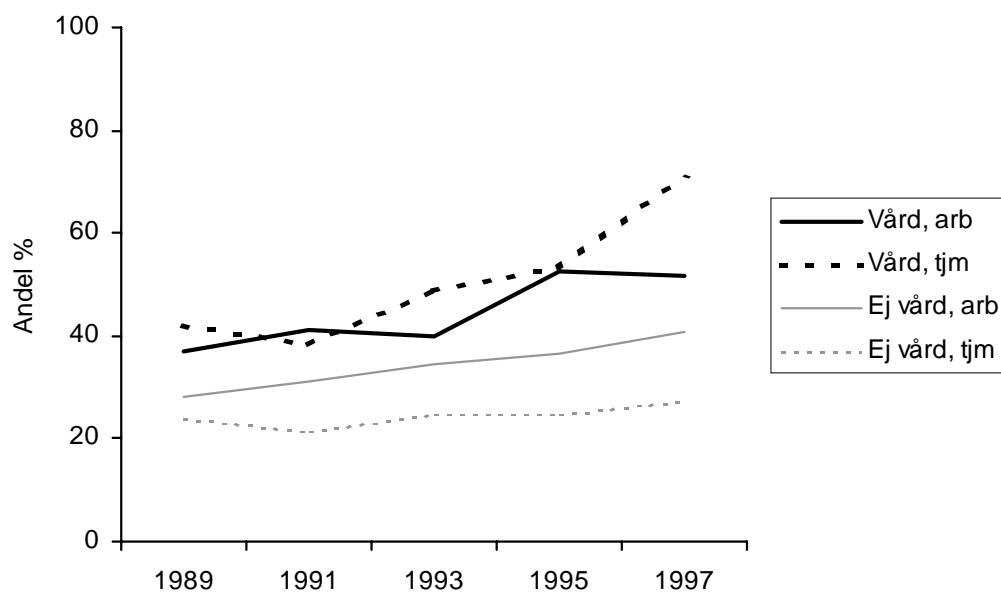
Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Ej bestämma arbetstakten	22	23	20	21	24	23	22	25	27	29
Ej prata med arbetskamrater	26	29	26	28	27	30	29	30	26	29
Ej ta paus för prat när som helst	29	32	27	31	29	33	31	31	31	33
Vänta och hålla sig beredd	9	9	9	8	11	9	9	9	9	8
Stressigt ej hinna prata	14	15	15	15	18	16	19	15	17	17
Övertid	28	29	30	28	35	32	39	35	39	35
Ej bestämma när	38	41	35	39	36	40	39	42	41	44

Andelen kvinnor som anger att de har små möjligheter att påverka sin arbetstakt ökar under den undersökta perioden, (se figur 7.6). Ökningen är större inom vårdyrken än bland övriga yrken och i Stockholms län anger 1997 över 60% av kvinnor anställda i vården att de för det mesta inte kan bestämma sin arbetstakt. Även bland männen saknas denna möjlighet oftare bland vårdanställda, än för män i andra yrken. Cirka 35% av män i vårdyrken både i Stockholms län och övriga riket anger i undersökningen 1997 att de har små möjligheter att påverka sin arbetstakt. Motsvarande andel bland män i övriga yrken ligger under 30%.



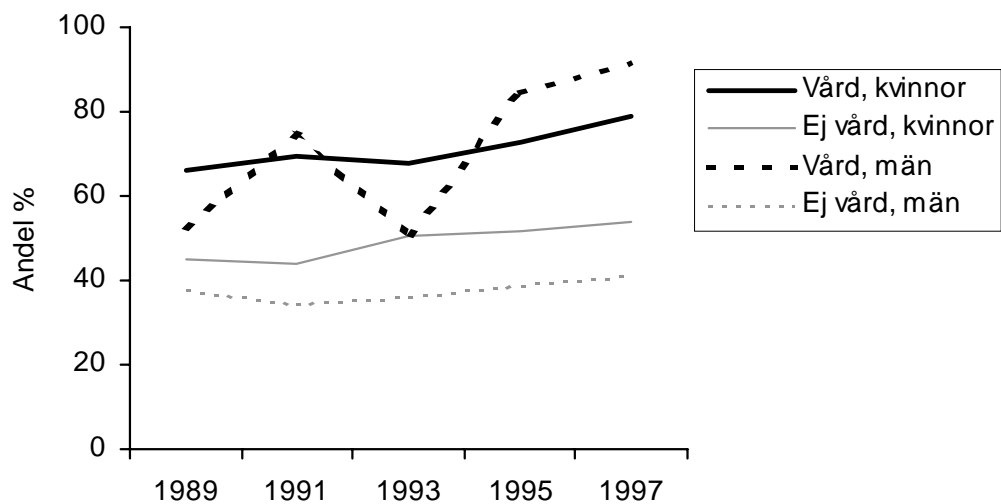
Figur 7.6. Andel kvinnor i Stockholms län och övriga riket inom vårddyren respektive andra yrken som endast kan påverka sin arbetstakt cirka 1/4 av arbetstiden eller mindre. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Andel tjänstemän anställda i vården i Stockholms län som har små möjligheter att bestämma sin arbetstakt ökar kraftigt under perioden från drygt 40% till över 70%, se figur 7.7. Även arbetare inom vården får minskade möjligheter att bestämma sin arbetstakt under perioden. Inom andra yrken än vårddyren är andelen arbetare som endast kan påverka sin arbetstakt cirka 1/4 av arbetstiden eller mindre cirka 40% i undersökningen 1997, medan andelen tjänstemän är mindre, cirka 28%. För båda dessa grupper har andelen som fått mindre möjlighet att påverka sin arbetstakt ökat under perioden.



Figur 7.7. Andel arbetare och tjänstemän inom vårddycken och andra yrken i Stockholms län som endast kan påverka sin arbetstakt cirka 1/4 av arbetstiden eller mindre. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Under perioden 1989–1997 minskar möjligheten att själv bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras, dvs. möjligheten att jobba lite fortare viss dagar och ta det lite lugnare andra dagar. Den möjligheten minskar särskilt bland anställda inom vården, se tabell 7.m–p. I undersökningen 1997 anger drygt 90% av männen och cirka 80% av kvinnorna i vårddycken i Stockholms län att de inte alls eller för det mesta inte kan bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras, se figur 7.8. Även i övriga riket har personer anställda i vårddycken mindre möjligheter att bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras än anställda i andra yrken, skillnaden är cirka 20% 1997.



Figur 7.8. Förändringen av möjligheten att inte kunna bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras bland anställda i vården och andra yrken i Stockholms län. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Den minskade möjligheten att bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras finns både bland tjänstemän och arbetare inom vården. I Stockholms län är skillnaden i denna möjlighet för tjänstemän anställda inom vården jämfört med tjänstemän i andra yrken drygt 40% 1997, se figur 7.9. Förhållandena är ungefär desamma i övriga riket.



Figur 7.9. Andelen arbetare och tjänstemän inom vården och andra yrken i Stockholms län som har små möjligheter att själva bestämma när olika arbetsuppgifter ska utföras. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Upplevelsen av arbetet

De frågor vi hittills redogjort för i detta kapitel är avsedda att i möjligaste mån spegla objektiva förhållanden. SCB ställer också frågor som är avsedda att fånga den subjektiva upplevelsen av arbetet. Frågorna innehåller fem svarsalternativ där upplevelsen graderas från den ena ytterligheten till den andra (t.ex. från att man har alldeles för lite att göra till att man har alldeles för mycket att göra) och där mittenalternativet svarar mot varken eller. Här har vi slagit ihop dem som anser sig utsatta för faktorn.

Kvinnor som arbetar i vården upplever i högre utsträckning än kvinnor i andra yrken att de har för mycket att göra, se tabell 7.q–7.r. Den skillnaden gäller både i Stockholms län och övriga riket. Under perioden ökar andelen kvinnor som tycker att de har för mycket att göra både i vården och inom andra yrken. Andelen män anställda i vården och andra yrken upplever också i ökande omfattning att de har för mycket att göra, se tabell 7.s–7.t. Skillnaden mellan anställda i vården och anställda i andra yrken är dock mindre.

Tabell 7.q. Upplevelsen av arbetet bland vårdanställda kvinnor. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Alldeles för mycket att göra	61	59	47	52	54	61	62	64	70	70
För svåra arbetsuppgifter	13	13	14	12	9	11	11	10	16	14
Bundet och ofritt	21	19	15	16	21	18	33	22	35	26
Psykiskt påfrestande	78	73	59	64	64	66	70	71	72	74
För lite inflytande	30	31	39	34	34	33	41	34	48	32
För lite stöd i arbetet	16	16	14	16	16	16	19	18	20	19
Tidsbegränsad anställning	5	18	14	16	17	15	13	15	14	17

Tabell 7.r. Upplevelsen av arbetet bland kvinnor anställda utanför vården. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Alldeles för mycket att göra	52	50	49	45	53	50	58	52	60	59
För svåra arbetsuppgifter	11	10	11	10	9	9	11	10	15	12
Bundet och ofritt	16	20	17	16	21	16	19	17	23	22
Psykiskt påfrestande	42	42	40	39	44	41	44	43	45	41
För lite inflytande	29	31	28	29	33	28	30	28	33	28
För lite stöd i arbetet	17	19	17	16	19	16	19	18	19	18
Tidsbegränsad anställning	9	11	10	13	10	14	13	17	15	16

Tabell 7.s. Upplevelsen av arbetet bland vårdanställda män. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

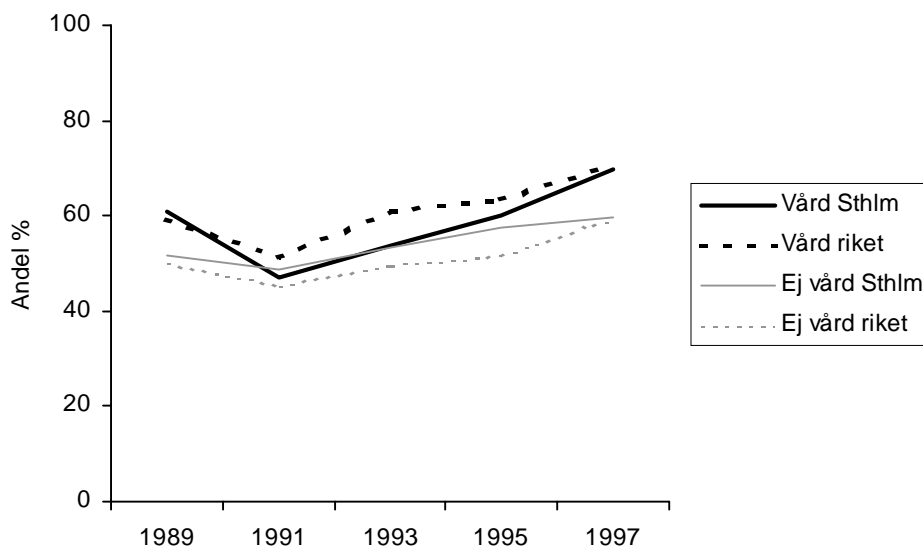
Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Alldeles för mycket att göra	51	52	35	53	68	62	37	59	55	64
För svåra arbetsuppgifter	10	18	11	13	17	23	16	16	8	5
Bundet och ofritt	39	23	20	21	9	20	32	30	37	38
Psykiskt påfrestande	71	81	49	76	78	81	75	76	73	77
För lite inflytande	44	35	34	42	51	38	31	40	46	30
För lite stöd i arbetet	3	14	10	16	4	18	20	15	29	8
Tidsbegränsad anställning	16	27	22	29	24	24	18	19	41	23

Tabell 7.t. Upplevelsen av arbetet bland män anställda utanför vården. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Alldeles för mycket att göra	48	48	46	42	51	48	54	50	59	57
För svåra arbetsuppgifter	12	13	11	11	12	11	10	10	12	12
Bundet och ofritt	12	14	10	11	13	12	14	14	16	16
Psykiskt påfrestande	39	40	39	36	37	39	39	36	42	40
För lite inflytande	31	31	27	30	34	31	32	29	32	29
För lite stöd i arbetet	17	17	16	16	22	17	20	17	19	18
Tidsbegränsad anställning	6	5	7	7	7	9	10	11	12	11

Andelen kvinnor som upplever att de ha för mycket att göra ökar både för anställda i vården och anställda i andra yrken. Andelen inom vårdirken är högre än i andra yrken cirka 70% mot cirka 60% 1997, se figur 7.10.

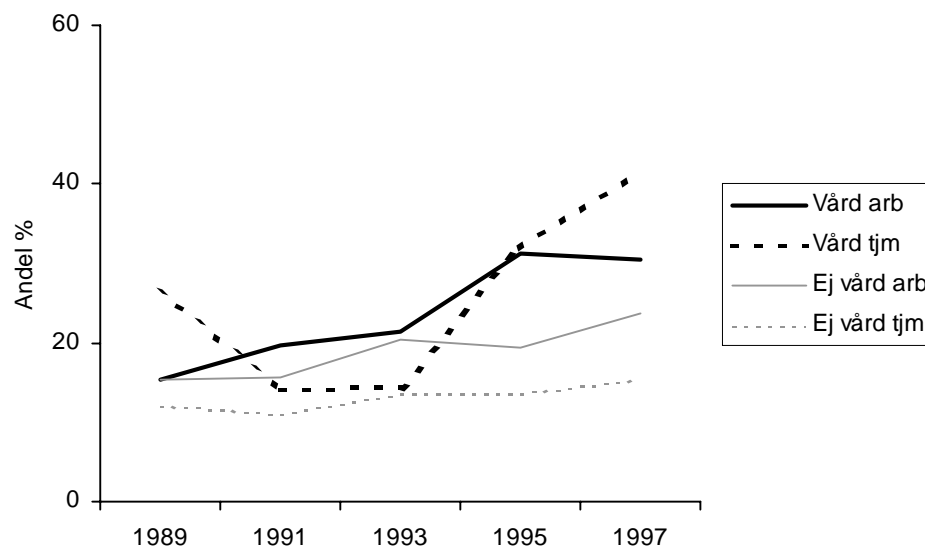
Andelen som upplever att de har för mycket att göra ökar både bland arbetare och tjänstemän i vårdirken under perioden. I Stockholms län anger 1997 75% av tjänstemännen och 66% av arbetarna anställda i vården att de upplever att de har för mycket att göra. Andelarna i övriga riket är av samma storlek.



Figur 7.10. Andelen kvinnor anställda i vården och i andra yrken som har för mycket att göra. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Andelen som upplever sitt arbete som psykiskt påfrestande varierar lite under perioden och andelen anställda i vården som anger det ligger på drygt 70%, se tabell 7.q–7.s. Inom andra yrken är andelen som upplever att arbetet är psykiskt påfrestande cirka 40%. Skillnaden är ungefär lika stor för båda könen.

Andelen som upplever arbetet alltmer bundet och ofritt ökar mer bland tjänstemän och arbetare i vården än bland anställda i andra yrken i Stockholms län, se figur 7.11. Bland dem som arbetar inom vården i övriga riket är ökningen mindre. I undersökningen 1997 anger var fjärde arbetare och var tredje tjänsteman att de ofta upplever sitt arbete bundet och ofritt.



Figur 7.11. Andel arbetare och tjänstemän i Stockholms län som ofta upplever sitt arbete som bundet och ofritt. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Sammanfattning

Arbets- och livsvillkor har stor betydelse för hälsan och är en bidragande förklaring till skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Trenden för vårdens arbetsvillkor under 90-talet framgår av SCB:s arbetsmiljöundersökningar.

Även om kemikalier och fysikalisk exponering i arbetet är vanligare utanför vårdsektorn, är hudkontakt med rengöringskemikalier betydligt vanligare i vårdarbete. En dryg tredjedel av alla vårdanställda kvinnor utsätts för detta minst 25% av arbetstiden.

Trots rökförbud från 1993 i lokaler som används för hälso- och sjukvård och minskad exponering för passiv rökning i vården under 90-talet, finns en ökad exponering för vårdkvinnor under senare delen av perioden. Detta kan ha sin förklaring i en utbyggd hemsjukvård, eftersom lagen inte gäller den arbetstid som personal vistas i patientens hem. Besvärliga arbetsställningar förekommer oftare för vårdanställda, särskilt kvinnor.

Beträffande den psykosociala belastningen uppger vårdpersonal oftare än andra yrken, främst män att man har svåra arbetsuppgifter stor del av arbetstiden (70–80% 1997). Utvecklingsmöjligheterna är större för vårdyrken som grupp och förändras inte under årtiondet. För arbetaryrken i vården är möjligheterna sämre från 1991. 1989–91 förbättrades möjligheterna för kraftigt den gruppen, vilket kan tänkas ha samband med de kompetenssatsningar som genomfördes inför Stockholmsmodellen.

Exponering för hot och våld är ett större arbetsmiljöproblem i vård än andra yrken, särskilt för arbetaryrken i vård medan våld och hot för vårdtjänstemän minskar över tid.

Psykosocial arbetsmiljöexponering har ökat. Även om andelen övertidsarbetande har ökat både i och utanför vården, är det vanligare för män inom Stockholms läns landsting. Främst ökar övertidsarbete bland tjänstemän i vården både i Stockholm och riket som helhet. Möjligheten att påverka arbetstakten minskar, mer i vården än för andra yrken och särskilt för kvinnliga vårdanställda i Stockholm, där drygt 60% ansåg sig ha små möjligheter 1997. Vårdtjänstemän i SLL med små möjligheter att påverka arbetstakten ökar kraftigt från 40–70%. Trenden är likartad för vårdarbetare men nivån lägre. 90% av manliga och 80% av kvinnliga vårdanställda i Stockholm kan inte bestämma när arbetet ska utföras. Den möjligheten har minskat för vårdanställda, både vårdarbetare och vårdtjänstemän med stora skillnader mellan vårddycken och övriga yrken. Vårdtjänstemän i Stockholms län har dessutom mindre möjligheter till inflytande än arbetaryrken utanför vården.

70% av kvinnorna i vården, både i Stockholms län och i riket anser oftare än andra yrken att de har alldeles för mycket att göra. Detta ökar för alla under 90-talet. Ökningen är likartad för både vårdarbetare och vårdtjänstemän i Stockholms län men kraftigare för tjänstemännen.

Aktuella arbets- och livsvillkor 1998

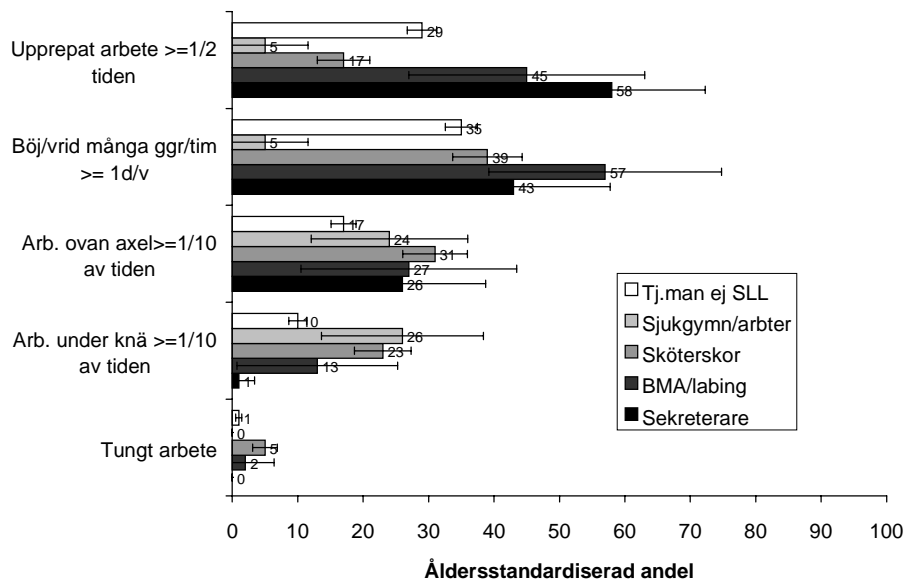
Av Christina Wiktorin

Många arbets- och livsvillkor har stor betydelse för hälsan och bidrar till att förklara skillnader i hälsa mellan olika grupper. I det här kapitlet redovisas data kring arbets- och livsvillkor, med känd betydelse för hälsan jämfört med privat och offentlig sektor utanför vården.

Fysiska belastningsfaktorer 1998

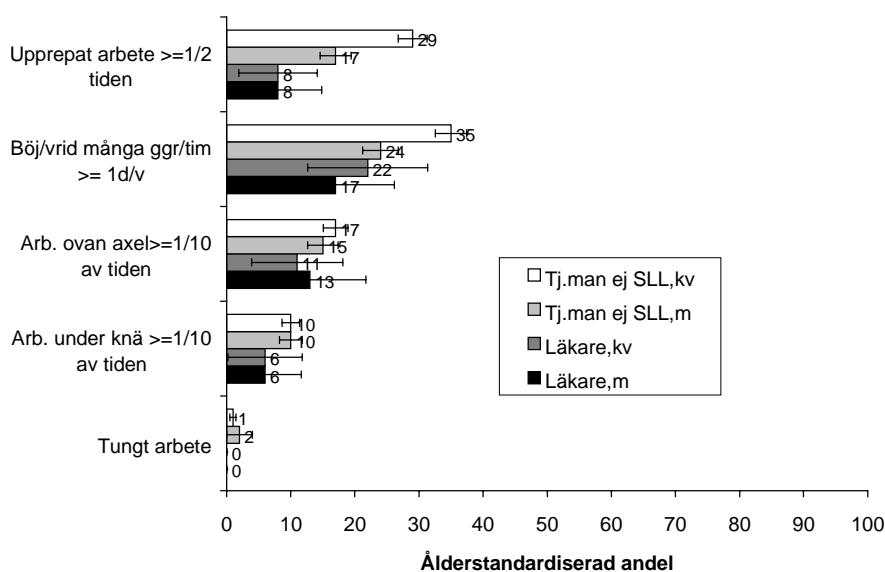
I folkhälsoenkäten finns frågor om generellt tungt arbete, upprepade ensidiga arbetsmoment, upprepade böjningar eller vridningar, arbete ovanför axelhöjd och arbete under knähöjd (framåtböjd ställning) vilka har samband med ländryggs- och nacke/skulderbesvär. Förekomsten av dessa fysiska belastningsfaktorer är ungefär lika vanlig i offentlig och privat verksamhet utanför vården varför data för dessa grupper sammanslagna presenteras som jämförelse.

Olika yrkeskategorier är utsatta för olika former av fysisk belastning (figur 8.1). Generellt tungt arbete förekommer inte alls eller mycket lite i samtliga tjänstemannagrupper. Upprepade ensidiga arbetsmoment liksom upprepade böjningar eller vridningar är vanligt förekommande hos sekreterare och biomedicinska analytiker och förekommer betydligt oftare i deras arbete (43–58%) än hos kvinnliga tjänstemän utanför vården (29–35%). Sjuksköterskor däremot är oftare än kvinnliga tjänstemän utanför vården utsatta för arbete ovanför axelhöjd (31% jämfört med 17%) och arbete under knähöjd (23% jämfört med 10%). Även sjukgymnaster/arbetsterapeuter rapporterar ofta arbete under knähöjd (26%).



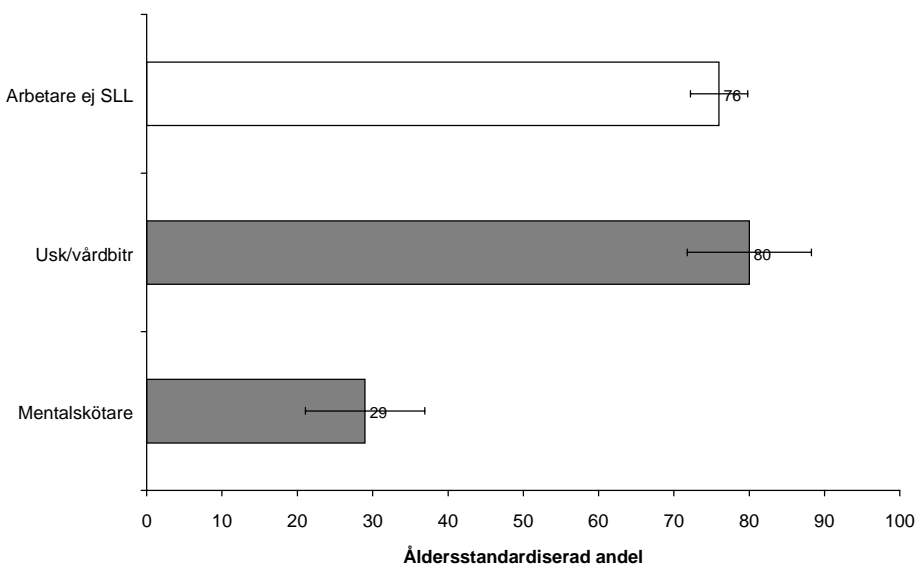
Figur 8.1. Andelen kvinnor i olika vårddycken samt kvinnliga tjänstemän utanför vården som rapporterade olika former av fysisk belastning 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Hos både manliga och kvinnliga läkare är samtliga fem olika typer av fysisk belastning ovanliga i jämförelse med tjänstemän utanför vården (figur 8.2). Den vanligast förekommande formen av fysisk belastning var upprepade böjningar och vridningar, som förekom hos 22% av de kvinnliga och 17% av de manliga läkarna.



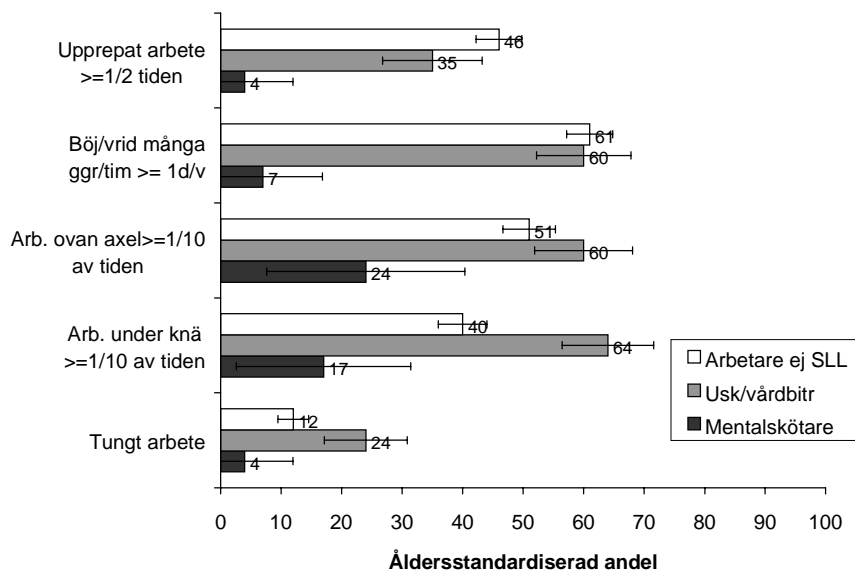
Figur 8.2. Andelen kvinnlig och manliga läkare inom vården samt kvinnliga och manliga tjänstemän utanför vården som rapporterade olika fysiska belastningar 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Undersköterskor är lika ofta som kvinnliga arbetare utanför vårdsektorn utsatta för någon form av de undersökta fysiska belastningarna (figur 8.3). Betydligt färre mentalskötare angav att de varit utsatta för någon fysisk belastningsfaktor.



Figur 8.3. Andelen kvinnor i arbetaryrken i och utanför vårdsektorn som rapporterade att de 1998 var utsatta för minst en fysisk belastningsfaktor. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Hos undersköterskor är generellt tungt arbete och arbete under knähöjd vanligare än hos kvinnliga arbetare utanför vårdsektorn (figur 8.4). Ungefär var fjärde undersköterska jämfört med var åttonde kvinnliga arbetare rapporterade att de hade tungt arbete. Ungefär två av tre undersköterskor jämfört med mindre än hälften av övriga kvinnliga arbetare angav att de arbetade under knähöjd. Många undersköterskor arbetade också med händerna ovanför axelhöjd och med upprepade böjningar och vridningar och dessa arbetsställningar förekom ungefär lika ofta hos kvinnliga arbetare utanför vården. Mentalsköterskor var mindre utsatta än kvinnliga arbetare för samtliga fysiska belastningsfaktorer.



Figur 8.4 Andelen undersköterskor, mentalsköterskor och kvinnor i arbetaryrken utanför vårdsektorn som rapporterade att de 1998 var utsatta för olika fysiska belastningsfaktorer. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

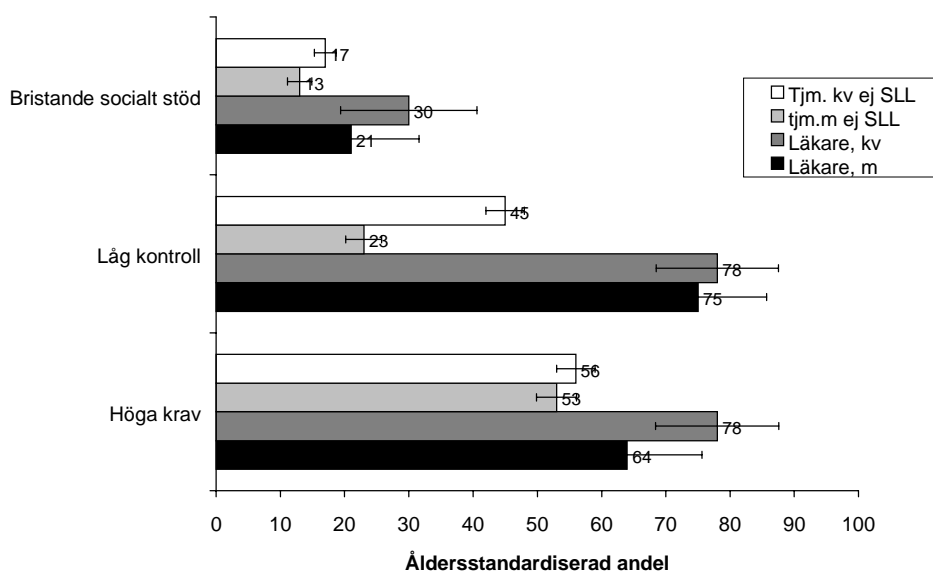
Psykosociala faktorer 1998

Krav, kontroll och socialt stöd

I folkhälsoenkäten fanns frågor om krav, kontroll och socialt stöd. Dessa har samtliga visat sig ha samband med arbetshälsa. Kombinationen av höga krav och låg kontroll har särskilt starkt samband med ohälsa.

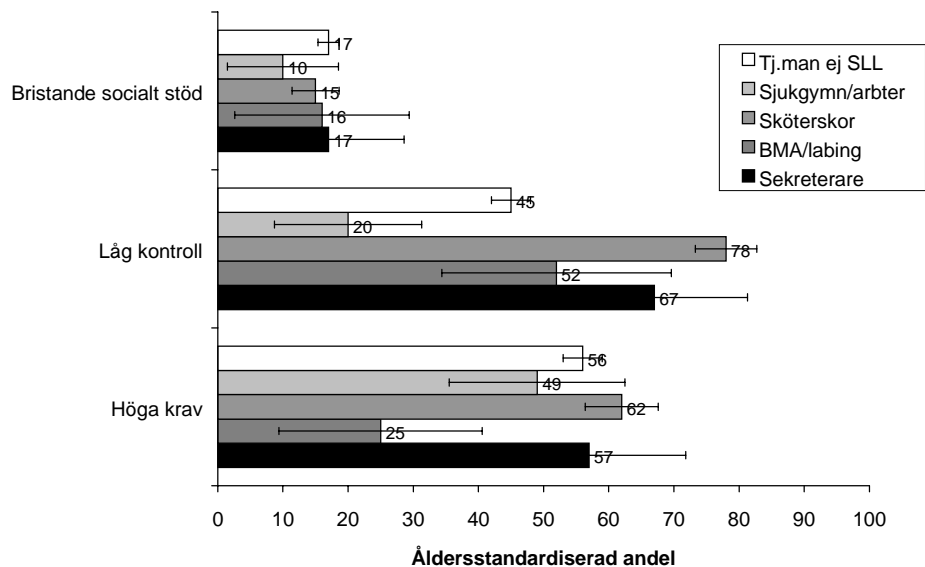
Höga krav respektive låg kontroll är mycket vanligt hos både kvinnliga och manliga läkare (figur 8.5). Ungefär tre av fyra kvinnliga läkare rapporterar höga krav och lika många rapporterar låg kontroll. Även manliga läkare rapporterar betydligt oftare låg kontroll än manliga tjänstemän utanför vårdsektorn. Kombinationen av höga krav och låg kontroll förekommer hos 64% av de kvinnliga och 53% av de manliga läkarna

vilket är mycket högt jämfört med tjänstemän utanför vårdsektorn (29% kvinnor, 13% män). Bristande socialt stöd var också vanligare hos kvinnliga läkare än hos kvinnliga tjänstemän utanför vården.



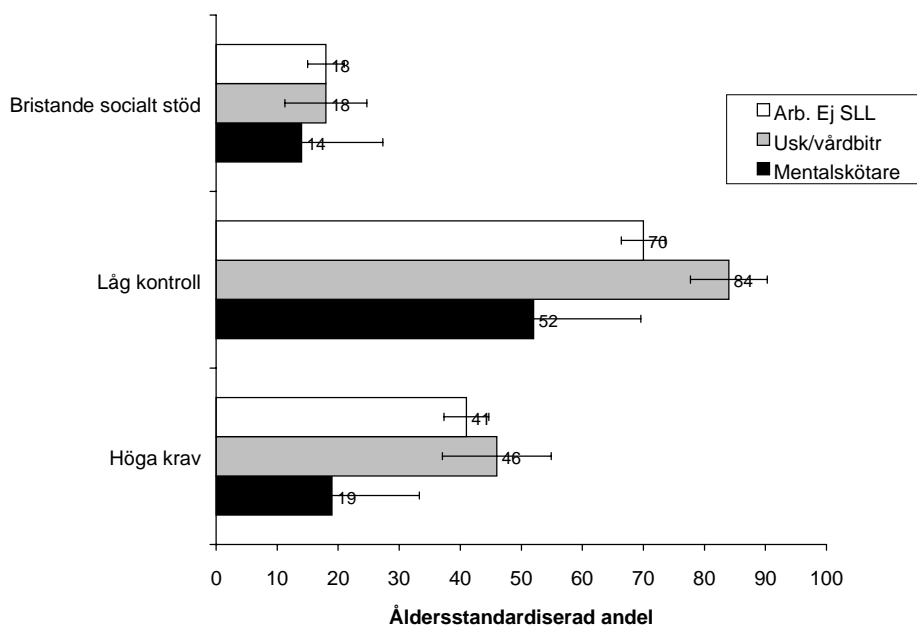
Figur 8.5. Andelen läkare i och andelen tjänstemän utanför vårdsektorn som rapporterar att de 1998 var utsatta för tre olika psykosociala belastningsfaktorer: bristande socialt stöd, höga krav eller låg kontroll. Uppdelat i kön och standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Även sjuksköterskor och sekreterare rapporterar oftare än kvinnliga tjänstemän utanför vården att de i sitt arbete hade låg kontroll (figur 8.6). Kombinationen av höga krav och låg kontroll förekommer hos 52% av sjuksköterskorna och hos 43% av sekreterarna. Färre sjukgymnaster/arbetsterapeuter än andra tjänstemän rapporterar låg kontroll och färre biomedicinska analytiker/lab. ingenjörer rapporterade höga krav. Bristande socialt stöd är ungefär lika ovanligt i som utanför vården .



Figur 8.6. Andelen kvinnor i olika vårdyrken samt kvinnliga tjänstemän utanför vården som rapporterar bristande socialt stöd, låg kontroll och höga krav 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Låg kontroll förekom oftare hos undersköterskor än hos kvinnliga arbetare utanför vårdsektorn (figur 8.7). Kombinationen av höga krav och låg kontroll förekom också oftare hos undersköterskorna (38%) än hos kvinnliga arbetare utanför vården (24%). Denna kombination var mindre vanlig hos mentalsköterskorna (19%). Bristande socialt stöd förekom lika sällan hos undersköterskor och mentalskötare som hos kvinnliga arbetare utanför vårdsektorn.

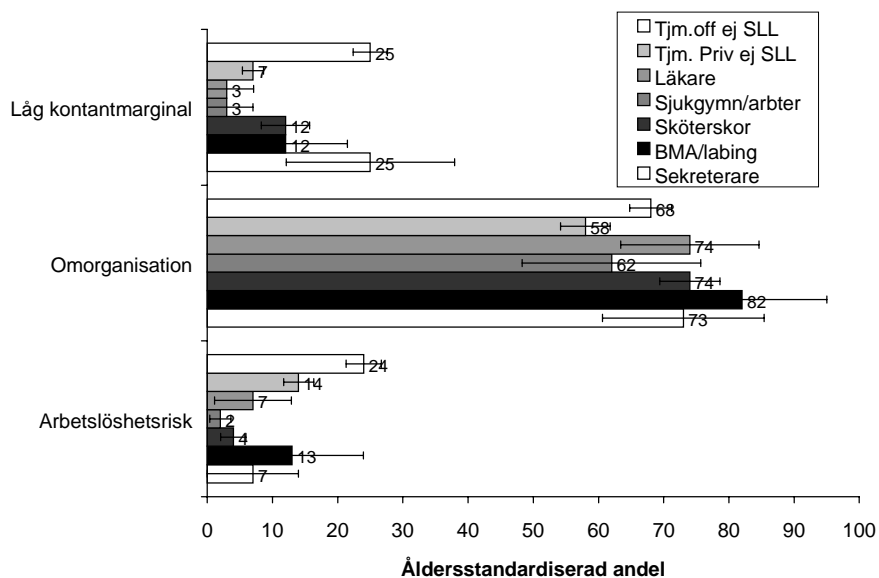


Figur 8.7. Andelen kvinnor i arbetaryrken i och utanför vårdsektorn som rapporterade att de 1998 var utsatta för tre olika psykosociala belastningsfaktorer. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

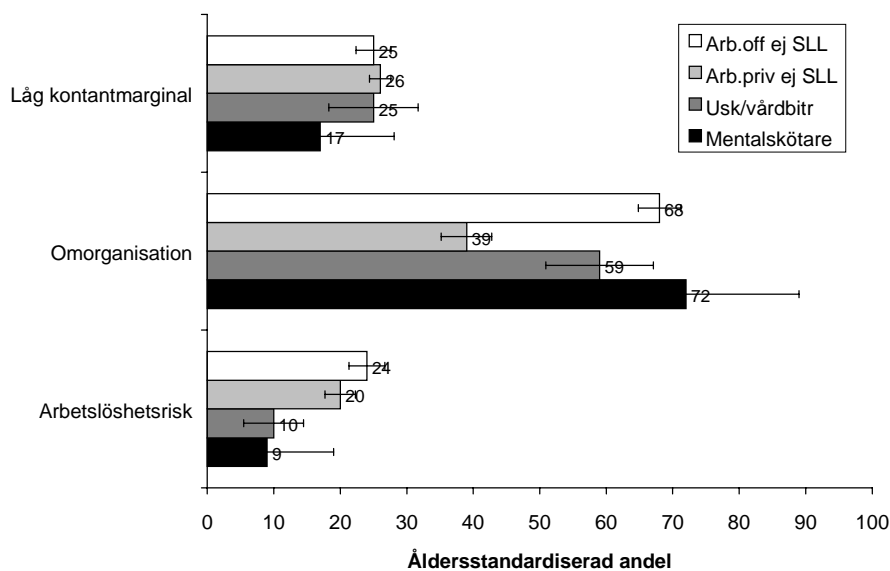
Arbetsorganisation och konsekvenser av omorganisation

Förändringar eller omorganisation på arbetsplatsen är mycket vanligt både i vårdsektorn och i annan offentlig verksamhet (figur 8.8, figur 8.9). I de stora tjänstemannagrupperna inom vården rapporterar över 70% att det skett omorganisation senaste året (figur 8.8). Av undersköterskorna rapporterar 59% att det skett en omorganisation (figur 8.9). Trenden är densamma för både tjänstemän och arbetare i vården. Både i tjänstemanna- och i arbetaryrken är omorganisation mindre vanligt i privat verksamhet utanför vården. Arbetslöshetsrisken upplevs lägre inom vården 1998 än inom annan offentlig verksamhet såväl för tjänstemän som för arbetare.

Låg kontantmarginal dvs. svårighet att inom en vecka skaffa fram 14 000 kronor, rapporteras lika ofta hos sekreterare inom vården som hos kvinnliga tjänstemän i annan offentlig verksamhet. För övrigt är låg kontantmarginal mindre vanligt i tjänstemannayrken inom vården än i annan offentlig verksamhet. För sjuksköterskor är dock låg kontantmarginal vanligare än hos andra tjänstemän i privat verksamhet.



Figur 8.8. Andelen kvinnor i olika vårddycken samt kvinnliga tjänstemän utanför vården som rapporterar förändring eller omorganisation, låg kontantmarginal respektive arbetslöshetsrisk senaste året. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.



Figur 8.9. Andelen kvinnliga undersköterskor och mentalsköterskor inom samt kvinnliga arbetare utanför vården som rapporterade förändring eller omorganisation, låg kontantmarginal respektive arbetslöshetsrisk senaste året. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Vid organisationsförändringar påverkas olika arbetsvillkor. I folkhälsoenkäten ombads personerna ta ställning till om vissa arbetsvillkor minskat, ökat eller varit oförändrade senaste året. Vid jämförelserna med hur personer utanför vården svarat har offentlig och privat verksamhet slagits samman då skillnaderna mellan dessa är små.

Arbetsbelastningen är den aspekt som ökat mest av alla såväl inom som utom vårdsektorn (tabell 8.a, tabell 8.b). En större andel personer inom än utanför vårdsektorn anger dock att arbetsbelastningen ökat. Med undantag av mentalskötare har även tidspressen oftare ökat (58–72%) i än utanför vården (47–50%).

För att arbetsförhållandena inte skall utgöra en risk för hälsan måste en ökning av dessa negativa villkor åtföljas av positiva villkor t.ex. mer inflytande, större delaktighet i verksamheten, bättre utvecklingsmöjligheter och bättre stöd i arbetet. Det är dock betydligt färre som rapporterar en ökning (4–45%) av dessa positiva faktorer än de som rapporterar en ökning av de negativa (39–78%). Med undantag för läkarna och i viss mån även sjuksköterskorna är det dock något fler som rapporterar en ökning än en minskning av dessa positivt stödjande villkor.

Fler inom vården rapporterar en minskning av lönen i förhållande till arbetsinsatsen och minskade möjligheter att förena arbete och privatliv än antalet som rapporterar en ökning av dessa villkor.

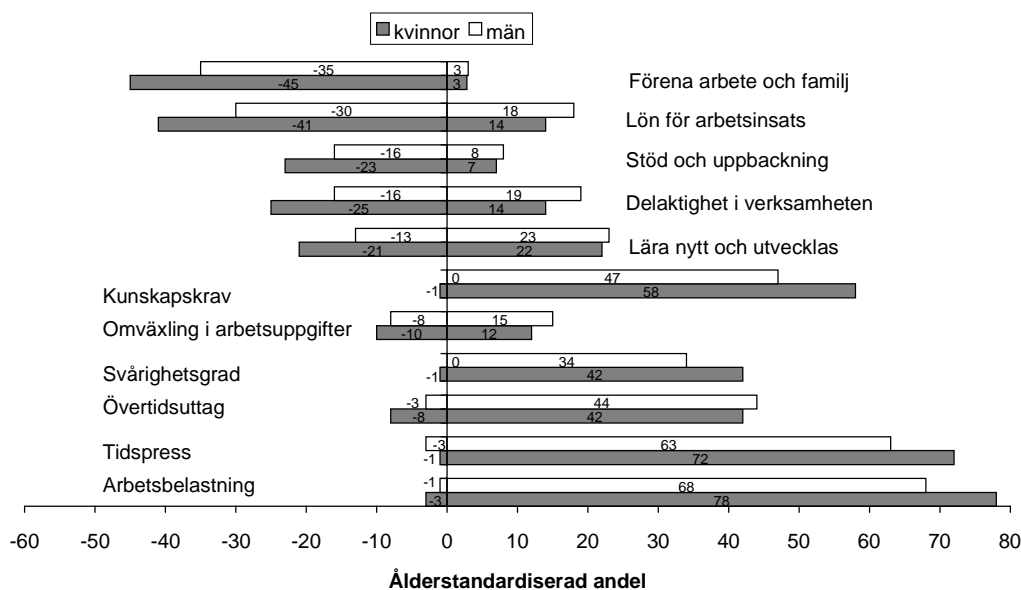
Tabell 8.a. Förändring av arbetsvillkor senaste året. Andelen kvinnor (kv) och män (m) inom respektive yrkesgrupp, som uppgett en ökning (+) respektive en minskning (-) av arbetsvillkoret. Resterande personer upp till 100% har svarat oförändrat.
Källa: FHE 1998.

	Arbetsbelastning		Tidspress		Overtid		Omväxlade arbete		Kunskapskrav		Utvecklingsmöjligheter		Inflytande/kontroll	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
BMA/labing kv	70	0	64	3	39	0	32	9	30	6	27	20	26	10
Sekreterare, kv	73	6	62	0	25	6	32	5	60	3	41	10	23	8
Sjuksköt, kv	73	4	66	3	38	7	32	4	56	1	36	11	21	12
Sjgymn/At, kv	69	4	58	4	31	0	28	2	57	0	32	6	18	8
Läkare, kv	78	3	72	1	42	8	12	10	58	1	22	21	17	33
Läkare, m	68	2	63	3	44	3	15	8	47	0	23	13	14	20
Tjm ej SLL kv	57	8	50	7	29	10	34	4	56	1	37	6	27	5
USK/vårdbitr kv	74	2	60	5	24	4	22	9	47	3	28	10	22	8
Mentalsköt kv	57	3	39	3	15	7	28	4	48	4	45	13	24	20
ARB EJ SLL, kv	50	5	47	3	21	10	21	7	37	3	26	8	18	6

Tabell 8.b. Förändring av arbetsvillkor senaste året. Andelen kvinnor inom respektive yrkesgrupp, som uppgett en ökning (+) respektive en minskning (-) av arbetsvillkoren. Källa: FHE 1998.

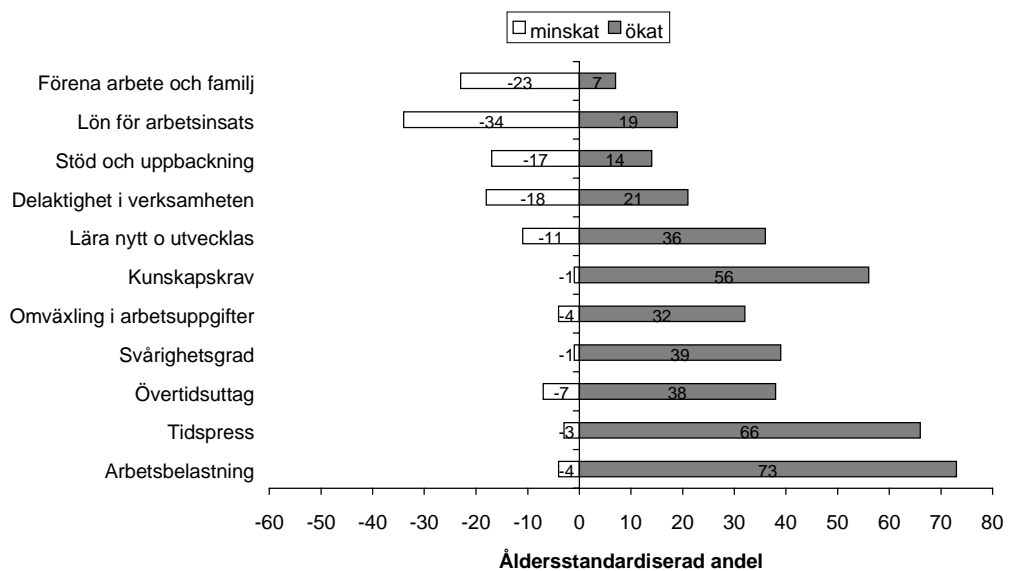
	Stöd/uppbackning		Samarbete		Svårighetsgrad		Eget ansvar		Delaktighet i verksamh		Lön/arbetsinsats.		Förena arb-privatliv	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
BMA/labing kv	4	13	7	16	16	6	34	6	21	13	13	34	0	10
Sekreterare, kv	21	15	18	19	29	3	38	3	21	18	10	34	11	8
Sjuksköt, kv	14	17	13	11	39	1	50	1	21	18	19	34	7	23
Sjgymn/At, kv	12	12	19	8	36	2	43	0	20	10	19	19	6	13
Läkare, kv	7	23	13	13	42	1	41	4	14	25	14	41	3	45
Läkare, m	8	16	6	16	34	0	42	1	18	16	18	30	3	34
Tjm ej SLL kv	16	12	18	10	42	3	45	2	21	10	19	20	7	19
USK/vårdbitr kv	19	10	16	18	29	4	44	2	19	13	8	25	4	18
Mentalsköt kv	14	10	19	17	29	0	39	0	22	14	4	33	0	14
ARB EJ SLL, kv	13	12	14	11	24	3	40	3	17	10	11	20	3	17

Läkarna är den enskilda yrkesgrupp som rapporterar störst försämring av arbetsvillkoren. Både kvinnliga och manliga läkare anger mer än någon annan yrkesgrupp att de senaste året fått en ökad arbetsbelastning, ökad tidspress och ökat övertidsuttag (figur 8.10). Samtidigt rapporterar de mer än någon annan yrkesgrupp minskade utvecklingsmöjligheter, minskat inflytande, minskat stöd och uppbackning samt minskad delaktighet i verksamheten. Mer än en tredjedel anger också minskad lön i förhållande till arbetsinsatsen och minskade möjligheter att förena arbete och privatliv.



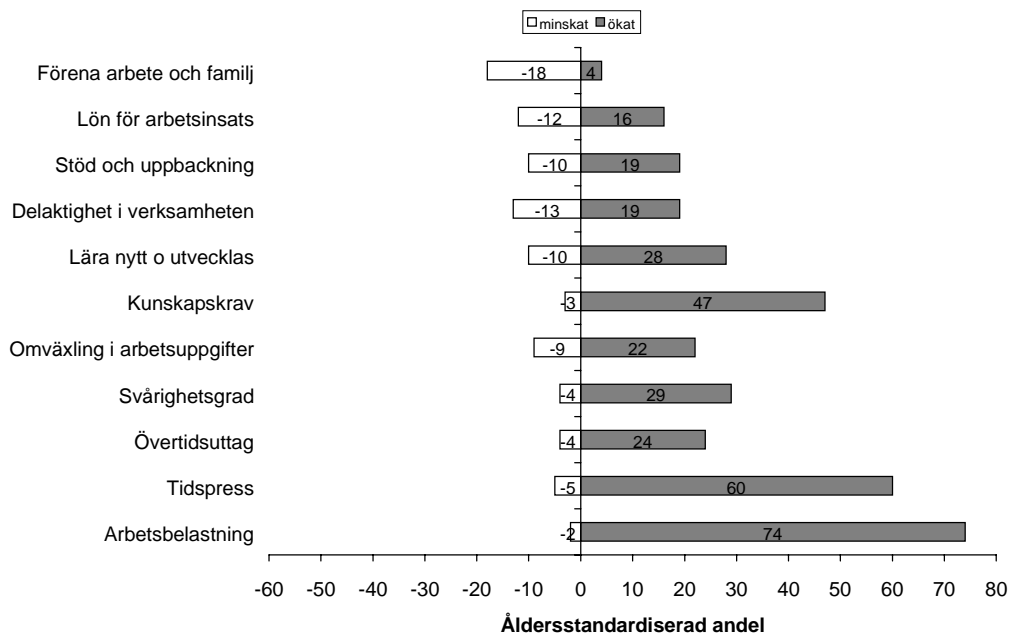
Figur 8.10. Förändrade arbetsförhållanden senaste året för läkare. Källa: FHE 1998.

Sjuksköterskorna rapporterade ungefär lika hög ökning som läkarna av arbetsbelastningen, tidspressen och övertidsuttaget men dessa negativa faktorer kompenseras något oftare av positiva förändringar där fler angav ökade utvecklingsmöjligheter, ökat stöd och uppbackning samt ökad delaktighet i verksamheten (figur 8.11). Det var dock ungefär lika många sjuksköterskor som angav en minskning som en ökning av stöd och uppbackning. Ungefär var tredje sjuksköterska angav en minskad lön i förhållande till arbetsinsatsen och var femte anger minskade möjligheter att förena arbete och privatliv.



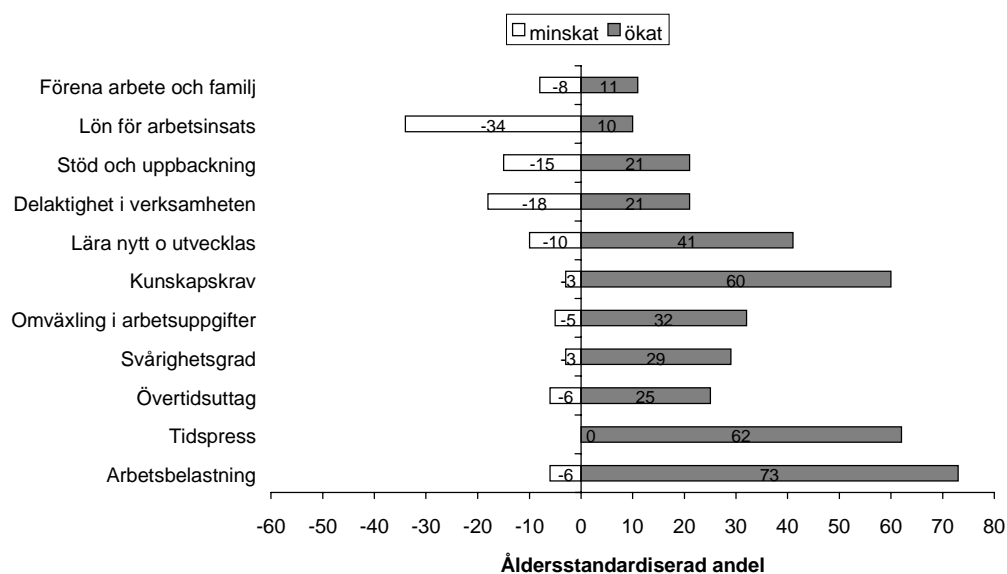
Figur 8.11. Förändrade arbetsförhållanden senaste året för kvinnliga sjuksköterskor. Källa: FHE 1998.

Även undersköterskors ökade arbetsbelastning kompenseras delvis av att något fler anger en ökning än en minskning av utvecklingsmöjligheter, stöd och uppbackning samt delaktighet i verksamheten (figur 8.12).

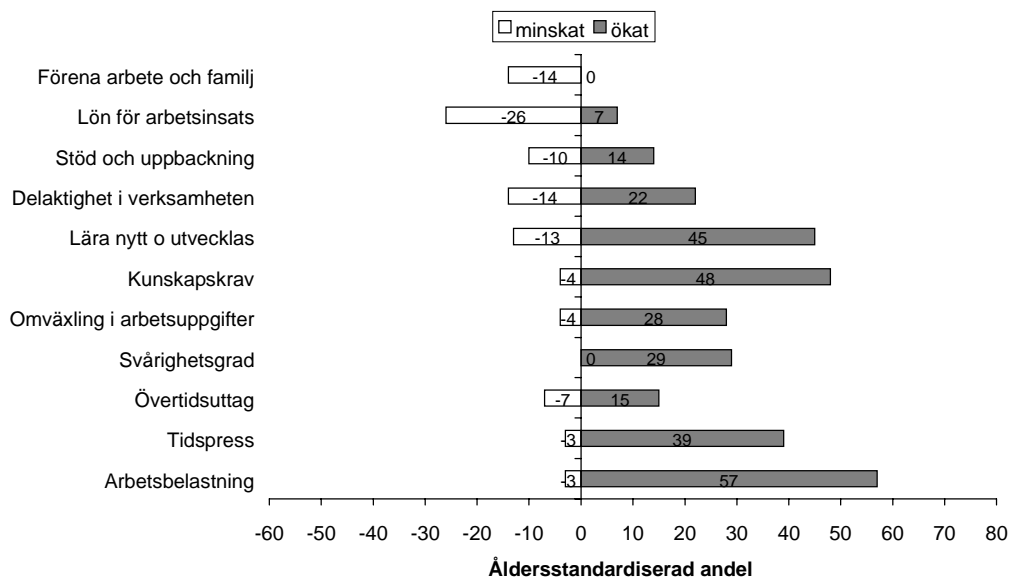


Figur 8.12. Förändrade arbetsförhållanden senaste året för kvinnliga undersköterskor/ sjukvårdsbiträden. Källa: FHE 1998.

Sekreterare och mentalsköterskor var de enda två yrkesgrupper där cirka fyrtio procent rapporterade att de fått ökade utvecklingsmöjligheter (figur 8.13 och figur 8.14). Det var dock 60% av sekreterarna som rapporterade att de fått ökade kunskapskrav vilket alltså bara delvis uppvägdes av de ökade utvecklingsmöjligheterna.



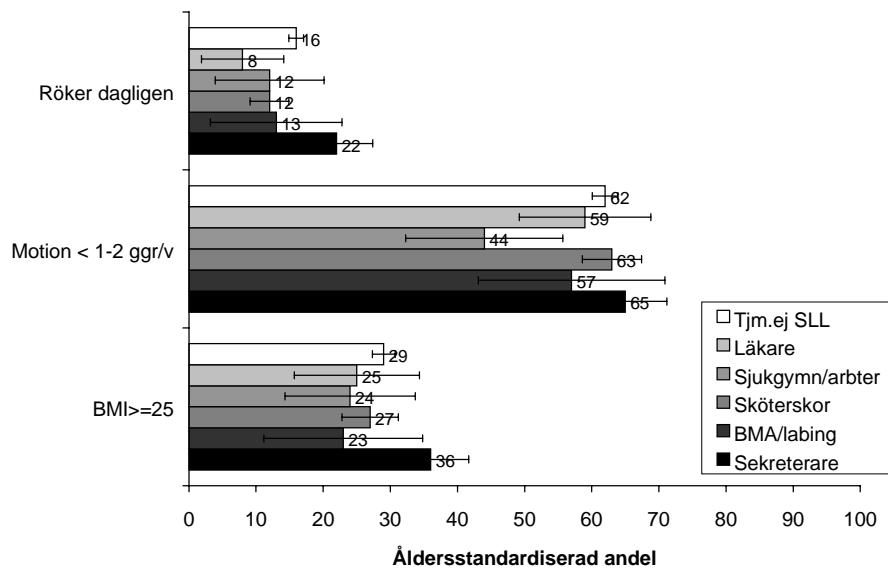
Figur 8.13. Förändrade arbetsförhållanden senaste året för kvinnliga sekreterare. Källa: FHE 1998.



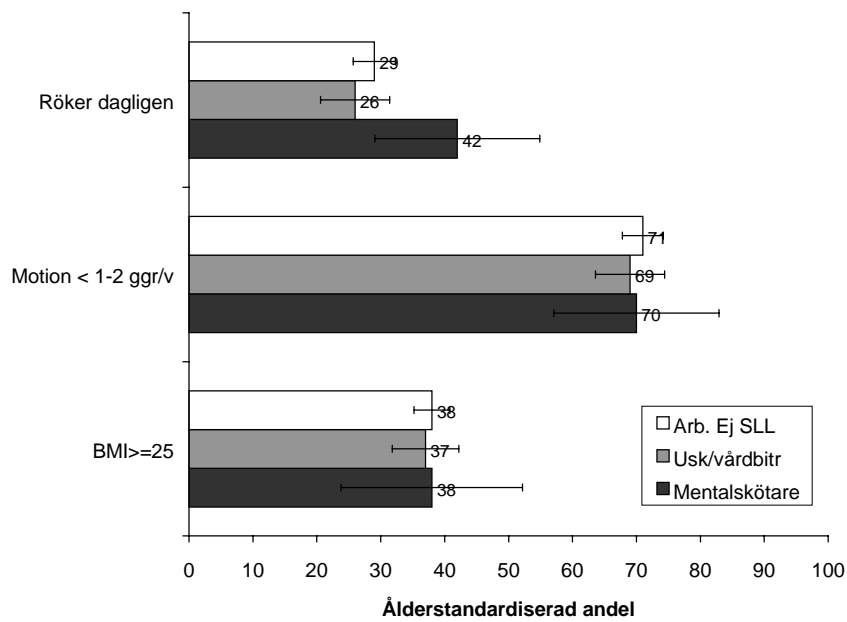
Figur 8.14. Förändrade arbetsförhållanden senaste året för kvinnliga mentalsköterskor. Källa: FHE 1998.

Livsstilsfaktorer

Brist på motion (< 1–2 ggr/vecka) är mycket vanligt i samtliga yrkesgrupper i vård. Med undantag av sjukgymnaster/arbetsterapeuter rapporterar över hälften och ibland 2 av 3 att de inte motionerade (figur 8.15, figur 8.16). Rökning förekom oftast hos mentalskötare där 42% röker dagligen (figur 8.16). Ungefär en fjärdedel av undersköterskorna och sekreterarna rökte jämfört med ungefär var tionde i de övriga yrkesgrupperna. Övervikt (BMI \geq 25) är något vanligare hos sekreterare, undersköterskor och mentalskötare än hos övriga vårdkategorier.



Figur 8.15. Andel med övervikt (BMI>=25), brist på motion och daglig rökning hos kvinnor i tjänstemannayrken. Källa: FHE 1998.



Figur 8.16. Andel med övervikt (BMI>=25), brist på motion och daglig rökning hos kvinnor i arbetaryrken. Källa: FHE 1998.

Sammanfattning

Jämförelser mellan olika personalgrupper i vården har studerats bland vårdanställda i materialet från Folkhälsoenkäten.

Fysiska belastningsfaktorer, som har samband med ryggbesvär varierar i olika yrken. Jämfört med tjänstemannayrken utanför vården och med vissa undantag för läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter är olika former av fysisk belastning vanligare i vårddycken. Undersköterskor exponeras i lika stor utsträckning som kvinnor i arbetaryrken utanför vården. Generellt tungt arbete och arbete under knähöjd förekommer dock betydligt oftare hos undersköterskor medan mentalskötare är mindre utsatta för fysisk belastning än kvinnor i arbetaryrken utanför vården.

Psykosociala faktorer som krav kontroll och socialt stöd, särskilt höga krav kombinerat med låg kontroll och brist på stöd har upprepat visat starkt samband med ohälsa. Kombinationen höga krav och låg kontroll samt bristande stöd är särskilt ofta förekommande och betydligt vanligare bland läkare jämfört med tjänstemän utanför vården. Låg kontroll och höga krav förekommer oftare bland andra tjänstemannayrken i vård än bland tjänstemän utanför vården. Detsamma gäller undersköterskor jämfört med arbetaryrken utanför vården.

Bland vårdtjänstemän har över 70% och bland undersköterskor nära 60% upplevt omorganisation senaste året. Risken att bli arbetslös har dock minskat i vården under senare delen av decenniet och upplevs 1998 lägre för både vårdtjänstemän och vårdarbetare än i annan offentlig verksamhet.

Som konsekvens av omorganisation framstår arbetsbelastningen som den aspekt som försämrats mest. Detta gäller såväl bland vårdanställda som bland anställda utanför vårdsektorn. Tidspressen har ökat för fler inom än utanför vården. Färre rapporterar att resursfaktorer som inflytande, delaktighet, utvecklingsmöjligheter och stöd ökat i takt med den ökade pressen. Läkare rapporterar den största försämringen av arbetsvillkoren med ökad arbetsbelastning, tidspress och övertid och samtidigt mer än andra minskade utvecklingsmöjligheter, inflytande, stöd och uppbackning och minskad delaktighet i verksamheten. Den ökade pressen har också haft konsekvenser för privatlivet. För sjuksköterskor och undersköterskor kompenseras den ökade belastningen något oftare av bättre utveckling, stöd och delaktighet. Av sekreterare rapporterar 60% ökade kunskapskrav medan 40% anser sig ha fått bättre utvecklingsmöjligheter.

Med undantag för sjukgymnaster och arbetsterapeuter är bristen på motion stor i alla vårddycken. Rökning förekommer oftare bland mentalskötare undersköterskor och sekreterare liksom övervikt är något vanligare jämfört med andra vårddykesgrupper.

Vårdens arbetshälsa under 1990-talet

Förändring i besvärsförekomst

Av Gun Nise

I arbetsmiljöundersökningarna är andelen som rapporterar besvär från övre delen av ryggen, nacken eller axlarna minst en dag i veckan bland anställda inom vården i stort sett oförändrade under den undersökta perioden 1989–97, se tabell 9.a–9.d. Detsamma gäller rapporterade besvär från ländryggen.

Tabell 9.a. Andel kvinnor som rapporterar besvär från rörelseorganen inom *vårdyrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Nacke/axel	17	18	21	18	21	19	20	23	16	29
Ländrygg	25	24	24	20	31	23	25	27	19	30
Handled/händer	10	8	7	9	9	13	7	14	16	16
Höfter	25	28	20	22	20	21	25	24	18	27
Trött i kroppen	40	44	48	40	42	46	51	53	48	55
Ej koppla av	32	41	34	34	35	34	39	44	40	44

Tabell 9.b. Andel kvinnor som rapporterar besvär från rörelseorganen inom *övriga yrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

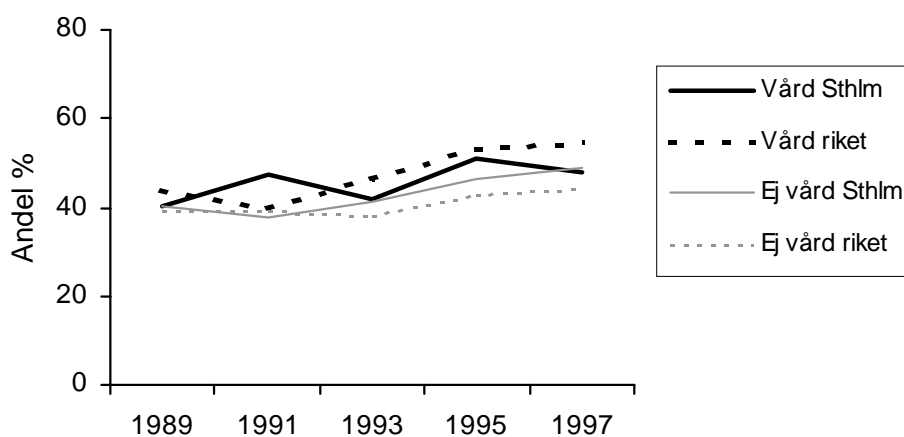
Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Nacke/axel	27	27	24	26	27	25	29	29	34	29
Ländrygg	25	24	23	23	26	21	27	26	33	25
Handled/händer	16	16	13	15	13	16	16	17	20	20
Höfter	23	23	20	22	24	21	21	25	28	25
Trött i kroppen	40	39	38	39	41	38	46	43	49	45
Ej koppla av	39	36	39	34	41	36	46	40	49	40

Tabell 9.c. Andel män som rapporterar besvär från rörelseorganen inom *vårdyrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Nacke/axell	0	16	3	11	11	2	0	14	0	15
Ländrygg	3	17	12	21	26	12	19	17	0	20
Handled/händer	3	6	3	10	11	4	0	4	9	5
Höfter	0	13	6	15	26	7	0	12	21	17
Trött i kroppen	9	35	25	39	40	27	27	38	8	40
Ej koppla av	41	38	28	38	40	53	32	46	45	39

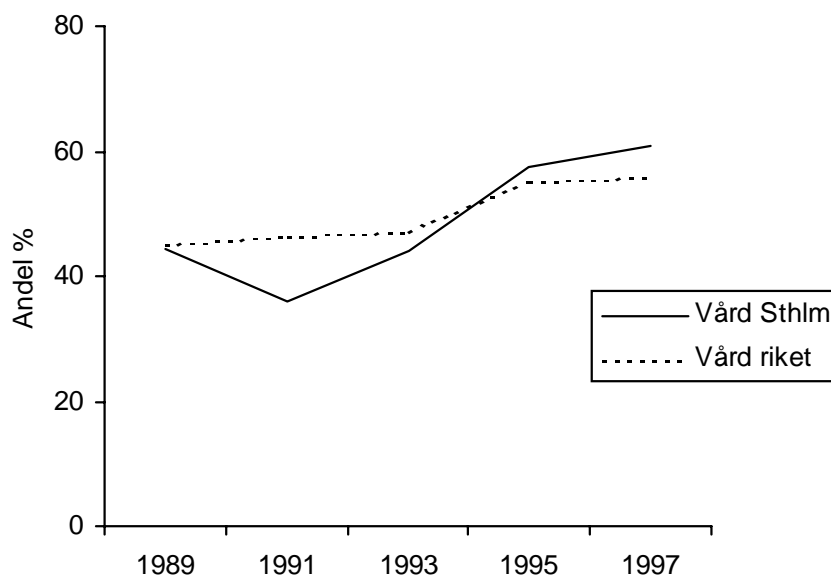
Tabell 9.d. Andel män som rapporterar besvär från rörelseorganen inom *övriga yrken* i Stockholm län och övriga riket 1989–1997, standardiserat för ålder och SEI.
Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

Faktor	1989		1991		1993		1995		1997	
	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket	Sthlm	Riket
Nacke/axel	11	13	13	13	15	13	14	14	16	14
Ländrygg	20	20	19	20	19	20	20	22	23	21
Handled/händer	9	9	9	9	10	9	11	11	12	10
Höfter	18	20	19	20	17	17	17	20	21	20
Trött i kroppen	36	35	37	34	38	37	42	39	42	39
Ej koppla av	36	33	36	34	41	35	43	39	43	39



Figur 9.1. Andel kvinnor i *vård* respektive *övriga yrken* som rapporterar att de upplever att de är trötta i kroppen efter arbetet. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar

En ökande andel tjänstemän i vården rapporterar att de har svårighet att koppla av efter arbete minst en dag i veckan. I Stockholms län ökar andelen med svårighet att koppla av med nästan 20% under perioden, medan ökningen är cirka 10% bland tjänstemän anställda inom vården i övriga riket, se figur 9.2. Andelen arbetare inom vården i Stockholms län som uppger svårigheter att koppla av är drygt 20% i arbetsmiljöundersökningen 1997. Motsvarande andel i övriga riket är 35%. För arbetarna är andelen som har svårt att koppla av efter arbetet i stort sett oförändrad under perioden.



Figur 9.2. Andelen tjänstemän anställda inom vården i Stockholms län och övriga riket som rapporterar svårighet att koppla av efter arbetet minst en dag i veckan. Källa: SCB:s Arbetsmiljöundersökningar.

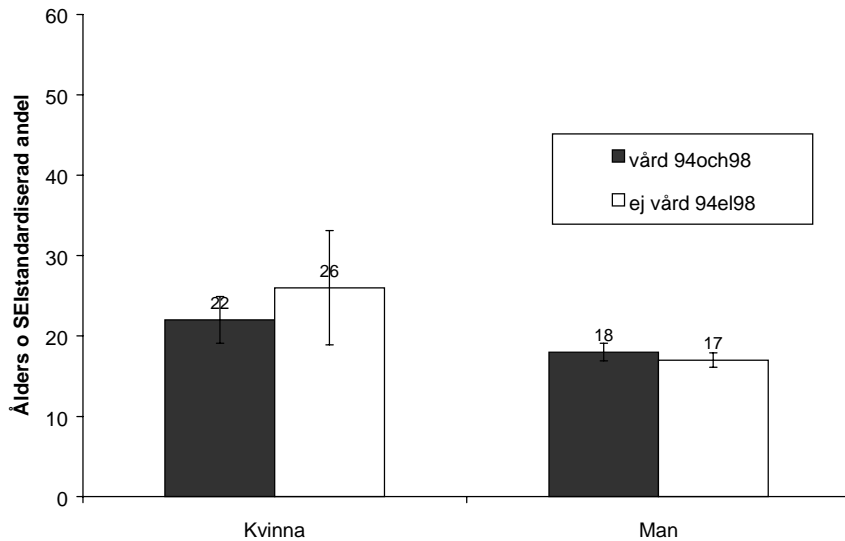
Besvär från rörelseorganen

Av Christina Wiktorin

Materialet till detta kapitel är hämtat från folkhälsoenkäterna 1994 och 1998.

Nacke/skulderbesvär 1998

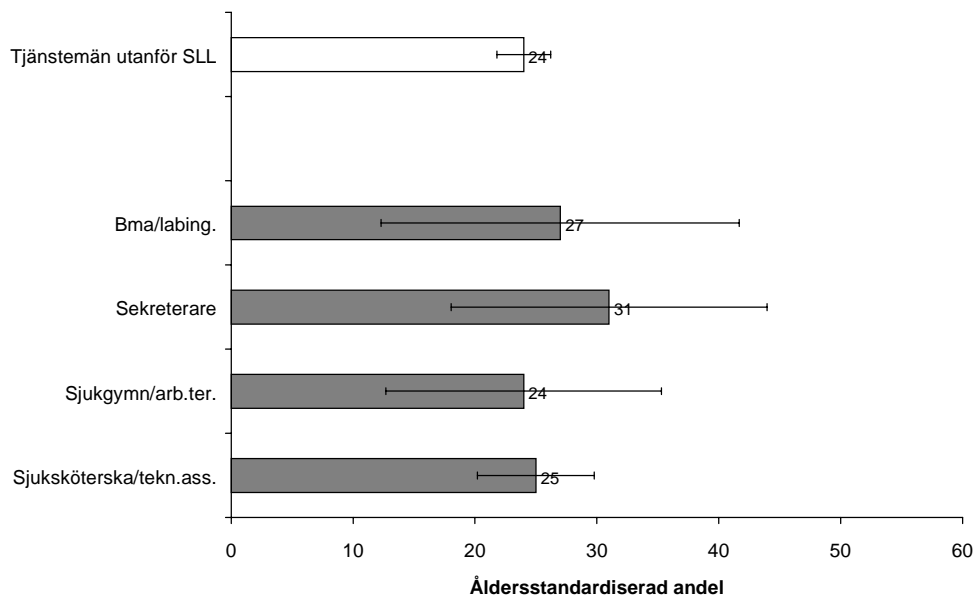
Enligt folkhälsoenkäten är besvärstillstånd i nacke/skulderregionerna minst ett par dagar per vecka senaste året lika vanligt förekommande hos kvinnor i som utanför vårdsektorn (figur 9.3). Ungefär var femte (22%) kvinna i och var fjärde (26%) kvinna utanför vården rapporterade 1998 nacke/skulderbesvär. Även för män är nacke/skulderbesvär lika vanligt i som utanför vårdsektorn. Ungefär var sjätte yrkesarbetande man i (18%) och utanför (17%) vården rapporterar sådana besvär 1998.



Figur 9.3. Andelen (%) personer med nacke/skulderbesvär 1998 bland kvinnor och män som arbetade i respektive utanför vården 1994 och 1998. Standardiserat för ålder och SEI (arbetare och tjänstemän). De smala svarta vertikala linjerna visar osäkerheten i skattningarna (95% konfidensintervall).

Källa: FHE1994 och 1998.

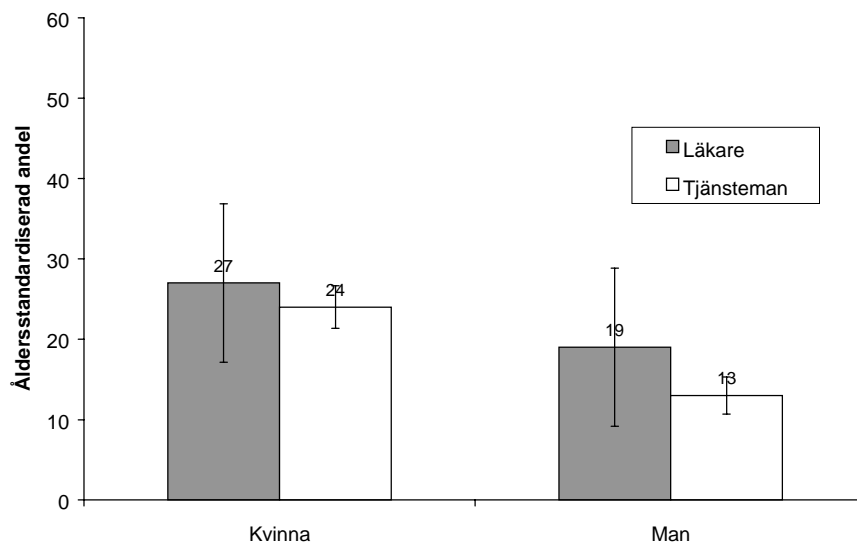
Frekvensen nacke/skulderbesvär hos kvinnor inom de olika tjänstemannayrkena är högst hos sekreterare i vård (31%) och lägst hos sjukgymnaster/arbetsterapeuter (24%) (figur 9.4).



Figur 9.4. Andelen kvinnor i olika tjänstemannayrken inom och kvinnliga tjänstemän utanför vårdsektorn med nacke/skulderbesvär 1998. Standardise-

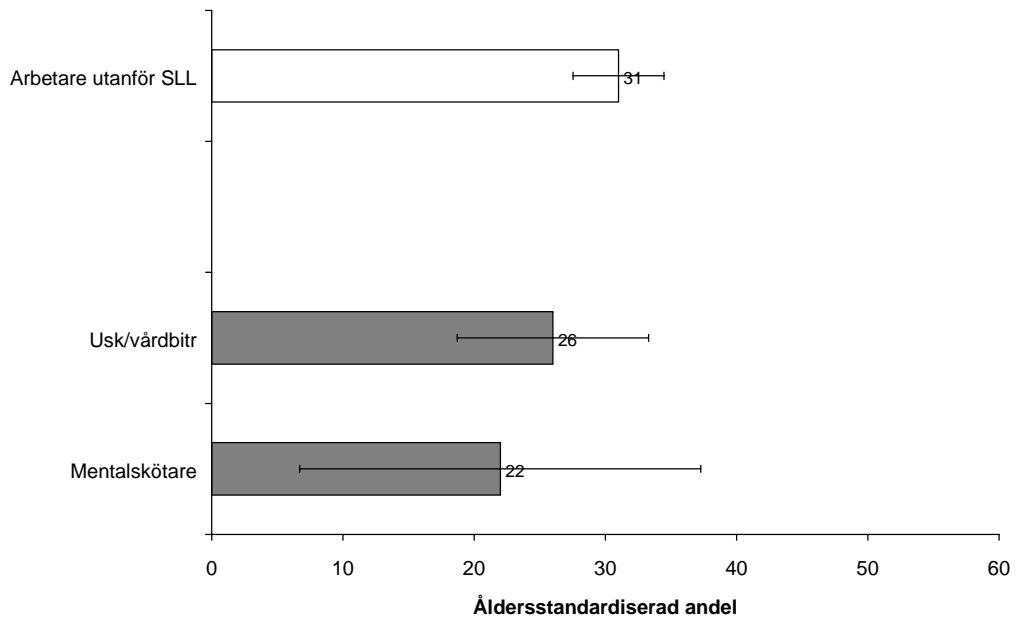
rat för ålder. De smala svarta horisontella linjerna visar osäkerheten i skattningarna (95% konfidensintervall). Källa: FHE.

Kvinnliga läkare rapporterade något oftare nacke/skulderbesvär än kvinnliga tjänstemän utanför vården (figur 9.5). Detsamma gällde manliga läkare och manliga tjänstemän utanför vården.



Figur 9.5. Andelen (%) kvinnliga och manliga läkare inom vården och tjänstemän utanför vården med nacke/skulderbesvär 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

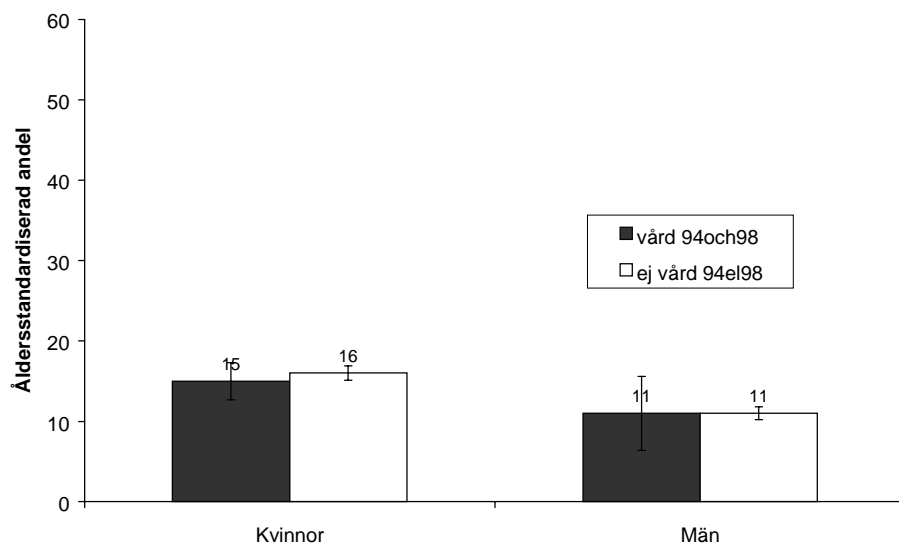
Kvinnliga mentalskötare och undersköterskor/vårdbiträden rapporterade något mindre ofta nacke/skulderbesvär än kvinnor i arbetaryrken utanför vården (figur 9.6).



Figur 9.6. Andelen kvinnor med nacke/skulderbesvär 1998 hos undersköterskor/ vårdbiträden, mentalskötare och övriga arbetaryrken utanför vården. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

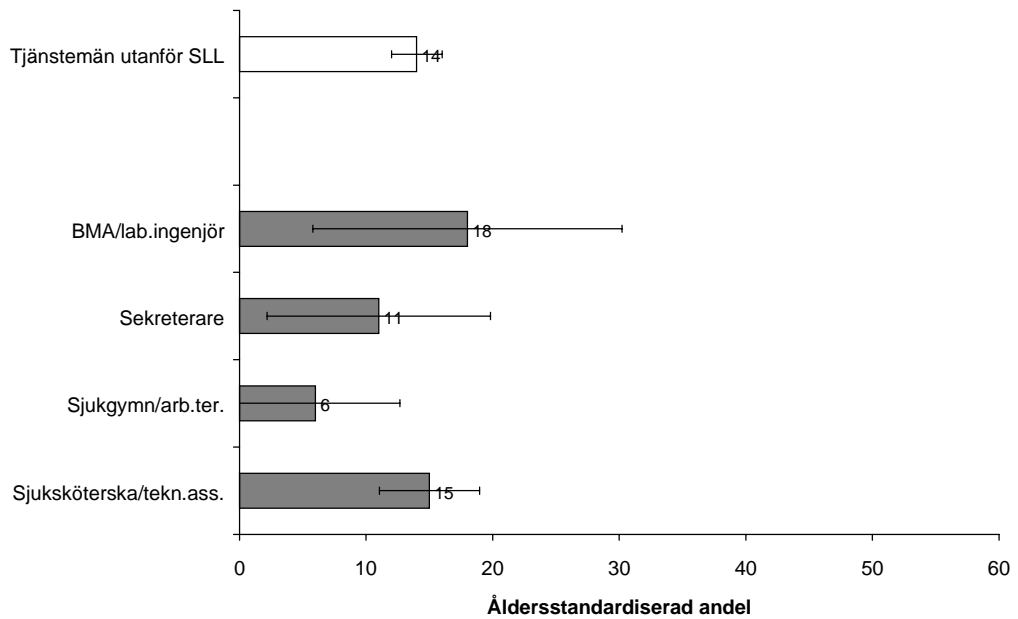
Ländryggsbesvär 1998

Besvärstillstånd i ländryggen är lika vanligt förekommande hos kvinnor i och utanför vårdsektorn (figur 9.7). Detsamma gäller för män. Ungefär var sjunde kvinna och var nionde man inom och utanför vårdsektorn rapporterar sådana besvär .



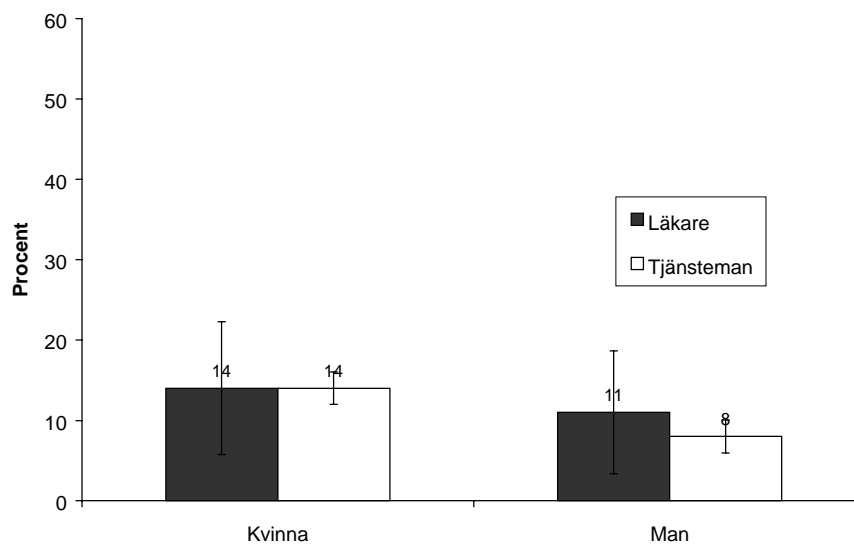
Figur 9.7. Andelen kvinnor och män som arbetade inom respektive utanför vårdsektorn 1994 och 1998 och som rapporterade ländryggsbesvär 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Frekvensen rapporterade ländryggsbesvär är högst hos kvinnliga biomedicinska analytiker och lägst hos sjukgymnaster/arbetsterapeuter (figur 9.8). De enskilda yrkesgrupperna är dock små och skillnader i besvärsfrekvensen mellan dem inbördes och mellan dem och tjänstemän utanför vårdsektorn osäkra.



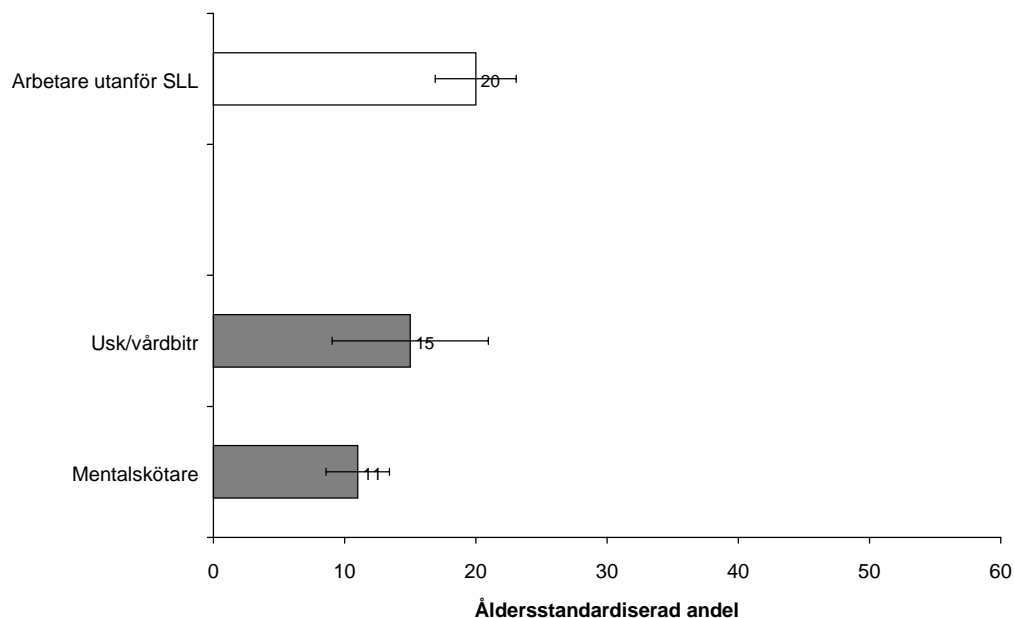
Figur 9.8 Andelen rapporterade ländryggsbesvär 1998 i de olika tjänstemannyrken inom och utom vårdsektorn. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Kvinnliga och manliga läkare rapporterar ungefär lika ofta ländryggsbesvär som kvinnliga och manliga tjänstemän utanför vården (figur 9.9).



Figur 9.9. Andelen (%) kvinnliga och manliga läkare inom vården och tjänstemän utanför vården med ländryggsbesvär 1998. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Kvinnliga undersköterskor och mentalsköterskor rapporterade mindre ofta ländryggsbesvär än kvinnor i arbetaryrken utanför vården (figur 9.10).



Figur 9.10. Andelen kvinnor med ländryggsbesvär 1998 hos undersköterskor/vårdbiträden, mentalsköterskor och kvinnor i arbetaryrken utanför vården. Standardiserat för ålder. Källa: FHE.

Psykisk ohälsa

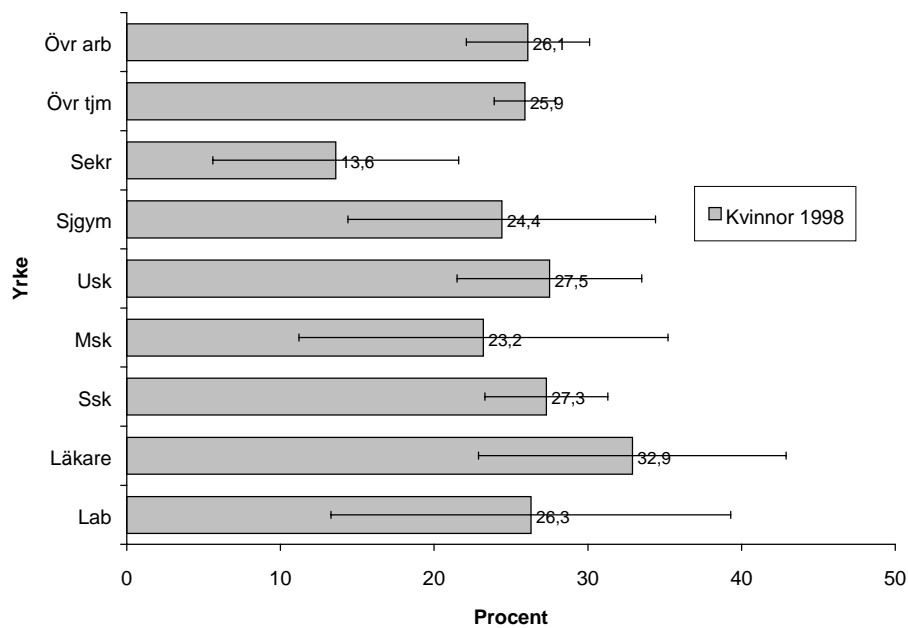
Av *Ingvar Lundberg*

Psykisk ohälsa står för en stor del av samhällets samlade sjukdomsburda. Fler livskvalitetsjusterade levnadsår förloras på grund av psykisk ohälsa än i någon annan sjukdomsgrupp och de vanligaste psykiatriska tillstånden, ångest och depressioner, representerar en dryg tiondel av den totala sjukdomsburdan bland kvinnor och en knapp tiondel bland män.

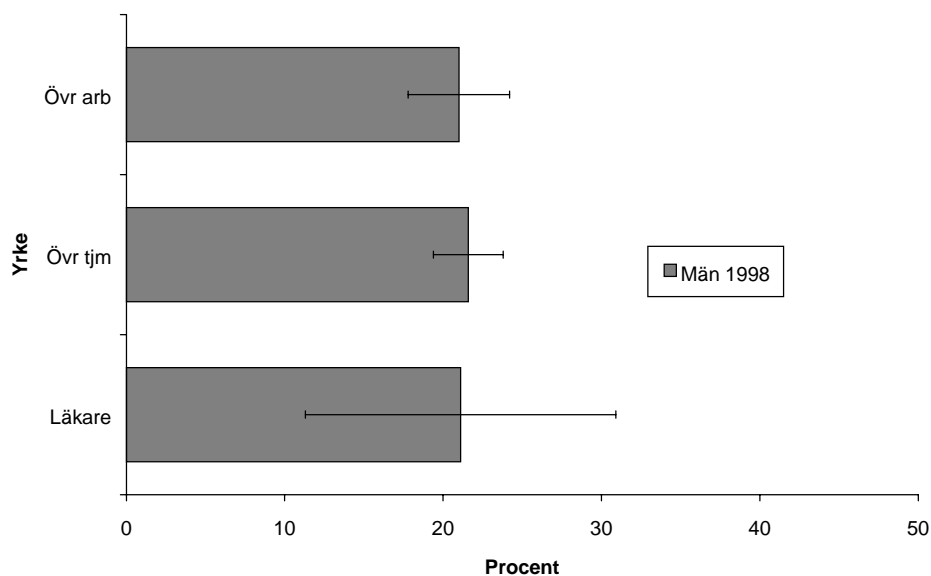
I Arbetshälsorapporten 1999 visade vi att vissa förhållanden i arbetet, främst höga krav och bristande socialt stöd var nära kopplade till psykisk ohälsa i båda könen. Psykisk ohälsa mättes som svar på frågeformuläret GHQ12 som fångar depression och ångest. Även förhållanden som risk att bli arbetslös och att vara utfrusen i arbetet spelade roll för den psykiska hälsan medan kontroll, dvs. inflytande över när och hur arbetet skulle utföras och om arbetet innebar möjligheter att lära nytt och utvecklas inte kunde påvisas ha egen betydelse för den psykiska hälsan i resultat baserade i huvudsak på de som svarat på Folkhälsoenkäterna både 1994 och 1998.

I Arbetshälsorapporten 1995 visade vi att några sjukvårdsyrken, särskilt läkare och mentalskötare bland män, var bland de yrken där psykisk ohälsa var vanligast. I detta fall baserades resultaten från Folkhälsoenkäten 1994 och frågeformuläret GHQ12.

Vi har nu undersökt förekomsten av psykisk ohälsa i olika yrken 1998 (figur 9.11). Figuren redovisar förekomsten av psykisk ohälsa i de yrken som var tillräckligt stora.



Figur 9.11. Åldersstandardiserade andelar med psykisk ohälsa i stora yrken bland de som svarade på folkhälsoenkäterna 1998. Kvinnor. Källa: FHE 1998.

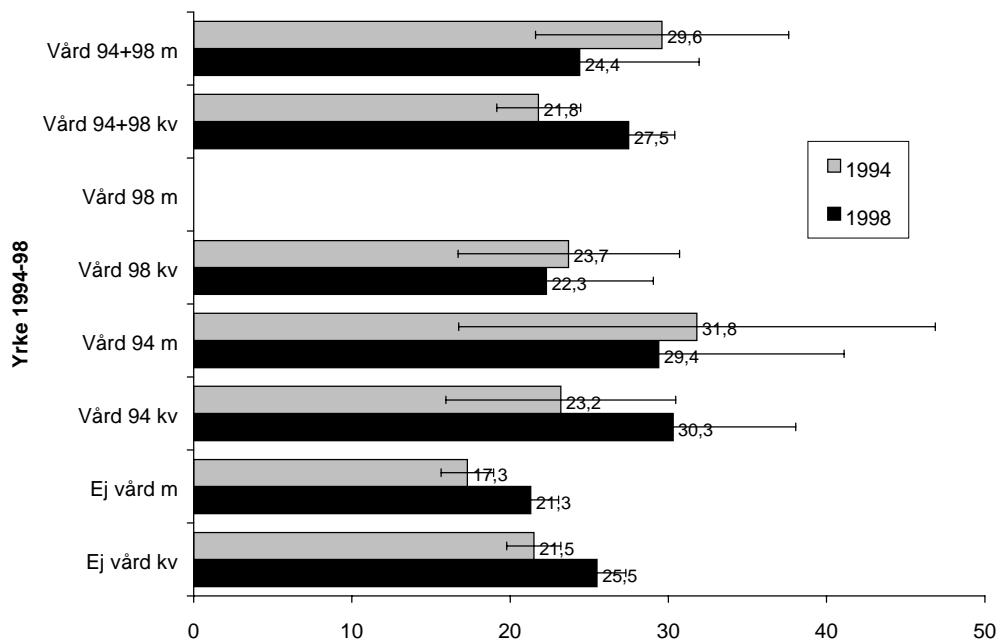


Figur 9.12. Åldersstandardiserade andelar med psykisk ohälsa i stora yrken bland de som svarade på folkhälsoenkäterna 1998. Män. Källa: FHE 1998.

Inga påtagliga skillnader kan påvisas mellan sjukvårdsyrkena och övriga yrken i länet förutom att sekreterare mer sällan än flera andra yrkesgrupper lider av psykisk ohälsa. I tidigare kapitel har vi redovisat förekomsten av sådana arbetsvillkor som kan ha samband med psykisk ohälsa i sjukvårdsyrkena. De villkor som, enligt våra beräkningar för Arbetshälsorapporten, har starkast samband med psykisk ohälsa är höga krav och bristande socialt stöd. Dessa villkor har starkare samband med arbetsplatser än med yrken. I 1995 års rapport hör manliga läkare till de grupper som visade sämst psykisk hälsa bland män. Vi kan inte finna motsvarande skillnad baserat på Folkhälsoenkäten 1998. Andra studier tyder på att skillnader i arbetsvillkor inom samma yrkesgrupp ökat. Vissa gruppen inom läkarna kan ha fått en relativ förbättring av arbetsvillkoren, vilket kan vara en förklaring. Den grupp av läkare som studerats i Folkhälsoenkäten är en liten grupp läkare, som kanske inte representerar alla läkare. Många andra förklaringar är också tänkbara.

Figur 9.13 visar förekomst av psykisk ohälsa bland de som har vårddyren i landstinget både 1994 och 1998, de som har vårddyre i landstinget 1998 men 1994 ett annat yrke, de som har vårddyre i landstinget 1994 men 1998 ett annat yrke och de som vare sig 1994 eller 1998 har ett vårddyre i landstinget. Kvinnor som arbetar i vården båda åren och de som slutar i vården mellan de båda åren har en parallell utveckling med de kvinnor som aldrig arbetat i vården: I alla grupperna blir psykisk ohälsa något vanligare. Hos kvinnor som börjat arbeta i vården förefaller psykisk ohälsa inte öka. Bland män som inte arbetat i vården något av

åren blir psykisk ohälsa liksom för kvinnor vanligare under perioden. Bland män som arbetar i vården båda åren blir psykisk ohälsa mindre vanlig, men denna grupp är liten, och möjligheterna att generalisera resultatet till alla i samma situation mindre.



Figur 9.13. Åldersstandardiserade andelar med psykisk ohälsa bland de som arbetat respektive inte arbetat i landstingsvården 1994 och 1998. Figuren är baserad på de svarande på Folkhälsoenkäterna 1994 och 1998 som 1994 var 20–60 och 1998 24–64 år och som varit yrkesverksamma både 1994 och 1998. Källa: FHE.

Risikfaktorer för psykisk ohälsa är här inte vanligare bland landstingsanställda i vården än bland andra arbetande i länet 1998 och inte heller psykisk ohälsa. Bland kvinnor har psykisk ohälsa blivit vanligare både bland vårdanställda och i övriga grupper mellan de båda åren. Generellt ökad arbetsbelastning i samhället kan ha bidragit till detta. Bland män anställda i vården i landstinget 1994 är psykisk ohälsa detta år vanligare än i många andra grupper. Dessa förhållanden föreföll till 1998 ha jämnats ut genom att psykisk ohälsa inte blivit vanligare bland de vårdanställda medan den ökat bland icke vårdanställda. Detta kan ha sin förklaring i polarisering av arbetsvillkoren inom gruppen vårdanställda samt de generellt försämrade arbetsvillkoren i samhället.

Arbetshälsan i ett produktionsområde

Av Inga-Lill Petterson

En polarisering av arbetsvillkoren kan medföra att hälsogapen ökar mellan personalgrupper. Skillnader mellan yrkesgrupper kan suddas ut av stora skillnader inom yrken. Resultat från en enkätstudie av alla kategorier vårdanställda vid drygt 130 arbetsplatser i ett av Stockholms sjukvårds/produktionsområden 1998, belyser arbetshälsan ur olika perspektiv och för olika personalgrupper.

Majoriteten anställda rapporterar en god allmän hälsa. Trots detta har nära 40% ständiga övre och 30% nedre ryggbesvär. Andra stressbesvär förekommer. Var 10:e har besvär med hjärtklappning och yrsel, var femte anställd har ständiga magbesvär, problem med sömnen eller huvudvärk. Tröttheten är framför allt mental. 40% är ständigt psykiskt trötta medan var tredje vårdanställd är ständigt fysiskt eller socialt uttröttad. Var fjärde anställd i sjukvårdsområdet oberoende av yrke och arbetsplats är i risk för utbrändhet. Med risk för utbrändhet menas här ständig fysisk, psykisk och social trötthet i kombination med emotionella symtom som oro, rastlöshet, irritation, håglöshet samt koncentrationssvårigheter. Tabellen visar hur hälsobesvärerna fördelar sig mellan vårdgrenar och yrkesgrupper.

Tabell 9.e. Förekomst av ständiga hälsobesvär i olika vårdgrenar och för yrkesgrupper (n>30). Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Besvär (alltid/oftast)	Övre rygg	Nedre rygg	Hjärtklappning/yrsel	Sömnbesvär	Magbesvär	Huvudvärk	Risk utbrändhet
Stabspersonal	41	27	13	11	22	19	18
Administration	37	23	9	11	18	20	12
Servicepersonal	54	42	27	9	36	15	42
Primärvård	40	29	12	17	20	20	25
Adm	42	38	12	21	21	19	14
Läkarsekr	57	30	18	15	18	26	23
Läkare	28	20	11	21	23	21	35
Ssk	41	34	14	20	20	21	22
Usk	44	39	12	9	22	19	22
Sjg	20	20	10	5	7	5	30
Psykiatri	33	23	10	21	18	19	19
Läkare	26	3	10	23	10	15	23
Ssk	32	24	11	21	21	17	25
Msk	41	27	10	24	22	28	17
Psykolog	26	18	3	12	3	12	12
Geriatrisk	49	38	9	14	18	23	19
Läkare	29	18	0	23	18	23	17
Ssk	52	41	12	9	23	25	20
Usk	53	46	9	17	19	26	17

En jämförelse mellan administrationen och allmän servicepersonal inom staben visar att en övervägande majoritet bland servicepersonalen står för

besvär i övre (54%) och nedre (42%) rygg, hjärtklappning yrsel och magbesvär samt har betydligt större andel i risk för utbrändhet (42%). Sömnbesvär och huvudvärk har däremot oftare rapporterats av administrativerna.

Primärvårdspersonalen har jämfört med andra vårdgrenar störst andel i risk för utbrändhet. Olika yrkesgrupper i primärvården rapporterar olika besvär. Den grupp där störst risk för utbrändhet förekommer är läkare (35%) som också oftare rapporterar sömn- och magbesvär. Sömnbesvär förekommer även bland administrativ personal. Hos läkarsekreterare dominerar övre ryggbesvär och huvudvärk. Främst undersköterskor men även administrativ personal har oftare nedre ryggbesvär.

Psykiatrin som vårdgren har oftare rapporterat besvär med sömnen. En nedbrytning på yrkesgrupper i psykiatrin visar att störst förekomst av såväl rygg-, sömn- och magbesvär samt huvudvärk finns hos mentalskötare. 41% av mentalskötare har övre och 27% nedre ryggbesvär. Risken för utbrändhet inom psykiatrin anges främst av sjuksköterskor (25%) och läkare (23%). Läkarsekreterare är få men har mest övre ryggbesvär.

Geriatrikens personal anger oftare övre och nedre ryggbesvär jämfört med andra vårdgrenar. Även huvudvärk förekommer något oftare. Nästan var fjärde läkare i geriatriken rapporterar sömnbesvär. Ryggbesvär och huvudvärk är vanliga besvär hos undersköterskor. Magbesvär, hjärtklappning och yrsel är vanligare bland sjuksköterskor, som också har störst risk för utbrändhet i geriatriken.

Chefer har som regel oftare besvär än medarbetare även om ryggbesvär i primärvård och psykiatri är vanligare bland medarbetare än chefer. Risken för utbrändhet är störst i primärvården bland såväl chefer som medarbetare samt bland geriatrikens chefer.

Tabell 9.f. Förekomst av ständiga hälsobesvär hos chefer och medarbetare i vissa yrken. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Besvär (alltid/oftast)	Läkare		Ssk		Adm. personal	
	Chef	Ej chef	Chef	Ej chef	Chef	Ej chef
Övre rygg (nacke/skuldror/axlar/bröstrygg)	28	27	44	35	46	45
Nedre rygg (ländrygg/korsrygg/höfter/knän)	11	21	33	31	39	30
Hjärt/kärlbesvär (hjärtklappning/yrsel m.m.)	8	10	14	9	13	13
Sömnbesvär	22	22	20	15	13	13
Magbesvär (sveda/värk/orolig mage m.m.)	18	21	22	21	15	22
Huvudvärk	16	23	21	19	26	18
Risk för utbrändhet	18	42	24	19	15	16

Studeras risken för utbrändhet för chefer och medarbetare i vissa yrken, är risken klart störst för läkare utan arbetsledning, där 42% riskerar att bli utbrända.

Sammanfattning

Andel vårdpersonal med besvär från nacke, axlar och ländrygg är i stort sett oförändrad under 90-talet och lika vanligt i som utanför vårdsektorn 1998. Kvinnliga sekreterare i vården har oftare besvär med nacke och skuldror jämfört med såväl andra vårddycken som tjänstemän utanför vården. Läkare, både kvinnor och män uppger oftare besvär från nacke och skuldror men lika ofta ländryggsbesvär jämfört med tjänstemän utanför vården. Däremot uppger en ökande andel av vårdanställda kvinnor och män att de är uttröttade i kroppen efter arbetet. Alltfler vårdtjänstemän, i Stockholm mer än i riket uppger svårigheter att koppla av efter arbetet medan arbetaryrken i vården ligger på ungefär samma nivå hela 90-talet.

Höga arbetskrav, brist på stöd och arbetslöshet har höga samband med psykisk ohälsa i Stockholms län, vilket utgör en stor belastning för samhällets ekonomi. I vården är den psykiska ohälsan 1994 vanligare bland läkare och manliga mentalskötare. Bland vårddycken har främst kvinnliga läkare fortfarande 1998 hög grad av psykisk ohälsa. Läkare men även sjuksköterskor har oftare psykisk ohälsa än tjänstemän utanför vården medan skillnader mellan undersköterskor och arbetaryrken utanför vården är mindre. Största utfallet av psykisk ohälsa förekommer bland dem som varit anställda i vården både 1994 och 1998 och i den grupp män respektive kvinnor som slutade arbeta i vården mellan åren 1994 och 1998. Psykisk ohälsa har ökat oftare bland kvinnor i dessa grupper medan vårdanställda män inte visat samma trend.

Andra studier visar att den psykiska ohälsan varierar mellan vårddycken och att en negativ trend är vanligare i vissa grupper och måste ses i relation till resurser att hantera krav och påfrestning.

Ryggbesvär förekommer främst bland servicepersonal, administrativ personal, läkarsekreterare samt bland undersköterskor och sjuksköterskor i geriatriken och i viss mån hos undersköterskor i primärvården. Ohälsa är vanligare bland sjuksköterskor med än utan ledningsansvar. Den största risken för utbrändhet finns bland läkare utan ledningsansvar och bland servicepersonal. Ohälsobesvärerna relaterar tydligt till balansen mellan belastning och resurser och försämrade arbetsmiljökvantitet påverkar direkt anställdas och indirekt vårdtagarnas hälsa. Relationen mellan arbetsbörda, personalresurser och arbetshälsa tas upp i nästa kapitel.

Relationen mellan arbete, livsvillkor och hälsa hos vårdarbetare

Grupper av vårdpersonal med liknande arbets- och livsvillkor 1994 och 1998 samt hur arbetsvillkoren förändrats

Av Annika Härenstam

Data från Folkhälsoenkäten 1994 och från 1998 har analyserats även med en personansatsmetodik (klusteranalys). Detta har gjorts i första steget genom att använda variabler och index (13 stycken varav 8 om arbetsförhållanden, en om arbetstid och fyra om förhållanden i den privata sfären) enbart från 1994 års enkät (bara vårdanställda i Stockholms län). Denna analys resulterade i sex kluster. Därefter har gjorts en klusteranalys på motsvarande sätt av data från 1998 års enkät. Denna analys gjordes på sjutton variabler/index (varav 7 om arbetsförhållanden, en om arbetstid, 6 om förändrade arbetsförhållanden senaste året och tre om förhållanden i den privata sfären). Analysen gav 7 olika kluster. I det tredje steget har dessa båda kluster kombinerades genom att skapa sju ”flödesgrupper” vilka benämndes efter hur det i stora drag var 1994 och hur de förändrats till 1998:

1. Bra → bättre
2. Dåligt → sämre
3. Tungt → ej bättre
4. Utanför → ej bättre
5. Dåligt → bättre
6. Hindrad utveckling
7. Bra → sämre

Sammanlagt har 668 personer (85% kvinnor) som arbetade i vårddyrke både 1994 och 1998, kunnat grupperas i någon av de sju grupperna. De största grupperna är nr 1 och 5, alltså de som fått det bättre. I grupp 1 finns en överrepresentation av privatanställda vårdarbetare även om gruppen till största delen fanns i offentlig sektor med en viss övervikt av psykiatrisk vård. I de båda grupper som fått det bättre (nr 1 och 5) finns flertalet administratörer och sekreterare men även paramedicinsk personal och mentalskötare är överrepresenterade. I den minsta gruppen (nr 6) är män överrepresenterade och gruppen består till största delen av heltidsarbetande läkare i slutenvård. Läkare dominerar även gruppen ”dåligt → sämre (nr 2). Denna grupp avviker kraftigt från de övriga genom att de

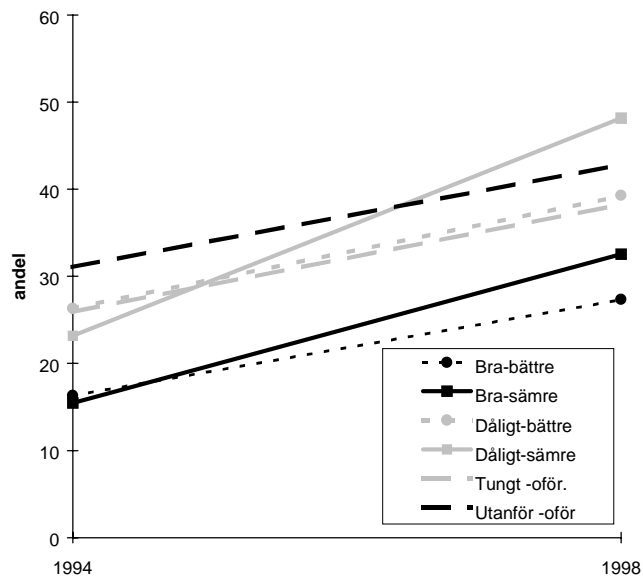
har sämst psykosociala arbetsförhållanden 1994 och dessutom har de försämrats mest jämfört med övriga grupper. Allra sämst var förhållandena vad gällde motstridiga krav, stressigt arbete, dålig sammanhållning och övertidsuttag som ej gick att påverka. Mer än 90% bedömde att arbetsbelastningen hade ökat och att möjligheterna att kombinera arbete och familj/fritid hade minskat vilket var avsevärt fler än i övriga grupper. Dessutom hade inflytandet minskat mest och kraven i hemarbetet upplevdes som högst här.

Det är värt att notera att det fanns en relativt stor grupp som hade tunga arbeten och att sådana arbetsförhållanden inte hade förbättrats ("tungt – ej bättre"). Likaså fanns en grupp, som hade lite socialt stöd och uppskattning i arbetet, små utvecklingsmöjligheter och dessutom ett fysiskt belastande arbete ("utanför – ej bättre"). Här var andelen deltidsanställda högst. För denna grupp hade delaktigheten i verksamheten minskat mest.

Vi kunde också notera att i de grupper som fått mest försämringar, motionerade färre 1998 än 1994 och att de som fått förbättrade förhållanden motionerade mera.

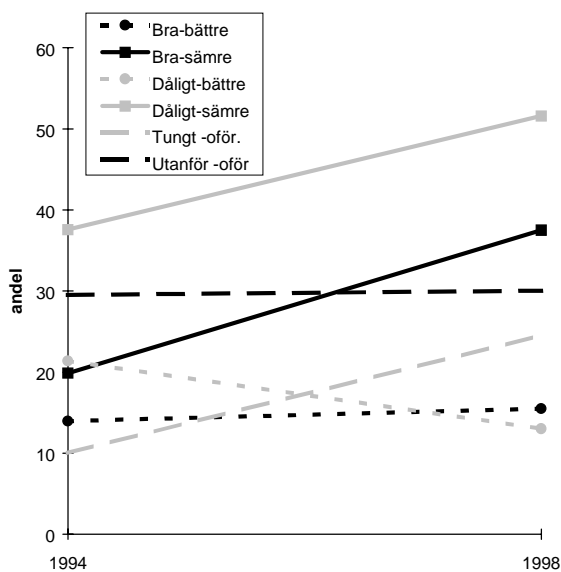
Sjuksköterskor och medicintekniska assistenter fanns i flera grupper. Ungefär hälften fanns i grupperna 1 och 5 som fått det bättre och den andra hälften fördelade sig mellan grupp 2 och 7, som med olika utgångslägen 1994, båda fått det sämre samt grupp 3 som kännetecknades av tungt arbete vid båda tillfällena. Undersköterskor och vårdbiträden dominerade grupperna "utanför" och "tungt ej bättre". Det är tydligt att primärvårdsanställda var överrepresenterade i de grupper som fått det sämre.

När grupperna jämfördes vad gällde hälsotillstånd framkom tydliga skillnader. I grupp 2 "dålig → sämre", hade andelen med rörelseorgansbesvär fördubblats sedan 1994 till att 1998 uppgå till nästan 50%. Även grupp 7, den grupp som hade goda arbetsvillkor 1994 och fått det sämre, hade andelen med rörelseorgansbesvär fördubblats till att 1998 uppgå till 1/3 av alla (figur 10.1).



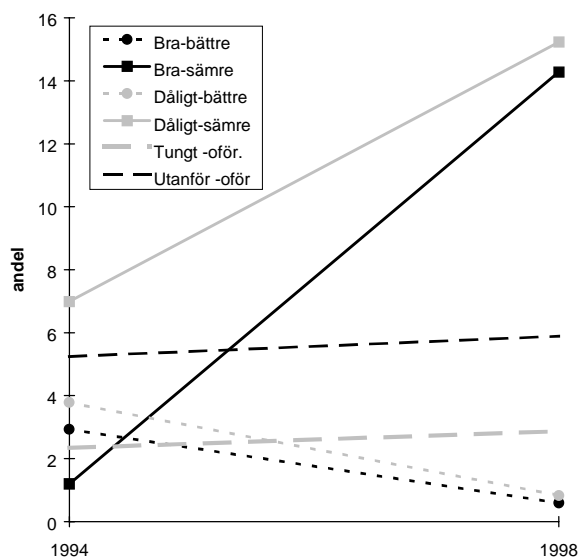
Figur 10.1. Rörelseorgansbesvär 1994 och 1998 i sex av "flödesgrupperna". Justerat för ålder och kön. Källa: FHE.

Mest nedsatt psykiskt välbefinnande fanns i grupp 2 "dåligt→sämre" och andelen med besvär ökade kraftigt till att något mer än hälften hade symptom på lättare psykisk ohälsa 1998 (figur 10.2). I grupp 3 ("tungt") och grupp 7 (bra→sämre) fördubblades andelen mellan 1994 och 1998 till att uppgå till 1/4 respektive 1/3 av alla.



Figur 10.2. Nedsatt psykiskt välbefinnande 1994 och 1998 i sex av "flödesgrupperna". Justerat för ålder och kön. Källa: FHE.

Vad gäller allmänt hälsotillstånd, var skillnaden störst mellan de grupper som fått en försämrad arbetssituation (nr 7: bra –sämre och nr 2: dåligt –sämre) och de två grupper som en förbättrad arbetssituation (nr 1: bra –bättre och nr 5: dåligt –bättre). I båda de grupper som hade en oförändrad arbetssituation hade inte heller förekomsten av nedsatt allmänt hälsotillstånd förändrats (figur 10.3).



Figur 10.3: Andel med nedsatt allmänt hälsotillstånd 1994 och 1998 i sex "flödesgrupper". Justerat för ålder och kön. Källa: FHE.

Sammanfattningsvis kan sägas att utvecklingen tycktes skilja sig åt för olika grupper i vården. De som hade den bästa arbetssituationen 1994 hade i högst utsträckning fått en positiv hälsoutveckling. Detta gällde framförallt grupper som inte arbetade i direkt kontakt med patienterna. Läkare verkade vara en utsatt yrkesgrupp då de var starkt överrepresenterade i de grupper som hade den sämsta utvecklingen.

Vårdens personal och arbetsvillkor i ett av Stockholms sjukvårds/produktionsområden 1998

Av Inga-Lill Petterson

Arbetsvillkor, resurser och konsekvenser för arbetshälsan

Reella möjligheter att hantera krav och påfrestning, starkt stöd och hög kontroll utgör skyddsfaktorer vid belastande miljöer. En försämrad arbetsmiljö kvalitet påverkar anställdas och indirekt patienternas hälsa. Möjligheter att utveckla och använda sin kompetens, inflytande och befogenheter i relation till ansvar, möjligheter att påverka arbetsuppgifter

och -processer i relation till arbetets krav, stöd från chefer och arbetskamrater och delaktighet i verksamheten jämte lyhört ledarskap, som främjar dialog mellan ledning och medarbetare samt uppmuntrar medarbetares engagemang och initiativkraft är viktiga resurser för personalhälsan. Mindre bra arbetsvillkor i dessa avseenden har visat samband med ohälsa. Enligt Karasek-modellen (Karasek & Theorell, 1990; Ahlberg-Hultén, 1999) utgör psykiska krav kombinerat med låg kontroll och små utvecklingsmöjligheter en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom men också för belastningsbesvär och psykisk ohälsa, inklusive utbrändhet. Ständig påfrestning för personalen och perioder av hög arbetsbörda måste avlösas med nedvarvning och tid för återhämtning och reflektion för att inte påverka hälsan negativt. Studier har visat att framför allt patientnära yrkesgrupper men också servicepersonal, upplever höga krav, låg kontroll och brist på vidareutveckling. Samtidigt som vårdens organisation förändrats och personalstyrkan minskat, har tidspress, arbets- och kunskapskrav ökat. Nedskärningar har främst berört undersköterskor och vårdbiträden, som har den nära patientkontakten. Yrkesgrupper, som finns kvar i vården, läkare och sjuksköterskor, har rapporterat höga arbetskrav och visat en hög risk för utbrändhet jämfört med andra grupper. Att risken för utbrändhet har ökat har påpekats från flera håll (Michélsen m.fl., 1999; Petterson, 1997, SOU 1999:6, bil 1).

En enkätstudie av all personal i ett av Stockholms sjukvårds-/produktionsområden (n=1636; 85% svarsfrekvens) 1998 visar att olika personalgrupper är olika belastade och att arbetshälsan är starkt knuten till balans mellan personalens resurser och krav. Även om resultatet inte kan generaliseras till all vårdpersonal i Stockholm, ger alla kategorier av vårdanställda vid drygt 130 arbetsplatser möjlighet att belysa vårdarbetsmiljö och arbetshälsa ur olika perspektiv. Olika vårdarbetsmiljöer identifieras med avseende på befattning och vårdgren men också på chefskap och medarbetarskap. Med chefskap menas här arbetsledande funktion, vilket inte behöver innebära formellt chefskap. I tabeller redovisas andelar.

Arbetsbördan

En jämförelse mellan vårdgrenar visar att primärvården har största arbetsbördan med ständigt arbete på högvarv och på övertid utan tid för eftertanke och kraftåterhämtning.

Tabell 10.a. Andel personal i respektive vårdgren som svarat alltid/oftast respektive sällan/aldrig på frågor om arbetskrav och arbetsbelastning och som angett försämring senaste året. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Arbetskrav (alltid/oftast)	Totalt	Stab	Primärvård		Psykiatri		Geriatrisk	
			Totalt	Läkare	Totalt	Läkare	Totalt	Läkare
Höga arbetskrav	66	60	72	93	60	85	62	78
Måste hoppa över raster	39	30	42	72	42	64	28	61
Arbetar på högvarv utan återhämtning	37	28	45	73	31	59	27	44
Saknar vikarie vid frånvaro	67	55	78	89	58	79	55	59
Sjuknärvaro (arbetar vid sjukdom)	48	38	49	71	49	50	49	62
Övertidsarbete på arbetsplatsen (sällan/aldrig)	27	24	35	72	20	59	16	50
Övertid i överenskommelse med arb.giv	24	16	31	65	18	62	22	75
Arbetskamrater kan hjälpa vid behov	23	22	29	57	20	46	11	34
Tid/möjlighet att få vara för sig själv	47	38	56	72	38	56	48	44
Försämring det senaste året								
Ökad arbetsbelastning	61	52	65	71	59	57	54	53
Ökad tidspress i arbetet	58	52	63	74	53	57	53	53
Ökat övertidsuttag	24	23	28	47	19	26	21	44
Minskad möjlighet förena arbete-privatliv	25	19	28	56	26	32	25	53

Arbetsbelastning, tidspress och övertid har ökat mest i primärvården, där man liksom i psykiatrien upplever personalbrist som största hindret för effektivt arbete. I primärvården är man också minst nöjd med tillgänglighet och väntetider för patienterna. Bland yrkesgrupperna i den hårt belastade primärvården har större andel av primärvårdens läkare tung arbetsbörda jämfört med andra yrkesgrupper. Läkare är hårt belastade i samtliga vårdgrenar och är ofta hindrade av personalbristen.

Studerars chefer och medarbetare separat, framstår krav och arbetsbelastning genomgående tung för större andel chefer än medarbetare i alla vårdgrenar. Arbetsbördan för chefer och medarbetare i olika yrkesgrupper har studerats för läkare, sjuksköterskor och administrativ personal. I övriga yrken är antalet chefer för få.

Tabell 10.b. Andel chefer och medarbetare totalt och i vissa yrken som svarat alltid/oftast respektive sällan/aldrig på frågor om arbetskrav och arbetsbelastning och som angett försämring senaste året. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Arbetskrav (alltid/oftast)	Totalt		Läkare		Ssk		Adm	
	Chef	ej chef	Chef	ej chef	Chef	ej chef	Chef	ej chef
Höga arbetskrav	72	64	87	92	65	72	75	60
Måste hoppa över raster	51	33	62	77	48	40	17	53
Arbetar på högvarv utan återhämtning	45	33	67	69	39	32	45	30
Saknar vikarie vid frånvaro	68	66	83	86	63	76	65	70
Sjuknärvaro (arbetar vid sjukdom)	48	47	59	71	44	34	49	38
Övertidsarbete på arbetsplatsen	37	23	69	67	28	26	43	18
(sällan/aldrig)								
Övertidsarbete i överenskommelse med arbetsgivare	30	22	61	70	24	28	18	12
Arbetskamrater kan hjälpa vid behov	28	22	49	56	17	18	30	23
Tid/möjlighet att få vara för sig själv	56	44	66	70	57	40	47	39
Försämring senaste året								
Ökad arbetsbelastning.	67	58	74	61	70	54	48	60
Ökad tidspress	65	54	77	63	66	52	54	53
Ökat övertidsuttag	34	20	47	39	35	27	25	19
Minskad möjlighet förena arbete - privatliv	36	21	54	46	34	21	28	15

Att chefer har högre arbetsbörda än medarbetare gäller i stort sett för sjuksköterskor och administrativa grupper. I läkargruppen är mönstret annorlunda. Även om arbetsbördan försämrats mer för läkare med chefsansvar, är läkare utan arbetsledning den grupp som oftast anger höga arbetskrav och hög belastning.

Även andra aspekter på arbetsmiljö och organisation påverkar arbetshälsan. Ledarskapet är otydligast i primärvården, där större andel anser att chefer har svårare att tydliggöra mål, ansvar och befogenheter, leda och fördela arbetet samt att följa upp beslut och personalens kompetensutveckling. Cirka 30–40% av primärvårdens anställda, såväl chefer som medarbetare, är kritiska mot ledarskapet i dessa avseenden.

Psykiatrins personal, främst medarbetare, upplever otydligare målsättning och organisation än primärvården och hindras mer av oklara arbetsuppgifter, motstridiga krav och i vissa grupper, bland annat mentalskötare, av oro för omorganisation och varsel.

Hälften av personalen i produktionsområdet hindras ständigt av personalbrist och genomgående är chefer mer hindrade av ständig personalbrist. Detta gäller arbetsledare i administrativa yrken (46%) och bland sjuksköterskor (62%). I läkargruppen är fler hindrade av personalbrist än i andra yrken och icke arbetsledare (78%) mer än läkare med ledningsansvar (69%).

Mest missnöje med arbetsplanering och effektivitet uppger stabspersonal som grupp. En jämförelse mellan administrativ personal och servicepersonal inom staben visar att detta gäller administrativ personal me-

dan servicepersonal har en sämre fysisk arbetsmiljö och oftare är utsatta för hot och våld.

Tabell 10.c. Andel personal totalt och för respektive vårdgren som ständigt upplever otydlig organisation och organisatoriska hinder i arbetet. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Organisation (inte särskilt/inte alls)	Totalt	Stab	Primärvård	Psykiatri	Geriatrik
Klar/tydlig ansvarsfördelning	20	28	18	25	9
Klara/tydliga befogenheter	19	24	17	23	11
Klara/tydliga rutiner	22	25	22	24	12
Klara/tydliga arbetsmetoder	20	23	19	23	15
Klara/tydliga handlingsplaner	26	32	25	28	21
Noggrann arbetsplanering	24	31	26	22	14
Smidigt fungerande beslutsgång	28	25	29	33	19
Hög effektivitet	14	20	14	16	8
Hinder (alltid/oftast)					
Oklara svårtolkade arbetsuppgifter	17	22	14	23	12
Motstridiga krav	26	18	25	33	21
Oro för omflyttning, omorganisation, varsel	21	15	17	29	19
Personer som stör	40	36	44	34	37
Personalbrist	51	27	54	54	46

Hot och våld förekommer oftare i psykiatrin än i andra vårdgrenar särskilt bland mentalskötare, sjuksköterskor och läkare men är även vanligt bland sjuksköterskor och undersköterskor i geriatriken. Cirka 35% av sjuksköterskor och undersköterskor har utsatts för hot och drygt 40% i båda grupperna för våld i sitt arbete, vilket är betydligt fler än i andra yrkesgrupper i geriatriken.

Tabell 10.d. Andel personal totalt och för respektive vårdgren som ständigt besväras av fysisk arbetsmiljö samt förekomst av hot, våld och kränkning. För geriatriken redovisas yrken (>30). Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Fysisk arbetsmiljö (alltid/oftast)	Totalt	Stab	Primärvård	Psykiatri	Geriatrik		
					Tot	Ssk	Usk
Dålig belysning	21	19	20	17	36	42	45
Dålig ventilation/inomhusklimat	53	48	48	55	70	55	80
Buller/störande ljud	24	27	21	25	29	28	36
Tunga lyft/muskelansträngning	16	12	13	7	52	70	64
Stillasittande arbete	21	30	18	27	10	5	3
Trånga utrymmen/arbetsytor	37	25	41	21	66	78	75
Obekväma arbetsställningar	33	24	37	19	57	75	68
Förekomst våld/hot (sällan/alltid)							
Utsatt för hot	32	11	19	61	28	36	34
Utsatt för våld	22	5	7	46	33	42	42

Geriatrikens största arbetsmiljöproblem, särskilt för sjuksköterskor och undersköterskor, är de fysiska arbetsvillkoren med tunga lyft, obekväma arbetsställningar och trånga utrymmen.

Resurser för att balansera krav och belastning

Resurser är en hjälp att balansera krav och belastning och organisatoriska problem. Med resurser menas möjlighet till utveckling och utnyttjande av kompetens, inflytande och befogenheter i relation till ansvar och stöd främst från chefer men också från arbetskamrater. Tabellen visar hur resurserna fördelar sig över vårdgrenar.

Tabell 10.e. Andel personal totalt och för respektive vårdgren som är tillgodosedda beträffande resurser. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

Lärande och utveckling (stämmer helt/delvis)	Totalt	Stab	Primärvård	Psykiatri	Geriatrik
Tillräcklig intern fortbildning	35	45	32	38	33
Tillräcklig extern fortbildning	36	46	31	43	27
Tillräcklig handledning för oförutsedda händelser	34	37	29	41	32
Kompetens utnyttjas fullt ut	57	50	61	54	58
Kontroll i arbetet (alltid/oftast)					
Befogenhet i relation till ansvar	67	59	70	64	69
Stöd (alltid/oftast)					
Stöd från arbetskamrater vid problem i arbetet	78	71	76	81	80
Uppskattning av arbetskamraterna	65	57	64	72	62
Stöd från närmaste chef vid problem i arbetet	63	71	56	67	71
Uppskattning av närmaste chef	53	82	47	60	54
Förändring det senaste året					
Möjligheter att utvecklas och lära nytt har ökat	20	32	13	26	20
Utnyttjandet av kunskaper och erfarenheter har ökat	16	19	14	21	11
Inflytande/kontroll över det egna arbetet har ökat	15	32	10	18	10
Ansvar för de egna arbetsuppgifterna har ökat	31	40	28	35	29
Stöd och uppbackning har ökat	11	24	8	12	6

Resurserna ser olika ut i olika grupper. Stabspersonal har, med undantag av servicepersonal, bäst resurser i form av utvecklingsmöjligheter och stöd från chefer. Både inflytande och ansvar har ökat mest i staben där man trots ökat inflytande upplever lägst befogenheter i relation till ansvaret. Primärvården har sämre utvecklingsmöjligheter och stöd. 38% av primärvårdens medarbetare och 27% av cheferna anser att utvecklingsmöjligheterna minskat medan fler än i andra vårdgrenar anser att man får använda sin kompetens. I primärvården anger också färre stöd från chefer jämfört med andra vårdgrenar. Såväl chefer som medarbetare i primärvården saknar chefstöd. Få i såväl primärvård som geriatrik anser att stöd och uppbackning, kompetensutnyttjande och inflytande ökat.

Ansvar har i alla vårdgrenar ökat mer för chefer och fler chefer än medarbetare upplever också en ökad kontroll. Ansvar har dock ökat i betydligt högre grad än inflytandet och chefer uppger som regel mindre befogenheter i relation till ansvaret. Chefer i alla vårdgrenar har ett mer stimulerande och utvecklande arbete och kompetensen utnyttjas mer.

Tabell 10.f. Andel chefer och medarbetare totalt och för vissa yrken som är tillgodosedda beträffande resurser. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

	Totalt		Läkare		Ssk		Adm	
	Chef	ej chef	Chef	ej chef	Chef	ej chef	Chef	ej chef
Lärande och utveckling (stämmer helt/delvis)								
Tillräcklig intern fortbildning	37	35	36	18	35	41	48	41
Tillräcklig extern fortbildning	42	33	48	21	37	35	61	38
Tillräcklig handledning för oförutsedda händelser	31	35	29	29	30	38	36	35
Kompetens utnyttjas fullt ut	60	56	72	59	56	60	61	50
Kontroll i arbetet (alltid/oftast)								
Befogenhet i relation till ansvar	65	68	64	60	65	71	61	62
Stöd (alltid/oftast)								
Stöd från arbetskamrater vid problem i arbetet	78	78	80	70	80	76	63	74
Uppskattning av arbetskamraterna	68	64	75	68	66	61	63	57
Stöd från närmaste chef vid problem i arbetet	64	63	66	58	63	54	60	67
Uppskattning av närmaste chef	57	52	65	52	52	46	58	56
Förändring det senaste året								
Möjligheter att utvecklas och lära nytt har ökat	24	18	17	5	23	15	35	26
Utnyttjandet av kunskaper och erfarenheter har ökat	18	16	16	12	21	16	15	17
Inflytande/kontroll över det egna arbetet har ökat	19	12	18	11	16	7	41	19
Ansvar för de egna arbetsuppgifterna har ökat	40	28	36	34	37	22	52	28
Stöd och uppbackning har ökat	10	11	6	8	10	9	9	19

Totalt är 63% av de anställda nöjda med resultatet av sitt arbete. Skillnaden mellan vårdgrenar är liten. Läkare som grupp är mindre nöjda än sjuksköterskor och administrativ personal. Minst nöjda är icke arbetsledande läkare (41%).

Sammanfattningsvis är utvecklingsmöjligheter och chefsstöd mera begränsade för personal i primärvården. Ansvaret har ökat för läkare i primärvården för tre gånger så stor andel som inflytandet över arbetet har. Även om både ansvar och inflytande ökat mest i staben, anger man lägst befogenheter i relation till ansvar. Stabspersonal har dock bättre utvecklingsmöjligheter och bättre chefsstöd.

Av yrkesgrupper har läkare högst belastning och är tillsammans med sjuksköterskor minst nöjda med resultatet av sitt arbete. Chefer har generellt högre arbetsbelastning men samtidigt mer inflytande, utvecklingsmöjligheter och stöd, särskilt bland sjuksköterskor och i administrationen. Även om arbetsbelastning, tidspress och övertid ökat mer för läkare med ledningsansvar, är läkare utan ledningsansvar den hårdast belastade gruppen i produktionsområdet och den grupp som hindras mest av personalbrist. Läkare utan ledningsansvar har stort ansvar men lägre och minskande inflytande och sämst balans mellan ansvar och befogenheter, sämre utvecklingsmöjligheter och känner mindre delaktighet. Läkare utan ledningsansvar och servicepersonal har största risken för utbrändhet i organisationen.

Personalgrupper med skilda arbetsvillkor och arbetshälsa

Den nyligen genomförda MOA-studien av arbetslivets förändrade villkor pekar på en trend mot ökad polarisering mellan anställda med goda och

dåliga arbeten. Studien bygger på ett stratifierat urval av anställda från olika delar av arbetslivet, bland annat ett mindre urval av vårdanställda, och har genomförts med både organisatoriskt och individuellt perspektiv. I studien identifierades åtta grupper av anställda där varje grupp hade likartade arbetsvillkor och likartade konsekvenser för arbetshälsan.

Majoriteten av de vårdanställda kunde identifieras i en grupp av huvudsakligen offentligt anställda med människoinriktade yrken. Gemensamt för gruppen var att man upplevde sig hindrad i ambitionen att utföra ett bra arbete. Resursbrist och upprepade omorganisationer under de senaste två åren hade lett till försämrade arbetsvillkor med ökade arbetskrav som inte balanserats med ökade resurser i form av inflytande och kompetensförsörjning och till konkurrens och revirstrider mellan personal och arbetsplatser. Urvalet av vårdanställda i MOA-studien var dock litet och spritt över många yrken, verksamheter och arbetsplatser.

En totalstudie av all personal på samtliga arbetsplatser i ett sjukvårds/produktionsområde gjorde det möjligt att genomföra motsvarande analys på en stor och representativ grupp av enbart vårdanställda.

Enkäten bestod av cirka 200 frågor, som täckte områden som arbetskrav och arbetsbelastning, förändrade arbetsvillkor, kompetens och utveckling, stöd, organisation, ledarskap, information, målsättning, förändringsarbete, delaktighet, kundtillfredsställelse, psykosocial och fysisk arbetsmiljö samt hälsa och välbefinnande och har delvis anpassats till Landstingsförbundets (1996) kvalitetsmaterial för hälso- och sjukvården QUL (Qualitet-Utveckling-Ledarskap), som framhåller målinriktning, tydligt ledarskap, dialog, lyhördhet och kundtillfredsställelse som viktiga förutsättningar för kvalitetsutveckling.

Index har konstruerats genom att beräkna medelvärde för grupper av frågor som mäter samma område. 27 frågeindex bygger på faktoranalys. Dessa index har sedan använts i en klusteranalys för att fördela vårdanställda över grupper som upplever likartade arbetsvillkor. Metoden har tidigare använts i MOA-projektet. Bakgrundvariabler och hälsoindex samt enskilda hälsofrågor har använts för att identifiera vad personal inom en grupp har gemensamt med varandra samt hur grupper skiljer sinsemellan i arbetshälsa. Vilka frågor som ingår i respektive av de 27 indexvariablerna framgår nedan.

Tabell 10.g. Frågeindex använda i klusteranalys. Källa: NVSO/NVPO, 1998.

INDEX I NVSO-studien	Innehåll i index
ARBETSKRAV	Sociala arbetskrav, känslomässiga, kunskapsmässiga, fysiska arbetskrav
ARBETSBELASTNING	Övertid arbetsplatsen, Hoppa över raster, Övertid i hemmet, Arbeta på högvarv, Hjälp av arbetskamrater, Vikarie vid frånvaro
UTVECKLING/LÄRANDE	Intern och Extern fortbildning, Tillräckliga instruktioner och handledning
KOMPETENSUTNYTTJANDE	Befogenheter efter ansvar, Kompetens utnyttjas fullt ut, Nöjd arbetsresultat
STIMULANS I ARBETET	Omväxlande, Engagerande, Meningsfullt, Ansvarsfullt, Utvecklande arbete
STÖD ARBETSKAMRATER	Stöd arbetskamrater, Överens i arbetsgruppen, Uppskattning arbetskamrater, Konstruktiv kritik från arbetskamrater
STÖD CHEF	Stöd närmaste chef, Överens närmaste chef, Uppskattning från chef, Konstruktiv kritik från närmaste chef
KLAR ORGANISATION	Smidig beslutsgång, Hög effektivitet, Klara befogenheter, Klara rutiner, Klar ansvarsfördelning, Klara arbetsmetoder, Klara handlingsplaner, Noggrann planering, Uppfyllelse av målen
SAMARBETE	Samarbete internt, externt, ledning-medarbetare, mellan medarbetare
VERKSAMHETSUTVÄRDERING	Kontinuerlig utvärdering av verksamheten, Kontinuerlig utvärdering av målen, Regelbunden diskussion verksamhetens utveckling
DELAKTIGHET I FÖRÄNDRING	Alla kommer till tals, Delaktighet i verksamhetsutveckling, Medarbetares syn på förändringsarbete, Ledningens syn på förändringsarbete
INFORMATION	Nöjd möjligheten söka info, Info resultat/budget, förändringar, framtid, fackligt arbete, medarbetare emellan, från närmaste chef, från högsta ledningen, om vad arbetskamrater gör
NÄRMASTE ARBETSLEDNING	Lyhörddhet för behov, Följer upp beslut, Stödjer verksamhetens utveckling, Skapar konfliktfri stämning, Tydliggör målen, Tar vara på kompetenser, Företräder avdelningens intressen, Skapar förutsättningar för bra arbete, Förmåga att leda, Diskuterar nya idéer, Lätt att ta beslut, Ger klara direktiv, Uppmuntrar kvalitet, Ger konstruktiv kritik, Tar snabbt tag i problem
FÖRÄNDR KVANTITATIV BELASTNING	Förändrad arbetsbelastning, tidspress, övertidsuttag, Hinder personalbrist
FÖRÄNDR KVALITATIV BELASTNING	Förändring svårighetsgrad, omväxling, kunskapskrav, ansvar
FÖRÄNDR I DET GODA ARBETET	Förändring samarbete, delaktighet, inflytande/kontroll, kompetensutnyttjande, medbestämmande/påverkansmöjligheter, dialog ledning-medarbetare, utvecklingsmöjligheter, stöd-uppbackning
PSYKOSOCIALA/ORG.HINDER	Hinder oklara arbetsuppgifter, personer stör, kontakt kund/uppdragsgivare, kontakt arbetsgivare/ledare, motstridiga krav
TEKNISKA HINDER	Hinder -tekniska fel, materiella resurser, teknisk kunskap
ANSTÄLLNINGSVILLKOR/TRYGGHET	Förändring - anställningstrygghet, lön, Hinder oro för omflyttning
KVALITETSUTVECKLING	Diskuterar kunder, Regelbunden utvärdering, Medarbetare verkar för, Ledning verkar för
KUNDTID	Tillgänglighet, Väntetider, Kundens tidsutrymme
KUNDMÖTE	Direktkontakt, Kundkontakt stimulerande, Nöjd arbetsinsats, Uppskattning från kund, Samarbete med kund, Konstruktiv kritik från kund
KUNDKVALITET	Lyhörd för kund, Bemötande, Omhändertagande, Integritet, Behov kontinuitet, Tidsutrymme, Inflytande, Samverkan om kund, Information till kund, Kompetens, Service, Kvalitet i produkt/tjänst, Teknisk kvalitet
FYSISK ARBETSMILJÖ	Dålig belysning, Dålig ventilation, Buller/störande ljud, Trånga arbetsytor, Kemiska produkter, Obekväma arbetsställningar, Tunga lyft
INITIATIVKRAFT	Uppnår mina mål, Allt fungerar smidigt, Koncentrerar mig, Tar problem som utmaning, Gör upp en handlingsplan, Är positiv till mig själv
RISK FÖR UTBRÄNDHET	Nedstämdhet, Koncentrationssvårigheter, Häglöshet, Ängslan/oro, Irritation, Rastlöshet, Fysisk trötthet, Psykisk trötthet, Social trötthet
VÄLBEFINNANDE	Kan koncentrera mig, Betydelsefull roll för andra, Lätt att fatta beslut, Uppskattar det positiva i tillvaron, Kan ta itu med svårigheter, Lycklig på det hela taget

Samtliga index har använts i klusteranalysen (n=1328). Hälsoindex har använts som utfallsmått. Resultatet visar att personalen i sjukvårds-/produktionsområdet kan indelas i fem kluster eller grupper utifrån dessa arbetsmiljöindex. Två av dessa grupper har en bra arbetsmiljö, två har en sämre arbetsmiljö. Den femte gruppens arbetsmiljö är övervägande positiv. Grupperna har benämnts som

1. Organisatoriskt kaos – utan mål och tydlig ledning
2. Delaktiga med kontroll och påverkansmöjligheter
3. Den goda vårdarbetsmiljön
4. Överbelastade och resignerade
5. Anpassade och oberörda

Inga skarpa gränser finns mellan de fem grupperna. Alla grupper har både män och kvinnor i olika åldersgrupper och yrken. Samtliga vårdgrenar finns representerade i alla grupper. Vilken typ av arbetsplats man kommer från varierar också i alla grupper. Samtliga grupper innehåller både chefer och medarbetare. Nedan görs ett försök att beskriva grupperna.

Medarbetare med organisatoriska problem, som saknar mål och tydlig ledning

Den goda arbetsmiljön har försämrats för den här gruppen även om arbetsbelastningen inte har ökat. Arbetet fungerar framför allt inte *organisatoriskt*. Organisationen är otydlig med brister i informationen och varken verksamhet eller kundtillfredsställelse utvärderas kontinuerligt. *Ledarskapet* fungerar sämst i den här gruppen och man *saknar stödet från chefer*. Man samarbetar dåligt och känner *ingen delaktighet* i förändringar. Arbetet upplevs inte stimulerande och stödet från arbetskamrater är svagt. Man är missnöjd med kompetensutvecklingen och kompetensutnyttjandet är lågt. Kundorienteringen är sämst för personalen i den här gruppen. Man har ingen tid för kunden och kundtillfredsställelsen uppfattas som låg.

I klustret ingår 241 personer, 16% män och 84% kvinnor, majoriteten i åldersgruppen 30–50 år. Endast 3% är yngre än 30 år. Knappt hälften har varit anställda högst 5 år, 89% är fast anställda. Cirka 1/4 av alla, som varit anställda 1–5 år finns i den här gruppen. Majoriteten kommer från primärvården (54%), 44% från vårdcentraler. Cirka 1/4 är arbetsledare eller chefer. 1/3 är sjuksköterskor. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och mentalskötare utgör tillsammans 67%. Jämfört med andra kluster finns de flesta av all *servicepersonal* här. Nära hälften i gruppen har ständiga övre ryggbesvär (47%) och många har nedre ryggbesvär (34%). *Välbefinnandet är lägst jämfört med andra grupper och signifikant sämre än i grupp 2, 3 och 5 (p<0.05) och initiativkraften låg (signifikant lägre*

än i grupp 2 och 3; $p < 0.05$). Risken för utbrändhet är störst här (signifikant sämre än i grupperna 2, 3 och 5; $p < 0.05$).

Delaktiga med mindre patientkontakt, god kontroll och påverkansmöjligheter

Arbetsmiljön är bra. Informationen fungerar bra, organisationen är klar och tydlig, ledarskapet är bra. Man *utvärderar kontinuerligt* verksamheten och *känner delaktighet* i förändringar. Här finns 270 personer, 14% män och 86% kvinnor. 41% är äldre än 50 år. Jämfört med andra kluster finns här större andel av *anställda över 50 år*. Lika andel av männen som kvinnorna totalt sett finns i den här gruppen.

Hälften av personerna i gruppen kommer från primärvården, 26% från psykiatrin. 91% är fast anställda, cirka 1/3 har varit anställda mer än 10 år. Här finns mindre andel tidsbegränsat anställda. Här finns *stor andel chefer och arbetsledare* jämfört med andra kluster. 1/5 av gruppens personal är läkare, knappt 1/3 är sjuksköterskor. 27% kommer från vårdcentraler, 14% har administrativa arbetsplatser. I jämförelse med andra kluster finns här *stor andel läkare* samt *majoriteten personal från PAH (primärvårdsanknuten hemsjukvård)- och sjukgymnastheterna*. Man har ingen överrepresentation av besvär. Ryggbesvär förekommer men man *mår* i jämförelse med andra grupper *bra*. Man har signifikant bättre välbefinnande och initiativkraft än alla övriga grupper ($p < 0.05$). Risken för utbrändhet är lägre än i grupperna 1, 3 och 4 ($p < 0.05$).

Patientnära medarbetare som arbetar i den goda arbetsmiljön

En bra och *väl fungerande arbetsmiljö*. Här finns *inga organisatoriska hinder*. Organisationens är klar och tydlig, informationen fungerar bra. *Ledarskapet är bra*. Samarbetet fungerar bra. Verksamhet och kundtillfredsställelse *utvärderas regelbundet*. Man har *tid för kunden och kundtillfredsställelsen är hög*. Gemensamt för den här gruppen personal är att man *känner delaktighet i förändringar, har goda möjligheter till kompetensutveckling och högt kompetensutnyttjande*. Stödet är starkt från såväl chefer som arbetskamrater. *Arbetsbelastningen är inte för hög, arbetskraven känns inte alltför höga*, man upplever snarast en förbättring i den kvantitativa belastningen. Här finns inga tekniska hinder såsom brister i utrustning, teknisk kunskap eller materiella resurser.

Här finns en överrepresentation av kvinnor, 91% kvinnor och 9% män. Endast 11% av alla män finns här. Nära hälften, 47%, är över 50 år. En dryg fjärdedel är arbetsledare eller chefer, dock något mindre andel av chefer och arbetsledare totalt sett. 91% är fast anställda. Hälften har varit anställda högst 5 år. Här finns färre av de helt nyanställda. Överrepresenterade yrkesgrupper är sjuksköterskor och undersköterskor. En överrepresentation av *undersköterskor* finns här jämfört med andra grupper. Här är 22% från vårdcentraler, 10% från MVC (mödravårdcentral) och

BVC (barnvårdscentral), och 13% från PAH-enheter. *Hälften av alla MVC-BVC-anställda i hela produktionsområdet finns här och 30% av alla PAH-anställda medan andelen mentalskötare och avdelningspersonal är mindre.* I den här gruppen är *arbetshälsan bäst.* Man har minst av ryggbesvär, hjärtklappning, sömnbesvär, magbesvär och huvudvärk. Risken för utbrändhet är lägst, välbefinnandet är högt och initiativkraften hög. I samtliga tre mått har grupp 3 bättre värden än alla övriga grupper ($p < 0.05$).

Överbelastad och resignerad personal med belastningskrav och personalbrist

Personalen i den här gruppen har stora *organisatoriska hinder* framför allt brist på personal, som försvårar arbetet. *Ingenting annat blir därför riktigt bra.* Man upplever det mesta på arbetet dåligt. Värst är de höga arbetskraven, den höga arbetsbelastningen och personalbristen samt att den kvantitativa belastningen ökat i form av mer arbete, tidspress och övertid. Man har hinder i form av tekniskt krångel, brist på teknisk kunskap och materiella resurser och har sämre tid för kunden/patienten.

Totalt ingår 295 personer, 13% män och 87% kvinnor. Här finns större andel av sjukvårdsområdets *kvinnor* än i andra kluster och större andel från åldersgruppen 30–50 år. Nära hälften kommer från primärvården. 39% av gruppens personal är arbetsledare eller chefer, vilket är största andelen av totala gruppen chefer/arbetsledare inom sjukvårdsområdet. Här finns 38% som varit *anställda mer än 10 år*, vilket är proportionellt fler än i de andra grupperna.

I gruppen finns 19% läkare och 32% sjuksköterskor. Här finns större andel av områdets läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare, dvs. *patientnära personal*, än i andra kluster. Vårdcentral är den vanligaste arbetsplatsen men många kommer också från geriatriska och psykiatriska vårdavdelningar och från psykiatrisk öppenvård. Jämfört med andra grupper är arbetsplatser som *vårdcentral, geriatriska avdelningar* och *psykiatrisk öppenvård* överrepresenterade medan administrativa arbetsplatser är underrepresenterade. Här finns *den största ohälsan* med mycket av både övre och nedre ryggbesvär, hjärtklappning, yrsel och magbesvär. Samtliga typer av besvär är vanligare här än i andra cluster. Välbefinnandet är lågt, *risken för utbrändhet är hög* och initiativkraften låg. Såväl välbefinnande som initiativkraft är signifikant lägre än för grupperna 2 och 3 ($p < 0.05$). Risken för utbrändhet är högre jämfört med grupperna 2, 3 och 5 ($p < 0.05$).

Anpassad och oberörd personal

Ingenting är riktigt bra men inte heller riktigt dåligt. Arbetskrav och arbetsbelastning är inte satta för högt och den kvantitativa belastningen har t.o.m. minskat något. De organisatoriska hindren är inte så stora. Det

mesta fungerar men ingenting kan utpekas som riktigt bra. Personalen har anpassat sig till en vardagslunk och är ganska oberörda av de förändringar som händer inom vårdsektorn.

Här finns 303 personer, 16% män och 84% kvinnor, majoriteten mellan 30 och 50 år. Cirka var tionde har tidsbegränsad anställning. Här finns proportionellt *fler män* än i andra kluster och proportionellt *fler yngre* personal samt större andel som varit anställda högst 5 år. De flesta kommer från primärvården (41%), 17% kommer från staben och 33% från psykiatri. Jämfört med andra kluster finns här större andel av personalen från *stab* och *psykiatri* men *färre av sjukvårdsområdets chefer och arbetsledare*.

Här finns administrativ personal inklusive läkarsekreterare men också mentalskötare. De största andelen av områdets *administrativa personal* finns här. Här finns också de flesta *mentalskötarna*. Även *laboratoriepersonal* är överrepresenterad i förhållande till andra kluster medan *sjuksköterskor* är proportionellt färre. Man kommer i stor utsträckning från administrativa arbetsplatser. *Administrativa arbetsplatser, laboratorier och psykiatriska avdelningar* är överrepresenterade. Personalen i den här gruppen mår jämförelsevis bra men har en *låg initiativkraft*.

Grupp 5 har lägre risk för utbrändhet än grupperna 1 och 4 men högre risk än grupp 3 ($p < 0.05$). Välbefinnandet är bättre än i grupp 1 men sämre än i grupp 2 och 3 ($p < 0.05$) och initiativkraften lägre än i grupp 2 och 3 ($p < 0.05$).

Finns bra och dåliga arbetsplatser?

Den genomförda analysen väcker frågan om det finns bra och dåliga arbetsplatser eller om personal kan ha både bättre och sämre förhållanden på samma arbetsplats. För att närmare granska detta undersöks hur personalen på de respektive 131 arbetsplatserna fördelar sig över de fem grupperna. Resultatet visar att personal, som arbetar på samma arbetsplats som regel sprider sig över de fem klustren. Tolkningen av detta är att anställda på en och samma arbetsplats har olika arbetsmiljöer. På de flesta arbetsplatser i sjukvårds/produktionsområdet finns personal som upplever bättre arbetsvillkor blandat med personal, som upplever sämre. Skillnaderna kan uppstå beroende på att personal med olika arbetsuppgifter, position eller yrkesgruppstillhörighet men också med olika kön, ålder eller anställningstrygghet kan se på sin arbetssituation med olika glasögon.

Man kan å andra sidan urskilja enskilda arbetsplatser, där all personal trots att man tillhör olika kluster upplever en bra arbetsmiljö. Som regel är dessa arbetsplatser små, vilket innebär arbetsplatser med mindre än tio anställda.

Har det betydelse om man är arbetsledare?

Administrativ personal, läkare och sjuksköterskor har uppdelats efter om man har arbetsledande funktion eller inte. Övriga yrkesgrupper har för få arbetsledare för att motivera en sådan uppdelning. Noteras bör att arbetsledande funktion kan ha annan innebörd än formell chefsställning. Arbetsledare och ej arbetsledare inom yrkesgrupperna har därefter studerats beträffande fördelning över de fem klustren.

Resultatet visar att majoriteten av administrativa chefer hamnar i lika utsträckning i gruppen ”delaktiga med kontroll och påverkansmöjligheter” och gruppen ”anpassade och oberörda”. I den sistnämnda gruppen återfinns även den stora majoriteten av icke arbetsledande administrativ personal. I båda dessa kluster har man dock en bra arbetsmiljö.

När det gäller läkare och sjuksköterskor visar sig ett annat mönster. Den största andelen läkare med chefsansvar återfinns i gruppen ”delaktiga med kontroll och påverkansmöjligheter” även om en stor andel också finns i gruppen ”överbelastade och uppgivna”. I den överbelastade och uppgivna gruppen återfinns däremot majoriteten av läkare utan ledningsansvar. Bland ”överbelastade och uppgivna” hamnar också majoriteten sjuksköterskor med ledningsansvar. Sjuksköterskor utan ledningsansvar finns till sin största andel i gruppen ”organisatoriskt kaos”. Av icke arbetsledande sjuksköterskor finns också en stor andel som arbetar i ”den goda arbetsmiljön”. Medan majoriteten av administrativ personal och sjuksköterskor oberoende av chefskap och läkare med ledningsansvar finns i bra arbetsmiljöer, har majoriteten av läkare utan ledningsansvar dåliga arbetsmiljöer.

Sammanfattning

Resultat från MOA-projektet visade att en stor del av vårdens personal tillsammans med många andra offentligt anställda utgjorde en grupp, som kunde benämnas ”de hindrade”, som utmärktes av att de under senaste åren mer än andra genomgått omorganisationer och mer än andra upplevt försämrade arbetsvillkor. Detta var en hårt belastad grupp i arbetslivet med många kvinnor, som arbetade i människoyrken som vård, skola, omsorg.

I två olika studier har vårdpersonal grupperats utifrån likartade arbetsvillkor. I det första fallet utifrån vad ett urval av personal från olika vårdarbetsplatser svarat på Folkhälsoenkäten 1994 och vad som händer med dessa grupper vid uppföljningen 1998 (n=668). Studien belyser hur grupper förändras från 1994 till 1998. Den andra studien bygger på data från samtlig personal i ett produktionsområde (n=1328) och visar hur arbetsvillkor och hälsa skiljer grupper åt 1998.

Grupperns arbetsvillkor och hälsa har förändrats över tid. Förändringarna ser olika ut för olika personal. Två av de största grupperna utgår från bra arbetsvillkor 1994. En polarisering innebär att en av grupperna har fått förbättrade, den andra försämrade villkor 1998. Bland anställda som fått bättre villkor finns en överrepresentation av privatanställda och en stor andel av psykiatrins personal. Bland personal som fått bättre villkor finns också administratörer, sekreterare, paramedicinare och mentalskötare. I den grupp som varit hindrad i sin utveckling finns många läkare från slutenvård. Många läkare finns också i den grupp som 1994 har sämst psykosociala arbetsförhållanden och som dessutom fått den största försämringen till 1998 med motstridiga krav, högstressarbete, övertid och dålig sammanhållning. Inflytandet har minskat mest. En stor grupp av anställda har redan 1994 tungt arbete och har inte fått bättre villkor 1998. Gruppen har svagt stöd, små utvecklingsmöjligheter vid sidan av den tunga belastningen och sämst utveckling av delaktigheten.

Sjuksköterskor finns både i grupper som fått bättre och sämre villkor. Undersköterskor och sjukvårdsbiträden har tungt arbete som inte förbättras och dessutom dåligt stöd. Primärvårdens anställda finns överrepresenterade bland anställda som fått sämre arbetsvillkor.

Hälsan relaterar till hur arbetsvillkoren förändrats. Rörelseorgansbesvär har dock ökat i samtliga grupper. Belastningsbesvär har fördubblats i grupper som fått försämrade villkor. Sämsta psykiska ohälsan finns i gruppen med tungt arbete men också i de grupper som fått det sämre 1998 även om man haft bra arbetsvillkor 1994. Den psykiska ohälsan har däremot minskat i den grupp som fått förbättrat sina dåliga arbetsförhållanden från 1994. Hälsoutvecklingen skiljer också mellan olika vårdgrenar. Anställda i den bästa arbetssituationen 1994 har haft en positiv hälsoutveckling. Läkare är starkt överrepresenterade bland anställda som haft den sämsta hälsoutvecklingen.

Att balansen mellan krav och belastning å ena sidan och personalens resurser å den andra, avgör olika grupperns arbetshälsa framgår av studien i ett sjukvårdsområde. Arbetsbördan är störst i primärvården, där också personalbristen är mest påtaglig och arbetsmiljön försämrats mest under senaste året. Utvecklingsmöjligheter och chefsstöd är mera begränsade för personalen i primärvården. Läkare i primärvården, som har fått ökat ansvar är tre gånger fler än de som fått ökat inflytande. Även om både ansvar och inflytande ökat mest i staben, anger man lägst befogenheter i relation till ansvar. Stabspersonal har bättre utvecklingsmöjligheter, och chefsstöd.

Gruppen läkare med ledningsansvar har stort ansvar men lägre och försämrat inflytande och sämst balans mellan ansvar och befogenheter, sämre utvecklingsmöjligheter och känner mindre delaktighet. Även om arbetsbelastning, tidspress och övertid ökat mer för arbetsledande läkare,

är läkare utan ledningsansvar den hårdast belastade gruppen och de som hindras mest av personalbrist. Läkare utan ledningsansvar är tillsammans med servicepersonal de grupper som har störst risk för utbrändhet i hela sjukvårds/produktionsområdet.

Klusteranalys på en enhetlig population av enbart vårdanställd personal, visar i linje med tidigare liknande studier en gruppering av personal i vården, ofta mindre bundet till yrkesgrupp. Resultatet visar fem urskiljbara grupper med specifika och sinsemellan olika arbetsvillkor, vilket också ger utfall i skillnader i arbetshälsa. Två av grupperna har goda arbetsförhållanden, det goda arbetets personal och de delaktiga med kontroll och påverkansmöjligheter och båda har sin motpol i två grupper med betydligt sämre villkor, personal som arbetar i ett organisatoriskt kaos och personal, som är överbelastad och resignerad. Den femte gruppen, som har både bra och mindre bra arbetsvillkor, tycks vara en grupp som är ganska väl anpassad till sin arbetssituation och som är relativt oberörd av de stora övergripande förändringar som sker.

Grupp 1 (organisatoriskt kaos) och 2 (delaktiga med kontroll) berör båda organisatoriska villkor men kan uppfattas som motpoler.. Grupp 1 har stora organisatoriska problem med otydliga mål och jämfört med övriga grupper den organisation och det ledarskap, som fungerar sämst samtidigt som man har största försämringen i villkoren för det goda arbetet. Arbetet upplever inte längre stimulerande, man känner ingen delaktighet i verksamheten, man samarbetar sämre och saknar stöd särskilt från chefer. Majoriteten utgörs av vårdpersonal som arbetar nära patienten, såväl chefer som medarbetare men också av servicepersonal. Servicepersonalen är en grupp inom vården, som ofta glöms bort. Att servicepersonal behöver större uppmärksamhet har även andra studier påvisat. Personalen i grupp 1 är i stor utsträckning utlämnad till sig själv i ett organisatoriskt kaos utan delaktighet i vad som sker. Detta påverkar både vårdkvalitet och personalens arbetshälsa med ständiga ryggbesvär, lågt välbefinnande och låg initiativkraft. Här finns största risken för utbrändhet. Här finns personal från primärvården, vårdcentraler (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, mentalskötare, servicepersonal). Ofta har man kortare anställningstid.

Man kan jämföra gruppen med gruppen delaktiga med kontroll, där organisation och ledarskap tycks fungera bra och personalen känner delaktighet i förändringar. Delaktigheten kan i viss mån bero på att gruppen innehåller fler chefer och arbetsledare och färre med patientkontakt men också på att många arbetar på mindre enheter, där arbetet kan ske mera självständigt med större kontroll och inflytande från personalhåll. I den här gruppen är arbetshälsan betydligt bättre. Vissa ryggbesvär förekommer, annars har man bättre välbefinnande och hög initiativkraft och låg

risk för utbrändhet. Här finner man äldre ofta längre anställd personal, chefer, läkare sjukgymnaster, administrativ personal

På samma sätt kan grupperna 3 (det goda arbetet) och 4 (överbelastade och resignerade) ses som motsatspar. Grupp tre utgörs av patientnära personal i det goda arbetet. Här är man mest nöjd med organisation och ledarskap och man har också det bästa stödet från både chefer och arbetskamrater, hög delaktighet och bästa samarbetet jämfört med andra grupper. Kompetensen vårdas, utvecklas och används. Här är arbetskraven och arbetsbelastningen bäst balanserade och har snarast förbättrats. Personal i den här gruppen – kvinnor, över 50 år, sjuksköterskor, undersköterskor på mindre arbetsplatser och färre chefer, mår allra bäst och initiativkraften är hög.

Betydelsen av höga arbetskrav och hög arbetsbelastning framgår av motpolen grupp 4 (överbelastade och uppgivna). Här har i stället redan höga krav och hög arbetsbelastning och tidspress ökat än mer och personalen upplever stora hinder i form av personalbrist, oklara arbetsuppgifter, motstridiga krav och man hindras i användningen av den tekniska utrustningen. Personalen i grupp 4 utgör i många avseenden vårdens kärntrupp med störst andel av direkt patientnära yrken som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare från vårdcentraler och avdelningar. Överbelastad och resignerad personal inverkar i sin tur på vårdkvaliteten. Förutom sämre patienttillfredsställelse mår också personalen sämst, initiativkraften är låg och risken för utbrändhet hög. Mest ohälsa med rygg-, hjärt-, magbesvär och lågt välbefinnande

En tredje grupp med bra arbetsvillkor är grupp 5 (anpassade och oberoende) har personalen, som ofta är administrativ, väl anpassat sig till rimliga arbetsvillkor med lagom arbetsbelastning, överkomliga hanterbara hinder och ganska oberoende av de stora och omvälvande övergripande förändringar som sker i vården. Man berörs i motsats till många andra vårdanställda inte av försämrade arbetsbelastning eller personalbrist. Här finns fler män, administrativ arbetskraft men färre chefer. Arbetshälsan är relativt bra trots att initiativkraften går på sparlåga.

Analysen visar att det finns grupperingar av personal i vården som har mycket skilda arbetssituationer och att dessa arbetsvillkor ger kraftigt utfall på arbetshälsan. Såväl gruppen med organisatoriskt kaos som den överbelastade och resignerade gruppen behöver stöd och hjälp att komma ur en orimlig arbetssituation. Läkare utan ledningsansvar är en grupp som behöver uppmärksammas. Medan majoriteten av administrativ personal och sjuksköterskor oberoende av chefskap samt läkare med ledningsansvar finns i bra arbetsmiljöer, har majoriteten av läkare utan ledningsansvar dåliga arbetsmiljöer.

Det behöver uppmärksammas att personal på en och samma arbetsplats utifrån olika förutsättningar kan ha olika arbetsvillkor. Framhållas

bör även att det goda arbetet finns för vissa grupper inom vårdsektorn, att dessa arbetsvillkor måste värnas och behöver lyftas fram på ett tydligare sätt som förebilder för andra delar av vårdsektorn.

Studien kan inte påvisa att grupperna finns koncentrerade till bra eller dåliga arbetsplatser. Detta kan tolkas så att anställda på en och samma arbetsplats har olika arbetsmiljöer. Däremot finns enskilda arbetsplatser, oftast små, där personal trots att man hamnat i olika grupper har en bättre arbetsmiljö.

Majoriteten administrativa chefer finns huvudsakligen i två av grupperna, båda med bra arbetsvillkor. Läkare med chefsansvar finns huvudsakligen i en bättre, delaktig personal med kontroll och påverkansmöjligheter eller i en grupp med sämre arbetsvillkor, där man är överbelastad och uppgiven. I den senare gruppen finns de flesta sjuksköterskor med ledningsansvar. Många sjuksköterskor utan ledningsansvar finns i gruppen organisatoriskt kaos medan andra arbetar i den goda arbetsmiljön. Majoriteten läkare utan ledningsansvar finns huvudsakligen i grupper med sämre arbetsförhållanden.

”Det goda arbetet” är betydelsefullt för att vårdens personal ska kunna bidra till effektiv vård eller hög vårdkvalitet medan en försämrad arbetsmiljö kvalitet påverkar anställdas och indirekt vårdtagarnas hälsa. För att inte vara nedbrytande på personalens hälsa måste ständiga påfrestningar med hög arbetsbörda avlösas med nedvarvning och tid för återhämtning och reflektion. Detta rimmar inte väl med den förändringstakt, som vården visat under 90-talet. Samtidigt som vårdens organisation förändrats och personalstyrkan minskat, har arbetskrav, kunskapskrav och tidspress ökat. Samtidigt som patienten alltmer sätts i centrum, har stora nedskärningar skett av den patientnära personalen, undersköterskor och vårdbiträden.

Referenser

- Ahlberg-Hultén G. Psychological demands and decision latitude within health care work. Relation to health care work. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 1999
- Härenstam A, Ahlberg-Hultén G, Bodin L, Jansson C, Johansson K, Karlqvist L, Leijon O, Nise G, Rydbeck A, Schéele P, Westberg H & Wiklund P. MOA-projektet: Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män. Slutrapport II. Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1999:9
- Karasek R & Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York, Basic Books, 1990
- Landstingsförbundet. Kriterier och anvisningar för Qvalitet, Utveckling, Ledarskap. Ett verktyg för verksamhetsutveckling. Stockholm, 1996
- Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G & Schulman A. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1999:6
- Petterson I-L. Health care in transition – Threat or opportunity? Psychosocial work quality and health for staff and organization. Karolinska institutet, Stockholm, 1997
- Petterson I-L & Backman L. Klimatundersökning i Nordvästra sjukvårds/produktionsområdet 1998. Personalens arbetsmiljö kvalitet och hälsa. Rapport från Yrkesmedicin och Nordvästra sjukvårds/produktionsområdet, 1999
- SOU 1999:66, bilaga 1

Arbetsmiljöintervention i vård

Av Inga-Lill Petterson

Inom ramen för de stora förändringarna i vården som helhet och i Stockholms läns landsting och kommuner under hela 90-talet har vårdens kvalitet betonats. Personalens arbetsmiljö och hälsa har dock sällan setts som en aspekt av kvaliteten i vården även om man i slutbetänkandet från utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (SOU 1999:66) menat att god vårdkvalitet för patienten kräver att vårdpersonalen har en god arbetsmiljö och är delaktig i förändringar.

Väsentliga arbetsmiljökonsekvenser för vårdens personal har dock kunnat utläsas i ett flertal undersökningar, som påvisat en alltmer pressad arbetssituation med allt större arbetsbörda fördelad över färre händer till följd av personalbrist. Snäva tidsscheman utan tillgång till personal och ökad IT-användning utan tid för lärande eller tillgång till datorstöd har haft konsekvenser för vårdens arbetshälsa i form av psykisk ohälsa och belastningsbesvär.

Arbetsbördan har lett till att många vill söka sig från vården och att långa sjukskrivningar har ökat bland vårdanställda. Påfrestande arbetsvillkor och otydliga organisatoriska förhållanden har på många håll lett till en ökning av belastningssymtom, psykisk och psykosomatisk ohälsa och utmattning bland personalen. Att försämrad hälsa relaterar till arbetsmiljöns försämring framgår av en studie av svensk sjukhuspersonal, som visade att försämrat socialt klimat, mindre optimal arbetsbelastning med ökad obalans mellan arbete och fritid i kombination med ökad oklarhet i målsättning och ökade arbetskrav förklarade tillsammans 26% av ökad utmattning över tid (Petterson, 1997). Stressens negativa konsekvenser drabbar inte bara enskilda individer och arbetsgrupper utan på sikt även organisationen i form av höga kostnader för sjukfrånvaro, ineffektivitet och minskad produktivitet (Cooper & Cartwright, 1994).

De krympande resurser, som tilldelats vården har framtvingat ökade effektivitetskrav. Rationaliseringar, krav på att producera mera på effektivare sätt, krav på att vara tillgänglig för patienten och hårt pressade väntetider har tydliggjort behovet av att förändra arbetsuppgifter och rutiner i vårdens verksamheter. Förändringsbehov på alla nivåer inom vård och omsorg har ökat betydelsen av intervention och intresset för modeller för att förbättra vårdpersonalens arbete och hälsa inom givna ekonomiska ramar.

Intervention sker delvis genom lagstiftning. Hälso- och sjukvårdslagen¹ och Arbetsmiljölagen² utgör riktlinjer för vad som är god vård- och arbetsmiljökvalitet. Enligt HSL är sjukvårdens mål god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska även förebygga ohälsa och lagen kräver en väl kvalificerad och högt kompetent personal. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet.

Arbetsmiljökvalitet enligt AML ställer krav på att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet genom att fysiskt och psykiskt anpassa arbetet till människors förutsättningar. Arbetet ska enligt lagen ge arbetstagare variation, social kontakt, samarbete och sammanhang mellan arbetsuppgifter, personlig och yrkesmässig utveckling och innebära självbestämmande och yrkesmässigt ansvar. Lagen ger också arbetstagaren rätt att medverka i utformning, förändring och utveckling av den egna arbetssituationen.

Arbetskyddsstyrelsens föreskrift om internkontroll av arbetsmiljön³, som gäller alla arbetsplatser från 1993, tydliggör arbetsgivarens ansvar för att styra arbetsmiljön enligt lagens intentioner. Internkontrollen innebär en kvalitetssäkring av arbetsmiljön genom att föreskriva en hälsofrämjande arbetsmiljö för förebyggande av arbetsrelaterad ohälsa och olycksfall med balanserad arbetsfördelning, tydliga mål och tydligt ledarskap, engagemang, stimulans och utveckling för personalen. Yrkesinspektionen ska genom inspektion på arbetsplatser tillse att lagen följs. Yrkesinspektionen uppger att ökad privatisering inom vård och omsorg försvårat detta arbete⁴. Restriktioner vid brott mot lagstiftningen har däremot varit mera otydliga.

Signaler från vårdverksamheter under 90-talet har pekat på svårigheter att strikt uppfylla lagar och föreskrifter utifrån både patient- och personalperspektiv. Det finns risk för att hög effektivitet och vårdkvalitet sker på bekostnad av personalens arbetsmiljökvalitet och arbetshälsa. Lagstiftarens intentioner är tydliga men tillämpningen motarbetas ibland av ekonomiska intressen.

AML med föreskrifter har alltmer betonat psykosociala och organisatoriska faktorer som väsentliga för det goda arbetet. Även om ledningen formellt ansvarar för att internkontrollen genomförs, ska alla medarbetare (med viss moralisk skyldighet⁵) medverka i utveckling och förbättring av sin egen arbetsmiljö. Internkontrollen lägger ett ansvar på varje arbetsplats att fortlöpande kartlägga och följa upp arbetsvillkoren, vilket

¹ HSL 1982:736; 1985:560.

² AML 1977:1160; 1991:677.

³ AFS 1996:6.

⁴ se kap 2.

⁵ författarens tillägg.

kräver forsknings- och utvecklingsinsatser för att skapa verktyg och modeller för verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.

Lagstiftningen utgör riktlinjen men är inte en tillräcklig strategi för intervention eftersom förändringar kräver förändringsvilja, engagemang och initiativkraft. Allt förändringsarbete måste därför bygga på delaktighet. I slutbetänkandet från HSU 2000⁶ uttrycks delaktigheten i ”utveckling och förnyelse av vården måste bygga på personalens engagemang” och ”utan drivkraft från vårdens utövare sker ingen utveckling av verksamheten”. Förändringsarbete bygger på ett samspel mellan organisationens medarbetare, grundat på personalinflytande och delaktighet och förutsätter öppen kommunikationen mellan ledning och medarbetare, mellan yrkesgrupper och mellan organisatoriska nivåer. I 90-talets vårdverksamhet har samverkan och kommunikation skadats av nedskärning och omflyttning av personal, vilket ofta splittrat väl inarbetade team och arbetsgrupper och skapat revir mellan yrkesgrupper.

Vilka åtgärder som behövs uppfattas olika. Områden som sjuksköterskor prioriterat för arbetsmiljöintervention är arbetsklimat och utvecklingsmöjligheter medan läkare angett förändrad organisation och minskad arbetsbelastning som viktigare.

Interventioner och utvecklingsprojekt för att förbättra arbetsvillkor och arbetshälsa förekommer allt oftare i vården. Få interventioner har utvärderats och framgångsrika utvecklingsprojekt, som pågått i landstingen har sällan förts ut till arbetsplatserna som goda exempel. Inte heller har mindre framgångsrika ansatser, sedda i relation till ekonomiska insatser, utgjort varnande exempel.

I allt förändringsarbete, som drivs i linje med AML och Internkontrollen måste arbetshälsoaspekten beaktas, varför ett långsiktigt och övergripande mål med arbetsmiljöintervention är bättre arbetshälsa. I psykosocialt inriktade interventioner har hälsa ofta definierats som psykiskt välbefinnande medan ergonomiska interventioner riktats mot belastningshälsa och interventioner för att förbättra fysisk-kemisk arbetsmiljö använt medicinska hälsobegrepp. Interventionsforskning har, förutom att utvärdera hälsoeffekter, haft syftet⁷, att öka kunskapen om strategier för interventionsprogram.

Bakgrund till interventionsstudier

Intresset för att studera arbetsmiljö och organisation expanderade under 60–70-talet med Sverige som ett föregångsland. Från början var intresset stort för arbetsmiljökartläggningar men med tiden ökade process- och

⁶ HSU 2000, 1999:66, s.16 och s.82.

⁷ Israel, et.al. 1996.

interventionsstudier med resultatåterkoppling till deltagare. Intervention i arbetsmiljö och organisation har uppkommit ur två olika skolor med olika syften, dels ur stress- och hälsopsykologi, dels ur organisations- och ledarskapspsykologi.

Den första riktningen har haft syftet att förbättra personalhälsan och har utvecklats bland annat inom företagshälsovården. Ur denna riktning har stresshantering uppstått som ett sätt att stärka individers copingresurser och minska deras sårbarhet. Sådana interventioner har syftat till att anpassa individer snarare än att förändra arbetsvillkor (Cooper & Cartwright, 1994; Israel m.fl., 1996) och riktats till enskilda individer eller mindre grupper av anställda (Lees & Ellis, 1990; Larsson & Setterlind, 1991). Hälsoprogram har fått kritik för att enbart ha fokuserat individer snarare än att förändra arbetsvillkoren eller för att åtgärder ofta sätts in när skadan redan är skedd. Stresshantering för att stärka enskilda anställda anses idag inte tillräckligt och ibland även ineffektivt för att förbättra arbetsmiljön utan rekommenderas som en del i ett större interventionsprogram, som också riktar insatser mot själva exponeringen (Bunce & West, 1996; Cahill, 1996). I rapporten från arbetsgruppen för arbetslivsfaktorer till Nationella folkhälsokommittén (1999:1) påpekas just att undervisning kring stresshantering måste kopplas till kartläggning och intervention för förbättrad organisation, dvs. att både individ och organisationsinsatser behövs.

Arbetshälsan som huvudmål för intervention har inte varit självklar. Den riktning, som har utvecklats framför allt av organisationskonsulter i företagsvärlden, har haft huvudsyftet att ändra arbetsmiljövillkor för att öka produktivitet och vinst. Sådana program för organisationsutveckling har kritiserats för att man lagt fokus på produktivitet och vinst snarare än på personalhälsa. På senare år har dessa båda riktningar närmast sig varandra då man insett en vinst i att god arbetshälsa hos personalen samtidigt ökar arbetsmotivation, produktivitet och effektivitet (Cooper & Cartwright, 1994; Elo & Skogstad, 1997). Interventioner som kombinerat syftena har varit mindre vanliga men ökar. Organisatoriska interventioner som har ökad effektivitet som primärt syfte har visat sig förbättra även psykosociala arbetsvillkor, som t.ex. inflytande över beslut, stimulans, stöd och arbetskrav (Theorell, 1993).

Intervention i forskning och utvecklingsarbete

Intresset för interventioner för att förbättra arbetsmiljö och hälsa för vårdpersonal har ökat under senare år. Behovet finns på alla nivåer inom vård och omsorg. Vilka åtgärder, som behövs uppfattas olika. Områden som sjuksköterskor prioriterat för arbetsmiljöintervention är arbetsklimat och utvecklingsmöjligheter medan läkare angett förändrad organisation och minskad arbetsbelastning som viktigare (Pettersson & Arnetz, 1997).

Interventioner för bättre arbetsmiljö och arbetshälsa förekommer allt oftare som utvecklingsprojekt i vården men färre har utvärderats och kunskapsspridning från goda exempel är otillräcklig. En stor del av de 12 miljarder kronor, som Arbetstlivsfonden (ALF) från 1990 fördelade till stöd för arbetsmiljöförbättrande åtgärder och utveckling av lokala arbetsplatser har använts för att förbättra vårdarbetsmiljöer. Framgångsrika utvecklingsprojekt, som pågått i landstingen har dock sällan förts ut till arbetsplatserna som goda exempel på förändringsverksamhet. Enligt Pingel & Robertsson (1992) saknades utförlig redovisning för 60% av lokalt förändringsarbete i början av 90-talet.

Intervention betyder åtgärd, ingripa(nde). Ingripandet eller åtgärden riktas vanligen mot exponering i arbetsmiljön även om det långsiktiga målet är förbättrad arbetshälsa. Intervention kan innebära förbättringsarbete av varierande omfattning, från lokala insatser för förändring av ett enskilda arbetsmoment eller arbetsvillkor till att omfatta ett helt program av åtgärder med ingripande på flera nivåer i organisationen samtidigt.

Gränsen mellan forskning och utvecklingsarbete när det gäller arbetsmiljöintervention är flytande. I bägge fallen måste interventionsprogram utvärderas för att påvisa om insatta åtgärder har nått sitt syfte. Berg och Bjärås (1996) särskiljer utvärdering, kvalitetssäkring och forskning. De menar att utvärdering visar om ett interventionsprogram haft effekt medan kvalitetssäkring sker som en fortlöpande process i verksamheten. Forskningens uppgift är enligt författarna att öka kunskap och förståelse för orsaker och hur dessa kan påverkas. Idag kombineras ofta forskning och praktik genom att forskare involveras i utvärdering av interventionsprogram (Israel m.fl., 1996).

Interventionsforskning har haft två syften, dels att främja hälsa och förhindra arbetsskador och arbetssjukdom, dels att öka kunskapen om hur interventionsprogram ska genomföras för att nå bäst resultat, dvs. faktorer för framgångsrika interventioner (Israel m.fl., 1996). När gränsen mellan forskning och praktik minskar, ställs större krav på planering och uppläggning av interventionsstudier. Jämförelsegrupp framhålls som viktig i forskning kring interventionseffekter för att kontrollera för andra händelser som påverkar interventionsprocessen. Kontrollgruppens betydelse kan dock ifrågasättas då både kontroll- och interventionsgrupp under uppföljningstiden påverkas av yttre händelser men på olika sätt (Pettersson & Arnetz, 1998). Viktigare är att interventionsprogrammet föregås av en basmätning för att renodla eventuella effekter. Uppföljningstider för mätning av effekter har varierat i litteraturen och frågan om lämplig tidpunkt för mätning av effekter är ännu obesvarad (Israel m.fl., 1996). Inte heller finns belagt i vilken utsträckning uppnådda effekter är bestående, varför uppföljningar bör göras kontinuerligt under längre tid (Orth-Gomér m.fl., 1994; Bunce & West, 1996).

Syften, målgrupper och strategier i interventionsstudier

Man skiljer mellan primär, sekundär och tertiär intervention. Primär intervention syftar till att förebygga eller förhindra stress genom att förändra arbetsmiljön och stärka/stödja individer. Sekundär intervention syftar till att hantera redan identifierad stress medan tertiär intervention avser att behandla/rehabilitera individer när skada eller ohälsa redan uppstått. I detta kapitel koncentreras på primär och sekundär prevention. Preventiva interventioner för att förhindra skada, minska stress och främja hälsa ökar (Israel m.fl., 1996).

Syften, strategier, målgrupper och områden för interventionsprogram har visat stora variationer i litteraturen. Preventiva interventioner har genomförts för att hantera exponering inom olika områden, t.ex. miljö-, ergonomisk och fysisk och/eller psykosocial belastning. Syftet har oftast varit minskad stress/ohälsa eller förbättrad säkerhet på arbetsplatsen. Målgrupp för förändring har varit individ, grupp eller organisation. Interventionsstrategin har varit att förändra arbetsförhållanden och/eller stärka individer.

Interventionslitteraturens stora variationer i program och strategier har pekat på behovet av en övergripande referensram för större interventions- eller arbetshälsoprogram på såväl grupp-, organisations- som samhällsnivå (Israel m.fl., 1996).

Oftast har interventionen inriktats mot en typ av exponering och mot antingen den som utsätts för exponering eller mot själva exponeringen. Interventionsprogram för att reducera anställdas exponering kan innebära att förändra miljön eller förändra policy, information, förändring av betende, förbättring av metoder och utrustning. Kilboms översikt (1988) av ergonomiska interventioner visade att förändring av arbetsmiljön var effektivast för att minska arbetsrelaterade ryggbesvär. Sedan översikten gjordes har fysisk arbetsmiljö förbättras, varför förändring av arbetsorganisation och psykosociala faktorer blivit viktigare för att minska belastningsbesvär. Få interventionsstudier har dock riktats mot samspelet mellan stress och belastningsbesvär. De som förekommer har drivits av fack och arbetare/ledning tillsammans och initierats av hög sjukfrånvaro och förlorad arbetstid. Psykosociala interventioner har genomförts i offentlig service, tillverkningsföretag eller sjukvårdsorganisationer och har haft syftet att minska stress av bristande kommunikation, konflikter mellan ledning och medarbetare, otydligheter i ansvar och prioritering och brist på självständighet. Andra interventioner har haft syftet att öka anställdas möjligheter att hantera psykosocial stress genom utbildning och kompetensutveckling eller att öka resurser som socialt stöd och inflytande över beslut på arbetsplatsen. Interventionen inriktas då ofta på att förbättra det organisatoriska klimatet för att underlätta anställdas medverkan i beslutsprocessen. Cahill (1996) menar att organisatoriska förändringar bör ha

målsättningen att öka anställdas självständighet, kontroll, anställningstrygghet, kompetens, stöd och fysiska arbetsmiljövillkor, balans i arbetskrav samt förbättra individuella copingstrategier i samband med att man genomför andra strukturella förändringsansatser. Den vanligaste psykosociala interventionen har varit strategier för att mildra stressymtom med t.ex. avslappningsteknik. I interventioner för att förbättra psykosociala arbetsvillkor har hälsa ofta definierats som psykiskt välbefinnande.

Framgångsfaktorer för arbetsmiljöintervention

Syftet med flera studier inom interventionsforskningen har varit att öka kunskapen om framgångsrika interventioner. Nya kunskaper har nåtts kring hur interventionsprogram byggs upp, förankras, genomförs och utvärderas. Israel m.fl., (1996) pekar på viktiga framgångsfaktorer, som bör beaktas i praktiskt arbete med interventioner.

- Ingripande på en nivå påverkar ofta andra nivåer i organisationen. Organisatoriskt sammanhang gör interventionsprogram effektivare, dvs. om programmet riktas mot flera nivåer samtidigt (individ, arbetsgrupp, organisation) men med olika strategier. Enbart individriktad stresshantering (t.ex. avslappning) är inte tillräckligt.
- Skräddarsydda interventionsprogram för lokala behov är mer framgångsrika. Problemidentifiering, behov och resurser behöver dock förankras i organisationen som helhet.
- Gemensam referensgrupp för anställda, fack och ledning bör utses tidigt i processen. Kanaler till högsta ledning ger tillgång till beslutsfattare, resurser, kunskap och tid.
- Stöd från ledning och fackorganisationer är viktigt för att nå resultat. Bristande uppmärksamhet från dessa blir ett hinder och signalerar att interventionen har låg prioritet.
- Train-the-trainer -metoden (representanter kompetensutvecklas för att föra budskapet vidare till andra) är effektiv för kunskapsspridning men har begränsad framgång för att få förändringar till stånd. Metoden är gynnsam för aktiva deltagare och bör vara en del av en större strategi.
- Förändringsarbete är tidskrävande. Kortsiktiga men synliga delmål förstärker processen. Feedback i grupp är viktig.
- Allas delaktighet är en förutsättning för att nå förändring. Delaktighet och kontroll över planering, implementering och utvärdering har en hälsoeffekt i sig. Det är inte klart påvisat när interventioner bör riktas till hela eller till delar av organisationen.
- Klara roller och tydligt ansvar är betydelsefullt för interventionsprocessens fortlevnad. Både uppifrån- och underifrån-strategier kräver en

infrastruktur för roll- och ansvarsfördelning, kommunikationskanaler och gemensamma beslut.

- Externa konsulter-forskare-utbildare kan bidra till framgång men vara en utmaning på grund av skillnader i mål, intressen, värderingar samt syn på metoder och kontroll på grund av olika betoning på forskning eller utvecklingsarbete. Olika synsätt måste lyftas fram. Att integrera forskning i interventionsprocessen underlättar hantering av design, metoder, datainsamling och utvärdering. Utvärdering bör planeras in från början med många olika utfallsmått anpassade till målen för förändringsarbetet.
- Hänsyn till det bredare sammanhang i vilket en intervention äger rum är nödvändigt och yttre förändringar och hot måste följas under processens gång. Effekter av organisationsnedläggning, personalnedskärning eller förändring i ledningen går ej att förutse eller påverka men måste medvetandegöras. Akuta krishändelser har visat sig öka mottagligheten för förändringsarbete och preventiva interventioner har varit mera framgångsrika vid akut än vid kronisk stress.
- Ett interventionsprogram bör ha länkar till andra strategier i organisationen. Det finns ökat stöd för att interventioner med syfte att förebygga hälso- och säkerhetsrisker lyckas bättre om de överensstämmer med syftet att förbättra produktivitet och kvalitet.
- Långsiktig struktur och process krävs för organisatoriskt lärande. Kunskap måste överföras och byggas in i organisationen för fortlevnad efter projektiden. Lärandeprocessen är viktig som bas för nya organisatoriska förbättringsinterventioner.
- Effekter av förbättringsåtgärder måste utvärderas med flera mätbara mått som kan jämföras vid olika tidpunkter i förändringsprocessen för att man ska se resultat av det arbete som läggs ner.

Exempel på interventioner i vårdarbetsmiljö och organisation

Vikten av dessa framgångsfaktorer kan bekräftas i interventioner som genomförts på arbetsplatser i hälso- och sjukvården.

Brister enligt flera av punkterna i föregående avsnitt utgjorde hinder för förändringsprocessen i utvecklingsprojektet "Nytt arbetssätt", som startade 1996 i Stockholms läns landsting. Projektet initierades centralt av ansvariga politiker och tjänstemän med avsikt att involvera olika grupper i organisationen. Hindren gjorde att projektet efter en årslång planeringsfas stagnerade och fick avbryta sin avsedda inriktning. En utvärdering av projektets planeringsprocess (Parmander, 1999) pekar på hinder och möjligheter för att planera och driva framgångsrikt förändringsarbete i hälso- och sjukvårdsorganisationer. Utvärderingen pekar på flera skäl till att interventionsprojektet misslyckades: Projektet initierades uppifrån med låg delaktighet av dem som berördes av förändringsarbetet, projektiden förankrades inte på alla nivåer i organisationen, central och

lokal ledning deltog inte aktivt i förändringsarbetet. Förändringsarbetet drevs av medarbetare med dålig förankring uppåt i organisationen, projektet hade otydliga visioner och mål, kommunikationen var bristfällig, rollerna oklara och demokratisk dialog saknades. Revirgränser motarbetade samverkan och deltagarna saknade möjlighet till större ansvar och handlingsutrymme. Slutsatsen är att alla nivåer måste vara delaktiga i förändringen, vilket innebär initiativ och påverkan både uppifrån och nerifrån.

Demokratisk dialog innebär att alla involverades arbetserfarenheter från olika delar av organisationen är lika viktiga och måste tas tillvara (Zamore & Svärd, 1997). Delaktighet måste ibland av praktiska skäl ske via representantskap.

Train-the-trainer är en metod, som prövas i ett pågående projekt inom äldrevården i en kommun i Stockholms län. Ett urval av undersköterskor och vårdbiträden kompetensutvecklas till förändringsledare för att i sin tur utveckla och engagera annan personal. Syftet är att förbättra inflytande och kontroll vilket i sin tur förväntas ge effekter på arbetsorganisation, ledarskap, vårdkvalitet och personalens arbetshälsa. Projektet pågår till år 2001 och kombinerar forskning och praktik.

Interventionsstudier har ibland kritiserats för brist på kontroll- eller jämförelsegrupp. Om kontrollgrupp är relevant eller ens möjligt i interventionsstudier har diskuterats. Varsel, omorganisation och nedskärning av personal är vanliga störningar i vårdorganisationer och kan drabba interventions- och kontrollgrupp på olika sätt. Interventionsprocessen bör därför följas över tid med flera mättillfällen. Tidsaspekten vid uppföljning är viktig och uppföljningstider har varierat i litteraturen. Effekter kan vara flyktiga, andra kan uppstå senare i förändringsprocessen. Studien visar också att interventionsprogram kan ha det dubbla syftet att öka effektiviteten och att förbättra personalens arbetsmiljö och arbetshälsa. I exemplet nedan redovisas också hur en yttre händelse, som påverkade interventionen kunde hanteras i utvärderingen när studien saknade kontrollgrupp.

Organisatorisk intervention för bättre arbetsmiljö och effektivitet (Petterson & Arnetz, 1998)

Syfte: Syftet med en intervention på ett sjukhus var förbättrad arbetsmiljö, effektivitet och vårdkvalitet.

Deltagare: Samtlig personal på ett sjukhus.

Metod: En intervention genomfördes för all personal på ett svenskt regionsjukhus. Förbättringsarbetet baserades på klinikvis resultatåterkoppling av en enkät. Mål för förändringsarbetet diskuterades och skrevs in i klinikernas verksamhetsplaner.

Resultat: Studien är ett exempel på när interventionsprocessen störs av yttre händelser och kontrollgrupp saknas för utvärdering av effekter. Ett varsel om 20%-ig nedskärning av personalen störde interventionsprocessen omedelbart före uppföljningstillfället efter ett år. Totalt i organisationen försämrades upplevd arbetsmiljö mätt med flera mått. Utbrändhet och psykosomatisk ohälsa ökade. På så sätt visade interventionen inga förbättringar. Bristen på kontrollgrupp inriktade i stället utvärderingen på framgångsfaktorer för arbetsmiljöförbättrande intervention. Kliniker med skattad hög aktivitet i förbättringsarbetet jämfördes med mindre aktiva kliniker. På samma sätt jämfördes kliniker där delaktighet och attityd hos personalen respektive klinikchefens inställning var kriteriet för att dela in kliniker. Resultatet pekade på att arbetsmiljöförbättrande intervention hade större effekt om framgångsfaktorer som hög aktivitet i förbättringsarbetet, starkt engagemang från ledningen, förändringsvilja och delaktighet hos personalen, gemensam målsättning och strävan hos personal och ledning samt stöd för personalens resurser (socialt stöd, kontroll och initiativkraft) var tillgodosedda.

Slutsats: Studien visade framgångsfaktorernas betydelse för att nå effekter av ett interventionsprogram. På kliniker med bra framgångsfaktorer förhindrades en sämre utveckling av arbetsmiljö och hälsa vid hot om arbetslöshet jämfört med kliniker med mindre bra framgångsfaktorer.

Kontakta: email: inga-lill.petterson@smd.sll.se

En organisatorisk intervention bör ske inom ramen för verksamhetens mål. Vårdarbete är ett lagarbete kring patienten. All personal måste uppleva sin roll och sitt bidrag till helheten för att känna engagemang, varför tydlig målsättning är viktig, särskilt för personal som inte arbetar direkt med patienten. En förutsättning för att vårdpersonal ska kunna ge god vård är fungerande organisation och god arbetshälsa.

Internkontroll innebär kvalitetssäkring av arbetsmiljön. Internkontroll av arbetsmiljön liksom verksamhetsprogram åligger alla arbetsplatser, även inom vården. Formellt ingår detta i ledningens ansvar. Alla medarbetare har enligt AML möjlighet och ett moraliskt ansvar, att medverka i utformning av den egna arbetsmiljön. Allt förändringsarbete måste bygga på delaktighet. Longitudinella studier över organisationsförändringar har visat att den berörda personalens inflytande över och aktiva medverkan i förändringsarbetet är en grundläggande förutsättning för projektets framgång, vilket bekräftats i en enkät till 357 projektledare för ALF-projekt (Zamore & Svärd, 1997). Exempel på en organisatorisk intervention byggd på allas delaktighet, som är förankrad på alla nivåer i organisationen men genomförd på lokala arbetsplatser redovisas nedan. En enkät

utgör basmätning. Återkoppling av enkätresultat bör utgöra bas för diskussion och formulering av förbättringsmål. Genomförda förbättringsaktiviteter behöver följas upp med ny enkät.

Arbetsplatsprofiler i ett sjukvårds/produktionsområde i SLL
(Pettersson & Backman, 1999)

Syfte: Syftet med ett interventionsprojekt, initierat av ledningen i ett av Stockholms sjukvårds/produktionsområden, var att utveckla en metod som gav hjälp i internkontrollarbetet samt gav ett konkret underlag för kvalitetsutveckling på arbetsplatserna.

Deltagare: All personal på samtliga 135 arbetsplatser inom administration, primärvård, psykiatri och geriatrik

Metod: Interventionen startade med en enkät för att ställa diagnos över arbetsmiljön. Programmet hade ett organisatoriskt sammanhang men genomfördes lokalt på varje arbetsplats. Förankring hade skett i förväg på alla ledningsnivåer i organisationen samt hos alla medarbetare för att öka delaktigheten. Resultat återfördes i form av en Arbetsplatsprofil till respektive arbetsplats, baserad på arbetsplatsens egna resultat och avsedd som underlag för internkontroll, verksamhets- och handlingsplaner och för enhetens förbättringsarbete. Utifrån Arbetsplatsprofilen samt handledning om metodens användning, för personal och ledning gemensamt en dialog kring styrkor och svagheter på sin enhet, möjligheter och mål för förbättringar samt aktiviteter för att nå målen.

Resultat: En planerad uppföljning med samma enkät efter ett år för att utvärdera effekterna av förbättringsarbetet förhindrades av flera yttre händelser, organisatorisk förändring, nya politiska direktiv, personalomflyttningar samt ny chef i högsta ledningen. En utvärdering efter 1 år visade att de flesta arbetsplatser använt arbetsplatsprofilen för att påbörja en diskussion kring egna arbetsmiljön men att färre hade hunnit genomföra åtgärdsplaner. Förbättringsarbetet hade hindrats av brist på tid på grund av hög arbetsbelastning och tidspress samt brist på chefsstöd.

Slutsatser: Studien visar att omorganisation och yttre händelser kan hindra processen och att tid och chefsstöd är viktigt för att legitimera och realisera förändringsmål. En viktig slutsats är att förankring måste ske hos både ledning och medarbetare. Arbetsplatser har olika problem varför förbättringsarbete bör diskuteras lokalt och involvera alla berörda. Tydlighet i ansvar och befogenheter krävs för att legitimera förändringar och lokala initiativ behöver stöd från övergripande ledningsnivå.

Kontakta: email: inga-lill.pettersson@smd.sll.se eller lena.backman@smd.sll.se

Chefsstödet betydelse kan inte nog påpekas för framgång i förbättringsarbete. Otydliga befogenheter gör chefstödet svagt. Osäkerhet om hur man ger stöd pekar på vikten av kompetensutveckling för att utveckla ledarskapet. En studie av ledarutveckling inom SLL visar att dagens ledarskap i större utsträckning än tidigare innebär lyhördhet, förståelse och stöd till medarbetare och att egenskaper som förmåga att delegera ansvar och uppgifter, utvecklings- och förändringsförmåga samt vilja och förmåga till samarbete är viktiga. Sådana egenskaper är betydligt viktigare i dagens ledarskap än att vara en styrande auktoritet. Framtidens ledarskap handlar mera om att motivera medarbetare än att styra verksamheten (Bihari-Axelsson m.fl., 1998). Ledarskap har ibland liknats vid att vara en

trädgårdsmästare vars viktigaste uppgift är att skapa god jordmån och förutsättningar för plantor att gro, växa och ge avkastning (Ekvall, 1991).

Betydelsen av självvald arbetstid har undersökts i ett fåtal studier och resultat från dessa pekar på positiva effekter av långtgående inflytande på arbetstiden (Åkerstedt, 1996; Åkerstedt m.fl., 1996). Konsekvenser för anställda med flexibla arbetstider på sex kliniker vid olika sjukhus i landet utvärderades retrospektivt och visade att hög nivå av flexibilitet har samband med positiva attityder till arbetstiden, mindre sociala besvär och hög arbetstillfredsställelse. Bäst resultat hade kliniker med självvalda arbetstider. Fyra modeller jämfördes, traditionell modell med strikt schema, flextid med valfri arbetstidsförläggning, timbank med insättning/uttag samt poängvärdemodell med lön beräknad på uppnådd poäng. Den senare modellen var mest flexibel och individanpassad. Sammanfattningsvis hade hög grad av inflytande i ett flexibelt arbetstidssystem positiva effekter på upplevd arbetsmiljö. Attityden till arbete förklarades främst av inställning till arbetstiden, där möjligheten att själv påverka arbetstiden var viktigast.

Liknande modeller har varit förbättringsmål för olika interventionsprojekt i landstingets regi. Flexibelt arbetsliv är övergripande namn på en rad förbättringsprojekt i SLL. Interventionerna har berört såväl arbetstidsmodeller som kompetens- och kvalitetsprojekt med dubbla syften, personalens trivsel och hälsa och effektivitet för organisationen. Inom ramen för projektet *Flexibelt arbetsliv* har 36 lokala förändringsprojekt framgångsrikt genomförts i SLL under åren 1997–99. Målet var effektivare verksamhet, jämnare bemanning, mindre stress, ökad arbetstrivsel, bättre delaktighet och inflytande för anställda. Många har medverkat och mer än hälften av projekten har permanentats.

Interventioner för nya arbetstidsmodeller, kompetens- och kvalitetsutveckling inom ramen för projektet 'Flexibelt arbetsliv' i Stockholms läns landsting (SLL, 1999)

Syftet med nya arbetstidsmodeller för bemanning och schemaläggning, individuellt rörliga eller förkortade arbetstider och minskad övertid var ökad trivsel och bättre vårdkvalitet samt i vissa fall minskad sjukfrånvaro. Projekt med nya modeller för kompetens- och kvalitetsutveckling har syftat till ökad kompetens, förbättrad arbetsorganisation och ökad effektivitet.

Deltagare: Personal på 22 arbetsplatser i Stockholms läns landsting.

Metod: Olika arbetstidsmodeller har prövats, time care, flextid, tvättstugemodell, tre-skift, önskeschema, tidomat, årsarbetstid med individuella scheman och timbank. Poängmodellen (varje arbetspass poängsätts och lön beräknas på uppnådd poäng) ger störst frihet. Fem projekt har infört förkortad arbetstid, 1–5 timmar/vecka, med hjälp av manuella eller datoriserade tidssystem. Nio projekt har arbetat med förbättrad arbetsorganisation och sex med kompetens- och kvalitetsutveckling. Kompetens- och organisationsutveckling har ofta skett samtidigt. Åtta projekt har prövat nya modeller för personalutveckling med arbetsrotation eller kontinuerlig vidareutbildning. Fem projekt har drivit kvalitetsutveckling med åtgärder för att platta organisationen eller kvalitetssäkra med QUL eller OG. För långsiktig förändring av attityder och arbetssätt har förbättringsprojekt integrerats i dagliga verksamheten, där lokala behov påverkat projektutformningen. Projekten har genomförts i samverkan med fackorganisationerna.

Resultat: Nya arbetstidsmodeller har haft positiva effekter för både arbetstagare och organisation. Valfri arbetstid har uppskattats, givit påverkansmöjlighet, delaktighet och inflytande, minskad sjukfrånvaro och förbättrat samarbetet mellan yrkesgrupper. Projekten har lett till ökat ansvar för egen tid och större möjligheter för läkare att ta ut kompensationsledighet. Ingen arbetsplats har minskat sin personal. Effekter som ökad samverkan, förståelse för andra yrkesgrupper, effektivare rutiner och ökad vårdkvalitet har påvisats. Framgångsfaktorer är ledningsstöd, allas delaktighet, att arbetstids- och organisationsförändring följs åt samt att kontinuerlig uppföljning planerats från början. Utöver lokala utvärderingar, utvärderas nio projekt centralt av Psykologiska institutionen vid fyra tillfällen under tre år. Utvärderingen har hittills visat att arbetsvillkor samverkar med tidspress, kompetensutnyttjande och delaktighet. Kompetensutnyttjande, inflytande, möjligheter att ge god vårdkvalitet, effektivitet och stöd har ökat. Stöd från ledningen är sämre. Samarbetet har förbättrats. Delaktighet är avgörande för kvalitet och arbetshälsa och skillnader mellan arbetstidsmodeller förklaras mer av delaktighet än av arbetsbelastning. Framgångsfaktorer är arbetsgruppens stöd, förändringsvillig arbetsledning, som styr mot förändringsmålen, självbestämmande, rimlig arbetsbelastning och tidspress, tid för patienten och för lärande, förankring hos all personal och tillfredsställelse med schemaläggning.

Slutsatsen är att effekter gynnas av stark förankring i ledningen och personalens delaktighet. Slutsatsen för arbetstidsprojekt är att inte arbetstidsmodellen i sig utan hur den utformas, genomförs och fungerar i praktiken, självkänsla, personligt ansvar samt ledningens sätt att organisera avgör framgången. Yrkesgruppskillnader är små. All personal har behov av datorstöd.

Kontakta: <http://www.sll.se/personal/flexibeltarbetsliv>

Arbetslivsfonden gav ekonomiskt stöd för förbättringar av arbetsmiljö och produktivitet på alla slags arbetsplatser i Sverige. Få ALF-projekt har utvärderats med avseende på effekter. Forskare har sällan varit inkopplade från början, vilket gjort att utvärdering oftast skett retrospektivt. I Stockholms läns landsting startade 32 projekt under 1990 och 1991 med stöd av fonden för förbättring av arbetsmiljön, rehabilitering, friskvård,

ergonomi, arbetsorganisation och kompetensutveckling. Projekten täckte olika verksamheter inom landstinget, öppenvården, psykiatri och medicinsk vård. Projekten genomfördes av anställda och chefer eller endast personal och bara i få fall med stöd av konsulter. Utvärderingen har ej berört effekter på grund av svårigheten att skilja effekter av projekten från andra orsakade av samtidigt pågående organisationsförändringar. En retrospektiv utvärdering av interventionsprocesserna i de lokala projekten med hjälp av intervjuer av projektledare och deltagare (Brunnberg m.fl., 1996) pekar på vikten av förankring av organisatoriska förändringar hos berörd personal, aktiv medverkan av de anställda och tid och utrymme i organisationen för att befästa förändringar.

Behovet av handledning har ofta framförts av personal i vården. Handledning har lång tradition inom psykiatrin, där den på grund av arbetets komplexitet och föränderlighet är ständigt pågående. I somatisk vård är handledning däremot sällsynt trots behovet, framför allt i primärvården. Handledning av personal på vårdcentraler har genomförts som ett unikt interventionsprojekt. Ett syfte med handledning är att deltagarna tillsammans med en handledare tar tillvara och utvecklar gruppens samlade kompetens, vilket ska komma patienten till godo. Försöket har utvärderats (Brunnberg & Löfgren, 1997) och visar att handledning som metod att styra processen i teamutveckling kan rekommenderas men kräver tydligt definierat syfte och regelbunden uppföljning och utvärdering. Samtliga grupper i försöket ville fortsätta handledningen i blandade grupper eller i grupp med yrkeskollegor. Tid krävs för att bygga upp trygghet, att enas om handledningens användningsmöjligheter och att våga diskutera svårigheter i arbetet.

Rörelseorganens sjukdomar har länge varit den dominerande anledningen till sjukfrånvaro och förtidspensionering och belastningsfaktorer den proportionellt vanligaste orsaken till anmäld arbetsskada (Hertting, 1998). Av en rapport från Örebro läns landsting framgår vidare att kvinnor sjukskrivs oftare än män och att minskade sjukskrivningsfall och arbetsskadeanmälningar av belastningsbesvär under 90-talet måste ses i relation till att sjuknärvaron ökat och att fler utnyttjat komledighet och semester vid smärta i stället för att anmäla sjukfrånvaro. Vissa yrkesgrupper i vården är mer utsatta för tunga lyft och belastningsbesvär. Flera exempel finns på interventionsprogram för att minska belastningsbesvär i vårdarbetsmiljön.

Effekterna av att inrätta "ergonomiska team"
(Evanoff -99, Bohr et al -97)

Syfte: Studera om inrättandet av ett "ergonomiskt team" påverkade antal arbetsskador, antal sjukskrivningsdagar, upplevda besvär i rörelseorganen, trivsel, socialt stöd och upplevd stress i arbetet.

Deltagare: 100 sjukhusvaktmästare på ett amerikanskt sjukhus + kontrollgrupp.

Metod: Ett "deltagande ergonomiskt team" bestående av 3 vaktmästare, en arbetsledare och 1 ergonom bildades. Detta team fick till att börja med en dags utbildning i ergonomi. Därefter försökte de tillsammans med sina arbetskamrater kontinuerligt identifiera och åtgärda riskfaktorer i arbetsmiljön. Mätningar före och 2 år efter införandet av dessa team gjordes med andra sjukhusanställda som kontrollgrupp.

Resultat: Vid 2 års uppföljningen fann man hos vaktmästarna minskad risk för arbetsskada, minskat antal sjukskrivningsdagar, minskat antal med besvär i rörelseorganen och minskad upplevd stress i arbetet. Dessutom ökade arbetstrivseln och det upplevda stödet som man fick i arbetet.

Slutsats: Genom att hos sjukhusvaktmästare införa ett ergonomiska team erhöles stora förbättringar i hälsa och säkerhet.

En internationell studie visar att ett omfattande interventionsprogram med olika åtgärder riktade både mot individ och arbetsplats kunde minska ryggbelastningen hos undersköterskor och vårdbiträden.

Arbetsplatsåtgärder och individuella åtgärder för att minska ryggbelastningen hos vårdpersonal (Garg & Owen, 1992)

Syfte: Utvärdera om ett 4 år långt ergonomiskt interventionsprogram medförde minskad ländryggsbelastning hos 57 undersköterskor och vårdbiträden som arbetade på två vårdavdelningar.

Ergonomiskt program

Arbetsplatsåtgärderna bestod av: Ombyggnationer t.ex. anpassning av tvättställ till rullstolsnivå, justering av handtag vid toaletten så att duschstolen kunde köras över toalettstolen och anpassning av duschutrymmen för att underlätta transporter med duschstol. Inköp och anpassning av hjälpmedel t.ex. specialliftar för att få upp patienter från golvnivå och en kombinerad lift och våg. Anpassning av patientkläder för de patienter som var beroende av lift för toalettbesök. Klassifikation av patienternas fysiska förmåga och hjälpberoende som markerades på resp. patientsäng vilka hjälpmedel som skulle användas. Individuella, namnade gångbälten till alla patienter som hade behov av sådant

De individuella åtgärderna omfattade: 2x2 tim ergonomisk instruktion och träning i att använda liftar, gångbälten och duschstol för samtliga sköterskor, undersköterskor och vårdbiträden, uppföljning och hjälp med tillämpning i 4 veckor.

Utvärderingen jämförde följande parametrar före och efter interventionen: incidens av ryggsador i arbetet, antal frånvarodagar på grund av ryggsador i arbetet, laboratoriesimulering för beräkning av kompressionskrafter på L5-S1-disken, krav på generell styrka resp. handstyrka i vissa patientförflyttningar, tidsåtgång för 12 olika patientförflyttningar, skattning av upplevd ansträngning (Borg CR14)

Resultaten 4–8 mån efter avslutad intervention visade på: Incidensen ryggsador i arbetet halverades från 83 → 47 st /200000 arbetstimmar. Antalet frånvarodagar på grund av ryggsador minskade från 634 → 0 dagar /200000 arbetstimmar. Ländryggsbelastningen vid varje enskild patientförflyttning minskade med mer än hälften. Styrkekraven minskade, vilket innebar att dubbelt så många av den kvinnliga personalen klarade att genomföra den mest krävande förflyttningen. Tidsåtgången för förflyttningar med gångbälte och lift ökade. Den upplevda ansträngningen minskade från ansträngande till mycket lätt. Långtidsuppföljning saknas och författarna rekommenderar vidare studier i andra miljöer för att kunna generalisera resultaten.

Inom SLL fanns tidigare rygghälsovårdsinstruktörer med ansvar för att utbilda ryggombud i vården samt hålla i introduktionsutbildning av nyanställd personal. Tjänsterna drogs in i början av 90-talet men nätverket mellan de dåvarande instruktörerna fortlever.

Kartläggning av rutiner för utbildning i förflyttningsteknik för sjukvårdspersonal på geriatriska kliniker i Stockholms läns landsting (Pernold G)

Bakgrund: En HSN utredning i slutet av 70-talet påvisade hög frekvens av ryggbesvär hos sjukvårdspersonal i Stockholms läns landsting och konstaterade att arbetstekniken var dålig hos flertalet. Detta ledde så småningom till att Rygghälsovårdsgruppen bildades för att arbeta för en bättre introduktion av nyanställd personal och kontinuerlig utbildning i arbetsteknik. I varje förvaltningsområde inrättades befattningar som rygghälsovårdsinstruktör, som organisatoriskt var knutna till utbildningsenheterna. Instruktörerna var sjukgymnaster som fick en särskild utbildning av företagshälsovården. Ryggombud rekryterades bland erfarna vårdbiträden/undersköterskor som skulle fungera som handledare ute på vårdavdelningarna. De fick en 5-dagars utbildning av rygghälsovårdsinstruktörerna med 1–2 uppföljningar per termin. Instruktörerna hade även ansvar för introduktionsutbildningen av nyanställd personal. I början av 90-talet drogs tjänsterna in, men nätverket mellan de dåvarande instruktörerna fortlever.

Telefonintervjuer genomfördes under januari 2000 med vårdadministratörer och/eller paramedicinska chefer inom de geriatriska klinikerna i Stockholms läns landsting. Frågorna som ställdes var bland annat:

- Finns det i organisationen fastställda rutiner för utbildning av vårdpersonal i förflyttningsteknik?
- Vem ger utbildningen?
- Vilka personalgrupper får utbildningen?
- Hur ofta ges utbildning? Sker den regelbundet eller vid behov? Uppföljningstillfällen?
- Hur lång är utbildningen? Vad innehåller den?
- Hur många deltagare är det vid varje utbildningstillfälle?

Resultat: Det är få som har svarat att man har rutiner för återkommande utbildning. På ett par sjukhus är det sjukgymnasterna som tar initiativ till att en gång om året inbuda all vårdpersonal till undervisning i förflyttningsteknik, på andra ställen är det på önskemål från chefsjuksköterskor eller vårdpersonalen som man anordnar utbildning och det är oftast de egna sjukgymnasterna som håller i det. En arbetsgivare köpte tjänsten från företagshälsovården, som fick sätta ihop ett utbildningspaket. Undervisning/utbildning som introduktion för nyanställda förekommer på flera ställen. Det vanligaste är att man håller introduktionen när man fått ihop en lagom stor grupp, vilket kan bli 1–2 ggr/år. Flera av sjukgymnasterna vi talat med har intrycket att det inte verkar vara något prioriterat område. Många anmäler sig men när det är dags för kursen är det ofta få som kommer. Undervisningen består genomgående av teori och praktik blandat och hålls i särskild lokal med max 7–8 personer per grupp vid de praktiska övningarna. Kurserna omfattar mellan 1 och 2,5 timmar. Dessutom har sjukgymnasterna ofta patientanknuten "bedside-undervisning" på sina avdelningar.

På en geriatrisk klinik i Stockholm har verksamhetschefen beslutat lägga mera resurser på rygghälsovården och sedan i maj 1999 har man påbörjat en utbildningsverksamhet för all vårdpersonal. En sjukgymnast och en arbetsterapeut har utbildats av The Stockholm Training Concept och inom ramen för sina ordinarie arbetsuppgifter fått lägga upp och ansvara för utbildningen av vårdpersonalen. Alla får gå en "kurs" på 2x3 timmar en gång i veckan, där allmän förflyttningsteknik går igenom och alla får möjlighet att ställa frågor. Avsikten är att verksamheten skall bli permanent.

Kontakta: email: gunilla.pernold@smd.sll.se

Exemplen i rutorna visar ett axplock av interventioner kring personalens arbetsmiljö och hälsa i vården. Stora resurser i både tid och pengar satsas och många goda ansatser till förbättringar sker. Det är ytterst viktigt att man redan i planeringsstadiet tar hänsyn till de kunskaper som finns kring framgångsfaktorer, som gör förbättringsarbete framgångsrikt.

Sammanfattning

Effektivitetssträvanden har framtvingat en optimal hantering av resurser och lyft fram behov av att förändra arbetsuppgifter och rutiner, förbättra inflytande och delaktighet, öka kommunikationen mellan ledning och medarbetare, mellan yrkesgrupper och mellan organisatoriska nivåer men också belastningsbesvär av hög tidspress och mer datoriserade arbetsuppgifter. Intresset för intervention för att förbättra arbetsmiljö och hälsa för vårdpersonal har ökat under senare tid. Allt oftare genomförs interventioner som utvecklingsprojekt i vården även om man inte alltid utvärderat eller spridit kunskapen om de goda exemplen. Interventioner har haft syftet dels att främja hälsa och förhindra arbetsskador och arbetssjukdom, dels att öka kunskapen om nyckelfaktorer, dvs. hur interventionsprogram ska genomföras för att nå bäst resultat.

Det övergripande syftet med arbetsmiljöintervention är att förbättra anställdas hälsa. Hälsan kan förbättras indirekt genom att förändra arbetsmiljön så att kända risker för ohälsa elimineras. Strategier är viktiga för att interventionsprogram ska nå sitt syfte och för förändringars och effekters fortlevnad. En del av interventionsforskningen rör nyckelfaktorer som visat sig generellt värdefulla för att nå framgång med interventions- och utvecklingsprogram.

Interventionsprogram blir effektivare om det riktas till flera nivåer, inte enbart till enskilda individer utan samtidigt även till arbetsgrupp, arbetsplats eller hela organisationen. Programmen är mer effektiva om de skräddarsys och genomförs lokalt men förankras hos ledning och fack, dels för att få hög prioritet, dels för att få tillgång till beslutsfattare och resurser. En infrastruktur med klar ansvars- och rollfördelning och kanaler för kommunikation och beslut kan underlätta genomförandet och fortlevnaden. Allas delaktighet är central och har en hälsoeffekt i sig. Att integrera forskning i interventionsprocessen underlättar utvärderingen men kunskapen måste långsiktigt överföras och byggas in i organisationen för fortlevnad. Utvärderingen bör ske med flera typer av mått och kan fokusera olika delar i interventionen, t.ex. effekter på hälsa och arbetsförhållanden eller den process som leder fram till slutresultatet. Kapitlet ger exempel på flera goda ansatser inom vården, vissa med framgångsrika resultat, andra som tydligt visar brister i viktiga nyckelfaktorer.

Referenser

- Berg L & Bjärås G. Utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande arbete – en metodbok. Studentlitteratur, Lund, 1996
- Bihari-Axelsson S, Axelsson R & Strandberg U. Effekter av ledarutveckling inom Stockholms läns landsting. Rapport från Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, Samhällsmedicin, nr 6, 1998
- Brunnberg H, Hagberg M, Härenstam A, Josephson M, Pingel B, Robertsson H, Westerholm P & Wigaeus Hjelm E. Att skapa goda arbetslivsprojekt – från idé till genomförande. En utvärdering av initiering och implementering av 32 projekt i Stockholms läns landsting som erhållit bidrag från Arbetslivsfonden. Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport nr 1996:11
- Brunnberg H & Löfgren V-A. Teamutveckling genom handledning på vårdcentraler. Utvärdering av ett projekt i Haninge primärvårdsområde. Rapport från Yrkesmedicin, 1997:8
- Bunce D & West MA. Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 1996, 49(2)
- Cahill J. Psychosocial aspects of interventions in occupational safety and health. *Am J of Industrial Medicine*, 1996, 29, 308–313
- Cooper CL. & Cartwright S. Healthy mind; Healthy organization – A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 1994, 47(4)
- Ekvall G. Föredrag vid Yrkesföreningen för Arbetsmiljöpsykologer inom Sveriges Psykologförbund, 1991
- Elo A-L & Skogstad A. Organizational interventions emphasizing the survey-feedback method. In: Lindström K, Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Knardahl S, Skogstad A & Örhede E (Eds) Review of psychological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire. Nordic Council of Ministers, TemaNord, 1997
- Evanoff, BA, Bohr PC, Wolf LD. Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. *Am J Ind Med*, 1999, 5(4), 358-365
- Garg & Owen. Reducing back stress to nursing personnel: an ergonomic intervention in a nursing home. *Ergonomics* 1992;35:1353–75.
- God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso och sjukvården. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. SOU 1999:66
- Hertting A (Red). Smärttillstånd i rörelseorganen. En folkhälsofråga för Kommunerna, Hälso- och sjukvården och Arbetslivet. Rapport från Samhällsmedicinska enheten och Primärvårdens utvecklingsenhet, Örebro läns landsting. Heureka, nr 36, 1998
- HSU2000 -, Utredningen Hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering – Om vårdens behov och resurser. SOU 1996:163
- Israel BA, Baker EA, Goldenhar LM Heaney CA & Schurman SJ. Occupational stress, safety and health: Conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *J Occup Health Psychology*, 1996, 1(3), 261–286
- Larsson G. & Setterlind S. A stress reduction programme led by health care personnel: Effects on health and well-being. *European Journal of Public Health*, 1991, 1, 90–93
- Lees S. & Ellis N. The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15, 946–961

- Nationella Folkhälsokommittén. Arbetslivsfaktorer. Rapport från arbetsgruppen för arbetslivsfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 1, 1999
- Orth-Gomér K, Eriksson I, Moser V, Theorell T & Fredlund P. Lipid lowering through work stress management. *International Journal of Behavioural Medicine*, 1994, 1, 204–214
- Parmander M. ”alla måste vara med, så enkelt är det...” Om delaktighet och kommunikation i förändringsarbete. Rapport från Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, *Samhällsmedicin*, nr 2, 1999
- Petterson I-L & Arnetz BB. Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program. *Soc Sci Med*, 1998, 47(11), 1763–1772(se vidare ref)
- Petterson I-L. Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet – en översikt över genomförda studier. HSU 2000, bilaga 1, 1999:66
- Petterson I-L. Health care in transition – Threat or opportunity? Psychosocial work quality and health for staff and organization. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm, 1997
- Petterson I-L & Arnetz BB. Perceived Relevance of Psychosocial Work Site Interventions for Improved Quality of Health Care Work Environment. *Vård i Norden*, 1997, 18(1), 4–10 (b)
- Petterson I-L & Backman L. Klimatundersökning i nordvästra sjukvårdsområdet 1998. Personalens arbetsmiljö kvalitet och hälsa. Rapport från *Yrkesmedicin*, 1999
- Pingel B & Robertsson H. Arbetsorganisation inom sjukvården ur ett socialpsykologiskt perspektiv. En översikt över forskning och utveckling och utvecklingsarbete inom landstingen. *Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa*, 1992:20
- Stockholms läns landsting. Flexibelt arbetsliv för en ny tid. Rapport från Landstingskontoret, 1999
- Theorell T Medical and physiological aspects of job intervention. In: CL Cooper & IT Robertson (Eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 1993, 8, 173–192
- Zamore K & Svärd E. Kompetensutveckling för kvinnor. En sammanställning av kunskaper och erfarenheter. Rapport från SAN, 1997
- Åkerstedt T, Westerlund M & Andersson G. Mot bättre tider. En utvärdering av några av vårdens arbetstidsmodeller med avseende på välbefinnande och hälsa. *Stressforskningsrapporter nr 271*, 1996
- Åkerstedt T. Working hours, health and security (Arbetstider, hälsa och säkerhet). *Stress Research Reports, No 270*, 1996

Diskussion och slutsatser

Under 1990-talet har vårdarbetet genomgått stora förändringar, som in-
neburit stora konsekvenser för de anställda. Förändringarna har haft olika
syften och skett i ett högt uppskruvat tempo och utan en övergripande
helhetssyn. Syftet med förändringarna har inte varit klart uttalat för alla
samtidigt som de anställda haft små möjligheter att påverka planering och
genomförande. Resurserna till vården har minskat. Syftet med föränd-
ringarna har varit att minska vårdkostnaderna samtidigt som detta inte
fick påverka vårdkvaliteten. Effektiviseringen skulle genomföras med
marknadsanpassade modeller och konkurrens mellan olika vårdprodu-
center, vilket lett till att allt större delar av vårdverksamheten har privati-
serats.

Förändringar har berört vård och omsorg såväl i landet som helhet
med nya reformer och avtal som lokalt i Stockholms län med nya styr-
modeller i landstinget och kommunerna. En minskande ekonomi har gjort
att en generell förnyelse av offentlig verksamhet samtidigt haft syftet att
effektivisera. Under en 6-årsperiod har sex reformer genomförts, som
berört nationell vård och omsorg förutom avtal kring samverkansformer
och vårdgaranti. I Stockholms län har skett en kraftig inriktning mot nya
marknadsanpassade styrmodeller med beställare-utförare, konkurrens,
entreprenadisering och decentraliserat beslutsfattande. Förändringarna
har beskrivits som de mest omfattande någonsin inom landstinget och de
26 kommunerna men också bedömts som mer omfattande i sin mark-
andsanpassning än de förändringar som skett i andra landsting och kom-
muner.

Hälso- och sjukvård i Sverige har traditionellt varit baserad på starka
hierarkiska modeller, där varje nivå i hierarkin haft en klart uttalad roll
och ett tydligt ansvar. Nackdelarna med det hierarkiska systemet var
långa beslutsvägar men det innebar också en trygghet för personalen i
rutiner och invanda mönster att utföra sina arbetsuppgifter. Vårdproduk-
tionen har skett i ett socialt sammanhang där arbetsgrupper över tid varit
relativt stabila. Den nedbrytning av det hierarkiska systemet, som skett
genom att man försökt decentralisera ansvar och beslut och öppnat för
mer marknadsanpassad styrning, konkurrens och privatisering har föränd-
rat ansvarsfördelning och chefsfunktioner. Detta har inte plattat ut hierar-
kin utan i stället skapat obegriplighet och osäkerhet över vad som händer
och förvirring och oklarhet i nya roller och ansvarsområden bland den
personal, som ska producera vård och omsorg. Ansvaret har decentralise-
rats men befogenheterna i relation till ansvaret släpat efter.

Vårdens personal har saknat förutsättningar för att få överblick över
helheten för att kunna förstå skeenden och sammanhang. Förändrings-
målen har blivit otydliga för personalen, eftersom delaktighet i föränd-

ringarna saknats. Ledningsfunktioner och ansvarsområden har försvunnit eller ersatts av nya. De övergripande intentionerna har ständigt omvärderats, ibland uppfattats som motsägelsefulla och upprepat följts av omsvängningar och nya omorganisationer. Ingen har varit opåverkad av vad som skett. För en del av personalen har bristen på begriplighet gjort arbetet ohanterbart, vilket lett till att arbetet blivit mindre meningsfullt. För andra har det nya varit en utmaning, som öppnat nya vägar och möjligheter. Att ständiga förändringar och rationaliseringar har uppfattats som hinder för effektiv verksamhet visar MOA-studien, som pekar ut välfärdssektorn som den del av arbetsmarknaden, som genomgått mest organisationsförändringar under senare år och där personalens arbetsvillkor ofta försämrats. Alla förändringar har skett parallellt med personalnedskärningar samtidigt som vårdbehoven ökat av att befolkningen blir äldre.

Vårdverksamheten i Stockholmslandstinget, hos de 26 kommunala huvudmännen samt i entreprenader med en komplex mångfald av verksamheter, personal, arbetsuppgifter och förutsättningar, har beskrivits som ett kommunicerande kärl, vilket innebär att en neddragning eller förändring av verksamhet eller personalstyrka inom en enhet, vårdgren eller ett geografiskt område, kan förväntas ge konsekvenser för andra delar i systemet.

Förändrade mönster i information och sociala kontakter

Socialstyrelsen har pekat på hälso- och sjukvården som en utpräglad nätverksorganisation, byggd på samverkan och samarbete mellan enheter och mellan vårdgivare. När organisations- och personalförändringar av så stor omfattning sker, bryts befintliga väl inarbetade nätverk, arbetsteam och vårdkedjor sönder, vilket leder till slöseri med tid och investerad kompetens för verksamheten, en sämre kvalitet för patienten och minskad effektivitet för systemen. Flera av de empiriska studierna i rapporten bekräftar bilden av splittrade arbetsgrupper, störda kontaktnät, ständiga chefsbyten och svårigheter att nå chefer, annan personal eller andra verksamheter. Brister i stöd, samarbete och samverkan mellan personal, mellan verksamheter när man behöver och mellan medarbetare och ledning har ryckt undan tryggheten för många.

Förändringarnas omfattning och konsekvenser för olika kategorier vårdpersonal, verksamheter och huvudmän är svåra att samla till en helhetsbild bland annat beroende på olika information eller luckor i uppföljningssystemen. Vårdpersonal har bytt huvudman inom den offentliga sektorn och från offentlig till privat arbetsgivare. 1999 uppskattas sjukvårds- och äldreomsorgspersonal i privata bolag till en tredjedel av öppenvården, en fjärdedel av särskilda boenden och en dryg femtedel av

hemtjänsten. Som den största yrkesgruppen finns var femte av Stockholms läkare i privat verksamhet. Byte av arbetsgivare, chef, arbetsplats, arbetskamrater, arbetssätt, och/eller arbetsuppgifter utgör en klar risk för förändringsstress oberoende av om arbetsvillkoren förbättrats eller försämrats.

För Stockholmslandstinget har antalet anställda minskat från nästan 67 000 1990 till knappt 38 000 1998. Enligt landstingets siffror har undersköterskor minskat med drygt hälften och vårdbiträden med 80% under perioden medan sjuksköterskor ligger på konstant nivå och läkare ökat obetydligt. Andra grupper som reducerats är skötare, städpersonal och administrativ personal. Bortsett från personalflyttningar i samband med Ädelreformen, minskade landstingspersonalen 1990–93 med 12 000 och med cirka 3 200 perioden 1996–98. En tidigare ”övertalighet” har mot slutet av 10-årsperioden vänt till en ökad personalbrist och stort och ökande rekryteringsbehov främst av läkare och sjuksköterskor. Risken för att bli arbetslös har därmed minskat under senare delen av 90-talet och är 1998 lägre i vården än i andra yrken i Stockholms län.

I allt fler fall måste personalbristen lösas med korttidsinhyrd personal, en kostnad som ökar för sjukvården i Stockholm (117 mkr 1999). Inhyrd personal liksom entreprenader med visstidskontrakt bygger båda på att anställda lätt kan ersättas. Ofta invägs inte de ekonomiska förluster och mänskliga kostnader, som omfattas av kompetensförlust för organisationen, otydligt ansvar för korttidsanställdas utveckling och lärande, otryggheten i att vara korttidsanställd, med hot om arbetslöshet och ständig anpassning till nya arbetsplatser, svårigheten att hålla samman arbetsgrupper samt förlusten av det sociala stödet. Vidare medför detta sämre kontinuitet i patientkontakten, vilket är en brist för vård och omsorgskvaliteten. Särskilt i äldreomsorgen har personalomsättningen varit omfattande.

Förändrad arbetsbelastning

Som konsekvens av personalförändringarna är det allt färre, som vårddar/hjälper allt fler på allt kortare tid. Flera studier, både empiriska studier, som redovisats i rapporten och annan dokumentation av vårddarbetets villkor, visar att arbetskrav och arbetsbelastning är mycket hög och växande. Personalbristen har ökat tidspress, arbetstakt och övertid och varit ett klart hinder för många att utföra ett effektivt arbete, som innefattar att man även är nöjd med resultatet. Arbetsuppgifterna ryms inte inom normal arbetstid och övertiden både på arbetet och hemma har ökat för chefer. Hög arbetstakt och ökande arbetsbelastning är trenden i en utveckling, som sker i vården men också i arbetslivet generellt och inte bara i Stockholms län. 70% av vårdanställda i Stockholm anser sig ha alldeles

för mycket att göra. Andelen har ökat under 90-talet för både vårdtjänstemän och vårdarbetare. Detta gäller Stockholms läns landsting i samma utsträckning som andra landsting och tycks inte vara kopplat till styrmoddell. Stockholm har fått en ”snabbare” sluten landstingsvård och en allt tyngre dygnet-runt-vård i äldreomsorgen.

Under 90-talet har arbetsuppgifter med dokumentation ökat samtidigt som en mängd administrativa rutiner i vården datoriserats. På många arbetsplatser har man inte haft beredskap, tillräcklig kompetens eller stöd att hantera dessa rutiner och tekniska hinder har varit vanliga i sämre fungerande organisationer. Avsikten med datorisering är att på sikt avlasta och ge mer tid men kan initialt medföra problem som belastar i stället för att vara tidsbesparande.

Belastningen, kraven och den höga arbetstakten ökar i sin tur risken för arbetsskador och misstag, som i sin tur kan påverka vårdkvaliteten. Den allt snabbare arbetstakten har gjort att personalen pressats att snabbt ta svåra beslut. Detta medför en ständig rädsla hos personalen att göra fel eller att inte räcka till för patienten och många lider av att se patienter fara illa och skuldbelägger sig själva.

Arbete och hälsa

Den tid man haft för eftertanke, kreativitet och återhämtning av krafterna har minskat. Återhämtningen är viktig för att inte öka stressreaktioner och ohälsa. Att ohälsan, framför allt den arbetsrelaterade psykiska ohälsan, ökar tyder sjukfrånvarostatistik av långtidssjuka och arbetsskador av organisatoriska och psykosociala skäl på. Frånvaron har ökat mer för kvinnor än män. Även RFV:s riksstudier av sjukfrånvaro lyfter fram vårdens anställda som en riskgrupp, där sjukfrånvaron ökar. Vårdanställda har också högre sjuknärvaro, vilket på sikt kan öka frånvaron än mer. Trenden är dessutom att ökningen är mera påtaglig för högutbildad personal. Det är just inom denna grupp, t.ex. läkare och sjuksköterskor vi ser störst försämringar av arbetsvillkoren och en ökning av ohälsan. Läkare och sjuksköterskor är grupper där arbetsjukdomar enligt Yrkesinspektionen ökar mest i Stockholm. Empiriska studier i kapitlen 4, 9 och 10 visar på ett tydligt samband mellan sämre arbetsvillkor och ökad ohälsa. Kommande rekryteringsbehov av både läkare och sjuksköterskor pekar på att bättre arbetsvillkor, som minskar ohälsan framstår som ekonomiskt lönande.

Omorganisationer har varit vanligare i offentlig sektor och upprepade omorganisationer har haft en koppling till försämrade arbetsvillkor. Inom landstinget har 1998 70% av vårdtjänstemännen och 60% av undersköterskorna upplevt omorganisation under senaste året. Arbetsbelastningen har varit den mest omfattande konsekvensen och tidspressen har ökat

oftare bland vårdanställda än i yrken utanför vården. Inom vården har gapet mellan bättre och sämre arbetsvillkor ökat, vilket resulterat i större hälsoskillnader.

Olika konsekvenser för olika grupper

Läkare som grupp rapporterar största försämringen av arbetsvillkoren med ökad arbetsbörda, tidspress och övertid och samtidigt mindre resurser i form av utveckling, inflytande, stöd och delaktighet med stora konsekvenser även för egna privatlivet. För sjuksköterskor och undersköterskor kompenseras den ökade belastningen något oftare av bättre resurser. Läkare framträder som förlorare i flera av de studier som redovisas här. Detta framgår särskilt tydligt i studier, där klusterteknik använts, vilket innebär att man studerar personalgrupper med likartade arbetsvillkor oberoende av yrke. Tendensen är att olika grupper inom läkargruppen har olika utveckling över tid. Läkare i slutenvård är en hindrad grupp liksom läkare i primärvården. Många läkare återfinns bland den personal, som har sämst psykosociala arbetsförhållanden och som fått störst försämring av arbetsvillkoren från 1994 till 1998 med motstridiga krav, mycket övertid och dålig sammanhållning och den grupp där inflytandet minskat mest. Läkare är också överrepresenterade bland anställda som försämrat arbetshälsan.

Studien av ett sjukvårdsområde 1998 ger stöd för att olika läkar- och sjuksköterskegrupper har bra respektive dåliga arbetsvillkor. Många läkare och sjuksköterskor återfinns bland dem som arbetar i ett organisatoriskt kaos eller är överbelastade och resignerade. Båda dessa grupper har stor andel personal från primärvård och vårdcentraler. Hit koncentreras också mer av ohälsan och här finner man den största risken för utbrändhet. Andra läkare finns i den grupp som har hög delaktighet och kontroll och som har en god hälsa bortsett från mindre ryggbesvär. Gruppen innehåller fler äldre med längre arbetserfarenhet och många med ledningsansvar. Många kommer från administrativa arbetsplatser och har ofta mindre direktkontakt med patienter. Motsvarande skiktning har påvisats för sjuksköterskor. Vissa sjuksköterskor arbetar tillsammans med undersköterskor i den goda arbetsmiljön, främst vid små arbetsplatser. Vi kan vidare se att chefer generellt, även om de är högst belastade av arbetsbörda, har mer resurser av delaktighet, inflytande, utvecklingsmöjligheter och stöd för att hantera kraven och detta medför att hälsan är bättre. Administrativa chefer finns ofta i grupper med bra arbetsvillkor. Sämst arbetsvillkor och också sämst hälsa har sjuksköterskor med och läkare utan ledningsansvar samt servicepersonal. Kvinnliga läkare har fortfarande 1998 hög grad av psykisk ohälsa. För både läkare och sjuksköterskor är

detta vanligare än för tjänstemannayrken utanför vården. Vi kan se att många av dessa läkare finns i primärvården

Det verkar finnas en tendens att grupper med nära patientkontakt liksom servicepersonal har fått sämre arbetsförhållanden i den nya vårdorganisationen. Även om undersköterskor och mentalskötare ofta finns i grupper med sämre arbetsvillkor, finns många av dem i goda arbetsmiljöer där också en stor andel av administrativa medarbetare finns. Det förefaller också som om mindre arbetsplatser som MVC, BVC, PAH och Sjukgymnastenheter har lättare att hantera nya arbetsvillkor eller mera kan råda över sin arbetssituation.

Det tunga arbetet i vården för många undersköterskor och vårdbiträden finns kvar ganska oförändrat. Den fysiska belastningen är vanligare i vissa vårdyrken än i övriga yrken, betydligt vanligare hos t.ex. undersköterskor även om besvär från nacke, axlar och rygg i stort sett varit oförändrade under 90-talet. Vi kan se att den fysiska belastningen främst finns koncentrerad till geriatrikens undersköterskor och sjuksköterskor med mera tunga lyft, svåra arbetsställningar och trånga arbetsutrymmen. Ryggbesvär är vanligast hos sjuksköterskor undersköterskor och servicepersonal men förekommer även hos administrativ personal, t.ex. läkarsekreterare och laboratoriepersonal. Den sämsta fysiska arbetsmiljön finns bland gruppen "överbelastade och resignerade" i produktionen, där all slag av ohälsa är störst. I flödesgrupper från 1994 till 1998 tycks belastningsbesvär ha fördubblats i de grupper som fått en försämrad arbetsmiljö medan den psykiska ohälsan minskat vid förbättrade arbetsvillkor om man följer grupper från 1994 till 1998. Hot och våld är arbetsmiljörisker främst i psykiatrin men även för geriatrikens undersköterskor och sjuksköterskor.

Det finns en tendens till skiktning av arbetsvillkoren inom yrkesgrupper på så sätt att det i alla yrkesgrupper finns vissa, som har bra och andra som har dåliga arbetsvillkor. Detta innebär att det blir allt svårare att identifiera riskgrupper genom att studera yrkestillhörighet i befolkningsstudier enligt traditionella metoder. Detta förklarar varför studier på olika datamaterial och med olika uppläggning i den här rapporten inte alltid kunna påvisa liktydiga resultat vad gäller riskgrupper. I svensk såväl som internationell stressforskning har Karasek-modellen haft stor betydelse för sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa. Modellen har visat att beslutsutrymme, dvs. kontroll/inflytande och stimulans i arbetet tillsammans med socialt stöd utgör viktiga faktorer för att möta höga arbetskrav och hög arbetsbelastning. Låg kontroll och små utvecklingsmöjligheter kombinerat med en krävande arbetssituation samt, särskilt för kvinnor, i kombination med ett bristande stöd är kriterier för högstressarbete, som starkt relaterar till olika slag av ohälsa. Stöd, inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet är därför resurser, som kan balansera höga krav

och hög arbetsbelastning. Konsekvenser av en ökad stress drabbar inte bara enskilda individer eller kontinuiteten i arbetsgrupper och verksamheter utan på sikt hela organisationen och i förlängningen samhället med ökade kostnader för sjukfrånvaro, arbetsskador, rehabilitering, arbetslöshet och minskad produktivitet och effektivitet.

Arbetsledning

Ett försämrat stöd från chefer för både chefer och medarbetare, som har påtalats i flera av studierna tycks delvis vara en följd av splittringen och upprepade byten på chefsposter men också på att ledarskapet blivit mer otydligt på alla nivåer. Tanken med decentralisering har varit att lägga mer av ansvar och beslut på verksamheterna. Detta har lett till att man långt ner i organisationen pålagts ett stort ansvar, som i realiteten är kombinerat med otydliga befogenheter. Chefer på lägre nivåer ges små utrymmen inom ramen för de övergripande besluten. Verksamheten styrs av politiska beslut medan kritik ofta riktas mot tjänstemän. Mellanchefer har delegerats den mycket svåra uppgiften att balansera den tilldelade budgeten mot verksamhetens utveckling och mål, särskilt om man, som ofta varit fallet, känt låg delaktighet i beslut och genomförande. Många sjuksköterskor i chefsställning har fått en sämre arbetsmiljö antingen beroende på organisatoriska problem eller av stor överbelastning. I båda fallen finns ett starkt samband med ohälsa. Decentraliserad styrning i kombination med målstyrning kan både öka frihet och inflytande och användas för att kontrollera verksamheter med hjälp av resultatmätning. Enligt resultaten från MOA-projektet är oklara roller och ansvarsområden och motstridiga direktiv från chefer och politiker vanligare i landstingsvården än i den kommunala omsorgen.

Styrsystem och inflytande

Inflytandet har i flera av studierna visat sig vara lågt i relation till arbetskraven och arbetsbelastningen, inte bara hos chefer utan även hos medarbetare. Ansvar har ökat betydligt mer än inflytande och befogenheter. En stor roll spelar det faktum att Stockholms vårdanställda inte känt delaktighet i förändringarna. Delaktigheten har minskat mest för kvinnliga läkare. Delaktigheten har ofta påvisats som en nyckelkomponent i interventionsforskning och är en absolut nödvändighet för att nå framgång i förändringsarbete. En låg och minskande delaktighet har påpekats både i intervjuer och enkätstudier bland både medarbetare och chefer. Inflytandet hos vårdens anställda har dessutom minskat över tid för vissa grupper. 90% av manliga och 80% av kvinnliga vårdanställda i Stockholm kan inte bestämma när arbetet ska utföras, vilket är en stor skillnad jäm-

fört med andra yrken. Som jämförelse kan nämnas att tjänstemän i Stockholmslandstinget har mindre möjligheter än arbetaryrken utanför vårdsektorn. Mycket talar för att detta skulle kunna vara en effekt av den nya ekonomistyrningen. Inflytande har en betydligt sämre utveckling under 90-talet just i Stockholm som ett av de mest utpräglade beställarutförar-landstingen jämfört med en grupp av mera traditionellt styrda landsting. En negativ utveckling har skett för sjuksköterskor och läkare medan undersköterskorna upplevt samma brist på inflytande hela 90-talet. Liknande signaler ger frågan om man deltar i beslut och uppläggning av arbetet, där sjuksköterskor och läkare i Stockholmslandstinget upplevt en betydande försämring från 1995 medan läkare i traditionellt styrda landsting i stället upplevt en avsevärd förbättring under motsvarande period. Särskilt utsatta är läkare utan ledningsansvar, som har fått ett tyngre ansvar och med högre krav och belastning men inte ökat inflytande och befogenheter i samma utsträckning.

Kompetens

Kompetensfrågorna tillhör de frågor som ansetts angelägna och som man ägnat stor uppmärksamhet inte bara i Stockholm utan i vården som helhet. I det avseendet har man också följt lagstiftningen, som menar att vården ska ha en kompetent personal. Satsningen har inriktats såväl på internt och externt kompetensutvecklingsutbud som på utvecklingsprojekt inom vården. Kunskap från utvecklingsprojekt i vården behöver större spridning för att erfarenheter ska kunna överföras och användas som förebilder för andra verksamheter. I början av 90-talet påtalades att 60% av det lokala utvecklingsarbetet aldrig redovisats.

De empiriska studierna visar att möjligheterna att lära nytt och utvecklas varit goda och i nivå med andra yrkesgrupper utanför vården. Trots stora ambitioner, upplever personalen inga stora förändringar medan skillnaderna mellan olika grupper hela 90-talet varit och fortfarande är stor. Administrativ personal, främst chefer har haft god tillgång till kompetensutveckling. Både läkare och sjuksköterskor har bättre tillgång till lärande än undersköterskor och yrkesgrupper utanför vården medan undersköterskor hela tiden haft sämst möjligheter. En tillfällig förbättring för undersköterskor och vårdbiträden kring 1991, sammanfaller med införandet av Stockholmsmodellen och kan ha haft samband med tillfälligt kompetenshöjande insatser för vårdbiträden. Från 1995 beslöts att lägsta kompetensnivån i landstinget skulle vara undersköterska, varför vårdbiträden nästan helt försvann. Problemet för de lågutbildade grupperna, framför allt undersköterskor, tycks inte ha varit tillgång till kompetensutveckling i betydelsen utbud utan i stället brist på tid att utveckla sig till följd av hög och ökande arbetsbelastning och tidspress som följd av den

höga personalbristen. Flera av de empiriska studierna bekräftar detta. I valet mellan egen utveckling och patientens bästa, har man valt eller tvingats välja att vara tillgänglig för patient/vårdtagare.

Lika viktigt som att utvecklas och lära nytt är att få använda hela sin kompetens. I samband med personalnedskärningarna inom landsting och kommuner, har främst vårdbiträden och undersköterskor lämnat vården medan läkar- och sjuksköterskegrupper varit mer intakta. Den ökade proportionen läkare och sjuksköterskor bland vårdpersonal har ibland uppfattats som en kompetenshöjning för vården. Eftersom arbetsuppgifterna kring omvårdnad och omhändertagande av patienten kvarstår, kan kompetenshöjningen i vården i stället innebära underutnyttjande av sjuksköterskornas kompetensnivå. Av intervjuer med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinare framgår att arbetsfördelning och ansvarsområden är oklara mellan men även inom yrkesgrupper. Samtliga yrkesgrupper anser sig ha kompetens som inte uppskattas eller tas tillvara i organisationen. Intervjuerna bekräftar att de nya arbetsuppgifterna och den ökade belastningen ger allt mindre utrymme för professionella grupper att använda och utveckla sin kompetens. I stället går mycket tid åt till administrativa, serviceinriktade och fysiskt krävande arbetsuppgifter. En chefssjuksköterska använder 70% av sin arbetstid till personaladministrativt arbete och mycket lite till den egentliga professionen, omvårdnad.

Vårdens drivkraft

På många håll har arbetet utvecklats i fel riktning och inte mot vad forskningen avser med det goda arbetet, dvs. arbetsvillkor som är av betydelse för att främja en god arbetshälsoutveckling. I stället tycks gapen mellan goda och dåliga arbetsvillkor öka för vård- och omsorgspersonal, något som verkar ha mindre med yrkesgrupp att göra än tidigare. Olika studier tyder på att framför allt patientnära grupper haft sämre utveckling av arbetsvillkoren. För dem är också personalbristen mest hindrande. Även om man idag talar mindre om vårdyrket som ett kall, utgör patienten eller äldreomsorgens gamla för många vårdanställda drivkraften, som gör vårdarbetet meningsfullt. Ansvar för att en tredje person inte ska komma i kläm eller fara illa, gör att personalen tänjer sina krafter till det yttersta. Det är också från patienten man oftast får bekräftelse och uppskattning för sina arbetsinsatser. De små möjligheterna till paus och återhämtning för personalen gör att belastningen och stressen till slut blir övermäktig och leder till ohälsa. Allt fler vårdtjänstemän i Stockholm jämfört med i riket, har svårt att koppla av efter arbetet och möjligheten att förena arbete och privatliv har minskat för de flesta, främst kvinnliga läkare.

Vad kan göras bättre?

Mycket tyder på att personalstruktur, personaltäthet och de nya marknadsmodellerna har haft stor betydelse för personalens arbetsvillkor. Införandet av nya modeller med helt nya sätt att arbeta och organisera arbetet och verksamheten kräver i stället för en reducering mer personal för att ge tid och utrymme för att hantera och lösa de dagliga problemen och för att ge möjlighet till eftertanke. Förnyelse i sig kräver resurser och utvecklingen har i stället motverkats av samtida besparingsåtgärder. Den höga förändringstakten behöver bromsas och kortsiktiga mål ersättas med andra mera långsiktiga, som är hållbara även över politiska majoritetsbyten. Tydligheten kring ansvarsområden och befogenheter på olika nivåer måste bli bättre för alla. Mellanchefer behöver mer utveckling och stöd i arbetsmiljö- och personalfrågor och bättre stöd från övergripande nivåer i sin verksamhetsutveckling.

Det är viktigt att främja stödresurserna genom att vårda befintliga nätverk och arbetsgrupper. Konkurrens måste ersättas med samarbete och samverkan för att uppnå målen med svensk vård och omsorg. Det nya ledarskapet har en stor uppgift i att främja personalens utveckling och hälsa och att skapa förutsättningar för samarbete och samverkan för att gemensamt driva utvecklingen och uppnå målen. Effektivt vård och omsorgsarbete bygger på konstruktivt samarbete och stark laganda. Delaktigheten är viktig både för personalens arbetshälsa och för verksamhetens effektivitet. Rapportens slutsatser kan sammanfattas i följande viktiga punkter:

- Spara på omorganisationerna – skapa arbetsro och trygghet, ge mer tid för eftertanke och återhämtning
- Övergripande och prioriterade mål för vård och omsorg måste bli tydligare. Eftersträva helhetsperspektiv och långsiktig politisk enighet i målen
- Huvudmännen måste medverka till att förbättra dialogen mellan olika nivåer och intressenter och återskapa tillit genom möten och samrådsgrupper över gränserna. Underlätta dialog och kommunikation genom att bygga broar och skapa gemensamma forum och mötesplatser
- Se över vårdkedjor inte bara ur patient utan också ur personalperspektiv
- Prioritera på verksamhetsnivå vad verksamheten ska arbeta med och dimensionera personalen efter verksamheten
- Kvalitetssäkring kan användas för helhetssyn, mål och prioriteringar. Använd målstyrning och kvalitetssäkring som ett verktyg för att gynna verksamhetens utveckling men lyft in personalens arbetsmiljö och hälsa som en del av kvaliteten

- Se över kompetensbehovet för verksamheten. Gör utveckling tillgänglig för alla personalgrupper och använd den kompetens som personalen redan har på ett sätt som gynnar både personal och verksamhet
- Yrkeskompetens ger identitet och gör arbetet meningsfullt. Låt vårdutbildade arbeta med vårdens kärnverksamhet och inrätta stödfunktioner för övriga arbetsuppgifter
- Utveckla bättre stöd för mellanchefer och tydliggör ansvar och befogenheter. Beslutsnivåerna måste bli tydliga och befogenheterna balansera ansvaret
- Ge chefer mera kunskap om arbetsmiljöfrågor för att främja hälsa hos personalen – hur man vårdar humankapitalet så att arbetsmiljöfrågorna inte hamnar mellan stolarna. Personal som får orimlig arbetsbörda måste uppmärksammas i tid.
- Använd kollektiva strategier – alla är delar i det pussel som ska läggas för att driva verksamheten effektivt. Närheten till ledningen är viktig för att skapa bättre dialog mellan ledning och medarbetare. Personalen behöver stöd för att våga ta initiativ. Låt alla vara delaktiga i förändringsarbetet, skapa vi-känsla och samarbeta över yrkesgränser. Ge medarbetare beredskap – begriplighet och tid – att medverka i förändringar. Vård och omsorg bygger på lagarbete – ge förutsättningar och stöd för en förbättrad laganda. Ge incitament och belöna bra insatser
- Landstinget bör medverka till bättre samverkan genom att bilda stöd- nätverk över yrkes- och verksamhetsgränser
- Vårdeffektivitet är inte likvärdigt med vårdproduktivitet. Att arbeta fort men med fel saker ökar kvantiteten men inte nödvändigtvis kvaliteten.
- Se över och förenkla dokumentationen för att minska pappersflödet
- Tänk på användaren vid datorisering. Tid behövs för att ta till sig nya kunskaper om hur man ska använda verktygen. Fungerande datorstöd är en förutsättning för att undvika tekniska hinder. Datorer måste finnas tillgängliga för alla som förväntas arbeta med datoriserad administration och dokumentation
- Splittring, konflikter och kompetensrevir leder till stort spill av energi och att var och en värnar om sitt eget. Privatisering av enskilda verksamheter kan försvåra samarbete och samverkan med annan vårdverksamhet. Landsting och kommuner måste ta övergripande ansvar för samverkan mellan vårdverksamheter för att förbättra vårdkedjor
- Bättre arbetsvillkor ger mindre arbetsskador, mindre sjukfrånvaro och mer meningsfullt arbete för personalen. Att värna humankapitalet är en ekonomisk investering

Vårdarbete har stora förutsättningar att utgöra det goda arbetet. Det är mer stimulerande, kreativt, utvecklande och meningsfullt än de flesta andra arbeten. Det krävs dock att det finns tillräckliga resurser och en god organisation och uppskattning från vårdens huvudmän. Hög kvalitet och effektivitet i vården går inte att åstadkomma utan en god arbetsmiljö, goda organisatoriska villkor och motiverade anställda. Att åstadkomma detta är en mycket angelägen uppgift för alla ansvariga för vårdens planering, organisering och resurstilldelning.