

Arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården

i Stockholms län

Rapport från Yrkesmedicinska enheten ● 2001:1

Arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län

Lena Backman, beteendevetare
Ola Leijon, ergonom
Gunilla Pernold, ergonom



Yrkesmedicin

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

ISSN: 1401-0550

Förord

Den avancerade hemsjukvården i Sverige och i Stockholms län har vuxit i omfattning under de senaste decennierna. I Stockholms län finns nu 25 enheter (år 2000) som bedriver avancerad sjukvård i patientens hem. Lite är känt om hur arbetssituationen ser ut för vårdpersonalen i denna verksamhet, både vad gäller de belastningar personalen utsätts för i sitt arbete och deras hälsa.

Föreliggande rapport bygger på en enkätstudie av all vårdpersonal som arbetade i den avancerade hemsjukvården i Stockholms län maj 2000. Studien har genomförts av Yrkesmedicin i samarbete med Enheten för Psykisk hälsa. Båda enheterna verkar inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Vi vill tacka den vårdpersonal som tagit sig tid att besvara enkäten och som genom sina svar gett oss värdefull och intressant information om sitt arbete och sina arbetsförhållanden. Ett varmt tack riktas även till arbetsmiljöhandläggarna inom Stockholms läns landsting och verksamhetschefer inom den avancerade hemsjukvården som har hjälpt till med idéer, synpunkter och praktisk hjälp att dela ut enkäter.

Yrkesmedicin, Stockholm maj 2001

Lena Backman
beteendevetare

Ola Leijon
ergonom

Gunilla Pernold
ergonom

Innehåll

FÖRORD	3
INNEHÅLL.....	4
SAMMANFATTNING	7
1. INLEDNING.....	9
Den avancerade hemsjukvårdens utveckling i Sverige och i Stockholm	9
Två utvecklingslinjer	11
Den avancerade hemsjukvården i Stockholms län år 2000	11
Enheternas verksamhet.....	12
Hemsjukvård: hur särskiljs basal- och avancerad hemsjukvård?	13
Lagar som reglerar vårdpersonalens arbete och arbetsmiljö.....	14
2. KARTLÄGGNINGEN AV ARBETSMILJÖN INOM DEN AVANCERADE HEMSJUKVÅRDEN I STOCKHOLMS LÄN	17
Bakgrund och genomförande.....	17
Syfte och frågeställningar	18
Datainsamling	19
Svarsfrekvens	19
Statistiska analyser	19
Återrapportering av resultat	19
3. BESKRIVNING AV STUDIEGRUPPEN OCH DEN FYSISKA ARBETSMILJÖN	21
Studiepersoner	21
Yrkeserfarenhet.....	22
Anställningsförhållanden.....	22
Ensamarbete.....	23
Vad säger lagen om ensamarbete?.....	24
Den fysiska arbetsmiljön	24
Lokaler där arbetet utförs.....	24
Bilrelaterade problem	26
Kontakter med samarbetspartners	26

4. BELASTNINGSERGONOMISKA ASPEKTER PÅ ARBETSMILJÖN.....	28
Generell fysisk belastning.....	28
Lokal fysisk belastning.....	30
Vad säger lagen om belastningsergonomi?.....	31
5. HOT OCH VÅLD I ARBETET.....	32
Hur vanligt är hot och våld inom den avancerade hemsjukvården?.....	32
Hot och våld uppdelat på produktionsområden.....	34
Upplevelse av särskilda risker för hot och våld i arbetet.....	34
Arbetslokaler.....	34
Ensamarbete.....	35
Arbete på kvällar och nätter.....	36
Patient.....	37
Patients anhörig/bekant.....	38
Husdjur.....	38
Transporter och förflyttningar, riskfyllda platser och områden.....	39
Enheternas arbete för att förebygga risker för hot och våld.....	40
Utbildning i konflikthantering och självförsvar.....	40
Handlingsplan (Hot och våld pärm).....	41
Modifiering av arbetsrutiner.....	42
Osynliggörande.....	43
Larm och säkerhetsanordningar.....	43
Vem ska man larma?.....	44
Vad säger lagen om hot och våld i arbetsmiljön?.....	45
Omhändertagande av personal som utsatts för våld eller hot om våld.....	46
Vad säger lagen om uppföljande åtgärder?.....	46
6. PSYKOSOCIALA ASPEKTER PÅ ARBETSMILJÖN.....	47
Psykiska och sociala arbetsmiljöaspekter.....	47
"Det goda arbetet".....	48
Psykosocial arbetsmiljö inom den avancerade hemsjukvården.....	49
7. HÄLSA OCH OHÄLSA.....	54
Allmänt hälsotillstånd.....	54
Huvudvärk, mag- och hjärtbesvär.....	55
Besvär från rörelseorganen.....	56

Fysisk belastning i arbetet och besvär från rörelseorganen	57
Sömn	57
Risk för utbrändhet	58
Reaktioner på våld och hot om våld	59
8. SLUTSATSER OCH KOMMENTARER.....	61
Vilka arbetsrelaterade problem finns inom den avancerade hemsjukvården och i vilken omfattning?	61
Kan grupper med specifika arbetsrelaterade problem identifieras?.....	62
Kan man finna goda exempel på lösningar och åtgärdsförslag på arbetsrelaterade problem från enheterna i länet?.....	62
REFERENSER.....	65
BILAGA 1. Enheter som deltog i kartläggningen samt förändringar i huvudmannaskap	
BILAGA 2. Följebrev och enkät	
BILAGA 3. Figur: Psykosociala arbetsmiljöförhållanden uppdelat på yrkesgrupper	

Sammanfattning

Under våren 2000 genomförde Yrkesmedicin i samarbete med Enheten för Psykisk hälsa en enkätundersökning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län. Syftet var att speciellt kartlägga områdena belastningsergonomi samt våld och hot om våld i arbetet. Resultaten kan ligga till grund för eventuella åtgärdsförslag.

Samliga 25 enheter (år 2000) för avancerad- eller specialiserad hemsjukvård inom Stockholms län deltog i studien. Totalt besvarade 448 personer (73%) enkäten. Personalen har lång erfarenhet inom vården. En av tio hade under det senaste året arbetat mer än 200 timmar övertid. Ensamarbete under dagar och kvällar är vanligt förekommande, men även under nätter. En av tio sjuksköterskor rapporterade att det ofta förekommer ensamarbete under nätter.

Majoriteten av personalen var nöjd med den psykosociala arbetsmiljön och tyckte att de hade möjlighet att arbeta på ett sådant sätt att de var nöjda med resultatet. Svårigheter att komma i kontakt med viktiga samarbetspartners såsom hemtjänsten förekommer i olika hög grad i olika produktionsområden. Cirka en femtedel av personalen upplevde att de ofta arbetade på "högvarv" utan att ha möjlighet att varva ner samt att de ofta måste hoppa över raster för att hinna med sitt arbete. Drygt en fjärdedel svarade att de ofta var sjuknärvarande. Arbetskrav och belastning har ökat mer det senaste året än de resurser som ger personalen möjlighet att handskas med detta.

Vårdarbetet sker i patientens hem och det är därför svårt att anpassa arbetsmiljön för personalen på ett bra sätt. Trånga utrymmen, dålig belysning och passiv rökning hemma hos patienten anses som störningsmoment i arbetet. Det fanns också ett missnöje med de egna arbetslokalerna, men det varierade i olika delar av länet. Transporter ingår i arbetsuppgifterna och bilproblem av olika slag är också ganska allmänt förekommande.

Personalen har ofta tunga lyft, både förflyttningar av patienter och andra lyft i samband med att de transporterar material och utrustning. Obekväma arbetsställningar och lyft beror på att arbetet utförs i patientens hem samt på svårigheter att parkera i anslutning till patientens bostad.

Sex av tio har varit utsatta för hot om våld och två av tio för våld. Undersköterskor och läkare hade oftast upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete. Vanligast var hot från patient och hot från djur (husdjur). Även hot från patients anhörig/bekant och hot i samband med resa till eller från patients bostad var relativt vanliga. Drygt två tredjedelar av all personal uppgav att de ej visste om det fanns handlingsplan för hot och våld

Personalens hälsotillstånd liksom andelen med besvär från rörelseorganen avviker inte nämnvärt från förhållandena inom hela sjukvårdssektorn i Stockholms län. De som var mest utsatta för fysiska belastningsfaktorer rapporterade också mera besvär från rörelseorganen. Arbetsrelaterad ohälsa i

form av magbesvär upplevdes av drygt en fjärdedel, framför allt bland läkare, undersköterskor och sjukgymnaster. Sömnerna upplevdes av 17% som klart otillräcklig och något färre rapporterade dålig sömnkvalitet. Nära 20% var i "riskzon" för utbrändhet och av dessa var 2% i "extrem riskzon". Den personal som upplevt våld eller hot om våld hade i högre grad sömnproblem liksom olika typer av besvär eller symptom som de relaterade till arbetet.

Sammanfattningsvis kan man se att personalen i stort har samma arbetsbelastning som övriga verksamheter i vården. Det specifika med arbetet i den avancerade hemsjukvården som innefattar transporter och arbete i patientens hem försvårar dock det systematiska arbetet med arbetsmiljöförbättringar. Det är också dessa faktorer som gör att arbetet blir extra belastande i många avseenden. Mycket talar för att denna verksamhet kommer att växa kraftigt i framtiden och det är därför viktigt att man tar personalens upplevelser av arbetsförhållandena på allvar och gör så mycket som är möjligt för att minska risken för ohälsa bland personalen.

Förbättringsförslag och idéer som kom fram i enkäten var bl.a. följande:

Belastningsergonomi

- parkeringstillstånd för att kunna parkera i anslutning till patientens bostad och slippa bära långa vägar
- möjlighet att få droppleverans direkt hem till patienten
- möjlighet att ställa krav på hjälpmedel i patientens hem även om patienten är tveksam
- utbildning i förflyttningsteknik
- stationära akutväskor i bilarna för att minska bärande
- någon typ av låsanordning för journaler i bilarna för att slippa bära dem med sig hela tiden
- undvika ensamarbete vid tunga lyft

Hot och våld

- ej ensamarbete på kvällar och nätter
- parkeringstillstånd för att kunna parkera i anslutning till patientens bostad
- utbildning i självförsvar
- stationära akutväskor i bilarna för att slippa utsätta sig för hot och våldsrisk när man transporterar "attraktiva" läkemedel till och från patientens bostad
- överfallslarm
- policy och handlingsplan för att hantera och förebygga hot och våld

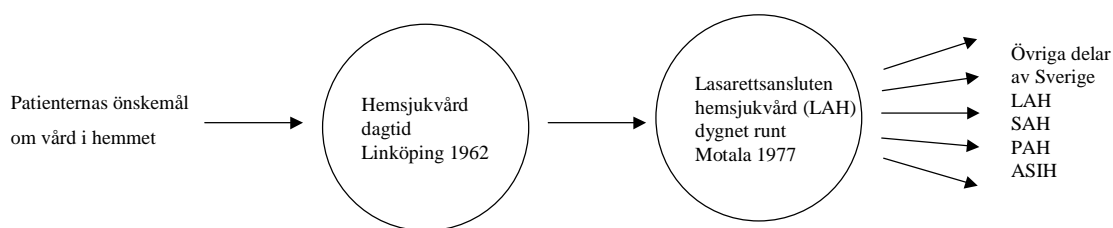
Övrigt

- snabbare handläggning av hjälpmedel till patienten samt flexibla utkörningsdagar
- förbättra ledning och planering av arbetet, dvs. tydligare ledarskap
- alltid stödsamtal för de som varit med om dödsfall
- tillgång till professionell handledning för alla yrkesgrupper
- väskor som är anpassade för hemsjukvårdens behov, fack och fickor som gör det lätt att hitta i stressade situationer
- informationsbroschyr till patienter och anhöriga, där bl.a. husdjur och rökning kan tas upp
- friskvårdstimme på arbetstid
- forum för att delge varandra nya kunskaper

1. Inledning

Den avancerade hemsjukvårdens utveckling i Sverige och i Stockholm

I Sverige startades ”avancerad hemsjukvård” för drygt 20 år sedan i Östergötland för att ge patienter och anhöriga ett alternativ till sjukhusvård. Inicialt rekryterades nästan samtliga patienter från geriatriska enheter, men redan efter ett par år remitterades majoriteten av patienterna från sjukhusens akutklinik. Än idag är Östergötland ledande i utvecklingen och har den mest utbyggda avancerade hemsjukvården i landet. Landstinget inrättade 1995 en professur i palliativ medicin.



Figur 1.1. Framväxten av verksamheter med avancerad sjukvård i hemmet. Förkortningen LAH står för lasarettansluten hemsjukvård, SAH för sjukhusansluten hemsjukvård, PAH för primärvårdansluten hemsjukvård och ASIH för avancerad sjukvård i hemmet.

Uppkomsten till utbyggnaden av den avancerade hemsjukvården var ett behov av alternativ och utökade valmöjligheter för patienterna. Andra faktorer påverkade en mer medveten och omfattande framväxt. Under 1980- och 1990-talet minskade tillväxttakten i sjukvårdens ekonomi och slutenvårdsplatserna minskade. Härmed uppstod ett behov av alternativa vårdformer i form av hemsjukvård. En annan bidragande orsak till den snabba utvecklingen av hemsjukvården var ÄDEL-reformen¹. De ”medicinskt färdigbehandlade patienterna” gjorde att det fanns ett allt större behov att hitta vårdalternativ för patienter som var svårt sjuka, men där specifik behandling ej längre kunde erbjudas på sjukhus. Motiven för en ökad andel hemsjukvård har således varit både en bättre vård och livssituation för patienterna och en kostnadsminskning genom samtidigt minskad sjukhusvård.

¹ ÄDEL-reformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick ansvar för all långsiktig service och vård av äldre och funktionshindrade personer exklusive läkarkontakter. Detta innebar bland annat att ansvaret för ungefär 31 000 personer på av landstinget drivna sjukhem överfördes till kommunerna och att cirka 55 000 anställda bytte arbetsgivare. Kommunerna fick också ansvaret för hemsjukvård i de särskilda boendeformerna med möjlighet att ta över ansvaret för sådan vård också i vanligt boenden om de kom överens med landstinget om detta.

Socialstyrelsen gjorde 1996 en kartläggning av den avancerade sjukvården i hemmet i Östergötland, Södermanland och Jönköping. Kartläggningen visade att drygt hälften av enheterna organisatoriskt tillhörde en geriatrisk klinik. Kronisk sjukdom och palliativ vård var de vanligaste orsakerna till vård, med tumörsjukdom som diagnos för hälften av patienterna. De behandlingsinsatser som dominerade var psykologiskt stöd till patienter och anhöriga samt läkemedelsdosering. Förhållandevis få patienter fick tekniskt avancerad vård. Av patienterna bedömdes 63% behöva vård på sjukhus eller i särskilt boende om inte hemsjukvården fanns (Socialstyrelsen 1997).

I en senare nationell rapport från SBU² (1999) framgår att avancerad hemsjukvård bedrevs vid cirka 50 enheter i Sverige, med 10 000-12 000 patienter per år och svarade för cirka 620 000 vårdtygn. Av patienterna var 56% kvinnor. Den totala kostnaden i landet beräknades till ca 580 miljoner kronor för 1997. Hänsyn hade då inte tagits till att hemsjukvården bygger på att eventuella anhöriga gör frivilliga insatser, dvs. att samhällets kostnader för hemsjukvården underskattas.

Eftersom 11,5 miljoner vård dagar tillbringades i slutenvård på sjukhus utgjorde den avancerade hemsjukvården cirka 5% av det totala antalet vård dagar per år. Det motsvarade i genomsnitt 29 platser per 100 000 invånare i Sverige. Där avancerad hemsjukvård var mest utbyggd fanns dubbelt så många platser (SBU 1999).

Från den vetenskapliga litteraturen som granskades i SBU-rapporten (1999) dras några huvudslutsatser:

-
- Avancerad hemsjukvård kan fungera i enlighet med mångas idealbild av mänsklig vård för såväl barn som vuxna i livets slutskede. Detta kräver valfrihet och en god och effektiv vårdorganisation med lättillgängliga sjukhusplatser.
 - Vid palliativ vård och sjukvård av barn är såväl patienter (barnen) som de anhöriga mer nöjda med hemsjukvården än med vård på sjukhus. För övrigt uppnåddes likvärdiga resultat mellan vårdformerna.
 - Avancerad sjukvård kan ges med lika bra resultat i hemmet som på sjukhus, och sannolikt till likartade kostnader, om man inte tar hänsyn till de anhörigas frivilliga insatser.
 - Hemsjukvården måste planeras så att patienter och anhöriga får valfrihet, annars kan kvinnor tvingas att i ännu större utsträckning ta ansvar också för de äldre.
-

² Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. Hemsida: www.sbu.se

Två utvecklingslinjer

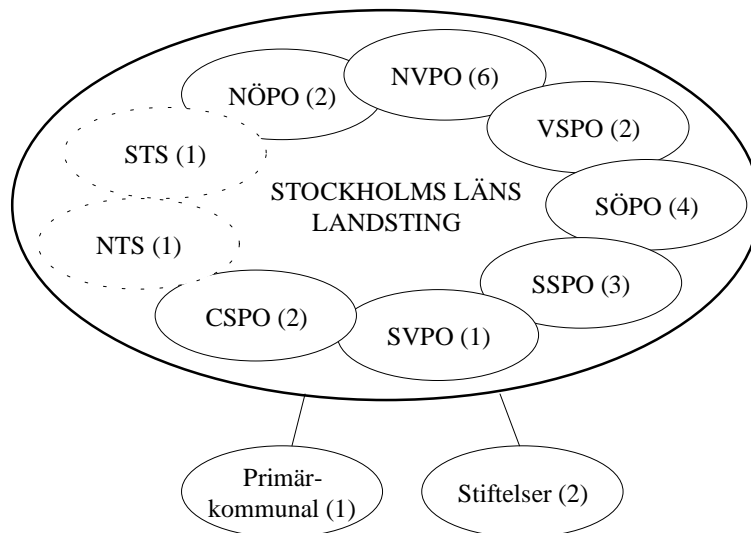
Den avancerade hemsjukvårdens framväxt inom Stockholms län kan sägas ha följt två utvecklingslinjer som i hög grad påverkat varandra. Den ena delen utgår från traditionen inom den engelska hospice rörelsen där Ersta tidigt grundade en hospice inriktad hemsjukvård samt en hospice inriktad slutenvård på Stortorps kliniken. Detta blev sedermera Ersta hospice på Ersta sjukhus. Senare har även Stockholms sjukhem öppnat en motsvarande enhet. Hospice vården har rötter från medeltiden och kom i modern tid att utvecklas under 1960-talet i England. Bland de huvuddrag som kännetecknar hospice finns samspelet mellan enskilda idealistiskt präglade initiativ och en professionell, vetenskapligt inriktad analys och vårdstrategi (Saunders 1993, Twycross 1986)

Den andra utvecklingslinjen avser framväxten av den avancerade sjukhusanslutna hemsjukvården inom landstingets eller primärkommunernas verksamhet, knuten till geriatriska kliniker eller till primärvården. Dessa enheter arbetade i början med den palliativa vården i nära samarbete med onkologkliniker och onkologprofilerade geriatriska avdelningar, för att alltmer komma att använda sig av expertstöd med bland annat onkologkonsulter. Skiljelinjen mellan det engelska hospicet och den avancerade hemsjukvården inom landstinget är idag diffus.

I Stockholms län har utvecklingen på en del enheter under senare år gått mot en viss uppdelning eller specialisering. Inriktningar som förekommer är *allmän avancerad hemsjukvård* som omhändertar framför allt kroniskt sjuka patienter, t.ex. patienter med hjärt-/lungsjukdomar med kortare vårdbehov. Vården är ett alternativ till besök på akutmottagning eller kortare inläggning på sjukhus. *Akut avancerad hemsjukvård* handhar patienter i alla åldrar med kortare vårdbehov, t.ex. i form av antibiotikabehandling intravenöst, vätsketillförsel genom dropp. Arbetet sker i nära samarbete med akutsjukhus och kan vara ett alternativ till en kortare inläggningstid på sjukhus. *Palliativ avancerad hemsjukvård* vårdar framför allt patienter i livets slutskede med längre vårdbehov genom olika typer av stödjande behandlingar, oftast på grund av tumörsjukdomar.

Den avancerade hemsjukvården i Stockholms län år 2000

I Stockholms län fanns i juni (år 2000) 25 enheter som bedrev verksamhet med avancerad sjukvård i hemmet (Bilaga 1). Av dessa var flertalet organiserade inom Stockholms läns landstings sju produktionsområden (Figur 1.2). Tre enheter var organiserade utanför landstinget, dessa var Sigtuna kommun, Ersta hospice och Stockholms sjukhem. De två senare är stiftelser som bedriver verksamhet genom avtal med Stockholms läns landsting. De minsta enheterna hade 10 anställda och den största hade cirka 75 anställda.



Figur 1.2. Antal enheter som bedrev avancerad sjukvård i hemmet våren 2000 (n=25), uppdelat på sju sjukvårdsområden i Stockholms läns landsting (enligt den organisation som förelåg vid kartläggningens genomförande).

Efter denna kartläggningens genomförande har flera av enheterna övergått i privat regi (se Bilaga 1). De resultat som redovisas i rapporten utgår från den situation som förelåg vid kartläggningens genomförande.

Enheternas verksamhet

I en projektrapport, "Hemsjukvårdens roll inom sjukvården", beskrivs den avancerade hemsjukvården i Stockholm ha sin tyngdpunkt inom palliativ vård (vård i livets slutskede) och denna bedöms som fullt utbyggd inom de flesta delarna inom länet. Uppskattningsvis finns 1000 vårdplatser inom den avancerade hemsjukvården i landstinget, vilket nästan motsvarar antalet vårdplatser inom geriatrisk slutenvård. Enligt en grov bedömning är sjukhusvård alternativet för två tredjedelar av den avancerade hemsjukvårdens patienter (Landstingsrevisorerna 2000).

Under våren 2000 (vecka 14) genomförde Centrum för Gerontologi och Hälsoekonomi en inventering av den avancerade hemsjukvården i länet och några preliminära resultat presenteras nedan (Ljunggren 2001).

Avancerad hemsjukvård i Stockholms län år 2000 (vecka 14):

- 900 vårdnadstagare registrerades under inventeringsveckan.
 - Andelen palliativ vård var cirka 63%, rehabilitering 6%, akutgeriatrik och övrig vård ungefär 22%. Uppgifter om inriktning saknades för 9%.
 - Närmare 70% av de palliativa hemsjukvårdspatienterna skrevs in från sjukvårdsinrättningar och cirka 30% från hemmet.
 - Cirka 4700 hembesök gjordes. Nästan 75% av hembesöken gjordes av sjuksköterska, knappt 12% av undersköterska och cirka 7% av läkare. Cirka 65% av besöken skedde dagtid, 26% kvällstid och 9% nattetid. Andelen akuta hembesök var cirka 12%.
 - I medeltal gjordes 4,7 besök hos patienten under veckan och ju äldre patienten var, desto färre besök fick hon/han.
 - Den genomsnittliga restiden vid hembesök var cirka 20 minuter.
-

Hemsjukvård: hur särskiljs basal- och avancerad hemsjukvård?

Hemsjukvård kan schematiskt delas i två huvudtyper.

Den basala hemsjukvården har organisatoriskt sin hemvist i traditionell primärvårdsverksamhet, men vissa uppgifter kan också efter delegation utföras av personal inom primärkommunal verksamhet. Inom Stockholms län ansvarar landstinget för basal hemsjukvård åt patienter i ordinärt boende och primärkommunerna för patienter i särskilt boende. Dessutom förekommer primärkommunal primärvård i delar av länet.

Den basala (allmän) hemsjukvården kan i sin tur indelas att omfatta två vårdnivåer:

- Enklare hemsjukvård som utförs av distriktssköterska eller undersköterska, medverkan av läkare krävs i regel inte.
- Regelbunden hemsjukvård som utförs av distriktssköterska eller undersköterska och som kräver läkarmedverkan. Stöd från kvälls- och nattpatrull kan behövas, men det gäller fortfarande så kallad basal hemsjukvård som klaras av inom primärvårdsverksamhet eller husläkarsystem.

Den avancerade eller specialiserade hemsjukvården utgår nästan uteslutande från särskilda hemsjukvårdsteam. Denna typ av hemsjukvård som till stor del varit inriktad mot palliativ vård utgår i många fall från geriatrika klini-

ker eller från primärvården. I andra fall kan fristående basorganisationer ha byggts upp för denna verksamhet. Denna typ av hemsjukvård förutsätter i större utsträckning än den basala läkarinsatser, vård under dygnets alla delar och allmänt sett insatser från ett mångprofessionellt team. Den specialiserade hemsjukvården beskrivs ofta med uttrycket ”Sjukhusets säng i patientens hem”, dvs. att denna vårdform ersätter institutionell vård.

Den avancerade hemsjukvården förekommer idag i Stockholms läns landsting som sjukhusansluten hemsjukvård (SAH), primärvårdansluten hemsjukvård (PAH) eller i form av egna enheter för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Det bör dock påpekas att den terminologi som används för att beteckna verksamheterna ej är enhetlig.

Ett annat sätt att särskilja vårdformerna är:

Basal hemsjukvård

- Distriktssköterskeledd
- Enskilt arbetssätt
- Dagtid
- Ringa medicinsk teknologi
- Sjukhussäng efter remiss
- Begränsat upptagningsområde
- Undantagsvis palliativ vård
- Ej alternativ till slutenvård

Avancerad hemsjukvård

- Läkarledd
- Teambaserad
- Dygnet runt
- Kvalificerad medicinsk teknologi
- Sjukhussäng tillgänglig
- Stort upptagningsområde
- Hög andel palliativ vård
- Alternativ till slutenvård

Lagar som reglerar vårdpersonalens arbete och arbetsmiljö

Vårdpersonalens fysiska arbetsmiljö är dels enhetens lokaler och dels patientens hem. I patientens hem träder vårdpersonalen in och förändrar hemmet i rimligaste mån till en lämplig vårdmiljö. Vårdarbete i enskilt boende regleras av tre lagar:

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som behandlar landstingets ansvar. Den inledande bestämmelsen torde vara självklar för alla som arbetar inom vården, men tål att upprepas.

2§ Målet med hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ge respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Socialtjänstlagen (SoL), som behandlar kommunens ansvar.

1§ Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation

inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Gemensamt skall dessa två lagar sörja för att människor får den vård, omsorg och service de behöver i sitt hem (eller inom slutenvården).

Arbetsmiljölagen (AML) behandlar och reglerar arbetstagarens arbetsförhållanden.

1§ Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.

Arbetsmiljölagen ger ramen för Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS)³, som mer i detalj anger krav och skyldigheter beträffande arbetsmiljön. Föreskrifterna kan t.ex. gälla vissa risker, psykiska och fysiska belastningar, farliga ämnen och maskiner. Föreskrifterna utarbetas tillsammans med arbetsmarknadens parter. I rapporten kommer vi att referera till vad arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets författningssamling säger om vissa arbetsrelaterade förhållanden.

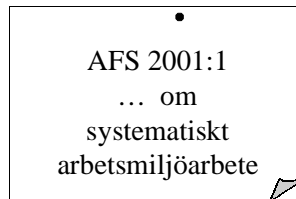


Figur 1.3. Arbetsmiljöverkets föreskrifter som kan appliceras i den avancerade hemsjukvården.

³ Arbetsmiljöverket bildades 1/1 2001 genom att Yrkesinspektionens 10 distrikt och Arbetarskyddsstyrelsen bildade en enda myndighet. Verkets övergripande mål är att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet och att förbättra arbetsmiljön ur ett helhetsperspektiv, dvs. från såväl fysisk, psykisk som social och arbetsorganisatorisk synpunkt. Arbetsmiljöverkets föreskrifter finns på hemsidan: www.av.se (PDF-format)

En ny föreskrift om *Systematiskt arbetsmiljöarbete* träder i kraft 1 juli 2001 (ersätter AFS 1996:6 ...om internkontroll av arbetsmiljön).

”Med systematiskt arbetsmiljöarbete menas i dessa föreskrifter arbetsgivarens arbete med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås”.



Föreskrifterna lägger vikt vid att det systematiska arbetsmiljöarbetet skall ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten. Det skall omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön. Det skall på arbetsplatsen finnas en arbetsmiljöpolicy för verksamheten och denna skall dokumenteras om det finns minst tio arbetstagare i verksamheten. Arbetsgivaren skall regelbundet göra riskbedömningar av arbetsförhållanden. Riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar skall dokumenteras skriftligt.

2. Kartläggningen av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län

Flera studier har pekat på ökande arbetsrelaterade påfrestningar för vårdpersonal (Härenstam 1999:8, Michélsen 1999:6, Vårdens arbetshälsorapport 2000). Verksamheter med avancerad hemsjukvård har expanderat snabbt under det senaste decenniet. Lite är känt om hur arbetssituationen ser ut för personalen och hur hälsoläget är. Tidigare undersökningar har främst fokuserat på kostnader och kostnadseffektivitet, där den avancerade hemsjukvården oftast jämförts med motsvarande slutenvård.

Bakgrund och genomförande

Under 1999 kom arbetsmiljöhandläggarna i de olika produktionsområdena i Stockholms läns landsting tillsammans med Yrkesmedicinska enheten fram till att en kartläggning av arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården var nödvändig. Ett möte hölls med personal från den avancerade hemsjukvården, Yrkesmedicin och arbetsmiljöhandläggarna där en inventering över specifika arbetsmiljöfaktorer för den avancerade hemsjukvården gjordes. Dessa är sammanställda nedan.

Transport

- bilen för varm/kall
- skötsel och underhåll av bil
- risker vid bilkörning
- parkeringsproblem

Säkerhetsfrågor

- kvälls- och nattarbete, framför allt vid ensamarbete
- läkemedelstransporter
- riskfyllda områden
- utsatthet hemma hos patienten
- aggressiva husdjur

Ergonomi

- ensam i vårdsituationen
- trånga utrymmen
- brist på hjälpmedel
- transport av utrustning

- bristfällig arbetsyta och belysning vid läkemedelshandtering

Hygien

- svårighet sköta handhygien
- smuts och dålig lukt
- allergirisk (husdjur, tobaksrök m m)
- bristfällig avfallshandtering (riskavfall)
- avsaknad av toalett för personalen

Patientens hem

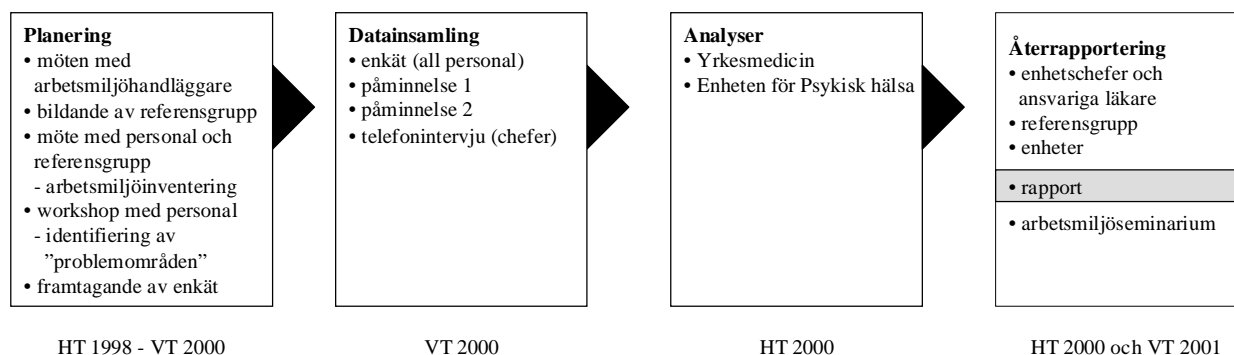
- svårt att avgränsa gentemot anhöriga
- gäst i hemmet - svårt att ställa krav
- engagemang i patientens hela livssituation
- svårt att räcka till för alla "hela familjen"
- svårt att avgränsa gentemot hemtjänst

Det handlade om att personalen är "gäster" i patientens hem och måste anpassa sitt arbete till detta. Personalen är också mer utlämnad i patientens hem eller på väg till/från patienten. Eftersom personalen oftast är ensam blir det stressigare att ta beslut vid akuta situationer. Den säkerhetsutrustning som finns vid hembesök är mobiltelefon, men den är inte alltid fullt fungerande.

En workshop anordnades med syfte att utifrån underlaget ovan ta fram några för produktionsområdena gemensamma problemområden. Särskilt prioriterade områden blev *belastningsergonomi* samt *våld och hot om våld*-problematik.

Underlaget ovan tillsammans med frågor från tidigare arbetsmiljöundersökningar inom sjukvården utgjorde underlag för en riktad enkät.

Figur 2.1. Projektplan: Arbetsmiljön inom den avancerade hemsjukvården.



Syfte och frågeställningar

Syftet med projektet är att kartlägga arbetsmiljön för personalen inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län och då speciellt vad gäller områdena belastningsergonomi, våld och hot om våld problematik. Resultaten kan ligga till grund för eventuella åtgärdsförslag.

Frågeställningar:

- Vilka arbetsrelaterade problem finns inom den avancerade hemsjukvården och i vilken omfattning?
- Kan grupper med specifika arbetsrelaterade problem identifieras?
- Kan man finna goda exempel på lösningar och åtgärdsförslag på arbetsrelaterade problem från enheterna i länet?

Datainsamling

Insamling av data gjordes genom en riktad enkät till all vårdpersonal inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län. Arbetsmiljöhandläggare i SLL och referenspersoner som arbetade inom den avancerade hemsjukvården granskade och kom med synpunkter på enkäten innan den färdigställdes.

Enkäten innehöll frågor om bakgrund, om nuvarande arbetsförhållanden, den fysiska arbetsmiljön, hälsa samt om hot och våld, totalt drygt 200 frågor (Bilaga 2).

Enkäter skickades under våren 2000 ut till samtliga 25 enheter och delades ut till all vårdpersonal av verksamhetsansvarig på enheten. Personal som arbetade med administrativa uppgifter (sekreterare, läkarsekreterare) samt personal som arbetade på konsultbasis exkluderades från undersökningen. Deltagandet var frivilligt.

Efter avslutad insamling av enkäter gjordes även en uppföljande telefonintervju med chefer på samtliga enheter. I denna intervju insamlades data om materiella resurser på enheterna (bilar, datorer, mobiltelefoner etc.) samt om larm och säkerhetsanordningar.

Svarsfrekvens

Totalt lämnades 612 enkäter med svarskuvert ut till personalen av de verksamhetsansvariga. Av dessa inkom 448 enkäter, dvs. totalt 73%. Svarsfrekvensen varierade mellan 54 och 100% för de olika enheterna

Statistiska analyser

Analyserna har genomförts med hjälp av statistikprogrammet SPSS 10.1 för Windows. När grupper jämförts har en-vägs ANOVA använts. Statistiskt säkerställda skillnader är satta till $p < 0,05$.

Några resultat gällande hälsomått har åldersstandardiserats på så sätt att de har bedömts åldersrelaterade. Förekomsten av ohälsa och sjukdomar anses ofta kraftigt åldersrelaterad. Vid åldersstandardisering tar man hänsyn till dessa eventuella åldersskillnader.

Återrapportering av resultat

Resultaten från enkätstudien har återrapporterats muntligt och skriftligt till enhetschefer och ansvariga läkare samt till arbetsmiljöhandläggare i Stock-

holms läns landsting. Resultaten återrapporterades också skriftligt till personalen vid de 25 enheterna. I dessa återrapporteringar fick varje enhet del av sina resultat, vilka även jämfördes med resultaten för alla enheterna inom länet.

I denna rapport presenteras resultat från enkätundersökningen för hela verksamheten i länet. De flesta resultat redovisas uppdelade på yrkesgrupper. Resultat redovisas i huvudsak som frekvenser dvs. hur stor andel som svarat på ett visst sätt. Kuratorerna som svarade på enkäten var endast nio till antalet. När en grupp är liten påverkas andelarna mycket starkare av enskilda personers svar. Därför redovisas oftast inte svaren från denna grupp. För enstaka frågor rapporteras resultaten även uppdelade på produktionsområden.

3. Beskrivning av studiegruppen och den fysiska arbetsmiljön

Sjuksköterskor är den enskilt största yrkesgruppen. Personalen har lång erfarenhet av arbete inom sjukvård och av undersköterskorna har nästan hälften arbetat mer än 10 år inom den avancerade hemsjukvården. De flesta har tillsvidareanställning (92%) och ungefär en tredjedel av personalen arbetar deltid. En av tio hade under det senaste året arbetat mer än 200 timmar övertid. Ensamarbete under dagar och kvällar är vanligt förekommande, men även under nätter. En av tio sjuksköterskor rapporterade att det ofta förekommer ensamarbete under nätter. Trånga utrymmen, dålig belysning och passiv rökning hemma hos patienten anses som störningsmoment av drygt hälften (60%) av personalen. Missnöje med de egna arbetslokalerna är också ganska utbrett, men varierade mycket i olika delar av länet. Bilproblem var också vanligt, framför allt att det ofta inte går att parkera i nära anslutning till patientens bostad. Svårigheter att komma i kontakt med viktiga samarbetspartners såsom hemtjänsten förekommer i olika hög grad i olika produktionsområden.

Studiepersoner

Av de som besvarade enkäten var de flesta medicinsk personal. Den paramedicinska personalen (sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer) utgjorde sammantaget 13% av studiegruppen (Tabell 3.1).

Tabell 3.1. Studiepersonernas fördelning på yrken samt könsfördelning i yrket.

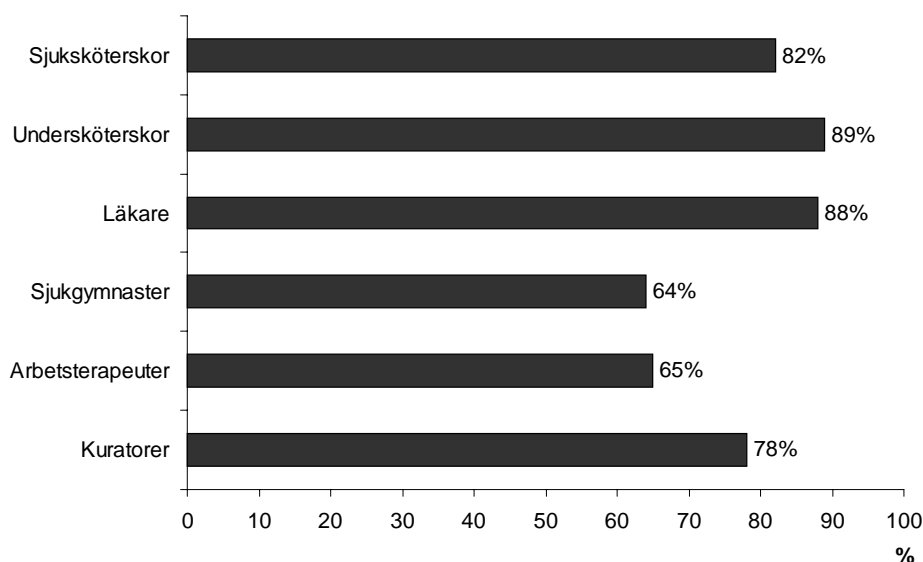
Yrke	Antal	Yrkets andel (%) av studiegruppen	Könsfördelning i yrket (%)	
			Kvinnor	Män
Sjuksköterskor*	300	67	91	9
Undersköterskor	59	13	96	4
Läkare	26	6	72	28
Sjukgymnaster	25	6	91	9
Arbetsterapeuter	24	5	91	9
Kuratorer	9	2	100	-
Övriga	5	1	100	-
Totalt	448	100%	91% kvinnor	9% män

* inklusive sjuksköterskor med chefsbefattning eller annan administrativ funktion

Huvuddelen av studiepersonerna var mellan 30 och 50 år (68%). Ett fåtal var under 30 år (6%) eller över 60 år (3%).

Yrkeserfarenhet

Personalen hade stor erfarenhet av sjukvårdsarbete, se figur 3.1. Ett fåtal (1%) hade mindre än ett års erfarenhet av sjukvårdsarbete.



Figur 3.1. Andel (%) personal inom den avancerade hemsjukvården med mer än 10 års erfarenhet av arbete inom sjukvården, uppdelat på yrkesgrupper (n=443).

Huvuddelen av personalen hade arbetat mellan ett och fem år inom den avancerade sjukvården i hemmet.

Anställningsförhållanden

92% av personalen hade tillsvidare (fast) anställning, 7% vikariat och 1% timanställning. Av de timanställda var samtliga sjuksköterskor, vikariat var vanligast bland kuratorerna (22%) och sjukgymnasterna (12%).

Bland sjuksköterskorna var 60% heltidsarbetande, 38% deltidsarbetande och 2% timanställda. Bland läkarna återfanns högst andel heltidsarbetande (76%). Cirka två tredjedelar av undersköterskorna, sjukgymnasterna och kuratorerna var deltidsarbetande med avseende på den avancerade hemsjukvården. Männerna var heltidsarbetande i högre grad än kvinnorna. Drygt var 10:e anställd uppgav att de under den senaste 12-månadersperioden arbetat mer än 200 timmar övertid. Vanligast var detta bland läkare (42%) och bland sjuksköterskor (11%).

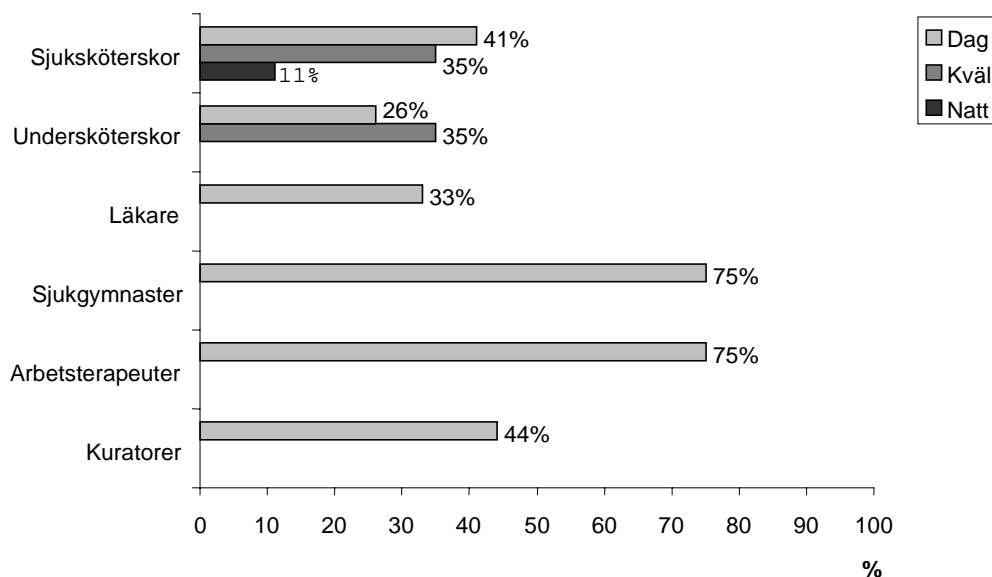
Bland sjuksköterskorna och undersköterskorna arbetade cirka tre fjärdedelar på schema, dvs. dag- och kvällsarbete. Ingen av undersköterskorna arbetade enbart dagtid, vilket 5% av sjuksköterskorna gjorde. Av undersköterskorna arbetade 27% natt, jämfört med 16% av sjuksköterskorna, varav ett fåtal arbetade 3-skift. Bland övriga yrkesgrupper arbetade det stora flertalet dagtid.

De som arbetade enbart dagtid var ofta nöjda med arbetstidens förläggning. Var 6:e av dem som arbetade på schema var missnöjd med sina arbetstider, jämfört med var 14:e av dem som arbetade enbart natt. Mest missnöjda med arbetstiderna var sjuksköterskorna och undersköterskorna, mest nöjda var de paramedicinska grupperna som ju i huvudsak arbetade dagtid.

Helgarbete var vanligt i de medicinska yrkesgrupperna och mindre vanligt bland de paramedicinska grupperna. Bland sjuksköterskorna arbetade ungefär lika många (cirka 40%) var 3:e helg eller två helger av fem, ett fåtal arbetade varannan helg eller mer sällan än var 3:e helg. Bland undersköterskorna arbetade drygt hälften var 3:e helg, något färre två helger av fem och ett fåtal var 4:e helg.

Ensamarbete

Ensamarbete var vanligt framför allt under dag- eller kvällstid, men även nattetid (Figur 3.2).



Figur 3.2. Andel (%) personal inom den avancerade hemsjukvården som rapporterade ofta förekommande ensamarbete under dagtid, kvällstid samt nattetid, uppdelat på yrkesgrupper (n=443).

Vad säger lagen om ensamarbete?

Det finns inget absolut förbud mot ensamarbete, men arbetsgivaren måste vara extra vaksam beträffande de risker som kan förekomma. Inom hemsjukvården är ensamarbete vanligt. Akuta situationer kan snabbt uppstå, ibland med inslag av våld och hot. Det är viktigt att behovet av arbetsledning beaktas även för den som utför ensamarbete för att både akuta och mer långsiktiga risker ska kunna bemästras (Hultin 2000).

2§ Vid planering och anordnande av ensamarbete skall arbetstagarens möjligheter till kontakt med andra människor beaktas. Det skall särskilt uppmärksammas att arbetstagaren har tillräcklig utbildning, information och instruktion för att utföra arbetet ensam. Särskild hänsyn skall också tas till arbetstagarens fysiska och psykiska förutsättningar för arbetet.



3§ Åtgärder skall vidtas för att så långt som möjligt ordna arbetet så, att den som utför arbetet ensam inte löper större risk för skada än om flera gemensamt utförde arbetet.

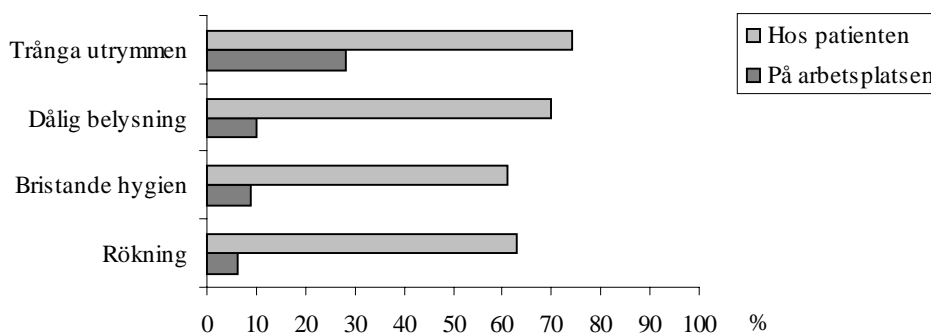
4§ Innebär ensamarbete en stark psykisk påfrestning, skall eftersträvas att arbetstagaren kan få direktkontakt med arbetskamrat eller andra människor.

Den fysiska arbetsmiljön

Det var stora variationer i olika delar av länet och mellan olika enheter både vad gäller förhållandena i patientens hem och på arbetsplatsen.

Lokaler där arbetet utförs

I kartläggningen efterfrågas om man blir störd i sitt arbete av olika faktorer dels i patientens hem, dels på egna arbetsplatsen. Över 60% rapporterar att de i patientens hem störs av någon av faktorerna: trånga utrymmen, dålig belysning, och bristande hygien (figur 3.3). Några har till och med angivit att de vårdat patienter som bor i båt!



Figur 3.3. Andel (%) personal som rapporterat störningsmoment i arbetet, dels i patientens bostad, dels på den egna arbetsplatsen.

Många (64%) har svarat att de är utsatta för *rökning* i patientens hem. Efter det att rökning 1993 förbjöds i lokaler avsedda för barn- och ungdomsverk-samhet, hälso- och sjukvård samt i gemensamhetslokaler har exponeringen för passiv rökning minskat men förekommer fortfarande inom restaurang-branschen och inom hemsjukvården (Arbetshälsorapport 1999).

Enligt Arbetsmiljölagen skall ingen behöva utsättas för ohälsa i arbetet och enligt Tobakslagen skall ingen behöva utsättas för passiv rökning mot sin vilja på arbetet. Men då arbetet utförs i enskilt hem gäller inte Tobakslagen. Arbetsgivaren bör se till att personal med astma eller hyperreaktiva luftvägar inte behöver utsättas för tobaksrök.

Samma problem kan inträffa om personal är allergisk mot pälsdjur och pati-enten har *husdjur*. Ett av produktionsområdena har tagit fram en patient-broschyr som bl.a. innehåller en önskan från personalens sida om att pati-enten avstår från rökning under besöket i hans/hennes hem samt att eventu-ella husdjur om möjligt hålls i ett annat rum. Det fanns i enkäten även möj-lighet att lägga till egna alternativ på störningsmoment. Flera angav före-komst av djur eller aggressiva djur samt dåliga arbetsställningar i patientens hem.

På den egna arbetsplatsen är det framför allt trånga utrymmen och buller man störs av. Detta underströks även av kommentarer där många uppgav arbetslokalerna som trånga, opraktiska, dåligt anpassade och med dålig ven-tilation. Flera ville förutom större lokaler också ha fler datorer och telefoner för att underlätta arbetet.

På en förfrågan fick vi fram att det i genomsnitt i hela länet finns en *dator* – stationär eller bärbar - på fyra anställda. Det varierade dock mellan produk-tionsområdena från en på tre anställda till en på nio anställda. Samma ge-nomsnitt gäller även för stationära *telefoner* med en variation mellan produk-tionsområdena av en på två anställda till en på sex anställda. Endast 6% saknade *mobiltelefon* eller fungerande mobiltelefon och det är även här skillnad mellan produktionsområdena: antalet tillgängliga mobiltelefoner varierade från en per anställd till en på sex.

Bilrelaterade problem

Eftersom verksamheten bygger på att personalen vårdar patienter i deras hem, är de oftast beroende av att kunna ta sig fram med bil. Det var stora skillnader mellan de olika områdena vad gäller trafik- och parkeringsförhållanden, beroende på om det var landsbygdsområden eller innerstadsmiljö. Parkering i anslutning till patientens bostad har betydelse i två avseenden, för att:

- minska den fysiska belastningen (manuell hantering) och därmed risken för belastningsskador
- minska risken för att utsättas för hot och våld

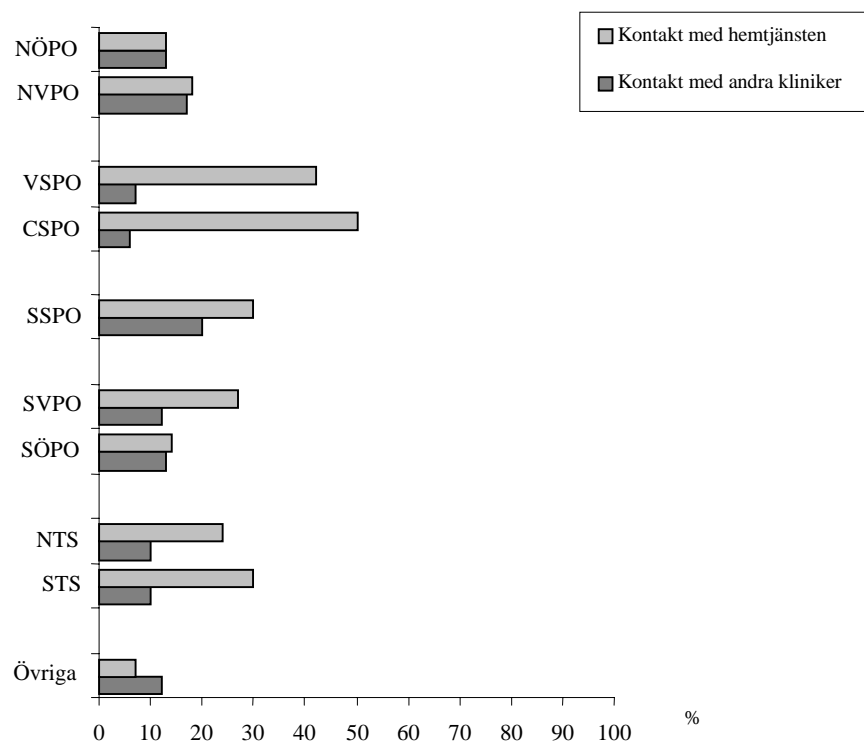
Drygt en tredjedel av personalen rapporterade problem med parkering i anslutning till patientens bostad men siffrorna varierade mellan 88% på någon enhet i Stockholms innerstad och 12% i ytterområden.

Man använde i genomsnitt cirka en timme per vecka för skötsel av bil, vilket innebär att inom hela verksamheten användes drygt 400 timmar per vecka – eller 10 heltidsarbeten. Spridningen var dock stor, mellan ingen tid alls upp till 10 timmar per vecka.

Många upplevde problem såsom halka, alltför kallt eller alltför varmt i bilen eller tekniska problem. Över hälften uppgav att de hade något eller några av dessa problem mycket ofta. Även här var det stor variation mellan områdena. Övriga kommentarer var att bilköer och andra trafikproblem kan vara en stressfaktor, att det förekom tillbud vid bilkörning som aldrig registreras, djur och vårdslösa medtrafikanter och att man vill ha trafiksäkra bilar. Träning i halkkörning var ett förslag som kom upp under workshopen.

Kontakter med samarbetspartners

I verksamheten är det viktigt att man vid behov lätt kan få kontakt med sina samarbetspartners. Av personalen uppgav 24% svårigheter att få kontakt med hemtjänsten medan motsvarande siffra för kontakt med andra kliniker var 13%. Även här var det skillnad mellan olika produktionsområden (Figur 3.4).



Figur 3.4. Andel (%) personal, uppdelat på produktionsområden, som rapporterat att de ofta har svårigheter att få kontakt med olika samarbetspartners.

4. Belastningsergonomiska aspekter på arbetsmiljön

Personalen i den avancerade hemsjukvården har ofta tunga lyft, dels förflyttningar av patienter, dels andra lyft i samband med att de transporterar material och utrustning. Det är framför allt undersköterskor och sjukgymnaster som rapporterat patientförflyttningar och sjuksköterskor och arbetsterapeuter som rapporterat andra tunga lyft. Obekväma arbetsställningar och lyft beror på att arbetet utförs i patientens hem samt svårigheter att parkera i anslutning till patientens bostad. Kuratorerna skattade lägst på frågan om upplevd kroppslig ansträngning liksom läkarna, av vilka dock var fjärde rapporterade att de ofta hade obekväma arbetsställningar.

Arbetsmiljöstatistik visar att vårdpersonal ofta är utsatt för fysiska belastningsfaktorer i arbetet, dock i olika grad bland olika yrkesgrupper. I Vårdens arbetshälsorapport (2000) rapporteras att sjuksköterskor dubbelt så ofta är utsatta jämfört med kvinnliga tjänstemän utanför vårdsektorn. Undersköterskor däremot är lika ofta utsatta för fysiska belastningsfaktorer som kvinnliga arbetare utanför vården.

Fysisk belastning kan indelas i två dimensioner: *generell fysisk belastning*, som avser den totala kroppsliga belastningen – hur ansträngande arbetet är – och *lokal fysisk belastning* som betyder belastningen på olika delar av kroppen t.ex. av obekväma arbetsställningar eller arbetsrörelser och vid manuell hantering.

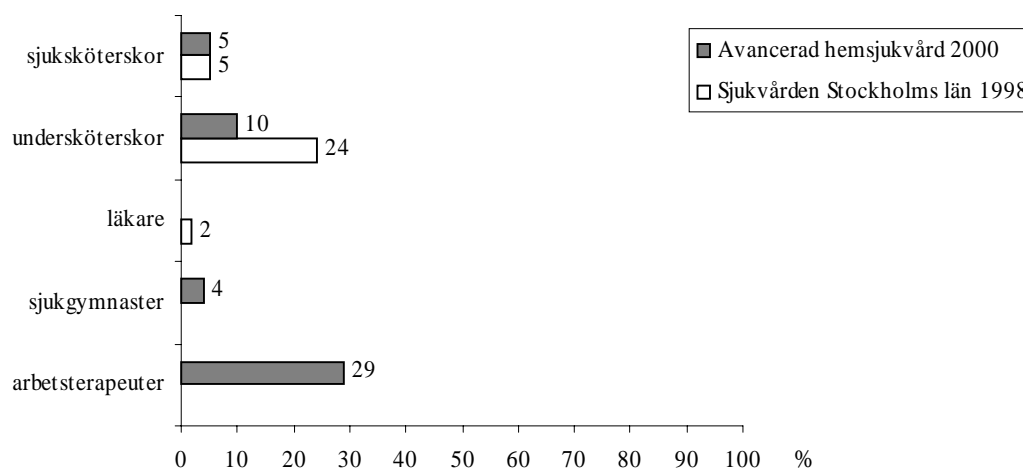
Generell fysisk belastning

I enkäten har personerna dels fått bedöma hur mycket de rört eller ansträngt sig i arbetet, dels hur kroppsligt ansträngande de *upplever* arbetet. Kroppslig ansträngning skattas på en 15-gradig skala (RPE, Rated Perceived Exertion), den s.k. Borgskalan (Borg 1998).

<p>Hur mycket har Du rört Dig eller ansträngt Dig kroppsligt i Ditt arbete under det senaste året?</p> <p><input type="checkbox"/> Stillasittande arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Lätt, men något rörligt arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Måttligt tungt arbete</p> <p><input type="checkbox"/> Tungt arbete</p>	<p>Hur <u>kroppsligt</u> ansträngande upplever Du vanligtvis Ditt dagliga arbete? (Ringa in lämplig siffra mellan 6 och 20)</p> <p>6 Mycket, mycket lätt</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9 Mycket lätt</p> <p>10</p> <p>11 Ganska lätt</p> <p>12</p> <p>13 Något ansträngande</p> <p>14</p> <p>15 Ansträngande</p> <p>16</p> <p>17 Mycket ansträngande</p> <p>18</p> <p>19 Mycket, mycket ansträngande</p> <p>20</p>
--	---

Figur 4.1 Enkätfråga om bedömning av hur mycket man rört/ansträngt sig i arbetet samt för självskattning av kroppslig ansträngning med Borg-skalan (RPE).

På frågan om hur mycket man rört sig/ansträngt sig kroppsligt i arbetet under det senaste året svarade övervägande delen (66%) att de hade *måttligt tungt arbete*. Definitionen på ”måttligt tungt arbete” är att man går mycket och lyfter ganska mycket eller går uppför trappor eller backar. Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom den avancerade hemsjukvården ansåg sig ha *tungt arbete* medan ingen av dessa kategorier inom sjukvården i länet 1998 rapporterade detta (Vårdens arbetshälsorapport 2000). Tungt arbete var allra vanligast bland arbetsterapeuter, vilket kan hänföras till tunga lyft av material och hjälpmedel (Figur 4.2).

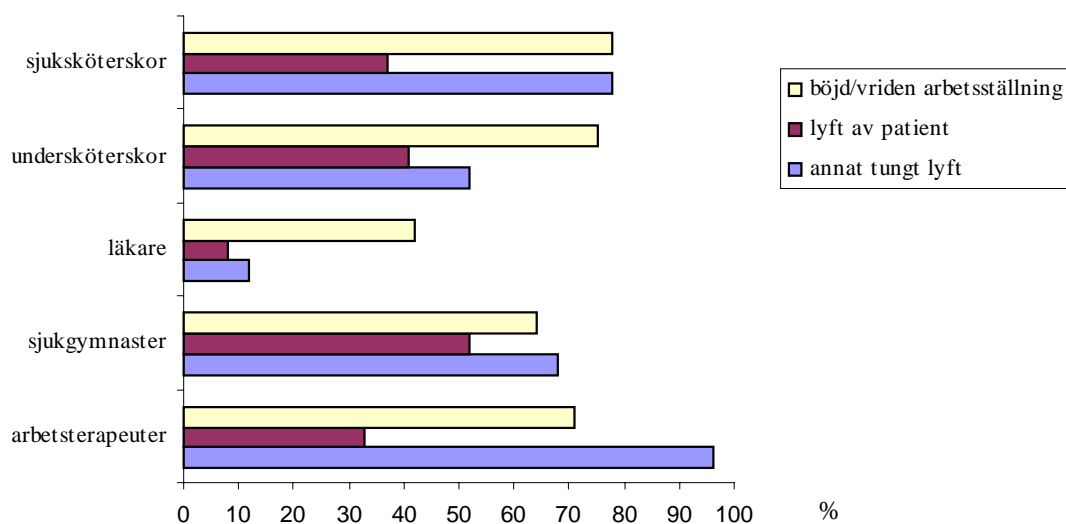


Figur 4.2. Andel (%) av yrkesgrupperna, som rapporterat tungt arbete inom den avancerade hemsjukvården (n=442) och inom sjukvården i Stockholms län (n=984). Där stapel saknas är andelen noll %.

Kuratorerna rapporterade att de hade *stillasittande* eller *lätt, något rörligt arbete* och skattade lägst på Borgskalan. Bland männen hade hälften bedömt sitt arbete som *lätt, något rörligt* och hälften *måttligt tungt*, medan större delen av kvinnorna skattade *måttligt tungt* till *tungt*. Skattningarna enligt Borg-skalan följde väl bedömningarna om tyngden i arbetet.

Lokal fysisk belastning

I enkäten fanns även frågor om lyft av patient eller annat tungt lyft, böjd eller vriden arbetsställning. Det är framför allt sjukgymnaster, undersköterskor och sjuksköterskor som uppger att de ofta eller ganska ofta har tunga patientlyft eller -förflyttningar. (Figur 4.3).



Figur 4.3. Andel (%) personal i olika yrkesgrupperna som rapporterade att de ofta eller ibland hade olika former av fysisk belastning.

I alla yrkeskategorier rapporterar personalen att de ofta har framåtböjd, vriden eller i övrigt obekväm arbetsställning, vilket hör samman med att man arbetar i patientens hem med bristande utrymme.

Åtta av tio (78%) av de som ofta/ganska ofta har tunga patientförflyttningar använder lyfthjälpmiddel när det finns tillgång till sådana. Det är dock relativt många (23%) som anser att arbetet alltid eller ofta störs av *brist* på lyfthjälpmiddel. Man transporterar arbetsmaterial, t.ex. läkemedel, näringspreparat och omläggingsmaterial men även pärmar med patientjournaler, eftersom man inte kan lämna kvar dem i bilen. Till detta kommer att det ofta blir långa gångavstånd från bilen till patientens bostad, eftersom man inte har tillstånd för parkering utanför porten.

Vid workshoppen framkom att hjälpmedel utgör en stor del av det som transporterats. Ett förslag som kom upp var att man borde försöka påverka Hjälpmedelscentralerna att ha flexibla utkörningsdagar. De som rapporterat att de ofta lyfter och bär mycket hade också oftare klagomål på att arbetet störs av de trånga utrymmena hos patienten samt att de inte kan parkera i anslutning till patientens bostad.

Vad säger lagen om belastningsergonomi?

3§ Arbetsgivaren skall se till att arbete som kräver kraftutövning så långt det är praktiskt möjligt ordnas och utformas så att arbetstagarna kan använda för kroppen gynnsamma arbetsställningar och arbetsrörelser.

6§ (förkortad version) Arbetsgivaren skall se till att arbetstagaren har tillräckliga kunskaper om:

- Lämpliga arbetsställningar och arbetsrörelser
- Hur teknisk utrustning och hjälpmedel skall användas
- Vilka risker olämpliga arbetsställningar, arbetsrörelser och olämplig manuell hantering medför
- Tidiga tecken på överbelastning av leder och muskler

•
AFS 1998:1
... om
belastnings-
ergonomi

•
AFS 1990:18
... om
omvårdnadsarbete i
enskilt hem

4§ Tunga manuella lyft och andra fysiskt påfrestande arbetsmoment skall undvikas. Arbetstagarna skall få den instruktion i lyft- och förflyttningsteknik som behövs.

Även i den nyare AFS 2000:1 om manuell hantering formuleras arbetsgivarens skyldighet att – om manuell hantering av bördor inte kan undvikas – vidta organisatoriska åtgärder eller se till att hjälpmedel finns för att minska riskerna vid den manuella hanteringen. Här betonas även krav på information till och utbildning av arbetstagarna.

Lagen är alltså entydig när det gäller arbetsgivarens skyldighet att se till att arbetstagarna får nödvändig utbildning och information. Flera av kommentarerna i enkäten gällde också önskemål om utbildning i och repetition av lyft- och förflyttningsteknik.

5. Hot och våld i arbetet

Av personalen inom den avancerade hemsjukvården hade sex av tio varit utsatta för hot om våld och två av tio för våld. Undersköterskor och läkare hade oftast upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete. Vanligast var hot från patient och hot från djur (husdjur). Även hot från patients anhörig/bekant och hot i samband med resa till eller från patients bostad var relativt vanliga. De särskilda risker som omnämndes av personalen var arbetslokalen, ensamarbete, arbete på kvällar och helger, husdjur, riskfyllda platser och områden (vid transporter och förflyttningar). Patienten själv kunde upplevas som ett hot, t.ex. patienter med sjukdom som gjorde dem aggressiva eller obalanserade. Även anhöriga och familjer i kris kunde upplevas som potentiella hot. I kapitlet sammanfattas de åtgärder enheterna hade vidtagit för att förebygga riskerna för hot och våld.

Våld och hot om våld på arbetsplatsen förefaller vara särskilt vanligt inom vissa yrkesområden, men förekommer generellt inom arbetslivet. 1999 års Arbetsmiljöundersökning⁴ visade att 17% av kvinnorna och 10% av männen blivit utsatta för våld eller hot om våld i arbetet det senaste året (Arbetsmiljöverket 1999). Flest utsatta fanns inom vården. Av undersköterskor/ sjukvårdsbiträden hade nära hälften (48%) varit utsatta för våld eller hot om våld, motsvarande siffra för sjuksköterskor var cirka 40%. Av alla anmälningar om arbetsskada (1997) orsakade av våld eller hot om våld gjordes 22%, cirka 500 anmälningar, av personal inom hälso- och sjukvård och 15% av personal inom äldre- och handikappomsorg.

Hur vanligt är hot och våld inom den avancerade hemsjukvården?

Av personalen rapporterade 58% att de upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete. Knappt 57% hade upplevt hot om våld och drygt 20% våld. Nästan var femte (19%) hade upplevt både hot och våld i arbetet (Tabell 5.1).

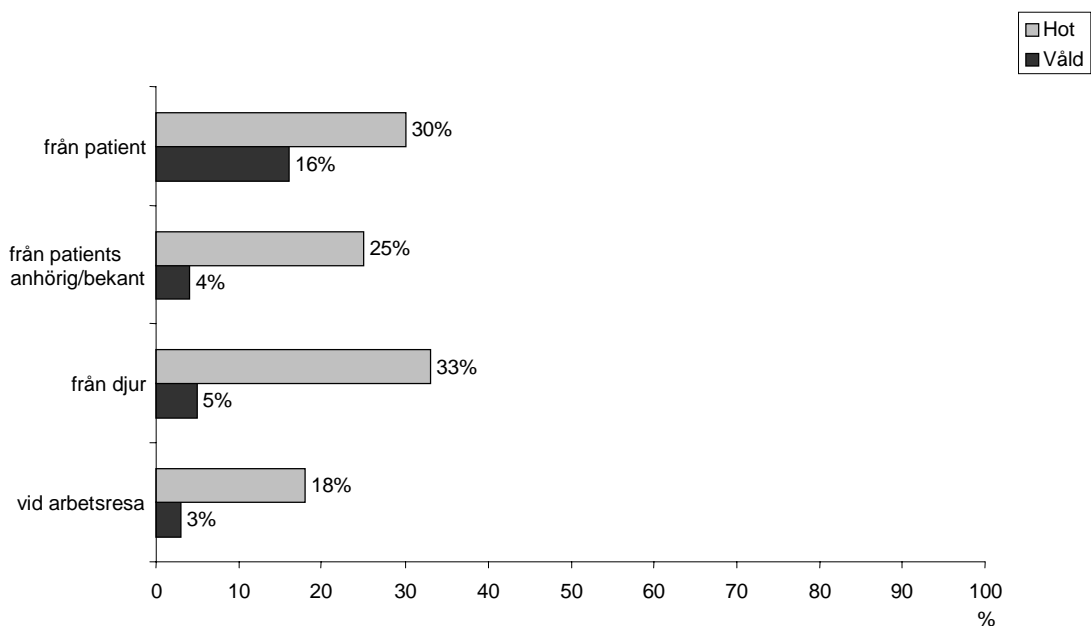
⁴ Vartannat år genomför SCB på uppdrag av Arbetsmiljöverket en urvalsundersökning, kallad Arbetsmiljöundersökningen, som belyser förhållandena i svenskt arbetsliv. Resultat från dessa undersökningar kan beställas eller hämtas från www.av.se (PDF-format).

Tabell 5.1. Andel (%) personal i olika yrkesgrupper som upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete (från patient, från patients anhörig/bekant, från djur eller vid arbetsresa).

	Upplevt hot om våld	Upplevt våld
Sjuksköterskor	57%	19%
Undersköterskor	70%	29%
Läkare	68%	28%
Sjukgymnaster / Arbetsterapeuter	35%	10%

Av de som arbetat mindre än ett år inom den avancerade hemsjukvården hade 37% upplevt hot om våld och 13% våld. Detta kan jämföras med de som hade arbetat mer än ett år där 60-63% upplevt hot om våld och 19-32% våld i arbetet.

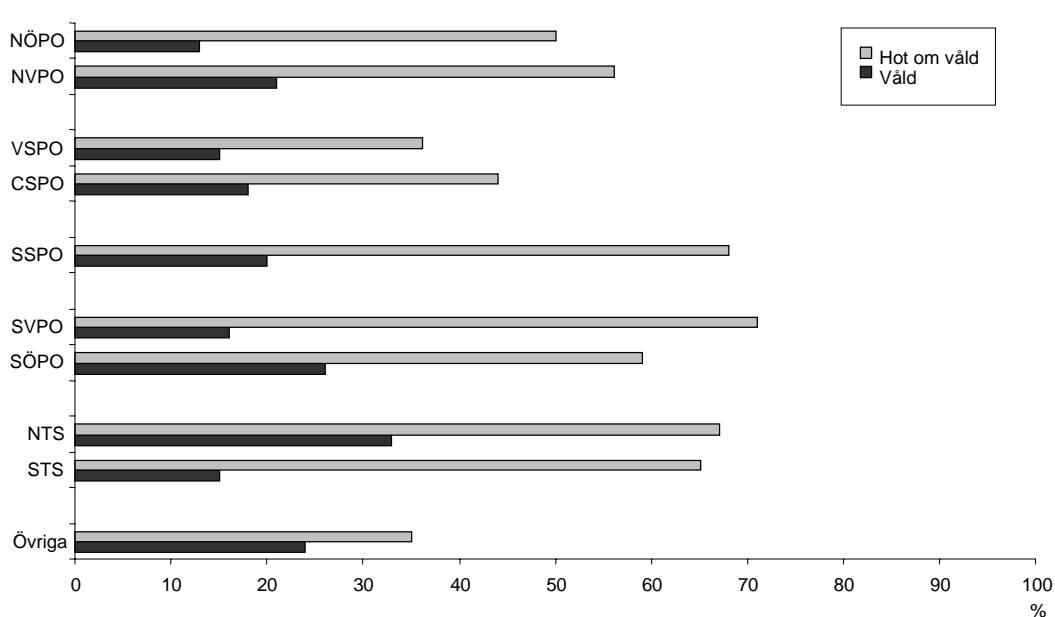
De olika situationer där personalen upplevt hot om våld eller våld redovisas i fig. 5. 1.



Figur 5.1. Andel (%) personal som rapporterade att de upplevt olika hot eller våldssituationer i arbetet (n=436-441).

Hot och våld uppdelat på produktionsområden

I figuren nedan redovisas hur vanligt upplevelser av våld och hot om våld situationer är för personalen i de olika produktionsområdena i länet.



Figur 5.2. Andel (%) personal som rapporterade att de upplevt våld eller hot om våld i arbetet, uppdelat på produktionsområden i länet (hot om våld n=448, våld n=443).

Upplevelse av särskilda risker för hot och våld i arbetet

Nästan hälften av personalen uppgav att de upplevde risker för hot och våld i vissa situationer och sex av tio uppgav att de upplevde risker på vissa platser.

I enkäten ombads de anställda att kommentera de särskilda riskerna i arbetet med avseende på hot och våld. Sju olika kategorier kunde identifieras bland svaren.

Arbetslokaler

Säkerhetssituationen i själva arbetslokalen togs upp,

”sena kvällar, ibland ensam, haft flera inbrottsförsök i lokalen”.

Även närmiljön till arbetslokalen upplevdes ibland som ett problem,

”upplever risk för överfall på vår parkering med dålig belysning och avsidets läge”,

”det har funnits oro vid parkeringen kring vår arbetsplats” ,

”sjukhusentrén där det är många alkisar som sitter”.

Ensamarbete

Många kommenterade ensamarbetet som en risk, detta gällde både vid transporter/förflyttningar utomhus och vid arbetet hemma hos patient.

”Ute på samhället, åker hem till folk på diverse larm, ibland kan man inte vara två”,

”ensamarbete - ensam tjej i bilen på natten i områden där inte ens polisen får åka om dom är färre än fyra, där åker vi ofta ensamma”,

”när jag åker ensam i garage, går ensam i trappuppgångar på kvällen – det är läskigt” .

Flera uttryckte en rädsla att bli rånade då de bar väskor med läkemedel som narkotiska preparat,

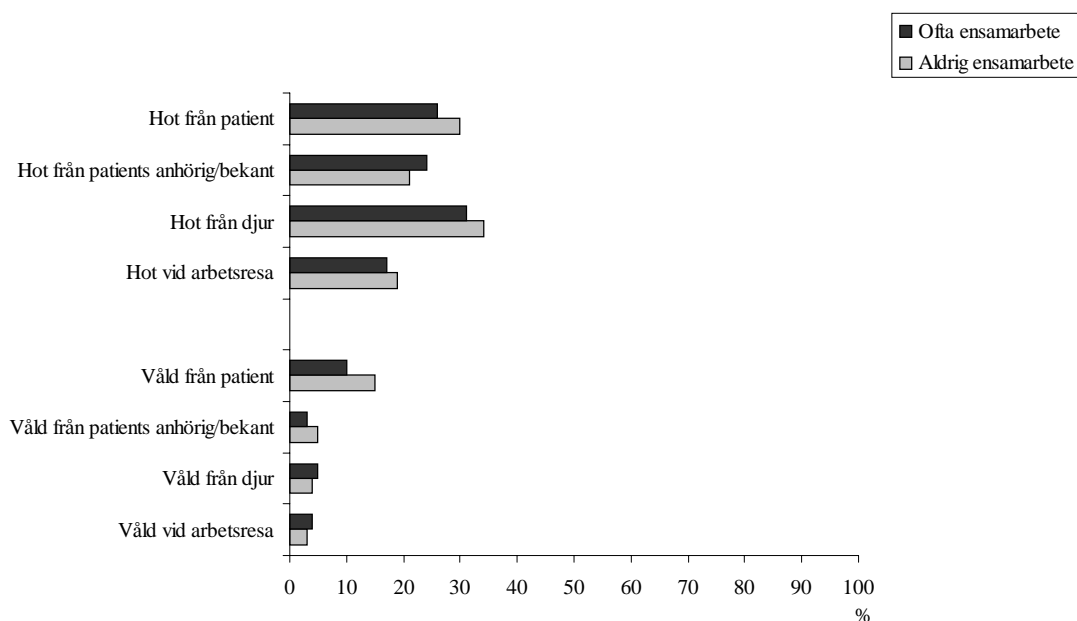
”när man ensam ska till patient i ett område där det bor suspekta personer och har morfin eller dylikt i väskan”.

Även ensamarbete hemma hos patienter kommenterades,

”ensamarbete med psykiska patienter”,

”om du är ensam hos någon aggressiv eller påverkad person”.

Ensamarbete verkade dock inte vara en avgörande faktor när det gällde om man upplevt våld eller hot om våld i sitt arbete (Figur 5.3). Detta kan tolkas som att personalen i hög grad valt att ej arbeta ensamma när känd risk för hot eller våld föreligger.



Figur 5.3. Andel (%) personal som rapporterade att de upplevt hot om våld respektive våld i arbetet uppdelat på om de aldrig eller ofta hade ensamarbete (n=105/182).

Arbete på kvällar och nätter

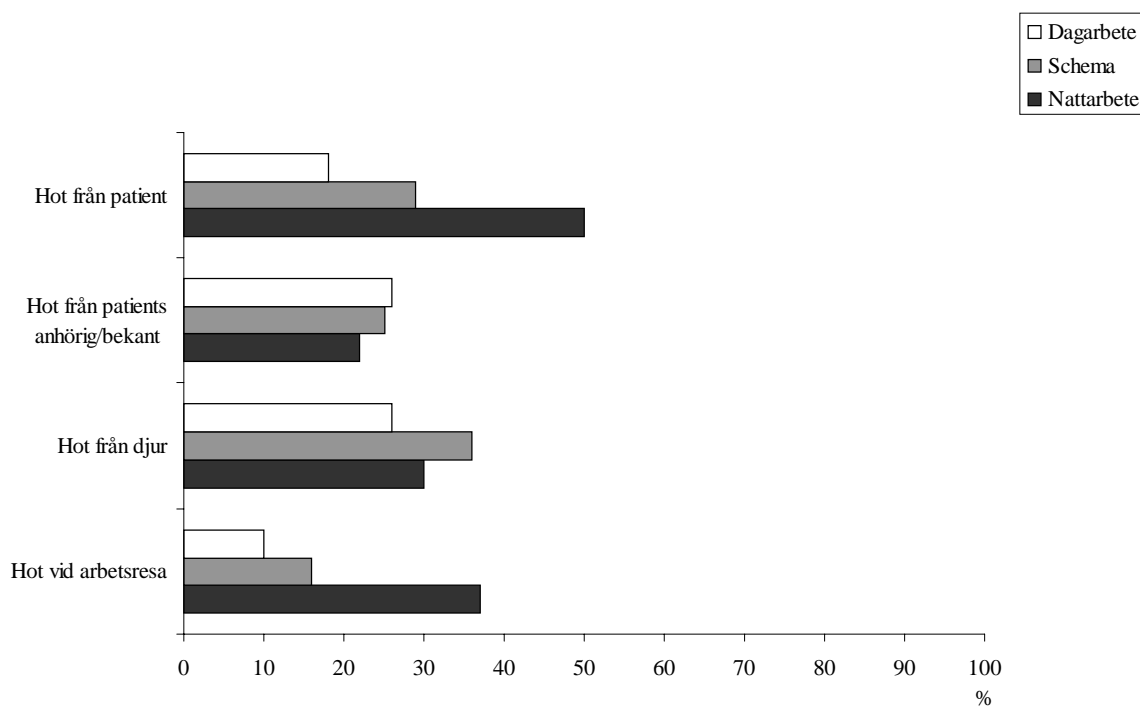
Flera personer tog upp arbete på ”obekväma” arbetstider,

”efter mörkrets inträde, i mörka portar, i skumma kvarter”.

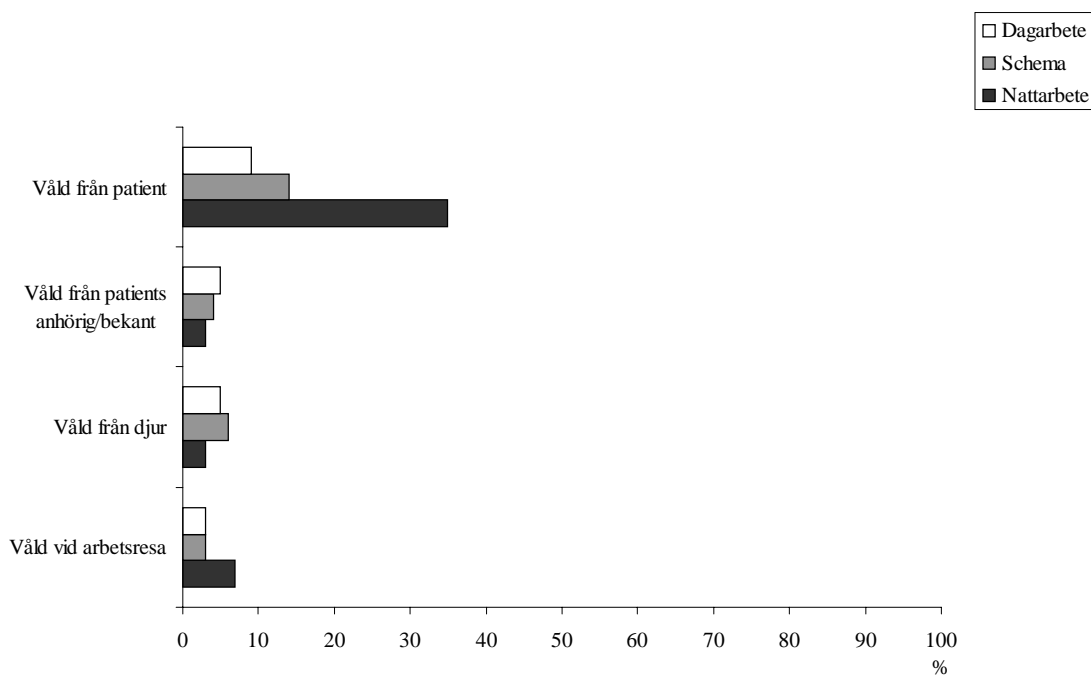
Rädslan gällde här ensamarbete både i arbetslokal och vid transporter och förflyttningar utomhus,

”under natten, ensamt arbete, rädsla dels för inbrott i lokalen och dels på väg till patient under natten med akutväska”.

Figur 5.4 och 5.5 visar andel personal som upplevt hot om våld respektive våld i arbetet uppdelat på arbetstidens förläggning: dag, schema (dag/kväll) eller natt.



Figur 5.4. Andel (%) personal som rapporterade att de upplevt hot om våld i arbetet uppdelat på arbetstidens förläggning: dagtid, schemabundet (dag- respektive kvällstid) eller nattetid (n=100/284/61).



Figur 5.5. Andel (%) personal som rapporterade att de upplevt våld i arbetet uppdelat på arbetstidens förläggning: dagtid, schemabundet (dag- respektive kvällstid) eller natttid (n=100/284/61).

Patient

Även patienten själv kunde i vissa fall upplevas som ett hot, följande citat ger några exempel:

”patient med demens eller hjärnskada, som ej förstår och kan känna sig hotad”,

”förvirrade och psykiskt labila patienter”.

Ett par personer var kritiska till handläggningen av de psykiskt sjuka patienterna,

”oklara läkarordinationer på labila patienter, dåligt läkaransvar, läkare som faller undan för svåra och aggressiva patienter”

eller en alltför ensidig inriktning på vården

”när vi har patienter med psykiska besvär från början och vi inriktar oss enbart på de somatiska sjukdomarna”.

En hotfull situation som beskrevs var när patienten på eget bevåg avbrutit medicinering

”när man besöker psykiskt sjuk patient som slutat äta sina mediciner för att de tycker att de mår så bra”.

Patienter med missbruksproblem var en annan grupp som flera av vårdpersonalen kommenterade,

”hembesök hos alkohol/narkotika beroende där hembesök erfordras och där man inte kan tillgodose alla patientens önskemål”,

”arbete i hemmet hos missbrukare med polarna hemma”.

Av den personal som ibland eller ofta arbetade med dementa patienter hade 43% utsatts för hot om våld och 30% för våld. Motsvarande siffror för de som ibland eller ofta arbetade med alkohol- eller drogpåverkade patienter var 55% respektive 31%.

Patients anhörig/bekant

Anhöriga och familjer i kris togs upp och kunde upplevas som potentiella hot,

”familj i kris som ej klarar av den utan blir utåtagerande”,

”ledsna, arga, chockade patienter/anhöriga som är vana att leva ut sina känslor med våld kan lätt avreagera sig mot oss”.

Ett annat dilemma var när vårdens intressen och möjligheter hamnar i konflikt med patientens eller anhörigas önskemål

”anhöriga som t.ex. motsätter sig utskrivning av patient”,

”upprivna anhöriga i kris där oförutsedda situationer uppstår, t.ex. att hjälpmedel ej kan avhämtas på vissa tider”.

Flera kommenterade arbete i missbrukarfamiljer eller hos patienter som hade missbrukande vänner på besök i hemmet,

”i hem med missbrukare, speciellt när andra personer än patienten är närvarande”,

”ensamarbete hos patienter med missbruksproblem eller med anhöriga som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom”.

Av de som rapporterade att de ofta eller alltid kände krav från patients anhöriga, vilka var svåra att tillfredsställa, hade 35% upplevt hot om våld och 20% våld.

Husdjur

”Aggressiva djur som vill försvara husse eller matte när man ska försöka göra en aktiv insats för patienten”,

”har patienter som har aggressiva hundar som man inte kan lita på”.

Exemplen belyser hot och våldsituationer från husdjur, detta verkade vara ett relativt vanligt förekommande problem, framför allt i vissa delar av länet – ofta länets ytterområden.

Transporter och förflyttningar, riskfyllda platser och områden

Utsattheten vid transporter och förflyttningar utomhus beskrevs av många personer. Detta gällde både utomhus runt den egna arbetsplatsen och utomhus utanför patientens bostad,

”bilen parkerad på baksidan av sjukhuset, mörkt och ensligt, ibland okända personer på platsen”,

”när vi går från bilen till patientens dörr med akutväska som innehåller diverse läkemedel eller har en stöldbegärlig mobiltelefon”.

Även transport av läkemedel mellan apotek och arbetsplats togs upp som en risksituation. Flera personer kommenterade även transportväskorna,

”orangefärgad väska – känns som alla vet att det finns morfin”.

Många kommenterade sin oro vid arbete i socialt tungt belastade bostadsområden,

”miljonprogrammets bostadsområden kvälls- och nattetid”,

”vi arbetar i bostadsområden där våld är vanligt och med patienter i misär”.

En person skrev att lönehelger var besvärligare

”i vissa höghusområden är det mycket fylla och busliv, lönehelgerna är stökigare att jobba, mycket folk i rörelse”.

Även de som arbetade i innerstaden tog upp riskfyllda platser

”vissa gator i centrum nattetid”,

”på stan, med knarkare som uppträder nyfiket och gått runt bilen, ryggsäck med narkotika är en risk”.

Förutom bostadsområden togs även parkeringsgarage, parkeringar, torg, och portar, trappuppgångar upp som riskfyllda och utsatta platser,

”vid ensamarbete med väskan full med morfin och annat, i mörkret på kvällarna, framför allt på ödsliga parkeringar och parkeringshus”,

”mörkrädd, undviker ensamma platser som är dåligt upplysta”.

Ungdomsgäng beskrevs av flera som ett hot,

”vissa utsatta områden där passagen ska ske genom trånga, mörka utrymmen, gäng som vill se innehåll i väskor”,

”belastade områden som är kända för t.ex. ungdomsvåld”.

Både väskor och bilar som 'annonserade' tillhörighet kunde öka rädslan för potentiell rånrisk,

"vid besök i stökiga bostadsområden, speciellt nattetid då det syns på bilens dekalering att vi kommer från sjukhus",

"vi är igenkända av knarkare, så blir de tillräckligt sugna på 'godiset' vi bär med oss så..."

Drygt en tredjedel (38%) av personalen uppgav att de ofta/alltid hade problem att kunna parkera bil i nära anslutning till patientens bostad. Bland dessa hade 67% upplevt våld eller hot om våld, jämfört med 50% av de som sällan/aldrig hade dessa problem.

Enheternas arbete för att förebygga risker för hot och våld
Flera olika strategier användes vid enheterna för att förebygga risker för hot och våld samt för att hantera olika hotsituationer.

Utbildning i konflikthantering och självförsvar

Flera enheter hade anordnat obligatorisk utbildning i konflikthantering och självförsvar. På andra enheter hade enskilda personer gått kurs genom arbetsplatsens försorg, på tidigare arbetsplats eller på eget initiativ. På många enheter hade man också för vana att tala om och diskutera risker och incidenter,

"prata om det på arbetsplatsträffar",

"samtal om hur man bemöter situationer man kan hamna i".

Många som ej fått utbildning uttryckte ett starkt önskemål om detta. På några enheter hade man haft kontakt och fått information av säkerhetschef, medan andra hade önskemål om detta,

"jag har försökt få vår säkerhetschef att uppmärksamma detta, men ej fått något som helst gehör".

Många av personalen gav en initierad och kunnig bild av hur man bör agera i en hotsituation, vilket ett axplock av citaten nedan ger exempel på:



Många uttryckte dock också en osäkerhet vad gällde konflikthantering:

"springa?",

"bara min personliga hållning, inga rutiner finns",

"vet hur man ska handskas med familj i kris, vet ej om man blir påhoppad utanför apotek".

Enstaka personer hade egna lösningar på hotproblematiken,

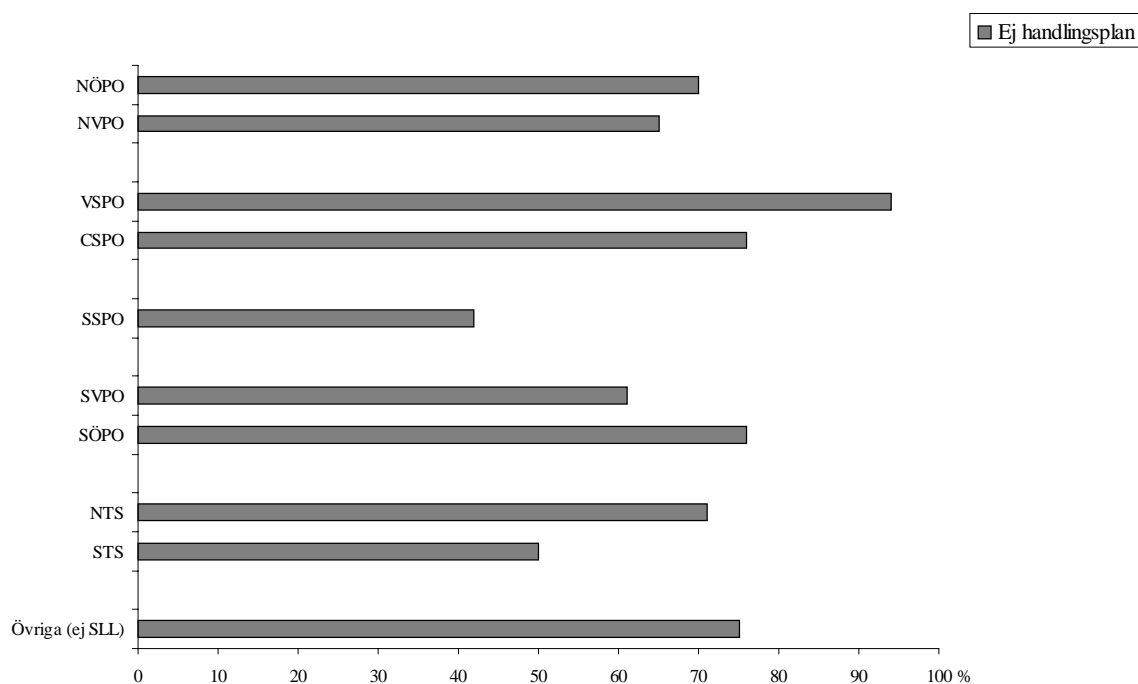
"jag har själv spray i väskan",

"vill angriparen ha akutväskan så ger jag honom den enligt order från chefen, jag är stor så det blir inte utan motstånd från mig beroende på hur angriparen ser ut, full, kniv etc.",

"stänga in odjuret i köket".

Handlingsplan (Hot och våld pärm)

Några enheter hade utarbetat en handlingsplan för agerande vid hot och våld situationer, en s.k. "Hot och våld" pärm. Drygt två tredjedelar av all personal uppgav dock att de ej visste om det fanns sådan eller att det ej fanns handlingsplan för hot och våld (Figur 5.6). Ungefär hälften av all personal, oavsett yrkesgrupp, uppgav att de ej hade tillräcklig kunskap om skydds- och säkerhetsfrågor på arbetsplatsen.



Figur 5.6. Andel (%) personal som rapporterade att det ej fanns en handlingsplan på enheten för att förebygga hot och våld, uppdelat på produktionsområden i Stockholms län (n=437).

Flera enheter hade försökt få generella parkeringstillstånd för att försöka undvika långa gångsträckor mellan parkeringsplats och patientens bostad. Citaten belyser aktiva strategier och förhållningssätt,

”man har försökt få generella p-tillstånd hos bostadsrättföreningarna, kommunerna, i vissa fall har man fått det, i andra ej”,

”parkeringstillstånd för att förkorta avstånd mellan bil och patientbostad, nycklar till bom för att slippa p-garage”,

”parkera dubbelt på natten om p-plats ej finns för att slippa gå långt, speciellt nattetid” och

”ej parkera på nedre plan då det är mörkt”.

Modifiering av arbetsrutiner

Vid många enheter försökte man så långt som möjligt undvika ensamarbete,

”arbeta två och två nattetid, önskvärt även kvällar – tyvärr ej så populärt på grund av personalbrist”.

Detta gällde framför allt vid arbete på obekväma tider, men också vid arbete hos vissa patienter, patientgrupper eller vid besök hos av enheten ej kända patienter,

”två personer vid hembesök där man misstänker att hot/våld skulle kunna förekomma”,

”att man alltid åker två till psykiskt labila patienter”.

Vid besök hos ej kända patienter framför allt vid ensamarbete hade några enheter som rutin att meddela sig med varandra,

”via mobilen, talar alltid om för kollega om jag åker till okänd adress så att hon kan motringa efter 20 minuter”,

”har personsökare, skriver upp på tavlan när man beräknas komma tillbaka från hembesöken så att någon kan sakna en”,

”meddela sig med arbetskamrater vid okända larm”.

Några enheter hade utarbetat arbetsrutiner för att undvika konflikt och hot situationer vid arbete med t.ex. missbrukare,

”bara ta med en spruta med uppdraget läkemedel till före detta missbrukare som har polare i hemmet”,

”vid känt missbruk hos anhöriga delas dagdosett och övriga läkemedel i vår arbetslokal”.

En annan strategi var att låta alla larm sållas via sjukvårdsupplysningen. Det verkade även förekomma att enheter avböjt vissa patienter som visat sig vara hotfulla.

Osynliggörande

Att ”synas” vid transporter och förflyttningar verkade ha två sidor, å ena sidan kunde man vinna större respekt medan man å andra sidan riskerade att bli mer utsatt. Några enheter hade bytt ut orange väskor mot gråa och några hade inte kvar skyltning på bilar,

”vi har inte längre kvar texten på bilarna där det står SAH på”.

Larm och säkerhetsanordningar

Flera enheter hade ordnat med säkerhetslås och larmanordningar i arbetslokalen,

”säkerhetsgrindar i lokal där vi vistas, kodade dörrar och hissar”,

”larm på enheten, upplyst med lampor utanför enheten”.

Det vanligaste personburna larmsystemet verkade vara tillgång till mobiltelefoner,

”alla har mobiltelefoner, som kan vara till hjälp om något skulle hända”.

Ofta var dessa förprogrammerade med kortnummer till lokal polis, SOS larmcentral, bevakningsbolag eller till arbetslokal. Flera hyste dock tvivel på om detta skulle fungera i en reell situation,

”beror på var jag finns, i garage och portgångar fungerar inte mobiltelefonerna”.

Andra hade bilar med larm,

”vi har GPS larm i bilar”

eller personburna larm (person GPS). Det verkade finnas ett starkt önskemål från många enheter om just personburna larm,

”vi har begärt mobilt trygghetslarm men ej fått det, däremot fått nytt larm på arbetsenheten”.

Flera personer uttryckte tvivel på larmens tillförlitligheten eller att de hade bristfälliga kunskaper om larmen,

”vi har personlarm kopplat till vaktbolag, ej fungerat när vi testade och det känns ju inte så tryggt”,

”har inte fått information om hur larmen fungerar”,

”vad jag vet finns ingen policy för detta, jag skulle nog ringa 112”.

Några som hade GPS larm i bil kommenterade detta,

”vaktbolagen kan ju se bilens position, men ej veta var vi är om vi är i bilen”.

Vem ska man larma?

En annan fråga som kom upp var

”Vem ska man larma?”

Och vem ska man larma först vid en hot eller våldssituation? Flera av de anställda förlitade sig främst på hjälp från arbetskamrater vid en incident,

”vi hjälper varandra”,

”arbetskamraterna skulle ställa upp”,

”alla för alla, alla för en”.

Andra hyste tvivel på att arbetskamrater skulle hinna eller kunna ställa upp,

”kollegorna kan vara geografiskt långt borta”,

”fick ingen hjälp alls då min kollega ej hörde av sig och jag inte hade möjlighet att ringa på mobilen”.

Många, framför allt de som arbetade i länets ytterområden uppgav att de ej trodde på snabb insats från polisen sida,

*”polis har lång körsträcka till ytterkommuner där polis finns endast kon-
torstid”,*

*”tveksamt, jobbar i ytterkommun där det är väldigt ont om poliser, speci-
ellt kvällar och helger, då finns det ingen!”.*

Andra förlitade sig på hjälp,

*”jag tror polisen är medveten om vår arbetssituation och har alltid varit
snabbt på plats”.*

Några kommenterade larm till vaktbolag,

”vaktbolag kommer snabbt med hund”,

*”tar nog lång tid innan larmcentralen sänder ut först vakt och sedan po-
lis”.*

Människor i omgivningen verkade utgöra både en trygghet och en massa som ej brydde sig,

”jag skulle göra mig hörd/sedd, skrika, biltuta”,

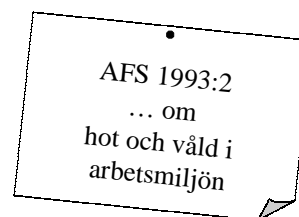
”blir man överfallen törs människor ej hjälpa till, de är rädda”,

*”omgivningen vågar sällan ingripa i hotfulla situationer, vi är ju civil-
klädda – svårt att veta var vi kommer från”.*

Vad säger lagen om hot och våld i arbetsmiljön?

Arbetsgivaren är skyldig att utreda riskerna för våld och hot i arbetet samt att vidta deåtgärder som behövs med anledning av detta (Hultin A. 2000)

3§ Arbetet skall anordnas så att risk för våld eller hot om våld så långt som möjligt förebyggs. Särskilda rutiner skall finnas för arbete som medför risk för våld eller hot om våld. Rutinerna skall hållas aktuella och följas upp fortlöpande. Rutinerna skall vara kända av alla arbetstagare som kan bli berörda av riskerna.



4§ Arbetstagarna skall ha tillräcklig utbildning och information och få tillräckliga instruktioner för att kunna utföra arbetet säkert och med tillfredsställande trygghet.

7§ Arbetstagarna skall ha möjlighet att kalla på snabb hjälp vid en vålds- eller hotsituation (förkortad).

8§ Innebär en arbetsuppgift påtaglig risk för våld eller hot om våld får den inte utföras som ensamarbete.

Omhändertagande av personal som utsatts för våld eller hot om våld

De som utsatts för hot om våld/våld ombads skriva om hur de blev omhändertagna på arbetsplatsen efter incidenten. De öppna svaren varierade från

”inte alls”

till relativt omfattande åtgärder på de olika enheterna. Nedan presenteras citat från en enhet där hot om våld/våld situationer hade inträffat oftare än för genomsnittet av enheterna och där enheten hade en handlingsplan i händelse av hot och våld.

”Samtal på arbetsplatsen – hjälpte mycket bra.”, ”Pratat med mina kollegor.”

”Bra. Pratade om vad jag gjorde och om det hade kunnat göras på annat sätt.”

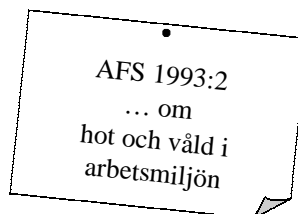
”Samtal med chefen och arbetskamrater, handledning.”

”Åkte från patienten in till avdelningen. Fick samtala och fick bra stöd från både kollegor och överordnade omedelbart.”

Vad säger lagen om uppföljande åtgärder?

10§ Tillbud och händelser med hot eller hot om våld skall dokumenteras och utredas.

11§ Arbetstagare som utsatts för våld eller hot om våld skall snabbt få hjälp och stöd för att förebygga och lindra såväl fysisk som psykisk skada. Arbetsgivaren skall ha särskilda rutiner för detta.

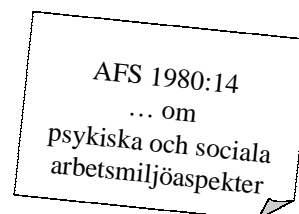


6. Psykosociala aspekter på arbetsmiljön

"Det goda arbetet" är betydelsefullt för att personalen ska kunna bidra till effektiv vård eller hög vårdkvalitet medan en försämrad arbetsmiljökvalitet påverkar anställdas och indirekt vårdtagarnas hälsa. Majoriteten av personalen inom den avancerade hemsjukvården var nöjd med den psykosociala arbetsmiljön och tyckte att de hade möjlighet att arbeta på ett sådant sätt att de var nöjda med resultatet. Personalen upplevde sällan krav från olika håll som de inte kunde tillfredsställa. Minst nöjd var personalen med lönen för arbetsinsatserna, delaktigheten, möjligheten att på ett bra sätt kombinera arbetet och privatliv samt med informationen och möjligheten till medbestämmande. Cirka en femtedel av personalen upplevde att de ofta arbetade på "högvarv" utan att ha möjlighet att varva ner samt att de ofta måste hoppa över raster för att hinna med sitt arbete. Drygt en fjärdedel svarade att de ofta var sjuknärvarande. De flesta tyckte att arbetsförhållandena var lika som förra året. Störst förändring hade skett avseende arbetsbelastning, tidspress och kunskapskrav där många upplevde en ökning. De resurser som finns i organisationen för att handskas med höga krav hade inte ökat i samma utsträckning. Läkarna var mest nöjda när det gällde den psykosociala arbetsmiljön medan sjukgymnasterna tillsammans med arbetsterapeuterna var minst nöjda.

Psykiska och sociala arbetsmiljöaspekter

I AFS 1980:14 citerar man propositionen 1976/77:149 som konstaterar att begreppet psykosociala faktorer i arbetsmiljön är omfattande och delvis svårfångad. "De psykosociala frågorna utgör sålunda inte någon avskild grupp av arbetsmiljöfaktorer. Psykosociala faktorer i arbetsmiljön framkommer genom att arbetsmiljön betraktas från psykologisk och sociologisk synvinkel. Detta perspektiv omfattar såväl fysiska som organisatoriska och sociala synvinklar".



Arbetstagarens upplevelse av arbetssituationen kan få hälsomässiga effekter och påverka risken för olycksfall. Arbetsuppgifternas innehåll, möjlighet till kontakt, samarbete, inflytande och personlig utveckling är viktiga för den psykosociala arbetsmiljön liksom möjligheter till ansvarstagande och själv-

ständigt beslutsfattande. Arbetstagaren bör också veta att det han eller hon uträttat är väsentligt och värderas av andra. En grundprincip är att arbetets krav och människans egna förutsättningar och ambitioner skall vara i så god samklang som möjligt. Arbetet bör ge den enskilde möjlighet att utnyttja sina kunskaper och sin skicklighet och helst också ge möjlighet att fortlöpande utveckla sina kunskaper och få nya erfarenheter.

De psykiska och sociala förhållandena på en arbetsplats präglas i stor utsträckning av människorna på arbetsplatsen och hur samspelet sker mellan dem. Gemenskapen med arbetskamrater är viktigt. Inom vissa arbetsområden, främst vård- och servicesektorn, kan relationerna till andra människor, med krav från vårdtagare eller kunder, upplevas som påfrestande. Det är viktigt att dessa förhållanden diskuteras på arbetsplatser och att den enskilde ges ett sådant stöd att situationen så långt möjligt underlättas. Väsentligt är också vilken arbetsledning som tillämpas. I arbetsledningens uppgift ingår att ange de insatser som måste till för att verksamhetens mål skall uppnås, att samordna dessa insatser och fördela uppgifterna utifrån tillgängliga resurser. Vidare ingår att skapa förutsättningar för goda kommunikationer och kontakter människor emellan och ett öppet utvecklande klimat.

"Det goda arbetet"

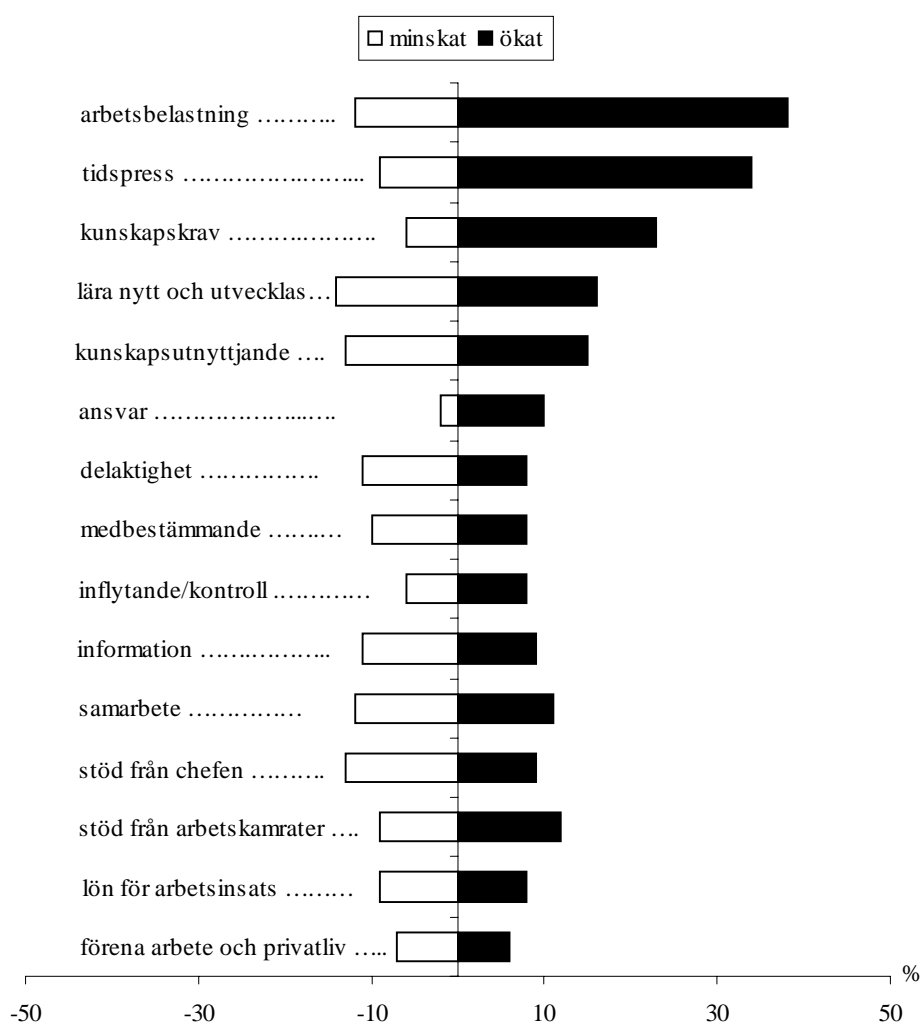
Nedan redovisas en sammanfattning av viktiga faktorer för en kvalitativt god arbetsmiljö som upprepat påvisats i forskning sammanfattas i följande punkter:

- hög arbetsmotivation och arbetstrivsel
- självständigt arbete
- möjligheter till stimulans och utveckling i arbetet
- möjligheter att tillvarata kompetens
- inflytande och befogenheter i relation till ansvar
- kontroll (möjlighet att påverka arbetsuppgifter och arbetsprocesser) i relation till arbetets krav
- starkt socialt stöd från chefer och arbetskamrater/bra socialt klimat i arbetet
- delaktighet i verksamheten - ständig dialog mellan chef och medarbetare
- stöd för personalens engagemang och initiativkraft
- lyhört ledarskap

Psykosocial arbetsmiljö inom den avancerade hemsjukvården

I detta avsnitt redovisas resultat från frågor avseende den psykosociala arbetsmiljön. I enkäten fanns frågor om hur nöjd man var med olika faktorer i den psykosociala arbetsmiljön och om de hade förändrats under året som gått.

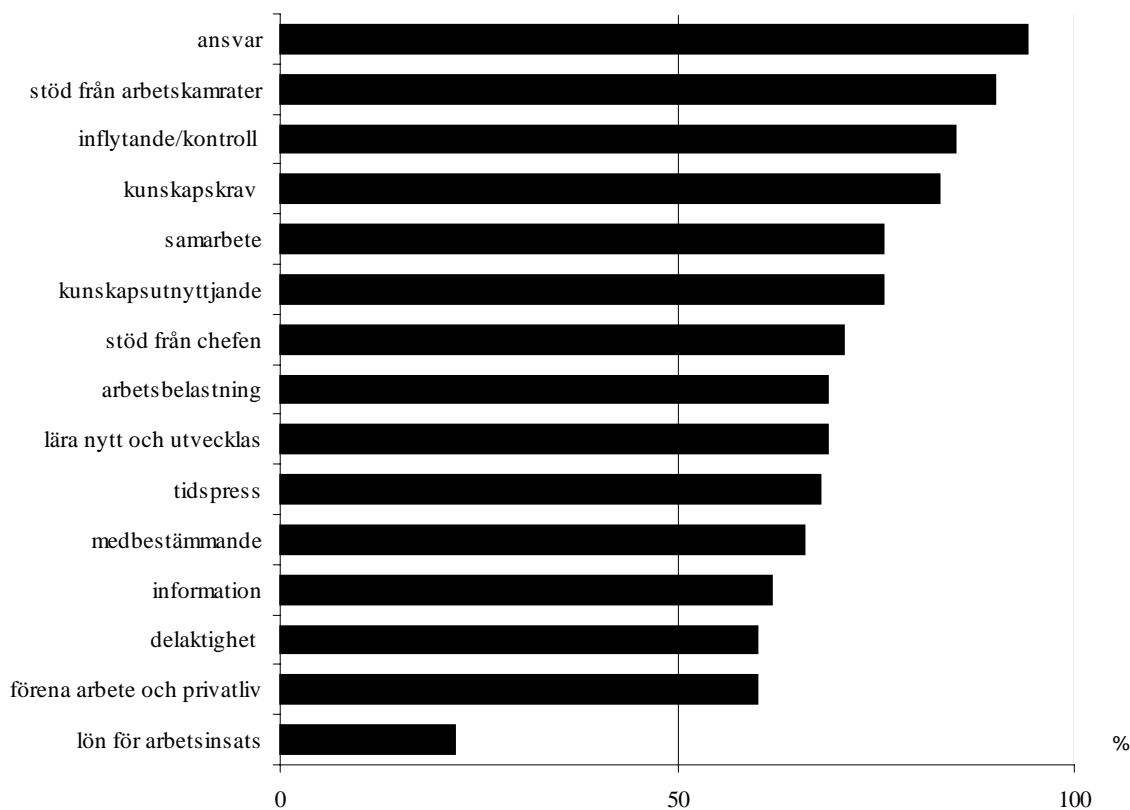
Figuren 6.1 nedan visar andelen av all personal som svarat om de psykosociala arbetsförhållandena i olika aspekterna förändrats jämfört med för ett år sedan.



Figur 6.1. Andel (%) personal som rapporterade att olika aspekter av de psykosociala arbetsförhållandena förändrats jämfört med för ett år sedan

Störst andel svar att en förändring skett fick frågorna gällande arbetsbelastning, tidspress och kunskapskrav. De resurser som finns i organisationen för att handskas med höga krav har inte ökat i samma omfattning. De flesta tyckte dock att arbetsförhållandena var oförändrade jämfört med föregående år.

Personalens svar på hur nöjd man är med de olika faktorerna i den psykosociala arbetsmiljön redovisas i figuren 6.2 nedan.



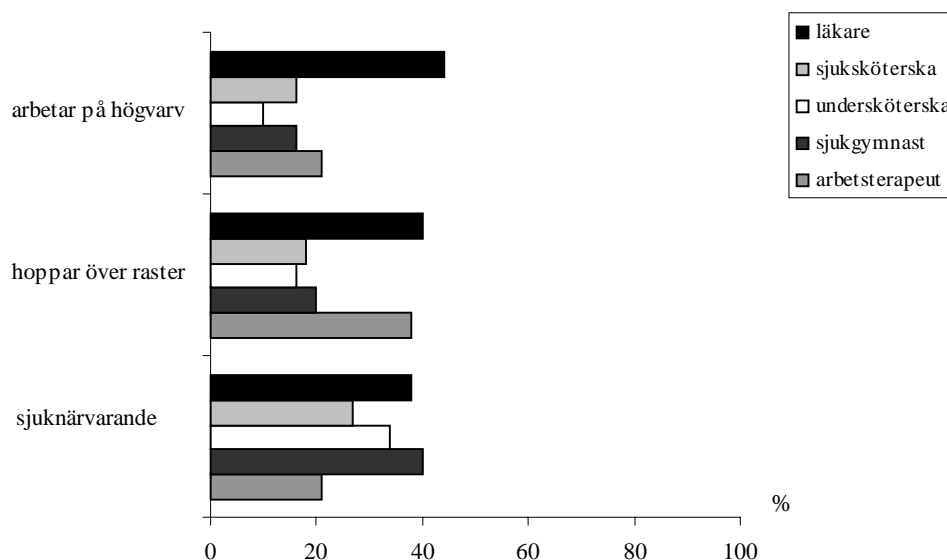
Figur 6.2. Andel (%) nöjda med olika faktorer i den psykosociala arbetsmiljön.

Majoriteten av personalen var nöjd med den psykosociala arbetsmiljön, främst med ansvaret för sina arbetsuppgifter, stöd och uppbackning från arbetskamrater, inflytande och kontroll över det egna arbetet samt kunskapskraven. Minst nöjd var personalen med lönen för arbetsinsatserna, delaktigheten, möjligheten att på ett bra sätt kombinera arbetet och privatliv samt med informationen och möjligheten till medbestämmande. 41% av kvinnorna och 22% av männen var missnöjda när det gäller möjligheten att på ett bra sätt kombinera arbete och privatliv.

Samma faktorer som i figur 6.2 uppdelat på yrkesgrupper finns i bilaga 3. De olika yrkesgrupperna upplevde sin psykosociala arbetsmiljö relativt likartat. De områden där yrkesgrupperna skiljde sig åt var upplevelsen av stöd från chefen, samarbetet, lön i förhållande till arbetsinsats, medbestämmande och påverkansmöjligheter samt utnyttjandet av kunskaper och erfarenheter.

Inom de olika yrkesgrupperna fanns faktorer som man var mer missnöjd med än andra. Bland sjukgymnasterna var majoriteten missnöjda med informationen samt stöd och uppbackning från chefen. Arbetsterapeuterna var mest missnöjda med tidspressen i arbetet. Läkarna upplevde främst missnöje med arbetsbelastningen och möjligheten att på ett bra sätt förena arbetet och privatliv. Bland sjuksköterskorna och undersköterskor fanns störst missnöje avseende möjligheten att på ett bra sätt förena arbete och privatliv samt informationen. För undersköterskorna hade också frågan om delaktighet och medbestämmande över det egna arbetet en stor andel missnöjda.

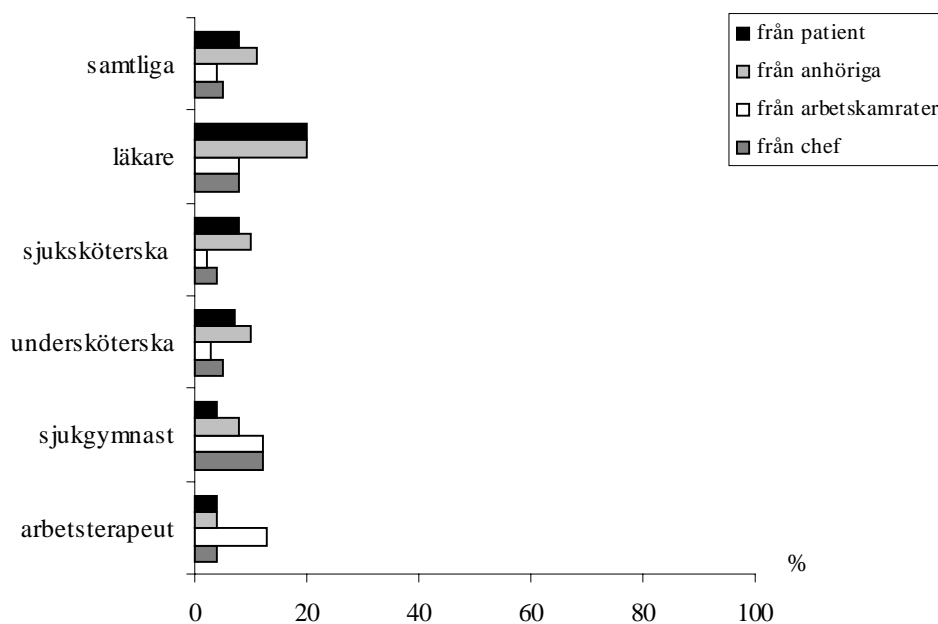
I enkäten fanns frågor om möjlighet till återhämtning och sjuknärvaro. Figuren 6.4 nedan visar andel inom yrkesgrupperna som svarat "alltid/ofta" på dessa frågor.



Figur 6.4. Andel (%) personal som svarat att de "alltid/ofta" arbetar på högvarv, hoppas över raster respektive är sjuknärvarande, uppdelat på yrkesgrupper.

17% av personalen upplevde att de ofta arbetar på "högvarv" utan att ha möjlighet att varva ner, 21% svarade att de ofta är tvungen att hoppade över rasterna för att hinna med sitt arbete och 28% att de ofta var sjuknärvarande. 20% av männen och 29% av kvinnorna svarade att de ofta var sjuknärvarande.

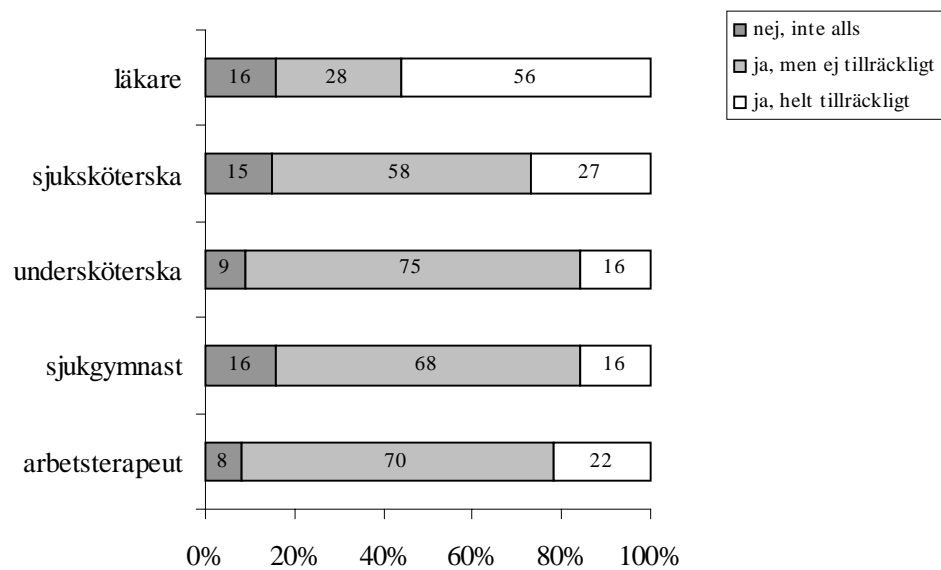
Upplevelsen av krav från olika håll i omgivningen kan vara belastande om de inte kan tillfredsställas. I figuren 6.5 nedan redovisas andel svar gällande frågor om personalen i stort och uppdelat på yrkesgrupper "alltid/ofta" upplevde krav från olika håll som var svåra att tillfredsställa.



Figur 6.5. Andel svar (%) gällande frågor om personalen i stort och uppdelat på yrkesgrupper "alltid/ofta" upplevde krav från olika håll som var svåra att tillfredsställa.

Som helhet upplevde personalen inte så ofta krav från olika håll som de inte kunde tillfredsställa.

Personalen har arbetsuppgifter som är psykologiskt krävande t.ex. vård av döende patienter, vård av aggressiva och hotfulla patienter och vård av patienter med svår kronisk smärta. När det gällde frågan om man fått nödvändig utbildning/instruktioner i psykologiskt relaterade frågor för att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt svarade 28% att den var helt tillräcklig medan 13% svarade att de inte alls fått detta (fig. 6.6).



Figur 6.6. Svarsfördelning (%) gällande frågan om personalen fått nödvändig utbildning/instruktioner i psykologiskt relaterade frågor för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt, uppdelat på yrkesgrupper (n=418).

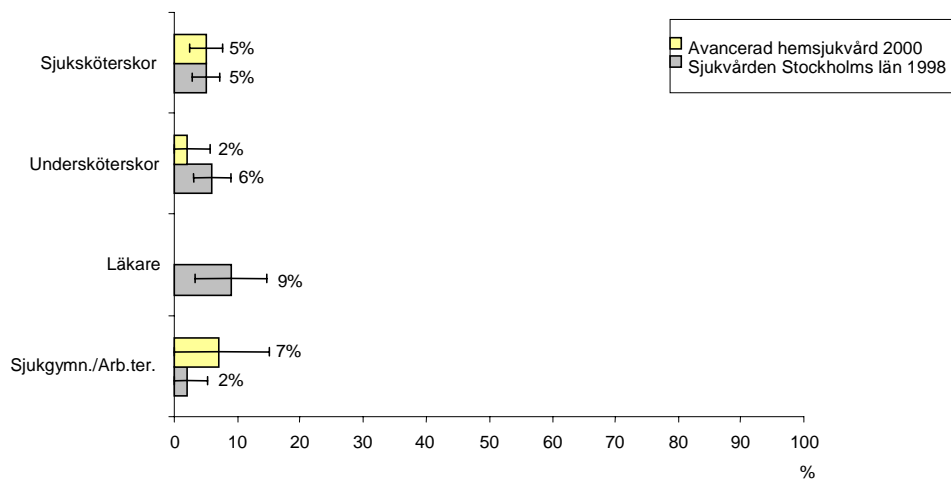
Det fanns en fråga i enkäten om personalen tyckte sig kunna arbeta på ett sådant sätt så att de kände sig nöjda med resultatet. På den frågan svarade 45% till stor del och 46% till viss del. Störst andel nöjda fanns bland läkarna. Endast 9% av all personal tyckte att de till liten del eller inte alls kunde arbeta på ett sätt så att de kände sig nöjda med resultatet. Detta var vanligast bland sjukgymnasterna (25%).

7. Hälsa och ohälsa

Det allmänna hälsotillståndet liksom andelen besvär från rörelseorganen bland personalen avviker inte nämnvärt från förhållandena inom hela sjukvårdssektorn i Stockholms län. Smärre skillnader finns, även inom och mellan yrkesgrupper, men inga statistiskt säkerställda. Lokalisationen av rörelseorgansbesvären är främst nacke och ländrygg och siffrorna överensstämmer i stort sett även med motsvarande bland hela den yrkesarbetande befolkningen. De som var mest utsatta för fysiska belastningsfaktorer rapporterade också mera besvär från kroppens rörelseorgan. Arbetsrelaterad ohälsa i form av magbesvär upplevdes av drygt en fjärdedel bland framför allt läkare, undersköterskor och sjukgymnaster. Sömn upplevdes av 17% som klart otillräcklig och något färre rapporterade dålig sömnkvalitet. Nära 20% var i "riskzon" för utbrändhet och av dessa var 2% i "extrem riskzon". Den personal som upplevt våld eller hot om våld hade i högre grad sömnproblem liksom olika typer av besvär eller symptom som de relaterade till arbetet.

Allmänt hälsotillstånd

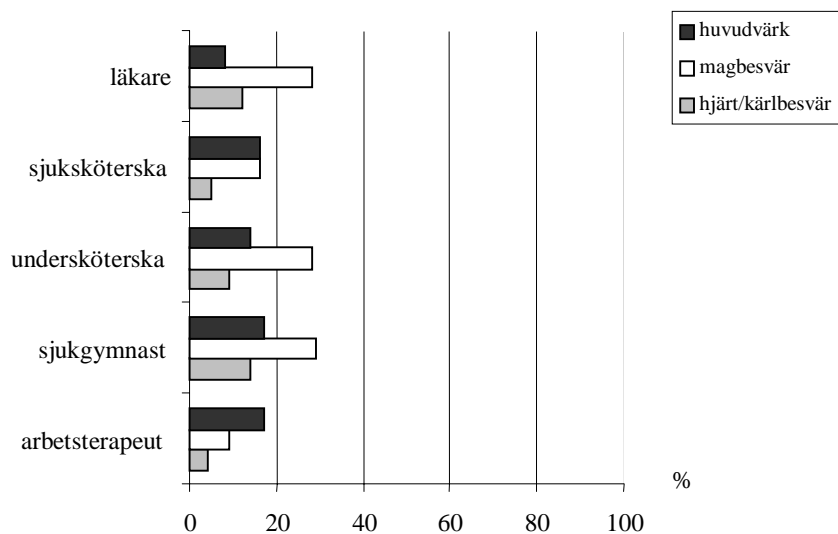
Totalt rapporterade cirka 4% av den kvinnliga personalen dålig allmän hälsa, med viss skillnad mellan de olika yrkesgrupperna (Figur 7.1). Bland männen eller bland läkare var det ingen som rapporterade dålig hälsa. Figuren visar också att det inte var någon statistiskt säkerställd skillnad i självrapporterad hälsa mellan kvinnlig personal som arbetade inom den avancerade hemsjukvården jämfört med kvinnlig sjukvårdspersonal i Stockholms län.



Figur 7.1. Andel (%) kvinnor uppdelat på yrkesgrupper som rapporterade att de hade dålig hälsa (n=367). Jämförelse med kvinnor i motsvarande yrkesgrupper som arbetade inom sjukvården i Stockholms län (n=834), källa: FHE 1998. Standardiserat för ålder. De smala horisontella linjerna visar osäkerheten i skattningarna (95% konfidens intervall).

Huvudvärk, mag- och hjärtbesvär

I enkäten fanns frågor om personalen det senaste året upplevt arbetsrelaterade besvär i form av huvudvärk, magbesvär (sveda, värk, orolig mage m.m.) och hjärt-/kärlbesvär (hjärtklappning, yrsel m.m.). Av all personal upplevde 19% alltid eller ofta magbesvär, 15% huvudvärk och 6% hjärt-/kärlbesvär. Figur 7.2 visar andelen som svarade "alltid/ofta", uppdelat på yrkesgrupper gällande dessa frågor.

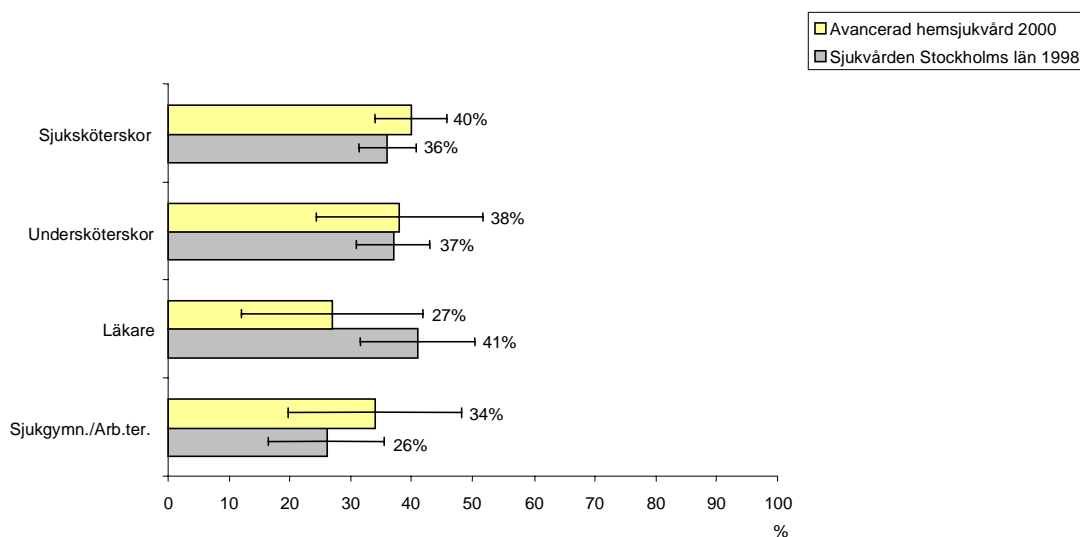


Figur 7.2. Andel (%) personal uppdelat på yrkesgrupper som rapporterade att de "alltid/ofta" hade arbetsrelaterade besvär i form av huvudvärk, magbesvär och hjärt-/kärlbesvär under de senaste tolv månaderna.

Besvär från rörelseorganen

Besvär i rörelseorganen är mycket vanliga hos både kvinnor och män i yrkesverksam ålder. 39% av kvinnorna och 27% av männen (alla yrken sammantaget) mellan 23 och 65 års ålder som svarade på Stockholms läns folkhälsoenkät 1998 rapporterade besvär från något av kroppens rörelseorgan minst ett par dagar per vecka.

Totalt rapporterade 38% av personalen inom den avancerade hemsjukvården besvär minst ett par dagar per vecka från någon del av kroppens rörelseorgan (nacke, ländrygg, axlar/armar, handleder/händer, höfter/lår, knän, fotleder/underben). Bland kvinnorna var det 39% som hade besvär och bland männen 25%. De vanligaste lokaliseringarna för besvär var nacke, axlar och armar samt ländrygg. Figur 7.3 visar att det ej fanns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor i olika yrkesgrupper och ej heller någon statistiskt säkerställd skillnad mellan dessa yrkesgrupper och motsvarande yrkesgrupper inom sjukvården som helhet i länet.

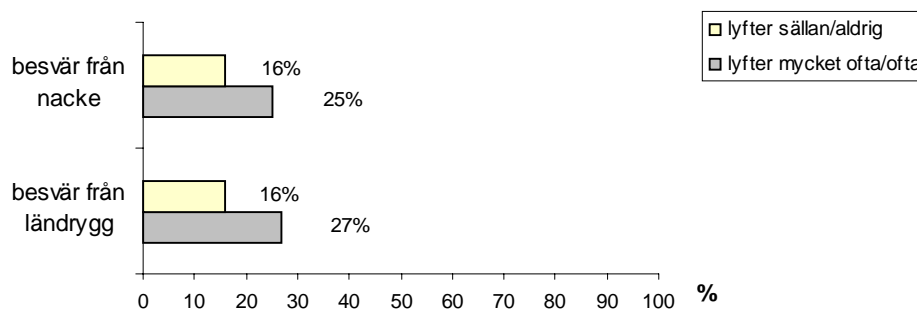


Figur 7.3. Andel (%) kvinnor uppdelat på yrkesgrupper som rapporterade muskuloskelettala besvär minst ett par dagar per vecka från någon del av kroppen (n=370). Jämförelse med kvinnor i motsvarande yrkesgrupper som arbetade inom sjukvården i Stockholms län (n=840), källa: FHE 1998. Standardiserat för ålder. De smala horisontella linjerna visar osäkerheten i skattningarna (95% konfidensintervall).

Inga skillnader fanns mellan yrkesgrupperna inom den avancerade hemsjukvården eller mellan personalen i denna vårdform och motsvarande yrkesgrupper i länet som helhet vad avser besvär från nacke, axlar/armar eller ländrygg.

Fysisk belastning i arbetet och besvär från rörelseorganen

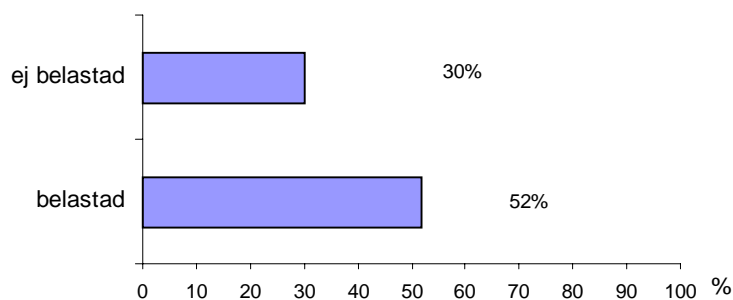
Av dem som uppgav att de ofta eller ganska ofta har tunga lyft eller förflyttningar av patienter rapporterade flera att de upplever besvär från ländrygg och nacke minst ett par dagar varje vecka jämfört med de som ibland eller sällan/aldrig har tunga patientförflyttningar (Figur 7.7).



Figur 7.7. Andel (%) med besvär i nacke respektive ländrygg bland personer som rapporterat tunga patientlyft ofta/mycket ofta, standardiserat för ålder.

Ungefär en tredjedel (29%) av personalen rapporterade att de ofta har alla tre belastningsfaktorerna, utom läkare och kuratorer som mer sällan har detta.

Av dem som ofta har tre belastningsfaktorer har drygt hälften besvär från *någon* del av kroppens rörelseorgan jämfört med en tredjedel av dem som sällan/aldrig är belastade. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

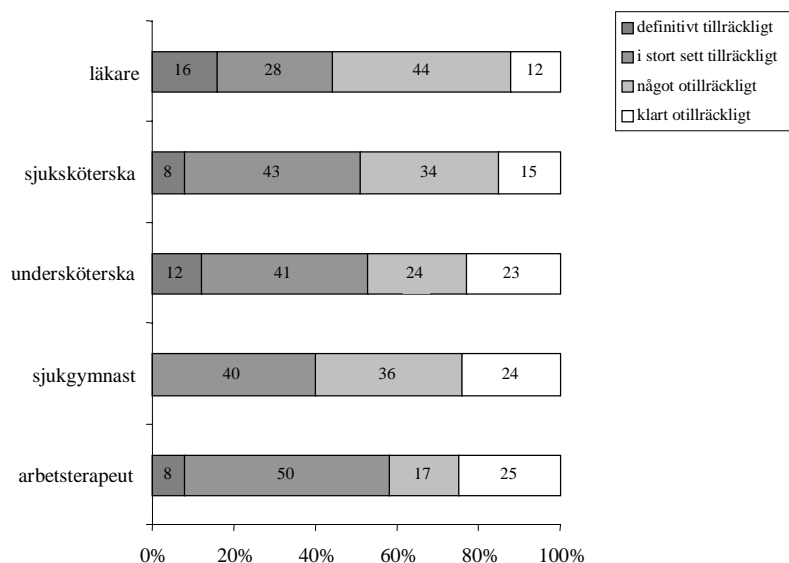


Figur 7.8. Andel (%) personal med besvär från någon del av kroppens rörelseorgan bland de som ofta/mycket ofta är utsatta för alla tre belastningsfaktorer - böjd/vriden arbetsställning, tunga patientlyft och lyft av annat (n=129) jämfört med dem som sällan/aldrig är utsatta (n=73).

Sömn

Det fanns i enkäten tre frågor angående upplevelsen av sömnen. På frågan om personalen ansåg att de får tillräckligt med sömn svarade hälften av personalen "ja definitivt" eller "i stort sett" medan 17% ansåg att de fått klart

otillräckligt med sömn. Figuren nedan visar hur de olika yrkesgrupperna svarade på frågan.

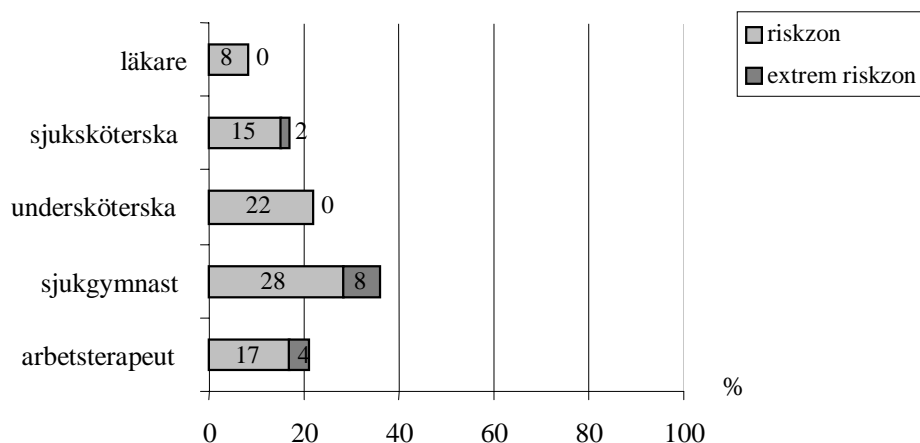


Figur 7.8. Svarsfördelning (%) på frågan om man anser att man fått tillräcklig med sömn, uppdelat på yrkesgrupper.

Gällande frågan om sömnkvaliteten så svarade en fjärdedel av personalen att den var mycket bra medan 13% upplevde den som ganska dålig/mycket dålig. Inga skillnader förelåg mellan yrkesgrupperna.

Risk för utbrändhet

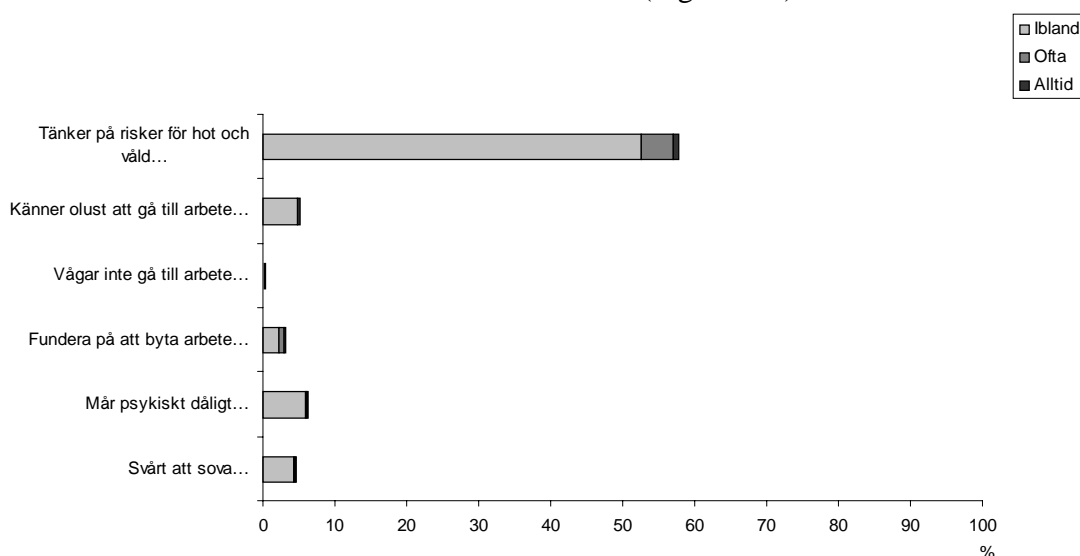
I enkäten fanns nio frågor som tillsammans utgör ett mått på utmattning (Backman 2000). Om medelpoängen överskrider 3 innebär det att individen svarat negativt på över hälften av frågorna och är därmed i "riskzon" för utbrändhet. Om poängen är lika med eller överskrider 4 innebär det att individen svarat negativt på samtliga frågor och därmed är i "extrem riskzon" för utbrändhet. Av all personal i den avancerade hemsjukvården var 18% i "riskzon" för utbrändhet och av dessa var 2% i "extrem riskzon" för utbrändhet. Ungefär var femte kvinna (22%) och var tionde man (12%) var i "riskzon" för utbrändhet medan samtliga som var i "extrem riskzon" för utbrändhet var kvinnor. Figuren 7.10 nedan visar andelen i "riskzon" och i "extrem riskzon" för utbrändhet uppdelat på yrkesgrupper.



Figur 7.10. Andel (%) personal i "riskzon" eller "extrem riskzon" för utbrändhet, uppdelat på yrkesgrupper (n=441).

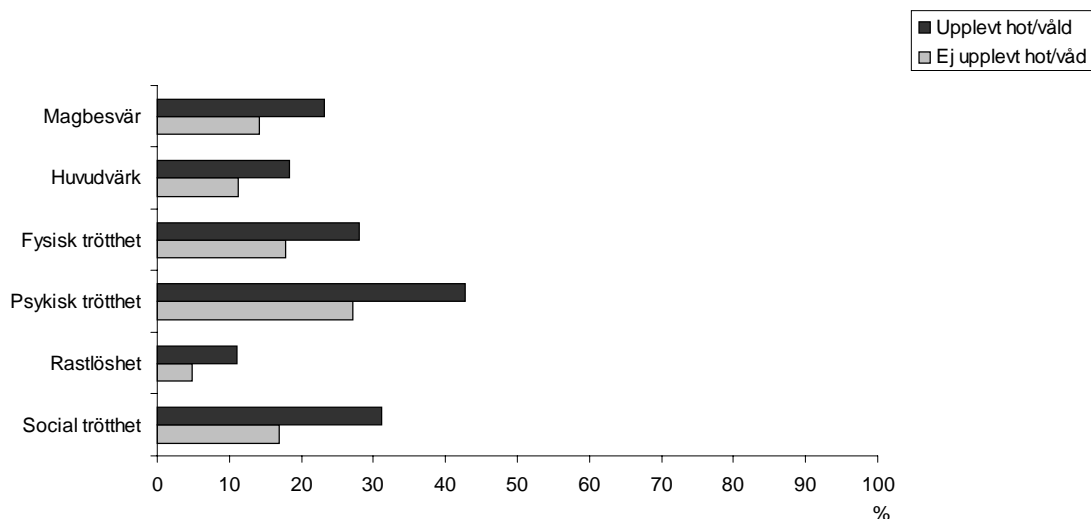
Reaktioner på våld och hot om våld

Personalen tillfrågades om de hur de påverkades av risken för att utsättas för våld eller hot om våld och om reaktioner på detta. Situationer med våld och hot om våld kan ge konsekvenser på individnivå (fysiska, psykiska, sociala), gruppnivå (arbetsrelaterade), organisationsnivå (arbetsrelaterade, ekonomiska) och även på samhällsnivå (ekonomiska) – på alla nivåer kan konsekvenserna vara av långsiktig eller kortsiktig art (Menckel och Viitasara 2000). I enkäten frågades om konsekvenser på individnivån, men det bör påpekas att även konsekvenser på denna nivå kan ge återverkningar på övriga nivåer. Drygt hälften all personal (54%) tänkte på risken att bli utsatt för våld eller hot om våld i sitt arbete, drygt 5 % tänkte ofta eller alltid på detta. En mindre andel rapporterade att de mår psykiskt dåligt, känner olust att gå till arbetet, har sömnsvårigheter eller att de funderar på att byta arbete på grund av risken att utsättas för våld eller hot om våld (Figur 7.11).



Figur 7.11. Andel (%) personal som rapporterade olika reaktioner på potentiella eller reella situationer med våld eller hot om våld (n=446).

Den personal som upplevt våld eller hot om våld hade i högre grad alltid eller ofta olika typer av besvär eller symptom som de relaterade till arbetet, jämfört med de som ej varit utsatta (Figur 7.12). Ingen statistiskt säkerställd skillnad fanns mellan grupperna vad gäller andra symptom som irritation, ängslan/oro, nedstämdhet, håglöshet eller koncentrationssvårigheter. Gruppen som upplevt hot/våld hade även oftare svårigheter att somna respektive vakna, samt ansåg oftare att de ej fick tillräckligt mycket sömn.



Figur 7.12. Andel (%) personal som rapporterade de alltid eller ofta hade olika symptom/besvär som de relaterade till arbetet, uppdelat på om de upplevt hot/våld eller ej (n=252/186). Skillnaderna mellan grupperna är statistiskt signifikanta.

8. Slutsatser och kommentarer

Vid möten och diskussioner inför arbetsmiljökartläggningen prioriterades områdena *belastningsergonomi* samt *våld och hot om våld*. I enkätundersökningen kartlades även andra, ibland nära relaterade, arbetsmiljöfaktorer som ensamarbete, psykosocial arbetsmiljö, fysisk arbetsmiljö (arbetslokaler) samt hälsa och ohälsa bland vårdpersonalen. I detta kapitel kommenteras och diskuteras resultaten med utgångspunkt från kartläggningens huvudfrågeställningar.

Vilka arbetsrelaterade problem finns inom den avancerade hemsjukvården och i vilken omfattning?

Den psykosociala arbetsmiljön kan i vissa aspekter beskrivas som god; avseende ansvar för de egna arbetsuppgifterna, stöd och uppbackning från arbetskamrater samt inflytande och kontroll över det egna arbetet. I andra hänseenden finns brister som låg delaktighet i verksamheten, med information, påverkansmöjligheter och medbestämmande.

Arbetet inom den avancerade hemsjukvården kan beskrivas som ett fysiskt ganska tungt och psykiskt tungt och krävande arbete. Vårdarbetet sker i patientens hem och härmed blir "vårdrummet" av en helt annan karaktär än sjukhusets anpassade miljö. Arbetet medför obekväma och belastande arbetsställningar samt en manuell hantering av både läkemedel och hjälpmedel. Enheternas arbetslokaler är ofta dåligt anpassade för verksamheten och personalen har ofta svårt att arbeta i lugn och ro. Många rapporterar att arbetsbelastningen, tidspressen och kunskapskraven i arbetet ökar. En av fem att de ofta eller alltid arbetar på "högvarv" och att de måste hoppa över raster för att hinna med sitt arbete. Långvarig stress har en negativ inverkan på både den fysiska och den mentala hälsan. Utsatthet för hot och våld i arbetet är relativt vanligt förekommande, oftast i situationer från patient eller från patients anhörig eller bekant. De som hade utsatts för hot och våld hade mer psykosomatiska besvär och sömnstörningar än de som ej hade utsatts. Ofta utförs personalens arbete som ensambesök vilket bidrar till både en ökad fysisk belastning och till risk att utsättas för hot och våld. Ensamarbete förekommer även vid nattarbete. Svårigheter att parkera bil i anslutning till patientens bostad ökar bärande av läkemedel, material, hjälpmedel etc. samt ökar risken att utsättas för hot och våld, t.ex. av personer som vill komma åt "attraktiva" läkemedel. De oregelbundna arbetstiderna innebär svårigheter för personalen att kombinera arbete och fritid.

Kan grupper med specifika arbetsrelaterade problem identifieras?

Det var i samtliga resultat stora variationer mellan olika delar av länet och mellan de olika enheterna. Något mönster där personalen på vissa enheter eller inom vissa produktionsområden har det sämre eller bättre finns inte. Inte heller kan man se sådana mönster mellan den landstingsanslutna verksamheten och verksamheterna i form av stiftelse eller i kommunal regi. Vissa yrkesgrupper utmärkte sig mer än andra och här redovisas det som bör uppmärksammas för dessa. Sjukgymnasterna är mest missnöjda med den psykosociala arbetsmiljön. De är ofta tvungna att hoppa över raster för att hinna med sitt arbete och det är främst de som upplever att de inte kan arbeta på ett sådant sätt att de känner sig nöjda med resultatet. Sjukgymnasterna rapporterar magbesvär i större omfattning än andra och som har flest andel i "riskzon" för utbrändhet. Undersköterskor rapporterar oftare än andra upplevelser av våld och hot om våld och de har också mera magbesvär. Läkarna rapporterar att de ofta arbetar på "högvarv" utan möjlighet att varva ner och är ofta tvungna att hoppa över raster för att hinna med sitt arbete. Många upplever oftare krav från patienter och anhöriga som de har svårt att tillfredsställa och många rapporterar upplevelser av våld eller hot om våld i arbetet. De rapporterar också magbesvär. Arbetsterapeuter är mer missnöjda med den psykosociala arbetsmiljön i stort än andra.

Alla yrkesgrupper utom läkare och kuratorer rapporterar att de är utsatta för tunga lyft men av olika orsaker. Sjukgymnaster och undersköterskor uppger patientförflyttningar och arbetsterapeuter och sjuksköterskor tunga lyft av andra orsaker. De som var mest utsatta för fysiska belastningsfaktorer rapporterade också mera besvär från rörelseorganen.

Våld och hot om våld upplevs främst under kvälls- och nattjänstgöring. Vissa områden i länet upplevs mera hotfulla än andra. Den personal som upplevt våld eller hot om våld hade i högre grad sömnproblem liksom olika typer av besvär eller symptom som de relaterade till arbetet.

Kan man finna goda exempel på lösningar och åtgärdsförslag på arbetsrelaterade problem från enheterna i länet?

Redan vid de inledande diskussionerna stod det klart att det finns ett stort informationsproblem inom verksamheten. Man behöver ventilera gemensamma problem, sprida information och bra lösningar. Tidigare fanns nätverk med regelbundna träffar för chefsjuksköterskor i norra respektive södra delen av länet, men enligt uppgift har dessa nätverk upphört. En årlig konferens hålls för ledare inom den avancerade hemsjukvården i hela länet.

Nätverk som skulle kunna vara fruktbara är t.ex. enheterna inom ett geografiskt område eller grupper med representation från flera enheter inom ett större område, som t.ex. kan arbeta med framtagande av gemensamma handlingsplaner. Alla enheter har tillgång till datorer och därmed möjlighet till uppkoppling till internet. Ett intranät eller en egen hemsida på landsting-

ets hemsidor vore en möjlighet för effektiv och snabb informationsspridning.

Administrativt enklare vore en E-postlista, där alla har möjlighet att skriva och läsa gemensamma frågor och svar.

Mer informella nätverk kan t.ex. vara yrkesträffar eller att man samlas kring gemensamma föreläsningar eller utbildningar. En tanke som kommit fram från personalen var möjlighet att auskultera på en annan enhet. *Benchmarking* är en arbetsmetod som kan vara synnerligen lämpad för att bedriva ett systematiskt och kontinuerligt arbetsmiljöarbete. Arbetsmetoden kan enkelt beskrivas ”att lära av goda förebilder”. Benchmarking inom den avancerade hemsjukvården kan bedrivas genom formaliserade nätverk.

En mängd kommentarer och förslag till arbetsmiljöförbättringar kom fram i enkäten, både högre visioner och mer jordnära, konkreta idéer. En hel del har säkert diskuterats och åtgärdats inom en del enheter, men annat kanske är nytt och kan ge uppslag att fundera över. Några av förslagen har förekommit i många enkäter, andra i enstaka. En del förslag berör både området *belastningsergonomi* och *hot och våld*.

Förbättringsförslag och idéer som kom fram i enkäten var bl.a. följande:

Belastningsergonomi

- parkeringstillstånd för att kunna parkera i anslutning till patientens bostad och slippa bära långa vägar
- möjlighet att få droppleverans direkt hem till patienten
- möjlighet att ställa krav på hjälpmedel i patientens hem även om patienten är tveksam
- utbildning i förflyttningsteknik
- stationära akutväskor i bilarna för att minska bärande
- någon typ av låsanordning för journaler i bilarna för att slippa bära dem med sig hela tiden

Hot och våld

- ej ensamarbete på natten
- parkeringstillstånd för att kunna parkera i anslutning till patientens bostad
- utbildning i självförsvar för nattpersonal
- stationära akutväskor i bilarna för att slippa utsätta sig för hot och våldsrisk när man transporterar ”attraktiva” läkemedel till och från patientens bostad
- överfallslarm
- policy och handlingsplan för att hantera och förebygga hot och våld

Övrigt

- snabbare handläggning av hjälpmedel till patienten samt flexibla utkörningsdagar
- förbättra ledning och planering av arbetet, dvs. tydligare ledarskap bland chefer
- alltid stödsamtal för de som varit med om dödsfall
- tillgång till professionell handledning för alla yrkesgrupper
- väskor om är anpassade för hemsjukvårdens behov, fack och fickor som gör det lätt att hitta i stressade situationer
- informationsbroschyr till patienter och anhöriga, där bl.a. husdjur och rökning kan tas upp
- friskvårdstimme på arbetstid
- forum för att delge varandra nya kunskaper

Referenser

1. AFS 1980:14. Arbetsmiljöverkets kungörelse om psykiska och sociala arbetsmiljöaspekter. Stockholm: Arbetsmiljöverket 1980.
2. AFS 1982:3 Arbetsmiljöverkets kungörelse om ensamarbete. Stockholm: Arbetsmiljöverket 1982.
3. AFS 1990:18. Arbetsmiljöverkets kungörelse om omvårdnadsarbete i enskilt hem. Stockholm: Arbetsmiljöverket 1990.
4. AFS 1993:2 Arbetsmiljöverkets kungörelse om hot och våld i arbetsmiljön. Stockholm: Arbetsmiljöverket 1993.
5. AFS 1998:1. Arbetsmiljöverkets kungörelse om belastningsergonomi. Stockholm; Arbetsmiljöverket 1998.
6. AFS 2000:1. Arbetsmiljöverkets kungörelse om manuell hantering. Stockholm: Arbetsmiljöverket 2000.
7. AFS 2001:1. Arbetsmiljöverkets kungörelse om systematiskt arbetsmiljöarbete. Stockholm: Arbetsmiljöverket 2001.
8. Arbetarskyddsstyrelsen, Rapport 2000:8, Stress och belastning i vård och omsorg 2000.
9. Arbetshälsorapport 1999. Stockholm: Yrkesmedicin, Stockholms läns landsting 1999.
10. Arbetsmiljön 1999 (AM 68 SM 0001). Stockholm: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån 1999.
11. Backman L. Psykisk ohälsa bland skolans personal. Risk för utbrändhet? Rapport 2000:1 från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 2000.
12. Borg G. The Borg RPE scale. Borg's perceived exertion and pain scales. Champaign, Ill: Human Kinetics; 1998.
13. Hultin A. Lagar, föreskrifter och rekommendationer. I boken: Hot och våld i vård och omsorg Fakta, forskning och förebyggande arbete (red. Menckel E.).Arbetslivsinstitutet, Stockholm 2000.
14. Härenstam A et al. MOA-projektet: Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män. Slutrapport I: Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Resultat av analyser med personansats samt utveckling av analysmodeller för befolkningsstudier. Stockholm: Rapport 1999:8 från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999.
15. Landstingsrevisorerna SLL. Projektrapport nr 1/00 "Hemsjukvårdens roll inom sjukvården", Stockholm 2000.
16. Ljunggren G, Den specialiserade hemsjukvården i Stockholms läns landsting, våren 1997. NordVästGeriatriken/RAI-enheten, SLL, Stockholm 1997.
17. Ljunggren G, Ulfvarsson J. Den specialiserade hemsjukvården i Stockholms läns landsting, hösten 1998. RAI-enhetens rapportserie nr 11. Centrum för gerontologi och Hälsoekonomi, SLL, Stockholm 2000.
18. Ljunggren G. Den specialiserade hemsjukvården i Stockholms läns landsting våren 2000, jämförd med 1997 och 1998. RAI-enhetens rapportserie nr 13. Centrum för gerontologi och Hälsoekonomi, SLL, Stockholm 2001.

19. Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G, Schulman A. Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom vården. Rapport 1999:6 från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1999.
20. Petterson I-L, Backman L. Klimatundersökning i Nordvästra sjukvårds/produktionsområdet 1998. Personalens arbetsmiljö kvalitet och hälsa. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 1998.
21. Saunders C. Management of terminal disease. Edward Arnold, London 1993.
22. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader. SBU, Stockholm 1999.
23. Socialstyrelsen. Avancerad sjukvård i hemmet. Stockholm 1997.
24. Twycross R. Hospice care. In: Spilling (red). Terminal care at home. University press, Oxford 1986.
25. Vårdens arbetshälsorapport. Yrkesmedicin, Stockholms läns landsting 2000.
26. Vården under 90-talet. Del II. Empiriska studier. Stockholm: Rapport 2000:5 från Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 2000.