

Att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inom vård och omsorg

- en kunskapssammanställning

Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2002:2

Att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inom vård och omsorg

– en kunskapssammanställning

Lena Backman, Ola Leijon, Magnus Lindberg, Gunilla Pernold, Inga-Lill Petterson



Arbets & Miljömedicin

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • amm@smd.sll.se

Rapporten finns även på vår webbplats: www.sll.se/amm

ISSN: 1651-0321

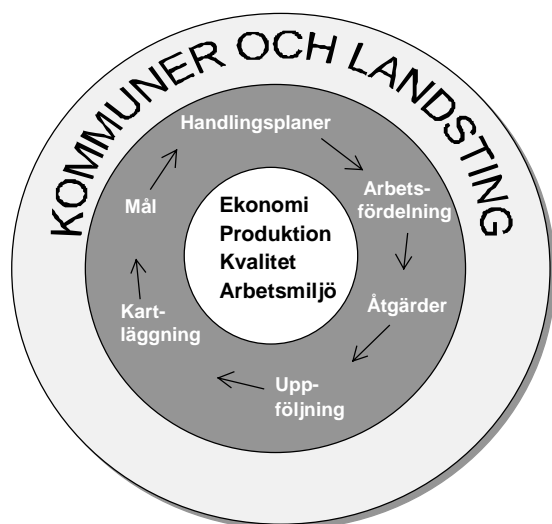
Sammanfattning

Arbets- och miljömedicin har under hösten 2001 genomfört en kunskapsinventering om hälsofrämjande och förebyggande insatser bland anställda i vård och omsorg. Arbetet mynnade ut i en rapport med syftet att ge personal och arbetsledare/chefer inom vård och omsorg en översikt av olika studier, strategier och instrument för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa.

Hälsofrämjande insatser ska lyfta fram och stödja förutsättningar för hälsa, ge människor möjligheter till hälsosamma val, stärka engagemang och kvalitet i arbetet, möjliggöra emotionellt välbefinnande och erbjuda stödjande socialt klimat.

Förebyggande arbete överlappar delvis med hälsofrämjande, men att förebygga ohälsa har sin utgångspunkt i ohälsa. Förebyggande arbete ska avvärja och skydda, hälsofrämjande arbete ska erbjuda och möjliggöra.

Systematiskt arbetsmiljöarbete: Modellen beskriver hur arbetsmiljöarbetet fortlöpande kan utvecklas och är framtagen av kommunernas och landstingens Arbetsmiljöråd.



Arbetet sker metodiskt enligt cirkelmodellen:

- undersökning och kartläggning av verksamheten, dvs. att skaffa sig kunskap om vilka arbetsmiljöproblem som finns och behöver åtgärdas
- mål som bör formuleras så att de går att arbeta mot, dvs. att "lägga ribban" på rätt nivå
- handlingsplaner som gör målen konkreta genom en klar arbetsfördelning med befogenheter och resurser
- uppföljning av åtgärder och utvärdering av resultatet som grund för ny målformulering

Förändringsarbete vilar på två ben. Det ena är det systematiska och tydliga i processen – det andra är samverkan. De flesta tidigare studier om åtgärder för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa visar att det sällan räcker med att sätta in en enskild åtgärd. Ofta behövs förändringar som påverkar både individ, arbetsgrupp och verksamhet för att nå framgång och varaktigt resultat.

Framgångsfaktorer:

Tydliga, realistiska och konkreta mål

Ledningens stöd och medverkan

De anställdas inflytande

Ett tillåtande klimat

Tid och resurser

Kontinuitet

Kort om resultaten

I rapporten finns råd och tips samt läshänvisningar för hur ett effektivt förändrings- och utvecklingsarbete kan bedrivas. Tonvikten ligger på arbetsplatsen och på de arbetsmiljöfaktorer som är viktiga för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inom vård- och omsorg.

Fysisk belastning

Undervisning i förflyttningsteknik samt fysisk träning är de vanligaste metoderna för att förebygga besvär orsakade av fysisk belastning i vårdarbete. Resultaten av insatserna varierar, vilket delvis kan bero på att det är svårt att mäta effekterna, t.ex. minskning av besvär från rörelseorganen. Vid utbildning i förflyttningsteknik har det visat sig vara viktigt att ta in ergonomi i undervisningen, att det finns tillgång till och att personalen är utbildad i att använda lyfthjälpmiddel, samt att arbetssituationen verkligen tillåter att vårdpersonalen använder sig av den nya tekniken. Studierna om fysisk träning i anslutning till arbetet visar att man når bäst resultat om träningen förläggs till sista timmen av arbetsdagen, att förlorad arbetstid inte ska behöva tas igen, att ledarledd träning är bättre än egna träningsprogram och att all personal deltar tillsammans.

Handeksem och latexallergi

Handeksem och allergi mot naturgummil latex är vanligt inom hälso- och sjukvård. Förebyggande arbete måste baseras på kunskap om problemen och de möjligheter som finns att begränsa och förebygga yrkesrelaterade hudproblem. Exempel på detta kan vara att utveckla hudvårdsprogram, information om hur skyddshandskar används och möjligheter att påverka vilka produkter som används på arbetsplatsen. Görs riktade insatser för att motverka hudproblem, måste man samtidigt också bestämma hur man utvärderar effekten av åtgärderna.

Hot och våld

En förutsättning för att kunna förebygga hot och våld i arbetet är lokal kunskap. Det innebär att avdelningar/enheter behöver registrera incidenter och omständigheterna kring incidenten, vem som är förövare och vem som är offer samt konsekvenser av hot eller våld. I det förebyggande arbetet behövs också kunskap om personalens medvetenhet om risker och risksituationer samt kontinuerlig uppföljning av kunskapsläget avseende rutiner och säkerhetssystem (handlingsplaner), hur man bemöter aggressiva patienter samt hur man dokumenterar, rapporterar och följer upp dessa incidenter.

Stöd, inflytande, delaktighet och utveckling

Hälsan påverkas av psykiska arbetskrav, bristande kontroll över arbetet och dåligt socialt stöd. Att vara utsatt för höga arbetskrav och samtidigt ha liten egenkontroll över arbetssituationen innebär en betydande risk för negativ stress. Kunskaperna om möjligheter till förebyggande åtgärder är idag tämligen goda, men inte tillräckligt spridda. Denna del av kunskapssammanställningen behandlar ett urval av projekt med målet att förbättra den psykosociala arbetsmiljön. Det finns olika typer av arbetstidsmodeller, arbetsorganisationer och stödfunktioner för att förebygga eller minska den psykosociala belastningen. Framgångsfaktorer är hög delaktighet och flexibilitet, högt inflytande och stöd från ledning och arbetskamrater. Viktigt är också att förändringsarbetet utgår från verksamhetens behov och är kopplat målen för verksamheten.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
Kort om resultaten.....	4
<i>Fysisk belastning</i>	4
<i>Handeksem och latexallergi</i>	4
<i>Hot och våld</i>	4
<i>Stöd, inflytande, delaktighet och utveckling</i>	4
1 INLEDNING.....	7
1.1 Bakgrund och syfte.....	7
<i>Hälsofrämjande och förebyggande arbete</i>	7
1.2 Rapportens upplägg och innehåll.....	8
1.3 Arbetsrelaterad ohälsa inom vård och omsorg.....	8
<i>Belastning</i>	8
<i>Hudproblem</i>	9
<i>Hot och våld</i>	9
<i>Psykisk ohälsa</i>	9
<i>Sjukfrånvaro</i>	9
<i>Att förbättra arbetsmiljön</i>	10
1.4 Systematiskt arbetsmiljöarbete.....	10
1.5 Arbetsmiljöarbete i praktiken.....	10
1.6 Förutsättningar för att lyckas med utvecklings- och förändringsarbete.....	12
<i>Fler framgångsfaktorer:</i>	12
2 ATT FÖREBYGGA FYSISK BELASTNING.....	13
2.1 Regionala program.....	13
2.2 Undervisning i förflyttningsteknik.....	14
2.3 Fysisk träning.....	15
2.4 Andra förändringsåtgärder.....	16
2.5 Hur mäter man effekten av förebyggande åtgärder?.....	17
2.6 Läs mer.....	17
3 ATT FÖREBYGGA HANDEKSEM OCH LATEXALLERGI.....	18
3.1 Handeksem.....	18
3.2 Allergi för naturgummi, "latexallergi".....	19
3.3 Läs mer.....	19

4 ATT FÖREBYGGA HOT OCH VÅLD I ARBETET	20
4.1 Hot och våld som ett arbetsmiljöproblem.....	20
<i>Vad är hot och vad är våld?</i>	21
<i>Hot</i>	21
<i>Våld</i>	21
4.2 Studier om förebyggande av hot och våld.....	21
4.3 Att registrera hot och våld på arbetsplatsen	23
<i>Tillgängliga mätinstrument</i>	23
4.4 Läs mer.....	24
5 STÖD, INFLYTANDE, DELAKTIGHET OCH UTVECKLING.....	25
5.1 Arbetstidsmodeller	25
5.2 Stressreducerande program.....	27
5.3 Socialt stöd	28
5.4Handledning.....	28
5.5 Nätverk	29
5.6 Organisationsutveckling genom arbetsbreddning	30
5.7 Kvalitetsförbättrande program	31
5.8 Läs mer.....	31
6 REFERENSER	33

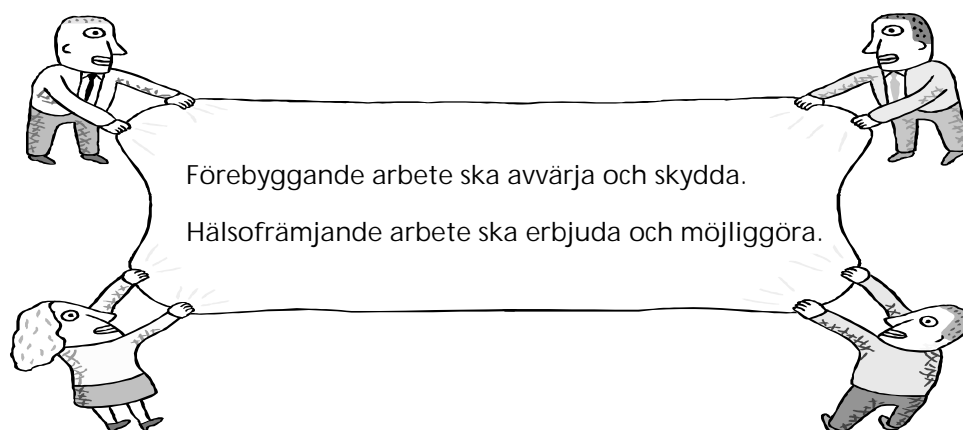
1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Stockholms läns landstings sjukvårdsområden gav år 2001 Samhällsmedicin i uppdrag att göra en kunskapssammanställning om hälsofrämjande och förebyggande insatser bland kvinnor verksamma i vård- och omsorg. Arbetet har inom Samhällsmedicin utförts av de två enheterna Yrkesmedicin och Yrkes- och miljödermatologi, nuvarande Arbets- och miljömedicin. Denna rapport är resultatet av kunskapssammanställningen. Rapportens syfte är ge personal och arbetsledare/chefer inom vård och omsorg en översikt av olika studier, strategier och instrument för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande (Health Promotion) utgår från vad som gör att man mår bra och bevarar hälsan (Folkhälsogruppen, 1991). Hälsofrämjande insatser ska lyfta fram och stödja förutsättningar för hälsa, ge människor möjligheter till hälsosamma val, stärka engagemang och kvalitet i arbetet, möjliggöra emotionellt välbefinnande och erbjuda stödjande socialt klimat. Nätverk som ger trygghet, känsla av sammanhang och är begripliga och påverkbara, samt meningsfull sysselsättning som ger kreativ utveckling, är hälsofrämjande exempel. Förebyggande arbete överlappar delvis med hälsofrämjande, men att förebygga ohälsa har sin utgångspunkt i ohälsa.



EU-projektet "Workplace Health Promotion" definierar hälsofrämjande på arbetsplatser som "alla de ansträngningar, som sker i alla sammanhang där individer arbetar och som syftar till att öka välbefinnande och hälsa", och som "befattar sig med orsaker till ohälsa men fokuserar på möjligheter till god hälsa". Hälsofrämjande arbetsplatser syftar till att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden (Menckel & Thomsson, 1997).

Processen "hälsofrämjande arbete" möjliggör och stärker människors möjligheter att påverka hälsan som resurs i enlighet med WHO:s definition. Detta innebär att ge människor möjlighet att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa samt att ge möjlighet till delaktighet och inflytande.

1.2 Rapportens upplägg och innehåll

Rapporten är en sammanställning av kunskap från ett urval av interventionsstudier¹ avseende arbetsmiljö i vård- och omsorg. Intentionen var ursprungligen att enbart använda kontrollerade studier, dvs. studier där en kontrollgrupp (som inte deltagit i förändringsarbete) använts som jämförelsegrupp vid utvärdering av den aktuella förändringens effekter och resultat. Sökningar efter sådana studier publicerade sedan 1995 gjordes i MEDLINE och ARBLINE. Det visade sig dock att det endast fanns ett begränsat antal kontrollerade studier publicerade. Interventioner genomförs ofta som utvecklingsprojekt i vården och är oftast inte publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vi har inkluderat ett urval av dessa opublicerade studier, trots en del vetenskapliga brister, eftersom de tillför värdefulla erfarenheter och kunskap från förändringsarbetet i den svenska vården och omsorgen.

I denna rapport finns råd och tips samt läshänvisningar för hur ett effektivt förändrings- och utvecklingsarbete kan bedrivas. Rapporten behandlar inte förebyggande arbete av så kallade livsstilsfaktorer (t.ex. kost och rökning). Tonvikten ligger istället på arbetsplatsen och på väsentliga arbetsmiljöfaktorer för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inom vård- och omsorg:

- Fysisk belastning
- Handeksem och latexallergi
- Hot och våld
- Stöd, inflytande, delaktighet och utveckling

I en separat rapport redovisas Kvalitetssäkringssystem inom vård och omsorg (Arbets- och miljömedicin 2002:3). Rapporten ger en översikt av en del av de metoder som används inom vård och omsorg för att kvalitetssäkra verksamheterna. Även om de flesta kvalitetssäkringsmetoder involverar personal, fokuseras oftast vårdkvalitet och mycket sällan personalens arbetsmiljö. Detta trots att forskning visat att nöjd personal ökar effektivitet och lönsamhet i organisationen (West & Patterson, 1998). Det är därför mycket viktigt att personalens arbetsmiljö kontinuerligt kvalitetssäkras.

1.3 Arbetsrelaterad ohälsa inom vård och omsorg

Belastning

De människor som är utsatta för olika belastningar i arbetet riskerar att drabbas av försämrad hälsa. Belastningarna kan vara fysiska och/eller psykosociala. Vissa yrkesgrupper inom vård och omsorg är mer utsatta än andra för tunga lyft, vilket kan medföra belastningsbesvär i rörelseorganen (rygg, nacke och axlar) och arbetsolyckor. Även om andelen rörelseorgansbesvär minskat något senaste året är andelen kvinnor sjukskrivna för belastningsbesvär fortfarande hög.

¹ Studier av förändringsarbete

Enligt Arbetsmiljöundersökningarna² är andelen som rapporterar besvär från rygg, nacke eller axlar bland anställda i vården i stort sett oförändrade under perioden 1989-97 (Vårdens arbetshälsorapport 2000). Hos kvinnor i vårdrörelsen 1998 var besvär från rörelseorganen mest förekommande bland vårdbiträden, där nästan varannan rapporterade sådana besvär, följt av ungefär var tredje bland undersköterskor och sjuksköterskor. Belastningsbesvär utgör den största delen av anmälda arbetsskador.

Hudproblem

Arbetet inom hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, hemsjukvård och hemtjänst, innebär ofta hudkontakt med ett flertal faktorer som kan orsaka hudproblem. Det vanligaste yrkesrelaterade hudproblemet är handeksem. Under de senaste tio åren har även ökande problem med allergi för naturgummilatex (i vardagligt tal benämnt latex) noterats inom hälso- och sjukvården.

Hot och våld

Sex av tio anmälningar om hot och våld kommer från vård- och omsorgssektorn. Antalet anmälda arbetsskador av hot och våld ökade mellan 1993 och 1999 med cirka 80 procent. Ökningen var kraftigast inom skolväsendet och inom omsorg och sociala tjänster, främst omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, äldre och handikappade. I sju av tio fall är det en kvinna som drabbas. Det beror i första hand på att våld och hot främst förekommer i verksamheter där många kvinnor arbetar. Enligt Arbetsmiljöundersökningen 1997/99 hade två tredjedelar av skötare/vårdare av psykiskt sjuka och utvecklingsstörda utsatts för våld eller hot i arbete under det gångna året. Bland undersköterskor och sjukvårdsbiträden hade hälften utsatts.

Psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan ökar alltmer och personer som är utsatta för dålig psykosocial arbetsmiljö med inslag av kraftig stress får ofta sjukdomar och besvär som arbetsrelaterad utmattning, besvär och smärta i muskler, magbesvär och huvudvärk. De uppger också att de har sömnsvårigheter, minnesproblem, känner olust och är lättirriterade. Högst andel med stressrelaterade besvär och ohälsa återfinns hos kvinnor i vård och omsorg, inom skolväsendet samt inom offentlig förvaltning. Varannan långtids sjuk är anställd inom offentlig sektor och en kraftig överrepresentation av långtids sjuka finns bland kvinnor med kort utbildning som arbetar med vård och omsorg. En dryg fjärdedel av långtidssjukskrivningarna orsakas av psykisk ohälsa, som ökat markant främst bland kvinnor. Detta har sannolikt samband med den stora försämring av arbetsvillkoren som skett under 1990-talet, framför allt för kvinnor anställda inom kommuner och landsting.

Sjukfrånvaro

I Vården arbetshälsorapport (2000) framgår att vårdanställda har högre sjukfrånvaro än andra yrkesgrupper. Sjukfrånvaron (främst långtidssjukfrånvaron) har ökat mer bland kvinnor än bland män. Dessutom har sjukfrånvaron ökat i traditionellt friska

² Vartannat år genomför Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Arbetsmiljöverket en urvalsundersökning, kallad Arbetsmiljöundersökningen, som belyser förhållandena i svenskt arbetsliv. Resultaten från dessa undersökningar kan man beställa eller hämta från www.av.se (PDF-format).

yrkesgrupper (t.ex. läkare och sjuksköterskor). Dessa dystra och negativa trender gör det ännu mer angeläget att sätta vårdens- och omsorgens arbetsmiljö i fokus. Personalen inom vårdsektorn har därtill en hög medelålder vilket medför att behovet av nyrekrytering är stort. Vårdens arbetsmiljö måste därför vara attraktiv för unga och samtidigt möjliggöra för äldre personal att stanna kvar så länge som möjligt utan att riskera sin hälsa. Idag har kvinnor inom vården små möjligheter att påverka sitt arbete, ofta fysiskt tunga arbeten, dålig kompetensutveckling och bristande stöd. Många arbetar oregelbundna arbetstider.

Att förbättra arbetsmiljön

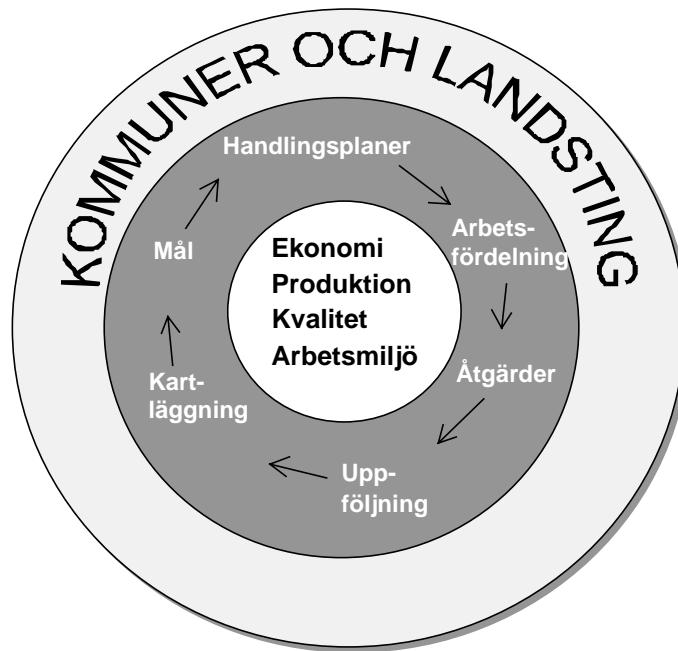
Ett sätt att bemöta dessa problem är att systematiskt arbeta med förbättringar utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. För effektivitetens skull är det viktigt att förbättringarna utgår från arbetssituationen och att den berörda personalen får möjlighet att lyfta fram den "tysta" kunskap de har. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete, där förändringarnas övergripande mål är att skapa hälsofrämjande arbetsplatser och en hållbar arbetshälsa för personalen, främjar också en hållbar och tillfredsställande, kvalitativt god och effektiv verksamhet. Det är viktigt att påpeka att individriktade insatser, t.ex. stresshantering med syfte att stärka enskilda personer, måste kombineras med förändringar av orealistiska arbetsvillkor på arbetsplatsen.

1.4 Systematiskt arbetsmiljöarbete

En god arbetsmiljö som präglas av delaktighet och samverkan påverkar kvaliteten i verksamheten positivt. Detta är den grundläggande värderingen i Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Syftet är att ge vägledning för hur man kan leda verksamheten med arbetsmiljön i fokus. I föreskriften betonas **arbetsgivarens ansvar** för att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Arbetsgivaren skall **ge arbetstagarna och skyddsombuden möjlighet att medverka** i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Detta arbete skall vidare ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten och omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön.

1.5 Arbetsmiljöarbete i praktiken

Att säkerställa en bra arbetsmiljö är viktigt för att de anställda ska få goda arbetsförhållanden, men också för att åstadkomma en bra och effektiv verksamhet, konstaterar kommunernas och landstingens Arbetsmiljöråd. I rapporten "Kvalitetssäkra arbetsmiljön" (1993) ges praktisk vägledning för ett systematiskt och fortlöpande arbetsmiljöarbete. Författarna beskriver en integrerad syn på verksamheten, där arbetsmiljön är ett perspektiv likvärdigt med ekonomi, produktion och kvalitet. I modellen på nästa sida illustreras hur det systematiska arbetsmiljöarbetet inom kommuner och landsting fortlöpande kan utvecklas.



Figur 1.1. Systematiskt arbetsmiljöarbete inom kommuner och landsting.

Arbetet sker metodiskt i en cirkel:

- undersökning och kartläggning av verksamheten, dvs. att finna och skaffa sig kunskap om förekomsten av de arbetsmiljöproblem som behöver åtgärdas
- mål som bör formuleras så att de går att arbeta mot, dvs. att "lägga ribban" på rätt nivå
- handlingsplaner som konkretiserar målen genom en klar arbetsfördelning med befogenheter och resurser
- uppföljning av vidtagna åtgärder och utvärdering av resultaten som grund för ny målformulering

1.6 Förutsättningar för att lyckas med utvecklings- och förändringsarbete

Arbetsmiljöarbetet vilar framför allt på två ben. Det ena är det systematiska och tydliga i processen – det andra är samverkan. Stöd från chefer, tid och resurser är nyckelfaktorer för ett framgångsrikt förändringsarbete. De flesta tidigare studier om åtgärder för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa visar tydligt att det oftast inte räcker med att sätta in en enskild åtgärd. Ofta behövs förändringar som påverkar både individ, arbetsgrupp och verksamhet för att nå framgång och varaktigt resultat.

Fler framgångsfaktorer:

- Tydliga, realistiska och konkreta mål
Målformulering som grundas på gedigen kunskap om verksamheten. Denna bör tas fram i ett nära samarbete med och förankras väl bland alla berörda. Det kan också vara en fördel att inte börja med de svåraste förändringarna (även om de kan vara de mest angelägna) utan istället börja med förändringar där man vet att möjligheten att lyckas är stor. En framgångsrik förändring leder till en ökad förändringsvilja och en mer positiv syn på framtida förändringar.
- Ledningens stöd och medverkan
Förändringsarbetet bör alltid ske i nära samverkan mellan arbetsgivare, anställda och representanter för fackliga organisationer.
- De anställdas inflytande
Om de anställda har ett verkligt inflytande över hela förändringsprocessen blir måluppfyllelsen högre, samtidigt som förändringskompetensen utvecklas. Möjligheterna att försvara, utveckla och sprida erfarenheterna blir därmed också större.
- Ett tillåtande klimat
Dialog och öppenhet är viktigt för att lyckas i samarbetet omkring utvecklings- och förändringsarbetet. Det måste vara tillåtet att misslyckas - ett tillåtande klimat innebär kritik och självkritik vilket är en utmärkt grogrund för omorientering och nytänkande.
- Tid och resurser
Att kunna avsätta tid för förändringsarbete och att tillföra resurser är nyckelfaktorer vid förändringsarbete. Det är stor risk att misslyckas om man försöker genomföra större förändringar i en tidspressad arbetsmiljö utan att ge tid och tillföra erforderliga resurser. Ett förändringsarbete kan då istället öka problemen genom att arbetssituationen blir än mer pressad.
- Kontinuitet
Behovet att utveckla processtanken i det dagliga arbetet är väsentlig för förändringsvilja och organisatoriskt lärande och för att kunna omvärdera och förbättra.

2 Att förebygga fysisk belastning

Vissa yrkesgrupper inom vården är mer utsatta än andra för tunga lyft, arbetsolyckor och belastningsbesvär. Ryggolyckor inträffar oftast när vårdpersonal skall hjälpa patienter att förflytta sig, framför allt när inte lyfthjälpmiddel används och när något oväntat inträffar, som t ex att patientens ben viker sig. Särskilt utsatt är vårdpersonal inom hemsjukvård och hemtjänst. De arbetar i vårdtagarens hem, som oftast inte är anpassat för att skapa en säker arbetsmiljö för vårdaren. Bland Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS) finns på flera ställen beskrivet arbetsgivarens ansvar för att tunga manuella lyft skall undvikas och att arbetstagarna får den instruktion i lyft- och förflyttningsteknik som behövs.

Behovet av förebyggande åtgärder är stort. Det finns flera exempel på förebyggande program för att minska belastningsskador bland personal i vårdarbetsmiljön, både i Sverige och utomlands. Program som genomförts och utvärderats har framför allt inriktats på fysisk träning, utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik samt införande av nya hjälpmedel. Även stresshantering och arbetsorganisation har studerats.

En mängd mindre projekt och studier av förebyggande åtgärder inom vården har bland annat gjorts som examensarbete vid olika påbyggnadsutbildningar, t.ex. Arbetslivsinstitutets³ utbildningar för företagshälsovårdens personal. Sådana arbeten går att hitta i Arbetslivsinstitutets bibliotek eller via ARBLINE.

2.1 Regionala program

I Sverige har några större program genomförts, t ex PROSA⁴ som pågick under flera år på 1990-talet, vars övergripande syfte var att minska antalet ryggolycksfall i sjukvården (Engqvist 1999). Där fann man bland annat att risken för överbelastningsskador var lägre för dem som regelbundet använde förflyttningshjälpmiddel och hade fått träning i användande av hjälpmedlen. Sammanfattningsvis pekade resultaten på att de förebyggande åtgärderna i första hand bör riktas mot organisatoriska förhållanden som arbetstid och schemaläggning men även mot den fysiska miljön som ökat utrymme runt sängar och i toalettutrymmen samt fler och lättanvända förflyttningshjälpmiddel och dessutom utbildning och träning av vårdpersonalen.

APRIL⁵ (landstingspersonal i Jönköping) och Projekt FÖREKOM (kommunal äldreomsorg i Helsingborg) är andra exempel på förebyggande program bland vård- och omsorgspersonal. APRIL pågick 1991-95 och syftade till att utveckla det förebyggande arbetet kring arbetsmiljö samt att förbättra rehabiliteringen av långtidssjukskrivna. De förebyggande åtgärderna bestod i skräddarsydda utbildningsmodeller i ergonomi och

²Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum som bedriver forskning och utveckling kring hela arbetslivet och finns på flera håll i landet. Arbetslivsbiblioteket är ett nationellt expertbibliotek för arbetsliv och arbetsmiljö. Bibliotekets katalog heter ARBLINE och är tillgänglig för sökning via institutets hemsida: www.niwl.se

⁴ PROSA = Program mot ryggolycksfall i sjukvårdens arbetsmiljö i Stockholms läns landsting

⁵ APRIL = Arbetsmiljö Prevention Rehabilitering I Landstinget

arbetsteknik för olika yrkesgrupper. FÖREKOM genomfördes under åren 1994-98 och hade flera olika delprojekt. Det övergripande målet var att utarbeta och föreslå praktiska och användbara modeller för förebyggande åtgärder mot besvär i nacke, skuldra och rygg samt hjärt/kärlsjukdomar. Slutrapporterna från respektive projekt finns för utlåning bl a på Arbetslivsbiblioteket.

2.2 Undervisning i förflyttningsteknik

Med utgångspunkten att framför allt tunga patientlyft innebär risk för belastningsskador och ryggolycksfall har många förebyggande åtgärder gått ut på undervisning för att förbättra arbetsteknik vid patientförflyttningar.

Stockholmsmetoden (The Stockholm Training Concept) är en utbildningsmetod och utbildningsmaterial som utarbetats av en grupp sjukgymnaster som arbetade med rygghälsovård i Stockholms läns landsting på 1980-talet. De utbildade s k ryggombud som rekryterats bland erfarna vårdbiträden/undersköterskor och som skulle fungera som handledare ute på vårdavdelningarna. Ryggombuden och instruktörstjänsterna försvann dock i början av 1990-talet.

Stockholmsmetoden (The Stockholm Training Concept)

Utbildningsmaterial kan beställas för den som vill anordna kurser för personalen på sin arbetsplats. En grupp sjukgymnaster håller även kurser i Stockholmsmetoden i privat regi för sjukgymnaster och arbetsterapeuter som sedan i sin tur undervisar vårdpersonal Information och beställning av material:

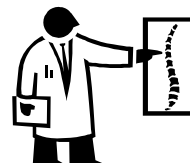
Christina Johnsson
Rosenlunds Geriatriska klinik
Sjukgymnastikavdelningen Box 17 903
118 95 Stockholm e-post: christina.johnsson@omv.ki.se

Stockholmsmetoden har utvärderats genom att personerna fick bedöma arbetsteknik, komfort och upplevd ansträngning vid patientförflyttning före och efter utbildning (Johnsson 2001). Även patienten och en observatör fick bedöma, i första fallet komfort och säkerhet, i andra fallet arbetsteknik. Resultatet var positivt, framför allt med avseende på patientens upplevelse av komfort och säkerhet samt skattningen av arbetstekniken.

En liknande studie gjordes i Holland, då 12 sjuksköterskor videofilmades före och efter en ergonomikurs (Engels 1998). Arbetstekniken vid olika patientrelaterade uppgifter, inte bara lyft, bedömdes av en observatör. Sjuksköterskorna fick även skatta ansträngningsgrad enligt den s k Borg-skalan (Borg 1998). Uppföljningen skedde 3 och 15 månader efter kursen. En grupp på 12 sjuksköterskor från en annan, likvärdig avdelning utgjorde kontrollgrupp och omfattades inte av ergonomikursen. Resultatet blev att de som gått kursen minskade sin andel "felaktiga" arbetsställningar och lyft, vilket inte kontrollgruppen gjorde. Forskarna påpekade att det är viktigt att man är noga med att följa upp om sjuksköterskorna kan fortsätta att arbeta på ett säkert sätt i sitt dagliga ar-

bete och att inte arbetstrycket och –tempot hindrar dem från det. Det är en viktig aspekt som man försökt ta hänsyn till i flera andra studier genom att göra upprepade uppföljningar under längre tid.

Även i en amerikansk studie testade man effekten av ett utbildningspaket omfattande anatomi, lyftteknik, riskfaktorer för ryggskador samt användande av hjälpmedel vid förflyttningar (Lynch 2000). Där utbildade man först ett antal “lärare” som sedan i sin tur utbildade en del av vårdpersonalen. Resten av personalen fick ingen utbildning och



utgjorde kontrollgrupp. Före och 30-60 dagar efter utbildningen observerades och bedömdes tekniken vid patientförflyttningar. En tydlig minskning av antalet rapporterade ryggskador kunde noteras efter utbildningen liksom under hela det aktuella året. Där- emot bedömdes arbetstekniken endast marginellt förbättrad och användande av hjälp- medel ökade obetydligt.

En liknande typ av utbildningsinsatser studerades vid ett sjukhus i USA där man inrätta- de “ergonomiska team” med tillgång till ergonomiska rådgivare (Evanoff 1999). Varje team bestod av en ledare och tre sjukvårdsbiträden, som fått en 8 timmars utbildning i ergonomi. Teamet hade sedan som uppgift att kontinuerligt identifiera och åtgärda risk- faktorer i arbetsmiljön. De hade dock inga befogenheter att förändra arbetsgången. Den första åtgärd som teamet genomförde var att utveckla lyft- och förflyttningstekniker och undervisa sjukvårdsbiträdena i dessa. Uppföljning efter två år visade minskad skadefre- kvens och sjukfrånvaro, minskat antal med besvär från rörelseorganen samt minskad upplevd stress i arbetet. Dessutom förbättrades det upplevda stödet och arbetstillfreds- ställelsen bland sjukvårdsbiträdena.

Vid ett stort akutsjukhus i Kanada jämförde man två metoder för patientförflyttningar med en kontrollgrupp som arbetade “som vanligt” (Yassi 2001). På en avdelning pröva- de man ett program för “säkra lyft”, dvs det fanns en mekanisk lift och förflyttning- hjälpmedel och på en annan avdelning “icke ansträngande lyft” där det fanns tillgång till en ny mekanisk lift samt förflyttningshjälpmedel i form av glidbrädor mm på varje rum. På båda avdelningarna genomfördes en tre timmars undervisning med ryggregim, be- dömning av patienter samt praktiska övningar med hjälpmedlen. Det blev ingen säker- ställd minskning av skadefrekvensen på interventionsavdelningarna. Personalen upp- levde dock större komfort och säkerhet i samband med lyften samt att arbetet var mindre fysiskt tröttande jämfört med på kontrollavdelningen. Dessutom blev det på dessa båda avdelningar en ökning i användande av hjälpmedel generellt.

2.3 Fysisk träning

En vanlig åtgärd för att förebygga rygg- och nackbesvär i fysiskt belastande yrken är fysisk träning under arbetstid, även det med varierande resultat.

En svensk undersökning bland hemvårdspersonal i Umeå studerade effekten av ett trä- ningsprogram som genomfördes två gånger i veckan under ett år (Gerdle 1995). En mängd variabler undersöktes, som fysisk funktion (kondition, muskelstyrka och uthål- lighet), besvär från rörelseorganen, faktorer i arbetsmiljön samt sjukfrånvaro. Resultatet visade förbättringar av fysisk funktion och minskning av muskuloskelettala och psyko- somatiska besvär men en oväntad effekt i form av försämring i arbetsmiljöfaktorer som

ergonomi, inflytande och kommunikation med chefer. En förklaring till detta kan vara att ledningen inte hade sett till att ta in vikarier för dem som tränade utan de måste öka sitt arbetstempo för att hinna med både arbetet och träningen. Den aspekten har diskuterats i en annan svensk studie där man hade träning 2 gånger i veckan under arbetstid i 8 veckor för personal från geriatriska avdelningar (Skargren 1996). Man fick inga förbättringar av psykosomatiska symptom och en stor del av deltagarna fullföljde aldrig, bland annat beroende på att de hade svårt att gå ifrån arbetet mitt på dagen. Slutsatserna av studien var att träningen gav mest positiva resultat för de tidigare otränade och för personal över 40 år. Dessa förbättrade sin fysiska kapacitet och hade mindre besvär från rörelseorganen efter träningsperioden. Man konstaterade också att effekterna inte höll i sig så länge, troligen beroende på att 8 veckor var för kort tid och om man ska ha någon bestående effekt måste träningen vara kontinuerlig.



I en ny finsk studie konstaterades att den fysiska kapaciteten hos kvinnlig hemvårdspersonal förbättrades av träning två gånger i veckan på arbetstid under nio månader (Pohjonen 2001). Deltagarna följdes upp 1 och 5 år efter träningen, vilket visade att den åldersrelaterade nedgången i hälsa och arbetsförmåga fördröjdes i träningsgruppen jämfört med i kontrollgruppen. Träningstillfällena hade förlagts till sista timmen av arbetsdagen, i nära anslutning till arbetsplatsen och inga krav ställdes på att man skulle ta igen tiden. Författarnas slutsats var att det är viktigt att göra träningen så välanpassad som möjligt med avseende på tidpunkt och plats för träningen och att det är bättre med ledarledd träning än egenträning.

2.4 Andra förändringsåtgärder

I MOSES-studien (1992-95) utvärderades ett program vid ett svenskt sjukhus där personalen fick utbildning i fysisk träning, stresshantering och patientförflyttningsteknik (enl. Stockholmsmetoden) under tre år (Lagerström 1998). Resultatet var inte entydigt positivt; ingen minskning av muskuloskelettala symptom kunde noteras under perioden, men personalen var positiva till den nya förflyttningstekniken och använde den fortfarande ett år efter programmets avslutande. De som ofta använde förflyttningstekniken upplevde mindre ansträngningsgrad än de som sällan använde den.

Inom ramen för det kommunbaserade programmet FÖREKOM studerades effekter av två olika förebyggande program bland personal inom den kommunala äldreomsorgen, 1) individuellt utformat träningsprogram och 2) stresshantering i grupp med deltagare från samma arbetsplats (Horneij 2001). Som jämförelse hade man en kontrollgrupp som inte omfattades av något av programmen. Uppföljning gjordes vid tre tillfällen under 1,5 år genom undersökning av nacke, skuldror och rygg, olika funktionstester samt ett frågeformulär om bland annat arbetsrelaterade psykosociala faktorer. Inom grupperna såg man förbättringar av muskuloskelettala besvär men ökat missnöje med psykosociala faktorer. Det blev däremot ingen säkerställd skillnad mellan grupperna med avseende på besvär från nacke, skuldror eller rygg. Däremot fann man i stresshanteringsgruppen ett ökat missnöje med handledningsklimatet jämfört med tränings- och kontrollgruppen. Det gick alltså inte att uttala sig om vilken åtgärd som var mest effektiv – fysisk träning eller stresshantering.

2.5 Hur mäter man effekten av förebyggande åtgärder?

Vid utvärdering av program som skall förebygga besvär från rörelseorganen är det vanligt att studera just förekomst av smärta eller symtom, t ex genom frågeformulär. Besvär från rygg, nacke och skuldror tar dock lång tid att utveckla, är inte så lättbehandlade och blir för många människor mer eller mindre kroniska eller återkommande. Eftersom de flesta studier startar med en "normalpopulation" i olika åldrar, dvs en grupp vårdpersonal i detta sammanhang, är det troligt att en del har symtom eller besvär redan från början, vilket kan ge ett falskt negativt resultat av den studerade åtgärden.

Det finns dock andra faktorer man kan undersöka, som indirekt kan påverka en utveckling av belastningsbesvär (tabell 2.1).

Tabell 2.1. Faktorer som studerats och mätmetoder som använts i några av de här beskrivna studierna.

Vad som mättes	Mätmetod	Referens
Antal "farliga" arbetsställningar och lyft/förflyttningar	Observationer (OWAS)	Karhu 1977
Upplevd komfort och säkerhet	Skattning av patienten (komfortskala -4 till +4)	
Ansträngningsgrad i arbetet	Skattning (Borg-skala)	Borg 1995
Upplevd allmän hälsa	SF-36	Sullivan & Karlsson, 1994
Upplevd arbetsförmåga	WAI (work ability index)	Tuomi K 1991
Upplevda psykosociala faktorer i arbetet	Frågeformulär (Rubenowitz)	Johansson JÅ 1995

2.6 Läs mer

AFS 1990:18 Omvårdnadsarbete i enskilt hem

AFS 1998:1 Belastningsergonomi

AFS 2000:1 Manuell hantering

Lagerström M, Hagberg M, Kolare S. Frisk rygg i sjukvården – en kunskapsöversikt. Arbetsmiljöinstitutet 1994.

Lagerström M, Hansson T, Hagberg M. Ländryggsbesvär i sjukvårdsarbete. Arbete och Hälsa 1997:22.

Ländryggsbesvär i arbetet. Faktablad, Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, maj 2001.

3 Att förebygga handeksem och latexallergi

Arbete inom hälso- och sjukvård (inkluderande tandvård, hemsjukvård och hemtjänst) innebär ofta hudkontakt med ett flertal faktorer som kan orsaka hudproblem. Det vanligaste yrkesrelaterade hudproblemet är handeksem. Under de senaste tio åren har vi inom hälso- och sjukvård även sett en ökande problematik med allergi för naturgummilatex, i dagligt tal kallat latex.

3.1 Handeksem

Handeksem är vanligt i befolkningen. Man räknar idag med att cirka 10 % av den vuxna befolkningen i Sverige har problem med handeksem någon gång under ett år. Vi talar om två huvudtyper av handeksem, dels det kontaktallergiska eksemet och dels det så kallade irritationseksemet. Vid kontaktallergi kan man påvisa specifik allergi för ett ämne med epikutantest ("lapptest"), exempelvis nickel, parfymämnen eller konserveringsmedel. Vid irritationseksem uppkommer eksemet som en belastningsskada (upprepat hudslitage) orsakad av vanligt förekommande faktorer såsom vatten, rengöringsmedel, kemikalier och livsmedelssaft. Irritationseksemet är vanligast och är i sin mildaste form enbart en torrhet med sprickbildning på händerna. Ofast är handeksemet en kombination av de två eksemformerna.

När det gäller handeksemförekomsten föreligger både könsskillnader och åldersskillnader. Handeksemet är vanligast hos kvinnor och i åldrarna under 40 år. Kända riskfaktorer för att utveckla handeksem är aktuellt eller tidigare atopiskt eksem (böjveckseksem), förekomst av nickelallergi och arbeten inom så kallade våtyrken såsom hälso- och sjukvård och andra serviceyrken. Exempelvis är det en korrelation mellan hur ofta man tvättar händerna och byter skyddshandskar och förekomst av handeksem. Trots att handeksem är vanligt inom hälso- och sjukvårdsyrken och att det kan leda till både omplaceringar och arbetsbyten, finns det få publicerade kontrollerade interventionsstudier med målsättningen att minska handeksemproblematiken. Troligtvis görs arbeten på lokal nivå, såsom vårdsavdelningar, vilket inte finns publicerat. För ett bra förebyggande arbete krävs:

- kartläggning av problemets omfattning och det aktuella arbetssättet (inklusive hudexponering för olika faktorer)
- Utbildning (kunskapsökning) riktad mot målgruppen
- Reducerad exponering för faktorer som ger hudslitage (vilket också omfattar arbetssättet), möjligheter till att använda skyddshandskar på ett korrekt sätt samt möjlighet att implementera ett hudvårdsprogram med i första hand mjukgörande krämer
- Uppföljning och utvärdering av genomförda åtgärder

Går man till den publicerade litteraturen som behandlar hälso- och sjukvård och handeksem, finns endast ett fåtal artiklar där man arbetat enligt ovanstående sätt.. Ett undantag är ett arbete rörande hemsjukvården, där det dock saknas en tydligt utvärdering (Fischer et al. 1999).

3.2 Allergi för naturgummi, "latexallergi"

Naturgummi (naturgummilatex, latex) utvinns ur gummiträdet och förädlas sedan för olika produkter. Vid allergi för naturgummilatex är det kvarvarande proteiner i gummit man utvecklar allergi emot. Naturgummilatex har inom sjukvården framför allt används i skyddshandskar (latexhandskar). Naturgummi kan dock återfinnas i flera produkter såsom katetrar, andningsmasker, kondomer/pessar, kofferdamdukar m.m. Latexallergi är en snabballergi som förmedlas via antikroppar av typen IgE (immunglobulin E) och är därför av samma typ som allergi för pollen, pälsdjur och födoämnen. Har man utvecklat en latexallergi kan man vid kontakt med naturgummiprodukter reagera med kontakturtikaria (snabbt uppkommande kliande knottor i huden), besvär från ögon och näsa (rhino-konjunktivit), astma och i värsta fall allvarigare allmänsymtom i form av anafylaktisk chock. Risken för allmänsymtom är störst då kontakten sker med slemhinnor, t.ex. vid kirurgiska ingrepp, tandläkarundersökning eller gynekologisk undersökning. Problematiken har två aspekter. Dels är det möjligheten att personal som arbetar inom vården utvecklar eller har utvecklat en allergi och dels är det vård och omhändertagande av patienter som redan har eller kan utveckla en allergi för naturgummilatex. Under den senaste tioårsperioden har stort intresse fokuserats kring problematiken rörande naturgummilatex och allergi. Mycket arbete har gjorts för att minska risken med skyddshandskar och då framför allt genom kravspecifikationer vid upphandling. Bland annat har användandet av pudrade handskar minskat. Handskpudret som består av majsmjöl har skapat problem bland annat att latexproteiner binds till majsmjölet och därigenom sprids i arbetsmiljön. Lokala insatser görs också för att skapa arbetsmiljöer inom hälso- och sjukvården med reducerad naturgummilatexförekomst. I en nyligen publicerat rapport från Folkhälsoinstitutet (FHI Rapport 2001: 3) sammanfattas det nuvarande kunskapsläget avseende allergi för naturgummilatex och det preventiva arbete som utförts.

3.3 Läs mer

Rätt användning av skyddshandskar. Faktablad, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting, september 2000.

Handeksem och arbete. Faktablad, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting, april 2001.

Att handskas rätt! En film om handskallergier. Videofilm, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting.

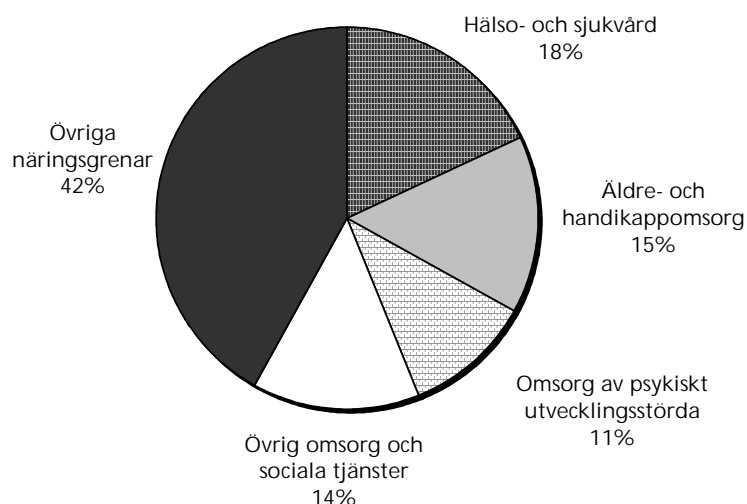
En Handfull Råd för händer i utsatta yrken. Videofilm, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting.

4 Att förebygga hot och våld i arbetet

Våld och hot om våld har blivit allt vanligare i samhället. Nästan fyra av tio hot eller våldshändelser i samhället drabbar personer i deras yrkesutövning.

I Arbetsmiljöundersökningen 1999 uppgav 17,2 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de utsatts för våld eller hot om våld i sitt arbete under de senaste tolv månaderna. I yrken där man riskerar att utsättas för våld anser mellan 25 och 50 procent att risken ökat under de fem senaste åren.

Antalet anmälda arbetsskador av våld eller hot ökade mellan 1993 och 1999 med ca 80 procent. Ökningen var kraftigast inom skolväsendet och inom omsorg och sociala tjänster, främst omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, äldre och handikappade.



Figur 4.1 Anmälda arbetsskador av våld eller hot 1999. Fall som lett till frånvaro, tandskada eller psykisk reaktion. Totalt ca 3100 fall.

4.1 Hot och våld som ett arbetsmiljöproblem

I svensk och internationell forskning avseende våld och hot om våld inom vård och omsorgsyrken kan tre olika fokus urskiljas; 1) den som utövar hot och våld (förövaren) 2) den som drabbas av hot och våld (offret) och 3) *hot och våld som ett arbetsmiljöproblem*. Det senare innebär ett bredare angreppssätt där samspelet mellan förövaren och offret analyseras, men där även situation och strukturella faktorer tas i beaktande. Detta betyder att man även analyserar organisation, arbetsmiljö, utbildning och policy på arbetsplatsen avseende hot och våld.

Vad är hot och vad är våld?

I lagstiftningen används en relativt bred definition av våld ”allt från mord till trakasserier i form av hot via brev eller telefon” (AFS 1993:2), medan forskningen i högre utsträckning använder något snävare definitioner. Nedan presenteras några exempel från den svenska litteraturen:

Hot

- Muntliga hotelser om fysiskt våld eller skadegörelse. Obscena eller aggressiva gester, sexuella närmanden eller anspelningar, skymford och nedvärderande personangrepp (Rinnan & Sylwan, 1992).
- Verbala hot om våld, knutna nävar och liknande (Åkerström, 1993).

Våld

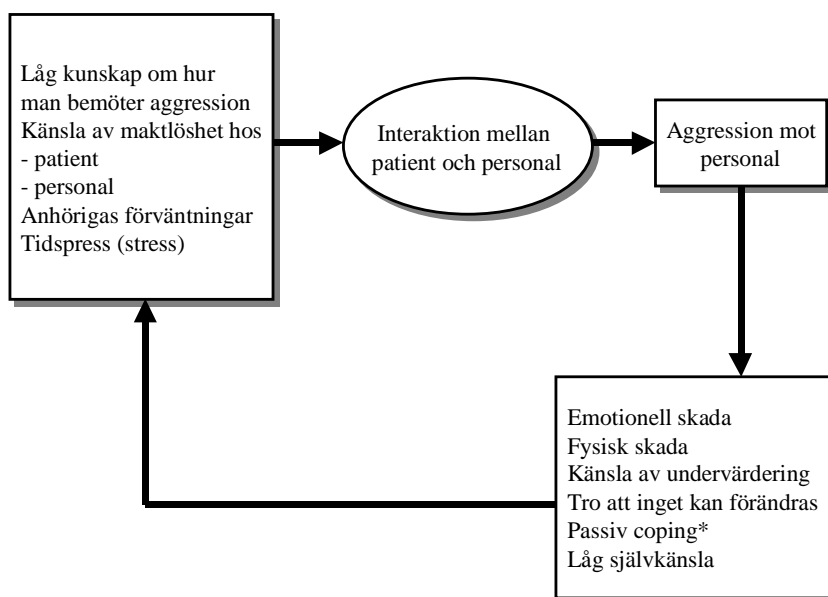
- Med ”vardagligt våld” avses att personalen blivit slagen, biten, klöst av patienter. Med ”grövre våld” avses att t. ex. patient sparkar personalen (Bergkvist & Östnäs 1979).
- ”Våld” definieras också som en handling, inte nödvändigtvis medveten, vilket leder till skada hos en annan människa. Denna handling går utanför ramarna för vad som är lagligt och socialt sett tillåtet. Exempel på sådana handlingar är aggressionsutbrott, att bita, att klösa, att knuffa eller att hålla fast (Rinnan & Sylwan, 1992).
- Med våld avses såväl hotande beteende och verbal aggression, som händelser med fysiskt angrepp (Arnetz, 1998).

4.2 Studier om förebyggande av hot och våld

Det har genomförts en rad studier om förebyggande av hot och våld i vård- och omsorg, både i Sverige och internationellt. I ett fåtal av dessa studier har en kontrollgrupp använts som jämförelse vid utvärdering av resultaten. Här presenteras metoder och resultat från några av dessa studier.

I en kanadensisk studie av ett sjukhus med 410 platser för långtidsvård genomfördes först en inventering av orsaker till aggression genom s.k. fokusgruppintervjuer och sedan ett interventionsprogram (Gage & Kingdom, 1995). Genom intervjuerna märktes ett cykliskt mönster av aggression när personal med små påverkansmöjligheter och låg kunskap om hur man handskas med aggressiva patienter konfronterades med patienters eller anhörigas krav. Detta skedde oftast i en arbetsmiljö där personalen upplevde en tidspress och inte hann slutföra sina ålagda arbetsuppgifter på ett för dem tillfredsställande sätt. Kombinationen av dessa olika faktorer skapade förutsättningar för episoder av aggression och att vårdpersonalen kände att de inte uppskattades vare sig av organisationen, patienterna (de boende) eller de anhöriga. Denna känsla av nedvärdering och tro att ingenting kan förändras utgör en grogrund för nya episoder i ett cykliskt förlopp, beskrivet i figuren nedan. Interventionen genomfördes på cirka hälften av sjukhusets

avdelningar genom *utbildningsinsatser* om bemötande av aggression samt *organisatoriska förändringar* med ökat team arbete och ökad delaktighet i vårdplanering för både personal, patienter och anhöriga samt införande av kontaktpersoner för handledning efter incident. Resultaten av studien visade att antalet incidenter minskade både på de avdelningar som genomfört ovan nämnda insatser och på de avdelningar där endast antalet incidenter registrerats. Troligen medförde själva registreringen en ökad medvetenhet om problemet och på så sätt minskade antalet incidenter även på de avdelningar som inte deltog i interventionsprogrammet.



Figur 4.2. Cykliskt förlopp av aggression inom långtidsvård (Gage & Kingdom, 1995).

* *Passiv coping* innebar att personalen använde passiva strategier för att minska sin stress: promenader, ta ett varmt bad eller dricka alkohol (en aktiv coping skulle innebära att man försöker lösa orsakerna till stressens uppkomst).

I en svensk studie registrerade 47 olika vårdarbetsplatser hot och våldsincidenter riktade mot personal under ett års tid (Arnetz & Arnetz, 2000). Vid 24 av arbetsplatserna genomfördes även intervention genom ett *strukturerat feedback-program*. Detta innebar att varje incident följdes upp och diskuterades vid nästkommande arbetsplatsträff eller möte. De övriga 23 arbetsplatserna användes som kontroller för att utvärdera effekten av denna intervention. De enheter som genomförde de strukturerade uppföljningarna av incidenter ökade sin medvetenhet om risksituationer, hur dessa kan undvikas och om hur man bemöter aggressiva patienter. Ett annat fynd var att interventionsavdelningarna rapporterade 50 procent fler incidenter jämfört med kontrollavdelningarna. Detta indikerar att det finns en kraftig underrapportering av hot och våld inom vården och att en ökad medvetenhet också innebär en förbättrad rapportering av tillbud.

Flera studier har inriktat sig mot hot och våld inom psykiatrisk vård. I en nederländsk studie bestod förändringsarbetet av att skapa en *handlingsplan* genom 10 möten med representanter från alla personalkategorier på avdelningen (Nijman 1997). I handlingsplanen ingick bland annat att snabbt identifiera patienter med aggressivt beteende och orsaker till aggression, att så snart som möjligt efter inskrivning diskutera behandlings-

mål med patienten, att förklara orsaken till varför dörrar på avdelningen var låsta, att även låta patienterna ha tillgång till schema för personalmöten och att förklara för patienten hur han/hon beställer tid hos sin psykiater eller terapeut. Resultaten visade att antalet allvarliga incidenter minskade på den avdelning som genomfört handlingsprogrammet.

I en amerikansk studie genomfördes ett *5-dagars utbildningsprogram* på fem olika avdelningar med prevention, krishantering och självförsvar som teman. På dessa avdelningar ökade personalen sin medvetenhet och observationsförmåga med avseende på risksituationer. Antalet hot och våld incidenter minskade direkt efter utbildningen, men ökade något igen efter en period (Rice, 1985). Detta pekar på att utbildningsinsatser kontinuerligt behöver följas upp.

4.3 Att registrera hot och våld på arbetsplatsen

Som tydligt framgår av de presenterade studierna är det nödvändigt med lokal kunskap på avdelningen/enheten avseende hot och våld. Nedan följer en sammanställning av vad man bör mäta för att kunna bedriva ett effektivt förebyggande arbete.

- Antal incidenter, handling, grad av allvarlighet
- Utlösande faktorer - händelse, situation, plats
- Förövaren, vem utför hot eller våld?
- Offret, vem drabbas av hot eller våld?
- Konsekvenser - reaktioner, skador, sjukskrivning
- Medvetenhet om: risker
risksituationer
- Kunskap om: rutiner och säkerhetssystem (handlingsplan)
bemötande av aggressiva patienter
handhavande av hot och våld situation
dokumentation och rapportering av incidenter
uppföljning/handläggning av incidenter

Tillgängliga mätinstrument

Våldsincident Formulär (VIF)

Detta instrument är en checklista som beskriver en specifik incident då hot eller våld riktas mot personal. Instrumentet används för att beskriva både förövare och offer, plats för incident, aktivitet som föregick incident, typ av hot eller våld (handling), konsekvenser, vidtagna åtgärder i samband med incident och om eventuell polis- eller arbetsskadeanmälan görs.

Det kan användas både för en förbättrad statistik avseende hot och våld, men också som ett underlag för att diskutera omständigheter kring incidenten och i förebyggande arbete. Instrumentet finns i flera versioner anpassade för slutenvården, öppenvården, särskilda omsorgen och för hemsjukvården (Arnetz, 2001).

Staff Observation Aggression Scale (SOAS)

Detta instrument är utvecklat för och har främst använts inom psykiatrisk verksamhet. Till skillnad från föregående instrument registreras alla hot och våld incidenter, ej enbart de som riktar sig mot personal. Exempel kan vara en hot- och våldshandling riktad mot föremål, medpatient, annan person eller som patienten riktar mot sig själv. Även med detta instrument beskrivs både förövare och offer, plats för incident, typ av hot eller våld (handling), konsekvenser, vidtagna åtgärder i samband med incident och om eventuell tillbuds- eller skaderapport skrivits. I instrumentet registreras även aktuell patientbeläggning på avdelningen (Palmstierna & Wistedt, 1987).

Det finns en reviderad (svensk) version av SOAS i rapporten ”Våld och hot om våld i psykiatrisk verksamhet” (Ehn, Johansson & Skarsäter, 1998).

4.4 Läs mer

AFS 1993:2 Våld och hot i arbetsmiljön.

Arnetz J. Våld i vårdarbete. Ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården. Studentlitteratur, Stockholm 2001.

Menckel E (red). Hot och våld i vård och omsorg. Arbetslivsinstitutet, Stockholm 2000.

5 Stöd, inflytande, delaktighet och utveckling

Personer som har en dålig psykosocial arbetsmiljö med inslag av kraftig stress drabbas ofta av sjukdomar som besvär och värk i musklerna, magbesvär, huvudvärk, hjärtbesvär, depression och utbrändhet. De uppger också att de har sömnsvårigheter, minnesproblem, känner olust och är lättirriterade. Den mentala hälsan påverkas i högsta grad av höga psykiska arbetskrav, bristande kontroll över arbetet och dåligt socialt stöd (Arbetslivsinstitutet, 1999). Att vara utsatt för höga arbetskrav och samtidigt ha liten egenkontroll över arbetssituationen innebär en betydande risk för negativ stress. Andelen som jobbar under dessa förhållanden ökar både för män och kvinnor inom flertalet sektorer och särskilt markant bland landstingsanställda. Kunskaperna om möjligheter till förebyggande åtgärder är idag tämligen goda, men inte tillräckligt spridda. Åtgärder kan vara att arbetsgivare ser till att arbetstagarna får hjälp med prioritering av arbetsuppgifter, stöd och handledning, samt utrymme för återhämtning, vilket också är ett av Arbetsmiljöverkets övergripande mål med sin verksamhet för att förebygga ohälsa till följd av negativ stress. Något som också är viktigt är att företagsledningen skaffar sig grundläggande kunskaper om hur förändringar bör genomföras för att organisationerna ska bli lyckosamma ur både ett lönsamhets- och ett hälsoperspektiv.

Denna del tar upp ett urval av projekt med målet att förbättra den psykosociala arbetsmiljön. Oftast är sådana förändringar spontana och kontinuerliga processer vilket kan vara en av orsakerna till att man inte rapporterar det i sådan form och utsträckning som vore önskvärt. Det medför också att det är svårt att studera effekterna av förändringen. De flesta undersökningar som hittats är därför metodologiskt tveksamma, saknar kontrollgrupp samt kontroll över mellankommande variabler som kan påverka resultatet.

5.1 Arbetstidsmodeller

Under en längre tid har olika typer av arbetstidsmodeller prövats och utvärderats. Här redovisas några modeller och resultatet av dessa.

En intensivvårdsenhet arbetade fram en ny arbetstidsmodell (KUPA) och motsvarande enhet på ett annat sjukhus var kontrollgrupp (Bergstrand K, et al, 1998). Syftet var att förena medarbetares behov och önskemål med verksamhetens krav och behov. Arbetstidsmodellen innebär att man separerar tid för patientvård, kompetensutveckling, möten och utvecklingsarbete. Den ordinarie arbetstiden delas upp i en planerad del (patientpass) som är schemalagd och utgör 75 % av den totala veckoarbetstiden samt en oplanerad del (timbank) som utgörs av de resterande 25 %. Medarbetaren ansvarar för sin timbank och den innefattar olika kvoter för patienttid, övrig tid och möjlighet till ”stand by”. Modellen har bl a ökat de anställdas inflytande över arbetstiden och kompetensutvecklingen, arbetstidsförkortning, bättre anpassning av bemanning, mer ostört patientarbete och utveckling mot lärande organisation. Verksamheten har ökat utrymmet för utvecklingsarbete utan att inkräkta på vårdresurserna. Att resurserna har utnyttjats effektivare och en stabil personalkostnadsnivå har lett till kostnadseffektivitet. De flesta i personalen har varit positiva, främst de ensamstående. Samtidigt har man också funnit att ett flexibelt system kan leda till ökad stress och belastning för dem som inte lever i en

jämställd familjerelation. De som har ansvar för andra och speciellt för småbarn är mer begränsade. Dagpersonalen har eventuellt vunnit mera på modellen än nattpersonalen.

I två studier har man jämfört olika arbetstidsmodeller. Den ena studien jämförde fast schema, flexitidsmodellen, timbanksmodellen och poängmodellen. Resultatet visar att det finns mycket starka positiva effekter av långtgående inflytande över arbetstiden (Åkerstedt, Westerlund & Andersson, 1996). Kliniken med det längst drivna inflytandet (poängmodell = i stort sett självvalda arbetstider) hade de mest positiva effekterna, medan kliniker med traditionella arbetstider hade de mest negativa effekterna. En hög nivå av flexibilitet är förenat med positiva attityder till arbetstiden, mindre sociala besvär och tillfredsställelse med arbetsituationen. En annan studie jämförde bl a arbetstidsförkortning, arbetstidsförkortning med beting och individuella arbetstider (Rissler, uå). Resultaten visade sammanfattningsvis att det inte var arbetstidsmodellens utformning som var viktigast, utan att förändringsprocessen i sig var viktigare. En ledarstil som var förändringsorienterad och som styrde mot uppsatta mål, tillsammans med hög delaktighet i pågående förändring var mest framgångsrikt.

Likasystemet 3–3⁶ är ett nytt sätt att organisera arbete. En tanke är att alla inte behöver, och inte heller bör, arbeta eller vara lediga samtidigt. Man arbetar tre dagar och är ledig tre dagar rullande, oavsett veckodag. Arbetsdagarna är något längre (8,5 timmar) men det blir istället färre årsarbetsdagar. Effektivitets- och hälsoskäl talar för 3–3 systemet. Vid långpendling kan 4–4 vara ett alternativ. I Lindesbergs äldreomsorg arbetar 20 undersköterskor/vårdbiträden från två arbetsplatser med 3–3 systemet sedan oktober 2000. Utvärderingen efter drygt ett halvt år visade att kostnaderna för sjuklön minskade med 50 % respektive 77 % och sjukdagarna minskade med 69 % på 10 månader (Sjöstrand, 2001). Korttidssjukfrånvaron sjönk med 66,5 % och långtidssjukfrånvaron med 73,4 %. Tre av fyra rapporterade att hälsan hade blivit bättre och över hälften ansåg att de blivit piggare och mindre stressade. För några hade även problem med nacken, axlarna och ryggen minskat. Personalen var positiva till systemet då de kände sig mer utvilade, hade fått mera fritid, stressen hemma hade minskat och ledigheten var mera sammanhängande. De hade också en positivare inställning till jobbet än tidigare. Verksamheten fungerade bättre bl a för att det var jämnare bemanning. Systemet fungerade dock mindre bra om man arbetade halvtid.

Projektet "6-timmars arbetsdag med 8-timmarsskift betalning på försök i Stockholms stad" utfördes på uppdrag av Stockholms stad (Olsson B, Åkerstedt T, Ingre M, Holmgren M, Kecklund G, 1999). Det var ett samarbetsprojekt mellan Stockholms stad och Personalekonomiska institutet, PEI vid företagsekonomiska institutionen samt i hälsodelen även med Institutet för psykosocial medicin och Institutionen för Folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Syftet med projektet var att ge en allsidig belysning av konsekvenserna av en reduktion av arbetstiden till 6 timmar (extra personal anställdes för att fylla luckorna). Reduktionen genomfördes vid två barnstugor, en hemtjänstenhet, en enhet för omsorg om vuxna psykiskt handikappade och en sjukhemsavdelning. Dessutom ingick ytterligare fyra enheter av samma typ som jämförelsegrupper. Resultaten

⁶ För vidare information se: www.tretre.nu

visade en mycket positiv effekt i personalens inställning till arbetstiden. Vidare påverkades tiden man kunde lägga ner på olika sociala aktiviteter mycket positivt. Framför allt rapporterade man mer "tillräcklig" tid för vänner och för egen avkoppling. Däremot visade sig inga tydliga hälsoeffekter (frånvaro, somatisk symptom, förekomst av sjukdom), med undantag för en viss positiv effekt på sömnen. Den grupp som föreföll ha haft mest nytta av arbetstidsreduktionen var arbetstagare med små barn hemma.

5.2 Stressreducerande program

Ett annat sätt att förebygga psykosocial belastning kan vara att förbättra sättet att handskas med stressfyllda situationer (coping). Olika copingstrategier passar mer eller mindre bra i olika sammanhang. Några tillvägagångssätt att påverka copingförmågan i redovisas nedan.

I en studie där olika yrkesgrupper inom vården ingick jämfördes ett traditionellt stresshanteringsprogram (SHP) med ett organisationsutvecklingsprogram (IPP) (Bunce & West, 1996). Deltagarna slumpades till de olika programmen men deltagare från samma yrkesgrupp styrdes till samma utbildningsprogram. Deltagandet var frivilligt för några och beordrat för andra. IPP syftar till att få individen att lära sig innovativ coping. Innovativ coping är en aktiv hantering av arbetsrelaterad stress genom att man försöker förändra de arbetsvillkor som är stressande. Utbildningen bestod i att man identifierade stressande villkor, diskuterade dem i grupp och utformade sedan individuella handlingsplaner. I studien deltog 66 personer i SHP och 52 personer i IPP. I en kontrollgrupp fanns 84 personer. En enkät visade att de olika programmen fått olika resultat. Gruppen som deltog i SHP ökade i det allmänna välbefinnandet och arbetstillfredsställelsen, vilket också andra studier bekräftar. Gruppen som deltog i IPP ökade sin innovativa förmåga och minskade den arbetsrelaterade stressen. Slutsatsen är att båda programmen är associerade med framgång gällande den psykiska ansträngningen, men att resultatet avklingade med tiden. Detta tyder på att man behöver införa metoder som kan ge en mer bestående påverkan.



En annan utbildning med syftet att öka copingförmågan för att skapa gynnsammare förutsättningar för personalen vid omorganisering (Ädel-reformen) prövades inom åldringsvården (Löck & Arnetz, 2000). Två separata avdelningar ingick i studien. Den ena avdelningen med 14 anställda utgjorde utbildningsgrupp medan den andra avdelningen med 12 anställda blev kontrollgrupp. Utbildningen hade utformningen som ett psykologiskt strukturerat program och innehöll 10 träffar med två veckors mellanrum. Programmet bestod av en teoretisk del, följt av en praktisk problemlösande diskussionsdel. Resultatet visade att omorganisationen i sig inte gav några psykosociala effekter. Utbildningen hade effekt på stresshormonet prolaktin, på så sätt att det blev en ökning i kontrollgruppen och en minskning i utbildningsgruppen. Prolaktinökningen kan indikera en känsla av maktlöshet. Man kunde också se att vid uppföljningstillfället efter 30 veckor fanns hos utbildningsgruppen en betydande ökning i upplevelsen av arbetskrav och positiva känslor till arbetet jämfört med kontrollgruppen.

5.3 Socialt stöd

Ett välutvecklat socialt stöd har visat sig vara en värdefull tillgång vid psykosocial belastning. Studien nedan visar hur det sociala stödet kan byggas upp och förstärkas i organisationen.

Ett program för vårdpersonal i offentlig sektor som kallades Caregiver Support Program (CSP) hade som syfte att öka det sociala stödet och delaktighet i arbetsrelaterade beslut (Heaney et al, 1995). De såg socialt stöd som en copingresurs eftersom individen genom att tala med andra fick möjlighet att modifiera sin upplevelse av stressfyllda situationer. Möjligheten till stöd från andra skulle bredda individens repertoar av copingstrategier. Målet var att förmedla kunskap om styrkan i ett stödsystem och att öka färdigheten i förmågan att mobilisera tillgängligt stöd från andra på arbetsplatsen. Dessutom ville man lära ut deltagande problemlösning för att sedan kunna använda det i arbetsplatsmöten.

CSP innefattade sex träningsträffar där varje träff var 4-5 timmar lång. De tre första träffarna hölls med en veckas mellanrum och de tre sista med två veckors mellanrum. Deltagarna arbetade i gruppboende och även cheferna deltog. Chefernas medverkan skulle resultera i en förändring av attityden till att alla anställda var delaktiga vid beslut. 55 gruppboenden anmälde intresse och av dem slumpades hälften till kontrollgruppen. 785 deltagare deltog i utbildningen. I varje grupp deltog 10 chefer och 10 anställda.

Resultatet av enkätundersökningar en månad före och fem veckor efter programmets avslutande, visade att 22 % av deltagarna hade lämnat sin anställning vid mätning två. Endast 10 % deltog i minst fem träffar och det var de som rapporterade en ökad mental hälsa och arbetstillfredsställelse. Studien visade också att det fanns svårigheter att överföra ambitionerna i programmet till arbetsplatsen som helhet. När arbetstiden redan var pressad av alla ordinarie arbetsuppgifter orkade inte deltagarna använda sina nyförvärvade kunskaper eller föra dem vidare till sina medarbetare. Det är därför viktigt att hela organisationen stödjer projektet och att chefer får stöd av sina överordnade chefer för att införandet av delaktighet och medarbetarstöd skall lyckas.

5.4Handledning

Ett annat sätt att minska den psykosociala belastningen är handledning där medarbetarna kan få hjälp och stöd av varandra och utomstående i sitt arbete.

Ett projekt med liknande syfte som ovan använde handledning som metod för att stödja personalen inom primärvården vid en omorganisation (Brunnberg & Löfgren, 1997). Omorganisationen innebar införande av teamarbete vilket skulle förstärka möjligheterna att ta vara på vars och ens kunskaper, som i sin tur skulle förbättra effektiviteten och i slutändan ge bättre kvalitet på vården. Det skulle också medföra en ökad förståelse för individerna i teamet och respekt för de andras arbetsinsatser och arbetssituation över dagen. Handledning sågs som en metod för teamutveckling och en förutsättning för att den chefslösa organisationen skulle kunna fungera. Viktigt var att få alla yrkeskategorier att dra åt samma håll och att känna gemenskap. Handledningen genomfördes som ett projekt som pågick i drygt tre år. Syftet med handledningen var att få personalen att bättre lära känna varandra, att bli tryggare med varandra och därmed också förbättra

arbetsmiljön och stabilisera den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatserna samt att eftersträva ett bra omhändertagande av patienterna. En annan tänkt effekt var att personalen bättre skulle kunna ta hand om de nya krav som i och med omorganisationen förväntades från allmänheten.

Fyra vårdcentraler med två grupper vardera handleddes. Gruppstorleken varierade mellan sju och nio personer. Träffarna skulle ske med 14 dagars mellanrum och omfatta 1,5 timme per gång. Två inriktningar i handledningen var ”aktuellt för stunden” och ”förberedda ärenden”. Deltagarna bestod av distriktssköterskor, undersköterskor, läkare och läkarsekreterare. Handledningen var obligatorisk. Projektet utvärderades genom intervjuer i slutet av projektiden.

Resultatet visade att i alla grupper lärde man känna varandra och fick en inblick i hur arbetskamraterna uppfattar sin arbetssituation, samarbete och verksamheten på vårdcentralen. Några av grupperna utvecklades till ett team. Dessa upplevde vinster i form av trygghet i teamet, helhetssyn på verksamheten, samsyn i hanteringen av patienter och rutiner samt stöd i ”tunga” ärenden. En grupp kom så långt att de kunde använda sig av kunskaper i handledningen i arbetet med patienterna och i utvecklingen av verksamheten. De använde sig medvetet av handledningen som ett forum där man utvecklade rutiner och beredde frågor kring verksamheten. Förslagen lades sedan fram på personalkonferenserna för en allmän diskussion. Slutsatsen var att handledning rekommenderas som en bra metod för att utveckla och stärka teamsamarbetet.

5.5 Nätverk

Nätverksträffar är ytterligare ett sätt att minska den psykosociala belastningen, där kollegor från olika arbetsplatser träffas för att stödja av varandra i arbetet.

Ett projekt genomfördes för allmänläkare från fem vårdcentraler (Grimsér & Wolter, 2000). Syftet var att bryta en negativ trend av försämrade psykosocial arbetsmiljö för läkarna samt att öka kunskapen om patientkommunikation, bemötande, eget lärande och informationsutbyte mellan primärvård och slutenvård. Projektet startade 1997 i en tid då sjukvården stod inför många förändringar. Uppläggningsen av projektet gjordes i samverkan med deltagarna.

Projektet byggde på att läkarna ställde upp för varandra, då alla inte kunde vara borta från arbetsplatsen samtidigt. Två grupper formades med åtta respektive nio läkare i per grupp. En upptakt med två dagars internat för varje grupp genomfördes. Därefter träffades grupperna tre till fyra gånger/termin, totalt 80 timmar. Träffarna förlades på vårdcentralerna för att de även skulle lära känna varandras arbetsplatser och arbetsförhållanden. Grupperna var öppna vilket innebar att om någon slutade kunde det ges plats för nya deltagare, vilket också skedde. I början av varje termin diskuterades angelägna teman fram för de närmast påföljande träffarna. Grupperna valde att arbeta utifrån pedagogiska metoder som främjar lärandet. Träffen började med gemensam lunch och därefter pågick arbetet hela eftermiddagen.

Projektet utvärderades av utomstående genom intervjuer och enkätfrågor. Utvärderingen visade att läkarna tog stort ansvar i grupperna, de använde nätverkstiden effektivt och närvaron var hög. De som deltog upplevde att de utvecklades i sin yrkesroll - de bytte

erfarenheter med varandra och därmed ökade de sin kompetens. De bearbetade sina upplevelser av svåra situationer i mötet med patienter och utvecklade former för samtal med patienter. Träffarna motverkade utbrändhet och gav läkarna kraft och ork att arbeta i pressade situationer. Härmed säkrades kvalitén på vården. De gemensamma nätverks-träffarna över vårdcentralsgränserna fyllde ett stort behov då det gällde att hantera den kaotiska situation som uppstod vid omorganisation. Träffarna blev ett andningshål. Deltagarna uttryckte önskemål om att få fortsätta att träffas och har bokat in nya tider.

5.6 Organisationsutveckling genom arbetsbreddning

Att skapa mera förståelse för varandras arbetssituation inom enheten eller avdelningen ökar möjligheten att stödja varandra i arbetet och därmed minska den psykosociala belastningen.

Ett pilotprojekt vid en ortopedklinik där arbetsbreddning med inriktning på gränsöverskridande, samverkan, helhetssyn och flexibilitet utvecklades (Lindelöf, 1996). Syftet var att öka samarbetet och samverkan mellan personalgrupperna för att därigenom utveckla verksamheten och skapa en bättre vi-anda. Delmålen var breddad kompetens, ökad beredskap och bättre resursutnyttjande samt att främja arbetstillfredsställelsen och göra arbetsplatsen attraktivare. Man ville också definiera begreppet arbetsbreddning och pröva nya samverkansformer för utveckling av verksamheten samt definiera möjligheter och hinder med ökad arbetsbreddning och hitta metoder för att underlätta gränsöverskridande mellan olika yrkesgrupper.

Ett processinriktat arbetssätt användes som betonade information, delaktighet, yrkesmässig samverkan och lärande. Detta skulle bygga på hög delaktighet från alla berörda, arbete i arbetsgrupper där samtliga personalkategorier ingick, årliga utvecklingsdagar, stödjande insatser och uppföljning. En projektledningsgrupp utsågs med uppgift att följa hela processen, svara för informationsdelen och ta ställning till processens fortskridande. De utgjorde också ett stöd för projektledaren.

Utvärderingen gjordes av projektledaren via egna erfarenheter och enkät av Lundastudenter i slutet av projektet som varade i ungefär 1,5 år. Resultatet visade att arbetssättet uppskattades av medarbetarna vid kliniken även om vissa ansåg att projektet dragit ut på tiden lite väl långt. Kommunikationen mellan personalgrupperna och därmed den gemensamma utvecklingsförmågan stärktes, dels genom de arbetsbyten och de arbetsplatsbesök som skedde, dels genom att arbetsplatsmöten hade införts. Ett forum för diskussion och problemlösning introducerades via de två utvecklingsdagarna. och medvetenheten kring samverkan, minskat revirtänkande och gränsöverskridande ökade i verksamheten.

Det som inte fungerade i projektet var allas delaktighet, tiden, informationen och målet att skapa lika rutiner på två arbetsplatser. All personal deltog inte i projektet som planerat, främst saknades läkarna. Den skriftliga informationen var bra men den muntliga informationen kunde förbättras. Personalen gick från sina vanliga arbetsuppgifter för att sitta i möten och diskutera sig fram till lösningar som sedan skulle prövas och utvärderas. Eftersom utvecklingstid inte fanns inplanerad i verksamheten blev detta en ytterligare belastning för personalen. Att skapa gemensamma rutiner medförde vissa konflikter. I

slutsatserna uppmanas till en ökad tonvikt på verksamhetsutveckling där alla deltar och ett vardagligare och mera långsiktigt utvecklingsarbete.

5.7 Kvalitetsförbättrande program

Att systematiskt arbeta med förbättring av verksamheten, där man även tar hänsyn till arbetsmiljön, och då också den psykosociala arbetsmiljön, begränsar belastning av olika slag och därmed skapas en hälsofrämjande arbetsplats.

I ett projekt involverades alla avdelningar på ett sjukhus i ett kvalitetsförbättringsprogram (Pettersson & Arnetz, 1998). På varje avdelning uppmanades arbetsledare och personal att under ett år engagera sig i att förbättra sin egen arbetsmiljö utifrån resultaten från en lokalt anpassad enkät. De områden som enkäten rörde var socialt klimat, ledarskapskvalitet, arbetsåterkoppling, måltydighet, delaktighet, utveckling och lärande, arbetsbelastning, effektivitet samt mental energi. Enheterna uppmuntrades att tillsammans försöka hitta några viktiga förbättringsområden och utifrån det göra upp mål för hur dessa skulle kunna förverkligas.

Många olika aktiviteter startades och alla avdelningar hade möjlighet att söka ekonomiskt stöd för sina förbättringsförslag. En central projektgrupp på sjukhuset tillsattes för att kontinuiteten i arbetet skulle säkras och speciellt utsedda kontaktpersoner utgjorde en länk mellan avdelningarna och projektgruppen. Programmets mål var att förbättra kvaliteten i arbetet, stödresurserna och personalens hälsa och välbefinnande. Detta skulle uppnås genom att man underlättade kommunikationen och samarbetet, ökade delaktigheten och förbättrade effektiviteten i arbetet och de sociala relationerna. Man ville också utveckla verktyg och metoder för framtida praktiskt arbete med organisationsutveckling på sjukhuset.

Utvärderingen gjordes via enkäter till samtliga anställda efter ett år och resultatet visade på en generell försämring hos personalen i samtliga studerade faktorer på grund av ett samtidigt varsel om nedskärning. De enheter som arbetat aktivt med förbättringsarbetet, där klinikchefen varit positiv till arbetet eller där personalen känt sig involverade hade en mindre försämring eller ingen försämring alls i de studerade faktorerna. Slutsatsen är att de grupperna klarade av de yttre påfrestningarna (nedskärning av personalen med 20 %) bättre än de övriga grupperna. Programmet pågår fortfarande med utvärderingar vartannat år.

5.8 Läs mer

Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån. "Negativ stress och ohälsa. Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet", Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:2.

Arnetz, B. Arbetslivsutveckling för svenska läkare: metoder för att förbättra individuellt och organisatoriskt välbefinnande. Nordisk medicin, vol 112, nr 7, 1997, s. 240-242.

Doktare H. (1995). Arbetsrotation minskade sjukfrånvaron. Arbetslivsfondens fallrapport Nr 483. Nacka: Arbetslivsfonden.

- Fogelqvist J. (1996). Personalen bestämmer över sin tid. Arbetsmiljö, nr 5 1997 s.16-18.
- Hellström B. (1994) Nätverket blev rätt medicin för kvinnliga läkare. Arbetslivsfondens fallrapport Nr 77. Nacka: Arbetslivsfonden.
- Iwi D, Watson J, Barber P, Kimber N & Sharman G. (1998) The self-reported well-being of employees facing organizational change: effects of an intervention. Occupational Medicine London. 48(6):361-.
- Laszlo B. (1995) Nätverk stöttar kvinnliga läkare. Arbetslivsfondens fallrapport Nr 771. Landstinget Dalarna. Nacka: Arbetslivsfonden.
- Nyquist, Å. (1995). Tiden utnyttjas effektivare efter analys av flödet. Arbetslivsfondens fallrapport Nr 756. Nacka: Arbetslivsfonden.
- Parmsund M, Brunnberg H, Petterson I-L & Backman L (2002). Utvärdering av Folkhälsoinstitutets projekt Hälsa-Arbetsliv-Kvinnoliv (HAK). Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Rohdet, M. (1995). ”Inget är omöjligt”. Arbetslivsfondens fallrapport nr 812.
- Sandberg, B. (1998). Arbetsmiljöprojekt för kvinnliga läkare i Ystads- och Österlens sjukvårdsdistrikt. Landstinget i Kristianstad.
- Stiftelsen Trygghetsfonden för kommuner och landsting. Projekt Norrkraft. Vårdkedjeorganisation vid sjukhuset Torsby. 16/2000.
- Svensson Å. (1997) Landstingsprojekt för kvinnliga läkare i ett pedagogiskt perspektiv. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Utarbetad, utmattad, utbränd? – ett problem i arbetslivet. Faktablad, Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, november 2001.

6 Referenser

1. AFS 1990:18 Omvårdnadsarbete i enskilt hem. Arbetsmiljöverket, 1990.
2. AFS 1993:2 Våld och hot i arbetsmiljön. Arbetsmiljöverket, 1993.
3. AFS 1998:1 Belastningsergonomi. Arbetsmiljöverket, 1998.
4. AFS 2000:1 Manuell hantering. Arbetsmiljöverket, 2000.
5. AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljöverket, 2001.
6. Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån. "Arbetsorsakade besvär 2001".
7. Arnetz JE. The violent incident form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress* 1998;12(2):107-114.
8. Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(3):668-680.
9. Arnetz J. Våld i vårdarbete. Ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården. Studentlitteratur, Stockholm 2001.
10. Aronsson G, Svensson L, Leksell K & Sjögren A. Förändringskompetens: projektledares erfarenheter från 300 Arbetslivsfondsprojekt. Solna, Arbetslivsinstitutet, Föreläsningsstjänst, 1995.
11. Bergkvist R, Östnäs A-K. Patientvåld mot personal på ett specialistsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda. Arbetarskyddsfonden och Salberga sjukhus 1979.
12. Bergstrand K, Rosenlöf E-M, Lidmark J, Davies K & Hedén A. Arbetstidsutveckling. Verksamhetens & medarbetarnas behov – kan de förenas? Resultat från en utvärdering av arbetstidsmodellen KUPA. Landstingsförbundet, Stockholm 1998.
13. Borg G. The Borg scale. Borg's perceived exertion and pain scales. Champaign, Ill: Human Kinetics; 1998.
14. Brunnberg H & Löfgren V-A. Teamutveckling genom handledning på vårdcentraler: utvärdering av ett projekt i Haninge primärvård. Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1997:8.
15. Bunce D & West M A. Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations* 1996;49(2):209-232.
16. Ehn H, Johansson A, Skarsäter I. Våld och hot om våld i psykiatrisk verksamhet. Spri, Karolinska Institutets bibliotek, Hälso- och sjukvård, 1998.
17. Engels JA, van der Gulden JWJ, Senden TF, Kolk JJ, Binkhorst RA. The effects of an ergonomic-educational course. Postural load, perceived physical exertion, and biomechanical errors in nursing. *Int Arch Occup Environ Health* 1998;71:336-342.
18. Engqvist I-L. Accidents leading to over-exertion back injuries among nursing personnel. *Arbete och Hälsa* 1999:20.
19. Evanoff BA, Bohr PC, Wolf LD. Effects of a Participatory Ergonomics Team Among Hospital Orderlies. *Am J Ind Med* 1999;35:358-365.
20. Fischer T, Högstorp M, Lindberg M. Irritativ och kontaktallergen påverkan av huden vid arbete inom hemtjänsten. Hur handksem förebyggs genom kunskap – utveckling av ett utbildningsprogram. *Arbete och Hälsa* 1999:4
21. Folkhälsans villkor. Nationella Folkhälsogrupperns rapport nr 9, 1991.
22. Folkhälsoinstitutet. Naturgummitex i sjukvården. FHI Rapport 2001:3.
23. Gage M, Kingdom D. Breaking the cycle of aggression. *Journal of Nursing Administration*. 1995;25(12):55-64.

24. Gerdle B, Brulin C, Elert J, Eliasson P, Granlund B. Effect of a General Fitness Program on Musculoskeletal Symptoms, Clinical Status, Physiological Capacity, and Perceived Work Environment Among Home Care Service Personnel. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1995;5(1):1-16.
25. Grimsér, H & Wolter N. Nätverk för läkare i primärvården. Trygghetsfondens rapportserie 2000:11.
26. Heaney, C.A., Price, R.P., & Raafferty, J. (1995b) The Caregiver Support Program: An intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In G Keita & S. Sauter (Eds.). *Job stress interventions pp 93-108*. Washington, DC: American Psychological Association.
27. Held E, Wolff C, Gyntelberg F, Agner T. Prevention of work-related skin problems in student auxiliary nurses. *Contact Dermatitis* 2001; 44, 297-303.
28. Horneij E, Hemborg B, Jensen I, Ekdahl C. No significant differences between intervention programmes on neck, shoulder and low back pain: a prospective randomized study among home-care personnel. *J Rehabil Med* 2001;33:170-176.
29. Johnsson C, Carlsson R, Kjellberg K, Lagerström M. Evaluation of training in patient transfer technique. Poster vid 4th International Scientific Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders (PREMUS), Amsterdam 2001; 123.
30. Johansson JÅ. Psychosocial work factors, physical work load, and associated musculoskeletal symptoms among home care workers. *Scand J Psychol* 1995;36:113-129.
31. Karhu O, Kansu P, Kuorinka I. Correcting working postures in industry: a practical method for analysis. *Appl Ergon* 1977;8:199-201.
32. Kvalitetssäkra arbetsmiljön. Kommunernas och landstingens Arbetsmiljöråd. Arbetsmiljörådet, 1993 (med stöd av Arbetsmiljöfonden). (Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetarförbundet, SACO, SKTF, Lärarnas Riksförbund, SHSTF, Lärarförbundet, Landstingsförbundet).
33. Lagerström M, Josephson M, Pingel B, Tjernström G, Hagberg M, The Moses Study Group. Evaluation of the implementation of an education and training programme for nursing personnel at a hospital in Sweden. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1998;21:79-90.
34. Lindelöf J. Arbetsbreddning – En arbetsorganisatorisk process vid Ortopedkliniken, Nordöstra Skånes Sjukvårdsdistrikt kring samverkan, helhetssyn, flexibilitet, mindre revir och gränsöverskridande. Lanstinget i Kristianstads län, 1996.
35. Lynch RM, Freund A. Short-Term Efficacy of Back Injury Intervention Project for Patient Care Providers at One Hospital. *AIHAJ* 2000;61:290-294.
36. Löck CTJ, Arnetz BB. Impact of management change and an intervention program on health care personnel. *Psychother Psychosom* 2000 Mar-Apr;69(2):79-85.
37. Menckel E & Thomsson H. Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser?: ett svenskt perspektiv. Stockholm, Arbetarskyddsnämnden, 1997
38. Nijman HL, Merckelbach HL, a campo JM. Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatric Services* 1997;48(5):694-698.
39. Olsson B, Åkerstedt T, Ingre M, Holmgren M & Kecklund G. Kortare arbetsdag, hälsa och välbefinnande. Stressforskningsrapporter nr 281 Solna 1999.
40. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(6):657-663.
41. Petterson I-L, Arnetz BB. Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program. *Social Science and Medicine* 1998;47:1763-1772.
42. Pohjonen T, Ranta R. Effects of Worksite Physical Exercise Intervention on Physical Fitness, Perceived Health Status, and Work Ability among Home Care Workers: Five-Year Follow-up. *Preventive Medicine* 2001;32:465-475.
43. Rice ME, Helzel MF, Varney GW, Quinsey VL. Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff. *American Journal of Community Psychology* 1985;13(3):289-304.
44. Riksförsäkringsverket. Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 1999 och 2000. 2001:11.

45. Rinnan T, Sylwan U. Varför händer det inget när det händer – om våld och hot inom hemservice. Rapport nr 11, Forsknings och utvecklingsbyrå, Stockholms socialförvaltning 1992.
46. Rissler, A. (uå) Resurser och belastningar i vården. 3 nyhetsblad från Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
47. Sjöstrand F. (2001). Utvärdering av försöket med 3-3 systemet på två avdelningar inom äldreomsorgen i Lindesbergs kommun. Rapport till Socialnämnden i Lindesbergs kommun, 6/9-2001.
48. Skargren E, Öberg B. Effects of an exercise program on musculoskeletal symptoms and physical capacity among nursing staff. *Scand J Med Sci Sports* 1996;6:122-130.
49. Sullivan M & Karlsson J. SF36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide. Sektionen för Vårdforskning, Göteborgs universitet och Sahlgrenska sjukhuset i samarbete med IQOLA (International Quality of Life Assessment Project, JE Ware, The Health Institute, New England Medical Center, Boston), 1994
50. Tuomi K, Ilmarinen J et al. Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. *Scand J Work Environ Health* 1991;17 Suppl 1:67-74
51. Vårdens arbetshälsorapport 2000. Yrkesmedicin. Stockholm, 2000.
52. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36 Item Short Form Health Survey (SF-36):I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
53. West M & Patterson M. Work: a profitable occupation? *CentrePiece*, 1998, 3(3)
54. Yassi A, Cooper JE, Tate R, Gerlach S, Muir M, Trottier J, Massey K. A Randomized Controlled Trial to Prevent Patient Lift and Transfer Injuries of Health Care Workers. *Spine* 2001;26(16):1739-1746.
55. Åkerstedt T, Westerlund M & Andersson G. Mot bättre tider. En utvärdering av några av vårdens arbetstidsmodeller med avseende på välbefinnande och hälsa. Stressforskningsrapport nr 271. Solna, 1996.
56. Åkerström M. Våld och hot i sjukvårdsarbete – dokumentation av en riksrepresentativ intervjustudie. Rapport nr 3. Sociologiska institutionen, Kriminalvetenskapligt nätverk, Lunds universitet, 1993.