



# Arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa inom vård och omsorg

En jämförelse mellan anställda inom landsting, kommun och privat sektor i Stockholms län

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:24

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Marianne Parm Sund, Magnus Alderling,  
Ingela Målvqvist, Carl Åborg, institutionen för folk-  
hälsovetenskap, Karolinska Institutet

Foto: Anette Andersson

ISBN: 978-91-86313-25-8

Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Stockholm

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Förord

Hur de som arbetar inom vård och omsorg mår, och varför, är av största intresse för offentliga beslutsfattare. Det är våra medarbetare i sjukvården och omsorgen det handlar om. Att de som arbetar med människors hälsa och välbefinnande själva ska må bra, är ett självklart mål. Vården och omsorgen är dessutom ett område som kommer att växa allt mer i omfattning och betydelse med den medicintekniska liksom den demografiska utvecklingen. Vi är många som ser vården och omsorgen som en framtida tillväxtbransch – och det bygger i så fall på medarbetarna, deras engagemang och kompetens.

Vården och omsorgen kan sannerligen kallas ”humankapitalintensiv”. Framför allt hälso- och sjukvården är ett område präglad av hög kompetens och utbildningsnivå men även omvårdnad och omsorg kräver stort kunnande och engagemang. Detta är styrkor som borde kunna påverka arbetssituationen positivt – men som denna rapport bekräftar är en nyckelfaktor inflytandet över det egna arbetet.

Inflytandet skulle kunna vara en skiljelinje mellan den landstingsdrivna hälso- och sjukvården, men även privata arbetsgivare, å ena sidan, och kommunernas omsorgsverksamheter å den andra. Kanske är det också en skiljelinje mellan män och kvinnor. En kvinnodominerad bransch som vården och omsorgen borde givetvis vara betydligt bättre som arbetsplats för kvinnorna än vad denna rapport visar.

Arbetsmarknaden inom vård och omsorg har utvecklats och diversifierats starkt på senare år. Nu finns en mängd aktörer och potentiella arbetsgivare. Fler olika exempel innebär fler goda exempel som kan leda till efterföljd. Detta tillsammans med den ökade ekonomiska och samhälleliga betydelsen borde medföra förbättrade arbetsvillkor, men det är inget som sker helt av sig själv. ”Best practice” behöver utövas inom personalpolitiken. Vi som samhällets företrädare och beställare av vård och omsorg behöver hålla minst ett öga på utvecklingen.

Birgitta Rydberg  
Landstingsråd (FP) sjukvård & folkhälsa



## INNEHÅLL

|                                                                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Sammanfattning</b>                                                                                                                                                                            | <b>7</b>  |
| <b>1. Bakgrund och rapportens upplägg</b>                                                                                                                                                        | <b>9</b>  |
| <b>2. Inledning</b>                                                                                                                                                                              | <b>9</b>  |
| 2.1 Hälsa                                                                                                                                                                                        | 10        |
| 2.2 Arbetsförhållanden                                                                                                                                                                           | 11        |
| 2.3 Möjlighet att kombinera arbete och hem/familj                                                                                                                                                | 13        |
| 2.4 Levnadsvanor                                                                                                                                                                                 | 14        |
| 2.5 De studerade yrkesgrupperna                                                                                                                                                                  | 14        |
| 2.6 Arbetsgivare inom vård och omsorg                                                                                                                                                            | 16        |
| 2.6 Syfte och frågeställningar                                                                                                                                                                   | 18        |
| <i>Frågeställningar</i>                                                                                                                                                                          | 18        |
| <b>3 Material och metod</b>                                                                                                                                                                      | <b>18</b> |
| 3.1 Yrkesgrupper                                                                                                                                                                                 | 19        |
| <b>4. Resultat</b>                                                                                                                                                                               | <b>21</b> |
| 4.1 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda inom vård och omsorg och anställda inom annat yrkesområde?                                                | 21        |
| 4.1.1 Hälsa                                                                                                                                                                                      | 22        |
| 4.1.2 Arbetsförhållanden                                                                                                                                                                         | 23        |
| 4.1.3 Levnadsvanor                                                                                                                                                                               | 23        |
| 4.2 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan tre yrkesgrupper inom vård och omsorg?                                                                              | 23        |
| 4.2.1 Hälsa                                                                                                                                                                                      | 25        |
| 4.2.2 Arbetsförhållanden                                                                                                                                                                         | 26        |
| 4.2.3 Levnadsvanor                                                                                                                                                                               | 26        |
| 4.3 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare?                    | 27        |
| 4.3.1 Hälsa                                                                                                                                                                                      | 28        |
| 4.3.2 Arbetsförhållanden                                                                                                                                                                         | 29        |
| 4.3.3. Levnadsvanor                                                                                                                                                                              | 29        |
| 4.4 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda i tre yrkesgrupper inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare? | 29        |
| 4.4.1 Hälsa                                                                                                                                                                                      | 33        |
| 4.4.2 Arbetsförhållanden                                                                                                                                                                         | 34        |
| 4.4.3 Levnadsvanor                                                                                                                                                                               | 34        |
| <b>5. Diskussion</b>                                                                                                                                                                             | <b>35</b> |
| <b>Referenser</b>                                                                                                                                                                                | <b>39</b> |



## Sammanfattning

Flera yrken inom vård och omsorg har i olika undersökningar framstått som riskyrken ifråga om fysisk och psykosocial belastning. I den här fördjupningsrapporten gör vi för första gången jämförelser mellan vård- och omsorgsyrlen hos olika arbetsgivare: landsting, kommun respektive privata företag. Vi presenterar data om omvårdnads- och omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare, vårdare), sjuksköterskor och läkare. Varje yrkesgrupp jämförs med andra yrken i samma socioekonomiska grupp och alla resultat redovisas uppdelat på kvinnor och män.

Hälsa, arbetsliv och levnadsförhållanden i Stockholms län kartläggs vart fjärde år med hjälp av en enkät och redovisas dels i en folkhälsorapport, dels i en arbetshälsorapport. Den här rapporten grundar sig på resultat från den folkhälsoenkät som skickades till drygt 57 000 individer i Stockholms län år 2006, och besvarades av drygt 34 000 (61 procent) av de tillfrågade.

Många av resultaten bekräftar vad som är känt utifrån tidigare forskning om sambandet mellan höga krav och låg kontroll i arbetet, om könsskillnader och om att arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa hänger samman med socioekonomisk position, det vill säga att arbetare är mer belastade än tjänstemän i dessa avseenden. Rapporten visar även intressanta skillnader mellan anställda i kommuner, landsting och hos privata vårdgivare, som inte har belysts tidigare.

Vi har funnit att:

- de största skillnaderna ifråga om arbetsförhållanden och hälsa finns mellan läkare och övriga högre tjänstemän när man jämför olika vård- och omsorgsyrlen med andra yrkesområden inom respektive socioekonomisk grupp
- kvinnliga läkare är en särskilt utsatt grupp ifråga om arbetsförhållanden och hälsa, både jämfört med andra yrkesområden och jämfört med manliga läkare
- en större andel kommunanställda än landstings- och privatanställda kvinnor inom vård och omsorg rapporterar dåliga arbetsförhållanden, ohälsosamma levnadsvanor och dålig hälsa
- kvinnor inom vård och omsorg uppger problem i högre utsträckning än sina manliga kollegor
- vård- och omsorgsanställda rapporterar dåliga arbetsförhållanden och dålig generell hälsa i större utsträckning än anställda inom andra yrkesområden
- vård- och omsorgsanställda rapporterar likartade värden som jämförbara socioekonomiska grupper när det gäller levnadsvanor (rökning, fysisk inaktivitet och hög alkoholkonsumtion).





## 1. Bakgrund och rapportens upplägg

Vård och omsorg är en betydelsefull del av den svenska arbetsmarknaden och välfärdssystemet är beroende av personal som kan fullgöra sina arbetsuppgifter på ett kostnadseffektivt sätt samtidigt som en hög kvalitet i vård och omsorg upprätthålls. För att de anställda ska kunna utföra ett fullvärdigt arbete krävs att de är friska och har rimliga arbetsförhållanden och möjligheter att kombinera förvärvsarbete med hem och familj.

Sedan början av 1990-talet kartläggs anställdas hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor i Stockholms län vart fjärde år med hjälp av en folkhälsoenkät. Resultaten presenteras i arbetshälsorapporter. Flera yrkesgrupper inom området vård och omsorg har under lång tid framstått som riskyrken ifråga om fysisk och psykosocial belastning och ohälsa. I Arbetshälsorapport 1995 (Yrkesmedicin, 1995) visade sig gruppen läkare för första gången som en riskgrupp ifråga om psykisk ohälsa.

Under senare år har bland annat höga sjukskrivningstal hos vård- och omsorgspersonal uppmärksamats. Nya organisationsformer har införts, både genom olika former av köp- och säljsystem inom landsting och kommuner och genom att alltfler vård- och omsorgsverksamheter övergått i privat regi. Det är oklart om och i så fall hur detta har påverkat personalens hälsa.

I Stockholms läns Arbetshälsorapport 2007 (Centrum för folkhälsa, 2007a) framträdde flera indikationer på ohälsa bland anställda inom vård- och omsorg, bland annat genom att en hög andel av dessa hade dålig självskattad hälsa, värk i rörelseorganen och nedsatt psykiskt välbefinnande. Med anledning av dessa resultat och diskussioner med Arbetshälsorapportens referensgrupp beslöts att göra en rapport som ger fördjupade kunskaper om hälsa, arbetsvillkor och levnadsvanor bland anställda inom vård och omsorg i Stockholms län.

Rapportens redovisning är avgränsad till följande faktorer:

- Hälsa
- Psykosociala och fysiska arbetsförhållanden
- Levnadsvanor

## 2. Inledning

*Goda arbetsförhållanden* är ett av fem målområden i Stockholms läns landstings folkhälsopolicy, som riktar sig till hela befolkningen i Stockholms län. En förutsättning för att uppnå målet om goda arbetsförhållanden är balans mellan krav och möjligheter så att människor har möjlighet att fungera och behålla hälsan under ett helt arbetsliv (Stockholms läns landsting, 2007).

I den här rapporten används begreppet arbetsförhållanden som övergripande benämning på både fysiska aspekter – till exempel tungt kroppsligt arbete – och psykosociala aspekter – till exempel arbetsorganisation, ledarskap, krav i arbetet, tidspress och möjlighet till inflytande och stöd. Denna definition omfattar alltså inte enbart arbetsmiljön för den enskilde utan även interaktionen mellan människor och påverkan av organisatoriska strukturer och dess betydelse för arbetstagarens välbefinnande och hälsa.

Vi använder *vård och omsorg* som ett generellt begrepp för områdena hälsovård, sjukvård och omsorg. Denna verksamhet bedrivs i såväl offentlig sektor av

landsting och kommuner som i privat sektor av olika företag. Den anställda personalen finns inom en rad olika yrken med sinsemellan varierande utbildningskrav, arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. Undersökningar visar att anställda inom vård- och omsorg i högre utsträckning än anställda inom andra yrkesgrupper anser att arbetet känns meningsfullt (Arbetsmiljöverket, 2007). Samtidigt utpekas anställda inom vård och omsorg ofta som en riskgrupp för arbetsrelaterad ohälsa eftersom de ofta utsätts för hög fysisk arbetsbelastning, hög arbetstakt och tidspress och ofta har en känsla av otillräcklighet (Arbetarskyddsstyrelsen, 2000; Glasberg, 2007).

Tidigare kartläggningar har visat att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika yrken och att grupper med hög utbildningsnivå har bättre arbetsförhållanden, hälsosammare levnadsvanor och bättre hälsa än grupper med låg utbildningsnivå. Detta gäller oavsett vilken bransch de arbetar inom. Olikheterna är stora även mellan samhällssektorerna. Sjukfrånvaron är exempelvis högre bland offentligt anställda än bland privatanställda. (SOU 2002:5; Yrkesmedicin, 1995, 1999; Centrum för folkhälsa, 2007a). Detta väcker frågor om skillnader mellan olika yrkesgrupper av anställda inom vård och omsorg i första hand kan kopplas till yrkesgruppens specifika arbetsförhållanden eller till specifika arbetsvillkor hos olika arbetsgivare.

## 2.1 Hälsa

Sambanden mellan arbetsliv och hälsa har studerats under lång tid och det finns betydligt mer kunskap om vad som kan orsaka olika ohälsoproblem än vad som främjar hälsa. Vanligt förekommande mått på hälsa/ohälsa är självskattad hälsa och sjukfrånvaro.

Försäkringskassan använder det så kallade ohälsotalet som ett mått på den sammantagna frånvaro från arbetet som ersätts från sjukförsäkringssystemet, det vill säga frånvaro från arbetet under mer än 14 dagar i följd. Från mitten av 1990-talet till år 2003 ökade antalet långtidssjuka mycket kraftigt, men har därefter successivt minskat. Andelen med sjukfrånvaro är genomgående lägre i Stockholms län än i landet som helhet. Ohälsotalet har sjunkit från år 2004 och framåt både i landet och i Stockholms län. Under en följd av år har förändringar gjorts i Försäkringskassans regelverk, bland annat tidsbegränsning av sjukpenning och skärpta krav för utbetalning av sjuk- och aktivitetsersättning (förtidspension). Dessa förändringar kan ha haft betydelse för den minskning av ohälsotalet som redovisas av Försäkringskassan (Hogstedt med flera, 2004; Försäkringskassan 2007, 2008).

Betydligt fler kvinnor än män är långtidssjukskrivna, och snedfördelningen mellan könen har ökat. I slutet av 1980-talet var 58 procent av alla långtidssjukskrivna kvinnor, medan andelen sedan år 2003 legat på 64–65 procent.

Offentliganställda är klart överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna. År 2006 utgjorde anställda i offentlig sektor 35 procent av samtliga anställda i arbetslivet men 46 procent av de långtidssjukskrivna. Denna överrepresentation är större för kvinnor än män och särskilt tydlig bland kommunalt anställda kvinnor (Försäkringskassan, 2007).

Anställda inom vård och omsorg framträder som en tydlig riskgrupp. År 2006 utgjorde de 17 procent av den totala gruppen långtidssjuka – oförändrat sedan år 2003 – men också här är det en mycket sned könsfördelning. Bland alla

anställda kvinnor utgör anställda inom vård och omsorg 24 procent av dem med sjukskrivning längre än 60 dagar. Psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar är de två helt dominerande diagnosgrupperna vid långtidssjukskrivning. De psykiska diagnoserna ökade sin andel från 18 till 30 procent under åren 1999–2006, medan andelen med sjukdomar i rörelseorganen minskade från 40 till 30 procent under samma period. De vanligaste diagnoserna som räknas in i begreppet psykisk sjukdom är depression, ångesttillstånd och stressreaktioner (Försäkringskassan, 2007).

Av de anställda inom hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting år 2008 var 82 procent kvinnor. Detta år var den genomsnittliga sjukfrånvaron 20 dagar och nästan dubbelt så hög för kvinnor som för män, 20 respektive 11 dagar. De yrkesgrupper som hade högst sjukfrånvaro var undersköterskor och vårdbiträden, med 28 respektive 25 dagars sjukfrånvaro. Läkare hade lägst sjukfrånvaro, 9 dagar. Kvinnor hade högre frånvaro än män i alla yrkesgrupper. Drygt en tredjedel av landstingets alla anställda hade ingen sjukfrånvaro alls (32 procent av kvinnorna och 50 procent av männen) och 27 procent hade mellan en och högst fem sjukdagar (Stockholms läns landsting, 2009a).

Självskattad hälsa ett vanligt använt mått för att beskriva den allmänna hälsan i befolkningen. I folkhälsoenkäter (inklusive Stockholms län Folkhälsoenkät 2006, FHE 2006) används den övergripande frågan *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* I enkäten ingick även en rad mer specifika frågor om hälsa, bland annat om värk i rörelseorganen och psykiskt välbefinnande. Även de som svarade att de hade mycket gott hälsotillstånd på den övergripande frågan kunde uppge olika typer av specifika besvär. Självskattad hälsa har ett starkt samband med socioekonomisk position bland både kvinnor och män. Bland ej facklärd arbetare i Stockholms län rapporterade 6 procent av kvinnorna och 5 procent av männen dålig eller mycket dålig hälsa. Motsvarande andel bland högre tjänstemän var 1 procent för både kvinnor och män (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 4).

Värk i rörelseorganen är vanligare bland kvinnor än män, både för arbetare och för tjänstemän. Bland arbetare uppgav 36 procent av kvinnorna och 25 procent av männen att de hade värk i rörelseorganen. Även nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland kvinnor än män – cirka 20 procent jämfört med 14 procent – men förefaller inte ha samband med socioekonomisk position (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 4).

## 2.2 Arbetsförhållanden

Psykosociala arbetsförhållanden handlar om vilka förutsättningar som finns för den förvärvsarbetande att utföra sina arbetsuppgifter, bemötande från andra personer på arbetsplatsen och vilken roll medarbetaren har i organisationen som helhet. Att ha ett högstressarbete (en kombination av höga krav och låg kontroll) och bristande socialt stöd, att inte belönas för ett väl utfört arbete samt att utsättas för omfattande eller upprepade omorganisationer har alla var för sig samband med såväl nedsatt psykiskt välbefinnande som ihållande trötthet och sömnstörningar (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5).

Begreppen krav och kontroll används ofta för att beskriva den psykosociala arbetsmiljön (Karasek & Theorell, 1990). Kombinationen höga krav och hög kontroll beskrivs som ett aktivt arbete. Ett lågstressarbete har en kombination av låga krav och hög kontroll medan ett högstressarbete har en kombination av höga krav och låg kontroll. Låga krav och låg kontroll beskrivs som passivt. Särskilt högstressarbete – höga krav och låg kontroll i arbetet – har ett tydligt samband med anställdas ohälsa (Holmgren, 2008).

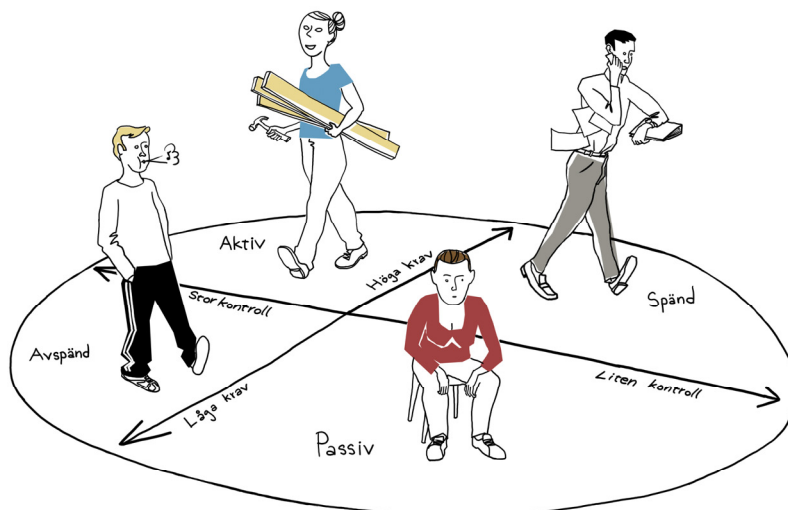


Illustration: Jan Edlund

Arbetshälsorapporten 2007 (Centrum för folkhälsa, 2007a) visade att landstingsanställda i Stockholms län i högre grad anger att de har ett högstressarbete jämfört med anställda med annan arbetsgivare. Lågstressarbete och passiva arbeten är vanligare i privat sektor. Drygt en fjärdedel av dem som anger att de har högstressarbete rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med var tionde bland dem som har lågstressarbete. Gruppen med högstressarbete uppger i betydligt högre utsträckning än andra att de lider av ihållande trötthet, sömnsvårigheter och värk i rörelseorganen. I alla fyra kombinationerna av krav och kontroll i arbetet rapporterar fler kvinnor än män att de har besvär (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5).

Enligt flera studier finns tydliga positiva samband mellan balans mellan insats/ansträngning och belöning i arbetslivet å ena sidan och hälsa å andra sidan (Siegrist med flera, 1996). Personer med arbetsledande uppgifter anser i högre utsträckning än andra yrkesgrupper att de oftast eller alltid belönas för väl utfört arbete (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5).

Socialt stöd från medmänniskor, både i arbetslivet och privat, har stor betydelse för hälsa och välbefinnande (House, 1981). I arbetslivet handlar det om stöd både från arbetskamrater och från arbetsledare. Socialt stöd, både känslomässigt och uppgiftsorienterat, från överordnade är särskilt viktigt för de anställdas hälsa. Den ursprungliga så kallade *krav-kontrollmodellen* har kompletterats med dimensionen socialt stöd som en tredje variabel, och nu är denna utvidgade *krav-kontroll-stödmodell* mycket flitigt använd inom arbetshälsoforskningen (Karasek & Theorell, 1990). Ett gott socialt stöd mildrar de negativa effekterna av ett påfrestande högstressarbete och förstärker de positiva effekterna av ett aktivt arbete. I FHE 2006 uppgav nio av tio förvärvsarbetande att de hade högt

stöd från arbetskamrater, och något färre att de hade stöd från överordnade. De som upplever lågt stöd på arbetsplatsen har i högre utsträckning nedsatt psykiskt välbefinnande, trötthet, sömnsvärigheter och värk i rörelseorganen (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5).

Mycket tyder på att en ökad total arbetsbelastning av förvärvsarbetet och hem- och familjearbete är en viktig bidragande orsak till nedsatt psykiskt välbefinnande, trötthet och sömnsvärigheter. I arbetslivet medför ökade krav och en hög förändringstakt en låg förutsägbarhet och kort framförhållning. Detta bidrar till en större osäkerhet, mindre påverkansmöjligheter och risk för nedsatt psykiskt välbefinnande (Centrum för folkhälsa, 2007a: faktarutan, s. 41).

Forskning har visat att det finns ett starkt samband mellan fysiskt tungt arbete och värk i rörelseorganen. Enligt FHE 2006 har 6 respektive 11 procent av de förvärvsarbetande kvinnorna och männen i Stockholms län ett fysiskt tungt arbete. Dessa andelar har i stort sett varit oförändrade sedan mitten av 1990-talet. Tunga lyft är vanligt inom vård och omsorg där många kvinnor arbetar. Värk i nacke, axlar eller armar eller i nedre delen av ryggen är vanligare hos dem som har ett fysiskt tungt arbete (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5). Enligt en stor befolkningsstudie i Norrtälje hade kvinnor och män som sökte vård för besvär i ländryggen i högre utsträckning än andra grupper en kombination av hög fysisk belastning, höga krav och låg kontroll i arbetet. Deltidsarbete var en klar och tydlig riskfaktor för besvär i nacke och skuldra hos både kvinnor och män. Nattarbete innebar en klar överrisk för besvär i ländrygg, nacke och skuldra hos kvinnor. Den vanligaste typen av nattarbete bland kvinnor är arbete inom vård och omsorg (Arbetslivsinstitutet, 1999).

## 2.3 Möjlighet att kombinera arbete och hem/familj

God hälsa hos den arbetande befolkningen beror inte enbart på förhållanden på arbetet. Den totala livssituationen är viktig och särskilt för förvärvsarbetande med barn kan det vara svårt att få balans mellan arbetet och livet i övrigt. Höga och motstridiga krav och konflikter mellan olika roller i livet kan skapa stress.

Enligt SCB:s tidsanvändningsstudier från år 2001 hade 47 procent av alla förvärvsarbetande med hemmavarande barn under 18 år svårt att hinna med det som behöver göras, jämfört med 31 procent av dem utan barn (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 6). Att kvinnor använder mer tid till, och tar större ansvar för, hem- och familjearbete har belagts och bekräftats i ett flertal undersökningar, liksom att en större andel kvinnor än män rapporterar hälsobesvär och frånvaro från arbetet på grund av sjukdom (Hogstedt med flera, 2004).

Det är vanligare att krav i arbetslivet har en negativ inverkan på hem- och familjeliv än tvärtom. Enligt FHE 2006 upplever 11 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att kraven på arbetet påverkar hem och familj negativt, medan 3 procent av kvinnorna och 4 procent av männen tycker att hem och familj påverkar arbetet på ett negativt sätt (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5). Att ha tillgång till flera olika viktiga områden och roller i livet kan också vara positivt och berikande. Positiva effekter förutsätter dock att den totala belastningen inte överstiger den upplevda förmågan. Höga krav både på arbetet och hemma behöver balanseras av hög kontroll och mycket socialt stöd.

## 2.4 Levnadsvanor

Det är väl dokumenterat att levnadsvanor skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper och yrken och att det finns ett samband mellan levnadsvanor och hälsa. I det här avsnittet redovisar vi folkhälsodata om fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion, där det visat sig finnas stora skillnader mellan olika kommuner och mellan olika befolkningsgrupper inom en och samma kommun. Dessa skillnader kan i stor utsträckning förklaras av olikheter i social sammansättning (Centrum för folkhälsa, 2007b).

Regelbunden fysisk aktivitet under lång tid minskar risken för ett flertal kroniska sjukdomar och symtom, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och övervikt och fetma. Resultat från FHE 2006 visar att en något högre andel män (18 procent) än kvinnor (15 procent) motionerar regelbundet på fritiden och att 12–13 procent av män och kvinnor har en stillasittande fritid. Äldre motionerar mindre än yngre, både bland män och kvinnor, och personer i ett flertal arbetaryrken motionerar mindre än till exempel poliser, sjukgymnaster och civilingenjörer (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 7).

Tobaksrökning är en viktig orsak till ohälsa inom en rad områden och en stark riskfaktor för bland annat hjärt-kärlsjukdom och lungcancer. Rökningen har minskat totalt sett och minskade under perioden 2002–2006 något snabbare bland kvinnor än män. Enligt FHE 2006 röker 15 respektive 14 procent av länets kvinnor och män i åldern 18–84 år varje dag. I takt med att rökningen minskat och att rökförbud införts i offentliga miljöer minskar även andelen av befolkningen som utsätts för passiv rökning (Centrum för folkhälsa, 2007b).

Alkoholkonsumtionen i Stockholms län har fortsatt att öka under senare år i alla åldersgrupper utom bland 18–20-åringar. Även den alkoholrelaterade ohälsan och dödligheten har ökat. Den genomsnittliga, självrapporterade alkoholkonsumtionen i Stockholms län ökade under åren 1994–2006 med 62 procent bland män och 54 procent bland kvinnor. Ökningen var störst i gruppen 45–64 år. Den så kallade riskkonsumtionen<sup>1</sup> ökade under samma tid med 61 procent bland kvinnor och 52 procent bland män. Skillnader mellan socialoekonomiska grupper är större bland kvinnor än bland män. År 2006 var andelen manliga riskkonsumenter högst bland lägre tjänstemän medan andelen för kvinnor var högst bland högre tjänstemän. Mellan åren 2002 och 2006 ökade andelen riskkonsumenter mest bland manliga facklärda arbetare (bland annat omvårdnads- och omsorgspersonal) och kvinnliga tjänstemän på mellannivå (bland annat sjuksköterskor) (Centrum för folkhälsa, 2007b).

## 2.5 De studerade yrkesgrupperna

Området vård och omsorg omfattar en mängd olika verksamheter inom landsting, kommuner och privata företag, och arbetet utförs av en rad yrkeskategorier med skiftande arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. Hälsa och arbetsförhållanden skiljer sig generellt mellan olika yrken så att grupper med högre utbildningsnivå har bättre hälsa än grupper med lägre utbildningsnivå. Vi redovisar i rapporten resultat för tre stora yrkesgrupper. Grupperna skiljer sig åt

<sup>1</sup> En alkoholkonsumtion (sprit, vin, öl, cider) som för män överstiger 35 gram 100 procent alkohol per dag för män och 25 gram för kvinnor klassificeras som riskfylld. Den som dricker en sådan mängd eller mer minst tre dagar per vecka betraktas också som högkonsument.

både ifråga om utbildningskrav och typ av arbetsuppgifter. Följande grupper ingår:

- Omvårdnads- och omsorgspersonal
- Sjuksköterskor
- Läkare

Majoriteten av läkare och sjuksköterskor i länet arbetar inom Stockholms läns landsting. Flertalet inom gruppen omvårdnads- och omsorgspersonal är anställda i kommunal sektor. Könsfördelningen skiljer sig mellan olika yrken. Huvuddelen inom grupperna omvårdnads- och omsorgspersonal och sjuksköterskor är kvinnor medan könsfördelningen bland läkare är ganska jämn (Centrum för folkhälsa, 2007a).

*Omvårdnads- och omsorgspersonal* var år 2006 den största yrkesgruppen bland kvinnor i Stockholms län, med nära 70 000 anställda. Drygt 14 000 män tillhörde samma yrkesgrupp, som var den nionde största bland män. Kvinnor utgjorde därmed 83 procent av yrkesgruppen (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 3). De vanligaste yrkena i gruppen omvårdnads- och omsorgspersonal är undersköterska, vårdbiträde, skötare/vårdare samt personlig assistent. Undersköterskor har yrkesutbildning på gymnasienivå och arbetar med vård och omvårdnad inom hälso- och sjukvård samt i hemtjänst och på särskilda boenden för äldre. Ungefär 40 procent av dem som anställs inom detta område saknar undersköterskeutbildning. Denna grupp kallas vårdbiträden och utför patientnära omsorgsarbete inom äldreomsorg eller rehabilitering. Skötare arbetar med vård och omvårdnad inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård medan vårdare arbetar med behandling vid gruppboende, dagverksamhet eller i hemmiljö. Personliga assistenter ger stöd till individer med fysisk eller intellektuell funktionsnedsättning (Arbetsförmedlingen, u.å.)

Omvårdnads- och omsorgspersonal rapporterar generellt att deras arbete är meningsfullt, men samtidigt att det är fysiskt och psykiskt tungt med höga krav och låg kontroll. Var femte kvinna i denna grupp uppgav i FHE 2006 att de hade ett fysiskt tungt arbete (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 5). Vårdbiträden och personliga assistenter drabbas fyra gånger oftare än genomsnittet av belastningsolyckor (8 belastningsolyckor per 1 000 anställda under åren 2002–2004). Personförflyttningar, trånga utrymmen, felaktiga arbetsställningar och tunga lyft är vanliga orsaker till sådana skador (Arbetsmiljöverket, 2005). Andelen individer med värk i rörelseorganen ökar med stigande ålder. Ålderspensionerade kvinnor (65–84 år) som tidigare arbetat som omvårdnads- och omsorgspersonal var den tredje största gruppen i länet ifråga om värk i rörelseorganen (Centrum för folkhälsa, 2007a: kapitel 8). Arbetet som personlig assistent upplevs av många som psykiskt påfrestande på grund av att arbetet oftast utförs i hemmiljö och att det är ett ensamarbete där brukarens behov och intressen kan kollidera med den anställdes krav på en god arbetsmiljö. Ytterligare exempel på rapporterade psykosociala problem i arbetet för personliga assistenter är oklara arbetsbeskrivningar och bristande stöd från ledningen (Socialstyrelsen, 2007a) samt låg utbildningsnivå och otrygga anställningsförhållanden (Sveriges Riksdag, 2001).

*Sjuksköterskeyrket* innebär en blandning av sociala kontakter, medicinsk behandling, omvårdnad och administration. Yrkesgruppen finns i landstinget, i kommunerna och hos privata arbetsgivare. En sjuksköterska kan ansvara för hälso- och sjukvården i olika typer av äldreomsorg, arbeta med vård av fysiskt eller

psykiskt funktionshindrade, inom primärvård, slutenvård eller palliativ vård. Socialstyrelsens prognos visar att antalet sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården i landet kommer att öka från cirka 96 000 år 2005 till drygt 107 000 fram till år 2020 (Socialstyrelsen, 2007). Sjuksköterskeyrket är ett av de mest kvinnodominerade i Sverige. År 2007 var endast 13 procent av dem som tog sjuksköterskeexamen män, vilket motsvarar genomsnittet för det gångna decenniet. Enligt Arbetsmiljöverket rapporterar sjuksköterskor att tankar på arbetet påverkar sömnen och att de känner sig uttröttade i kroppen mer än en dag per vecka. Vidare uppger sjuksköterskor i högre utsträckning än andra yrkesgrupper att de får otillräckligt med sömn mellan arbetsdagarna. Att vara kroppsligt uttröttad och att ha svårigheter att koppla av tankarna från jobbet under fritiden förklaras huvudsakligen av typen av arbete i denna undersökning (Arbetsmiljöverket 2005a).

*Läkare* arbetar till allra största delen med sjukvård, främst diagnostik och behandling av patienter, och cirka 70 procent har landsting som arbetsgivare (Arbetsmiljöverket, 2005b). Arbetsmiljöverkets återkommande arbetsmiljöundersökningar visar att läkare i hög grad, och mer än genomsnittet för alla yrkesverksamma, upplever sitt arbete som psykiskt påfrestande. I 2003 års undersökning är andelarna 76 för kvinnor respektive 45 procent för män. Läkare uppger också i betydligt högre utsträckning än övriga att de har för mycket att göra och att de inte själva kan bestämma arbetstakten (Arbetsmiljöverket/SCB, 2004, 2005). De fackliga organisationerna för läkare i Stockholms län har uppmärksammat allvarliga problem i medlemmarnas psykosociala arbetsmiljö. De lät år 2007 genomföra en enkät som besvarades av drygt 3 000 läkare i länet (57 procents svarsfrekvens). Bland resultaten märks till exempel missnöje med inflytande över arbetet och med verksamheternas ledning (Stockholms sjukhusläkarförening & SYLF Stockholm, 2008).

## 2.6 Arbetsgivare inom vård och omsorg

Från 1990-talet och framåt har vården och omsorgen i Sverige alltmer påverkats av styrfilosofin ”New Public Management”. Detta innebär skapandet av en ”kvasimarknad” som lånat drag från det privata näringslivet men som via lagstiftningen har vissa restriktioner (SOU 1999:66; SOU 1992:1528; SOU 2008:15). Sådana kvasimarknader finns i många kommuner och landsting i Sverige. Stockholms läns landsting och flertalet kommuner inom Stockholms län använder sig av eller planerar att genomföra konkurrensutsättning av offentliga tjänster genom anlitande av privata producenter. Dessa anlitas via upphandling eller auktorisation och utför vård och omsorg med ersättning från offentliga medel. De flesta kommuner har kvar den kommunala omsorgen, som har anpassats till mekanismerna i den nya styrfilosofin. Vanligt förekommande argument för den nya styrformen är ökad valfrihet för patienterna/brukarna, högre effektivitet hos arbetstagarna och bättre kvalitet i vården och omsorgen.

Den ekonomiska styrningen har ökat markant och ansvaret för ekonomi och personal har förlagts längst ut i verksamheten, det vill säga till respektive avdelnings- eller enhetschef. Det har medfört att nya styr- och uppföljningssystem införts, framför allt inom det ekonomiska området. Hur dessa förändringar påverkat välbefinnandet, hälsan och arbetsförhållandena för de anställda har hittills studerats i liten utsträckning.

I hela landet arbetar knappt 700 000 personer inom vård och omsorg (inklusive tandvård), vilket är det högsta antalet sedan början av 1990-talet. Under samma



period har allt fler övergått från arbete inom offentlig sektor till privat sektor. Antalet privata företag inom vård och omsorg ökade från 5 000 till 13 900 mellan åren 1993 och 2007. Av tabell 1 framgår att andelen sysselsatta i privata vård- och omsorgsföretag tredubblades under perioden 1993-2007, från 41 200 till 121 100 anställda (inklusive tandvård, där antalet privatanställda ökade marginellt från 11 400 till 12 300 anställda). Förändringen var störst inom delbranscherna särskilda boenden och öppna sociala insatser, där antalet privatanställda ökade från drygt 5 000 vardera till 37 000 respektive 34 500 anställda. I Stockholms län arbetar var tredje vård- och omsorgsanställd i privatägda företag, vilket är en betydligt större andel än i landet i övrigt (Almega & NUTEK, 2007).

Av tabell 1 framgår hur antalet och andelen sysselsatta i privata vård- och omsorgsföretag har förändrats sedan början av 1990-talet.

**Tabell 1.** Antal och andel (%) sysselsatta i privata vård- och omsorgsföretag per delbransch, åren 1993, 2001 och 2007 (Källa: NUTEK 2009).

|                            | <b>1993</b>                            |            | <b>2001</b>                            |             | <b>2007</b>                            |             |
|----------------------------|----------------------------------------|------------|----------------------------------------|-------------|----------------------------------------|-------------|
|                            | <b>Antal och andel (%) sysselsatta</b> |            | <b>Antal och andel (%) sysselsatta</b> |             | <b>Antal och andel (%) sysselsatta</b> |             |
| Sluten hälso- och sjukvård | 5 900                                  | (2)        | 10 800                                 | (5)         | 7 700                                  | (4)         |
| Öppen hälso- och sjukvård  | 7 600                                  | (11)       | 11 200                                 | (20)        | 15 800                                 | (27)        |
| Tandvård <sup>1</sup>      | 11 400                                 | (41)       | 10 800                                 | (56)        | 12 300                                 | (59)        |
| Annan hälso- och sjukvård  | 5 900                                  | (48)       | 10 800                                 | (65)        | 13 800                                 | (59)        |
| Särskilda boenden          | 5 100                                  | (4)        | 26 800                                 | (14)        | 37 000                                 | (17)        |
| Öppna sociala insatser     | 5 300                                  | (6)        | 15 000                                 | (12)        | 34 500                                 | (20)        |
| <b>Hela branschen</b>      | <b>41 200</b>                          | <b>(7)</b> | <b>85 300</b>                          | <b>(14)</b> | <b>121 100</b>                         | <b>(17)</b> |

<sup>1</sup> I denna rapport inkluderas inte tandvård i gruppen vård och omsorg.

Stockholms läns landsting (SLL) är den ojämförligt största arbetsgivaren i länet för sjukvårds- och omsorgsanställda och har därför ett stort ansvar för hälsan, både för vårdtagare och för den egna personalen. SLL:s arbetsgivarpolicy för det interna arbetsmiljö- och hälsoarbetet formuleras i en så kallad hälsoplan (Stockholms läns landsting, 2009b). Målet är att skapa attraktiva och hälsofrämjande arbetsplatser med engagerat ledarskap, medarbetarinflytande och aktivt arbetsmiljöarbete. Under perioden 2007–2009 gjordes en speciell satsning, ”Ögat på sjukskrivning”, för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser och att minska den genomsnittliga sjukfrånvaron. Strategiska områden som har betydelse för den arbetsrelaterade hälsan följs upp i ett hälsobokslut och resultat från en medarbetarenkät presenteras årligen i Medarbetarfokus (Stockholms läns landsting, 2009a). I SLL finns ungefär 42 500 anställda inom hälso- och sjukvård (inkl. tandvård), varav en majoritet är kvinnor (82 procent). Endast grupperna läkare och skötare har en jämn könsfördelning (inom spannet 40–60 procent). Medelåldern bland landstingets hälso- och sjukvårdsanställda är 45 år och 27 procent är mellan 50 och 59 år (Stockholms läns landsting, 2009a).

Under 1990-talet genomfördes stora omorganisationer inom vård och omsorg, bland annat Ädel- och psykiatireformerna, som ledde till att lågutbildad personal med fysiskt tunga arbetsuppgifter överfördes från landstinget till kommunerna (SOU 2002:5). I kommunerna i Stockholms län arbetar cirka 35 500 personer inom vård och omsorg. Av dessa är 85 procent kvinnor, men könsfördelningen skiljer sig avsevärt mellan olika kommuner. I Lidingö kommun är 78 procent av de anställda kvinnor jämfört med 94 procent i Nynäshamn och Norrtälje kommuner. Genomsnittsåldern för samtliga anställda i länets kommuner är 45 år. Antalet kommunalanställda i vård och omsorg i länet som helhet är numera relativt konstant mellan olika år, men det finns stora skillnader mellan olika kommuner. Mellan åren 2004 och 2005 minskade exempelvis personalstyrkan med 14 procent i Lidingö kommun samtidigt som Salems kommun ökade personalstyrkan med 13 procent (Sveriges kommuner och landsting, 2006).

I en enkätstudie undersöktes arbetsmiljön bland kommunanställda och privatanställda inom äldreomsorgen i åtta kommuner, med frågor om bland annat kontakt med arbetsledning, omväxling i arbetet, arbetsbelastning samt fysisk och psykisk trötthet efter arbetsdagen. Undersökningen visade små skillnader i arbetsmiljö mellan kommunal äldreomsorg och privata entreprenörer. Det skilde betydligt mer mellan olika kommuner än mellan privata och offentliga arbetsgivare (Gustafsson & Szebehely, 2007).

## 2.6 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att undersöka om anställda inom vård och omsorg skiljer sig åt med avseende på hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor, och om det finns skillnader beroende på arbetsgivare i landsting, kommunal eller privat sektor.

### Frågeställningar

Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan:

1. anställda inom vård och omsorg och anställda inom annat yrkesområde?
2. tre yrkesgrupper inom vård och omsorg?
3. anställda inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare?
4. tre yrkesgrupper inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare?

## 3 Material och metod

Stockholms läns landsting skickar sedan år 1990 vart fjärde år ut en folkhälsoenkät till ett representativt urval av individer i Stockholms län. Folkhälsoenkät 2006 skickades till drygt 57 000 individer 18 år eller äldre. Enkäten innehöll frågor om hälsa och sjukdom, levnadsvanor, psykisk hälsa, boende, familj, ekonomi, arbete, sysselsättning, arbetsförhållanden och arbetsmiljö. Datainsamlingen skedde med postenkät, webbenkät eller telefonintervju i regi av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Stockholms läns landsting. Information om de deltagande individernas

utbildning och inkomst har hämtats från SCB och information om sjukskrivning från Försäkringskassan. Drygt 34 000 individer besvarade enkäten, vilket motsvarar 61 procent av de tillfrågade. Samtliga analyser baserar sig på grupper som består av minst 30 individer (Centrum för folkhälsa, 2007a).

Analysen består av två steg:

- Prevalensen (andelen personer) som rapporterar nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor inom respektive yrkesgrupp.
- Den relativa förekomsten av samma faktorer där referenskategori är beroende av vilka grupper som jämförs (redovisas i tabellbilaga – se nedan).

Samtliga prevalenser har åldersstandardiserats i enlighet med tidigare praxis, vilket innebär att skillnader i prevalens mellan grupper inte kan bero på att åldersfördelningen i grupperna ser olika ut.

Åldersjusterade prevalence proportion ratio's (PPR) har använts som ett mått för att testa om statistiskt signifikanta skillnader mellan grupper föreligger. När gruppen vård- och omsorgsanställda jämförs med övriga yrkesarbetande justeras även prevalenserna för skillnader mellan grupperna med avseende på socioekonomisk indelning (SEI). Information om denna indelning har hämtats in från SCB och definieras utifrån yrkeskod (enligt SSYK3) och utbildningsnivå. SEI har fem kategorier (ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, lägre tjänstemän, mellantjänstemän samt högre tjänstemän). Eventuella skillnader beror således inte på att fördelningen av personer i dessa SEI-kategorier ser olika ut bland grupperna.

I bilagan med tabeller (se nedan) återfinns alla tabeller som visar dessa tester och en kvot över respektive under 1 (överstruket med röd respektive grön färg) tolkas som att det i denna grupp är vanligare respektive mer ovanligt med hälsoproblem, negativa arbetsförhållanden respektive ohälsosamma levnadsvanor jämfört med referensgruppen. PPR som inte är överstrukna med färg indikerar att det inte finns någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. I bilagan med tabeller redovisas också resultat från vissa jämförelser mellan kvinnor och män, som annars redovisas i separata tabeller.

Vår ambition är att redovisa resultaten på ett så lättillgängligt och begripligt sätt som möjligt. För att rapporten inte ska bli tyngd av data har vi valt att inte redovisa alla tabeller. Den som vill fördjupa sig kan ladda ner bilagan med tabeller på Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se/rapport200924](http://www.folkhalsoguiden.se/rapport200924).

### 3.1 Yrkesgrupper

Den här rapporten redovisar resultat för anställda inom vård och omsorg. Vi koncentrerar oss på tre stora yrkesgrupper som skiljer sig åt ifråga om utbildningsbakgrund och typ av arbetsuppgifter:

- *Omvårdnads- och omsorgspersonal* (undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare, vårdare)
- *Sjuksköterskor* (barnmorskor, akutsjuksköterskor, barnsjuksköterskor, distriktssjuksköterskor, övriga sjuksköterskor med särskild kompetens, sjuksköterskor inom medicin, kirurgi, operation, geriatrik, psykiatri samt röntgen)
- *Läkare*

Av tabell 2 framgår hur många personer som ingår i urvalet (totalt 2 293) samt fördelning på yrkesgrupp, kön och arbetsgivare.

**Tabell 2.** Antal kvinnor och män som besvarat enkäten bland omvårdnads- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare anställda inom landsting, kommuner och privata företag.

| Yrkesgrupp                 | Landsting<br>(antal) | Kommun<br>(antal) | Privat<br>(antal) | Totalt antal <sup>1</sup> |
|----------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Omvårdnads/omsorgspersonal | 215                  | 700               | 299               | 1390 (1214)               |
| - kvinnor                  | 186                  | 603               | 250               | 1180 (1039)               |
| - män                      | 29                   | 97                | 49                | 210 (175)                 |
| Sjuksköterskor             | 252                  | 39                | 67                | 383 (358)                 |
| - kvinnor                  | 238                  | 37                | 62                | 357 (337)                 |
| - män                      | 14                   | 2                 | 5                 | 26 (21)                   |
| Läkare                     | 126                  | 2                 | 37                | 194 (165)                 |
| - kvinnor                  | 78                   | 0                 | 17                | 108 (95)                  |
| - män                      | 48                   | 2                 | 20                | 86 (70)                   |

<sup>1</sup> Siffran inom parentes visar antalet personer som har uppgett vilken arbetsgivare de har.

Uppdelning av yrkesgrupperna har gjorts på tre olika sätt: utifrån arbetsgivare (Stockholms läns landsting, kommun eller privat företag), kön samt arbetsgivare. Alla har dock inte uppgivit vilken arbetsgivare de har. De grupper som innehåller färre än 30 individer redovisas inte separat. I rapporten presenteras resultat som dels skiljer sig åt mellan olika yrkesgrupper, dels bekräftar eller förkastar hypoteser baserade på tidigare studier om utfall i olika yrkesgrupper.

Yrkesgruppernas sammansättning ser olika ut hos olika arbetsgivare. Den dominerande yrkesgruppen inom landstinget är undersköterskor inom hälso- och sjukvården. I kommuner finns stora grupper av vårdbiträden/personliga assistenter, undersköterskor och skötare/vårdare inom äldre- och handikappomsorgen. Privatanställda kan arbeta inom både vården och omsorgen. Där är undersköterskor och vårdbiträden/personliga assistenter de största grupperna.

I landstingssektorn och bland privata vårdgivare domineras urvalet av sjuksköterskor inom medicinsk och kirurgisk inriktning. Inom den kommunala sektorn domineras urvalet av sjuksköterskor inom främst geriatrik och barnsjukvård.

De flesta läkare som ingår i urvalet arbetar inom landstinget. Drygt var femte läkare arbetar i privat sektor och endast ett fåtal läkare arbetar inom kommunal sektor.

## 4. Resultat

Anställda inom vård och omsorg har i en rad undersökningar rapporterat högre andel ohälsa än många andra yrkesgrupper, både bland privat- och offentliganställda. Vi redovisar i den här rapporten folkhälsodata om hälsa, arbetsförhållanden samt levnadsvanor för tre yrkesgrupper inom vård och omsorg: omvårdnads- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare.

Det är väl känt att grupper med högre utbildning har bättre hälsa och arbetsvillkor och hälsosammare levnadsvanor än andra grupper i samhället. För att sätta in våra resultat i ett vidare perspektiv gör vi därför jämförelser dels mellan vård- och omsorgsanställda och anställda inom övriga yrkesområden, dels mellan olika yrkesgrupper inom vård och omsorg och övriga anställda i respektive socioekonomisk grupp (arbetare, tjänstemän på mellannivå och högre tjänstemän). Alla resultat redovisas uppdelat på kvinnor och män. Samtliga resultat som omnämns i texten visar statistiskt signifikanta skillnader mellan de redovisade grupperna.

### 4.1 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda inom vård och omsorg och anställda inom annat yrkesområde?

I det här avsnittet görs jämförelser av hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda inom vård och omsorg och anställda inom annat yrkesområde. Tabell 3 visar att vård- och omsorgsanställda rapporterar sämre värden än andra i en rad avseenden. Detta gäller såväl kvinnor som män.

**Tabell 3.** Andel (%) kvinnor och män med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland anställda inom vård och omsorg respektive anställda inom annat yrkesområde (standardiserat för ålder).

| Hälsa                              | Kvinnor     |                   | Män         |                   |
|------------------------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
|                                    | Vård/omsorg | Annat yrkesområde | Vård/omsorg | Annat yrkesområde |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande     | 23          | 22                | 20          | 14                |
| Ihållande trötthet                 | 44          | 39                | 33          | 27                |
| Sömnsvårigheter                    | 38          | 32                | 34          | 27                |
| Oro/nedstämdhet                    | 38          | 36                | 32          | 26                |
| Stressymtom                        | 34          | 35                | 30          | 25                |
| Smärtor/besvär <sup>2</sup>        | 46          | 40                | 34          | 34                |
| Värk i rörelseorganen              | 31          | 29                | 17          | 19                |
| Upprepad korttidsfrånvaro          | 27          | 24                | 23          | 18                |
| <b>Arbetsförhållanden</b>          |             |                   |             |                   |
| Högstressarbete                    | 7           | 5                 | 9           | 4                 |
| Lågt stöd från överordnade         | 20          | 16                | 19          | 15                |
| Lågt stöd från arbetskamrater      | 7           | 6                 | 6           | 7                 |
| Låg belöning                       | 47          | 38                | 48          | 35                |
| Omfattande omorganisationer        | 60          | 56                | 55          | 52                |
| Upprepad sjuknärvaro               | 53          | 52                | 49          | 50                |
| Tungt kroppsligt arbete            | 18          | 5                 | 11          | 11                |
| Obalans mellan hem/familj & arbete | 13          | 13                | 16          | 11                |
| <b>Levnadsvanor</b>                |             |                   |             |                   |
| Daglig rökning                     | 18          | 15                | 16          | 13                |
| Fysisk inaktivitet                 | 56          | 55                | 46          | 51                |
| Hög alkoholkonsumtion              | 8           | 7                 | 18          | 20                |

#### 4.1.1 Hälsa

Tabell 3 visar att skillnaderna mellan kvinnor inom vård och omsorg och kvinnor inom annat yrkesområde är störst ifråga om smärtor/besvär (46 procent jämfört med 40 procent) och sömnsvårigheter (38 procent jämfört med 32 procent).

Av tabell 3 framgår också att det är vanligare med olika aspekter av nedsatt psykisk hälsa bland män inom vård och omsorg än hos män inom annat yrkesområde. Skillnaderna är störst ifråga om ihållande trötthet (33 procent jämfört 27 procent) och sömnsvårigheter (34 procent jämfört med 27 procent). Graden av fysiska besvär är likartad i de båda grupperna.

En större andel kvinnor än män rapporterar att de har nedsatt hälsa, både inom vård och omsorg och övriga yrkesområden. Könsskillnaderna inom gruppen vård och omsorg är störst ifråga om värk i rörelseorganen (31 procent jämfört med 17 procent), följt av smärtor/besvär (46 procent jämfört med 34 procent) och ihållande trötthet (44 procent jämfört med 33 procent). Även bland anställda inom annat yrkesområde har en högre andel kvinnor nedsatt hälsa jämfört med män.

<sup>2</sup> Fråga om smärtor/besvär utan specifik lokalisation (formulär EQ-5D)

#### 4.1.2 Arbetsförhållanden

Tungt kroppsligt arbete är mer än tre gånger så vanligt bland kvinnor inom vård och omsorg som bland kvinnor i andra yrken (18 procent respektive 5 procent). I övrigt är skillnaderna ifråga om arbetsförhållanden störst vad gäller låg belöning för utfört arbete (47 procent respektive 38 procent)

Även bland män är skillnaderna störst ifråga om låg belöning för utfört arbete (48 procent respektive 35 procent). En större andel av män inom vård och omsorg upplever en obalans mellan hem/familjeliv och arbetet<sup>3</sup> jämfört med män inom andra yrkesområden.

#### 4.1.3 Levnadsvanor

Ytterligare ett frågeområde i rapporten är levnadsvanor, där aspekterna motion, rökning respektive alkoholvanor särredovisas.

Av tabell 3 framgår att mer än hälften av alla kvinnor är fysiskt inaktiva på fritiden, det vill säga har huvudsakligen stillasittande fritidssysselsättning eller ägnar sig åt måttlig motion som till exempel promenad och trädgårdsarbete. En dubbelt så stor andel män som kvinnor inom vård och omsorg är högkonsumenter av alkohol<sup>4</sup>. Inom övriga yrkesområden är en tre gånger så stor andel män som kvinnor högkonsumenter.

### 4.2 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan tre yrkesgrupper inom vård och omsorg?

I det här avsnittet gör vi jämförelser mellan tre olika yrkesgrupper inom vård och omsorg:

- Omvårdnads- och omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare, vårdare)
- Sjuksköterskor
- Läkare

Skillnader i hälsa, arbetsvillkor och levnadsvanor har en tydlig koppling till utbildningsnivå och socioekonomisk grupp. Vi redovisar därför, i anslutning till varje vård/omsorgsyre, resultat från andra yrkesområden inom respektive socioekonomisk grupp. Omvårdnads- och omsorgspersonal jämförs med övriga arbetare, sjuksköterskor jämförs med övriga tjänstemän på mellannivå och läkare jämförs med övriga högre tjänstemän.

Resultaten för kvinnor respektive män framgår av tabellerna 4a och 4b. En majoritet av de anställda inom vård och omsorg är kvinnor. Vi redovisar endast svar från grupper med minst 30 individer, vilket innebär att uppgifter saknas för manliga sjuksköterskor.

---

<sup>3</sup> Frågorna ”Påverkas ditt hem- och familjeliv på ett negativt sätt av kraven i ditt arbete?” respektive ”Påverkas ditt arbete på ett negativt sätt av kraven i ditt hem- och familjeliv?”

<sup>4</sup> Frågan ”Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit *eller* två flaskor vin *eller* sex burkar starköl (åtta flaskor) *eller* 12 flaskor folköl? Fyra olika svarsalternativ: från ”2–3 gånger per månad” till ”nästan varje dag”.

**Tabell 4a.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland kvinnor i tre yrkesgrupper jämfört med anställda inom annat yrkesområde i motsvarande socioekonomisk grupp (standardiserat för ålder).

|                                            | <b>Kvinnor<br/>Omvårdn<br/>/omsorg</b> | <b>Övriga<br/>arbetare</b> | <b>Sjuk-<br/>sköterskor</b> | <b>Övriga<br/>mellan-<br/>tjänstemän</b> | <b>Läkare</b> | <b>Övr högre<br/>tjänstemän</b> |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| <b>Hälsa</b>                               |                                        |                            |                             |                                          |               |                                 |
| Nedsatt psykiskt<br>välbefinnande          | 24                                     | 26                         | 19                          | 21                                       | 27            | 20                              |
| Ihållande trötthet                         | 49                                     | 48                         | 36                          | 37                                       | 39            | 31                              |
| Sömnsvårigheter                            | 40                                     | 36                         | 35                          | 32                                       | 37            | 28                              |
| Oro/nedstämdhet                            | 43                                     | 43                         | 32                          | 33                                       | 34            | 30                              |
| Stressad                                   | 34                                     | 40                         | 28                          | 35                                       | 49            | 33                              |
| Smärtor/besvär                             | 50                                     | 47                         | 37                          | 40                                       | 43            | 33                              |
| Värk i<br>rörelseorganen                   | 35                                     | 36                         | 23                          | 27                                       | 23            | 23                              |
| Upprepad<br>korttidsfrånvaro               | 31                                     | 29                         | 24                          | 24                                       | 19            | 21                              |
| <b>Arbetsförhållanden</b>                  |                                        |                            |                             |                                          |               |                                 |
| Högstressarbete                            | 7                                      | 6                          | 5                           | 4                                        | 14            | 4                               |
| Lågt stöd från<br>överordnade              | 23                                     | 20                         | 17                          | 15                                       | 10            | 13                              |
| Lågt stöd<br>frånarbetskamrater            | 8                                      | 7                          | 5                           | 6                                        | 9             | 5                               |
| Låg belöning                               | 50                                     | 47                         | 51                          | 40                                       | 39            | 30                              |
| Omfattande<br>omorganisation               | 57                                     | 52                         | 64                          | 61                                       | 72            | 62                              |
| Upprepad<br>sjuknärvaro                    | 56                                     | 57                         | 48                          | 52                                       | 56            | 47                              |
| Tungt kroppsligt<br>arbete                 | 27                                     | 18                         | 6                           | 2                                        | 2             | 0                               |
| Obalans mellan hem/<br>familjeliv & arbete | 12                                     | 10                         | 12                          | 14                                       | 30            | 15                              |
| <b>Levnadsvanor</b>                        |                                        |                            |                             |                                          |               |                                 |
| Daglig rökning                             | 25                                     | 25                         | 10                          | 11                                       | 3             | 7                               |
| Fysisk inaktivitet                         | 63                                     | 64                         | 53                          | 52                                       | 43            | 47                              |
| Hög<br>alkoholkonsumtion                   | 12                                     | 12                         | 4                           | 5                                        | 0             | 3                               |



**Tabell 4b.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland män i två yrkesgrupper jämfört med anställda inom annat yrkesområde i motsvarande socioekonomisk grupp (standardiserat för ålder).

|                                        | <b>Män<br/>Omvårdnad/<br/>omsorg</b> | <b>Övriga<br/>arbetare</b> | <b>Läkare</b> | <b>Övriga högre<br/>tjänstemän</b> |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------------|
| <b>Hälsa</b>                           |                                      |                            |               |                                    |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande         | 23                                   | 15                         | 13            | 14                                 |
| Ihållande trötthet                     | 35                                   | 34                         | 30            | 20                                 |
| Sömnsvärigheter                        | 38                                   | 29                         | 31            | 23                                 |
| Oro/nedstämdhet                        | 40                                   | 31                         | 21            | 19                                 |
| Stressad                               | 30                                   | 26                         | 27            | 21                                 |
| Smärtor/besvär                         | 35                                   | 43                         | 24            | 26                                 |
| Värk i rörelseorganen                  | 18                                   | 25                         | 13            | 12                                 |
| Upprepad korttidsfrånvaro              | 32                                   | 25                         | 16            | 14                                 |
| <b>Arbetsförhållanden</b>              |                                      |                            |               |                                    |
| Högstressarbete                        | 12                                   | 7                          | 9             | 3                                  |
| Lågt stöd från överordnade             | 23                                   | 19                         | 15            | 11                                 |
| Lågt stöd från arbetskamrater          | 7                                    | 9                          | 8             | 7                                  |
| Låg belöning                           | 59                                   | 49                         | 35            | 24                                 |
| Omfattande omorganisation              | 55                                   | 45                         | 57            | 58                                 |
| Upprepad sjuknärvaro                   | 54                                   | 55                         | 45            | 44                                 |
| Tungt kroppsligt arbete                | 21                                   | 30                         | 0             | 0                                  |
| Obalans mellan hem/familjeliv & arbete | 13                                   | 10                         | 19            | 12                                 |
| <b>Levnadsvanor</b>                    |                                      |                            |               |                                    |
| Daglig rökning                         | 23                                   | 20                         | 7             | 6                                  |
| Fysisk inaktivitet                     | 47                                   | 62                         | 37            | 41                                 |
| Hög alkoholkonsumtion                  | 25                                   | 29                         | 10            | 13                                 |

#### 4.2.1 Hälsa

I tabell 4a och 4b jämförs hälsotillstånd i de olika yrkena inom vård- och omsorg med övriga anställda inom respektive socioekonomisk grupp. De största skillnaderna finns mellan läkare och övriga högre tjänstemän och kvinnliga läkare framstår som en speciellt utsatt grupp (tabell 4a).

Bland kvinnor rapporterar en större andel omvårdnads- och omsorgspersonal än övriga kvinnliga arbetare att de har sömnsvärigheter och smärtor/besvär. När det gäller stress är förhållandet det motsatta. I övrigt är svaren likartade.

Bland män rapporterar en större andel omvårdnads- och omsorgspersonal än övriga manliga arbetare att de har nedsatt psykiskt välbefinnande, sömnsvärigheter och att de känner sig oroliga eller nedstämda. Förhållandet är det motsatta ifråga om smärtor/besvär och värk i rörelseorganen (tabell 4b).

Hälften av den kvinnliga omvårdnads- och omsorgspersonalen uppger att de lider av ihållande trötthet och smärtor/besvär jämfört med drygt var tredje man. Besvär i rörelseorganen är dubbelt så vanligt bland kvinnor som män i gruppen (tabell 4a respektive 4b).

De hälsovärden som rapporteras av kvinnliga sjuksköterskor och övriga kvinnliga tjänstemän på mellannivå är i stor utsträckning likartade. Övriga

kvinnliga tjänstemän på mellannivå uppger dock högre grad av stress än kvinnliga sjuksköterskor.

En större andel kvinnliga läkare än övriga kvinnliga högre tjänstemän uppger att de lider av stress, smärtor/besvär, ihållande trötthet och sömnsvårigheter.

Manliga läkare skiljer sig i negativt hänseende från övriga manliga högre tjänstemän ifråga om sömnsvårigheter, ihållande trötthet och stress.

Kvinnliga läkare rapporterar sämre hälsa än sina manliga kolleger i alla hälsoaspekter. Skillnaderna är mest påtagliga ifråga om nedsatt psykiskt välbefinnande (27 procent respektive 13 procent) och värk i rörelseorganen (23 procent respektive 13 procent). Hälften av de kvinnliga läkarna uppger att de är stressade jämfört med en fjärdedel av männen (tabell 4a och 4b).

#### 4.2.2 Arbetsförhållanden

Arbetsförhållandena varierar starkt mellan de olika vård- och omsorgsyren (tabell 4a och 4b).

En större andel kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal än övriga kvinnliga arbetare rapporterar att de har tungt kroppsligt arbete.

En större andel kvinnliga sjuksköterskor än övriga kvinnliga tjänstemän på mellannivå anser att de i låg grad belönas för väl utfört arbete.

Kvinnliga läkare rapporterar negativa arbetsförhållanden i betydligt högre utsträckning än övriga kvinnliga högre tjänstemän. Mer än tre gånger så stor andel bland kvinnliga läkare som i jämförelsegruppen uppger att de har högstressarbete, det vill säga en kombination av höga krav och låg kontroll i arbetet, och en dubbelt så stor andel upplever en obalans mellan hem/familjeliv och arbete. Signifikanta skillnader mellan de två grupperna finns även ifråga om låg belöning för utfört arbete, omfattande omorganisation och upprepade sjuknärvaro.

Högstressarbete är vanligare bland manlig än kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal liksom bland kvinnliga jämfört med manliga läkare. Kvinnliga läkare rapporterar dessutom en obalans mellan hem/familjeliv och arbete i högre utsträckning än sina manliga kolleger (tabell 4a och 4b).

#### 4.2.3 Levnadsvanor

Även vård- och omsorgsanslidas levnadsvanor framgår av i tabellerna 4a och 4b. Levnadsvanorna bland kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal och sjuksköterskor överensstämmer med övriga i deras respektive socioekonomiska grupp. När man jämför de olika socioekonomiska grupperna visar sig däremot avsevärda skillnader. Exempelvis röker kvinnliga arbetare dagligen i dubbelt så stor utsträckning som kvinnliga tjänstemän på mellannivå, vilka i sin tur röker i betydligt högre grad än högre tjänstemän.

Det finns färre rökare bland kvinnliga läkare än bland övriga kvinnor i samma socioekonomiska grupp.

En större andel kvinnlig än manlig omvårdnads- och omsorgspersonal är fysiskt inaktiv. En fjärdedel av männen i denna yrkeskategori rapporterar hög alkoholkonsumtion, vilket är dubbelt så stor andel som bland kvinnorna (tabell 4a och 4b).

### 4.3 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare?

Vård och omsorg utförs av personal anställd av såväl landsting och kommun som privata företag. I detta avsnitt jämförs resultat om hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor för vård- och omsorgsanställda med olika arbetsgivare. Tabell 5a visar resultat för kvinnor och tabell 5b för män.

**Tabell 5a.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland kvinnor anställda inom vård och omsorg i landsting, kommuner och privata företag (standardiserat för ålder).

|                                 | <b>Kvinnor</b>   |               |               |
|---------------------------------|------------------|---------------|---------------|
|                                 | <b>Landsting</b> | <b>Kommun</b> | <b>Privat</b> |
| <b>Hälsa</b>                    |                  |               |               |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 18               | 25            | 21            |
| Ihållande trötthet              | 38               | 50            | 40            |
| Sömnsvårigheter                 | 33               | 39            | 38            |
| Oro/nedstämdhet                 | 33               | 43            | 34            |
| Stressad                        | 32               | 35            | 29            |
| Smärtor/besvär                  | 44               | 49            | 38            |
| Värk i rörelseorganen           | 27               | 35            | 25            |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 26               | 31            | 27            |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                  |               |               |
| Högstressarbete                 | 7                | 8             | 5             |
| Lågt stöd från överordnade      | 15               | 24            | 19            |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 6                | 8             | 8             |
| Låg belöning                    | 49               | 53            | 38            |
| Omfattande omorganisationer     | 69               | 58            | 54            |
| Upprepad sjuknärvaro            | 51               | 55            | 52            |
| Tungt kroppsligt arbete         | 10               | 26            | 18            |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 14               | 13            | 13            |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                  |               |               |
| Daglig rökning                  | 11               | 24            | 18            |
| Fysisk inaktivitet              | 50               | 63            | 53            |
| Hög alkoholkonsumtion           | 5                | 12            | 7             |

**Tabell 5b.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland män anställda inom vård och omsorg i landsting, kommuner och privata företag (standardiserat för ålder).

| <b>Hälsa</b>                    | <b>Män</b>       |               |               |
|---------------------------------|------------------|---------------|---------------|
|                                 | <b>Landsting</b> | <b>Kommun</b> | <b>Privat</b> |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 13               | 24            | 21            |
| Ihållande trötthet              | 33               | 41            | 26            |
| Sömnsvärigheter                 | 30               | 45            | 26            |
| Oro/nedstämdhet                 | 20               | 46            | 29            |
| Stressad                        | 27               | 36            | 23            |
| Smärtor/besvär                  | 35               | 31            | 36            |
| Värk i rörelseorganen           | 14               | 13            | 21            |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 22               | 31            | 22            |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                  |               |               |
| Högstressarbete                 | 9                | 8             | 11            |
| Lågt stöd från överordnade      | 12               | 26            | 21            |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 6                | 8             | 5             |
| Låg belöning                    | 51               | 54            | 45            |
| Omfattande omorganisationer     | 65               | 60            | 53            |
| Upprepad sjuknärvaro            | 51               | 58            | 38            |
| Tungt kroppsligt arbete         | 2                | 19            | 19            |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 17               | 13            | 13            |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                  |               |               |
| Daglig rökning                  | 10               | 21            | 21            |
| Fysisk inaktivitet              | 45               | 48            | 48            |
| Hög alkoholkonsumtion           | 8                | 29            | 19            |

#### 4.3.1 Hälsa

I detta avsnitt jämförs hälsoaspekter för kvinnor och män med olika arbetsgivare (tabell 5a respektive 5b).

En större andel kommunanställda kvinnor inom vård och omsorg rapporterar att de har nedsatt hälsa jämfört med kvinnor anställda i landsting eller privat sektor. Skillnaderna är störst ifråga om ihållande trötthet, oro/nedstämdhet och värk i rörelseorganen.

En större andel kommunanställda män än män i landsting eller privat sektor rapporterar att de lider av oro/nedstämdhet, sömnsvärigheter, ihållande trötthet och stress.

En betydligt större andel kommunanställda kvinnor än män rapporterar att de har smärtor/besvär och värk i rörelseorganen (tabell 5a och 5b).

En dubbelt så stor andel landstingsanställda kvinnor som landstingsanställda män uppger att de har värk i rörelseorganen. Avsevärda skillnader finns även ifråga om smärtor/besvär och oro/nedstämdhet (tabell 5a och 5b).

Bland privatanställda rapporterar kvinnor att de lider av ihållande trötthet och sömnsvärigheter i betydligt högre utsträckning än män (tabell 5a och 5b).

### **4.3.2 Arbetsförhållanden**

Även när det gäller arbetsförhållanden är det större andelar kommunanställda som rapporterar negativa värden än privat- och landstingsanställda (tabell 5a och 5b).

En större andel kvinnor anställda i kommuner uppger att de har lågt stöd från överordnade, får låg belöning för utfört arbete och att de har tungt kroppsligt arbete jämfört med landstings- eller privatanställda kvinnor.

En avsevärt större andel män i kommuner och privata företag rapporterar att de har tungt kroppsligt arbete jämfört med landstingsanställda män.

Privatanställda män rapporterar upprepade sjuknärvaro i betydligt mindre utsträckning än män i kommuner och landsting.

Kommun- och privatanställda män uppger i betydligt högre utsträckning än landstingsanställda män att de får lågt stöd från överordnade.

Landstingsanställda kvinnor och män har oftare än övriga varit med om omfattande omorganisationer under de senaste tre åren (tabell 5a och 5b).

### **4.3.3. Levnadsvanor**

Levnadsvanorna bland vård- och omsorgspersonal skiljer sig åt mellan olika arbetsgivare, vilket framgår av tabellerna 5a och 5b. Kvinnor som är anställda i kommuner rapporterar ohälsosamma levnadsvanor i högre utsträckning än anställda i landsting eller privat sektor.

En dubbelt så stor andel kommunanställda som landstingsanställda kvinnor röker dagligen och har hög alkoholkonsumtion. Nära två tredjedelar av kommunanställda kvinnor är fysiskt inaktiva jämfört med ungefär hälften bland kvinnor anställda i landsting eller privat sektor. Drygt en fjärdedel av manliga kommunanställda är högkonsumenter av alkohol jämfört med var femte privatanställd och knappt var tionde landstingsanställd man.

## **4.4 Finns det skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan anställda i tre yrkesgrupper inom vård och omsorg med landsting, kommun respektive privat företag som arbetsgivare?**

I det här avsnittet jämförs hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor inom olika vård- och omsorgsyren i landsting, kommuner respektive privata företag. Resultaten presenteras i tabellerna 6a (kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal), 6b (manlig omvårdnads- och omsorgspersonal), 6c (kvinnliga sjuksköterskor) samt 6d (kvinnliga och manliga läkare inom Stockholms läns landsting). Vi redovisar endast svar från grupper med minst 30 individer, vilket innebär att uppgifter saknas för landstingsanställd manlig omvårdnads- och omsorgspersonal, manliga sjuksköterskor samt kommun- och privatanställda läkare.

**Tabell 6a.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal med tre olika arbetsgivare (standardiserat för ålder).

| <b>Hälsa</b>                    | <b>Kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal</b> |               |               |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | <b>Landsting</b>                                | <b>Kommun</b> | <b>Privat</b> |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 17                                              | 25            | 22            |
| Ihållande trötthet              | 39                                              | 51            | 44            |
| Sömnsvårigheter                 | 29                                              | 41            | 42            |
| Oro/nedstämdhet                 | 36                                              | 44            | 37            |
| Stressad                        | 27                                              | 35            | 28            |
| Smärtor/besvär                  | 52                                              | 52            | 45            |
| Värk i rörelseorganen           | 30                                              | 37            | 30            |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 27                                              | 35            | 28            |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                                                 |               |               |
| Högstressarbete                 | 4                                               | 9             | 7             |
| Lågt stöd från överordnade      | 17                                              | 25            | 25            |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 8                                               | 7             | 11            |
| Låg belöning                    | 44                                              | 54            | 44            |
| Omfattande omorganisationer     | 64                                              | 56            | 52            |
| Sjuknärvaro                     | 55                                              | 57            | 55            |
| Tungt kroppsligt arbete         | 23                                              | 30            | 24            |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 6                                               | 13            | 12            |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                                                 |               |               |
| Daglig rökning                  | 20                                              | 25            | 26            |
| Fysisk inaktivitet              | 57                                              | 65            | 60            |
| Hög alkoholkonsumtion           | 10                                              | 13            | 11            |

**Tabell 6b.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland manlig omvårdnads- och omsorgspersonal med kommunal respektive privat arbetsgivare (standardiserat för ålder).

| <b>Hälsa</b>                    | <b>Manlig omvårdnads-<br/>och omsorgspersonal</b> |               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|
|                                 | <b>Kommun</b>                                     | <b>Privat</b> |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 25                                                | 19            |
| Ihållande trötthet              | 42                                                | 29            |
| Sömnsvårigheter                 | 49                                                | 33            |
| Oro/nedstämdhet                 | 46                                                | 35            |
| Stressad                        | 38                                                | 26            |
| Smärtor/besvär                  | 29                                                | 46            |
| Värk i rörelseorganen           | 12                                                | 27            |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 34                                                | 30            |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                                                   |               |
| Högstressarbete                 | 9                                                 | 18            |
| Lågt stöd från överordnade      | 27                                                | 22            |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 9                                                 | 6             |
| Låg belöning                    | 58                                                | 60            |
| Omfattande omorganisationer     | 62                                                | 53            |
| Sjuknärvaro                     | 61                                                | 47            |
| Tungt kroppsligt arbete         | 21                                                | 31            |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 12                                                | 16            |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                                                   |               |
| Daglig rökning                  | 24                                                | 25            |
| Fysisk inaktivitet              | 48                                                | 51            |
| Hög alkoholkonsumtion           | 28                                                | 26            |

**Tabell 6c.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland kvinnliga sjuksköterskor med tre olika arbetsgivare (standardiserat för ålder).

| <b>Hälsa</b>                    | <b>Kvinnliga sjuksköterskor</b> |               |               |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | <b>Landsting</b>                | <b>Kommun</b> | <b>Privat</b> |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 17                              | 33            | 22            |
| Ihållande trötthet              | 35                              | 46            | 33            |
| Sömnsvårigheter                 | 37                              | 33            | 32            |
| Oro/nedstämdhet                 | 31                              | 57            | 21            |
| Stressad                        | 26                              | 37            | 27            |
| Smärtor/besvär                  | 37                              | 47            | 33            |
| Värk i rörelseorganen           | 24                              | 23            | 11            |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 26                              | 14            | 27            |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                                 |               |               |
| Högstressarbete                 | 7                               | 0             | 4             |
| Lågt stöd från överordnade      | 19                              | 20            | 15            |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 5                               | 11            | 2             |
| Låg belöning                    | 58                              | 40            | 36            |
| Omfattande omorganisationer     | 67                              | 66            | 55            |
| Sjuknärvaro                     | 49                              | 49            | 45            |
| Tungt kroppsligt arbete         | 5                               | 0             | 14            |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 12                              | 12            | 14            |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                                 |               |               |
| Daglig rökning                  | 10                              | 19            | 5             |
| Fysisk inaktivitet              | 52                              | 67            | 54            |
| Hög alkoholkonsumtion           | 3                               | 11            | 1             |



**Tabell 6d.** Andel (%) individer med olika aspekter av nedsatt hälsa, negativa arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor bland kvinnliga och manliga läkare i Stockholms läns landsting (standardiserat för ålder).

| <b>Hälsa</b>                    | <b>Läkare</b>  |            |
|---------------------------------|----------------|------------|
|                                 | <b>Kvinnor</b> | <b>Män</b> |
| Nedsatt psykiskt välbefinnande  | 29             | 15         |
| Ihållande trötthet              | 41             | 35         |
| Sömnsvårigheter                 | 40             | 30         |
| Oro/nedstämdhet                 | 34             | 15         |
| Stressad                        | 54             | 30         |
| Smärtor/besvär                  | 45             | 28         |
| Värk i rörelseorganen           | 25             | 16         |
| Upprepad korttidsfrånvaro       | 22             | 22         |
| <b>Arbetsförhållanden</b>       |                |            |
| Högstressarbete                 | 15             | 15         |
| Lågt stöd från överordnade      | 9              | 10         |
| Lågt stöd från arbetskamrater   | 8              | 10         |
| Låg belöning                    | 43             | 41         |
| Omfattande omorganisationer     | 81             | 71         |
| Sjuknärvaro                     | 52             | 53         |
| Tungt kroppsligt arbete         | 2              | 0          |
| Obalans hem/familjeliv & arbete | 34             | 22         |
| <b>Levnadsvanor</b>             |                |            |
| Daglig rökning                  | 1              | 4          |
| Fysisk inaktivitet              | 39             | 33         |
| Hög alkoholkonsumtion           | 0              | 8          |

#### 4.4.1 Hälsa

I gruppen kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal finns de största hälsoproblemen bland de kommunanställda. Detta gäller framför allt ihållande trötthet, oro/nedstämdhet, stress, värk i rörelseorganen och upprepade korttidsfrånvaro. En mindre andel landstingsanställda än kommun- eller privatanställda kvinnor i denna yrkesgrupp rapporterar sömnsvårigheter (tabell 6a).

En större andel kommunanställd manlig omvårdnads- och omsorgspersonal uppger ohälsa än män i privata vård- och omsorgsföretag, framför allt ifråga om ihållande trötthet, sömnsvårigheter, oro/nedstämdhet och stress. Förhållandet är det motsatta när det gäller värk i rörelseorganen och smärtor/besvär (tabell 6b).

Sjuksköterskor med kommunal arbetsgivare skiljer sig från övriga sjuksköterskor genom att i högre utsträckning uppge oro/nedstämdhet, nedsatt psykiskt välbefinnande, smärtor/besvär och ihållande trötthet. Upprepade korttidsfrånvaro rapporteras dock i endast hälften så stor utsträckning i denna grupp som bland sjuksköterskor i landsting och privat sektor (tabell 6c).

En större andel kvinnliga än manliga landstingsanställda läkare rapporterar dålig hälsa. Skillnaderna är störst ifråga om stress, smärtor/besvär, nedsatt psykiskt välbefinnande och oro/nedstämdhet (tabell 6d).

#### **4.4.2 Arbetsförhållanden**

Kvinnlig kommunanställd omvårdnads- och omsorgspersonal uppger i högre grad än andra att de får låg belöning för utfört arbete. En större andel landstingsanställda än kommun- och privatanställda kvinnor upplever stöd från överordnade och bättre balans mellan hem/familjeliv och arbete (tabell 6a).

En större andel kommunanställd än privatanställd manlig omvårdnads- och omsorgspersonal rapporterar upprepade sjuknärvaro. Förhållandet är omvänt ifråga om tungt kroppsligt arbete (tabell 6b).

En större andel landstingsanställda än privatanställda kvinnliga sjuksköterskor uppger att de får låg grad av belöning för utfört arbete. Tungt kroppsligt arbete är betydligt vanligare bland kvinnliga sjuksköterskor i privat sektor än i landsting och kommuner (tabell 6c).

Kvinnliga landstingsanställda läkare anger i påtagligt högre grad än manliga läkare att de upplever en obalans mellan hem/familjeliv och arbete (tabell 6d).

#### **4.4.3 Levnadsvanor**

Levnadsvanor bland olika yrkesgrupper inom landsting, kommuner respektive privata företag framgår av tabellerna 6a till 6d. Andelen som röker dagligen och som har en hög alkoholkonsumtion är lägre bland kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal i landstinget än hos andra arbetsgivare.

## 5. Diskussion

Anställda inom vård och omsorg har en betydelsefull roll i välfärdssamhället. De har ofta ansvar för patienternas och brukarnas möjlighet till livskvalitet och ibland även för möjligheten till överlevnad. För att personalen ska kunna utföra sitt arbete med hög kvalitet krävs att de har rätt kunskap och kompetens. Det är givetvis också angeläget att de anställda har både organisatoriska och personliga förutsättningar för att utföra ett bra arbete.

I den här rapporten redovisar vi data om hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor för kvinnor och män i tre yrkesgrupper inom vård och omsorg i Stockholms län: omvårdnads- och omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare, vårdare), sjuksköterskor och läkare. Vidare gör vi jämförelser mellan anställda i landsting, kommun respektive privat vård/omsorgsföretag.

Vi har funnit att:

- en större andel kommunanställda än landstings- och privatanställda kvinnor inom vård och omsorg rapporterar dålig hälsa, dåliga arbetsförhållanden och ohälsosamma levnadsvanor
- de största skillnaderna ifråga om hälsa och arbetsförhållanden finns mellan läkare och övriga högre tjänstemän när man jämför olika vård- och omsorgsyren med andra yrkesområden inom respektive socioekonomisk grupp
- kvinnliga läkare är en särskilt utsatt grupp ifråga om arbetsförhållanden och hälsa, både jämfört med andra yrkesområden och jämfört med manliga läkare
- en större andel vård- och omsorgsanställda än anställda inom andra yrkesområden rapporterar att de har dålig generell hälsa och dåliga arbetsförhållanden
- kvinnor inom vård och omsorg uppger problem i högre utsträckning än sina manliga kollegor
- vård- och omsorgsanställda rapporterar likartade värden som jämförbara socioekonomiska grupper när det gäller levnadsvanor (rökning, fysisk inaktivitet och hög alkoholkonsumtion).

Många av resultaten bekräftar vad som är känt utifrån tidigare forskning, bland annat om sambandet mellan höga krav och låg kontroll i arbetet, om könsskillnader (Abiala, 2000) och att hälsa och arbetsförhållanden hänger samman med socioekonomisk position, det vill säga att arbetare är mer belastade än tjänstemän i dessa avseenden. Så vitt vi känner till har ingen tidigare undersökning studerat skillnader i villkor mellan vård- och omsorgsanställda med olika arbetsgivare.

De jämförelser som görs mellan yrkesgrupper med olika arbetsgivare bör ställas i relation till att kompetenskrav och arbetsuppgifter kan skilja sig åt. Gruppen landstingsanställda arbetar inom hälso- och sjukvård och kommunanställda inom äldre- och handkappomsorg medan privatanställda finns inom både vården och omsorgen. Materialets storlek tillåter tyvärr inte jämförelser mellan till exempel manliga och kvinnliga sjuksköterskor eller mellan läkare i privat och offentlig sektor.

En stor del av anställda inom vård och omsorg har oregelbundna arbetstider, vilket kan leda till praktiska hinder att kombinera hem och familj med arbetsliv. Detta torde gälla alla de yrkeskategorier vi undersökt i denna rapport. Spridningen är dock stor i huruvida kvinnor, män och olika yrkesgrupper upplever problem i detta hänseende.

Både hälsa och arbetsförhållanden är i många avseenden bättre för landstingsanställd omvårdnadspersonal (undersköterskor och skötare) än för motsvarande grupper i kommuner och privata företag. En tänkbar orsak är att de landstingsanställda har en formell utbildning och tydlig yrkesidentitet och arbetar i en organisatorisk hemvist, till exempel vårdavdelning eller primärvård, som innebär samarbete både med kolleger och med andra yrkesgrupper. Motsvarande grupper inom kommuner och privata företag är mer heterogena ifråga om utbildning och arbetssituation. Även personal inom äldreomsorg har tillgång till arbetskamrater medan arbete i hemtjänst och personlig assistans ofta innebär ensamarbete i brukarens hemmiljö. Detta kan bland annat innebära att de anställda saknar stöd och ledning i det dagliga arbetet.

Resultaten visar flera intressanta skillnader mellan kvinnor och män inom samma yrkesområde. Kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal uppvisar oftare symtom på psykisk ohälsa än männen. Samtidigt rapporterar de tungt kroppligt arbete oftare än kvinnor i andra arbetaryrken medan det motsatta förhållandet råder bland män. Vi vet inte vad som orsakar dessa skillnader, men en tänkbar förklaring kan vara att kvinnor och män har olika typer av arbetsuppgifter även om de arbetar inom samma område; en annan att kvinnors lägre muskelstyrka sätter fler spår i form av värk och trötthet än hos män med samma typ av arbetsuppgifter, till exempel tunga lyft.

Drygt hälften av de kvinnliga läkarna upplever att de är stressade, vilket är nästan dubbelt så stor andel som bland manliga läkare och även mycket vanligare än hos alla andra grupper i undersökningen, både inom och utom vård och omsorg. Detta bekräftar den bild av läkares arbetsförhållanden som framträtt i tidigare studier. Ett aktuellt exempel är det internationella "HOUPÉ-projektet", som syftade till att förebygga arbetsrelaterad ohälsa bland läkare i fyra europeiska länder och som finns redovisat i ett antal artiklar och rapporter ([www.houpe.no](http://www.houpe.no)). Den svenska delen av projektet bedrevs vid Karolinska universitetssjukhuset och hade ett speciellt fokus på jämställdhet (Pingel, Schenk-Gustafsson & Fridner 2009).

Det är välkänt att kvinnor generellt tar på sig ett större ansvar än män för hem och familj. Läkare uppger i högre grad än andra, både inom och utom vård- och omsorgssektorn, svårigheter att få balans mellan arbetet och hem- och familjelivet. Särskilt problematiskt upplevs detta område av kvinnliga landstingsläkare (34 procent jämfört med 22 procent bland män).

Kartläggningar av läkares arbetsförhållanden visar en rad problem som skulle kunna förklara våra resultat om läkares arbetssituation, bland annat långa arbetspass, täta jour- och beredskapstjänstgöringar, begränsat inflytande på arbetet och orealistiska förväntningar från huvudmän inom sjukvården. Detta skulle kunna vara skäl till att både kvinnliga och manliga läkare rapporterar högstressarbete, det vill säga höga krav och låg kontroll över arbetssituationen, i betydligt högre utsträckning än övriga högre tjänstemän. Läkare arbetar regelmässigt övertid och har inte i önskad utsträckning möjlighet att vara hemma för att vårda sjuka barn eller för egen sjukdom (Sveriges läkarförbund,

2004). Det finns även statistik som visar att läkares möjligheter att själva bestämma arbetstakten har minskat kraftigt under en följd av år (Arbetsmiljöverket 2002, 2005, 2008). En undersökning fann samband mellan trakasserier och förödmjukande behandling av chefer och kollegor, och självmordstankar bland kvinnliga sjukhusläkare (Fridner, 2007).

Sjuksköterskor som är anställda i kommuner rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, oro/nedstämdhet och stress i betydligt större utsträckning än landstings- och privatanställda kolleger. Skillnader finns också ifråga om levnadsvanor, där en större andel kommunanställda sjuksköterskor rapporterar daglig rökning, fysisk inaktivitet och hög alkoholkonsumtion. Kommunanställda sjuksköterskors arbetsuppgifter och ansvar skiljer sig delvis från landstingsanställda kollegers förhållanden. De arbetar i allmänhet inom äldreomsorg eller med fysiskt och psykiskt funktionshindrade och har direkt medicinskt ansvar för brukarna, eftersom läkare vanligen saknas inom organisationen.

Andra skillnader, jämfört med sjuksköterskor på sjukhus eller inom primärvård, är att kommunanställda sjuksköterskor ofta har långvariga kontakter med brukarna och utför ensamarbete hos dessa. En tänkbar förklaring till skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan olika arbetsgivare skulle kunna vara att sjuksköterskor med nedsatt hälsa och arbetsförmåga väljer att byta arbete från till exempel akutsjukvård till arbete inom äldreomsorg.

Sjuksköterskor inom landstinget rapporterar i högre utsträckning än privatanställda sjuksköterskor missnöje med den belöning de får för utfört arbete. Lönenivån för sjuksköterskor (inklusive specialistsjuksköterskor) låg år 2008 i genomsnitt 2 230 kr högre per månad i privat sektor än bland landstingsanställda i riket (Vårdförbundet, 2009).

Omvårdnads- och omsorgspersonal i kommuner arbetar inom hemtjänst, på särskilt boende för äldre eller som personliga assistenter till fysiskt eller psykiskt funktionshindrade. Ansvar för vård och omsorg om äldre människor med omfattande hjälpbehov har under de senaste decennierna förflyttats från landsting till kommun och kräver god samordning mellan de två huvudmännen. Reformen innebär att även personer med omfattande behov av hjälp numera bor kvar i hemmet och vårdas av kommunal personal. Detta kan vara ett skäl till att arbetsbelastningen inom äldreomsorgen har ökat konstant under lång tid (Yrkesmedicin, 1999; Gustafsson & Szebehely, 2005; Målvist, 2009). Kommunal hemtjänst är ofta organiserad så att första linjens chefer har många underställda, ibland över hundra personer (Socialstyrelsen, 2003; Målvist, 2009). Detta torde vara ett hinder för ledningen att ge personlig feedback till personalen och kan vara en förklaring till att kommunanställda upplever att de får lågt stöd från sina överordnade. En större andel i denna grupp rapporterar oro/nedstämdhet och värk i rörelseorganen än privat- eller landstingsanställda kvinnor i samma yrkesgrupper.

Under senare år har nya styrsystem, till exempel New Public Management, införts inom vård och omsorg och många verksamheter har fått nya huvudmän. Detta innebär bland annat att ekonomisk styrning sker med hjälp av prestationsbaserade ersättningssystem. Både hemtjänst och särskilda boenden har konkurrensutsatts i många kommuner. En dokumenterad effekt av denna typ av ersättningssystem är att personalen ställts inför ökade krav på effektivitet och produktivitet (Målvist, 2009). Därmed ökar risken för att personalen ska

uppleva motstridiga krav i sitt arbete. Ett problem kan vara att den enskilda anställda får bära ansvaret för att sätta gränser gentemot klienterna. Det kan exempelvis få till följd att den som vill göra ett gott arbete utför fler arbetsuppgifter än vad som objektivt ingår i arbetsåtagandet (Waldenström & Härenstam, 2006). Sådana ”överträdelser” kan leda till upplevelse av stress och ökad arbetsbelastning.

I arbetet med människor befinner sig personalen mellan patienten/klienten och organisationen. Denna typ av arbetsuppgifter ställer särskilda krav på personalen att använda förmågor som empati och att förstå och hantera känslor hos klienterna och hos sig själva. Den egna organisationen ställer andra typer av krav på medarbetarna, till exempel måluppfyllelse, effektivitet och rättsäkerhet (Leppänen, 2006). Vård- och omsorgspersonal kan uppleva att det finns begränsade resurser för att kunna göra det arbete de är anställda att utföra. Denna uppfattning kan ha stärkts under 1990-talet när nedskärningar inom den offentliga sektorn tilltog.

Astvik (2003) har visat att det är vanligt att anställda inom hemtjänsten känner sig otillräckliga i arbetet. Oavsett om kvinnor är mer relationsorienterade än män finns det oftare förväntningar på kvinnor att leva upp till förhållningssätt som kärlek, omtanke och omsorg (Abiala, 2000). Förmodligen aktualiseras sådana förväntningar särskilt starkt när arbetet, som till exempel inom sjukvården och omsorgen, består av traditionellt kvinnliga uppgifter (Leppänen, 2006). Möjligen kan det vara svårare för kvinnliga än manliga läkare att distansera sig till och sätta gränser för patienter utan att det skapar egna känslor av inte räcka till utifrån de traditionellt kvinnliga värderingarna.

**Sammanfattningsvis** finner vi att våra resultat bekräftar tidigare forskning ifråga om skillnader i hälsa, arbetsförhållanden och levnadsvanor mellan grupper med olika nivå av krav och kontroll, mellan kvinnor och män samt mellan socioekonomiska grupper. Vi har också funnit intressanta skillnader som inte har belysts tidigare mellan anställda i kommuner, landsting och hos privata vårdgivare. Några områden finns anledning att studera ytterligare, till exempel:

- Varför har kvinnliga läkare en svårare arbetssituation än deras manliga kolleger?
- Varför är kvinnlig omvårdnads- och omsorgspersonal och sjuksköterskor i kommuner mer utsatta ifråga om ohälsa och dåliga arbetsförhållanden än landstings- och privatanställda?
- Vilka effekter har prestationsbaserade ersättningssystem på personalens hälsa och arbetsförhållanden?

## Referenser

Abiala, K. (2000). *Säljande samspel. En sociologisk studie av privat servicearbete*. Stockholm Studies in Sociology, No.9, Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Almega & NUTEK (2007). *Vård och omsorg – en framtidsbransch. Vem vill arbeta i vården?* Nya fakta och statistik. Nr 3, mars 2007.

Arbetskyddsstyrelsen (2000). *Stress och belastning i vård och omsorg. Verksamhetsgemensamt tillsynsprojekt 1998 och 1999*. Rapport 2000:8.

Arbets- och miljömedicin (2004). Stockholms läns Arbetshälsorapport. *Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.

Arbetsförmedlingen (u.å.). *Yrkesbeskrivning*. Tillgänglig:  
<http://www.arbetsformedlingen.se/yrken/YrkesBeskrivning>

Arbetslivsinstitutet (1999). *Rygg, nacke, skuldror. Att ha ont i rörelseorganen. MUSIC Norrtälje – en befolkningsstudie*.

Arbetsmiljöverket (2002). *Arbetsmiljön 2001*. Statistiska meddelanden, nr AM 68 SM 0201.

Arbetsmiljöverket (2007). *Hemtjänst och personlig assistans i en bra arbetsmiljö*. Best.nr ADI 589.

Arbetsmiljöverket (2008). *Arbetsmiljön 2007*. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2008:4.

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

Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (2004). *Arbetsmiljön 2003*. Statistiska meddelanden. AM 68 SM 0401.

Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (2005). *Arbetsorsakade besvär 2005*. Statistiska meddelanden AM 43 SM 0501.

Arbetsmiljöverket (2005). *Läkare, korta sifferfakta nr 10.2005* Tillgänglig:  
<http://www.av.se/dokument/statistik/sf/sf2005>

Astvik, W (2003). *Relationer som arbete – förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Arbetslivsinstitutet: Arbete och hälsa 2003:8.

Centrum för folkhälsa (2007a). *Arbetshälsorapport 2007*. Stockholms läns landsting.

Centrum för folkhälsa (2007b). *Folkhälsorapport 2007. Folkhälsan i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.

Fridner, A (2007). *Career, Gender and Health among University Hospitals Physicians in five European Countries*. European Congress of Work and Organisational Psychology: Sustainable Organizations, Stockholm 9–12th of May.

Försäkringskassan (2008). *Socialförsäkringssystem i siffror 2008*.

Försäkringskassan (2007). *Långtidssjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningrätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006*. Försäkringskassan redovisar 2007:6.

Glasberg, A-L (2007). *Stress of Conscience and Burnout in Healthcare. The Danger of Deadening One's Conscience*. Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.

Gustafsson, R Å & Szebehely, M (2005). *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki – enkätstudie bland personal och politiker*. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.

Gustafsson, R Å & Szebehely, M (2007). *Privat och offentlig äldreomsorg – svenska omsorgsarbetares syn på arbetsmiljö och politisk styrning*. Socialvetenskaplig tidskrift. 2007(14):1.

Hogstedt, C, Bjurvald, M, Marklund, S, Palmer, E, Theorell, T (red.) (2004). *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.

Holmgren, K (2008). *Work-related Stress in Women – Assessment, Prevalence and Return to Work*. Diss. Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet.

House, J.S (1981). *Work stress and social support*, Reading, Addison-Wesley Publishing.

Karasek R & Theorell T (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic. Books, pp. 89-103.

Leppänen, V (2006). *Känslor i arbetet med människor. I: Villkor i arbete med människor – en antologi om human servicearbete*. Arbetslivsinstitutet: Arbetsliv i omvandling, 2006:4.

Lindell, J (2007). *Vilken potential kan vård- och omsorg erbjuda när man i många regioner känner av den ekonomiska nedgången?* NUTEK. PM.

Målvist I (2009). *Styrningens påverkan på ekonomi, omsorgskvalitet och arbetsförhållanden – utveckling av ett kvalitetsledningssystem*. Karolinska Institutet: Institutionen för folkhälsovetenskap, Yrkes- och miljömedicin.



Pingel, B, Schenk-Gustafsson, K & Fridner, A (2009). *HOUPE- rapporten 2009. Om jämställdhet bland läkare – rapport från HOUPE- studien i Sverige*. Stockholms läns landsting

Siegrist, J (1996). *Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work*. I: *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.

Socialstyrelsen (2003). *Hur många direkt underställda kan en chef ha? – om kontrollspann i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007). *Personlig assistans som yrke*. Artikelnr 2007-123-24.

Socialstyrelsen (2007). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården åren 2008-2023 – barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare*.

Statens offentliga utredningar (1992). *Utredningen om offentlig upphandling*. SOU 1992:1528.

Statens offentliga utredningar (1999). *Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati? Bilaga till slutbetänkande*. SOU 1999:66.

Statens offentliga utredningar (2002). *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Slutbetänkande. SOU 2002:5.

Statens offentliga utredningar (2008). *Utredningen om valfrihetssystem. LOV att välja*. SOU 2008:15.

Stockholms läns landsting (2007). *Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting*. Tillgänglig: [www.folkhalsoguiden.se/folkhalsopolicy](http://www.folkhalsoguiden.se/folkhalsopolicy)

Stockholms läns landsting (2008) *Medarbetarfokus 2007*.

Stockholms läns landsting (2009a) *Medarbetarfokus 2008*.

Stockholms läns landsting (2009b). *Hälsoplan – ett stöd för arbetsmiljö- och hälsoarbetet*. Reviderad mars 2009.

Stockholms sjukhusläkarförening & SYLF Stockholm (2008). *Läkares arbetsmiljö i SLL. Ledarskap, arbetsmiljö och vårdkvalitet*.

Sveriges kommuner och landsting (2006). *Kommunal personal 2005 – personalstatistisk undersökning*.

Sveriges kommuner och landsting (2008). *Sjukfrånvaro och frisknärvaro i kommuner och landsting 2006 – en personalstatistisk rapport*.

Sveriges Läkarförbund (2004). *Jämställda läkare – ett program från Sveriges läkarförbund*. Tillgänglig: [www.slf.se/templates/Page.aspx?id=9203](http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=9203)

Sveriges Riksdag (2001). *Rapport från arbetsgruppen för att underlätta rekryteringen av personliga assistenter*. Departementsserien 2001:72.

Waldenström K & Härenstam A (2006). *Hur skapas bra arbetsförhållanden? En studie av strategier och chefer och anställda*. Rapport 2006:5. Stockholms läns landsting: Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa.

Yrkesmedicin (1995). *Stockholms läns Arbetshälsorapport 1995 – om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.

Yrkesmedicin (1999). *Stockholms läns Arbetshälsorapport 1999 – om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.

Vårdförbundet (2009). *Medlemsstatistik*. Tillgänglig: [www.vardforbundet.se/statistik](http://www.vardforbundet.se/statistik)



ISBN: 978-91-86313-25-8

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**