

ISM-rapport 17

KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen

Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna
2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande
analyser

Gunnar Ahlborg jr¹

Annemarie Hultberg¹

Emina Hadžibajramović¹

Sandra Pettersson¹

Emelie Ottosson^{1,2}

Lisa Björk¹

Agneta Lindegård Andersson¹

Ingibjörg Jonsdottir¹

¹ Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen

² Expo Medica

Om rapportserien

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från ISM som utkommer oregelbundet. I rapportserien presenteras kunskapssammanställningar och forskning som ISM varit involverad i, men också relevant forskning som bedrivits av våra samverkans partners inom områdena stress, organisation och ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och hälsa. För innehållet ansvarar författarna. (Institutet ger även ut en publikationsserie under benämningen ISM-häfte.)

Kopior av rapporten för personligt bruk kan hämtas på www.vgregion.se/stressmedicin

Utgivna ISM-rapporter:

1. Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Pousette A, Ahlborg G jr. (2004). Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.
2. Ahlborg G jr, Ljung T, Swan G, Glise K, Jonsdottir I, Hadžibajramović E, Währborg P. (2006) Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län.
Delrapport 1 - enkätundersökning i maj-juni 2004.
3. Hultberg A, Dellve L, Ahlborg G jr. (2006) Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.
4. Ahlborg G jr, Hadžibajramović E, Hultberg A. (2007) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.
Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj-juni 2006.
5. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2009) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.
Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj-juni 2008.
6. Lindegård Andersson A. (2009) Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd - Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet
7. Eklöf M, Pousette A, Dellve L, Skagert K, Ahlborg G jr. (2010) Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport.
8. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2010) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. **Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008.**
9. Hultberg A, Skagert K, Ekbohm Johansson P, Ahlborg G (2010) Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser.
10. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Skagert K, Ahlborg G jr. (2011) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen.
Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008 - 2010.

11. Eklöf M, Ahlborg jr G, Grill C, Grimby-Ekman A, Lindgren E-K, Wikström E. (2011) Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik.
12. Stengård J, Berntson E, Dellve L, Härenstam A, Skagert K, Pousette A, Wallin L. (2013) Chefers rörlighet i offentlig sektor.
13. Stengård J, Härenstam A, Ahlborg jr G, Allard K, Bejerot E m fl. (2013) Chefskap, hälsa, effektivitet, förutsättningar i offentlig sektor. Teknisk rapport från CHEFiOS-projektet, Göteborgs universitet.
14. 1: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1.

2: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 2 (2014)
15. Tina Forsberg Kankkunen, Eva Bejerot, Lisa Björk och Annika Härenstam.(2014) New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg.
16. Katrin Skagert, Caroline Bergman, Lotta Dellve, Annemarie Hultberg och Gunnar Ahlborg jr. (2015) Hälsofrämjande i praktiken. Lättare sagt än gjort!
17. Ahlborg G jr, Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ottosson E, Björk L, Lindegård Andersson A och Jonsdottir I. (2016) KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. **Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser.**

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslag: Gullers

Tryck: Bording AB

ISSN 1652-7089

ISBN 978-91-979247-7-1

Förkortningar

ISM	Institutet för Stressmedicin
KART	Kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen (och Försäkringskassan i Västra Götaland) (KART-studien)
VGR	Västra Götalandsregionen
AST	Allvarligare stressrelaterat tillstånd
S-UMS	Självskattat utmattningssyndrom
SEQ	Stress-Energy Questionnaire
SMBQ	Shirom-Melamed Burnout Questionnaire

Förord

Detta är den avslutande svenska rapporten från KART-studien. I den har vi velat sammanfatta några av de viktigaste resultaten från hela studieperioden 2004-2010 när det gäller arbetsförhållanden, stress och hälsa bland de VGR-anställda som deltagit i studien. Det ger en unik bild av utvecklingen i dessa avseenden i en av Sveriges största hälso- och sjukvårdsorganisationer. Vi hoppas att den kan komma till nytta och utgöra ett referensmaterial i det fortsatta arbetet med att förbättra arbetsförhållandena, motverka skadlig stressbelastning och främja en god hälsa bland Västra Götalandsregionens anställda. Därför innehåller rapporten även frågor, länkar och lästips som kan användas i det systematiska arbetsmiljöarbetet, sannolikt även i andra liknande organisationer. Detta särskilt mot bakgrund av att den nya föreskriften från Arbetsmiljöverket om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) nyligen börjat gälla.

Vi vill än en gång tacka alla som medverkat i KART-studien eller bidragit till att resultaten från de tidigare ISM-rapporterna från studien fått spridning och på olika håll kommit till användning i förebyggande och hälsofrämjande arbetet i olika verksamheter.

Författarna

Juni 2016

Om rapportserien	2
Förkortningar	4
Förord.....	5
Sammanfattning	9
Inledning	13
Bakgrund.....	13
Deltagare	15
Rapportens syfte och innehåll.....	16
Reflektionsfrågor	16
Om stress och hälsa	17
Definitioner.....	17
Hur stressrelaterad ohälsa uppstår	18
Stressupplevelser	20
Instrument för att mäta stressupplevelser	20
Upplevd stress i VGR över tid	22
Stress i olika verksamheter och yrkesgrupper	23
Kommentar.....	25
Hälsa och arbetsförmåga	26
Utmattning/Utbrändhet	27
Instrument för att mäta utmattning/utbrändhet	27
Utmattning/utbrändhet i VGR över tid	28
Utmattning/utbrändhet i olika verksamheter och yrkesgrupper	29
Kommentar.....	32
Depression och ångest.....	33
Instrument för att mäta depression och ångest	33
Symtom på depression och ångest i VGR över tid	33
Symtom på depression och ångest i olika verksamheter och yrkesgrupper.....	34
Kommentar.....	35
Allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST)	36
AST i VGR över tid.....	36
AST i olika verksamheter och yrkesgrupper	37
Kommentar.....	39
Arbetsförmåga	39
Instrument för att mäta arbetsförmåga.....	39
Arbetsförmåga i VGR över tid.....	40
Arbetsförmåga i olika verksamheter och yrkesgrupper.....	41
Kommentar.....	42
Balanserad närvaro.....	43
Instrument för att mäta balanserad närvaro	43
Balanserad närvaro i VGR över tid	43
Balanserad närvaro i olika verksamheter och yrkesgrupper.....	44
Kommentar.....	45

Arbetsrelaterade förhållanden och livsstilsfaktorer	46
Krav och kontroll.....	46
Instrument för att mäta Krav och kontroll	47
Krav och kontroll i VGR över tid	48
Krav och kontroll i olika verksamheter och yrkesgrupper	49
Kommentar.....	53
Socialt stöd	54
Instrument för att mäta socialt stöd	54
Socialt stöd i VGR över tid	54
Socialt stöd i olika verksamheter och yrkesgrupper	55
Kommentar.....	55
Ansträngning och belöning.....	56
Instrument för att mäta ansträngning och belöning.....	56
Ansträngning och belöning i VGR över tid	57
Ansträngning och belöning inom olika verksamheter och yrkesgrupper	58
Kommentar.....	59
Förändring	60
Instrument för att mäta förändring	60
Förändring i VGR över tid	60
Förändring i olika verksamheter och yrkesgrupper	62
Kommentar.....	63
Lästips.....	64
Kommunikation	65
Kommunikation i VGR över tid	65
Kommunikation inom olika verksamheter och yrkesgrupper	65
Kommentar.....	68
Sammanfattande kommentar om psykosociala arbetsförhållanden.....	69
Lästips.....	69
Chefers situation inom VGR.....	70
Erfarenhet som chef.....	70
Kontrollspann	70
Chefers kliniska arbete	71
Chefers möte med egen chef	71
Chefers tillfredsställelse med egen utbildning.....	72
Kommentar.....	72
Förhållanden utanför arbetet	74
Instrument för att mäta förhållanden utanför arbetet.....	74
Ork kvar för aktiviteter efter arbetet	75
Ork kvar för aktiviteter efter arbetet inom olika verksamheter och yrkesgrupper	76
Kommentar.....	77
Fysisk aktivitet	78
Instrument för att mäta fysisk aktivitet	78
Fysisk aktivitet i VGR över tid	79
Fysisk aktivitet inom olika verksamheter och yrkesgrupper	79
Kommentar.....	80
Lästips.....	81

Vetenskapliga publikationer utifrån KART-materialet	82
Att förebygga mental ohälsa med fysisk aktivitet	82
Hänger förändring av fysisk aktivitetsnivå ihop med graden av symtom på mental ohälsa?.....	83
Att undvika utbrändhet och må bra på jobbet	83
Det är viktigt för individen att orka med sin vardag	84
Hälso- och sjukvårdspersonal som förebilder!.....	85
Balans i vardagen bland kvinnor och män i offentlig sektor	86
Vad kan förutsäga balanserad arbetsnärvaro?	87
Vad kan förutsäga god subjektiv hälsa?	87
Obalans i vardagen, stress och stressrelaterad ohälsa	88
Samband mellan obalans i vardagen och stressrelaterad ohälsa	88
Vad kan förutsäga psykisk ohälsa?	89
Psykosociala faktorer, arbetsrelaterad stress och muskuloskeletal smärta	90
Sambandet mellan psykosociala faktorer i arbetslivet och muskuloskeletal smärta	91
Våra studier om stress och muskuloskeletal smärta.....	91
Metodutveckling.....	93
Instrument för självskattat utmattningssyndrom	93
Utbrändhet	94
Upplevd stressnivå respektive energinivå.....	95
Referenser.....	96

Sammanfattning

KART-studien startade 2004. Då hade långtidssjukskrivningarna ökat sedan slutet av 1990-talet och den psykiska ohälsan svarade för en allt större andel av denna. 2016 känns frågan lika angelägen, då problemen kvarstår i form av ohälsa och hög sjukfrånvaro. Men kunskapen har ökat och förutsättningarna att bedriva ett aktivt arbete för ett mer hållbart arbetsliv har stärkts, bland annat genom Arbetsmiljöverkets nya författningssamling för organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Avsikten med denna ISM-rapport är att lyfta fram de viktigaste slutsatserna från hela KART-studien 2004-2010, att komplettera med vetenskapliga artiklar som publicerats efter tidigare KART-rapporter samt nya analyser utifrån studien, för att framförallt ge vägledning och stöd till dig som chef, medarbetare eller stödresurs för handfasta åtgärder för en god organisatorisk och social arbetsmiljö. Materialet bygger på en longitudinell studie över ett slumpmässigt urval av anställda inom Västra Götalandsregionen (VGR). I studien deltar mellan 3 200 och 2 200 deltagare, framförallt anställda inom hälso- och sjukvård.

Om stress och hälsa

Ungefär en fjärdedel av deltagarna hade tecken på allvarligare psykisk ohälsa, d.v.s. hög förekomst av symtom på utbrändhet/utmattning, depression och/eller ångest. Utvecklingen varierade över tid mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. I vilken grad denna variation har samband med verksamhetsutveckling, arbetsmiljöåtgärder eller andra förändringar på arbetsplatsen bedöms sannolikt bäst av de berörda grupperna själva. Men om situationen inte förändras för de som är i riskzonen för allvarlig utmattning/utbrändhet finns det en stor risk för nedsatt arbetsprestation och långtidssjukskrivning. Ökade sjukskrivningstal är en av många orsaker för att vidta åtgärder och en angelägen uppgift för både arbetsgivaren och den anställde. Det finns mycket att vinna genom att identifiera personer inom riskgruppen och vidta förebyggande åtgärder. Även om ångest och depressiva symtom kan vara en följd av stressbelastning i arbetet och/eller i privatlivet så har en del personer av genetiska och andra orsaker tidigare i livet återkommande sådana besvär under sin livstid, även när tydliga yttre påfrestningar saknas. Det kan påverka såväl den mentala som den fysiska och sociala funktionsförmågan och innebär inte sällan en ökad känslighet för stressbelastning. Det är viktigt att det finns en förståelse och lyhördhet hos chefer och arbetskamrater för detta så att man kan ge stöd för att möjliggöra för en sådan person att vara kvar i arbete (om inte sjukskrivning är alldeles nödvändig). Resultat utifrån KART-studien visar även att balanserad närvaro var associerat med bibehållen hälsa och prestationsförmåga efter två år. Det innebär bland annat att det finns ett användbart verktyg på organisationsnivå för att övervaka arbetsmiljön och hälsan bland sjukvårdspersonal.

Genom att mäta frisknärvaro, t.ex. mindre än 3-5 frånvarodagar och om möjligt komplettera med ett fåtal tillfällen av sjuknärvaro som i balanserad närvaro, kan man komplettera det riktade förebyggande arbetet mot riskgrupper med en mer hälsofrämjande ansats som vänder sig till alla medarbetare.

Om psykosocial arbetsmiljö och organisatoriska och sociala förutsättningar

KART-studien syftade till att undersöka förekomsten av upplevd stressbelastning och stressrelaterad psykisk ohälsa i förhållande till upplevd psykosocial arbetsmiljö bland anställda inom Västra Götalandsregionens (VGR) hälso- och sjukvårdsverksamheter. Genom att i AFS 2015:4 använda begreppen organisatorisk och social arbetsmiljö, har man från Arbetsmiljöverkets sida velat betona villkor och förutsättningar, som står under arbetsgivarens kontroll och ansvar. Ett sådant perspektivskifte stämmer väl med de riktlinjer som VGR har antagit för sin interna företagshälsovård, då man önskar en förskjutning från individriktat arbete till förebyggande och hälsofrämjande insatser på organisationsnivå. KART-studiens material utgör en kunskapsbank för att visa på viktiga samband och vägleda ansvariga till ändamålsenliga insatser.

Under perioden som KART-studien pågått har andelen som anger faktorer i arbetslivet som skäl för upplevd stressbelastning ökat. Höga krav och låg kontroll eller påverkansmöjligheter och låg belöning (innefattande uppskattning, lön, status- och karriärmöjligheter) har visat sig ha samband med att utveckla ett allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) två år senare. I motsats anses låga krav eller låga krav kombinerat med hög kontroll i arbetet (avspänt arbete) samt upplevd hög belöning som friskfaktorer, det vill säga att de predicerar välbefinnande/hälsa. Socialt stöd, ansträngning, belöning, förändring på arbetsplatsen samt kommunikationsklimat har utifrån KART-materialet lyfts fram som andra viktiga organisatoriska och sociala förutsättningar. Att ha balans mellan arbete, hemliv, fritidsaktiviteter och sömn liksom att utöva fysisk aktivitet framhålls som hälsofrämjande faktorer.

Arbetsbelastning och social arbetsmiljö

Arbetsmiljöverket skriver i AFS 2015:4 att ”Arbetsgivaren ska se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning”. Hög ansträngning respektive låg belöning har, liksom höga krav och låg kontroll, samband med utbrändhet i KART-studiens alla tre undersökningsomgångar, även när hänsyn tagits till flera andra relevanta faktorer. Krav kan både handla om arbetsmängd, tidsramar, svårighetsgrad och emotionell påfrestning, men även kognitiv belastning. För att få en bättre balans kan man antingen sänka kraven t.ex. genom minskad arbetsmängd eller ändrad prioriteringsordning men även genom att öka resurserna genom att variera arbetsuppgifterna, ge möjligheter till återhämtning, tillämpa andra arbetssätt, öka bemanning eller tillföra kunskaper. Stressrelaterade tillstånd förekom i betydligt mindre utsträckning bland de deltagare i KART-studien som hade socialt stöd jämfört med de som inte hade det, vilket ytterligare understryker betydelsen av att utveckla och vårda de sociala relationerna på arbetsplatsen.

Bra socialt stöd fungerar inte bara som en buffert mot ogynnsamma stressreaktioner utan är också en viktig förutsättning för en fungerande kommunikation på arbetsplatsen och därmed befärja verksamhetsutveckling och motverka onödiga konflikter. Särskilt viktigt är att de anställda känner stöd från närmaste chef.

Vilka åtgärder som behövs för att åstadkomma en hälsosam arbetsbelastning får naturligtvis avgöras av nuläget på respektive arbetsplats. Förutom att ännu bättre anpassa arbetskraven efter den anställdes förutsättningar så indikerar våra resultat att t.ex. kontroll/delaktighet, belöning/återkoppling och socialt stöd är viktiga områden att prioritera i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på många arbetsplatser. Bästa sättet att bibehålla en hög prestationsnivå samt god arbetsförmåga hos individer med hög stress och frekventa smärtor från framförallt muskler och leder är att satsa på förebyggande och hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Dessa insatser kan vara riktade till arbetsgruppen, exempelvis genom att initiera fysisk aktivitet på arbetstid. De kan också handla om organisatoriska insatser där man minimerar exponeringen för långvarig stress genom exempelvis flexibla arbetstider, möjlighet till tillfällig avlastning vid begynnande ”överbelastning”, tydligt och tillåtande kommunikationsklimat samt lyhördhet för behovet av individuella lösningar.

Förändring och kommunikation

Den höga förändringstakten i arbetslivet och särskilt frekventa organisationsförändringar, anses som en viktig bidragande orsak till stress, stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning. Hälso- och sjukvården är en av de branscher som kännetecknas av hög förändringstakt, t.ex. frekventa organisationsförändringar, nya tekniska och medicinska hjälpmedel och behandlingar. Att uppleva förändring som en försämring var en riskfaktor för att utveckla stressrelaterad ohälsa två år senare. Denna koppling var tydlig och kvarstod även sedan hänsyn tagits till flera andra viktiga risk- och friskfaktorer. Det finns således all anledning att skapa delaktighet och positivt engagemang i det förändringsarbete man bedriver inom en organisation, förvaltning eller verksamhet. Det visade sig också att mindre än hälften av alla deltagare var helt nöjda med den information man fick i samband med för dem viktiga förändringar på arbetsplatsen. Här finns alltså ett klart utrymme för förbättringar som chefer på alla nivåer bör uppmärksamma eftersom det har stor betydelse för i vilken utsträckning förändringsprocesserna blir framgångsrika.

Chefers situation inom VGR

I denna rapport presenteras delvis nytt material utifrån en fördjupad studie av chefers förutsättningar inom VGR. Den visar bland annat på en relativ hög omsättning, särskilt mot bakgrund av att engagerat och uthålligt ledarskap är en nyckel till framgångsrikt förändringsarbete. Förutsättningarna för att bedriva ett chefskap i enlighet med VGR:s chefskriterier och egna ambitioner varierade mellan olika verksamheter. Till exempel var det många chefer på sjukhusen som hade mycket stort kontrollspann, vilket annan forskning visat vara ogynnsamt både för chefen själv och medarbetarna/verksamheten.

Detta är också bakgrunden till de riktvärden för kontrollspann som VGR-ledningen beslutat införa. Ett annat förbättringsområde gäller kommunikationen på tu man hand med den egna chefen, som många chefer upplever brister i. Det är viktigt att skapa goda förutsättningar för cheferna att även för egen del kunna bedriva chefskapet på ett hållbart och hälsofrämjande sätt eftersom hög stress och försämrad psykisk hälsa inverkar negativt också på verksamheten och medarbetarna.

Balans i vardagen

Ungefär en av sex deltagare angav att de känt sig stressade i arbetet senaste veckan vid KART-studiens senaste tre mättillfällen (2006, 2008 och 2010). Att ha upplevt hög grad av stress i arbetet senaste veckan behöver naturligtvis inte innebära någon hälsorisk. Det viktigaste är att stressbelastningen inte blir alltför långvarig och åtföljs av tillräcklig tid för avkoppling och återhämtning. Hög total arbetsbelastning samt bristande återhämtning leder till psykisk ohälsa bland både män och kvinnor. Medan det för kvinnornas upplevelse av psykisk ohälsa också har betydelse om de har ork kvar till fritidsaktiviteter efter arbetet. Slutsatsen kan alltså bli att det både finns genusrelaterade likheter och skillnader. Det är därför viktigt att fokusera på vardagslivets alla aktiviteter. Vid perioder av höga krav på att prestera maximalt i arbetet är det särskilt viktigt att det finns utrymme för lustfyllda aktiviteter och tillräckligt med vila/sömn på fritiden. Här betyder arbetstidens förläggning mycket samt att det även finns möjligheter till raster och anpassat födointag under arbetspassen.

Regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsan och är således en friskfaktor, man mår bättre och orkar mer. Att vara fysisk aktiv utgör även en viktig buffert mot stress, delvis genom att påverka hjärnans stresshanteringsförmåga men även genom att påverka våra biologiska stressreaktioner. Det var således vanligare att personer med låg fysisk aktivitet hade utvecklat AST vid uppföljning efter två år jämfört med dem som rapporterade hög fysisk aktivitet. Individer som är under hög stressbelastning upplever mindre symtom om de är fysiskt aktiva. Graden av fysisk aktivitet visade sig vara relaterat till såväl självupplevd stress, mental hälsa och arbetsförmåga, liksom framtida utveckling av stressrelaterade symtom. Sammantaget talar KART-studiens olika delstudier kring fysisk aktivitet för att åtgärder som syftar till att underlätta fysiskt aktivitet, borde vara högt prioriterade inom såväl arbetslivet som samhället i stort. Särskilt med tanke på att vi går mot en framtid med förväntat ökad sjuklighet relaterat till otillräckliga levnadsvanor och med behov av bibehållen arbetsförmåga högt upp i åren.

Metodutveckling för användbara verktyg

Frågeformuläret i KART-studien baserades i huvudsak på etablerade frågeinstrument, men också frågor som utvecklats specifikt för studiens syfte. Inom ramen för KART-studien har ett flertal instrument modifierats, vidareutvecklats och validerats. Som exempel kan nämnas upplevd stressnivå respektive energinivå (sinnesstämning) mätt med Stress-Energy skala (SEQ) och ett frågeinstrument för självskattat utmattningssyndrom (s-UMS) som finns tillgängligt att använda via ISMs hemsida. I rapporten kommer vi att beskriva instrumenten och var de finns att hämta.

Inledning

Bakgrund

Institutet för Stressmedicin (ISM) har haft som uppdrag, sedan starten 2003, att genom forskning och kunskapsspridning bidra till att reducera den stressrelaterade ohälsan. Långtidssjukskrivningarna ökade kraftigt under slutet av 1990-talet, och den psykiska ohälsan svarade för allt större andel av dessa. En angelägen uppgift för ISM var därför genom en enkätundersökning kartlägga förekomsten av upplevd stressbelastning och stressrelaterad psykisk ohälsa i förhållande till upplevd psykosocial arbetsmiljö. Detta studerades i ett urval av anställda vid Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsverksamheter samt hos anställda vid Försäkringskassan i Västra Götaland, de två organisationer som tillsammans stod bakom inrättandet av ISM (2008 övertog Västra Götalandsregionen helt ägarskapet av institutet). Första undersökningsomgången genomfördes 2004 och det blev inledningen till den s.k. KART-studien som kom att pågå till och med 2010.

Eftersom enkätundersökningar genomfördes vartannat år och riktades till samma personer var det möjligt att analysera om det fanns samband mellan grad av stressbelastning i arbetet, stressupplevelser och risk att senare utveckla stressrelaterade symtom och sjukdomar. Uppföljningar gjordes således 2006, 2008 samt 2010. Urvalet från 2004 har funnits med under samtliga uppföljningar förutom att Försäkringskassan inte deltog 2010. 2008 kompletterades studien ett nytt urval bland Västra Götalandsregionens anställda i syfte att öka andelen män, yngre och chefer. Dessutom inkluderas ytterligare enkätfrågor i de senaste två uppföljningarna.

Nedan följer en kort presentation av de ISM-rapporter som har publicerats från KART-studien 2004-2010:

[ISM-rapport 2](#)

Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid VGR och FK i Västra Götalands län. Delrapport 1 - enkätundersökning i maj-juni 2004 (publicerad 2006)

[ISM-rapport 4](#)

Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid VGR och FK i Västra Götalands län. Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj-juni 2006 (publicerad 2008)

[ISM-rapport 5](#)

Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj-juni 2008 (publicerad 2009)



[ISM-rapport 8](#)

KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008 (publicerad 2010)



[ISM-rapport 10](#)

KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008-2010 (publicerad 2011)



Deltagare

Inför första enkätomgången 2004 gjordes ett slumpmässigt urval av 5300 personer bland VGR-anställda inom sjukhus, primärvård, tandvård och centrala kanslier med minst ett års anställning (minst halvtid). Av dessa svarade 3213 (61 %) på enkäten. Vid varje ny enkätomgång har de som deltog gången innan och fortfarande var anställda i VGR tillsänts en enkät. Svarsfrekvenserna vid uppföljningarna var 82 % 2006, 85 % 2008 och 72 % 2010. Vid den senaste uppföljningen återstod 1422 personer av de som deltog 2004. Det kompletteringsurval 2008 som nämnts ovan gav ytterligare 1248 deltagare varav 801 (61 %) deltog även 2010. I Tabell 1 redovisas fördelningen av de 2223 deltagarna i KART-studien 2010 på olika verksamheter och Tabell 2 de fem största yrkesgrupperna.

Tabell 1. Deltagare i KART-studien 2010 (N=2223) uppdelat efter typ av verksamhet.

Verksamhet	Antal	Procent
Sjukhus	1 615	73
Primärvård	302	14
Tandvård	142	6
Annan verksamhet	164	7

Eftersom 73 % av deltagarna arbetar på sjukhus får detta verksamhetsområde störst tyngd när resultat för hela populationen redovisas.

Tabell 2. De fem största yrkesgrupperna bland deltagarna i KART-studien 2010 (N=2223).

Profession	Antal	Procent
Sjuksköterska/Barnmorska	690	31
Undersköterska	267	12
Enhetschef eller motsvarande ¹	228	10
Läkare	202	9
Läkarsekreterare ²	91	4

¹ Första linjens chef

² I denna rapport används genomgående den yrkesbeteckning som gällde vid studiens genomförande, men rätt yrkesbeteckning är nu Medicinska sekreterare.

De fem största yrkesgrupperna redovisas över tid i denna rapport. Eftersom ett selekterat ny-urval gjordes 2008 är resultaten mest jämförbara före respektive efter detta, d.v.s. 2004 och 2006 respektive 2008 och 2010 är parvis mest jämförbara. Störst skillnad föreligger i yrkesgrupperna chefer och läkare eftersom ny-urvalet gällde chefer, män och yngre anställda. Om resultaten som redovisas antyder en systematisk skillnad mellan de två första och de två sista undersökningsomgångarna kan det således delvis bero på denna förändring i undersökningspopulationen.

Om du är intresserad av att se resultat för andra yrkesgrupper finns detta i [ISM-rapport 8](#) (Hultberg, Hadžibajramović et al. 2010).

Rapportens syfte och innehåll

I denna avslutande KART-rapport är syftet att:

- Lyfta fram de viktigaste slutsatserna från hela studien och därmed ge en översiktsbild gällande deltagarnas upplevelse av psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa under perioden 2004-2010.
- Sammanfatta de hittills internationellt publicerade vetenskapliga artiklarna samt resultat från några nya analyser av KART-materialet.
- Vara ett stöd för dig som chef, medarbetare eller resursperson inom arbetsmiljöområdet vid planering av insatser inom området psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa.

Inledningsvis redovisas hur vi ser på hälsa, stress och uppkomsten av stressrelaterad ohälsa. I varje kapitel beskrivs kortfattat de metoder vi använt för att mäta hälsoutfallet för respektive variabel i KART-studien, vilket följs av resultatet av mätningarna under studieperioden för hela den valda populationen samt uppdelat på olika verksamheter och vårdprofessioner. Chefers situation inom VGR redovisas för första gången och har därför fått ett eget kapitel. Därefter sammanfattas de studier inom olika temaområden som publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter.

Reflektionsfrågor

Ett viktigt syfte med denna rapport är att den skall vara ett stöd för dig som chef, medarbetare eller resursperson inom arbetsmiljöområdet vid planering av insatser inom området psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa. Använd gärna detta material för att samtala om på arbetsplatsen, t.ex. på en APT, när ni arbetar med medarbetarenkäten, eller i andra forum. Därför skickar vi med några reflektionsfrågor i anslutningen till de olika avsnitten.

Om stress och hälsa

Definitioner

Hälsa kan definieras på många sätt. Följande definition har varit utgångspunkten i ISMs forskning och kunskapsspridning för hälsofrämjande arbetsplatser; *Hälsa är att må bra och ha tillräckliga resurser för att klara vardagens krav – och för att kunna förverkliga såväl personliga som professionella mål* (fritt efter Nordenfeldt, Antonovsky m.fl.). Förändringar mellan hälsa och ohälsa kan beskrivas som en förflyttning över ett kontinuum (Antonovsky 1991). Ibland upplever vi att ohälsa dominerar, men vi strävar i allmänhet efter att förflytta oss i riktning mot en ökad hälsa. Nedanstående modell illustrerar den balansgång som vardagens utmaningar kan innebära.



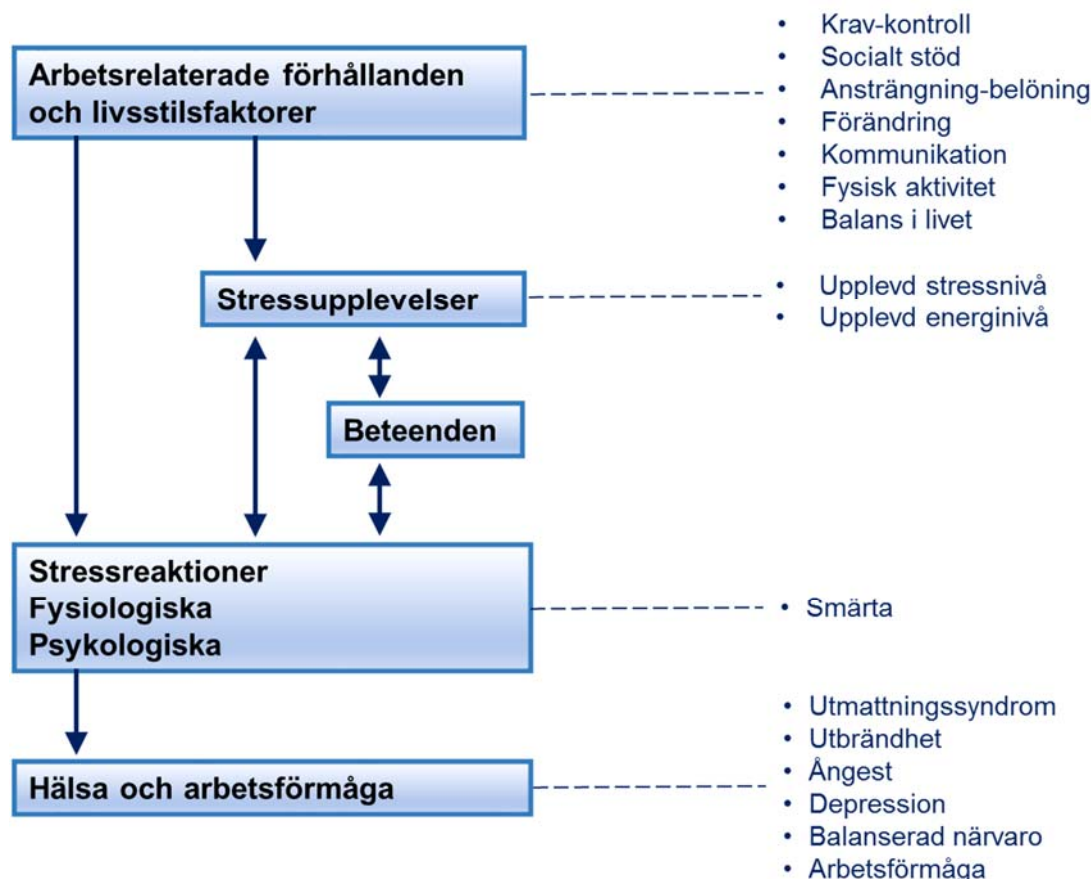
Figur 1. Hälsans kontinuum (Hultberg 2010)

Stress definieras på olika sätt beroende på sammanhang, t.ex. för att beskriva belastning (exponering), upplevelse, aktivering eller konsekvens, vilket kan skapa förvirring. Akut stress definieras som mobilisering av fysiska och psykiska resurser som svar på ett hot eller utmaning/påfrestning (s.k. stressor). Definitionen innehåller då såväl upplevelsen av situationen och därav följande fysiologiska och psykologiska reaktioner, och benämns vanligen *akut stressreaktion*. Denna är oftast ändamålsenlig och sällan farlig, snarare en nödvändighet för individen. Kvarstår belastningen under lång tid, månader till år, utan tillräckliga möjligheter till återhämtning talar man ibland om ”kronisk stress”. Ett sådant tillstånd kan få negativa konsekvenser i form av kroppsliga och/eller psykiska hälsoproblem, s.k. stressrelaterad ohälsa. Anpassningsstörning och utmattningssyndrom är exempel på psykiska sjukdomar där stress är en huvudorsak.

Andra psykiska och kroppsliga symtom och sjukdomar såsom depression, kognitiva svårigheter och högt blodtryck är inte sällan stressrelaterade, och vid många andra tillstånd kan stress bidra till att förvärra symtomen. Om detta kan du läsa i ISM-broschyren [Blir man sjuk av stress](#) (Wiegner 2015).

Hur stressrelaterad ohälsa uppstår

Det finns olika teoretiska modeller som beskriver sambanden mellan stressorer, stressrespons och hälsoeffekter, bland annat beroende på om perspektivet är biologiskt eller psykologiskt (Arnetz and Ekman 2013). I figur 2 nedan illustreras den schematiska teoretiska modell vilken denna rapport utgår ifrån och som knyter an till vår definition av stress ovan. Individens respons på stressorer består av ett komplicerat samspel mellan upplevelser, fysiologiska och psykologiska reaktioner och beteenden. Tidigare erfarenheter av liknande situationer spelar ofta stor roll. Givetvis finns det andra väsentliga faktorer att ta hänsyn till som inte framgår av denna förenklade modell.

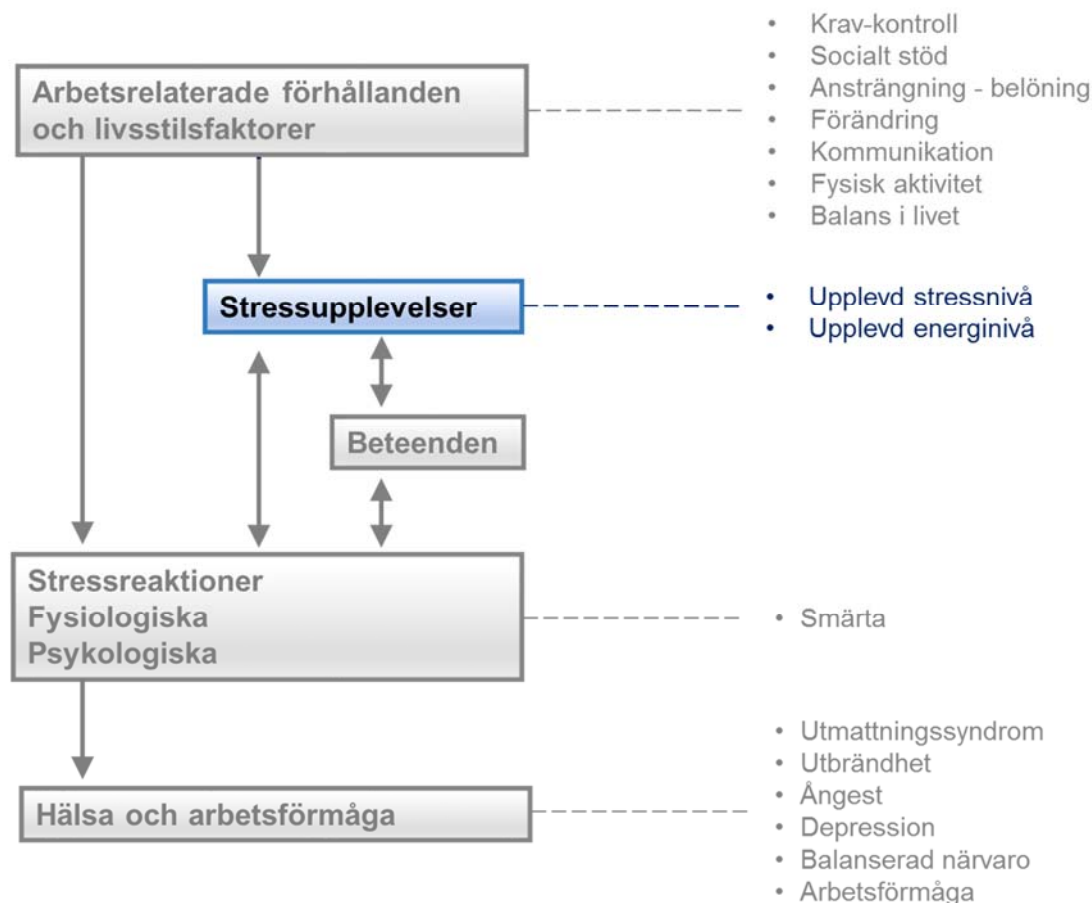


Figur 2. Teoretisk modell som översiktligt beskriver hur stressrelaterad ohälsa uppstår. Till höger presenteras faktorer som har analyserats i KART-studien och som belyses i denna rapport.

Arbetsrelaterade förhållanden och livsstilsfaktorer är här så kallade bestämningsfaktorer för hälsa, d.v.s. faktorer som främjar hälsa eller skapar stress och stressrelaterad ohälsa. Även interna faktorer i form av egna krav och personlighet, som bland annat kan forma vår ambitionsnivå, har betydelse i detta sammanhang. Externa bestämningsfaktorer kan både handla om arbetet och tillvaron utanför arbetet. I KART-enkäten ställs frågor som berör både interna och externa bestämningsfaktorer. Denna rapport fokuserar i första hand på de variabler du ser till höger i Figur 2.

Stressupplevelser

Ungefär en av sex deltagare angav att de känt sig stressade i arbetet senaste veckan vid de tre senaste mättillfällena. Denna andel var högre bland deltagare från Primärvården jämfört med Sjukhusen under hela perioden. Bland yrkesgrupperna var stressupplevelse vanligast bland läkarsekreterare och läkare.



Instrument för att mäta stressupplevelser

Screeningfråga för stressupplevelse

I det etablerade frågeformuläret [QPS-Nordic](#) (Dallner, Elo et al. 2000) ingår en fråga om stressupplevelse som använts för screening av olika populationer: "Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös eller orolig *eller* inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden. Känner du av sådan stress för närvarande?" Fem svarsalternativ ges: "Inte alls", "bara lite", "i viss mån", "ganska mycket" och "våldigt mycket". Frågan har visat sig korrelera väl med andra etablerade stress- och utbrändhetsmått, och ha god validitet för screening av personer med hälsopåverkan av stressbelastning (Elo, Leppanen et al. 2003).

I KART-studien kompletterades med en följdfråga: ”Har du under en längre sammanhängande tid än en månad de senaste 12 månaderna känt sådan stress?”. Svartalternativen var ”Ja” och ”Nej”. Andelen deltagare som svarat ”ganska” eller ”väldigt mycket” finns redovisad i första delrapporten från KART-studien [ISM-rapport 2](#) (Ahlborg Jr, Ljung et al. 2006). I de yrkesgrupper som redovisas nedan var denna andel: undersköterskor 13 %, sjuksköterskor 12 %, läkare 18 %, 1:a linjens chefer 15 % och läkar-sekreterare/medicinska sekreterare 19 %.

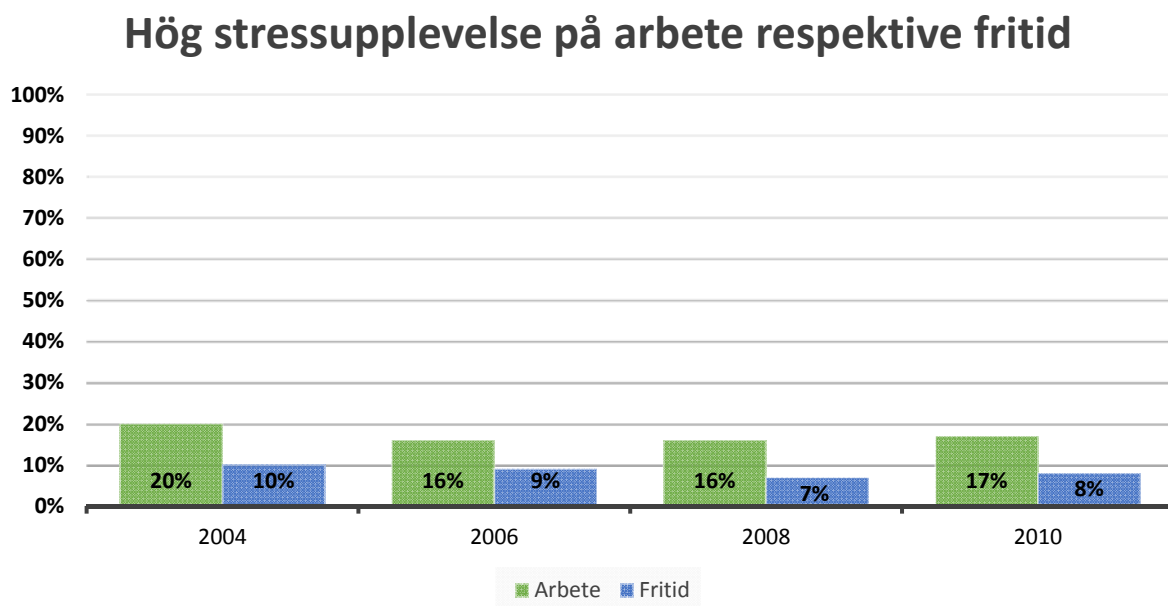
I en studie av patienter som sökte läkare på fem vårdcentraler i Göteborgsområdet 2009 hade två tredjedelar av dem som angav ganska eller väldigt mycket stress på denna fråga symtom som talade för hög grad av utbrändhet och närmare hälften i samma grupp hade symtom som talade för utmattning, [Förekomst av upplevd stress bland patienter som söker primärvårdsläkare](#) (Wiegner, Hange et al. 2015).

Stress-Energi-skalan (SEQ)

En annan metod att mäta stressupplevelse som använts i KART-studien är [Stress-Energi-skalan](#) (Kjellberg och Wadman, 2002). Det är en s.k. adjektivchecklista för att beskriva sinnesstämning, d.v.s. hur man känt sig under arbetet, med sex frågor relaterade till stress och sex till energi. Det finns sex svartalternativ för hur mycket man känner av respektive beskriven känsla (t.ex. spänd, energisk, lugn), från ”inte alls” till ”mycket, mycket”. Svaren på respektive delskala sammanfattas i ett index. Inför KART-studien gjorde vi en modifiering så att frågan gäller hur personen känt sig i arbetet ”under den senaste veckan”. Vi konstruerade dessutom en kompletterande fråga om hur hen känt sig under den tid hen ”inte arbetat under den senaste veckan”. De två versioner av SE-skalan som använts har varit föremål för en omfattande utvärdering inom ramen för [en doktorsavhandling](#) vid ISM och Göteborgs Universitet (Hadžibajramović 2015) (Se avsnittet Metodutveckling allra sist i denna rapport). Figur 3 visar andelen som upplever hög stressnivå på arbetet respektive på fritiden vid de fyra mättillfällena i KART-studien. I en del analyser har svaren på delskalan om stress kombinerats med svaren på frågor om sömn till ett mått kallat ”uppvarvning” (hög stressnivå + frekventa sömnstörningar).

Enbart uppvarvning utan tecken till allvarigare stressrelaterad psykisk ohälsa (se nedan) rapporterade 4-5% av deltagarna 2004 och 2006 [ISM-rapport 4](#) (Ahlborg Jr; Hadžibajramović et al. 2007).

Upplevd stress i VGR över tid

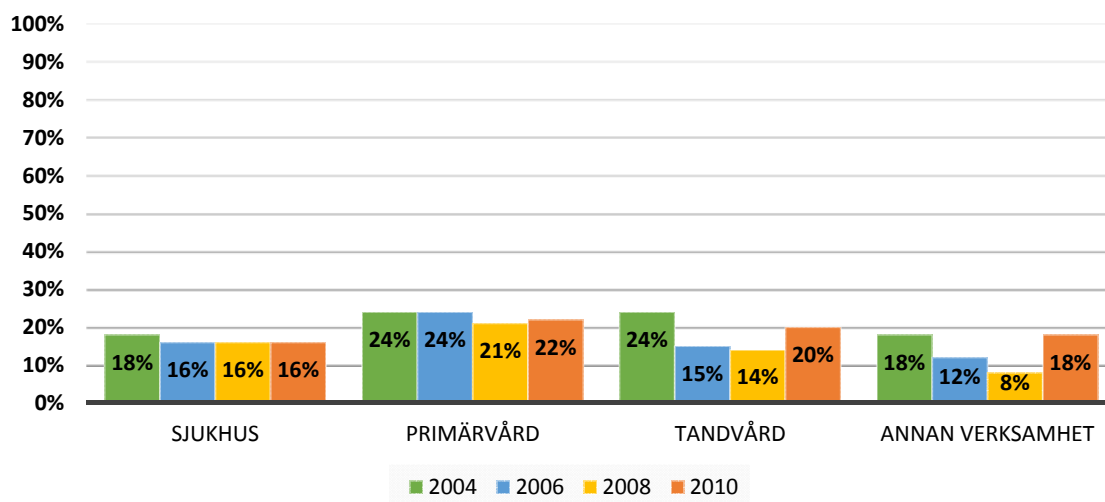


Figur 3. Andel (%) deltagare i KART-studien som upplever hög stress på sitt arbete respektive fritid 2004-2010 enligt svaren på stress-skalan i SEQ.

Vid första mätningen 2004 angav drygt var femte deltagare att de känner av ganska eller väldigt mycket stress i arbetet. Därefter har denna andel legat på ungefär en av sex. På fritiden är andelen som känner sig stressade lägre.

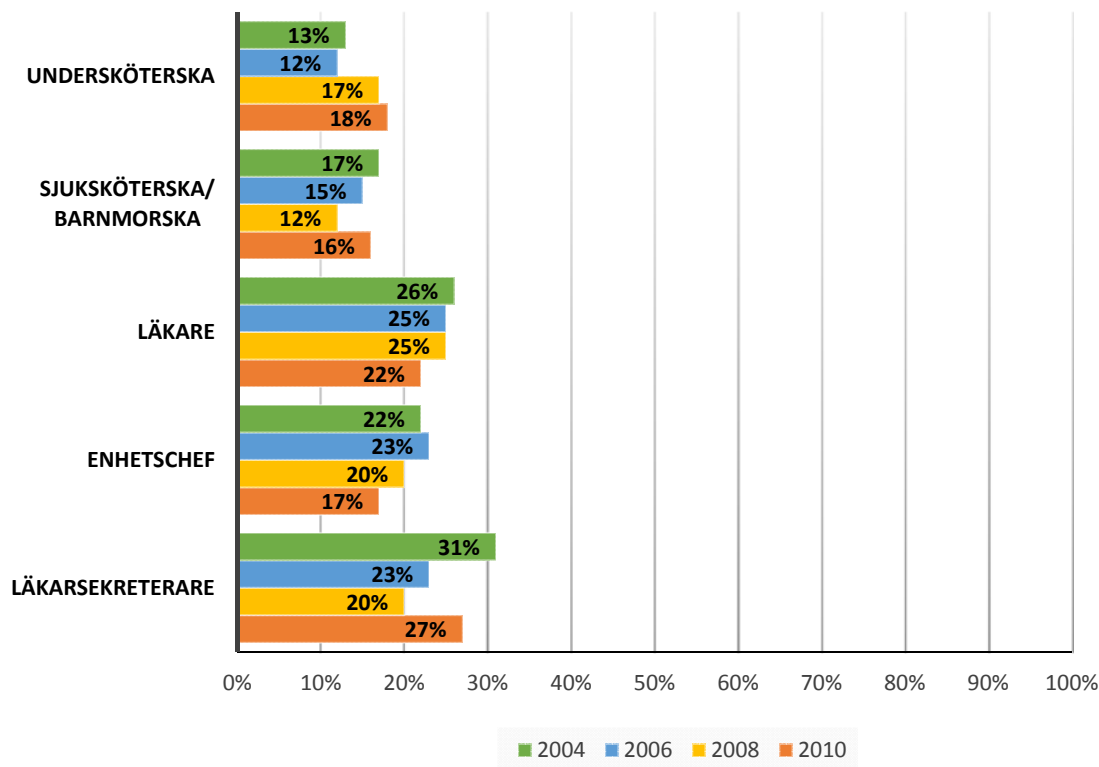
Stress i olika verksamheter och yrkesgrupper

Hög stressupplevelse på arbetet inom olika verksamheter



Figur 4. Andel (%) deltagare i KART-studien inom olika verksamheter som upplever hög stress på arbetet 2004-2010 enligt svaren på stress-skalan i SEQ.

Hög stressupplevelse på arbetet inom olika yrkesgrupper



Figur 5. Andel (%) deltagare i KART-studien 2004-2010 inom olika yrkesgrupper som upplever hög stress på arbetet enligt svaren på stress-skalan i SEQ.

Störst andel som uppger stress i arbetet återfinns inom primärvården och bland de deltagare som 2004 arbetade i tandvården (figur 4). Variationen över tid är minst bland sjukhus- och primärvårdsanställda och skillnaden i nivå mellan dessa två populationer är påtaglig. Läkarsekreterargruppen uppvisar den största andelen stressade 2004 och 2010 (figur 5). Ungefär var fjärde läkare angav hög stressnivå medan andelen bland enhetschefer var något lägre och minskade mer de sista åren.

Kommentar

Att ha upplevt hög grad av stress i arbetet senaste veckan behöver naturligtvis inte innebära någon hälsorisk. Det viktigaste är att stressbelastningen inte blir alltför långvarig och åtföljs av tillräcklig tid för avkoppling och återhämtning. Vid perioder av höga krav på att prestera maximalt i arbetet är det särskilt viktigt att det finns utrymme för lustfyllda aktiviteter och tillräckligt med vila/sömn på fritiden. Här betyder arbetstidens förläggning mycket samt att det även finns möjligheter till raster och anpassat födointag under arbetspassen. Långvarig stressbelastning, särskilt om den föreligger både i arbetet och på fritiden, medför en hög risk för psykisk ohälsa och även kroppsliga symtom och sjukdomar.

Reflektionsfrågor

Om du ofta känner dig stressad - beror det i första hand på hur du har det på arbetet eller på fritiden, eller både och?

Hur märker du av en allt för hög stressnivå, på dig själv eller i din arbetsgrupp?

Vad kan du i så fall göra som chef/arbetskamrat för att stötta?

Vad skulle du själv vilja ha för stöd i motsvarande situation?

Vilka organisatoriska förutsättningar finns det för återhämtning på din arbetsplats?

Vilka är dina bästa knep för återhämtning?

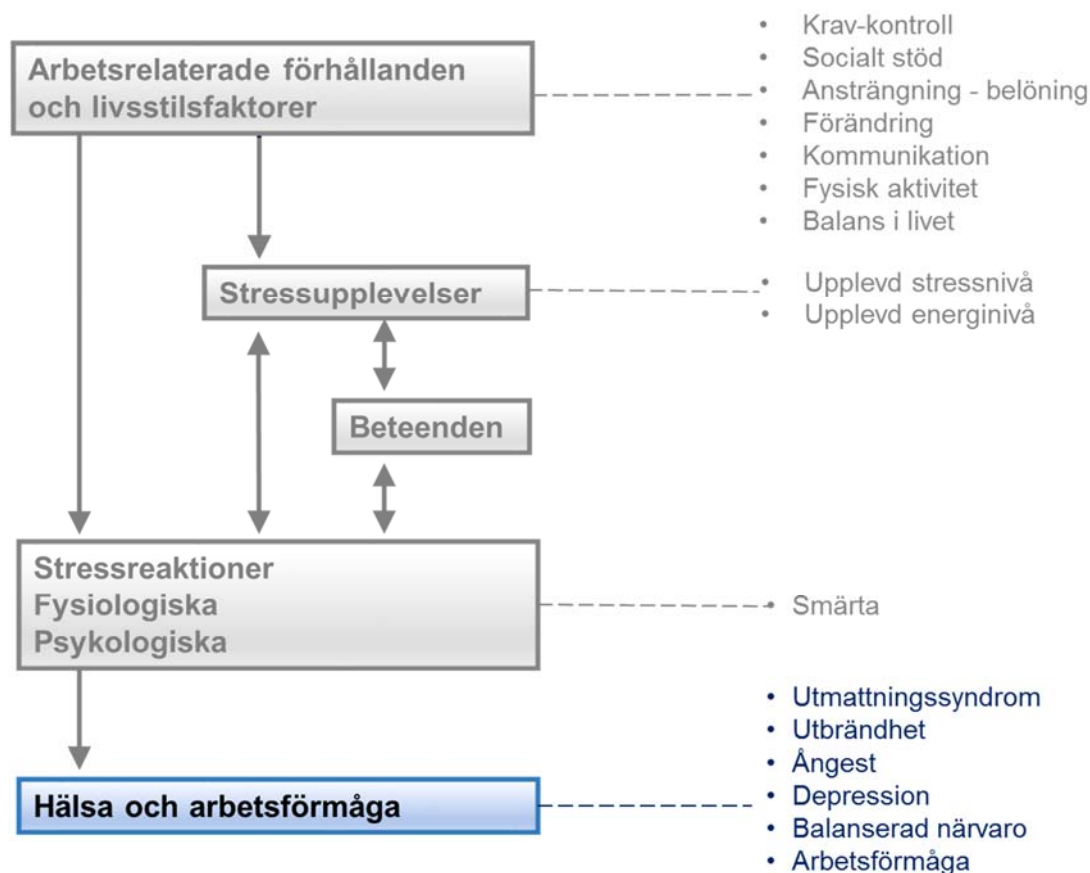
Hälsa och arbetsförmåga

Ungefär en fjärdedel av deltagarna hade tecken till allvarigare psykisk ohälsa, d.v.s. hög förekomst av symptom på utbrändhet/utmattning, depression och/eller ångest. Allra högst låg läkarsekreterarna under hela studieperioden. Bland deltagarna som arbetade inom Primärvården skedde en tydlig ökning 2010 jämfört med 2008.

Om situationen inte förändras för de som är i riskzonen för allvarlig utmattning/utbrändhet finns det en stor risk för nedsatt arbetsprestation och långtidssjukskrivning. Det finns mycket att vinna genom att identifiera personer inom riskgruppen och vidta åtgärder för att skapa hållbara arbetsförhållanden.

Omkring hälften av alla deltagare skattade sin arbetsförmåga som mycket god eller utmärkt, med relativt liten variation mellan yrkesgrupperna. Andelen var något högre bland tandvårdsanställda jämfört med övriga.

Hög balanserad närvaro är ett positivt hälsomått, vilket ökade för de flesta under 2006-2010. Tydligast var det bland cheferna. För läkarsekreterarna var trenden den motsatta, med minskad balanserad närvaro. Även när det gällde balanserad närvaro var andelen något högre bland tandvårdsanställda.



Utmattning/Utbrändhet

Utmattning och utbrändhet kan definieras på lite olika sätt. När det gäller stressrelaterad ohälsa brukar man ange påtaglig brist på psykisk och fysisk energi som främsta tecken på dessa tillstånd, som i stor utsträckning är överlappande. Till detta kommer oftast känslomässiga och kognitiva funktionsstörningar samt försämrad sömn. Olika kroppsliga symtom är vanliga, t.ex. värk, mag-tarmbesvär etc.

Instrument för att mäta utmattning/utbrändhet

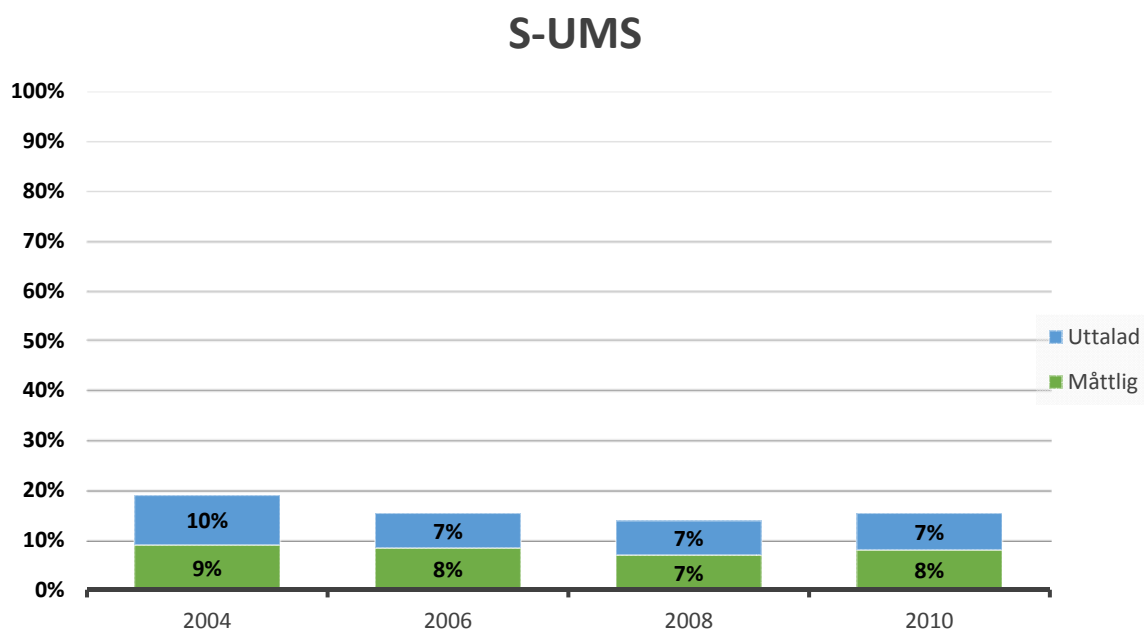
Självskattat utmattningssyndrom (s-UMS)

Under planeringen av KART-studien föreslog en expertgrupp tillsatt av Socialstyrelsen kriterier för en ny diagnos – Utmattningssyndrom. Baserat på dessa kriterier skapade vi ett frågeinstrument kallat Självskattat Utmattningssyndrom (s-UMS), vilket inkluderades i KART-enkäten. Frågorna gällde om man känt sig psykiskt och/eller fysiskt utmattad, om man anser att det beror på att man varit utsatt för stress under lång tid, om man upplevt vissa symtom tydande på stresspåverkan och slutligen om detta påtagligt försämrat välbefinnande och/eller funktionsförmåga. Om man bejakat dessa frågor (inkl. minst fyra av de sex symtomfrågorna) så klassificeras det som självskattat utmattningssyndrom. De som svarat ”Ja, något” på sista frågan anses ha lätt/måttligt s-UMS medan de som svarat ”Ja, i allra högsta grad” betecknas som uttalat s-UMS. Figur 6 nedan illustrerar andel med måttlig respektive uttalad s-UMS över tid.

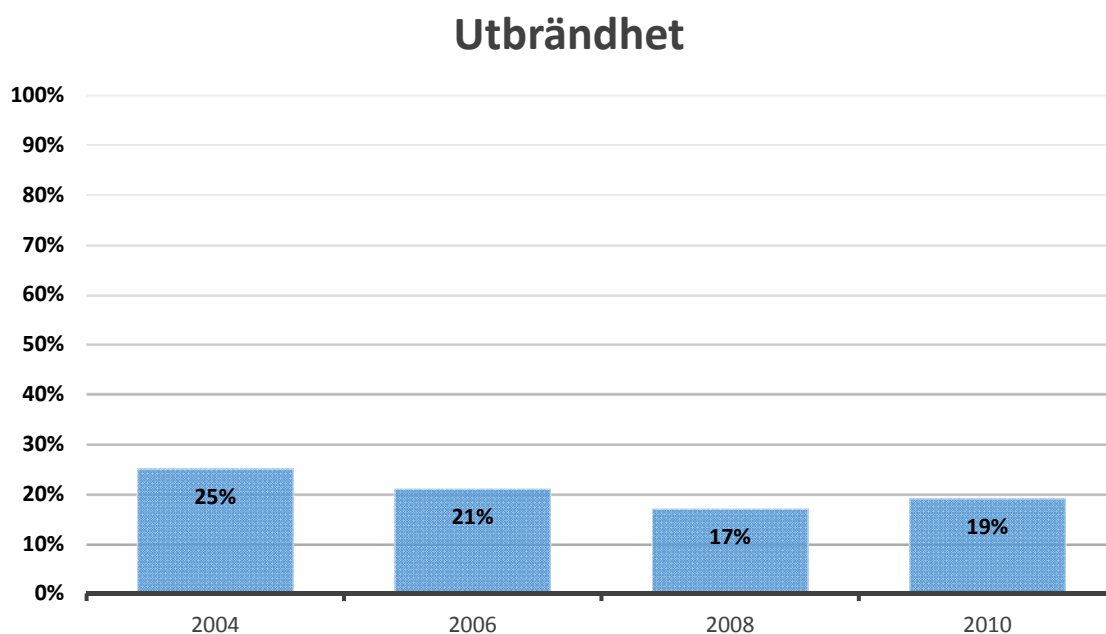
Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)

Det fanns vid planeringen av KART-studien flera olika, relativt etablerade skattningsskalor för utbrändhet. Vi valde att inkludera Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Melamed, Kushnir et al. 1992) eftersom det var ett instrument som använts av flera forskargrupper i Sverige (och till skillnad från t.ex. Maslach Burnout Inventory var kostnadsfritt att använda). Skalan består av 22 frågor i form av påståenden om hur man känner sig, indelade i fyra subskalor, och med 7 svarsalternativ från ”Nästan aldrig” till ”Nästan alltid. Vi har i huvudsak presenterat resultat som baserar sig på svaren på alla frågorna och då genom att använda ett gränsvärde (cut-off) som indikerar en hög grad av utbrändhet (initialt medelpoäng 4,6 som från och med uppföljningen 2006 ändrades till 4,0) (Norlund, Reuterwall et al. 2010). Gränsvärdet beslutades efter dialog med svenska forskare som använt SMBQ. Figur 7 visar andelen deltagare över gränsvärdet 4.0 vid respektive mättillfälle. Vi har utvärderat [SMBQ](#) inklusive vad som kan vara lämpligt gränsvärde i en särskild metodstudie som redovisas i avsnittet Metodutveckling allra sist i denna rapport.

Utmattning/utbrändhet i VGR över tid



Figur 6. Andel (%) med måttlig respektive uttalad s-UMS 2004-2010 bland de som svarat vid respektive mättillfälle.



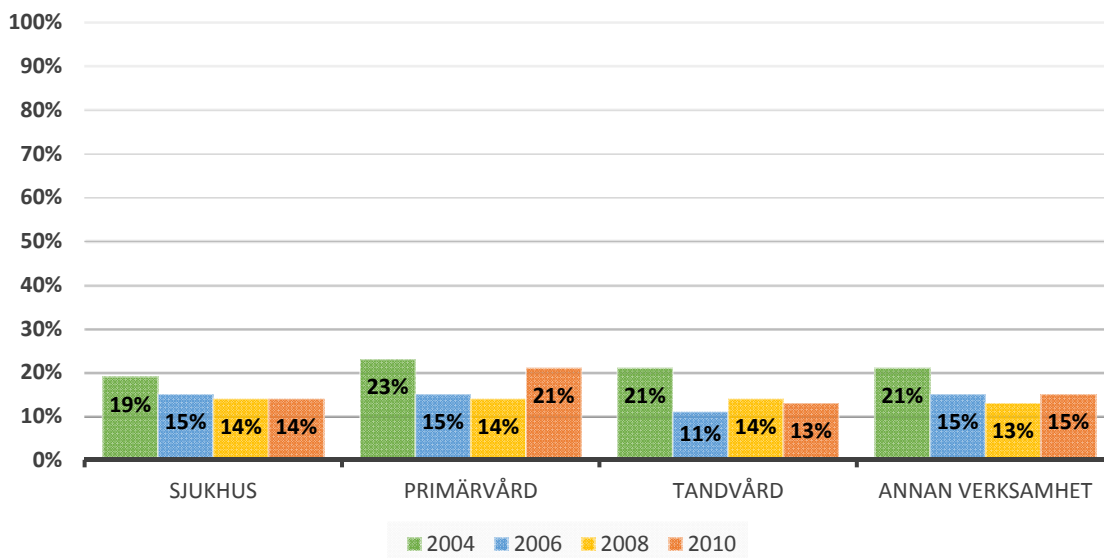
Figur 7. Andel (%) med hög grad av utbrändhet (SMBQ>4,0) 2004-2010 bland de som svarat vid respektive mättillfälle.

Andelen som svarar i enlighet med minst måttligt s-UMS är ungefär lika stor som för hög stressupplevelse i arbetet enligt SEQ (Figur 6) och här finns naturligtvis en stor överlappning. Det bekräftar också att många upplevt stress under en längre tid vilket medfört olika symtom. Dessa personer presterar sannolikt sämre än normalt i arbetet. Individer som svarar i enlighet med ”uttalat” s-UMS har en klart förhöjd risk för försämrad arbetsförmåga, i värsta fall ledande till långtidssjukskrivning. Instrumentet finns tillgängligt på ISM:s hemsida och kan användas för kartläggning och uppföljning inriktad mot psykosocial arbetsmiljö och stress. Se även [Utmattningssyndrom, ISM-häfte nr 5](#) (Glise 2013).

Vid första mätningen rapporterade var fjärde deltagare förhöjd grad av utbrändhet enligt SMBQ (Figur 7). Vid uppföljningarna minskar andelen till ungefär en av fem (skillnaden mellan 2006 och 2008 förklaras till en del av den selektiva utökningen av KART-populationen vid den senare undersökningsomgången). Dessa personer är i riskzonen för allvarigare psykisk ohälsa och tillståndet innebär också en påverkan av prestationsförmågan och sannolikt en ökad risk för felhandlingar som kan äventyra patientsäkerheten.

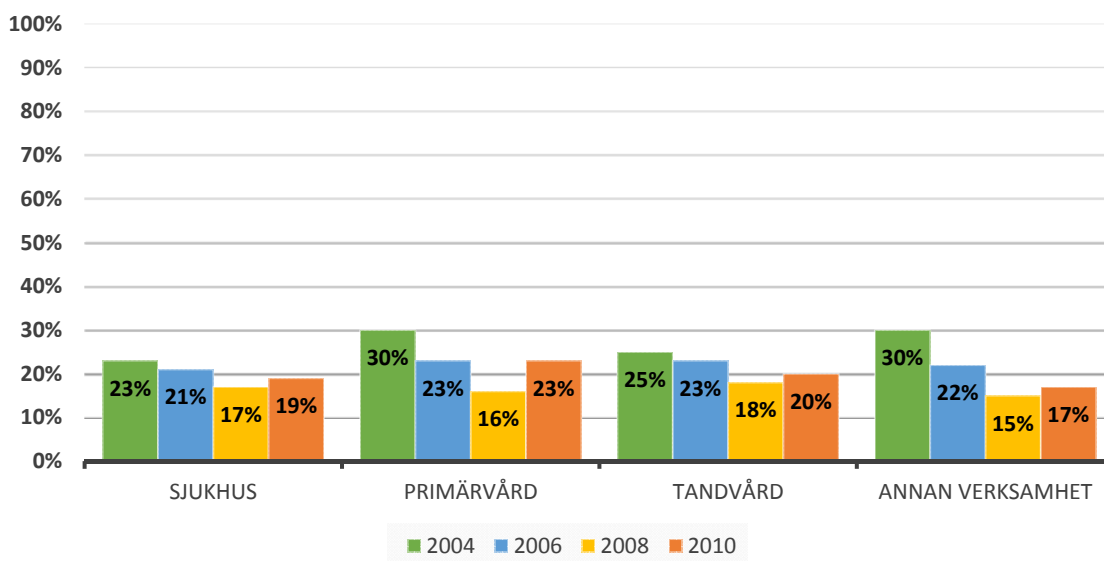
Utmattning/utbrändhet i olika verksamheter och yrkesgrupper

S-UMS inom olika verksamheter



Figur 8. Andel (%) med måttlig samt uttalad s-UMS bland anställda inom olika verksamheter 2004-2010.

Utbrändhet inom olika verksamheter

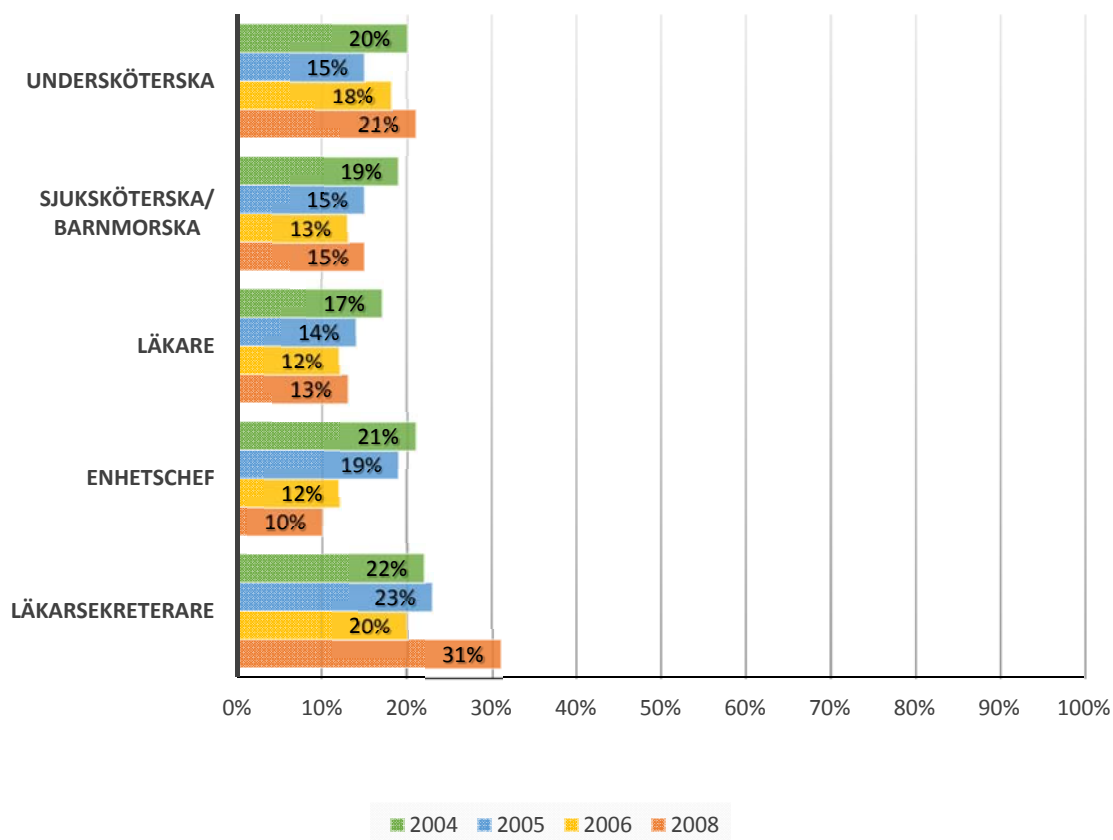


Figur 9. Andel (%) med hög grad av utbrändhet ($SMBQ > 4,0$) inom olika verksamheter 2004-2010.

Både för utmattning och utbrändhet ses en trend mot minskande förekomst vid de två första uppföljningarna 2006 och 2008. Vid sista uppföljningen 2010 tycks denna trend ha brutits och för t.ex. primärvårdsanställda ses en tydlig ökning.

Trendbrottet kan vara en följd av den ekonomiska krisen 2008-2009 och de stora strukturella och organisatoriska förändringarna inom primärvården i samband med bildandet av VG Primärvård 2009.

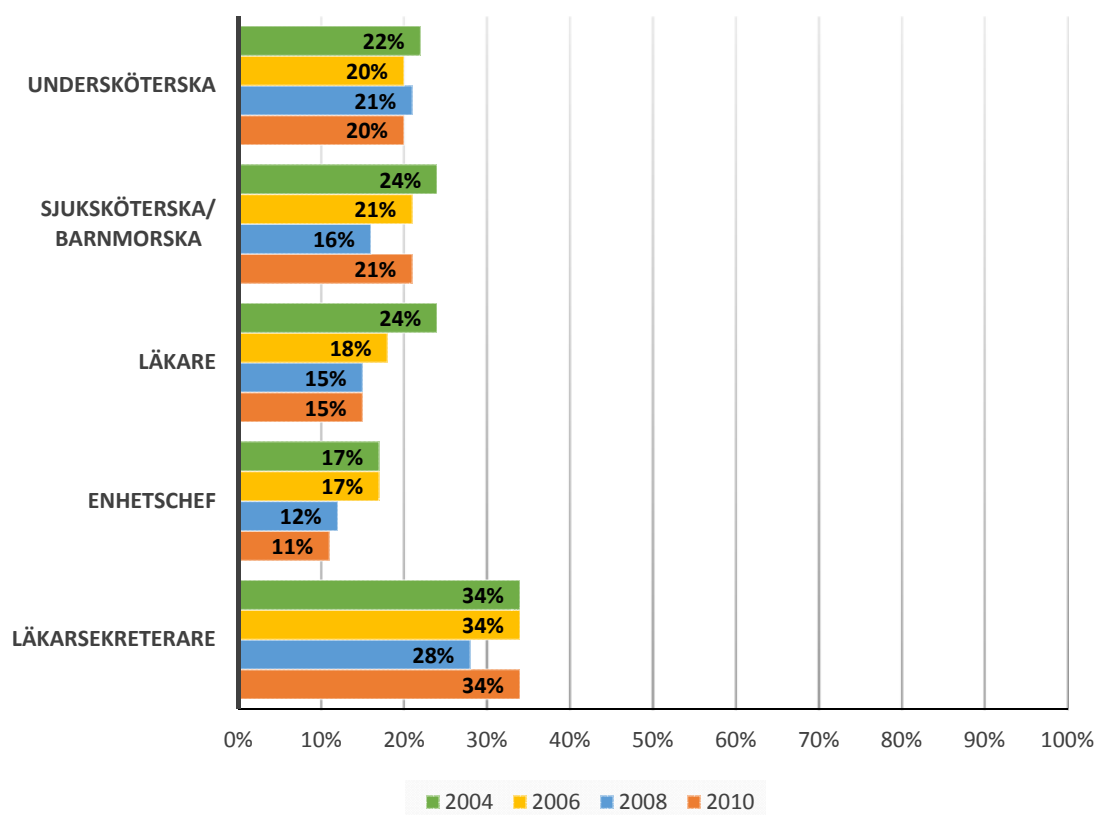
S-UMS inom olika yrkesgrupper



Figur 10. Andel (%) med måttlig samt uttalad s-UMS bland anställda inom utvalda yrkesgrupper 2004-2010.

Läkarsekreterare är den yrkesgrupp som i figur 10 visar på en markant ökning av s-UMS 2010, tio procentenheter efter kommer undersköterskorna. Båda dessa grupper har även uppgett en i hög utsträckning negativ bild gällande psykosocial arbetsmiljö och hälsa mer eller mindre under hela perioden. Här krävs uppenbarligen särskilda insatser för att vända denna negativa utveckling. Läkare och enhetschefer visar en mer positiv utveckling med minskad andel med s-UMS.

Utbrändhet inom olika yrkesgrupper



Figur 11. Andel (%) med hög grad av utbrändhet inom olika yrkesgrupper över tid.

Även när det gäller förhöjd grad av utbrändhet enligt SMBQ ses en positiv trend bland deltagande läkare och enhetschefer medan bilden inte är lika positiv för övriga yrkesgrupper. Detta kan till en viss del förklaras av det selekterade ny-urvalet 2008 som tillförde män och chefer, vilket påverkade dessa yrkesgrupper mest. I stort sett rapporterar var tredje läkarsekreterare sådana tecken till stressrelaterad ohälsa över hela tidsperioden.

Kommentar

Utvecklingen över tid varierar mellan olika verksamheter och yrkesgrupper både vad det gäller s-UMS och utbrändhet enligt SMBQ, vilket framgår i figur 8 till 11. I vilken grad denna variation har samband med verksamhetsutveckling, arbetsmiljöåtgärder eller andra förändringar på arbetsplatsen bedöms sannolikt bäst av de berörda grupperna själva. Om situationen inte förändras för de som är i riskzonen för allvarlig utmattning/utbrändhet finns det en stor risk för nedsatt arbetsprestation och långtidssjukskrivning. Ökade sjukskrivningstal är en av många orsaker för att vidta åtgärder och en angelägen uppgift för både arbetsgivaren och den anställde.

Det finns mycket att vinna genom att identifiera personer inom riskgruppen och vidta förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, med fokus på friskfaktorer, för att skapa hållbara arbetsförhållanden också ur hälsosynpunkt.

Depression och ångest

Symtom på depression och ångest är relativt vanliga i befolkningen och de flesta människor upplever sådana åtminstone någon gång i livet. Långvarig stressbelastning utan tillräcklig återhämtning ökar inte bara risken för utmattning/utbrändhet utan även för depression och ångestsjukdom. En granskning av den vetenskapliga litteraturen visar att det finns samband mellan psykosociala förhållanden i arbetet och risken att drabbas av symtom på depression och utmattningssyndrom, [Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom](#) (SBU 2014). Det finns ett flertal självskattningsinstrument för att mäta förekomsten och graden av depression och ångest vid diagnostik och behandling av individer eller inom olika populationer.

Instrument för att mäta depression och ångest

Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)

Långvarig stressbelastning och tilltagande utmattning är ofta förknippat med symtom på depression och/eller ångest. En mycket stor andel av patienterna på ISM-mottagningen som uppfyller de kliniska kriterierna för diagnosen Utmattningssyndrom får också någon ångest och/eller depressionsdiagnos. För att i KART-studien även fånga upp denna typ av symtom på psykisk ohälsa där stressbelastning kan vara en bidragande orsak valde vi att använda [Hospital Anxiety and Depression scale](#) (HAD) (Zigmond och Snaith, 1983). Den består av två delskalor; en för ångest och en för depression, vardera med sju frågor med fyra svarsalternativ poängsatta från 0-3. Poängen summeras inom respektive delskala och resultatet klassificeras i tre nivåer indikerande ingen (0-7 p), mild (8-10 p) och sannolik (>10 p) ångeststörning/depression om man följer originalpublikationen av skalan. I figurerna nedan redovisas andelarna som rapporterar ökad förekomst av sådana symtom i kategorierna måttlig (8-10 p) respektive hög (>10 p) förekomst.

Symtom på depression och ångest i VGR över tid

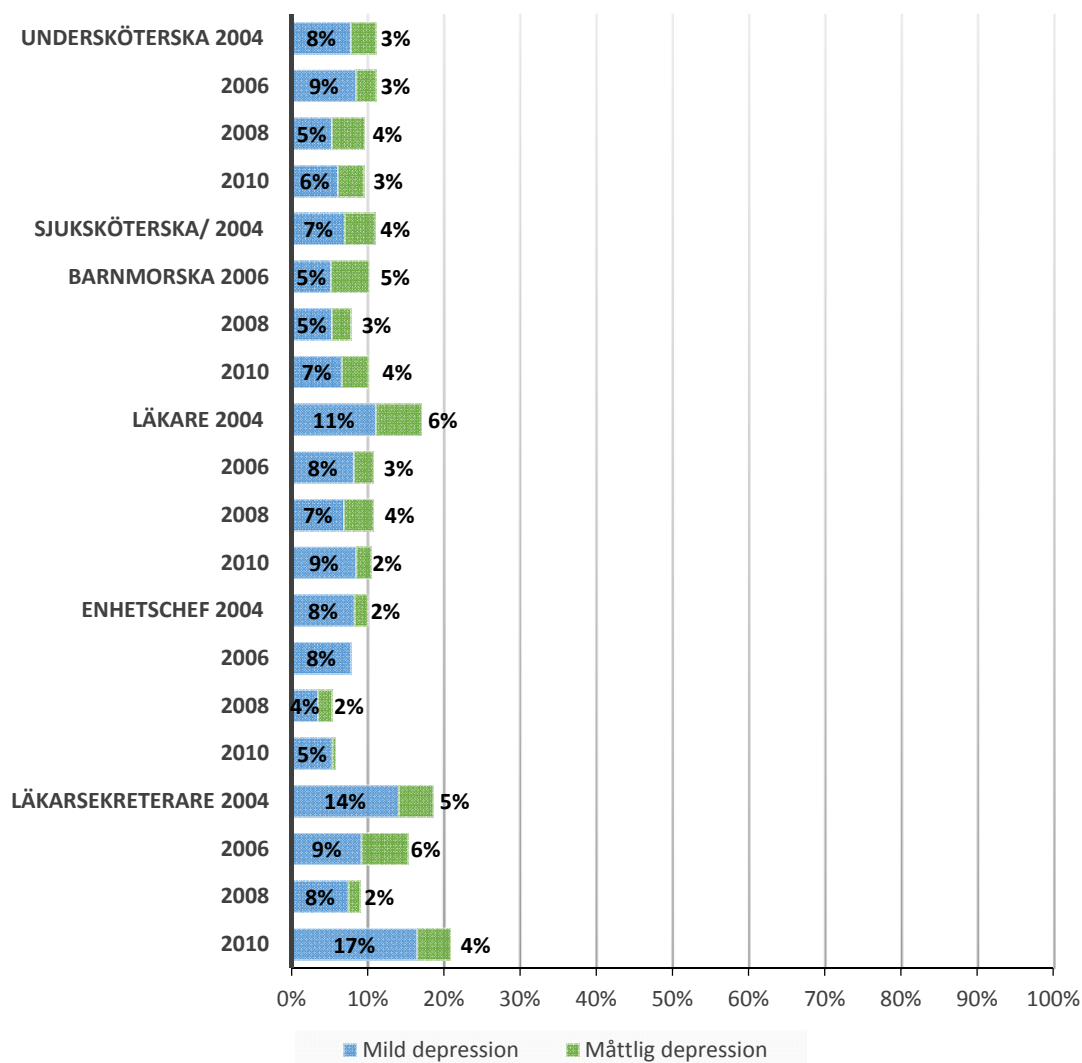
Förekomsten av symtom på sannolik depression respektive ångeststörning enligt HAD i KART-populationen ligger ungefär i nivå med vad man finner i den allmänna befolkningen och förändras endast marginellt över studieperioden 2004-2010 (depression 4-3 %, ångest 13-9 %).

Symtom på depression och ångest i olika verksamheter och yrkesgrupper

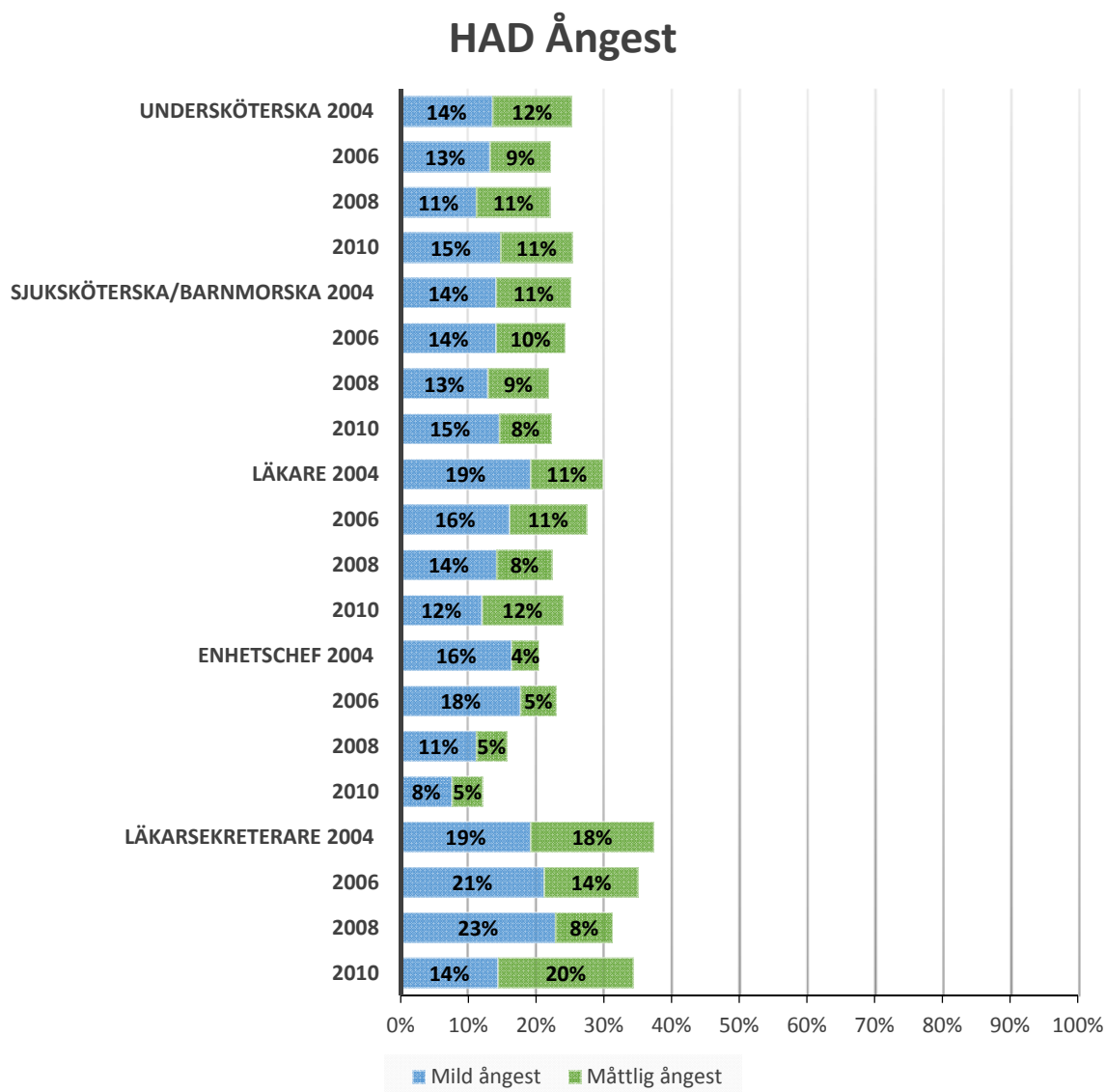
Inte heller mellan olika verksamhetsområden föreligger några anmärkningsvärda skillnader i förekomst av symtom på depression eller ångest. Däremot ses tydliga skillnader mellan olika yrkesgrupper (Figur 12 och 13). Det mest framträdande är att symtom på ångest är vanligast inom läkarsekreterargruppen och minst vanliga i chefsgruppen.

Det senare kan hänga ihop med att chefer som grupp vanligen skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bättre än vad andra grupper av anställda gör. Läkargruppen rapporterade hög förekomst av symtom 2004 men andelen minskade bland dem som deltog i de senare undersökningsomgångarna.

HAD Depression



Figur 12. Andel (%) med mild (8-10 poäng) respektive måttlig (>10 poäng) förekomst av symtom på depression enligt HAD-skalan inom olika yrkesgrupper.



Figur 13. Andel (%) med mild (8-10 poäng) respektive måttlig (>10 poäng) förekomst av symtom på ångest enligt HAD-skalan inom olika yrkesgrupper.

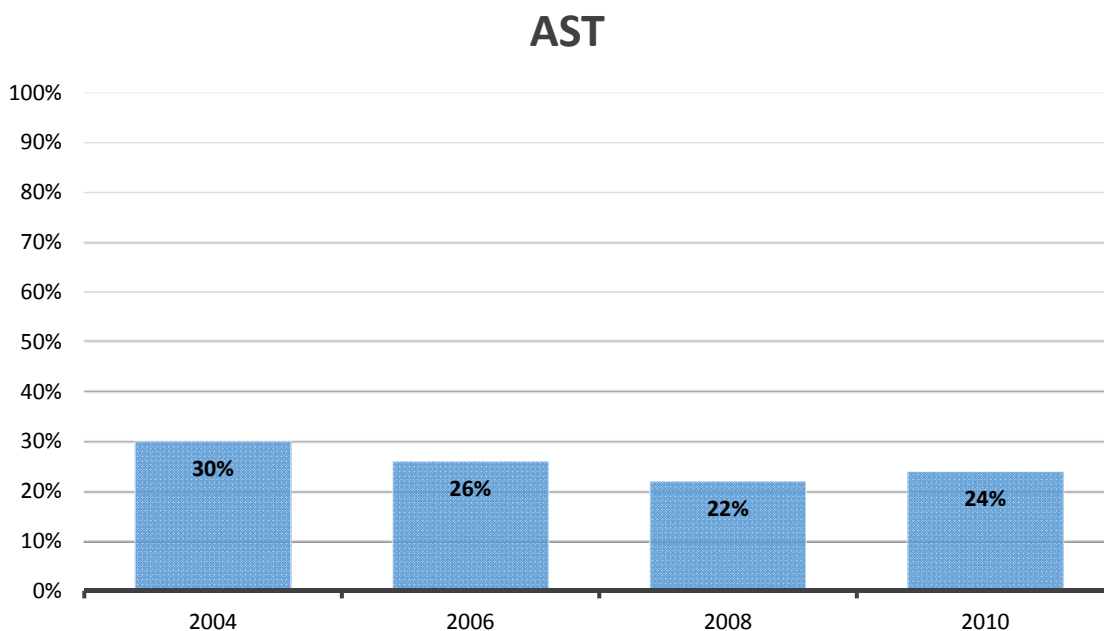
Kommentar

Även om ångest och depressiva symtom kan vara en följd av stressbelastning i arbetet och/eller i privatlivet så har en del personer av genetiska och andra orsaker tidigare i livet återkommande sådana besvär under sin livstid, även när tydliga yttre påfrestningar saknas. Det kan påverka såväl den mentala som den fysiska och sociala funktionsförmågan och innebär inte sällan en ökad känslighet för stressbelastning. Det är viktigt att det finns en förståelse och lyhördhet hos chefer och arbetskamrater för detta så att man kan ge stöd för att möjliggöra för en sådan person att vara kvar i arbete (om inte sjukskrivning är alldeles nödvändig).

Allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST)

Vi har i flera KART-rapporter använt ett samlat mått på stressrelaterad psykisk ohälsa kallat ”Allvarligare stressrelaterat tillstånd” (AST). Det innebär att personen svarat på ett sätt som uppfyller kriterierna för minst ett av följande: s-UMS, SMBQ>4,0, HAD ångest >10, HAD depression >10. Vid analyser av samband mellan psykosociala förhållanden och senare utveckling av stressrelaterad psykisk ohälsa har AST varit det mått vi använt mest i ISM-rapporterna. Andelen svarande som klassificerats som person med AST vid respektive mättillfälle visas i figur 15.

AST i VGR över tid

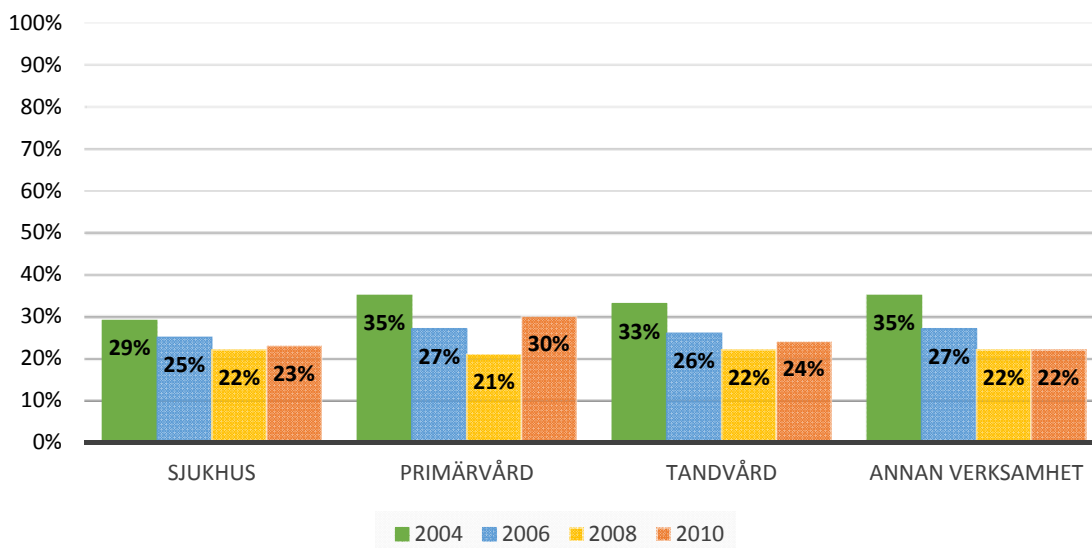


Figur 14. Andel (%) med Allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST) över tid.

Nästan var tredje deltagare rapporterade 2004 tecken till allvarligare psykisk ohälsa. Därefter sjönk denna andel till ungefär var fjärde.

AST i olika verksamheter och yrkesgrupper

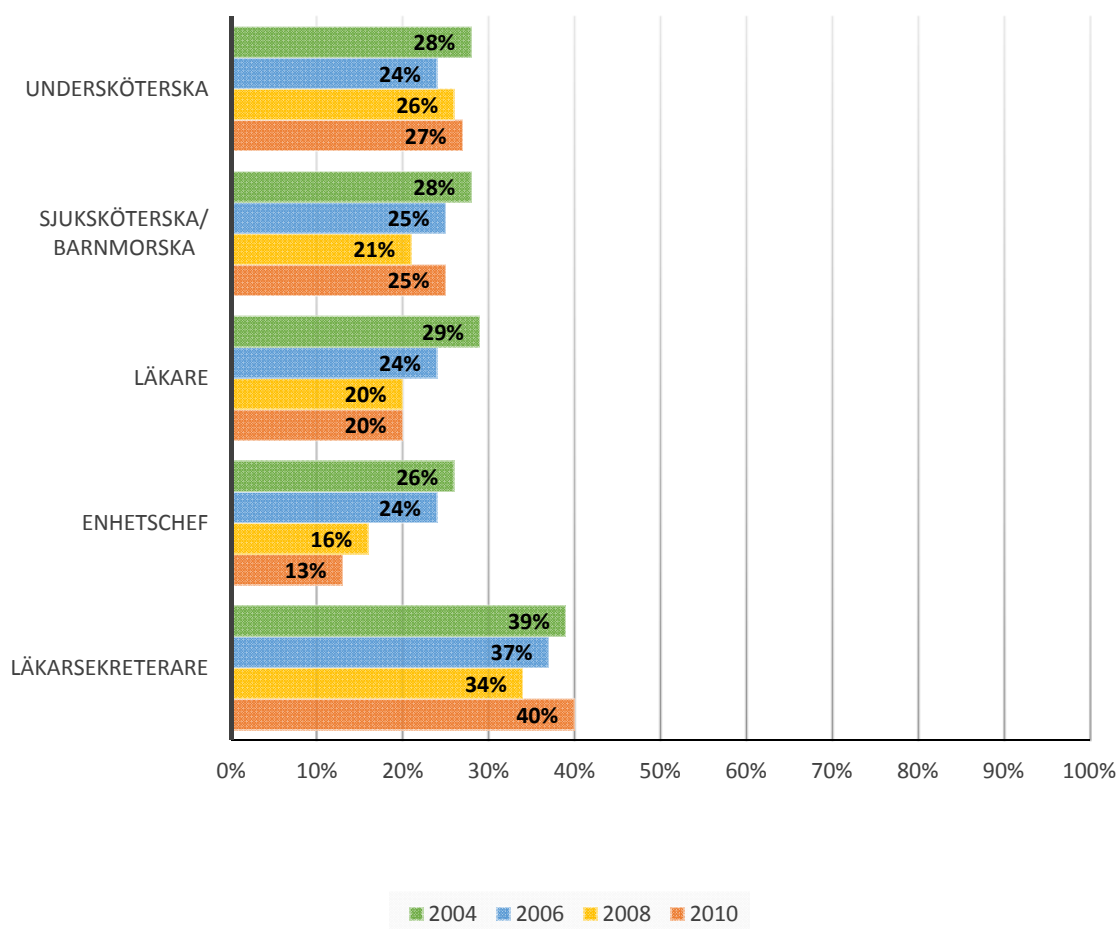
AST inom olika verksamheter



Figur 15. Andel (%) med Allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) inom olika verksamheter över tid.

Även med detta samlade mått på psykisk ohälsa ses en tydlig nedgång i förekomst vid uppföljningarna jämfört med första mätningen 2004. Primärvårdsgruppen avviker dock genom en tydlig uppgång 2010 jämfört med 2008.

AST inom olika yrkesgrupper



Figur 16. Andel (%) med Allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) inom olika yrkesgrupper över tid.

Genomgående uppvisar läkarsekreterargruppen den största andelen med symtom på allvarigare psykisk ohälsa medan enhetscheferna, och i viss mån läkargruppen, har lägre förekomst 2008 och 2010 jämfört med de två första mättillfällena. Här kan det selekterade ny-urvalet 2008 spela viss roll.

Kommentar

Eftersom beräkningarna baseras på dem som svarat vid respektive undersöknings-tillfälle och ett tilläggsurval gjordes 2008 är det endast delvis samma personer som ingår vid alla uppföljningarna. Bortfallet utgörs dels av personer som på grund av pensionering eller byte av arbetsplats lämnat VGR, dels av sådana som inte önskat delta fortsättningsvis och därför inte returnerat enkäten ifylld. Bortfallsanalysen visar att personer som i tidigare undersökningsomgång rapporterat psykisk ohälsa varit överrepresenterade bland dem som vid nästa uppföljning inte svarade. Det innebär att den redovisade förekomsten av AST kan något underskatta förekomsten bland de anställda (s.k. healthy worker effect i epidemiologiska studier). Det förklarar dock inte hela den observerade nedgången mellan 2004 och 2006 se [ISM-rapport 4](#) (Ahlborg Jr, Hadžibajramović et al. 2007).

Arbetsförmåga

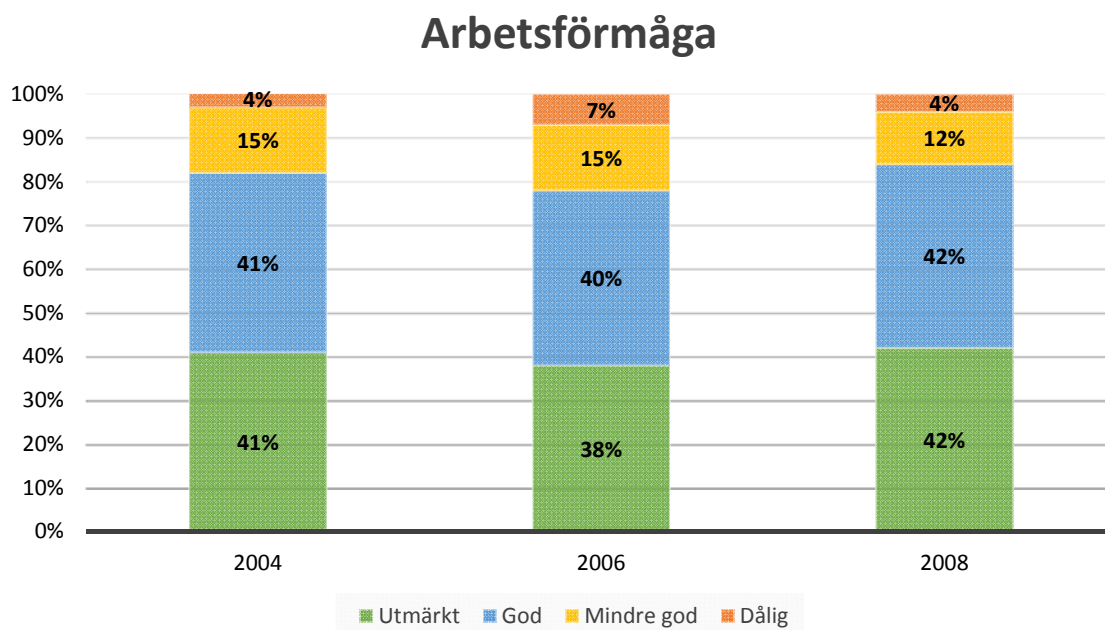
Förmågan att utföra ett visst arbete påverkas av många faktorer såsom individens personliga förutsättningar och aktuella hälsa, kompetens och motivation samt arbetets krav och övriga förhållanden i arbetet. Det är således komplicerat att mäta och bedöma arbetsförmåga och när KART-studien startades fanns inte många instrument för att mäta självskattad arbetsförmåga i arbetande populationer.

Instrument för att mäta arbetsförmåga

För att skatta arbetsförmåga har Work Ability Index (WAI) använts (Tuomi, Ilmarinen et al. 1998). Det är ett internationellt etablerat instrument som fått alltmer spridning under 2000-talet och innehåller förutom tre frågor om aktuell arbetsförmåga även frågor om aktuella sjukdomar/skador/besvär, sjukfrånvaro och hur personen känt sig under senaste månaden, totalt 10 frågor. Av detta bildas ett index genom poängsättning mellan 7 och 49. Baserat på finska studier har följande klassificering tillämpats: Dålig (7-27 poäng), Måttlig/Mindre god (28-38 poäng), God (39-43 poäng) och Utmärkt (44-49 poäng). Utfallet på WAI vid de tre första mätomgångarna i KART framgår av figur 18 (2010 ingick inte alla WAI-frågor i enkäten).

Under senare tid har den enskilda frågan om hur man skattar sin aktuella arbetsförmåga på en skala från 0 (kan inte arbeta alls) till 10 (när den egna arbetsförmågan är som bäst) allt oftare använts som ersättning för hela WAI då det finns en relativt god överensstämmelse mellan dessa. Baserat på korrelationen mellan det totala WAI-index och den enskilda frågan bedöms de som skattat sin arbetsförmåga till 9 eller 10 ha mycket god eller utmärkt arbetsförmåga. Detta mått används i figurerna 19 och 20 nedan som omfattar även utfallet 2010.

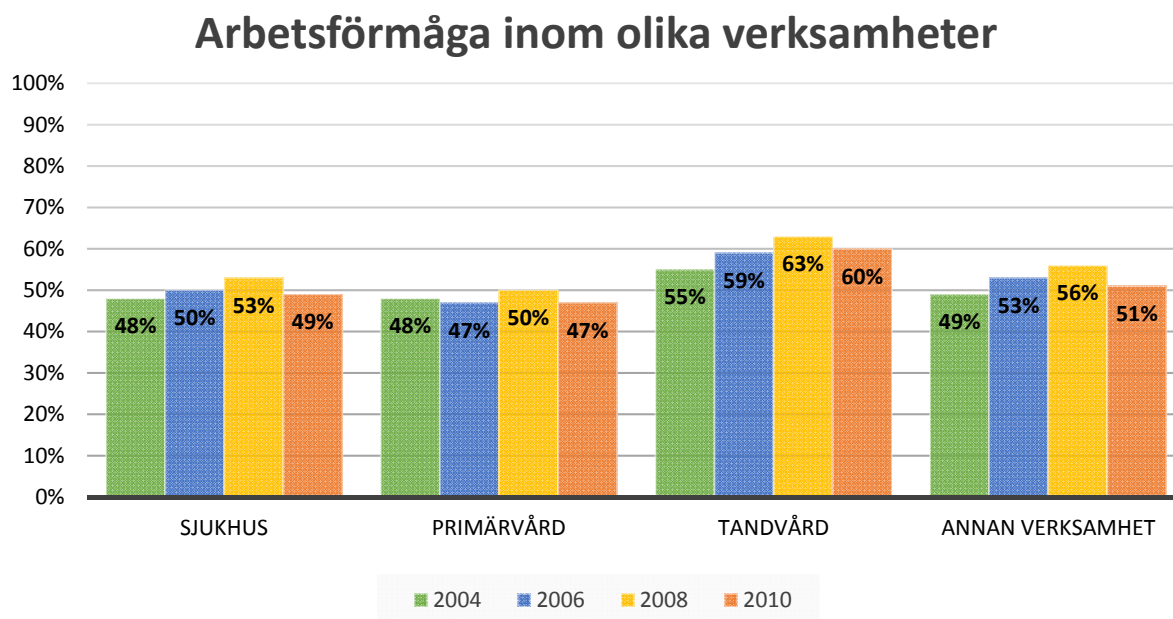
Arbetsförmåga i VGR över tid



Figur 17. Andel (%) med dålig, mindre god, god eller utmärkt arbetsförmåga över tid.

Skillnaden mellan de tre första undersökningsomgångarna i självskattad arbetsförmåga enligt WAI var liten i den totala KART-populationen. Var femte till var sjätte deltagare hade mindre god eller dålig arbetsförmåga. Ny-urvalet 2008 tillförde som tidigare nämnts yngre anställda, chefer och män vilket kan ha bidragit till ett något bättre utfall jämfört med 2006.

Arbetsförmåga i olika verksamheter och yrkesgrupper

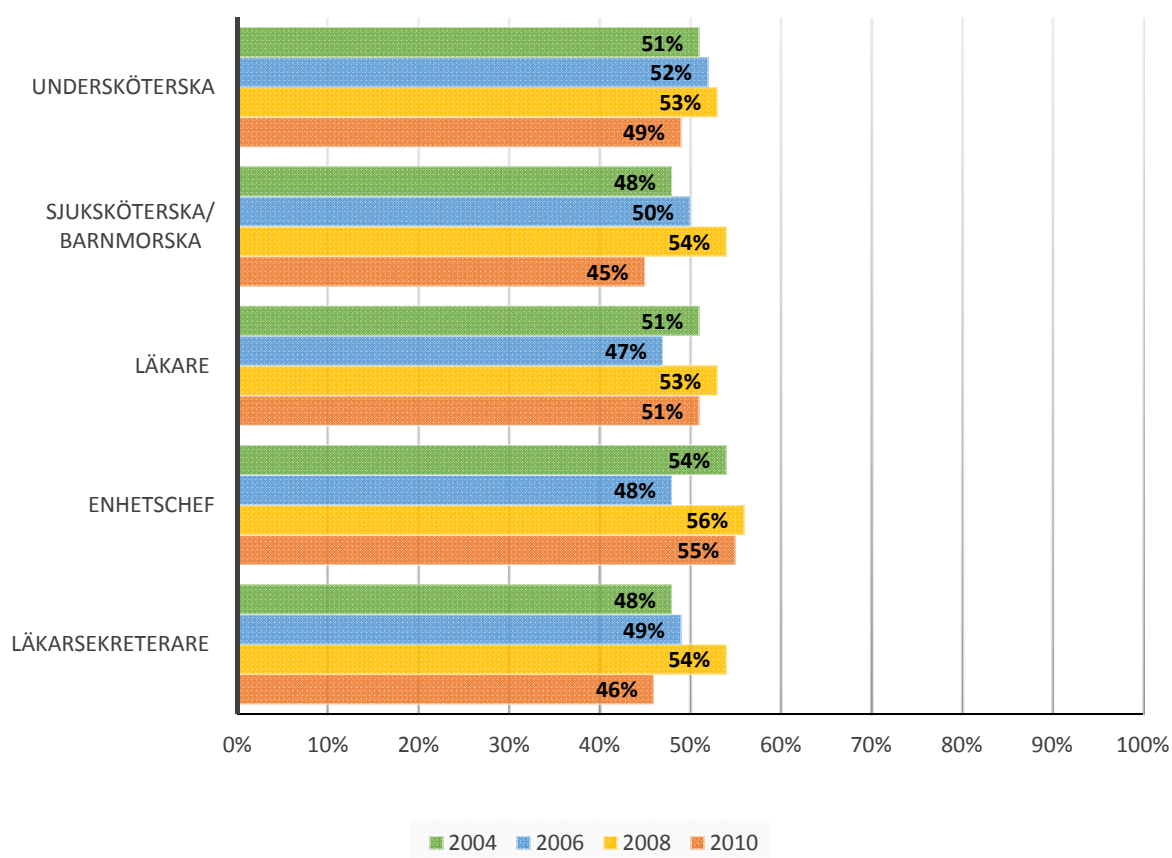


Figur 18. Andel (%) anställda inom olika verksamheter, som har skattat sin arbetsförmåga som mycket god eller utmärkt (angett 9 eller 10 på en skala mellan 1-10 på den enskilda frågan i WAI), över tid.

Deltagarna från tandvården hade i högre utsträckning mycket god eller utmärkt arbetsförmåga vid respektive undersökningstillfälle jämfört med primärvårds- och sjukhusanställda (figur 18).

Det var relativt små skillnader i andel som bedömde sin arbetsförmåga som mycket god eller utmärkt mellan de olika yrkesgrupperna med en variation mellan 45 % och 56 % över alla mättillfällen. För flera av yrkesgrupperna finns dock en tendens till att denna andel var lägre 2010 än 2008 (figur 19).

Arbetsförmåga inom olika yrkesgrupper



Figur 19. Andel (%) anställda inom olika yrkesgrupper, som har skattat sin arbetsförmåga som mycket god eller utmärkt (angett 9 eller 10 på en skala mellan 1-10 på den enskilda frågan i WAI), över tid.

Kommentar

Majoriteten av deltagarna uppgav god eller utmärkt arbetsförmåga vid klassificering enligt WAI och ungefär hälften mycket god eller utmärkt vid samtliga mätningar då den enskilda frågan användes. De personer som 2006 inte hade ett allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) men mindre god eller dålig självskattad arbetsförmåga hade tre gånger högre risk att 2008 uppfylla kriterierna för AST jämfört med dem som hade god eller utmärkt arbetsförmåga. Det innebär också en ökad risk för långtidssjukskrivning. Andra studier har visat att sämre arbetsförmåga enligt WAI ökar risken för såväl långtidssjukskrivning som förtidspensionering. Läs gärna mer om arbetsförmåga i [ISM-rapport 9](#) under kapitel 3.1.3 ”Motivationsfaktorer och arbetsförmåga” (Hultberg, Skagert et al. 2010). [Krav och funktionschema, KOF](#) (Arbets- och miljömedicin) är ett instrument för att mäta arbetsförmåga som tagits fram i Uppsala.

Balanserad närvaro

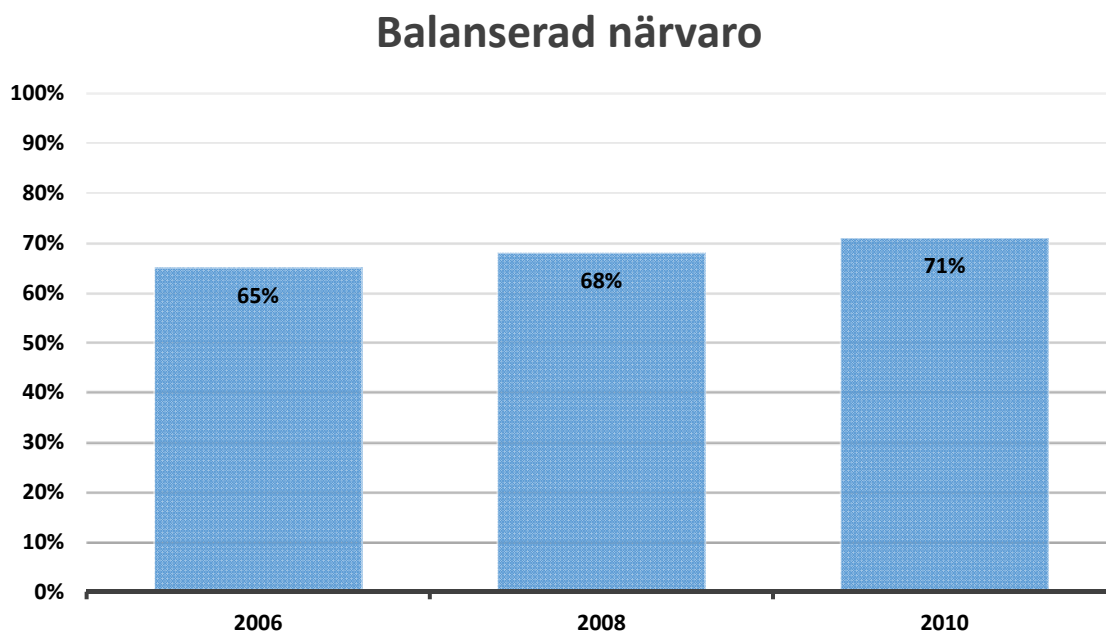
Begreppet ”frisknärvaro” lanserades i början av 2000-talet som ett mått på organisationens/arbetsplatsens hållbarhet utifrån ett hälsofrämjande synsätt. Avsikten var att förskjuta fokus från sjukfrånvaro till ett mer positivt och eftersträvansvärt mått, initialt på anställda utan sjukfrånvaro under en tvåårsperiod. I första KART-rapporten kallades detta ”Långtidsfrisk” [ISM-rapport 2](#) (Ahlborg Jr, Ljung et al. 2006).

Detta komplicerades dock av att det kan anses som ”normalt” med några dagars sjukfrånvaro under ett år samt att det inte är önskvärt med ökande s.k. sjuknärvaro, d.v.s. att man går till arbetet trots att man av hälsoskäl borde stannat hemma. Därför lanserades istället begreppet ”balanserad närvaro” som tog hänsyn till dessa faktorer. Det kan betraktas som ett mått på arbetshälsa och användas för att följa och främja en hållbar hälsa och arbetsförmåga. Läs gärna mer om balanserad närvaro under rubriken; ”Balans i vardagen bland kvinnor och män i offentlig sektor”.

Instrument för att mäta balanserad närvaro

KART-enkäten innehåller frågor om prestationsnedsättning i arbetet på grund av hälsobesvär samt frågor om sjukskrivning och sjuknärvaro. De senare har kombinerats för att definiera Balanserad närvaro från och med KART 2006 som högst sju sjukfrånvarodagar och högst tre tillfällen av sjuknärvaro under de senaste 12 månaderna. Andelen som rapporterade balanserad närvaro 2006-2010 visas i figur 20.

Balanserad närvaro i VGR över tid

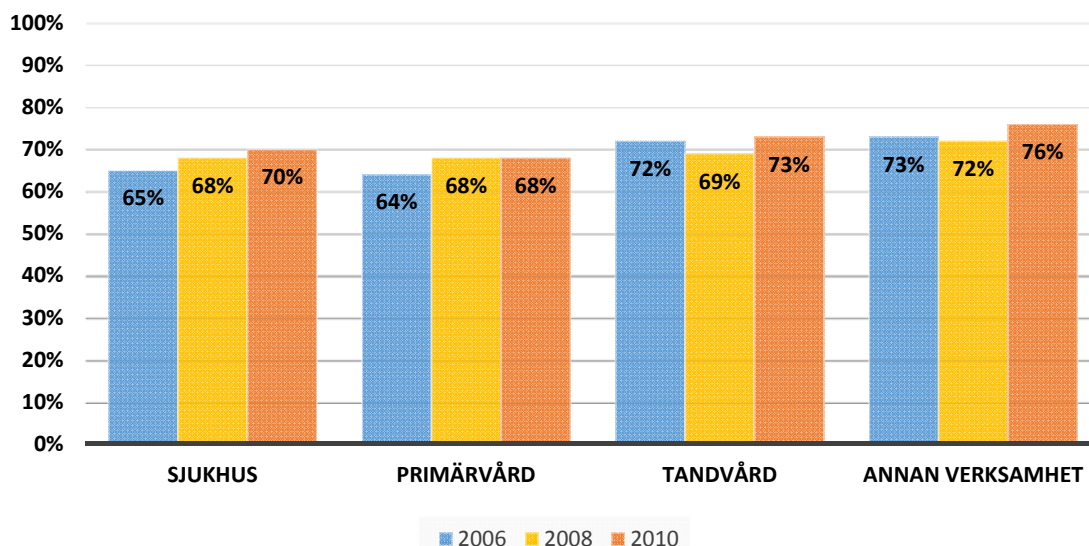


Figur 20. Andel (%) som rapporterade en balanserad närvaro 2006, 2008 och 2010.

Ungefär två av tre svarande svarade i enlighet med balanserad närvaro och tendensen var stigande under perioden.

Balanserad närvaro i olika verksamheter och yrkesgrupper

Balanserad närvaro inom olika verksamheter



Figur 21. Andel (%) anställda inom olika verksamheter med balanserad närvaro 2006, 2008 och 2010.

Andelen med balanserad närvaro var något högre inom tandvården och annan verksamhet (centrala kanslier etc.) jämfört med sjukhusen och primärvården.

Reflektionsfrågor

Hur skulle du vilja beskriva din arbetsförmåga just nu?

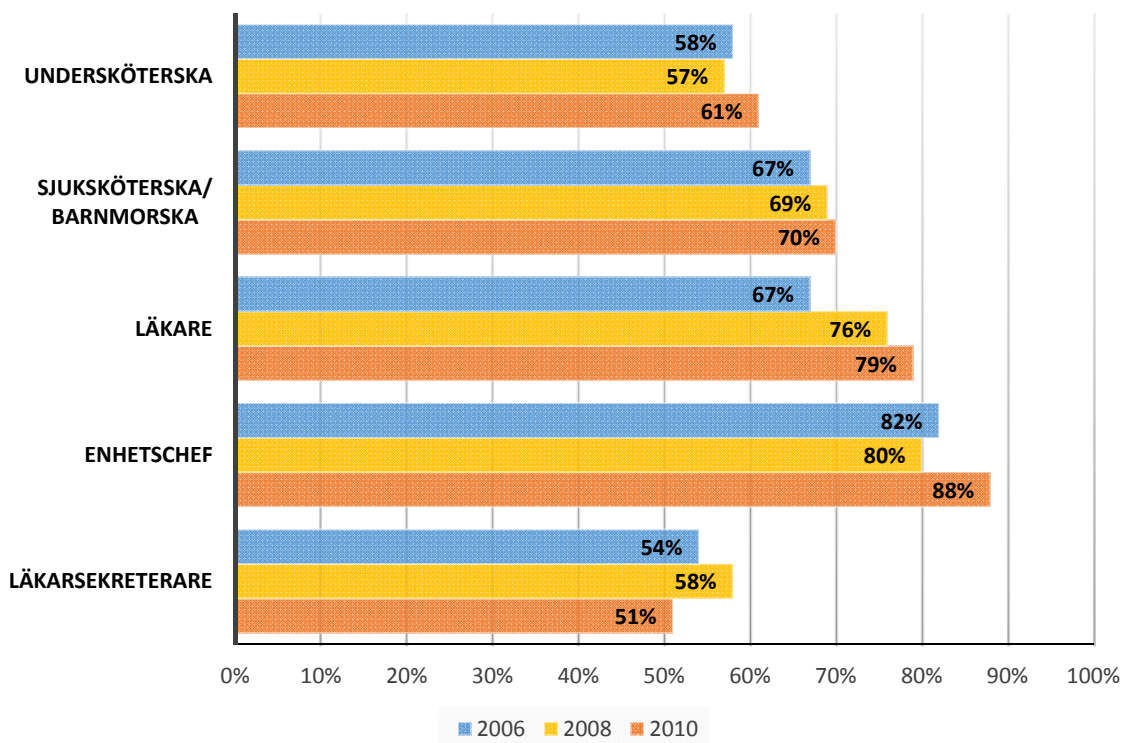
Hur vill du att den skall vara om ett år?

Brukar du gå till jobbet eller arbeta hemma, fast du egentligen är sjuk/ inte mår bra?

Har ni någon policy för detta i din arbetsgrupp/från din chef?

Vad kan du göra om du är orolig för en arbetskamrat som verkar vara i riskzonen för att bli utmattad/utbränd? Vad kan chefen göra?

Balanserad närvaro inom olika yrkesgrupper



Figur 22. Andel (%) med balanserad närvaro bland anställda inom olika yrkesgrupper 2006, 2008 och 2010.

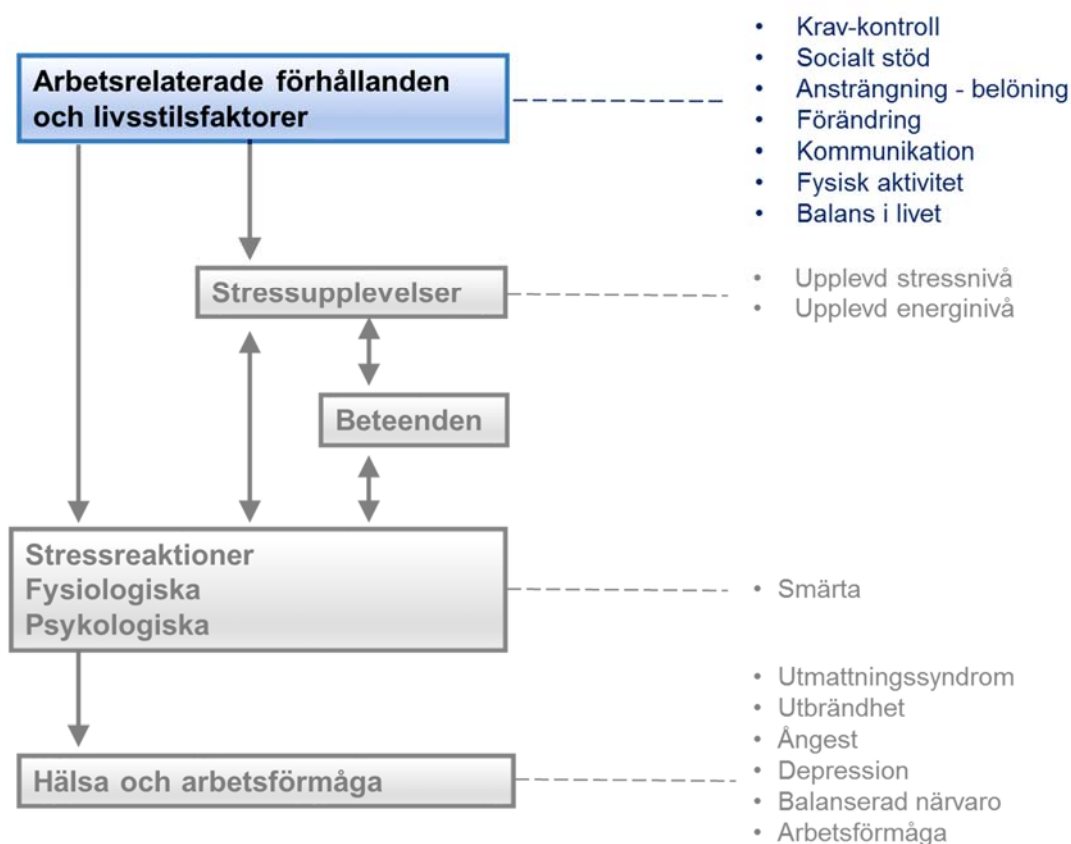
En positiv utveckling kan avläsas utifrån Figur 22 inom flera yrkesgrupper. I läkarsekreterargruppen har andelen med balanserad närvaro dock minskat markant sedan 2006 och bland undersköterskorna är andelen genomgående relativt låg.

Kommentar

Resultaten i en longitudinell studie baserad på KART-materialet visade att balanserad närvaro var associerat med bibehållen hälsa och prestationsförmåga efter två år medan sjuknärvaro visade samband med nedsatt hälsa, utbrändhet, sjukfrånvaro och minskad prestation, [Närvaro, hälsa och prestationsförmåga](#) (Dellve, Hadžibajramović et al. 2011). Att vara upprepat sjuknärvarande kan predicera ohälsa och därför innebära betydande kostnader för individer, organisation och samhälle. Något mått på frisknärvaro, t.ex. mindre än 3-5 frånvarodagar, om möjligt kompletterat med lågt antal sjuknärvarodagar som i Balanserad närvaro, betonas i studien som ett användbart verktyg på organisationsnivå för att övervaka arbetsmiljön och hälsan bland sjukvårdspersonal. Läs gärna mer om balanserad närvaro i [ISM-rapport 9](#) under kapitel 2.6 "Hållbar arbetshälsa- om sjukfrånvaro och sjuknärvaro" (Hultberg, Skagert et al. 2010).

Arbetsrelaterade förhållanden och livsstilsfaktorer

Under perioden som KART-studien pågått, har andelen som anger faktorer i arbetslivet som skäl för upplevd stressbelastning ökat. Krav, kontroll, socialt stöd, ansträngning, belöning, förändring på arbetsplatsen samt kommunikationsklimat har utifrån KART-materialet lyfts fram som väsentliga arbetsrelaterade faktorer som kan främja arbetshälsa respektive skapa stressrelaterad ohälsa. Att ha en balans mellan arbete, hemliv, fritidsaktiviteter och sömn liksom att utöva fysisk aktivitet framhålls även som hälsofrämjande faktorer.



Krav och kontroll

Då KART-studien planerades var det främst två modeller för sambandet mellan psykosociala förhållanden i arbetet och stressrelaterade sjukdomar som dominerade. Den då mest använda var Krav-kontroll-modellen som består av de två delskalorna upplevda arbetskrav och upplevd kontroll i arbetet. Den var inte särskilt anpassad för arbete inom hälso- och sjukvårdssektorn utan snarare för industriarbete som det såg ut för några decennier sedan.

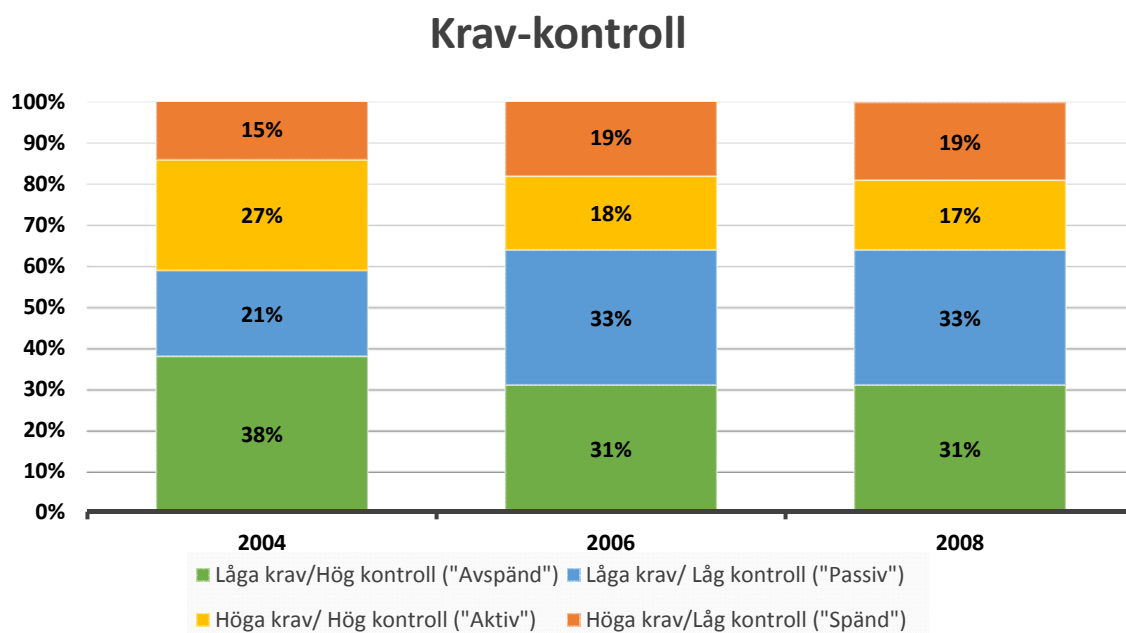
Enligt Karaseks och Theorells krav- och kontroll modell beskrivs fyra modellsituationer, där arbeten som kännetecknas av höga krav och hög kontroll betecknas som ”aktiva”, sådana med höga krav och låg kontroll som ”spända”, låga krav och hög kontroll som ”avspända” och låga krav samt låg kontroll som ”passiva” [ISM-rapport 2](#) (Ahlborg Jr, Ljung et al. 2006). En ”spänd” arbetssituation med höga krav i kombination med låg kontroll över arbetet brukar anges som den som innebär den högsta stressbelastningen. I många studier har dock höga krav varit den viktigaste faktorn när det gäller samband med stressrelaterad ohälsa, medan i andra har graden av kontroll, och särskilt påverkansmöjlighet, varit minst lika viktig.

Instrument för att mäta Krav och kontroll

En kortversion av det frågeformulär som utarbetats för att mäta detta med fem frågor om krav och sex om kontroll har använts i KART-studien 2004-2008 (ersattes med andra frågor om den psykosociala arbetsmiljön 2010). Krav-frågorna handlar t.ex. om arbetet kräver att man arbetar fort, hårt, och om man har svårt att hinna med arbetsuppgifterna. Kontroll-skalan består dels av frågor om inflytande (frihet att bestämma hur arbetet skall göras och vad som skall göras), dels frågor som gäller kompetens. Svarsskalan är fyrgradig från ”Ja, ofta” till ”Nej, så gott som aldrig”. Svaren poängsätts och summeras för krav respektive kontroll och baserat på detta har kategorisering i låg/medel/hög stressbelastning skett baserat på fördelningen 2004. Observera att låga krav med hänsyn till frågornas formulering inte innebär alltför låga krav utan snarast en önskvärd kravnivå.

I figur 23 framgår fördelningen av olika kombinationer av krav och kontroll vid de tre första mättillfällena för samtliga svarande. För verksamheter och yrkesgrupper redovisas krav och kontroll var för sig.

Krav och kontroll i VGR över tid

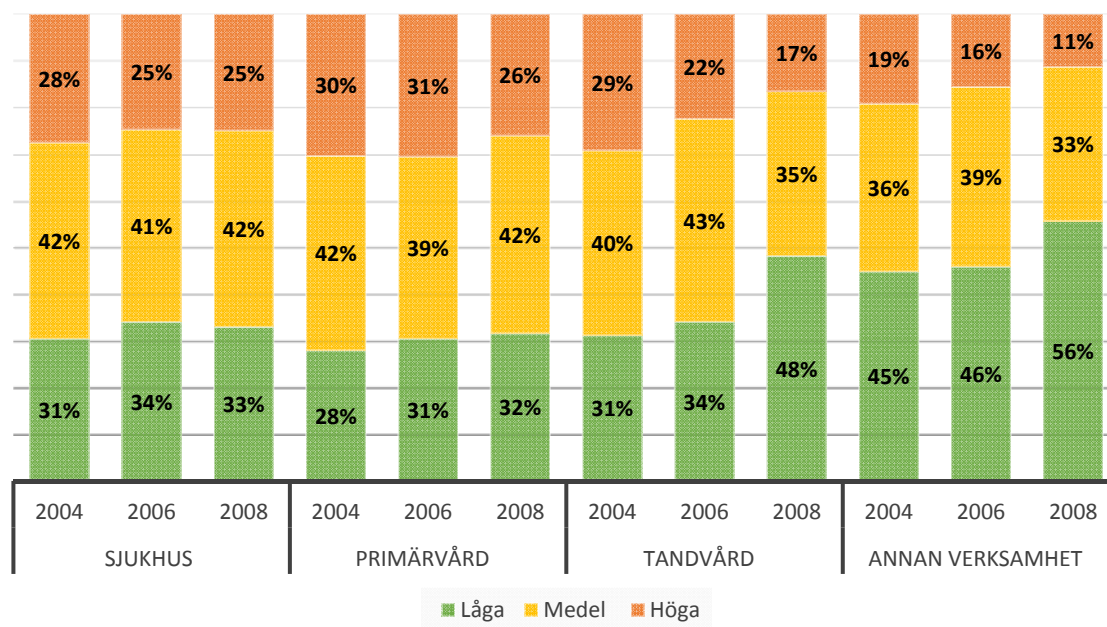


Figur 23. Andelen (%) med spända, aktiva, passiva respektive avspända arbeten enligt Krav- kontrollmodellen (Theorell 2003) 2004, 2006 och 2008. N=antal. Observera att "låga" krav ska tolkas som ett önskvärt förhållande och inte som att kraven i arbetet är alltför låga.

Figur 23 visar att andelen som rapporterade höga krav och låg kontroll, s.k. "spänd" arbetssituation, respektive låga krav och låg kontroll, s.k. "passiv" arbetssituation ökade mellan 2004 och 2006 medan andelen med "avspända" respektive "aktiva" arbetsförhållanden minskade under motsvarande tid. 2008 var fördelningen mellan de olika kategorierna oförändrad.

Krav och kontroll i olika verksamheter och yrkesgrupper

Krav inom olika verksamheter

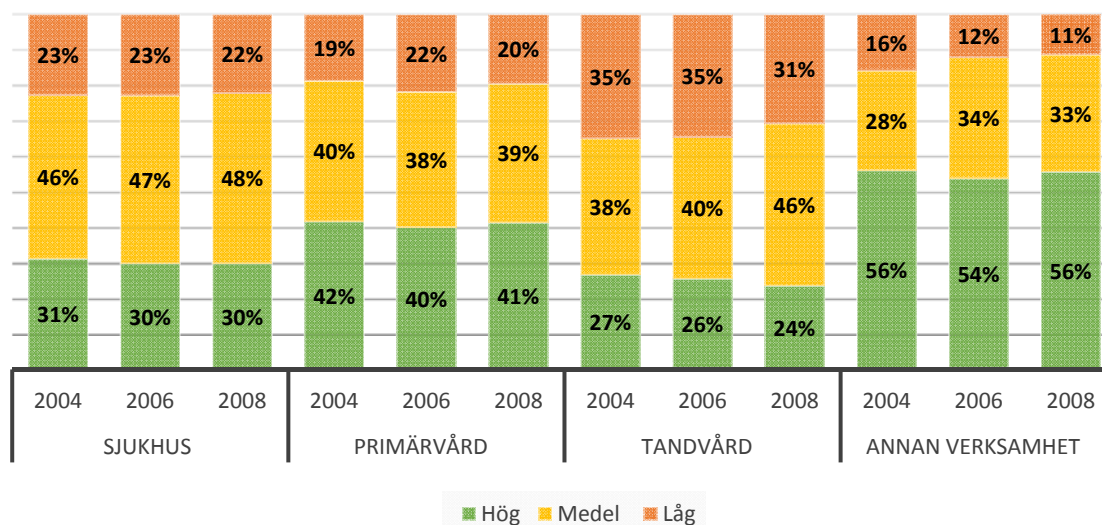


Figur 24. Andelen (%) med låga, medelhöga och höga arbetskrav (baserat på fördelningen 2004) enligt Krav- kontrollmodellen (Theorell 2003) 2004, 2006 och 2008 för olika verksamhetsområden. Observera att "låga" krav ska tolkas som ett önskvärt förhållande och inte som att kraven i arbetet är alltför låga.

Förväntningarna på vilka krav som ställs i arbetet och vilka möjligheter till inflytande man har varierar sannolikt mellan olika yrkesgrupper och ålderskategorier och påverkar hur arbetssituationen upplevs. Det är t.ex. rimligt att anta att läkare förväntar sig höga krav och hög kontroll i sin yrkesroll i större utsträckning än undersköterskor.

Mest gynnsam kravnivå under perioden återfinns i gruppen Annan verksamhet medan Tandvården uppvisar den tydligaste förbättringen.

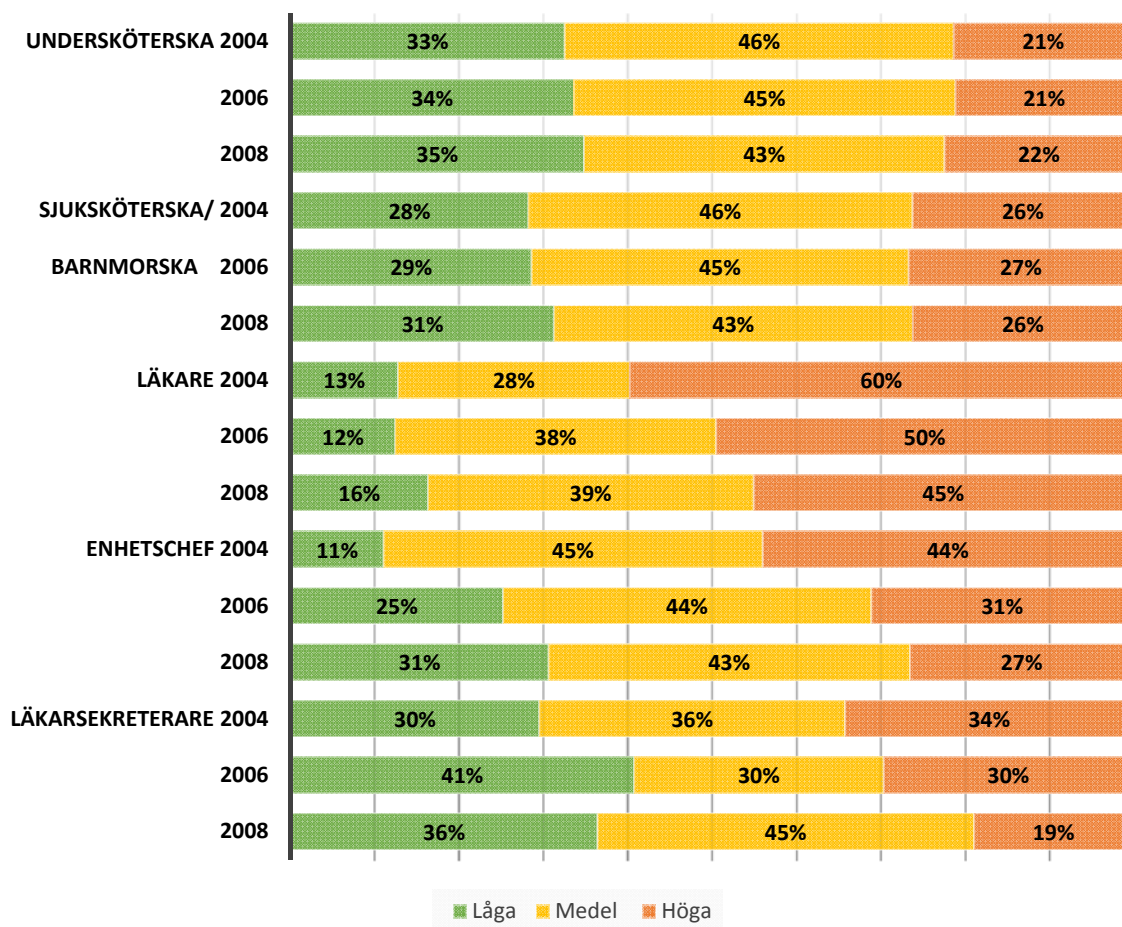
Kontroll inom olika verksamheter



Figur 25. Andelen (%) med låg, medelhög och hög kontroll i arbetet (baserat på fördelningen 2004) enligt Krav- kontrollmodellen (Theorell 2003) 2004, 2006 och 2008 för olika verksamhetsområden.

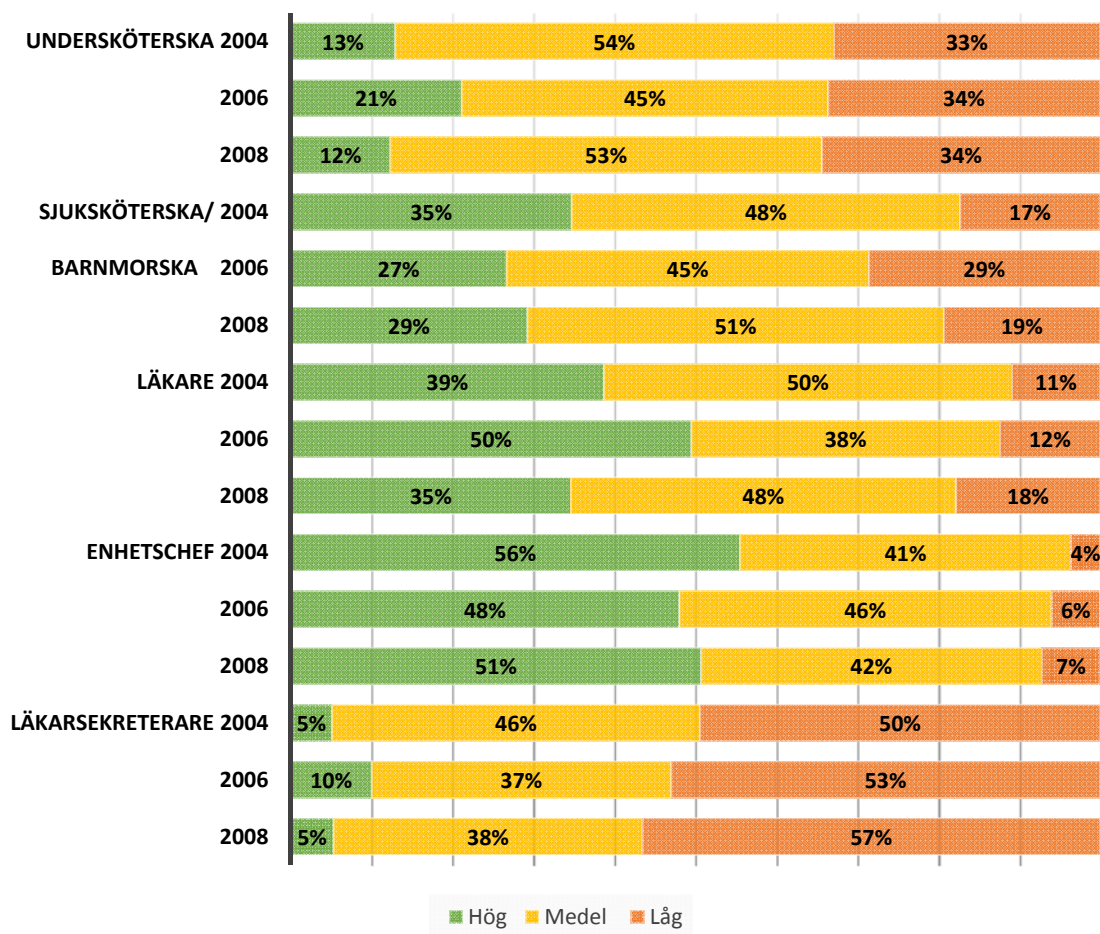
Även när det gäller upplevd kontroll är de som arbetar i gruppen Annan verksamhet mest nöjda medan de Tandvårdsanställda här visar den ogynnsammaste situationen (22 % upplevde en ”spänd” arbetssituation 2008). Primärvårdsgruppen avvek från övriga genom att andelen med ”spänd” arbetssituation minskade mellan 2006 och 2008 (22 % respektive 16 %).

Krav inom olika yrkesgrupper



Figur 26. Andelen (%) med låga, medelhöga och höga arbetskrav (baserat på fördelningen 2004) enligt Krav- kontrollmodellen (Theorell 2003) 2004, 2006 och 2008 för olika yrkesgrupper. Observera att "låga" krav ska tolkas som ett önskvärt förhållande och inte som att kraven i arbetet är alltför låga.

Kontroll inom olika yrkesgrupper



Figur 27. Andelen (%) med låg, medelhög och hög kontroll i arbetet (baserat på fördelningen 2004) enligt Krav- kontrollmodellen (Theorell 2003) 2004, 2006 och 2008 för olika verksamhetsområden.

Läkargruppen utmärker sig genom att i betydligt högre utsträckning uppleva kraven i arbetet som höga. Över tid visar läkarsekreterarna en gynnsam utveckling i detta avseende medan för undersköterskor och sjuksköterskor/barnmorskor är förändringarna små (Figur 26). När det gäller kontroll utmärker sig läkare och särskilt chefsgruppen positivt. Ungefär hälften av läkarsekreterarna och en tredjedel av undersköterskorna upplevde under perioden sig ha lite kontroll i sitt arbete. Inom alla yrkesgrupperna skiljde sig dock resultatet 2006 tydligt från 2004 och 2008, vilket inte gällde för upplevda krav i arbetet (Figur 27).

Kommentar

Andelen som beskrev en ”aktiv” arbetssituation, d.v.s. höga krav och hög kontroll, var dubbelt så stor bland läkarna jämfört med sjuksköterskorna och skillnaden var ändå större gentemot de övriga yrkeskategorierna. Generellt minskade denna andel efter 2004. Undersköterskor och läkare beskrev i samma utsträckning sin arbetssituation som ”spänd”, med en ökning under den aktuella perioden. Andelen var något lägre bland sjuksköterskorna, men tidstrenden var densamma. En tendens till omvänd trend sågs för läkarsekreterargruppen som också hade de högsta andelarna som upplevde höga krav och låg kontroll i arbetet 2004 och 2008. De hade också högst andel med låga krav och låg kontroll.

I alla tre undersökningsomgångarna finns samband mellan krav respektive kontroll och symtom på utbrändhet, d.v.s. höga krav respektive låg kontroll/påverkansmöjlighet var förknippat med ökad grad av utbrändhet. Detta gäller även sedan man i analysen tagit hänsyn till en rad andra relevanta faktorer.

I [Arbetsmiljöverkets författningssamling över organisatorisk och social arbetsmiljö](#), (Arbetsmiljöverket 2015) betonas arbetsgivarens ansvar för att undvika ohälsosam arbetsbelastning, vilket innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet. Krav kan både handla om arbetsmängd, tidsramar, svårighetsgrad och emotionell påfrestning, men även kognitiv belastning. För att få en bättre balans kan man antingen sänka kraven t.ex. genom minskad arbetsmängd eller ändrad prioriteringsordning men även genom att öka resurserna genom att variera arbetsuppgifterna, ge möjligheter till återhämtning, tillämpa andra arbetssätt, öka bemanning eller tillföra kunskaper.

I [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010) redogörs bland annat för hur ett hälsofrämjande arbete kan se ut på en arbetsplats för att skapa en rimlig arbetsbelastning, att inte ställas inför svårförenliga krav samt att ge möjlighet till återhämtning. Här finns även goda exempel på hur medarbetarnas möjligheter till kontroll och inflytande kan förbättras.

Reflektionsfrågor

Har du oftast en rimlig arbetsbelastning med balans mellan krav och resurser?

Som arbetstagare är det nära till hands att hantera obalans genom att t.ex. öka ansträngning/arbetsinsats, arbeta övertid eller hoppa över paus, sänka kvalitén i arbetsresultatet eller ta risker. Är det något du känner igen?

Vad behövs för att skapa en bättre balans mellan krav och resurser på din arbetsplats?

Vad är påverkbart?

Socialt stöd

Krav-kontrollmodellen kompletterades i slutet av 90-talet med en tredje dimension – socialt stöd – då det antogs att ett bra socialt stöd från omgivningen motverkade negativa hälsoeffekter av en ogynnsam belastning avseende krav och kontroll. Brist på socialt stöd har också visat sig vara en oberoende riskfaktor för stressrelaterad ohälsa.

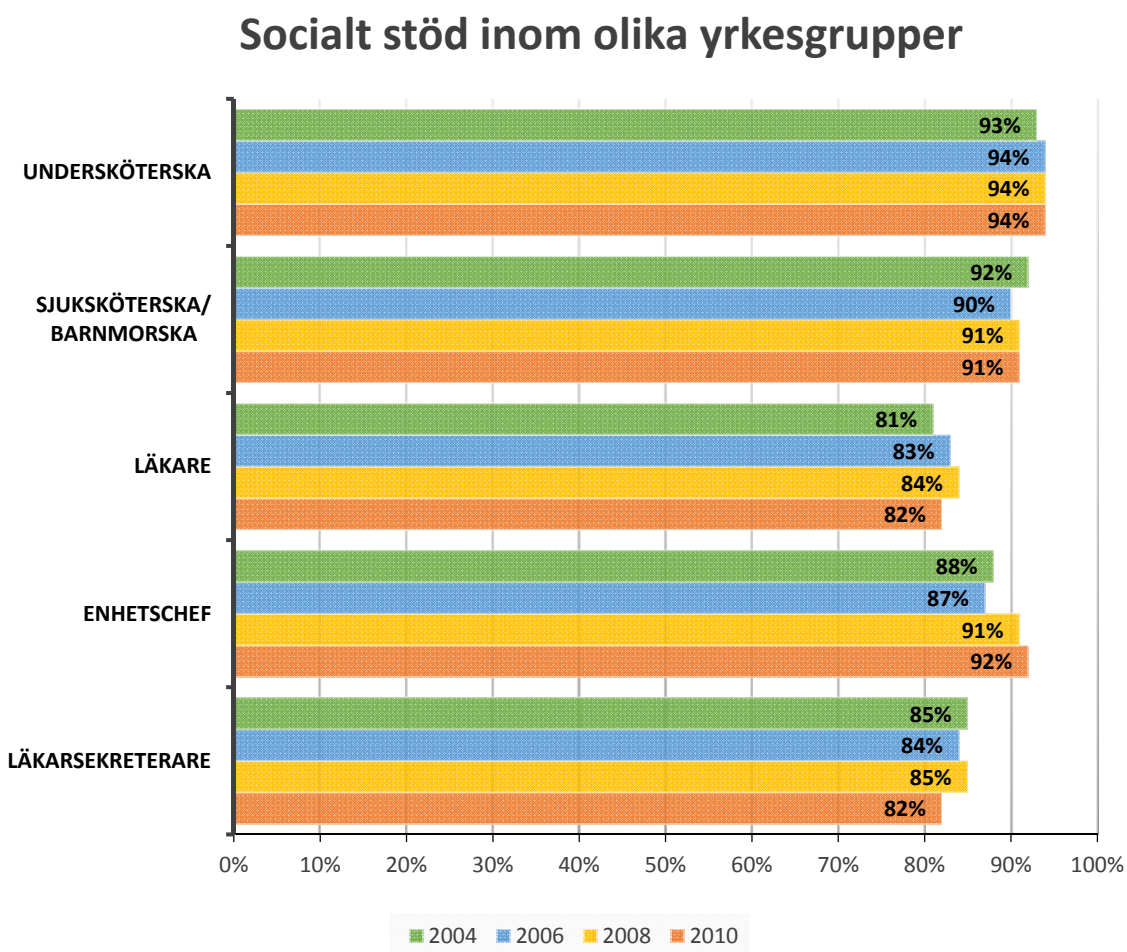
Instrument för att mäta socialt stöd

För att hålla nere antalet frågor i KART-enkäten beslutades att istället för det etablerade frågeinstrumentet för socialt stöd konstruera två frågor med denna inriktning. Den ena gällde om man har någon person på arbetet som man fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer. Svartalternativen var ”Nej”, ”Ja, en överordnad”, ”Ja, en underordnad”, ”Ja, en arbetskamrat”. Den andra frågan gällde på motsvarande sätt en nära vän eller anhörig vid svåra situationer i privatlivet.

Socialt stöd i VGR över tid

Majoriteten (ca 90 %) av deltagarna upplever att de har någon person på arbetet som de fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer på arbetet. Denna nivå har legat stabil under samtliga uppföljningar 2004-2010.

Socialt stöd i olika verksamheter och yrkesgrupper



Figur 28. Andel (%) anställda inom olika yrkesgrupper som upplever att de har någon person på sin arbetsplats som de fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer.

Det var inga större skillnader i angivet socialt stöd mellan olika verksamhetsområden. Däremot finns en genomgående tendens att en något större andel bland läkare och läkarsekreterare (18 % 2010) uppgav att de saknade sådant stöd i arbetet jämfört med t.ex. sjuksköterskor och undersköterskor (6 % respektive 9 % 2010) (Figur 28).

Kommentar

Stressrelaterade tillstånd förekom i betydligt mindre utsträckning bland de deltagare som hade socialt stöd jämfört med de som inte hade det, vilket ytterligare understryker betydelsen av att utveckla och vårda de sociala relationerna på arbetsplatsen. Bra socialt stöd fungerar inte bara som en buffert mot ogynnsamma stressreaktioner utan är också en viktig förutsättning för en fungerande kommunikation på arbetsplatsen och därmed befrämja verksamhetsutveckling och motverka onödiga konflikter.

Särskilt viktigt är att de anställda känner stöd från närmaste chef. Läs gärna i [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010) om du vill veta mer om hur det sociala stödet kan stärkas på arbetsplatsen.

[Arbetsmiljöverkets författningssamling](#) handlar om organisatorisk och social arbetsmiljö, (Arbetsmiljöverket 2015). Med det senare avses hur vi påverkas av de personer som finns runt omkring oss, socialt samspel, samarbete och socialt stöd från chefer och kollegor. Socialt stöd från chefer och kollegor är exempel på resurser som kan bidra till minskad arbetsbelastning. Efter en period av hög belastning kan det vara bra att kunna reflektera och analysera med andra. Det gör det möjligt att hantera en liknande situation bättre en annan gång.

Reflektionsfrågor

Vilken form av stöd betyder allra mest för dig och från vem?

Vad skulle ni kunna göra för att öka socialt stöd på er arbetsplats?

Hur arbetar ni för att skapa och bibehålla ett socialt stöttande klimat på er arbetsplats?

Efter en period av hög belastning kan det vara bra att reflektera tillsammans med andra, för att hantera likande situationer bättre en annan gång. Finns det utrymme för reflektion på din arbetsplats?

Ansträngning och belöning

Den andra etablerade stressmodellen som tillämpats var ansträngning-belöning modellen (Effort-Reward Imbalance – ERI) (Siegrist 1996). Den har en annan teoretisk bakgrund som förenklat innebär att den ansträngning som arbetet innebär bör balanseras av den belöning i termer av erkänsla, lön etc. som den anställde erhåller/upplever för att inte situationen skall skapa ogynnsam stress. De två dimensionerna kan också ses som oberoende psykosociala faktorer på samma sätt som krav och kontroll. Eftersom ansträngningsvariabeln ligger nära krav-variabeln har vi vid analyserna ofta fokuserat på belöningsdimensionen i ERI.

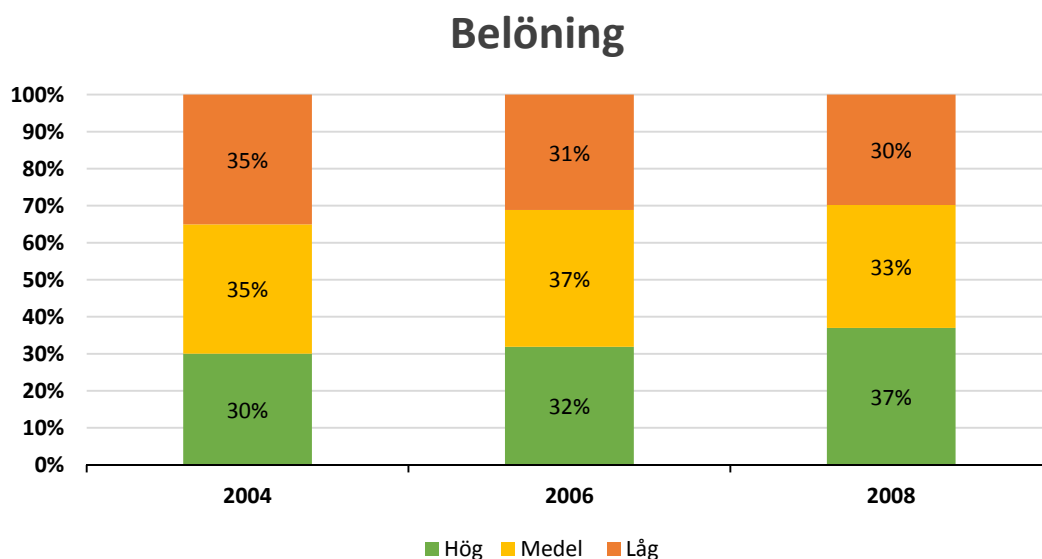
Instrument för att mäta ansträngning och belöning

En ERI-version med sex frågor i form av påståenden om ansträngning och 11 om belöning inkluderades i KART-enkäten 2004-2008. De förra påminner om Kravfrågorna ovan medan belöningsfrågorna handlar om t.ex. erkännande/respekt och stöd från överordnade och arbetskamrater, avancemangsmöjligheter och lön. Påståendena besvarades med ”Ja” eller ”Nej” och därefter, beroende på svaret, i vilken grad detta upplevs som en belastning på en fyrgradig skala från ”Ingen alls” till ”Mycket hög”.

Poängsättning sker för varje delskala och antingen används de var för sig (som i kravkontroll-modellen ovan) eller beräknas en kvot mellan de två som mått på graden av balans mellan ansträngning och belöning. Om ansträngningen är högre än belöningen blir kvoten >1 . Eftersom det finns en del invändningar mot balansmättet används inte det här utan vi fokuserar särskilt på belöningsdimensionen.

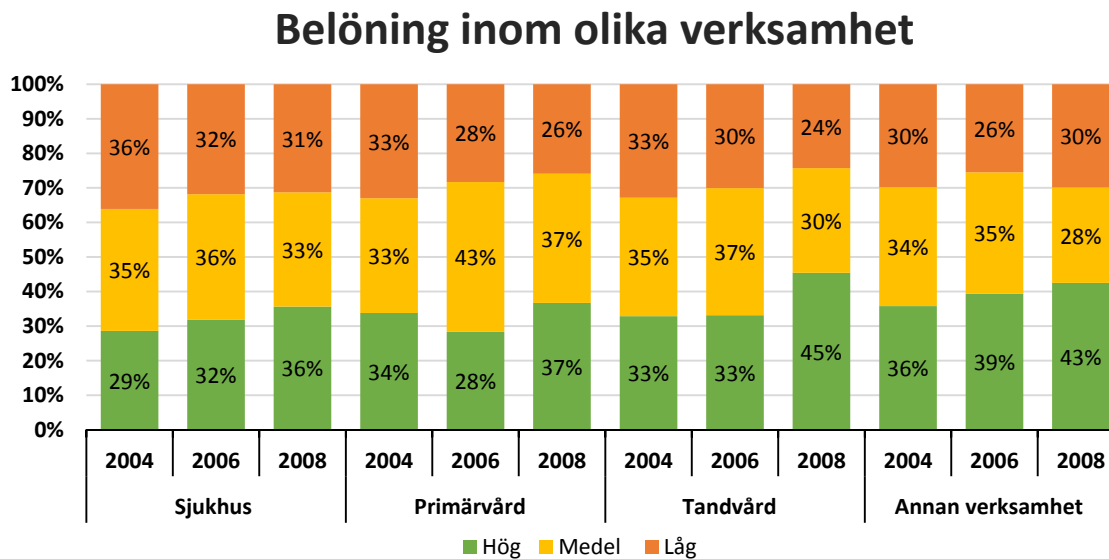
Ansträngning och belöning i VGR över tid

Andelen som upplever en hög belöning var högre 2008 jämfört med 2004 (Figur 29). Drygt en av tio medarbetare hade en ogynnsam ERI-kvot.



Figur 29. Andel (%) med hög, medel respektive låg belöning vid de tre första mättillfällena bland alla deltagare.

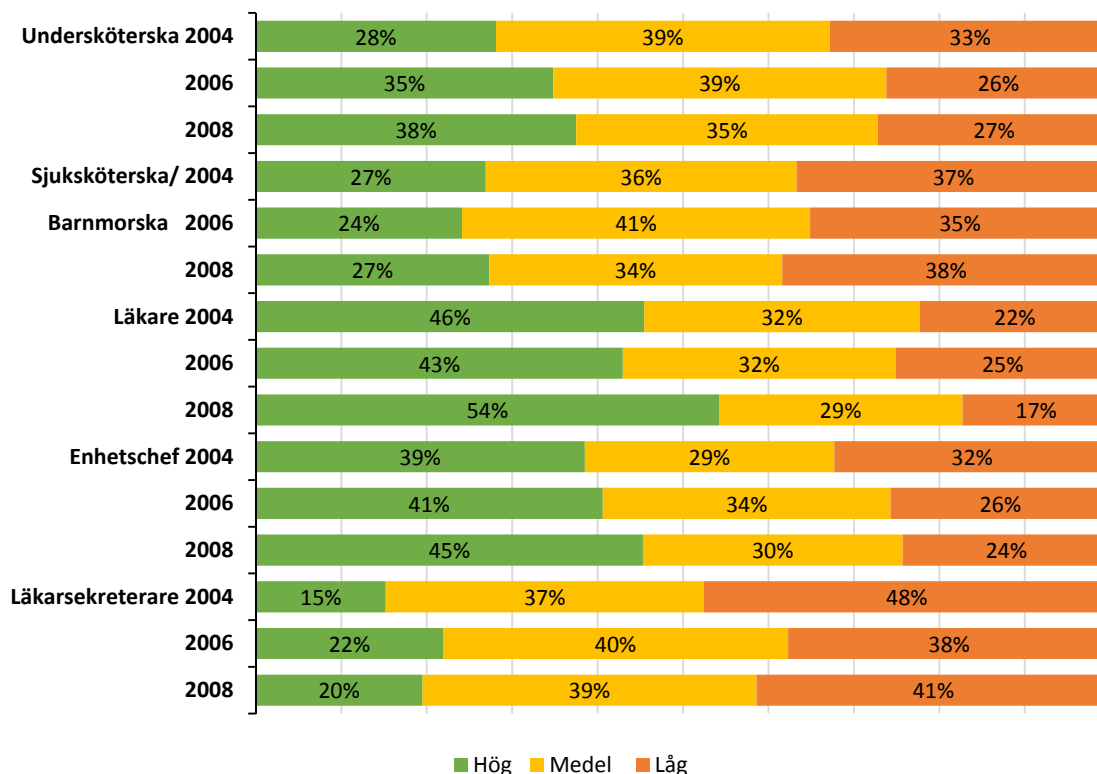
Ansträngning och belöning inom olika verksamheter och yrkesgrupper



Figur 30. Andel (%) med hög, medel respektive låg belöning vid de tre första mättillfällena inom olika verksamheter.

Alla verksamhetsområdena hade störst andel som upplevde hög belöning 2008.

Belöning yrkesgrupper



Figur 31. Andel (%) med hög, medel respektive låg belöning vid de tre första mätillfällena inom olika yrkesgrupper.

Det var en större andel av sjuksköterskorna än av undersköterskorna som upplevde belöningen som låg. Läkarsekreterarna var relativt sällan nöjda (en av fem) medan över hälften av de deltagande läkarna 2008 upplevde belöningen som relativt hög.

Kommentar

Hög ansträngning respektive låg belöning har, liksom höga krav och låg kontroll, samband med utbrändhet i alla tre undersökningsomgångarna, även när hänsyn tagits till flera andra relevanta faktorer (inklusive krav och kontroll).

Läs gärna mer om på vilket sätt balansen mellan ansträngning och belöning bidrar till en bättre arbetshälsa i form av trivsel, stressreducering, motivation samt effektivitet i [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010).

Förändring

Den höga förändringstakten i arbetslivet och särskilt frekventa organisationsförändringar, anses som en viktig bidragande orsak till stress, stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning. Hälso- och sjukvården är en av de branscher som kännetecknas av hög förändringstakt, t.ex. frekventa organisationsförändringar, nya tekniska och medicinska hjälpmedel och behandlingar. Många gånger upplever beslutande instanser viss tröghet och ibland motstånd bland dem som arbetar ute i patientverksamheterna, till exempel vid införande/genomförande av förändringar i organisation och invanda arbetssätt. Det kan finnas många orsaker till detta såsom oklart kommunicerade mål, upplevd brist på delaktighet/inflytande, övertygelse om att förändringen inte leder till förbättring för personal och/eller för patienter etc. Läkargruppen ses i dessa sammanhang som en nyckelgrupp [Läkares engagemang i utvecklings- och förbättringsarbete av vårdens patientnära processer](#) (Bååthe 2015).

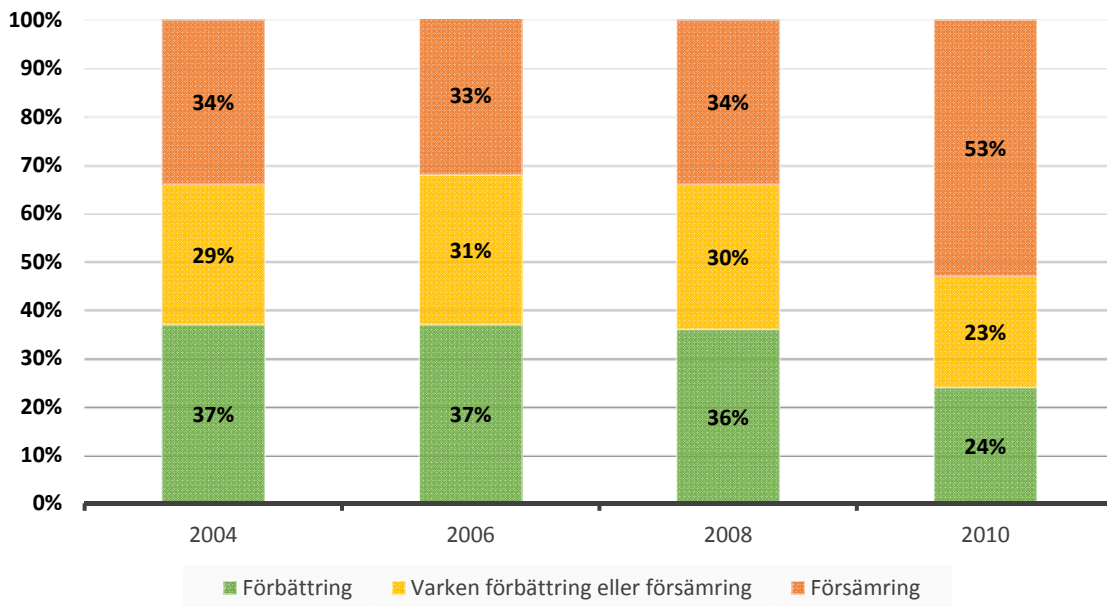
Instrument för att mäta förändring

När KART-enkäten utformades konstruerade vi en fråga som gäller den anställdes upplevelse av förändringar som skett på arbetsplatsen: ”Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?”. Svartalternativen var ”Ja” och ”Nej”. Om man svarat ”Ja” skulle man också besvara ”hur har Du upplevt detta?”, med svartalternativen ”Som en förbättring”, ”Varken som en förbättring eller försämring” och ”Som en försämring”. Från och med tredje mätningen (2008 och 2010) ombads deltagarna även ange vilken typ av förändring som skett. Svarsfördelningen vid de fyra mättillfällena framgår av Figur 33.

Förändring i VGR över tid

Vid uppföljningen 2010 angav 78 procent av deltagarna inom VGR att det skett en för dem viktig förändring på arbetsplatsen det senaste året, vilket var en ökning med tio procentenheter, jämfört med tidigare mättillfällen. Över hälften av dessa svarande upplevde då förändringarna som försämring, jämfört ungefär var tredje vid de tre tidigare mättillfällen (Figur 32). De typer av förändringar som var vanligast i denna grupp var personalminskning, ändrad/ny organisation och ökad arbetsmängd. Av de som angett förbättring var ny chef, ändrade/nya arbetsuppgifter, lokalförändring och personalökning vanligast.

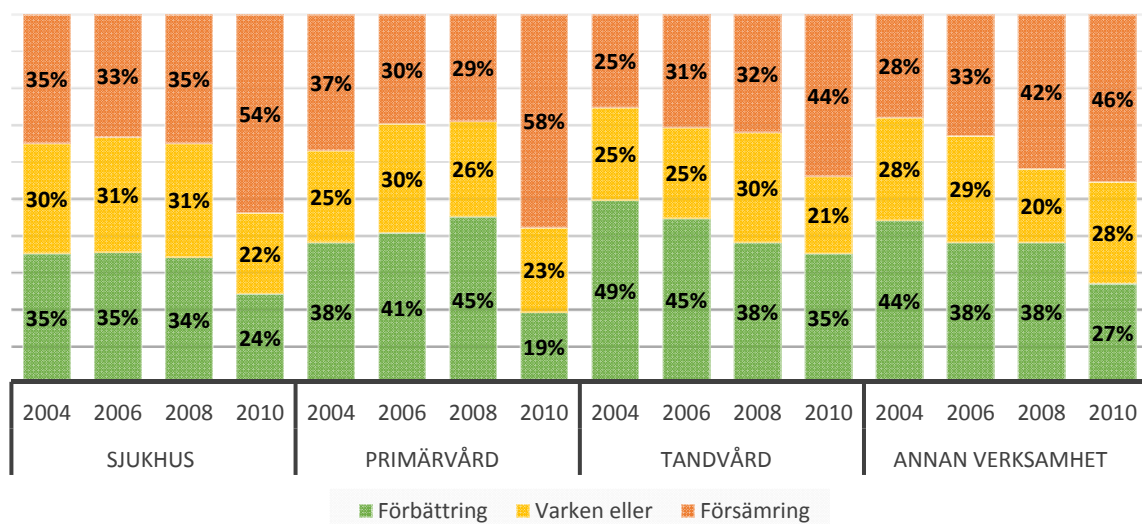
Upplevelse av förändring



Figur 32. Andel (%) av de deltagare som har svarat JA på frågan om det skett eller pågår någon/några för dig viktiga förändringar på din arbetsplats under de senaste 12 månaderna, och som upplever denna förändring som en förbättring, en försämring eller varken en förbättring eller en försämring.

Förändring i olika verksamheter och yrkesgrupper

Upplevelse av förändring inom olika verksamheter

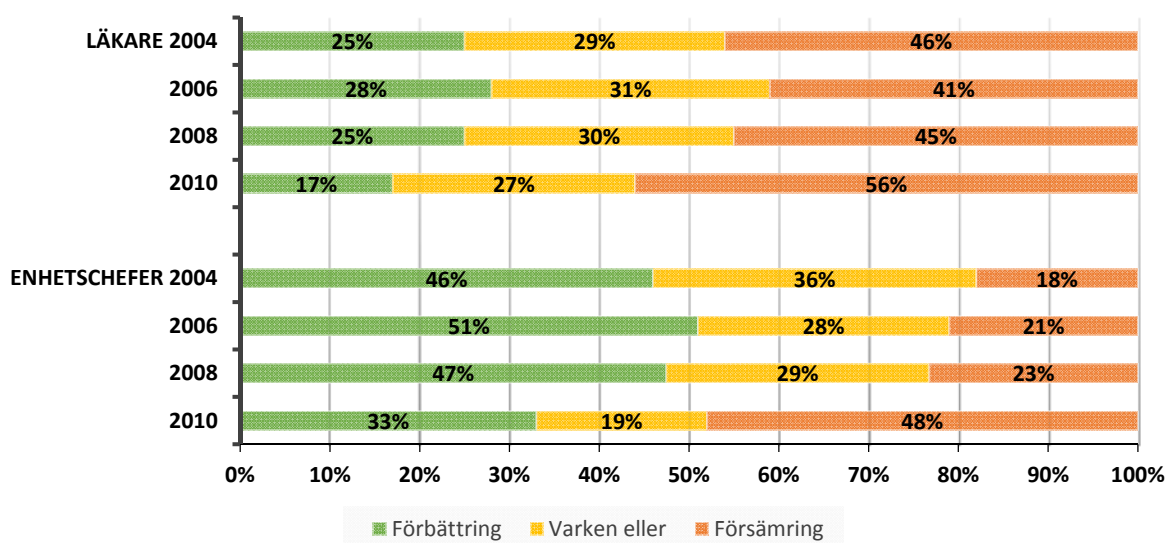


Figur 33. Andel (%) av de deltagare som har svarat JA på frågan om det skett eller pågår någon/några för dig viktiga förändringar på din arbetsplats under de senaste 12 månaderna, och som upplever denna förändring som en förbättring, en försämring eller varken en förbättring eller en försämring, inom olika verksamheter.

Av dem som rapporterade förändring var andelen som upplevde den som förbättring, varken eller respektive försämring ungefär lika stor vid de tre första undersökningsomgångarna (figur 32). Sista uppföljningen som genomfördes efter den ekonomiska krisen 2008/2009 var det en stor majoritet som rapporterade att förändringar genomförts och bland dem var det över hälften som upplevde dessa som försämring.

Den tydligaste ökningen av andelen som upplevde förändringar som försämring 2010 ses bland svarande som var anställda inom primärvård och sjukhus. Särskilt inom primärvårdsgruppen är skillnaden mot 2008 iögonfallande (figur 33).

Upplevelse av förändring Läkare och Enhetschefer



Figur 34. Andel (%) av de läkare och enhetschefer som har svarat JA på frågan om det skett eller pågår någon/några för dig viktiga förändringar på din arbetsplats under de senaste 12 månaderna, och som upplever denna förändring som en förbättring, en försämring eller varken en förbättring eller en försämring.

2010 uppgav ungefär hälften i samtliga yrkesgrupper inklusive enhetscheferna att de upplevde pågående/genomförda förändringar senaste året som försämring. Över hela tidsperioden var läkarna minst nöjda och cheferna mest nöjda med förändringarna på deras arbetsplats.

Kommentar

Att uppleva förändring som en försämring var en riskfaktor för att utveckla stressrelaterad ohälsa två år senare. Denna koppling var tydlig och kvarstod även sedan hänsyn tagits till flera andra viktiga risk- och friskfaktorer. Det finns således all anledning att skapa delaktighet och positivt engagemang i det förändringsarbete man bedriver inom en organisation, förvaltning eller verksamhet.

Det visade sig också att mindre än hälften av alla deltagare var helt nöjda med den information man fick i samband med för dem viktiga förändringar på arbetsplatsen. Här finns alltså ett klart utrymme för förbättringar som chefer på alla nivåer bör uppmärksamma eftersom det har stor betydelse för i vilken utsträckning förändringsprocesserna blir framgångsrika.

Läs gärna mer om hur du kan utföra en hälsofrämjande förändring på arbetsplatsen i [ISM-rapport 9](#) samt för kortare version till kapitlet i [Kunskaper och metoder för hälsofrämjande arbete](#) (Kortversion av ISM-rapport 9)

Lästips

I en helt färsk rapport ställs frågan hur ett Lean-inspirerande arbetssätt påverkar medarbetares (inkl. chefers) arbete, arbetsförhållanden, hälsa och engagemang. Man konstaterar att ett Lean-inspirerande arbetssätt kan ha positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljön – när den tydligt anpassas till verksamheten. Krav i arbetet ökade generellt i medeltal och stressymtom och utmattningsproblematiker ökade däremot, där det inte skedde verksamhetsutveckling. Utmattning ökade även där det var högt engagemang och nya arbetssätt. Man såg även att det fanns skillnader mellan hur yrkesgrupper påverkades av implementeringen.

[Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetstjänande implementeringslogiker](#)
(Dellve, Andreasson et al. 2016)

Reflektionsfrågor

Vilken är den viktigaste förändringen på din arbetsplats just nu?

Vilka former har ni idag för att få information, kunna ställa frågor och framföra synpunkter i det arbetet?

Vad skulle kunna göras ytterligare?

Kommunikation

Kännetecknande för friska verksamheter är bland annat att man har en väl fungerande kommunikation, både vertikalt och horisontellt. Det kan handla om såväl formella som informella kommunikationsvägar samt ett kommunikationsklimat där det är högt i tak och finns forum för att lyssna på goda idéer och även kritik, [Hälsa och framtid](#) (Ahlberg, Bergman et al. 2008, Svartengren, Stoetzer et al. 2013). Kommunikation är också en viktig komponent i en förändringsprocess. Ett gott kommunikationsklimat har visat sig innebära att man uppfattar de förändringar som sker mer positivt. Ett sämre fungerande kommunikationsklimat har snarast motsatt effekt och riskerar därmed att bidra till ohälsa bland berörda anställda.

I KART-enkäten infördes 2008 tre frågor som särskilt berör kommunikationsklimatet och gäller hur väl det stämmer på den egna arbetsplatsen att ”Man vågar vara öppen med vad man tycker och tänker”, ”Man lyssnar och låter varandra tala färdigt” och att ”Vi har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör vårt arbete”.

Svarsalternativen var att det stämmer ”Mycket dåligt”, ”Ganska dåligt”, ”Ganska bra” och ”Mycket bra”.

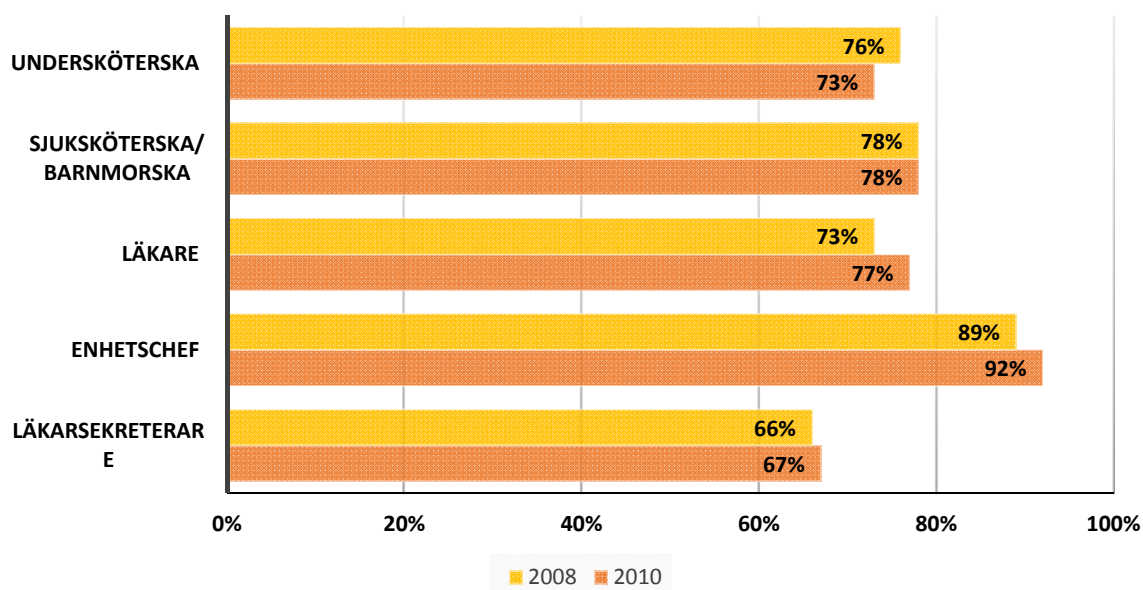
Kommunikation i VGR över tid

Åtta av tio deltagare inom VGR tyckte 2008 och 2010 att det stämde ganska bra in på deras arbetsplats att ”man vågar vara öppen med vad man tycker och tänker” respektive att ”man lyssnar och låter varandra tala färdigt”. Sju av tio deltagare anser att de har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör arbetet.

Kommunikation inom olika verksamheter och yrkesgrupper

Skillnaderna mellan olika verksamhetsområden var relativt små när det gäller de anställdas upplevelse av ett öppet kommunikationsklimat på arbetsplatsen. Däremot fanns vissa skillnader mellan olika yrkesgrupper där nio av tio chefer men bara drygt två av tre läkarsekreterare upplevde kommunikationsklimatet som öppet (Figur 35).

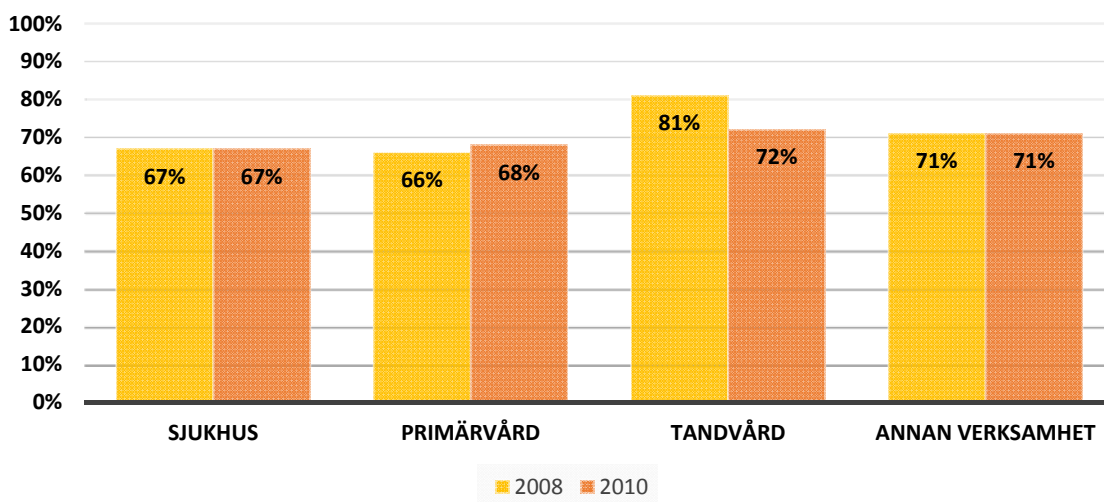
Öppet kommunikationsklimat inom olika yrkesgrupper



Figur 35. Andel (%) som svarade att det stämde mycket bra eller ganska bra att man på den egna arbetsplatsen vågar vara öppen med vad man tycker och tänker, bland anställda inom olika yrkesgrupper 2008 och 2010.

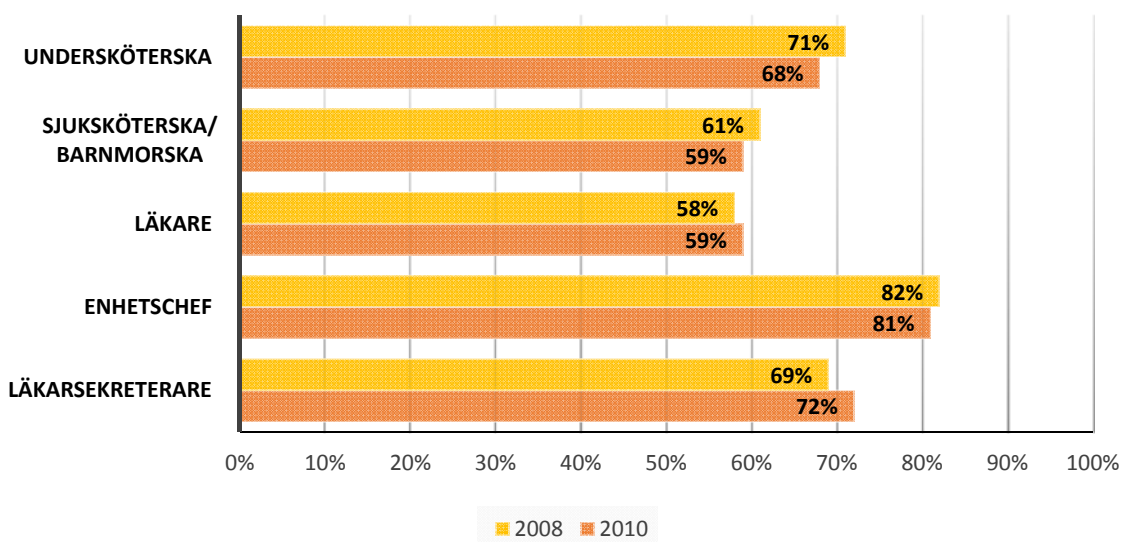
När det gäller möjligheten att prata om frågor som rör arbetet utmärkte sig tandvården positivt 2008 medan skillnaderna mellan verksamhetsområdena i övrigt var relativt små (Figur 36). Bland yrkesgrupperna upplevde ungefär fyra av tio läkare respektive sjuksköterskor att de inte hade tillräckliga möjligheter till detta (Figur 37). Även här var de flesta chefer nöjda.

Möjlighet att prata om frågor som rör arbetet i olika verksamheter



Figur 36. Andel (%) som svarade att det stämde mycket bra eller ganska bra att man på den egna arbetsplatsen har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör arbetet, bland anställda inom olika verksamheter 2008 och 2010.

Möjlighet att prata om frågor som rör arbetet i olika yrkesgrupper



Figur 37. Andel (%) som svarade att det stämde mycket bra eller ganska bra att man på den egna arbetsplatsen har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör arbetet, bland anställda inom olika yrkesgrupper 2008 och 2010.

Om du är intresserad av vad andra yrkesgrupper har svarat kan du se fler resultat i [ISM-rapport 10](#) (Hultberg, Hadžibajramović et al 2011).

Kommentar

Ledningsgrupper och chefer som inför en större förändringsprocess så tidigt som möjligt i samråd med medarbetarna lägger upp och följer en intern (och extern) kommunikationsplan som betonar öppenhet och delaktighet har större möjligheter att få medarbetarna med sig och därmed nå ett bra resultat. Läs gärna mer om kommunikation och dialog på arbetsplatsen i [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010) [På ISM:s hemsida](#) finns samlat både information från studier och olika arbetsmaterial att använda som verktyg för kommunikation på arbetsplatsen. Det kan handla om chefers kommunikation, metoder för att träna dialog och kommunikation eller hur man genomför hälsofrämjande arbetsplatser.

Reflektionsfrågor

Hur ser det ut idag på din arbetsplats när det gäller:

Möjlighet att ställa kritiska frågor

Lämna förslag till nya lösningar/idéer

Ventilera svårigheter och dilemman i arbetet

Få återkoppling på utfört arbete

Hur skulle du vilja att det var?

Vilka mötesforum finns för detta?

Vilken möjlighet finns för mer spontan kommunikation för dessa frågor?

Sammanfattande kommentar om psykosociala arbetsförhållanden

Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med inriktning på en hälsofrämjande psykosocial arbetsmiljö kan, om det integreras i verksamhetsutvecklingen, sannolikt ge positiva effekter för både arbetsgivare och anställda. Vad man bör inrikta arbetet på får naturligtvis avgöras av nuläget på respektive arbetsplats. Förutom att ännu bättre anpassa arbetskraven efter den anställdes förutsättningar så indikerar våra resultat att t.ex. kontroll/delaktighet, belöning/återkoppling och socialt stöd är viktiga områden att prioritera i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på många arbetsplatser. Genom att tydligare integrera hälsofrågorna i verksamhetsutvecklingen finns förutsättningar att främja sunda levnadsvanor vilket både arbetsgivaren och den anställda kan vinna på.

Lästips

Ett hälsofrämjande arbete bör bedrivas som process snarare än projekt, med ett brett ägandeskap, en tydlig struktur och en väl fungerande kommunikation.

- Det visar en ISM-studie av [Hälsofrämjande i praktiken](#) (Skagert , Ahlborg Jret al. 2015).
- I [ISM-häfte nr 7 Hälsofrämjande arbetsplatsträffar](#) (Bergman, Hultberg et al. 2015), ges rekommendationer och reflektioner utifrån en delstudie i samma forskningsprojekt.
- I [ISM-häfte nr 8 Det vi får är inte det vi behöver](#) (Hultberg 2015) presenteras en processutvärdering av ett hälsoprojekt som vände sig till undersköterskor, medicinska sekreterare och barnmorskor utifrån KART-studiens resultat.

Chefers situation inom VGR

I samband med ny-urvalet 2008 utökades antalet enhets- och verksamhetschefer i KART- studien. I 2004 och 2008 års rapporter framgår det bland annat att chefer inom regionen i allmänhet visserligen rapporterade höga krav, mer förändring och mer övertid än andra yrkeskategorier i VGR, men också mer kontroll, balanserad närvaro, bättre levnadsvanor, bättre hälsa och stor arbetslust. Det fanns generellt större skillnader mellan de två chefsnivåerna, än mellan manliga och kvinnliga chefer [ISM-rapport 8](#) (Hultberg, Hadžibajramovic et al. 2010). Ett observandum är att 2010 var det fortfarande mer än var tionde chef som rapporterade tecken till allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) och att nästan varannan upplevde förändringarna som försämringar. 2010 kompletterades enkäten med specifika frågor som rör förutsättningarna för deras chefskap och det är svaren på dessa vi rapporterar i följande avsnitt.

Bland de som besvarade enkäten 2010 arbetade 13 procent som chefer med ansvar för personal- och ekonomifrågor, bland dessa var 80 procent (n=227) 1:a linjechefer (enhetschefer eller motsvarande) och 16 procent (n=46) verksamhetschefer eller motsvarande med underställda chefer. Endast fyra procent (n=13) av de svarande hade högre chefspositioner och dessa ingår inte i analysen. Nedan redogör vi för var och en av de chefsspecifika frågorna och beskriver skillnader mellan chefer på olika nivåer, samt skillnader mellan chefer inom de olika verksamhetsområdena sjukhus, primärvård, folktandvård och övrig VGR-verksamhet (centrala kanslier etc.).

Erfarenhet som chef

Bland dem som svarat på enkäten 2010 finns inga påtagliga skillnader i erfarenhet mellan chefer inom olika verksamheter – i genomsnitt har chefer inom sjukhusområdet arbetat som chef i totalt 11,5 år och på sin nuvarande arbetsplats i 7,5 år. Motsvarande siffror för chefer inom primärvården är 12,5 och 9 år, tandvården 10 och 7,5 år samt övrig VGR-verksamhet 14 och 7 år. 1:a linjechefer har av naturliga skäl något kortare erfarenhet av chefsarbete både på den nuvarande arbetsplatsen (i genomsnitt 8 år) och totalt (11,5 år) än 2:a linjechefer (8,5 respektive 14 år). Av alla svarande chefer var det drygt 6 % som hade mindre än två års chefsfarenhet och 45 % hade mer än 10 års erfarenhet som chef.

Kontrollspann

Det finns viss skillnad i antalet direkt underställda medarbetare per chef, så kallat kontrollspann, mellan olika verksamhetsområden. Eftersom spridningen är relativt stor kan medelvärdet bli ganska missvisande, vi väljer därför att redogöra för variationen inom de lägsta och högsta kvartilerna (fjärdedelarna) och medianvärdet för de olika verksamheterna (Tabell 3). Flest antal anställda per chef återfanns inom sjukhusområdet, där också medianvärdet var högst (26). Bland sjukhusanställda chefer ansvarade en fjärdedel för 41 eller fler medarbetare (tabell 3, fjärde kvartilen).

Minst antal anställda per chef fanns inom övrig VGR-verksamhet, där en fjärdedel av cheferna hade fem eller färre underställda (första kvartilen).

Tabell 3. Antal underställda inom olika verksamheter.

Verksamhet	Första kvartilen ¹	Median	Fjärde kvartilen ²
Sjukhus	1-14	26	40-375
Primärvård	3-12	20	30-56
Tandvård	1-10	20	29-35
Annan verksamhet	3-6	10	23-50

¹ De 25 % med lägst antal underställda medarbetare.

² De 25 % med högst antal underställda medarbetare.

Chefers kliniska arbete

Hälften av cheferna på båda nivåerna arbetar kliniskt. En femtedel av 1:a linje- och en tiondel av 2:a linjecheferna arbetar kliniskt mer än halva arbetstiden. Det finns stora skillnader mellan verksamhetsområden: fyra av tio primärvårdschefer och sex av tio tandvårdschefer arbetar kliniskt halva eller mer än halva arbetstiden, det samma gäller en tiondel av cheferna på sjukhusen. Endast en av tio chefer inom övriga verksamheter arbetar kliniskt över huvud taget. Drygt hälften av cheferna inom sjukhusen arbetar aldrig kliniskt. Inom primärvården är det bara en av fem chefer som aldrig arbetar kliniskt.

Chefers möte med egen chef

Vi frågade också hur ofta chefer träffar sin egen chef på tu man hand och om de får den feedback och det stöd de behöver under dessa möten. En av tre enhetschefer träffar sällan (några gånger per halvår eller mer sällan) sin egen chef enskilt, det samma gäller för hälften av verksamhetscheferna. En tredjedel av verksamhetscheferna upplever inte att de får det stöd de behöver genom dessa möten. Vad gäller skillnader mellan verksamheter så framgår det av Tabell 4 att hälften av cheferna inom primärvård och tandvård sällan träffar sin chef på tu man hand, medan detsamma är sant för en av tre chefer inom sjukhusen och endast en av fem chefer inom övrig VGR-verksamhet. Cheferna inom tandvården är dock lika nöjda med det stöd de får via dessa möten som cheferna inom övrig verksamhet.

Tabell 4. Chefers enskilda möten med egen chef och upplevelse av stöd

Verksamhet	Hur ofta träffar du din egen chef på tu man hand?			Får du den feedback/stöd från din chef som du önskar genom dessa träffar?
	<i>Ofta</i> (varje dag eller vecka)	<i>Ibland</i> (några gånger per månad)	<i>Sällan</i> (några gånger per halvår eller mer sällan)	<i>Ja, delvis eller helt</i>
Sjukhus	33 %	33 %	34 %	76 %
Primärvård	29 %	22 %	49 %	78 %
Tandvård	33 %	14 %	53 %	87 %
Annan verksamhet	40 %	40 %	20 %	87 %

Chefers tillfredsställelse med egen utbildning

Nio av tio enhets- och verksamhetschefer anser att de genomgått tillräcklig chefsutbildning för att klara av sina arbetsuppgifter på ett tillfredställande sätt avseende ansvarsområdena administration och arbetsmiljö/rehabilitering. Över 80 procent av cheferna på båda nivåer anser att de genomgått tillräcklig utbildning för att klara av sina arbetsuppgifter inom personalhantering/kommunikation och verksamhetsutveckling, men verksamhetschefer är nöjdare än enhetschefer. Det finns inga nämnvärda skillnader mellan verksamheter, en stor majoritet av cheferna inom samtliga verksamhetsområden är helt eller delvis nöjda med den egna utbildningsnivån.

Kommentar

En vetenskaplig studie av omsättningen av de chefer som medverkat i KART-studien 2004-2008 visade att 40 % av dem som uppgav sig vara chef 2004 inte längre var det 2008. Till detta kommer de som pensionerats eller lämnat VGR under perioden. Det innebär att omsättningen av chefer var relativt hög, särskilt mot bakgrund av att engagerat och uthålligt ledarskap är en nyckel till framgångsrikt förändringsarbete. En studie av kommunala verksamheter visade liknande nivåer på chefsomsättning [ISM-rapport 12](#) (Stengård, Berntson et al. 2013). En majoritet av de chefer som besvarade KART-enkäten 2010 hade dock relativt lång chefsfarenhet. De var också i stor utsträckning nöjda med sin chefsutbildning. Förutsättningarna för att bedriva ett chefskap i enlighet med VGR:s chefskriterier och egna ambitioner varierade dock mellan olika verksamheter. Till exempel var det många chefer på sjukhusen som hade mycket stort kontrollspann, vilket annan forskning visat vara ogynnsamt både för chefen själv och medarbetarna/verksamheten. Detta är också bakgrunden till de riktvärden för kontrollspann som VGR-ledningen beslutat införa. Ett annat förbättringsområde gäller kommunikationen på tu man hand med den egna chefen, som många chefer upplever brister i. Samma resultat har framkommit i de intervju- och observationsstudier som genomförts parallellt med KART-studien.

Det är viktigt att skapa goda förutsättningar för cheferna att även för egen del kunna bedriva chefskapet på ett hållbart och hälsofrämjande sätt eftersom hög stress och försämrad psykisk hälsa inverkar negativt också på verksamheten och medarbetarna. På [ISM:s hemsida](#) finns olika studier om chefers förutsättningar, arbetsvillkor och möjlighet att påverka sin och medarbetarnas arbetssituation samlat.

Reflektionsfrågor

Är du nöjd med den feedback/stöd som du får av din egen chef?

Vad skulle du kunna göra för att förbättra den ytterligare?

Vad skulle organisationen/ledningen kunna göra?

På vilket sätt påverkar antalet medarbetare dina möjligheter att bedriva ett närvarande chefskap?

Hur pass nöjd är du med de förändringsarbeten som påverkar din verksamhet? Har du möjlighet att samtala med dem som fattar beslut om förändringar och de konsekvenser du ser för den egna verksamheten?

Vad är de viktigaste förutsättningarna för att du skall vilja stanna kvar som chef?

Förhållanden utanför arbetet

Förutom lönearbetet bidrar förhållanden i privatlivet såsom hemarbete, relationer, fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet och vila/sömn till det psykiska välbefinnandet. Man talar ibland om att en upplevd obalans mellan sådana aktiviteter i vardagen kan inverka negativt på välbefinnande och hälsa. Bristfällig sömn kan både vara en effekt av och en orsak till stress. Vi har valt att redovisa förekomsten av sömnproblem här men hade alternativt kunnat göra det i hälsoavsnittet ovan.

Instrument för att mäta förhållanden utanför arbetet

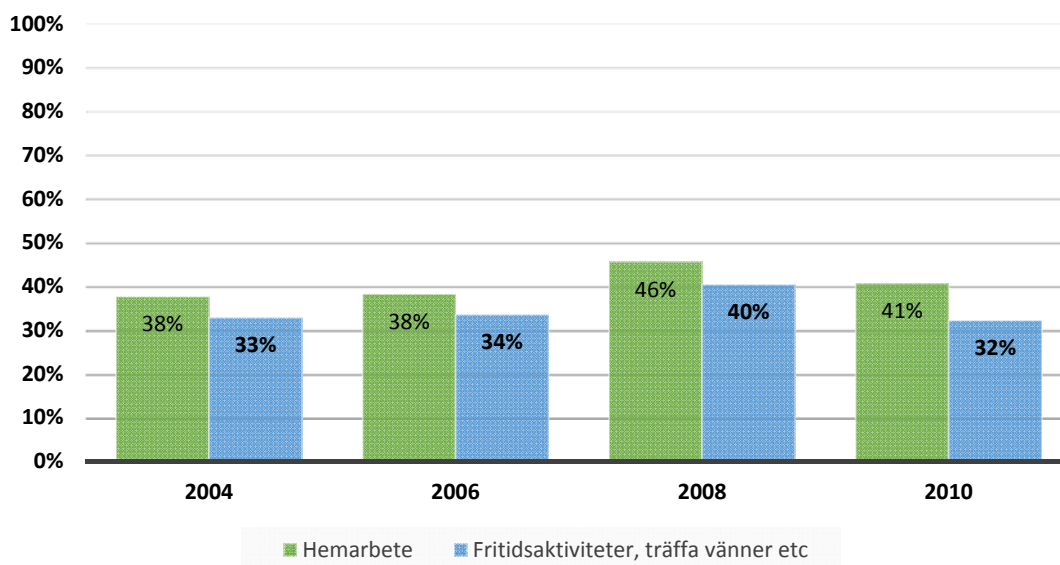
För att spegla balansen mellan förvärvsarbete och aktiviteter i privatlivet infördes två frågor om personen efter arbetsdagen hade ork kvar för ”att ägna Dig åt hemarbete?” respektive ”att ägna Dig åt fritidsaktiviteter, träffa vänner etc.?” med fem svarsalternativ från ”Alltid” till ”Aldrig”. Andelen som rapporterade att de alltid/ofta hade ork kvar för hemarbete respektive fritidsaktiviteter framgår i Figur 39.

Sömnproblem efterfrågades med två frågor från en etablerad sömnskala:

”Hur ofta har du haft/känt följande under den senaste tiden (de senaste 3 månaderna)?
1) Svårighet att somna, 2) Upprepade uppvaknanden med svårighet att somna om?”.
Svarskategorierna var ”Aldrig”, ”Sällan”, ”Ibland”, ”Flera gånger per vecka” och ”Varje dygn”. Svar enligt de två senare alternativen på en eller båda frågorna kategoriserades som frekventa sömnproblem.

Ork kvar för aktiviteter efter arbetet

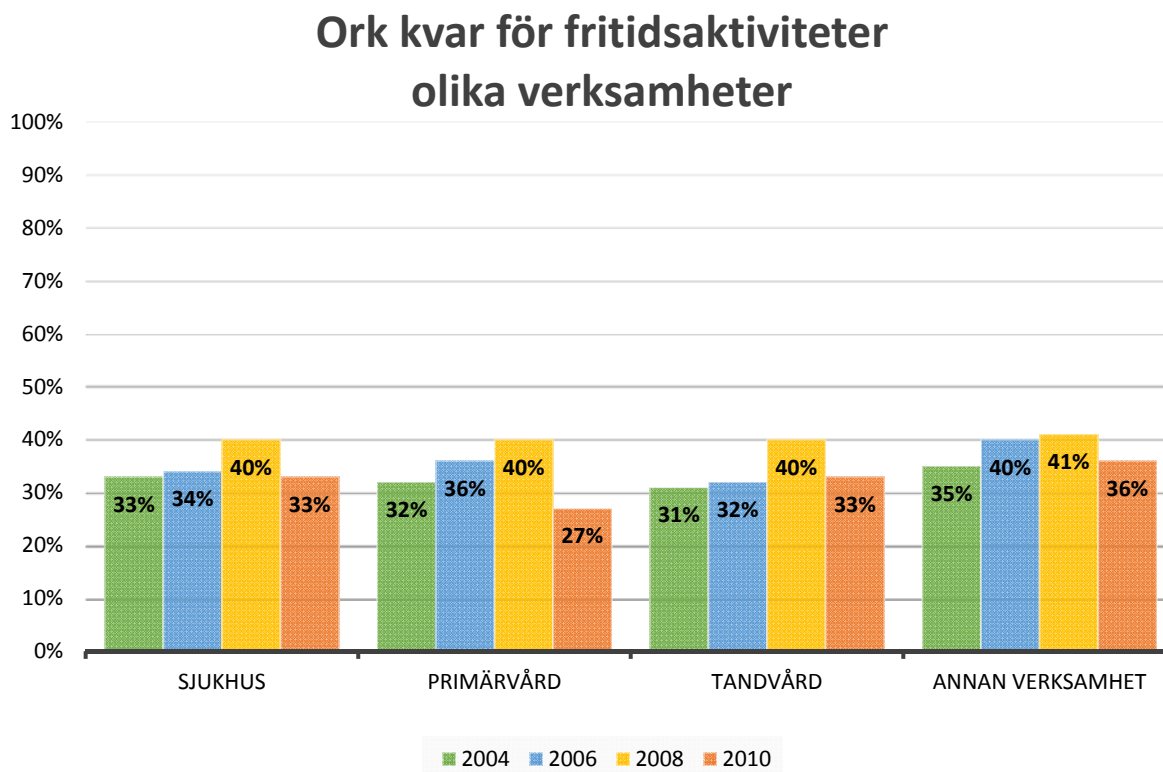
Ork kvar för hemarbete och fritidsaktiviteter



Figur 38. Andel (%) som har uppgett att de alltid/ofta har ork kvar efter arbetsdagen för hemarbete respektive fritidsaktiviteter, träffa vänner etc. 2004, 2006, 2008 och 2010.

Ungefär fyra av tio deltagare tyckte sig ofta eller alltid ha ork kvar efter arbetsdagen för hemarbete och tre av tio för fritidsaktiviteter enligt figur 39. 2008 när tilläggsurvalet gjordes var andelarna större men minskade åter 2010 då också skillnaden mellan hemarbete och fritidsaktiviteter var som störst. Det var inga stora skillnader 2010 mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper eller beroende på om man arbetade hel- eller deltid [ISM-rapport 10](#) (Hultberg, Hadžibajramović et al. 2011). Cirka en fjärdedel av de svarande rapporterade sömnproblem 2004 och 2006. Andelen var marginellt mindre när ny-urvalet inkluderats 2008 och 2010.

Ork kvar för aktiviteter efter arbetet inom olika verksamheter och yrkesgrupper

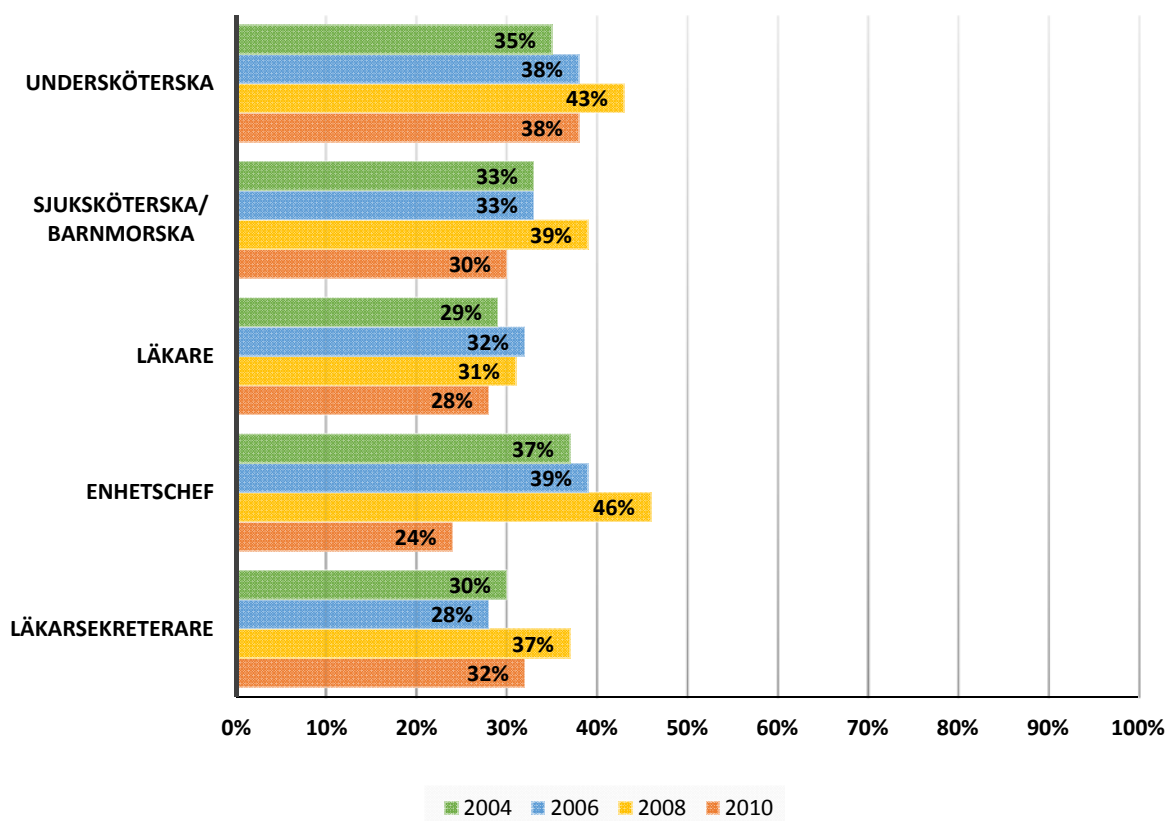


Figur 39. Andel (%) som har uppgett att de alltid/ofta har ork kvar efter arbetsdagen för fritidsaktiviteter, träffa vänner etc. 2004, 2006, 2008 och 2010 inom olika verksamheter.

Inom alla verksamheterna minskade andelen som upp gav att de ofta eller alltid hade ork kvar för fritidsaktiviteter, allra tydligast inom primärvården. Samma tendens sågs för hemarbete men inte lika uttalat.

När det gäller sömnproblem var skillnaderna små utom 2004 då andelen bland de svarande var högre inom primärvården (30 %).

Ork kvar för fritidsaktiviteter olika yrkeskategorier



Figur 40. Andel (%) som har uppgett att de alltid/ofta har ork kvar efter arbetsdagen för fritidsaktiviteter, träffa vänner etc. 2004, 2006, 2008 och 2010 inom olika yrkesgrupper.

Alla yrkesgrupperna utom läkarna hade klart högst andel med ork kvar för fritidsaktiviteter 2008 jämfört med vid övriga mättillfällen. Chefsgruppen utmärker sig genom att då ha den högsta andelen och två år senare den lägsta. Även för sjuksköterskegruppen ses en tydlig minskning 2010. Samma mönster gäller för frågan om ork kvar för hemarbete. Läkarsekreterargruppen hade högst andel som rapporterade sömnproblem vid samtliga mättillfällen (ungefär var tredje deltagare).

Kommentar

Att mindre än hälften av de som besvarat enkäten tycker sig ofta eller alltid ha ork kvar efter arbetet för hemarbete och fritidsaktiviteter tyder på att arbetet är krävande och behovet av vila och återhämtning är stort. Har man då inte energi ens för lustfyllda fritidsaktiviteter och dessutom sömnproblem är risken för utmattning klart förhöjd om inte situationen förändras till det bättre.

I [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010) kan du läsa mer om vikten av att chefer uppmärksammar tidiga tecken på stress i syfte att främja hälsa hos de anställda. Det finns även information om stresshanteringsprogram och sömnskola för individer med hög stressupplevelse.

Reflektionsfrågor

Hur har en arbetsdag varit, där du efter avslutat arbete har ork över till hemarbete och/eller fritidsaktiviteter?

Vilka är dina personliga mål/drömmar/visioner, vid sidan av arbetet?

Vad skulle du kunna göra idag för att komma närmare det målet?

Vad ger dig ork och energi såväl på arbetet som hemma?

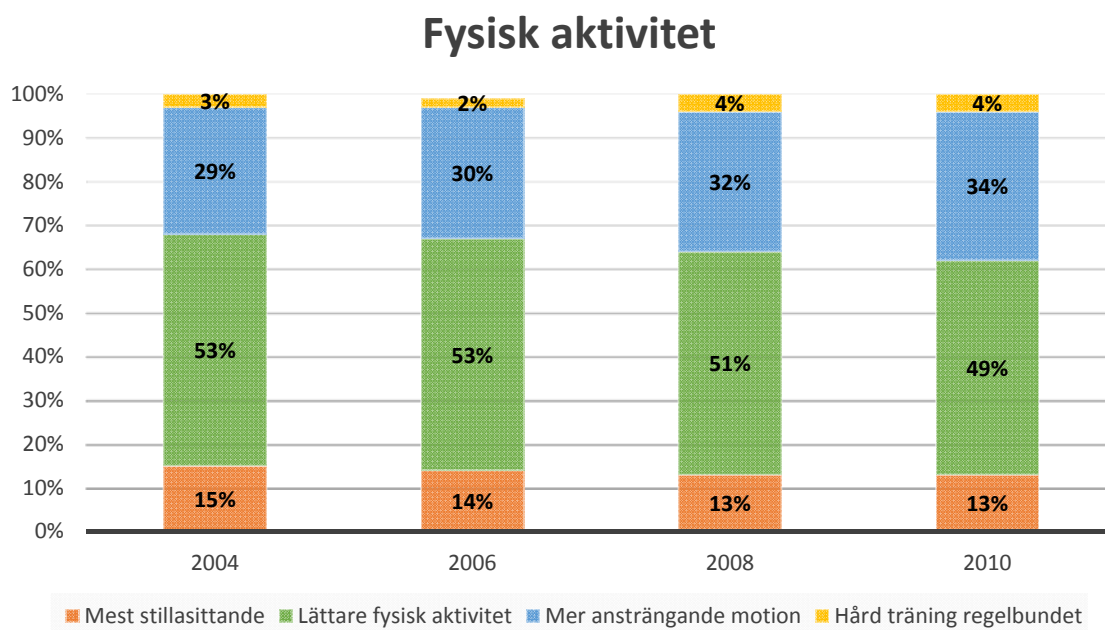
Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsan och är således en friskfaktor, man mår bättre och orkar mer. Att vara fysisk aktiv utgör även en viktig buffert mot stress, delvis genom att påverka hjärnans stresshanteringsförmåga men även genom att påverka våra biologiska stressreaktioner och hjärnan. Det var således vanligare att personer med låg fysisk aktivitet hade utvecklat AST vid uppföljning efter två år jämfört med dem som rapporterade hög fysisk aktivitet.

Instrument för att mäta fysisk aktivitet

Graden av fysisk aktivitet mättes med Saltin/Grimby fyrgradiga skala enligt vilken svaren delar in deltagarna i fysiskt inaktiva (mest stillasittande), lättare fysisk aktivitet, mer regelbunden motion respektive hård regelbunden träning. I Figur 41 redovisas svarsfördelningen från de fyra mätomgångarna.

Fysisk aktivitet i VGR över tid

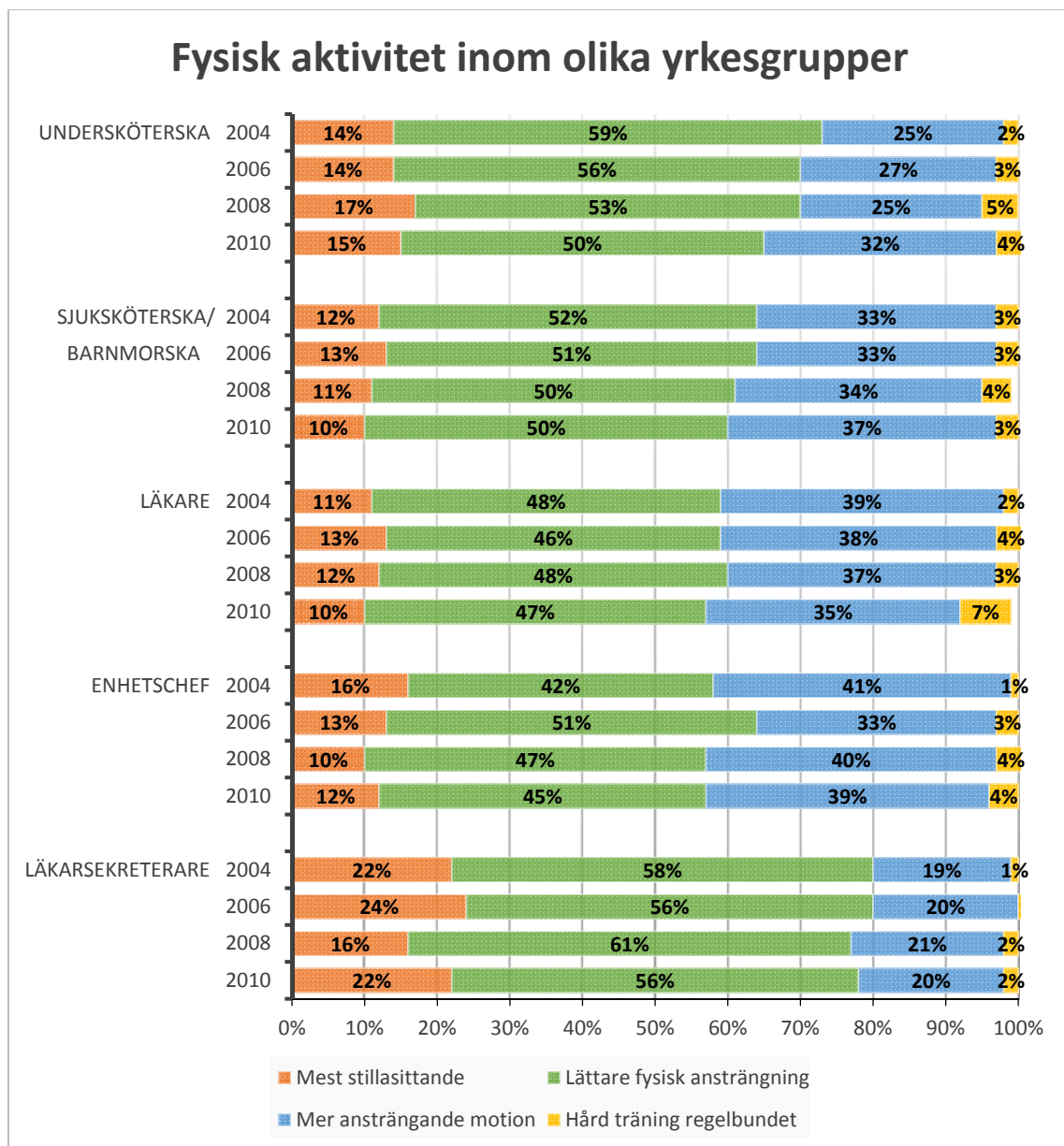


Figur 41. Andel (%) med respektive fysisk aktivitetsnivå 2004, 2006, 2008 och 2010.

De flesta utövar fysisk aktivitet med lättare ansträngning minst ett par timmar i veckan. Figur 42 ovan visar även att den fysiska aktivitetsnivån är relativt oförändrad över tid, även om det finns en viss tendens till ökning av kategorin ”mer ansträngande motion”.

Fysisk aktivitet inom olika verksamheter och yrkesgrupper

Skillnaden i fysisk aktivitet mellan de olika verksamhetsområdena var relativt små. Läkarsekreterargruppen avvek från de övriga yrkesgrupperna genom att ha större andel ”mest stillasittande” och lägst andel ”mer ansträngande motion” (Figur 42).



Figur 42. Andel (%) av anställda inom olika yrkesgrupper och deras fysiska aktivitetsnivå 2004-2010.

Kommentar

Det finns en viss positiv tendens över studieperioden mot mer fysisk aktivitet bland deltagarna. På senare tid har uppmärksamheten avseende vikten av rörelse ökat dels rörelse generellt i vardagen, utöver motion/träning, och dels på inaktivitet/stillasittande som ökat till följd av att mer tid ägnas åt TV, datorer, läsplattor, smarttelefoner etc. I avsnittet ”Att förebygga mental ohälsa med fysisk aktivitet” nedan konstateras bland annat att graden av fysisk aktivitet är relaterad till självupplevd stress, mental hälsa och arbetsförmåga, liksom framtida utveckling av stressrelaterade symtom. Individer som är under hög stressbelastning upplever mindre symtom om de är fysiskt aktiva.

Lästips

- I [ISM-rapport 9](#) (Hultberg, Skagert et al. 2010) finns mer information om hur man kan främja fysisk aktivitet på arbetsplatsen.
- I [Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen](#) från Kompetenscentret för företagshälsa (Jensen, Grooten et al. 2014) betonas att det finns vetenskapligt stöd för hälsofrämjande insatser via arbetsplatsen i syfte att öka fysisk aktivitet. Motiverande samtal var den metod som gav bäst effekt för insatser via arbetsplatser i syfte att förändra fysisk aktivitet och matvanor.
- *Stress: Gen, individ, samhälle* (Arnetz and Ekman 2013).
- *Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd* (Svantesson, Cider et al. 2007).

Reflektionsfrågor

Vad gör dig motiverad till att avsätta tid för och faktiskt genomföra träning?

Det är också viktigt att röra på sig i vardagen samt att då och då bryta stillasittandet. Vad kan ni göra på din arbetsplats för att uppmuntra till mera rörelse under arbetsdagen?

Vi klarar stressbelastning bättre om vi tränar, men hur gör man för att inte släppa sina goda vanor när man som bäst behöver dem?

Vetenskapliga publikationer utifrån KART-materialiet

Att förebygga mental ohälsa med fysisk aktivitet

Ingibjörg Jonsdottir, Professor

Studierna kring fysisk aktivitet inom ramen för KART tillför ny och viktig kunskap kring hälso nytta av fysisk aktivitet, med direkt relevans för både arbetslivet och i det kliniska perspektivet. Graden av fysisk aktivitet är relaterad till självupplevd stress, mental hälsa och arbetsförmåga, liksom framtida utveckling av stressrelaterade symtom. Individer som är under hög stressbelastning upplever mindre symtom om de är fysiskt aktiva.

Sammantaget talar KART-studiens olika delstudier kring fysisk aktivitet för att åtgärder som syftar till att underlätta fysisk aktivitet, borde vara högt prioriterade inom såväl arbetslivet som samhället i stort. Särskilt med tanke på att vi går mot en framtid med förväntat ökad sjuklighet relaterad till otillräckliga levnadsvanor och med behov av bibehållen arbetsförmåga högt upp i åren.

Fysisk aktivitet betraktas av Världshälsoorganisationen som en av de viktigaste levnadsvanorna för att förebygga och bibehålla en god hälsa. Det var således självklart när KART-studien startade, att inkludera ett mått på fysisk aktivitet, för att specifikt kunna belysa sambandet mellan graden av fysisk aktivitet, stress och självrapporterad mental ohälsa.

Evidensen för att fysisk aktivitet har betydelse för mentalt välbefinnande har stärkts de senaste åren. Framförallt är det välbelagt att regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga utvecklingen av depression (Mammen and Faulkner 2013) och att träningsprogram har lika stor effekt som medicinering vid mild till måttlig depression (Josefsson, Lindwall et al. 2013)

Vi har utifrån deltagarna i KART-studien studerat om graden av fysisk aktivitet har ett samband med upplevd stress och självrapporterade symtom på depression. Vi undersökte även om graden av fysisk aktivitet var relaterade till självrapporterade symtom på ångest, något som är mindre studerat, [Fysisk aktivitet förebygger stress](#) (Jonsdottir, Rödger et al. 2010). Sammanfattningsvis så visar våra tvärsnittsdata att individer som rapporterade högre grad av fysisk aktivitet, var mindre benägna att rapportera höga nivåer av upplevd stress, depression och ångest, jämfört med individer som rapporterade stillasittande livsstil. De som rapporterade någon grad av fysisk aktivitet var också mindre benägna att rapportera hög grad av upplevd stress och symtom på depression två år senare jämfört med de personer som rapporterade en mer stillasittande livsstil. För att ”förebygga” ångest kan däremot krävas en högre grad av fysisk aktivitet motsvarande medelintensiv fysisk träning, såsom pulshöjande cykling eller jogging.

Med dessa resultat stärks evidensen att fysisk aktivitet har en förebyggande effekt avseende depression och att en relativt liten mängd aktivitet, motsvarande promenader och trädgårdsarbete, är tillräckligt för att ha positiv betydelse för den mentala hälsan. Studien bekräftar också tidigare forskning, som antyder att det krävs fysisk träning för att förebygga ångestrelaterade symtom.

Hänger förändring av fysisk aktivitetsnivå ihop med graden av symtom på mental ohälsa?

Vi har i en uppföljande studie gått vidare och undersökt om förändring i graden av fysisk aktivitet hänger ihop med förändring i graden av symtom på mental ohälsa. I denna studie använde vi oss av hela KART-materialet, det vill säga samtliga uppföljningar (totalt fyra mätpunkter) och resultaten visade klart och tydligt att förändringar i fysisk aktivitet är relaterat till förändringar i mental ohälsa. Om individen ökar sin aktivitet (jämfört med andra) så minskar symtom på exempelvis depression (jämfört med andra) och om samma individ vid ett specifikt tillfälle uppvisar mer aktivitet än förväntat rapporterar denna individ även mindre symtom än förväntat, [En positiv förändring i fysisk aktivitet gav lägre grad av depression, ångest och utbrändhet](#) (Lindwall, Gerber et al. 2013). Det är väl känt att fysisk aktivitet är färskvara och att exempelvis hjärta och blodomlopp mår bra av träning, men att effekterna inte sitter kvar i oändlighet. Detsamma verkar gälla för hjärnans funktion och vårt mentala välbefinnande, det vill säga att graden av fysisk träning är starkt förknippat med hur bra vi mår, men att effekterna är övergående, om man inte fortsätter att vara fysiskt aktiv.

Att undvika utbrändhet och må bra på jobbet

I våra studier kring effekter av fysisk aktivitet har vi även undersökt sambandet mellan graden av fysisk aktivitet och graden av utbrändhet. Detta har tidigare varit sparsamt studerat och våra studier bidrar därmed till ny kunskap inom området.

Utbrändhet/utmattning är starkt förknippat med arbetsrelaterad stress även om stress utanför arbetet också kan spela en stor roll. Vi ser tydligt i våra analyser att graden av fysisk aktivitet har ett samband med utbrändhet samt att fysisk aktivitet kan förebygga utvecklingen av symtom på utbrändhet, [Fysisk aktivitet förebygger stress](#) (Jonsdottir, Rödger et al. 2010). På liknande sätt som vid depression och ångest, följs fysisk aktivitet och symtom åt, det vill säga om graden av fysisk aktivitet minskar, så rapporterar individerna ökade symtom på utbrändhet (Lindwall, Gerber et al et al 2013).

Betydelsen av dessa fynd är stor, då det är av kliniskt intresse att bättre belysa de möjligheter som individen har att motverka utvecklingen av stressrelaterad ohälsa. Goda levnadsvanor är viktigt för alla individer för att behålla en god hälsa generellt, men också för att bättre kunna klara av det hektiska arbetsliv, som många i dagens samhälle upplever.

Hälsofrämjande åtgärder på individnivå kan dock aldrig ersätta hälsofrämjande åtgärder på grupp- och organisationsnivå och/eller det systematiska arbetsmiljöarbetet. Beteendeförändring är generellt en komplicerad process och för många individer svårt att uppnå.

Insatser som initierats från arbetsgivare/arbetsgruppen och som syftar till att öka graden av fysisk aktivitet påverkar tyvärr främst de som redan är aktiva, och tvärtom syftet, kan felaktiga insatser istället öka klyftan mellan de som rör på sig och de som inte gör det. Beteendeförändringar är en långsiktig och komplex process för individen, som inte kan lösas enkelt med bara insatser från arbetsplatsen. Arbetet för att främja hälsan hos individer införlivas i det hälsofrämjande arbete som görs generellt, men inte på bekostnad av de insatser som görs på grupp och/eller organisationsnivå.

Det är viktigt för individen att orka med sin vardag

Många människor känner nog att man orkar mer, både fysiskt och psykiskt, när man rör på sig regelbundet. Det kan till och med tyckas märkligt att behöva genomföra nya forskningsstudier för att bekräfta detta. Med evidensbaserad forskning ökar dock medvetenheten hos människor att fysisk träning är viktigt för att man ska orka med ett liv/arbetsliv och detta ökar också sannolikheten för att fler börjar röra på sig. För många är arbetslivet idag hektiskt och då krävs det att individen har fysiska och psykiska resurser att hantera sin tillvaro. Även på arbetsplatser där arbetsmiljön är god, måste individer ha tillräckliga resurser för att klara av sitt arbete. I våra senaste analyser av KART-population har vi utvecklat denna kunskap. Vi har kartlagt olika profiler av arbetsrelaterad stress och mental ohälsa och undersökt hur individerna inom respektive profil skiljer sig avseende graden av fysisk aktivitet.

Arbetsrelaterad stress kartlades med hjälp av Krav-Kontrollmodellen samt Ansträngnings-Belöningsmodellen (Effort-Reward Imbalance ERI). Psykiska symtom mättes med hjälp av skattningar för depression, ångest och utmattning. Med en så kallad profilanalys (Latent profile analysis) identifierades olika grupper av hög/medel/låg stress i kombination med hög/medel/låg rapportering av psykiska besvär. Särskilt intressant var att se skillnaden mellan de två grupper där deltagarna rapporterade en ogynnsam stressnivå (höga krav/låg kontroll och ogynnsam ERI), men som skiljde sig avseende rapportering av psykiska symtom (höga vs låga). Deltagarna i gruppen med ogynnsam stress men som rapporterade låg mental ohälsa rapporterade betydligt högre grad av fysisk aktivitet jämfört med deltagare i gruppen med liknande ogynnsam stress men höga nivåer av mentala symtom. Även om man inte kan uttala sig om ett orsak-verkansamband i detta fall tyder resultatet på att fysisk aktivitet skulle kunna vara en viktig buffert mot ogynnsam stress och att fysisk aktivitet kan vara en viktig faktor för individen i att förhindra utvecklingen av ohälsa i en ogynnsam arbetsmiljö, [Fysisk aktivitet vid hög stressbelastning, ett skydd mot psykisk ohälsa](#). (Gerber, Jonsdottir et al. 2014). Att arbeta med arbetsmiljön i stort är alltid en prioriterad fråga, men det är uppenbart att individnivån spelar roll.

Våra studier har även visat att med en ökad fysisk aktivitetsnivå minskade risken att rapportera dålig eller måttlig arbetsförmåga. I långtidsuppföljningen visade analysen att ju högre nivå av fysisk aktivitet deltagarna rapporterade vid första mätningen, desto större var sannolikheten att ha förbättrat sin arbetsförmåga efter två år, [Fysisk aktivitet och arbetsförmåga](#) (Arvidson, Börjesson et al. 2013). Vi ser idag en ökande andel äldre personer i arbetslivet. Med stigande ålder avtar den fysiska kapaciteten samtidigt som tiden för och behovet av återhämtning ökar. Kraven på arbetet minskar dock inte i motsvarande grad, vilket gör att en stor del av landets arbetskraft riskerar en försämrad arbetsförmåga och det är viktigt att det nu finns vetenskapligt stöd som talar för att relativt enkla åtgärder till viss del kan motverka detta.

Hälso- och sjukvårdspersonal som förebilder!

Vårdpersonalen har en central roll i främjande av hälsa och livsstil både gentemot patienter men också för befolkningen i stort. Tidigare forskning har visat att personalens egen livsstil kan påverka attityder och praxis när det gäller rådgivning om livsstil till patienter, bland annat genom att fysiskt aktiva oftare ger livsstilsråd. Vi har i samband med KART-studien haft möjlighet att undersöka vad som händer med vårdpersonals levnadsvanor, när de själva deltar i insatser som syftar till att främja hälsa och ändra levnadsvanor. Livsstil i Väst (LiV) som genomfördes i Västra Götalandsregionen 2005-2008, var en av Sveriges största friskvårdssatsningar. Syftet med LiV var att stimulera till en hälsosam livsstil, för att på lång sikt öka antalet långtidsfriska medarbetare. LiV-projektet var indelat i fyra teman; fysisk aktivitet, sömn, glädje och kost och vi har med hjälp av KART undersökt deltagande bland hälso- och sjukvårdspersonal i LiV-projektets olika aktiviteter.

Resultaten visade att drygt 20 % av de svarande uppgav att det hade deltagit i aktiviteter inom ett eller flera teman i LiV. Det mest populära temat var fysisk aktivitet. Vi undersökte också om medarbetare som rapporterade sämre livsstil, exempelvis dålig sömn eller inaktivitet var mer benägna att delta i motsvarande teman; sömn respektive fysisk aktivitet, men så var inte fallet. Tvärtom, så visade resultaten att fysisk inaktiva personer var mindre benägna att delta än de som redan var aktiva, [Hälso- och sjukvårdspersonals deltagande i hälsofrämjande program](#) (Jonsdottir, Börjesson et al. 2011). Detta bekräftar tidigare forskning som har utförts på andra yrkesverksamma grupper, som visar att det är de redan fysiskt aktiva som deltar i friskvårdssatsningar. Detta är dock den första studien som visar att detta även gäller hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga de är inte mer benägna att delta i hälsofrämjande program jämfört med vad som har rapporterats för andra arbetande. Vårdpersonalen skiljer sig således inte från andra, avseende de svårigheter som hälsofrämjande satsningar verkar ha att motivera de medarbetare som mest behöver det, till att förbättra sin livsstil.

Balans i vardagen bland kvinnor och män i offentlig sektor

Carita Håkansson, leg arbetsterapeut och docent i hälsovetenskap

För kvinnorna var låg stress/hög hanterbarhet, variation mellan vardagslivets aktiviteter och att det de gjorde upplevdes som meningsfullt viktigt både för den balanserade arbetsnärvaron och för god subjektiv hälsa. Bland männen var det framförallt att uppleva låg stress på arbetet som ledde till balanserad arbetsnärvaro och god subjektiv hälsa.

Det finns också ett samband mellan obalans mellan de olika aktiviteterna i vardagen och stressrelaterad ohälsa bland både kvinnor och män i offentlig sektor. Hög total arbetsbelastning samt bristande återhämtning leder till psykisk ohälsa bland både män och kvinnor. Medan det för kvinnornas upplevelse av psykisk ohälsa också har betydelse om de har ork kvar till fritidsaktiviteter efter arbetet.

Slutsatsen kan alltså bli att det både finns genusrelaterade likheter och skillnader. Det är därför viktigt att både i förebyggande och rehabiliterande arbete, bland både kvinnor och män, fokusera på vardagslivets alla aktiviteter och då det gäller kvinnor lägga ett extra stort fokus på fritidsaktiviteter och andra aktiviteter som de upplever som meningsfulla.

I vardagslivet engagerar vi oss i olika aktiviteter såsom arbete, hem- och familjesysslor samt lustfyllda eller rekreativa fritidsaktiviteter. En kvalitativ studie (Håkansson, Dahlin-Ivanoff et al. 2006) visade att för att kvinnor ska må bra behöver aktiviteterna i vardagslivet upplevas som meningsfulla, det behöver vara en variation mellan dem samt det totala engagemanget i vardagslivets alla aktiviteter får inte vara större än resurserna (tid, ork samt andras stöd och hjälp) kvinnorna har tillgång till.

Inom ramen för KART-studien har denna teori testats på män och kvinnor i offentlig sektor. Tre delstudier har genomförts. I den första delstudien, [Balans mellan förvärvsarbete och hemarbete och stress](#) (Håkansson and Ahlberg 2010) var syftet att analysera om upplevelser av arbete, hem- och familjesysslor samt fritidsaktiviteter kunde förutsäga mäns och kvinnors subjektiva hälsa och balanserade arbetsnärvaro. Balanserad arbetsnärvaro innebär att ha som mest sju sjukfrånvarodagar och ingen eller åtminstone bara en sjuknärvarodag de senaste tolv månaderna (Dellve, Hadžibajramović et al. 2011). Vi ville även veta om det fanns genuskillnader.

Om man upplever att inte resurserna räcker till för de aktiviteter i vardagslivet man vill eller behöver engagera sig i så upplevs stress. I denna studie valde vi därför att fråga om stress på arbetet och utanför arbetet. Frågor om variation mellan vardagslivets aktiviteter och meningsfullhet ingick också. Att ålder, civilstånd, hemmaboende barn, omvårdnad om vuxen anhörig, fysisk aktivitet, tjänstgöringsprocent samt övertidsarbete kan påverka hälsan vet vi och därför tog vi också med frågor om detta.

I studien deltog 2 286 kvinnor och 397 män och de var mellan 22 och 70 år med en medianålder på 48 år. Majoriteten av deltagarna (85 %) var kvinnor och gifta eller sambo (79 %). Cirka hälften (53 %) av dem hade hemmaboende barn och en minoritet (11 %) tog hand om en vuxen anhörig. Knappt hälften (48 %) av dem utförde fysiskt ansträngande aktiviteter. Sjuttio två procent av dem arbetade heltid och sextio procent av dem arbetade nästan aldrig övertid. Majoriteten av deltagarna upplevde låg stress både på arbetet (56 %) och utanför arbetet (73 %). Sjuttio två procent av dem upplevde mestadels aktiviteterna i vardagslivet som meningsfulla. Mindre än hälften av deltagarna hade ork kvar till hem- och familjesysslor (40 %) samt fritidsaktiviteter (36 %) efter arbetet. Signifikant fler män än kvinnor hade dock ork kvar till hem- och familjesysslor och fritidsaktiviteter efter arbetet. Den stora majoriteten (86 %) av deltagarna skattade sin subjektiva hälsa som god eller mycket god och det fanns inga signifikanta skillnader i subjektiv hälsa mellan män och kvinnor. Signifikant fler män än kvinnor hade dock en balanserad arbetsnärvaro vid första mättillfället.

Vad kan förutsäga balanserad arbetsnärvaro?

Låg stress både på arbetet och utanför arbetet, att ha ork kvar till hem- och familjesysslor efter arbetet samt att uppleva vardagslivets aktiviteter som meningsfulla gjorde att kvinnorna hade en balanserad arbetsnärvaro. För männen var det viktigast att inte uppleva stress på arbetet för att de skulle ha en balanserad arbetsnärvaro. För varken männen eller kvinnorna hade ålder, civilstånd, hemmaboende barn, omvårdnad om vuxen anhörig, fysisk aktivitet, tjänstgöringsgrad eller övertid någon betydelse för deras balanserade arbetsnärvaro. Om kvinnorna hade ork kvar till fritidsaktiviteter eller inte påverkade inte heller deras balanserade arbetsnärvaro medan det för männen bara var stress på arbetet av aktivitetsfaktorerna som påverkade den balanserade arbetsnärvaron.

Vad kan förutsäga god subjektiv hälsa?

För att männen skulle uppleva god subjektiv hälsa var det viktigast för dem att inte känna sig stressade på arbetet men att utöva fysiskt ansträngande aktiviteter var också viktigt. Däremot hade det ingen betydelse för deras subjektiva hälsa om de upplevde stress utanför arbetet, hade ork kvar till hem- och familjesysslor eller fritidsaktiviteter eller om de upplevde vardagslivets aktiviteter som meningsfulla. För att kvinnorna skulle uppleva god subjektiv hälsa var det allra viktigast för dem att inte känna sig stressade utanför arbetet. Det var också viktigt för deras subjektiva hälsa att ha ork kvar till fritidsaktiviteter samt hem- och familjeaktiviteter efter arbetet, att uppleva vardagslivets aktiviteter som meningsfulla och att utöva fysiskt ansträngande aktiviteter. Varken för männen eller kvinnorna hade ålder, civilstånd, hemmaboende barn, omvårdnad av vuxen anhörig, tjänstgöringsgrad eller övertid någon betydelse för deras subjektiva hälsa.

Sammanfattningsvis kan man säga att för kvinnorna var låg stress/hög hanterbarhet, variation mellan vardagslivets aktiviteter och att det de gjorde upplevdes som meningsfullt viktigt både för den balanserade arbetsnärvaron och för god subjektiv hälsa. Bland männen var det framförallt att uppleva låg stress på arbetet som ledde till balanserad arbetsnärvaro och god subjektiv hälsa.

Obalans i vardagen, stress och stressrelaterad ohälsa

Stressrelaterad ohälsa är ett folkhälsoproblem i Sverige och en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. Stressrelaterad ohälsa är vanligare bland kvinnor än män. Eftersom det också arbetar fler kvinnor än män i offentlig sektor är det intressant att också studera om det finns något samband mellan obalans i vardagslivets aktiviteter och upplevd stress respektive stressrelaterad ohälsa. Det är också intressant att studera om det finns några genuskillnader. I den andra delstudien (Håkansson and Ahlberg Submitted) ingår 2 716 kvinnor och 765 män från offentlig sektor som besvarade ett frågeformulär. I frågeformuläret ingick frågor om stressrelaterad ohälsa och obalans i vardagen. Obalans i vardagen mättes genom följande frågor; Hur nöjd är Du med balansen mellan de olika aktiviteterna i vardagen samt mellan aktiviteter Du gör huvudsakligen för Din egen eller andras skull, Hur ofta har Du kontroll över hur mycket tid och ork Du lägger på de olika aktiviteterna i vardagen och Är Dina relationer med Dina arbetskamrater respektive Dina vänner/släktingar huvudsakligen ömsesidiga. Vidare ingick samma demografiska frågor som i den första delstudien samt fysisk aktivitet. Den demografiska sammansättningen av deltagarna var i princip densamma som i den första delstudien. Mer än hälften av deltagarna upplevde att de hade obalans mellan vardagslivets olika aktiviteter samt mellan att göra aktiviteter huvudsakligen för sin egen och andras skull och att de inte hade någon kontroll över hur mycket tid och ork de lägger på de olika aktiviteterna i vardagen. Majoriteten upplevde inte heller att deras relationer varken på arbetet eller utanför var ömsesidiga.

Samband mellan obalans i vardagen och stressrelaterad ohälsa

Bland kvinnorna fanns det ett samband mellan obalans mellan vardagslivets olika aktiviteter samt mellan att göra aktiviteter huvudsakligen för sin egen och andras skull och stressrelaterad ohälsa. Analysen visade också på samband mellan att arbeta deltid, att inte utöva fysisk aktivitet och stressrelaterad ohälsa medan de andra faktorerna inte hade något samband med stressrelaterad ohälsa. Bland männen var det däremot bara att uppleva obalans mellan vardagslivets olika aktiviteter som visade sig ha samband med stressrelaterad ohälsa. Sammanfattningsvis finns det ett samband mellan obalans mellan de olika aktiviteterna i vardagen och stressrelaterad ohälsa. Baserat på resultaten av denna studie tyckte vi därför det var intressant att studera om upplevd obalans i vardagslivet leder till psykisk ohälsa och vilken roll stress spelar i detta sammanhang.

Deltagarna i den tredje delstudien kommer också från offentlig sektor och 1 773 kvinnor och 450 män deltog i studien. Deltagarna besvarade ett frågeformulär vid två tillfällen med två år emellan. I frågeformuläret ingår frågor om balans/variation i vardagslivets aktiviteter såsom ”Hur nöjd är Du med den balans Du har mellan aktiviteterna i vardagslivet”, ”Hur nöjd är Du mellan den balans Du har mellan aktiviteter Du gör huvudsakligen för Din egen skull och för andras skull”, ”Hur ofta har Du kontroll över hur mycket tid/ork Du lägger på de olika aktiviteterna i vardagen”, ”Har Du ork kvar till hem- och familjesysslor respektive fritidsaktiviteter efter arbetet” och ”Hur ofta känner Du Dig återhämtad när Du har varit ledig några dagar”. Vidare ingick samma demografiska faktorer som i den första delstudien samt frågor om övertid, tjänstgöringsgrad, chefsposition, stöd på och utanför arbetet, fysisk aktivitet och stress. Den demografiska sammansättningen av deltagarna var i princip densamma som i den första studien. Nittio procent av deltagarna upplevde sig inte stressade och majoriteten av dem kände sig återhämtade efter några dagars ledighet samt upplevde att de fick stöd både på och utanför arbetet. Ungefär hälften av dem upplevde obalans mellan aktiviteterna i vardagslivet och mellan aktiviteter de gör huvudsakligen för sin egen och andras skull och saknade ork för hem- och familjesysslor samt fritidsaktiviteter efter arbetet.

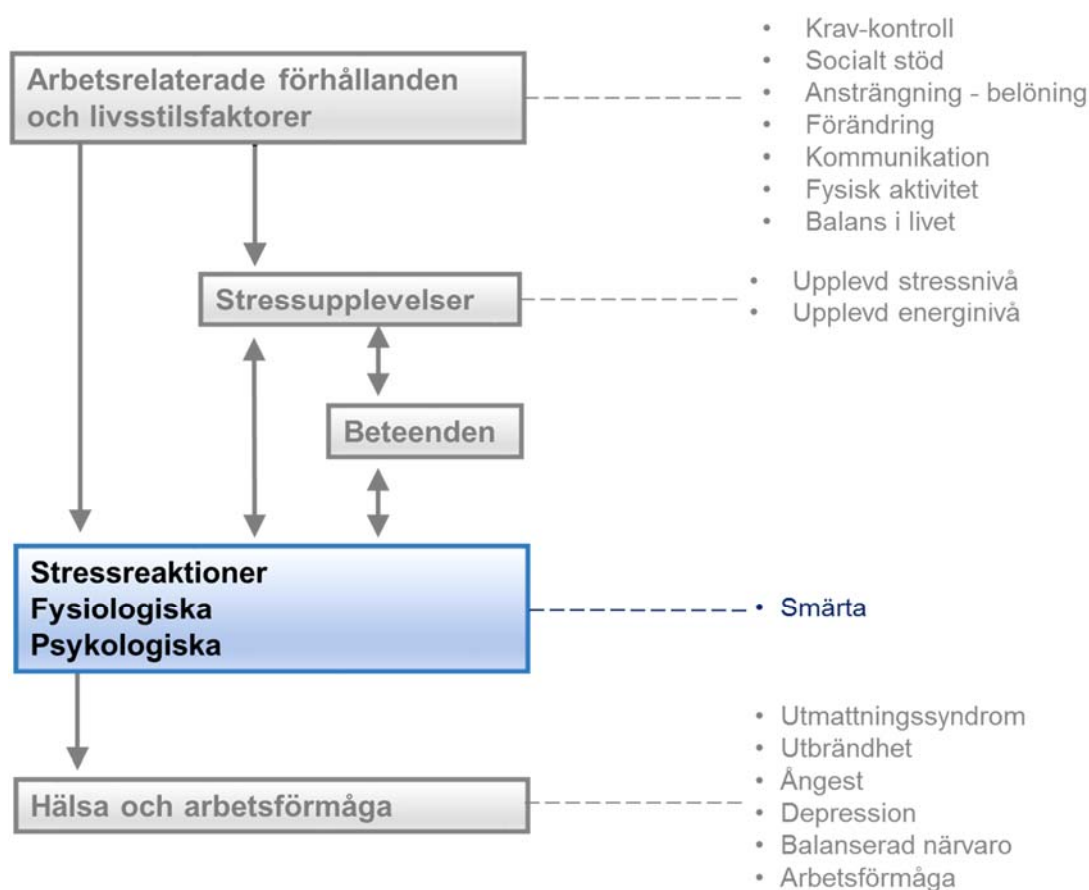
Vad kan förutsäga psykisk ohälsa?

Obalans mellan olika aktiviteter i vardagen kan utgöra en riskfaktor för utveckling av stressrelaterad psykisk ohälsa, [Vardagliga aktiviteter, upplevd stress och stressrelaterad psykisk ohälsa](#) (Håkansson and Ahlborg Jr 2016). På motsvarande sätt gjorde avsaknad av ork för hem- och familjesysslor och fritidsaktiviteter efter arbetet samt att inte känna sig återhämtad efter några dagars ledighet att kvinnorna upplevde psykisk ohälsa. Även låg utbildning, att leva ensam samt avsaknad av stöd på arbetet bidrog till psykisk ohälsa. Däremot inte tjänstgöringsgrad, övertid, chefsposition, avsaknad av stöd utanför arbetet och fysisk aktivitet. Bland männen berodde den psykiska ohälsan på att de inte hade ork kvar till hem- och familjesysslor och på att de inte kände sig återhämtade efter några dagars ledighet. Däremot ingen av de andra faktorerna. Sammanfattningsvis visar resultatet att för hög arbetsbelastning totalt samt bristande återhämtning leder till psykisk ohälsa bland både män och kvinnor. För kvinnorna har det också betydelse om de har ork kvar till fritidsaktiviteter efter arbete.

Psykosociala faktorer, arbetsrelaterad stress och muskuloskeletal smärta

Agneta Lindegård Andersson, Leg. sjukgymnast, Med.dr.

Bästa sättet att bibehålla en hög prestationsnivå samt en god arbetsförmåga hos individer med hög stress och frekventa smärtor från framförallt muskler och leder är att satsa på förebyggande och hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Dessa insatser kan vara riktade till arbetsgruppen, exempelvis genom att initiera fysisk aktivitet på arbetstid. De kan också handla om organisatoriska insatser där man minimerar exponeringen för långvarig stress genom exempelvis flexiblare arbetstider, möjlighet till tillfällig avlastning vid begynnande "överbelastning", tydligt och tillåtande kommunikationsklimat samt lyhördhet för behovet av individuella lösningar för att förhindra en utveckling mot svårare former av stressrelaterad ohälsa och därtill kopplade smärtilstånd.



Sambandet mellan psykosociala faktorer i arbetslivet och muskuloskeletal smärta

Tidigare forskning har konkluderat att psykosociala och organisatoriska faktorer i arbetslivet har stor betydelse för uppkomsten av ospecifik smärta från rörelseorganen och då framför allt på olika typer av muskuloskeletal smärta (Bongers, Ijmker et al. 2006, Andersen, Haahr et al. 2007, Joling, Blatter et al. 2008, Widanarko, Legg et al. 2014, Jay, Friberg et al. 2015). Studier har kunnat visa att framförallt höga arbetskrav, dåligt socialt stöd, låg grad av kontroll samt upplevd orättvisa i arbetet inte bara ökar risken att drabbas av arbetsrelaterad stress utan även ökar risken att drabbas av muskuloskeletal smärta främst från nacke och axlar (Herr, Bosch et al. 2015, Marinelli, Negro et al. 2015, Arvidsson I 2016). När det gäller smärta från ländryggen har man kunnat identifiera dåligt socialt stöd från antingen arbetskamrater och/eller chefer som en riskfaktor för framtida symptom/sjukdom i ländryggen (Hoogendoorn, Bongers et al. 2001, Bernal, Campos-Serna et al. 2015).

På senare år har man även börjat studera effekterna av upplevda s.k. ”tidiga tecken” på begynnande muskuloskeletal smärta som t.ex. muskelspänning, upplevd ansträngning i samband med arbete och upplevd dålig komfort på arbetsplatsen. Där har man funnit att samtliga dessa faktorer har samband med, eller leder till utveckling av långvarig smärta från muskler och leder som ofta leder till långa sjukskrivningar (Wahlström 2005, Lindegård, Wahlström et al. 2012) [Ansträngning, värk och smärta](#). Vid svårare stress-relaterad ohälsa (utmattningssyndrom) tycks det finnas ett samband mellan långvarig stressexponering och smärta och då i första hand muskuloskeletal smärta. Hos personer med diagnostiserat utmattningssyndrom har ca 75 procent också någon form av ospecifik smärta, främst från muskler och leder (Glise, Ahlborg et al. 2014). Mekanismen bakom sambandet mellan ogynnsamma psykosociala arbetsmiljöfaktorer och utvecklingen av muskuloskeletal smärta skulle kunna vara den fysiologiska stressreaktionen, som på goda grunder antas kunna leda till hög och kontinuerlig anspänning i muskulaturen, vilket i sin tur bäddar för uppkomsten av ospecifika smärttillstånd (Larsman, Kadefors et al. 2012, Hanvold, Lunde et al. 2016).

Våra studier om stress och muskuloskeletal smärta

Det är alltså redan känt att det finns ett betydande samband mellan stress och smärta, även om den exakta mekanismen/mekanismerna bakom detta samband fortfarande till stora delar är okända. Det är också välkänt att stress-relaterad ohälsa och muskuloskeletal smärta är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och reducerad arbetsförmåga hos individer i arbetsför ålder både i Sverige och i övriga Europa. Syftet med de två artiklar inom detta område som vi publicerat utgående från KART-materialet är att ytterligare belysa detta samband genom att studera eventuella interaktioner mellan exponering för ogynnsamma psykosociala faktorer (höga krav och låg kontroll), upplevelse av hög stress, och utveckling av muskuloskeletal smärta.

En kombination av en dålig fysisk arbetsmiljö och exponering för ogynnsamma psykosociala faktorer i arbetet, har i tidigare forskning visat sig öka risken ytterligare (Widanarko, Legg et al. 2014, Jay, Friberg et al. 2015). Resultaten från Kart-kohorten där vi fokuserat på kombinationseffekter av upplevd stress och frekvent muskuloskeletal smärta visar att kombinationen stress och frekvent smärta signifikant försämrar arbetsförmåga och produktivitet [Stress och smärta påverkar arbetsförmåga och produktivitet](#) (Lindegård, Larsman et al. 2014). Samma studie visar att de enskilda faktorerna var för sig också påverkar arbetsförmåga och produktivitet, men att frekvent muskuloskeletal smärta reducerar arbetsförmågan och produktiviteten betydligt mer än upplevd stress.

När det gäller exponering för ogynnsamma psykosociala faktorer i arbetslivet bidrar vår forskning till redan befintlig kunskap genom att visa att höga krav i arbetslivet leder till ogynnsamma stressreaktioner som på sikt bidrar till uppkomsten av muskuloskeletal smärta. Dock fann vi i vår studie inte något stöd för hypotesen att en kombination av höga krav och låg kontroll skulle leda till ökad risk för smärta i muskler och leder. Inte heller att sådan smärta skulle ha föregåtts av hög upplevd stressnivå. Resultaten av studien visar dock på vikten av preventiva åtgärder på organisationsnivå i syfte att förbättra ogynnsam exponering för ”dålig” psykosocial arbetsmiljö för att långsiktigt kunna förhindra uppkomsten av stressrelaterad ohälsa (Larsman, Lindegård et al. 2011) [Psykosociala arbetsförhållanden, stress och smärta](#).

Sammanfattningsvis visade våra studier att det behövs insatser på alla nivåer (individ, grupp och organisation) för att komma till rätta med förhållanden på arbetsplatsen som på sikt kan leda till svår stressrelaterad ohälsa (utmattningssyndrom) och/eller likaledes till svår och ofta långvarig muskuloskeletal smärta. I många fall skulle dessa åtgärder kunna samordnas och på så vis förstärka effekterna av insatserna och därmed leda till en mer hållbar arbetssituation inte bara på kort sikt utan även långsiktigt.

Metodutveckling

Emina Hadzibajramovic, Statistiker, Med.dr.

Frågeformuläret som besvarades inom KART-studien baserades i huvudsak på frågor i etablerade frågeinstrument. Dessutom inkluderades frågor som forskargruppen har utvecklat specifikt för studiens syfte och vissa frågeinstrument modifierades för att anpassas för studiens frågeställningar. Validering av dessa instrument har varit en viktig del av arbetet med KART-materialet och flera sådana metodartiklar har publicerats.

Som exempel kan nämnas upplevd stressnivå respektive energinivå (sinnesstämning) mätt med Stress-Energy skala (SEQ), som har modifierats och vidareutvecklats av forskargruppen. Ett annat frågeinstrument som inkluderades och som utvecklats på ISM var självskattat utmattningssyndrom (s-UMS). Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) är en etablerad utbrändhetsskala, som har använts och validerats inom KART-studien.

Många kvalitativa variabler i epidemiologisk forskning, såsom upplevd arbetsmiljö, stress med mera, mäts med subjektiva skattningar. Data samlas ofta in med hjälp av självrapporterade frågeformulär och genererar ordinaldata (frågor med svarsalternativ i form av beskrivande ord, som exempelvis mycket bra, ganska bra, varken bra eller dåligt, ganska dåligt, dåligt.) Validitet och reliabilitet är två kvalitetsbegrepp för sådana instrument. Kort kan man säga att validering säkerställer att instrumentet mäter det man avser att mäta, och reliabiliteten att man gör det på ett tillförlitligt sätt. Valideringen är en pågående process och varje modifiering eller användning av instrument på ett nytt sätt eller i ett nytt sammanhang förutsätter egentligen ny utvärdering.

Instrument för självskattat utmattningssyndrom

Den första studien som publicerades internationellt utifrån KART-data handlade om [validering av s-UMS](#) (Glise, Hadzibajramovic et al. 2010). I den delstudien inkluderades KART-materialets baslinje och första två-årsuppföljningen. Deltagarna har följts med avseende på upplevd stressbelastning och stressrelaterad ohälsa. Här har vi provat en enkel självskattningsskala för utmattningssyndrom (UMS) som vi har utformat utifrån diagnoskriterierna för UMS och som fanns med i början av enkätstudien. Syftet var bland annat att undersöka hur väl svaren på s-UMS predicerar framtida sjukskrivningar. Ett annat syfte var att undersöka hur s-UMS är relaterat till etablerade självskattningsmått för psykisk ohälsa (utbrändhet, ångest, depression) och arbetsförmåga.

Deltagarna klassificerades utifrån svaren vid baslinjeundersökningen 2004 i tre kategorier: ej s-UMS, måttlig s-UMS och uttalad s-UMS.

Sjukfrånvaro vid två-årsuppföljning, definierades på två sätt:

1. 14 dagars pågående sjukskrivning
2. En period av mer än 60 dagars sjukfrånvaro under de senaste 12 månaderna

Resultatet visade att vid studiestarten uppgav 16 procent av studiedeltagarna måttlig eller uttalad s-UMS. Graden av depression, ångest och utbrändhet samt andelen som uppgav dålig arbetsförmåga, ökade med ökande grad av s-UMS. Självrapporterad UMS vid baslinjen ökade risken att rapportera sjukfrånvaro vid uppföljning.

Slutsatsen som vi kunde dra var att s-UMS överensstämmer väl med etablerade skalor för psykisk hälsa. Individer som skattat s-UMS vid baslinjen hade signifikant ökad risk att rapportera sjukfrånvaro två år senare, något som bekräftar de prediktiva egenskaperna för instrumentet. S-UMS kan vara ett användbart verktyg för till exempel företagshälsovården för identifiering av individer i arbete med ökad risk för sjukskrivning på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa.

Utbrändhet

En annan metodartikel, baserad på KART-materialet, är en kvalitetsgranskning av [Shirom-Melamed Burnout Questionnaire](#) (SMBQ) (Lundgren-Nilsson, Jonsdottir et al. 2012). Detta innebär att SMBQ utvärderades samt validerades angående dess potentiella användbarhet i klinisk vardag och forskning. SMBQ är det frågeformulär som vi på ISM och andra i Sverige har använt för att skatta utmattning hos patienter som uppfyller kriterierna för utmattningssyndrom. Begreppet utbrändhet används mycket både i Sverige samt internationellt och kan definieras som ett tillstånd av trötthet och utmattning till följd av långvarig stressexponering. Utbrändhet är dock ingen klinisk diagnos och definitionen varierar beroende på vilken skattningsskala som används. Nya statistiska metoder öppnar för nya möjligheter. Därför gjordes en kvalitetsgranskning av SMBQ med statistiska metoder som hör till både klassisk och modern testteori, det vill säga med Factor Analysis respektive Rasch analys.

I denna studie användes data både från deltagande patienter, där samtliga patienter uppfyller diagnostiska kriterier för Utmattningssyndrom (n=319), samt ett urval från deltagarna i KART-studien (n=319). När samtliga fyra delskalor (Känslomässig/fysisk trötthet, håglöshet, spändhet och mental trötthet) var inkluderade i modellen, uppfyllde SMBQ-skalan inte Rasch modellens förväntningar. Delskalan spändhet svarade för stora delar av problemen och en ny analys, utan denna delskala, visade att en reviderad SMBQ skala uppfyller väl de krav som modern testteori har på denna typ av frågeformulär. En reviderad version av SMBQ som inkluderar 18 frågor istället för 22 uppfyller väl kraven för modern testteori.

Vi föreslår också ett värde som kan användas för att identifiera potentiella fall av klinisk utbrändhet/utmattning. Medelvärde på den reviderade skalan bestående av 18 frågor som föreslås kunna användas som relevant gräns för klinisk utbrändhet/utmattning ligger på 4.4 (79/18). Motsvarande gränsvärde på originalskala bestående av 22 frågor ligger också på 4.4 (96/22). I många av våra tidigare studier har 4.0 används som gräns som ligger nära den punkt som har tagits fram i denna studie.

Upplevd stressnivå respektive energinivå

För att kunna skilja mellan stress- och energinivåer upplevda på jobbet respektive under fritiden har vi i KART-studien kompletterat SEQ med parallella frågor gällande tiden då man inte arbetar och kallades för SEQ-LT (leisure time). Eftersom vi använde instrumentet i ett nytt sammanhang behövde detta utvärderas på ett systematiskt sätt. Så småningom resulterade utvärderingsstudier i en licentiatavhandling bestående av två delarbeten [Metodologiska aspekter på analys av psykosocial arbetsmiljö](#) (Hadžibajramović 2013) och sedan också en doktorsavhandling [Aspekter på validitet inom stressforskningen](#) (Hadžibajramović 2015).

Den övergripande syfte med doktorsavhandlingen var att validera SEQ och SEQ-LT och öka kunskapen om valideringsutvärdering av frågeformulär inom stressforskning; samt att undersöka longitudinella samband mellan psykosocial arbetsmiljö och symtom av utbrändhet. Specifika frågeställningar i de tre delstudier som berör utvärdering av SEQ och SEQ-LT var:

- I. Att presentera metod för konstruktion av skalpoäng¹ på SEQ som vill identifiera personer med hög stress- och låg energinivåer.
- II. Att utvärdera konstrukt validitet av SEQ
- III. Att utvärdera konstrukt validitet av SEQ-LT.

Rasch-analys användes för utvärdering av mätegenskaper av SEQ och SEQ-LT. Kriteriebaserad metod (CBA) för beräkning av skalpoängen utvecklades och tillämpades på SEQ.

Resultatet visade att goda mätegenskaper bekräftades för stress- och energiskalor för både SEQ och SEQ-LT, [Stress-energi formuläret – ett instrument för mätning av upplevda stress- och energinivåer i arbetet](#) och [Mätning av sinnesstämning under fritiden - valideringsstudie av en modifierad version av Stress-Energi formuläret](#) (Hadžibajramović, Ahlborg et al. 2015a, Hadžibajramović, Ahlborg et al. 2015b). Därmed kunde en metrisk skala på intervallnivå konstrueras, och rekommenderas för användning istället för medelvärden. CBA användes på SEQ för identifiering av riskgrupper med höga och låga stress- och energinivåer. CBA har också tillämpats på SEQ-LT för att bestämma brytpunkter som indikerar höga och låga stress- och energinivåer på en metrisk skala.

I en vidareutveckling användes CBA också för identifiering av riskgrupper på skalor som mäter psykosociala arbetsfaktorer: krav, påverkansmöjlighet, ansträngning och belöning. SEQ och SEQ-LT kan användas för skattning av sinnesstämning i arbetet respektive på fritiden. Rasch-analys rekommenderas för validitetsutvärdering av självskattningsinstrument. CBA rekommenderas för identifiering av riskgrupper och för att underlätta tolkningen av skalpoängen. Ökad kunskap behövs om att skalpoäng kan konstrueras på flera olika sätt.

¹ Den sammanfattande poängen utifrån ett antal delfrågor som ingår i ett frågeformulär.

Referenser

- Ahlberg, G., Bergman P, Ekenvall L, Parmasund M, Stoetzer U, Waldenström M, Svartengren M och HoF study group (2008). Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och framtid, Delstudie 2. Stockholm, Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting.
- Ahlborg Jr, G., Hadžibajramović E, Hultberg, A (2007). Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj-juni 2006, ISM-rapport 4. Göteborg, Institutet för stressmedicin.
- Ahlborg Jr, G., Ljung T, Swan G, Glise K, Jonsdottir I, Hadžibajramović E, Währborg, P. (2006). Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1- enkätundersökning i maj-juni 20014. ISM-rapport 2. Göteborg, Institutet för stressmedicin.
- Andersen, J. H., J. P. Haahr and P. Frost (2007). "Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: a two-year prospective study of a general working population." *Arthritis Rheum* 56(4): 1355-1364.
- Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm, Natur och Kultur.
- Arbets- och miljömedicin. "<http://ammuppsala.se/krav-och-funktionsschema-kof>."
- Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö. Stockholm, Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2015:4.
- Arnetz, B. and R. Ekman (2013). Stress: Gen, individ och samhälle. Stockholm, Liber.
- Arvidson, E., M. Börjesson, G. Ahlberg, A. Lindegård and I. H. Jonsdottir (2013). "The level of leisure time physical activity is associated with work ability- a cross sectional and prospective study of health care workers." *BMC Public Health*. (2013 Sep 17;13(1):855.).
- Arvidsson I, G. S. J., Dahlqvist C, Axmon A, Karlson B, Björk J, Nordander C. ers. ;17:35. (2016). "Cross-sectional associations between occupational factors and musculoskeletal pain in female teachers, nurses and sonographers." *BMC Musculoskeletal Disorders* 17(35).
- Bergman, C., Hultberg A, Skagert K. (2015). Hälsofrämjande arbetsplatsträffar - Rekommendationer och reflektioner utifrån en forskningsstudie. ISM-häfte nr 7. Göteborg, Institutet för stressmedicin
- Bernal, D., J. Campos-Serna, A. Tobias, S. Vargas-Prada, F. G. Benavides and C. Serra (2015). "Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis." *Int J Nurs Stud* 52(2): 635-648.
- Bongers, P. M., S. Ijmker, S. van den Heuvel and B. M. Blatter (2006). "Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II)." *J Occup Rehabil* 16(3): 279-302.
- Bååthe, F. (2015). Physicians' engagement - Qualitative studies exploring physicians' experiences of engaging in improving clinical services and processes, Göteborgs universitet.
- Dallner, M., A.-L. Elo, F. Gamberale, V. Hottinen, S. Knardahl, K. Lindström, A. Skogstad and E. Örhede (2000). "Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for Psychological and Social Factors at Work." *Nordic Council of Ministers, Copenhagen*.(Nord: 2000:12.).

Dellve, L., Andreasson J, Eriksson A, Strömngren M, Williamsson A. (2016). Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetstjänande implementeringslogiker, KTH.

Dellve, L., Hadžibajramović E , Ahlborg Jr G. (2011). "Work attendance among healthcare workers; prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance." *Journal of advanced nursing*.

Elo, A.-L., A. Leppanen and A. Jahkola (2003). "Validity of a single-item measure of stress symptoms." *Scand J Work Environ Health*.(Dec;29(6)): 444-451.

Gerber, M., Jonsdottir I H, Lindwall M. Ahlborg Jr G. (2014). "Physical Activity in Employees with Differing Occupational Stress and Mental Health Profiles: A Latent Profile Analysis." *Psychology of Sport and Exercise*.
(E-pub 7 august 2014. doi: 10.1016/j.psychsport.2014.07.012).

Glise, K. (2013). Utmattningsyndrom, Institutet för stressmedicin. ISM-häfte Nr 5.

Glise, K., G. Ahlborg, Jr. and I. H. Jonsdottir (2014). "Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter." *BMC Psychiatry* 14: 118.

Glise, K., E. Hadžibajramovic, I. H. Jonsdottir and G. Ahlborg, Jr. (2010). "Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers." *Int Arch Occup Environ Health* 83(5): 511-520.

Hadžibajramović, E. (2013). Methodological aspects of the analysis of psychosocial work environment. Licentiate thesis, Örebro University School of Business.

Hadžibajramović, E. (2015). Aspects of validity in stress research. PhD, University of Gothenburg.

Hadžibajramović, E., Ahlborg G, Grimby-Ekman A, Lundgren-Nilsson A. (2015a). "Internal construct validity of the stress-energy questionnaire in a working population, a cohort study." *Scandinavian Journal of Public Health* 43(8): 825-832.

Hadžibajramović, E., Ahlborg G, Håkansson, C, Lundgren-Nilsson A, Grimby-Ekman A. (2015b). "Affective stress responses during leisure time: Validity evaluation of a modified version of the Stress-Energy Questionnaire." *J Public Health*, September 21, 2015.

Hanvold, T. N., L. K. Lunde, M. Koch, M. Waersted and K. B. Veiersted (2016). "Multisite musculoskeletal pain among young technical school students entering working life." *BMC Musculoskeletal Disord* 17(1): 82.

Herr, R. M., J. A. Bosch, A. Loerbroks, A. E. van Vianen, M. N. Jarczok, J. E. Fischer and B. Schmidt (2015). "Three job stress models and their relationship with musculoskeletal pain in blue- and white-collar workers." *J Psychosom Res* 79(5): 340-347.

Hoogendoorn, W. E., P. M. Bongers, H. C. de Vet, I. L. Houtman, G. A. Ariens, W. van Mechelen and L. M. Bouter (2001). "Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain." *Scand J Work Environ Health* 27(4): 258-267.

Hultberg A (2015). Det vi får är inte det vi behöver. Processutvärdering av ett projekt med hälsofrämjande insatser riktade till tre yrkesgrupper i vården. ISM-häfte nr 8. Göteborg, Institutet för stressmedicin.

Hultberg, A., Hadžibajramovic E, Pettersson S, Ahlborg Jr G. (2010). KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008. ISM-rapport 8. Göteborg, Institutet för stressmedicin. .

- Hultberg, A., Hadžibajramovic E, Pettersson S, Skagert K, Ahlborg Jr G. (2011). KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008-2010. ISM-rapport 10. Göteborg, Institutet för stressmedicin. .
- Hultberg, A., Skagert K, Ekbom Johansson P, Ahlborg G. (2010). Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9, Institutet för stressmedicin.
- Håkansson, C. and G. J. Ahlborg (2010). "Perceptions of Employment, Domestic Work, and Leisure as Predictors of Health among Women and Men." *Journal of occupational science*(17(3), 150-157.).
- Håkansson, C. and G. J. Ahlborg (Submitted). "Activities in everyday life, perceived stress and stress-related disorders among women and men in Sweden." *European Journal of Public Health*.
- Håkansson, C. and G. Ahlborg Jr (2016). "Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Håkansson, C., S. Dahlin-Ivanoff and S. U (2006). "Achieving balance in everyday life. ." *Journal of Occupational Science* 13(1), 74-82.
- Jay, K., M. K. Friberg, G. Sjogaard, M. D. Jakobsen, E. Sundstrup, M. Brandt and L. L. Andersen (2015). "The Consequence of Combined Pain and Stress on Work Ability in Female Laboratory Technicians: A Cross-Sectional Study." *Int J Environ Res Public Health* 12(12): 15834-15842.
- Jensen, I., W. Grooten, M. Kader, L. Schäfer Elinder, U. Hermansson, L. Kwak, C. Wåhlin and G. Bergström (2014). Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Vad säger den vetenskapliga evidensen?, Karolinska institutet.
- Joling, C. I., B. M. Blatter, J. F. Ybema and P. M. Bongers (2008). "Can favorable psychosocial work conditions and high work dedication protect against the occurrence of work-related musculoskeletal disorders?" *Scand J Work Environ Health* 34(5): 345-355.
- Jonsdottir, I., M. Börjesson and G. J. Ahlborg (2011). "Healthcare workers' participation in a healthy lifestyle- promotion project in western Sweden." *BMC Public Health* [http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/448\(11:448\)](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/448(11:448)).
- Jonsdottir, I., L. Rödger, E. Hadžibajramovic, M. Börjesson and J. G. Ahlborg (2010). "A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers." *Prev Med* (Nov;51(5):373-7).
- Josefsson, T., M. Lindwall and T. Archer (2013). "Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review." *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*(24:2): 259-272.
- Kjellberg, A., Wadman., C, (2002). Subjektiv stress och dess samband med psykosociala förhållanden och besvär. *Arbete och hälsa*, 2002:12.
- Larsman, P., R. Kadefors and L. Sandsjö (2012). "Psychosocial work conditions, perceived stress, perceived muscular tension, and neck/shoulder symptoms among medical secretaries." *Int Arch Occup Environ Health*.

- Larsman, P., A. Lindegård and G. Ahlberg (2011). "Longitudinal relations between psychosocial work environment, stress and the development of musculoskeletal pain." *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 27(3): e228-e237.
- Lindegård, A., P. Larsman, E. Hadžibajramovic E and G. Ahlberg, Jr. (2014). "The influence of perceived stress and musculoskeletal pain on work performance and work ability in Swedish health care workers." *Int Arch Occup Environ Health* 87(4): 373-379.
- Lindegård, A., J. Wahlström, M. Hagberg, R. Vilhelmsson, A. Toomingas and E. Wigaeus Tornqvist (2012). "Perceived exertion, comfort and working technique in professional computer users and associations with the incidence of neck and upper extremity symptoms." *BMC Musculoskelet Disord* 13(1): 38.
- Lindwall, M., Gerber M, Börjesson M, Jonsdottir I H, Ahlberg Jr G. (2013). "The relationship of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish health care workers. ." *Health Psychol*(2013 Nov 18. [Epub ahead of print] *Am J Prev Med.* 2013 Nov;45(5):649-57. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.001).
- Lundgren-Nilsson, A., I. H. Jonsdottir, J. Pallant and G. Ahlberg, Jr. (2012). "Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)." *BMC Public Health* 12: 1.
- Mammen, G. and G. Faulkner (2013). "Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies." *Am. J Prev Med*(45(5)): 649-657.
- Marinelli, A., C. Negro, A. Prodi, G. Pesel and F. Larese Filon (2015). "[Musculoskeletal pain and perceived stress in civil servants]." *Med Lav* 106(5): 351-360.
- Melamed, S., T. Kushnir and A. Shirom (1992). "Burnout and risk factors for cardiovascular diseases." *Behav Med* (18:53-60.).
- Norlund, S., C. Reuterwall, J. Hoog, B. Lindahl, U. Janlert and L. Slunga Birgander (2010). "Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study. ." *BMC Public Health*(June 9 2010;10(1)): 326.
- SBU (2014). Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och UMS, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Siegrist, J. (1996). "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions." *J Occup Health Psychology* 1: 27-41.
- Skagert K, Ahlberg jr G, Bergman C, Dellve L and Hultberg. A. (2015). Hälsofrämjande i praktiken - Lättare sagt än gjort! ISM-rapport 16. Göteborg, Institutet för stressmedicin. .
- Stengård J, Berntson E, Dellve L, Härenstam A, Skagert K, Pousette A and W. L. (2013). Chefers rörlighet i offentlig sektor. Rapport från en studie inom CHEFiOS, Göteborgs universitet. ISM-rapport 12, Göteborg, Institutet för stressmedicin. .
- Svantesson U, Cider Å, Jonsdottir I.H, Stener-Victorin E and W. C. (2007). Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd Stockholm, SISU idrottsböcker.
- Svartengren, M., Stoetzer U, Parmasund M, Eriksson T, Stöllman Å, Vingård E (2013). Hälsa och framtid i kommuner och landsting, Karolinska Institutet och Uppsala Universitet.
- Tuomi, K., J. J. Ilmarinen, A and L. T. Katajarinne, A (1998). AFM-indexet. En metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan. Helsingfors, Institutet för Arbetshygien.

Wahlstrom, J. (2005). "Ergonomics, musculoskeletal disorders and computer work." *Occup Med (Lond)* 55(3): 168-176.

Widanarko, B., S. Legg, J. Devereux and M. Stevenson (2014). "The combined effect of physical, psychosocial/organisational and/or environmental risk factors on the presence of work-related musculoskeletal symptoms and its consequences." *Appl Ergon* 45(6): 1610-1621.

Wiegner, L. (2015). *Blir man sjuk av stress? Om utmattning och återhämtning. ISM-broschyr, Institutet för stressmedicin.*

Wiegner, L., D. Hange, C. Björkelund and G. Ahlberg Jr (2015). "Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care - an observational study." *BMC Family Practice*(16:38): 1186.

Zigmond, A., Snaith RP (1983). "The hospital anxiety and depression scale." *Acta Psychiatr Scand* 1983;67: 361-370.