

ISM-rapport 4

Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland

Delrapport 2: Tvåarsuppföljning maj–juni 2006

**Gunnar Ahlborg jr Emina
Hadžibajramović
Annemarie Hultberg**

Om rapportserien

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från ISM som utkommer oregelbundet.

Kopior av rapporten för personligt bruk kan erhållas via hemsidan:

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.

Redaktör och ansvarig utgivare: Gunnar Ahlborg jr

© Författarna och Institutet för stressmedicin 2008

Grafisk form: Ellermore AB

Tryck: Intellecta Docusys 2008

ISSN 1652-7089

ISBN 978-91-975363-3-2

Förord

I denna rapport redovisas resultat från en tvåårsuppföljning av personer som deltar i en studie av stress och stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen (VGR) och Försäkringskassan (FK). I ISM-rapport 2 "Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1 –enkätundersökning i maj-juni 2004" beskrevs läget 2004 (baslinjeundersökning). Uppföljningen 2006 har gett möjlighet att beskriva de förändringar som skett under en tvåårsperiod samt analysera samband mellan olika faktorer/förhållanden och förbättringar respektive försämringar i hälsoläget som indikeras i enkätsvaren från deltagarna. Avsikten är att denna kunskap skall användas för att öka effektiviteten i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet, inte enbart inom VGR och FK utan även inom liknande verksamheter på andra håll i landet. I denna rapport redovisas endast en del av studiens resultat. Fördjupade analyser inom olika delområden kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter och presenteras vid olika nationella och internationella konferenser samt göras tillgängliga via ISM:s hemsida.

Vi vill rikta ett stort TACK! till alla som deltagit i undersökningen genom att besvara vår enkät samt till de personer inom VGR och FK som medverkat vid genomförandet. Studien har möjliggjorts genom stöd från ISM:s huvudmän VGR och FK samt forskningsanslag från Regeringen.

Författarna

Innehållsförteckning

Förord.....	3
Innehåll.....	5
Sammanfattning.....	7
Bakgrund.....	10
Syfte och vetenskapliga frågeställningar.....	11
Studiepopulation.....	12
– Bortfall.....	13
Metoder.....	15
– Genomförande.....	15
– Frågeinstrument.....	15
– Uppgifter om förändringar och arbetsmiljöarbete 2004–2006.....	15
– Analys.....	16
– Hantering av internt bortfall.....	18
– Sekretess och etiska frågor.....	18
Resultat.....	19
– Förändring i hälsa.....	19
– Förändringar i arbete och privatliv.....	27
– Krav-kontroll.....	29
– Ansträngning-belöning.....	33
– Socialt stöd.....	33
– Privatlivet.....	33
– Faktorer som hade samband med utveckling av AST.....	33
– Faktorer som hade samband med förbättring.....	34
– Sjukskrivning, sjuknärvaro och arbetsförmåga.....	35
Diskussion.....	36
– Förklarande faktorer.....	37
– Hälsofrämjande åtgärder.....	38
Slutsatser.....	39
Referenser.....	42
Tabellbilaga.....	43
Bilaga 1: Frågeformulär.....	65
Bilaga 2: Viktiga förändringar.....	83

Sammanfattning

I maj-juni 2004 genomfördes en enkätundersökning med syftet att kartlägga förekomsten av stressrelaterad psykisk ohälsa i ett urval av anställda vid Västra Götalandsregionen (VGR) och Försäkringskassan i Västra Götalands län (FK). Exakt två år senare genomfördes en uppföljningsundersökning av de personer som deltog i kartläggningen. Avsikten var bland annat att studera förändringar i hälsa och psykosociala förhållanden och sambanden däremellan. Svar på uppföljningsenkäten erhöles från 3 149 personer (85 %). "Allvarigare stressrelaterat tillstånd" (AST) bedömdes föreligga om personens svar uppfyllde kriterier för "utbrändhet", utmattningssyndrom, depression eller ångest enligt använda självskattningsskalor.

Resultat

En stor majoritet av deltagarna bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som lika bra eller bättre vid uppföljningen 2006 jämfört med två år tidigare. En av sex ansåg att det hade försämrats. Andelen som uppfyllde kriterierna för AST hade minskat från 30 % vid första till 26 % vid andra undersökningstillfället. Könsskillnaden i stressrelaterad psykisk ohälsa kvarstod relativt oförändrad, d.v.s. förekomsten var högre bland kvinnor. Bland anställda inom olika verksamheter sågs den tydligaste minskningen i primärvården och tandvården.

Var tionde deltagare som inte uppfyllde kriterierna för AST 2004 gjorde detta 2006. Av dem som hade ett uppvarvningstillstånd 2004 återfanns var femte i AST-kategorin vid uppföljningen. Fyra av tio som 2004 tillhörde AST-kategorin uppfyllde 2006 inte längre AST-kriterierna, vilket tolkas som en förbättring. En av fem deltagare uppgav att de sökt läkare för psykisk ohälsa mellan de två undersökningstillfällena, 41 % av dem med AST 2004 och 12 % av övriga. Tre av fyra som sökt hade fått någon behandling. AST-gruppen hade också i dubbelt så hög utsträckning sökt och behandlats för värk, hjärt- eller mag-tarmbesvär.

Förändringar i arbete och privatliv

Nio av tio arbetade kvar i samma verksamhet vid uppföljningen. Av dessa uppgav två av tre att det hade genomförts en för dem viktig förändring på deras arbetsplats. Andelen som upplevt detta som en förbättring var ungefär lika stor som andelen som upplevt förändringen som en försämring (drygt en av fem). Anställda i Försäkringskassan var den grupp som i störst utsträckning uppgav att förändringar genomförts och också att de upplevt detta som en försämring. Yrkeskategorin rehabiliteringssamordnare eller utredare var här mest framträdande.

Nästana av fyra gav svar som indikerade att kraven i arbetet minskat medan de tycktes ha ökat för var sjätte svarande. Det var ungefär lika stor andel som upplevt att kontrollen/påverkansmöjligheterna i arbetet ökat som att de minskat (en av sex).

Här föreföll utvecklingen ha varit minst gynnsam i Försäkringskassan som hade störst andel med låg kontroll i kombination med låga eller höga krav. Det var något fler totalt sett för vilka balansen mellan ansträngning och belöning föreföll ha förändrats i gynnsam än i ogynnsam riktning. Denna tendens fanns enbart inom de verksamheter som 2004 hade störst andel med obalans i detta avseende.

En av sex var mer fysiskt aktiv och ungefär lika stor andel var mindre fysiskt aktiva jämfört med 2004. Två procent hade börjat röka och/eller snusa dagligen medan 4 % hade slutat.

Faktorer som hade samband med utveckling av AST

Omvårdnadsansvar för vuxen anhörig/närstående, låg fysisk aktivitet och upplevelse av förändringar på arbetsplatsen som försämring hade samband med utveckling av AST 2006. Det fanns ett samband mellan höga krav respektive hög ansträngning i arbetet och utveckling av AST. Sambandet var tydligast för kombinationen höga krav och hög stressnivå och kvarstod även efter justering för övriga faktorer.

Faktorer som hade samband med förbättring

Låg ålder, att vara gift/sammanboende samt att inte ha omvårdnadsansvar för vuxen anhörig/närstående var faktorer som hade samband med att vid uppföljningen inte längre uppfylla AST-kriterierna. Att uppleva låga krav och/eller hög kontroll i arbetet, balans mellan ansträngning och belöning, socialt stöd respektive att ha upplevt förändring på arbetsplatsen som en förbättring hade samband med förbättring vid tvåårsuppföljningen. Dessa samband kvarstod efter justering för övriga faktorer.

Sjukskrivning, sjuknärvaro och arbetsförmåga

Andelen med sjukskrivning var 2–4 gånger större bland dem som hade utvecklat AST vid uppföljningen jämfört med dem som inte hade gjort det. Fler än enstaka tillfällen av sjuknärvaro visade samband med utveckling av AST medan enstaka eller ingen sjuknärvaro var förknippat med förbättring. Även svar tydande på dålig/mindre god arbetsförmåga 2004 var associerat med AST vid uppföljningen medan god/utmärkt arbetsförmåga hade samband med förbättring.

Generellt tyder resultaten på att den stressrelaterade ohälsan, som den definierats här, har minskat något i den deltagande populationen. Främst gäller detta de tillstånd som tydligast är relaterade till stressbelastning, nämligen självskattat utmattningssyndrom och "utbrändhet". Det finns dock en variation mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. I vilken grad denna variation har samband med verksamhetsutveckling, arbetsmiljöåtgärder eller andra förändringar på arbetsplatserna bedöms sannolikt bäst av de berörda grupperna själva. En indikation ges

möjligen av deltagarnas svar på frågan om förändring upplevts som en förbättring eller försämring. Det är dock tydligt att både förhållanden i privatlivet och arbetet har haft betydelse för hälsoutvecklingen. 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.

Bakgrund

Institutet för stressmedicin (ISM) har som uppdrag att öka kunskapen om den stressrelaterade ohälsan och hur denna kan förebyggas och behandlas. I uppdraget ingår också att medverka till att göra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom det psykosociala området mer framgångsrikt, särskilt inom VGR och FK. Den studie som presenteras här, den s.k. KART-studien, utgör en del i vårt arbete att fullgöra detta uppdrag.

Drygt 3 700 anställda vid VGR och FK deltog våren 2004 i studiens första enkätomgång. Resultatet finns sammanställt i ISM-rapport 2 som bland annat visade att även om de flesta beskrev en god hälsa och tillfredsställande psykosociala arbetsförhållanden så var det en oroväckande stor andel (cirka en tredjedel) som uppgav tecken till stressrelaterad psykisk ohälsa (1). Eftersom en tvärsnittsundersökning inte ger möjligheter att studera orsaker till förändringar i hälsa planerades en uppföljning efter två år.

För att tvåårsuppföljningen 2006 skulle spegla eventuella förändringar på ett så rättvisande sätt som möjligt genomfördes den vid samma tidpunkt på året (maj-juni) som baslinjeundersökningen 2004. Vår ambition var att nå så många som möjligt av dem som då deltog även om vi insåg att en del skulle ha bytt arbetsgivare eller lämnat arbetslivet.

Syfte och vetenskapliga frågeställningar

KART-studien syftar till att öka kunskapen om den stressrelaterade psykiska ohälsan, främst olika symtom tydande på ogynnsam stressbelastning, utmattningstillstånd, depression eller ångest, bland anställda i två offentliga organisationer. Det gäller förekomst, påverkan på arbets- och prestationsförmåga och samband med olika faktorer inklusive psykosociala arbetsförhållanden och fysisk aktivitet. Densyftar också till att belysa samband mellan olika faktorer/förhållanden och god/förbättrad hälsa.

De specifika frågeställningar som preciserades vid studiens början var:

1. I vilken utsträckning förekommer (prevalens) stressrelaterade symtom, diagnoser och sjukskrivning bland kvinnor respektive män i den aktuella populationen och hur förändras detta under en tvåårsperiod?
2. Finns samband mellan grad av stressbelastning i arbetet, stressupplevelse och risk att utveckla stressrelaterade symtom och sjukdomar?
3. Vilka vårdkontakter har personer med symtom/sjukdom haft och vilken behandling/rehabilitering har de erhållit?
4. Vad kännetecknar personer som är "långtidsfriska" när det gäller arbetsförhållanden, social situation och vårdkontakter?

Denna rapport avser främst att belysa 1, 2 och 3 genom uppdelning i två delpopulationer; de som 2004 uppfyllde respektive inte uppfyllde de kriterier som använts för att indikera "allvarligare stressrelaterat (psykiskt) tillstånd" (AST). Med detta menas att kriterier för något av följande ska vara uppfyllda: självskattat utmattningssyndrom, "utbrändhet", depression eller ångest (se Metod nedan).

Studiepopulation

Till baslinjeundersökningen i maj-juni 2004 gjordes ett slumpmässigt urval bland anställda vid Västra Götalandsregionen (representerande sjukhus, primärvård, tandvård och centrala kanslier; n=5 300) respektive Försäkringskassan i Västra Götalands län (n=700). För att inkluderas 2004 krävdes minst halvtidsarbete samt att personen varit anställd minst ett år. Till dessa skickades en postenkät vilken besvarades av 3 717 personer (62 %; Tabell 1). Dessa utgjorde målpopulationen för tvåårsuppföljningen i maj-juni 2006.

Tabell 1. Deltagande och bortfall bland de anställda vid VGR och FK som utvaldes att tillfrågas 2004 om medverkan i studien.

	VGR		FK		Totalt	
	antal	(%)	antal	(%)	antal	(%)
Baslinjeundersökning						
Utsända enkäter	5 300	(100)	700	(100)	6 000	(100)
Deltagare	3 213	(61)	504	(72)	3 717	(62)
Tvåårsuppföljning						
Ej tillfrågade ¹	16	(<1)	3	(<1)	19	(<1)
Utsända enkäter²	3 197	(100)	501	(100)	3 698	(100)
Primärt bortfall	472	(15)	77	(15)	549	(15)
Därav						
okänd adress	8	(<1)	3	(<1)	11	(<1)
ej svarat	445	(14)	71	(14)	516	(14)
vill ej delta ³	10	(<1)	1	(<1)	11	(<1)
ej matchning med baslinjedata ⁴	9	(<1)	2	(<1)	11	(<1)
Totalt svarande	2 725	(85)	424	(85)	3 149	(85)
uteslutna svar ⁵	11	(<1)	2	(<1)	13	(<1)
Deltar	2 714	(85)	422	(85)	3 136	(85)

1 Deltar i KART1 men är inte tillfrågad att delta i KART2 pga olika skäl; avliden (n=11), utvandrat (n=4), skyddade uppgifter (n=1), ej med i SPAR (n=1), vill inte vara med i fortsättningen (n=2).

2 Av dessa är 200 personer inte längre anställda inom VGR och 51 ej längre inom FK men har fått enkäten hemskickad ändå.

3 Meddelat via brev eller telefon att de inte vill delta.

4 Uppgifterna i uppföljningsdata stämmer inte med personkaraktistika i baslinjedata tydande på att det inte är samma person trots samma forskningsidentifikationsnummer.

5 Ofullständigt och/eller ej tolkningsbara svar på ett flertal frågor.

Uppföljningsenkäten utskickades till hemadressen för de 3 698 personer för vilka aktuell adress kunnat erhållas via SPAR-registret och ej tidigare meddelat att de inte vill delta. Eftersom vi saknade uppgift om hur många av dessa som pensionerats eller bytt till arbete hos annan arbetsgivare än VGR eller FK sedan baslinjeundersökningen fick denna grupp också enkäten. Enkäten besvarades av 3 149 personer (85 %; Tabell 1).

Formulär som innehöll litet internt bortfall, d.v.s. saknade svar på någon/några enskilda frågor, accepterades. Formulär med ofullständigt eller ej tolkningsbart svar på ett flertal frågor uteslöts (n=13). Det var således 3 136 personer som deltagit både i baslinjeundersökningen 2004 och tvåårsuppföljningen 2006 som kunde inkluderas i analyserna.

Bortfall

Bortfallet var något större bland män än bland kvinnor och bland yngre jämfört med äldre (Tabell 2). Andelen som vid baslinjeundersökningen hade stressrelaterad psykisk ohälsa enligt använda definitioner var något högre i bortfallsgruppen jämfört med dem som besvarade uppföljningsenkäten.

Tabell 2. Jämförelse inom den population som deltog i baslinjeundersökningen mellan de som deltagit i tvåårsuppföljningen och de som inte deltog.

	Deltar n=3 136		Deltar ej n=581		Totalt n=3 717	
	%	(antal)	%	(antal)	%	(antal)
Kön						
kvinnor	86	(2 710)	83	(482)	86	(3 192)
män	14	(426)	17	(99)	14	(525)
Ålder						
≤ 34 år	14	(426)	19	(108)	14	(534)
35–44 år	23	(712)	26	(149)	23	(861)
45–54 år	37	(1 151)	32	(184)	36	(1 335)
≥ 55 år	27	(847)	24	(140)	27	(987)
Civilstånd						
ensam	21	(651)	22	(127)	21	(778)
gift/sambo	79	(2 468)	78	(452)	79	(2 920)
Barn hemma	53	(1 642)	55	(318)	53	(1 960)

Fortsättning på nästa sida

Tabell 2. fortsättning

	Deltar n=3 136		Deltar ej n=581		Totalt n=3 717	
	%	(antal)	%	(antal)	%	(antal)
Verksamhet						
Sjh	64	(1 993)	61	(354)	63	(2 347)
PV	11	(356)	12	(72)	12	(428)
TV	7	(213)	8	(46)	7	(259)
CK	5	(148)	5	(27)	5	(175)
FK	13	(422)	14	(81)	14	(503)
UMS¹	19	(583)	23	(123)	20	(706)
Utbränd²	24	(689)	32	(168)	23	(857)
Depression³	4	(113)	6	(32)	4	(145)
Ångest³	12	(377)	15	(86)	13	(463)
Något av ovanst. tillst. (AST)⁴	30	(948)	38	(222)	32	(1 170)
Endast uppvarvning⁵	4	(128)	4	(24)	4	(152)
Arbetsförmåga⁶						
dålig	4	(105)	5	(24)	4	(129)
minde god	15	(415)	18	(88)	15	(503)
god	42	(1 187)	39	(194)	41	(1 381)
utmärkt	40	(1 146)	39	(197)	40	(1 343)

1 Uppfyller kriterierna för självskattat utmattningssyndrom enligt svaren på de frågor som projektgruppen utformat utifrån förslag till diagnoskriterier från Socialstyrelsens expertgrupp (6).

2 Medelpoäng 4,0 eller högre på alla 22 frågorna i Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (4).

3 >10 poäng på depressions- respektive ångestskalan ingående i Hospital Anxiety and Depression Scale anges indikera sannolik depression respektive ångest (5).

4 Andel (%) som uppfyller kriterierna för något av de allvarigare stressrelaterade självskattade tillstånden: UMS, utbränd, depression eller ångest.

5 Stressindex >2,4, d.v.s. över "neutralpunkten" enligt Kjellberg och Wadman (2002) och sömnstörningar flera ggr/vecka (samt ej uppfyller kriterier för UMS, utbränd, depression el ångest).

6 Arbetsförmågeindex (Work Ability Index, WAI) enligt Tuomi m.fl. (1991), modifierad översättning av Thorgén (2000). WAI totalpoäng 44–49 bedöms som "utmärkt", 37–43 som "god", 28–36 som "mindre god" och 7–27 som "dålig".

Metoder

Genomförande

Samma procedur användes för utskick av frågeformuläret som vid baslinjeundersökningen 2004 (1). Med följebrevet bifogades en Trisslott som tack för medverkan i första enkätomgången. Två påminnelser skickades ut. Inkomna ifyllda enkäter skannades och svaren lagrades i en databas som kopplades på individnivå till svaren 2004.

Frågeinstrument

Frågeformuläret innehöll i stort sett samma frågor som vid baslinjeundersökningen (1). Några förändringar och tillägg gjordes dock (Bilaga 1). Bland annat infördes frågor om personen sökt läkare eller annan behandlare för nedstämdhet/ depression, ångest, minnes- eller koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, trötthet/ utmattnings- eller huvudvärk eller muskelsmärta, bröstsmärta/ tryck över bröstet eller besvär i mage/ tarm under de senaste två åren och om han/ hon i så fall fick behandling för detta. Dessutom infördes tre frågor (SOC-3) för att skatta känsla av sammanhang (2). Som tidigare användes stress-energi-skalan (SE-skalan) för att skatta sinnessämning (3), frågorna i Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) för att skatta utbrändhet (4), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) för ångest och depression (5) samt vårt eget självskattningsinstrument för utmattningssyndrom (UMS) (1).

Med UMS menar vi att personen uppfyller kriterierna för självskattat utmattningssyndrom enligt svaren på de frågor som utformats utifrån förslag till diagnoskriterier från Socialstyrelsens expertgrupp (6). Uttalat UMS innebär att personen svarat "Ja, i allra högsta grad" på frågan om "besvaren påtagligt försämrat Ditt välbefinnande och/ eller Din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?".

Arbetsförmågan mättes med Work Ability Index (WAI) (7), i modifierad översättning av Thorgén, och psykosociala arbetsmiljöförhållanden enligt Krav-kontrollmodellen (JCQ-11) (8) respektive Ansträngnings-belöningsmodellen (ERI) (9). Efter frågorna om aktuell arbetsplats (typ av verksamhet) respektive yrkesbefattning infördes en fråga om det var samma som för två år sedan, d.v.s. när förra enkäten fylldes i. Detta för att särskilt kunna studera dem som varit kvar i samma verksamhet/ befattning sedan baslinjeundersökningen.

Uppgifter om förändringar och arbetsmiljöarbete 2004–2006

För att få en bild av de viktigaste förändringarna och vilket arbete som bedrivits för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön mellan baslinjemätningen våren 2004 och uppföljningen våren 2006 inom berörda förvaltningar genomfördes intervjuer

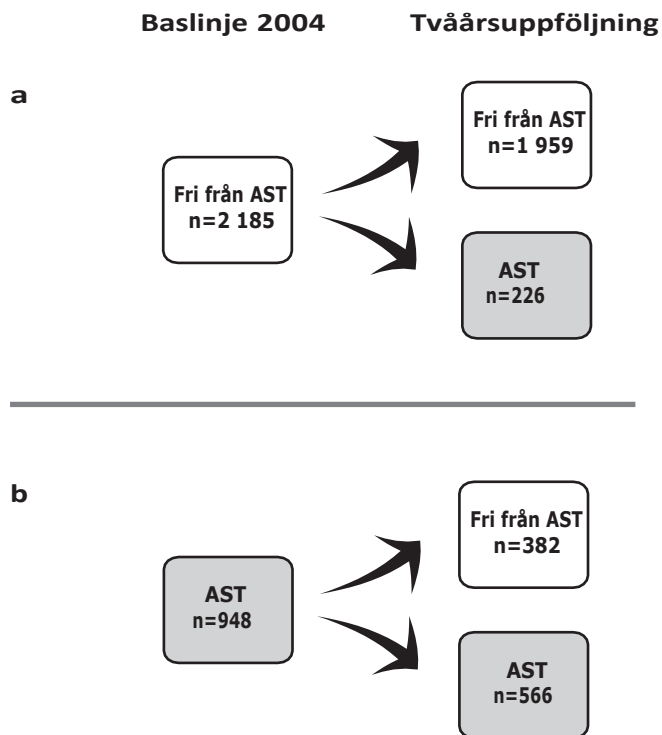
och diskussioner med företrädare för företagshälsovården samt med personalcheferna. Resultatet sammanställdes och återkopplades till de senare för att få bekräftelse på att beskrivningen ger en rättvisande bild. Denna redovisas som ett komplement till de kvantitativa resultaten men gör inte anspråk på att vara fullständig (Bilaga 2).

Analys

Resultaten redovisas dels deskriptivt för 2006 jämfört med situationen 2004 för kvinnor och män samt för olika verksamheter och yrkesgrupper, dels efter analys av sambandet mellan olika faktorer och förändringar i hälsa.

En förändring jämfört med baslinjeundersökningen är att här har en medelpoäng på SMBQ >4,0 använts istället för >4,6 (jfr ISM-rapport 2) som gräns för "utbrändhet". Detta är en anpassning till den förändring som skett i klinisk praxis när instrumentet används som stöd vid diagnostik av stressrelaterade utmattningstillstånd. Dertidigare konstruerade variabeln "något stressrelaterat tillstånd" ("uppvarvning", UMS, "utbrändhet", ångest och/eller depression) har nu delats upp så att de som enbart uppfyllde kriterierna för ett uppvarvningstillstånd (stressindex över 2,4 (3) och frekventa sömnstörningar) bildar en egen kategori. De övriga tillstånden av stressrelaterad psykisk ohälsa benämns fortsättningsvis (tillsammans) som "allvarligare stressrelaterat tillstånd" (AST).

Totalpopulationen delades in två subpopulationer; de som vid första undersökningstillfället uppfyllde respektive inte uppfyllde kriterierna för AST (Figur 1a respektive 1b). Tre individer föll då bort då de inte kunde klassificeras med avseende på AST. Därefter analyserades sambandet mellan olika faktorer inklusive psykosocial arbetsmiljö och förändringar i hälsa för de två subpopulationerna var för sig. Sambandet analyserades med hjälp av enkla och multipla logistiska regressionsmodeller där utfallet i den första delpopulationen (fri från AST 2004) var att ha utvecklat AST 2006 och utfallet i den andra (de med AST 2004) var att ha förbättrats så att AST-kriterierna inte längre uppfylldes 2006.



Figur 1 a och b. Antal (n) deltagare som vid uppföljningen 2006 uppfyllde respektive inte uppfyllde kriterierna för allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST) bland dem utan (1 a) respektive med (1 b) AST vid baslinjeundersökningen.

Varje fråga/skattningsskala som besvarades vid båda undersökningstillfällena gav upphov till tre variabler: svaret/värdet 2004, svaret/värdet 2006 respektive förändringen mellan dessa två. För analysen av förändringar mellan 2004 och 2006, t. ex. när det gäller stress, energi, krav, kontroll, ansträngning och belöning, bildades kategorier baserade på svarsfördelningen i hela studiepopulationen 2004. Inför varje analys bedömdes vilka av dessa förklaringsvariabler som var mest relevanta att studera i förhållande till den aktuella frågeställningen. I tabell 3 redovisas de variabler som valdes för analysen av samband med utveckling av AST 2006. I de flesta fall användes här svaret vid baslinjeundersökningen. Några variabler bildades genom att kombinera svaren 2004 och 2006 (civilstånd, hemmavarande barn, omvårdnadsansvar, förändring på arbetsplatsen och övertidsarbete), t. ex. för civilstånd där de som var gifta/sambo vid bägge tillfällena användes som referenskategori. I en del fall, t. ex. ålder, har antalet kategorier minimerats då preliminära analyser visat att detta kunnat göras utan att förlora väsentlig information. Den kategori som bedömdes som mest gynnsam ur hälsosynpunkt valdes som referenskategori.

När det gäller analysen av sambandet mellan olika faktorer och att inte längre uppfylla AST-kriterierna 2006 bedömdes svaren från tvåårsuppföljningen i större utsträckning vara viktiga att inkludera (Tabell 4). Desvarskategorier som bedömdes som mest ogynnsamma med avseende på hälsoförbättring valdes som referens-kategorier.

Regressionsanalyserna gjordes i två steg. Först analyserades sambandet mellan utfallet och alla förklaringsvariablerna var för sig. Nästa steg var att bilda multipla modeller där de centrala arbetsmiljövariablerna (krav-kontroll, ansträngning-belöning) analyserades var för sig samtidigt som hänsyn togs till de bakgrundsvariabler som hade ett signifikant statistiskt samband med utfallet i steg ett. Resultaten presenteras som oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (KI). En oddskvot som signifikant avviker från 1,0 indikerar samband mellan förklaringsfaktorn och utfallsvariabeln. Referenskategorin får värdet 1. Majoriteten av analyserna genomfördes med programvaran SPSS 15.0.

Hantering av internt bortfall

En del frågeformulär saknade svar på enstaka frågor, s.k. internt bortfall. När en sådan fråga användes i analysen exkluderades de formulär som saknade det aktuella svaret. Det visade sig att tre frågor som ingick i Ansträngning-belöningskalan hade större bortfall än övriga. Dessa frågor är: "Med tanke på att allt du har presterat, tycker Du då att Du har en rimlig lön?", "Har Du dåliga möjligheter till avancemang inom Ditt område?" samt "Med tanke på allt Du utträttat och presterat, tycker Du då att Du har fått rimliga möjligheter till personligt avancemang i Ditt yrkesliv?" För att minska problemet med alltför stort bortfall bestämdes att i de fall personen besvarat frågan vid ett av de två undersökningstillfällena skulle detta svar användas (inputeras) som svar även vid andra tillfället. Saknades svar vid bägge tillfällena exkluderades formuläret i analyser som inkluderade ERI.

Sekretess och etiska frågor

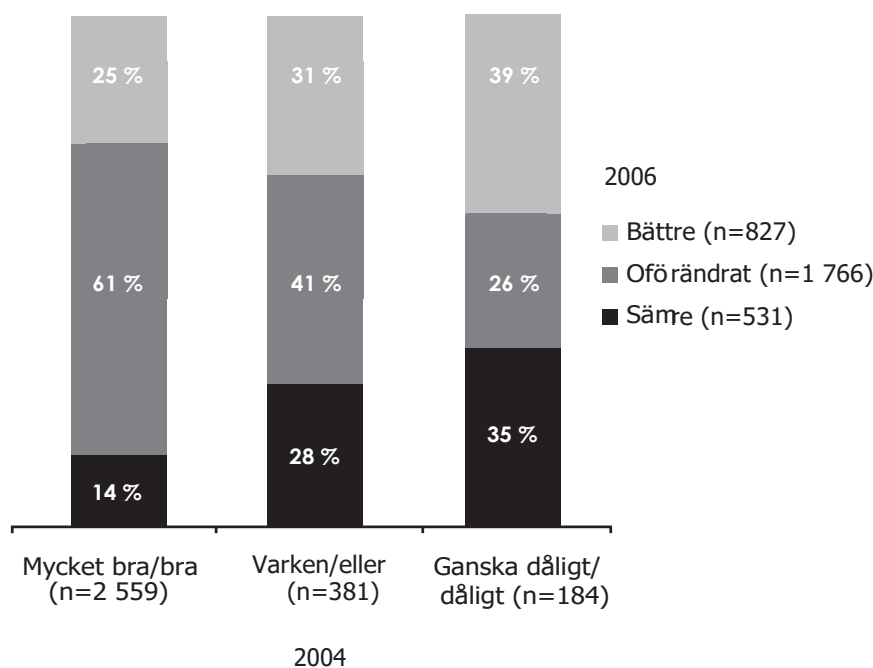
Studien godkändes av Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg i april 2004 och forskningsregistret anmälades därefter till personuppgiftsombudet för VGR (och FK för kännedom) enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Resultat

Förändring i hälsa

Fördelningen mellan de som beskrev sitt allmänna hälsotillstånd som mycket eller ganska bra, varken bra eller dåligt respektive ganska dåligt/dåligt var ungefär samma 2006 som 2004. Det gällde såväl kvinnor som män (se tabellbilagan, Tabell 5). Tjugosex procent av alla angav att hälsotillståndet förbättrats och 17 % upplevde att det försämrats medan 57 % tyckte att det var oförändrat sedan baslinjeundersökningen. Det var framförallt de som beskrev sitt hälsotillstånd vid första tillfället som ganska dåligt/dåligt (n=184) som vid uppföljningen upplevt en förändring, 39 % en förbättring och 35 % en försämring.

Allmänt hälsotillstånd 2006 jämfört med 2004

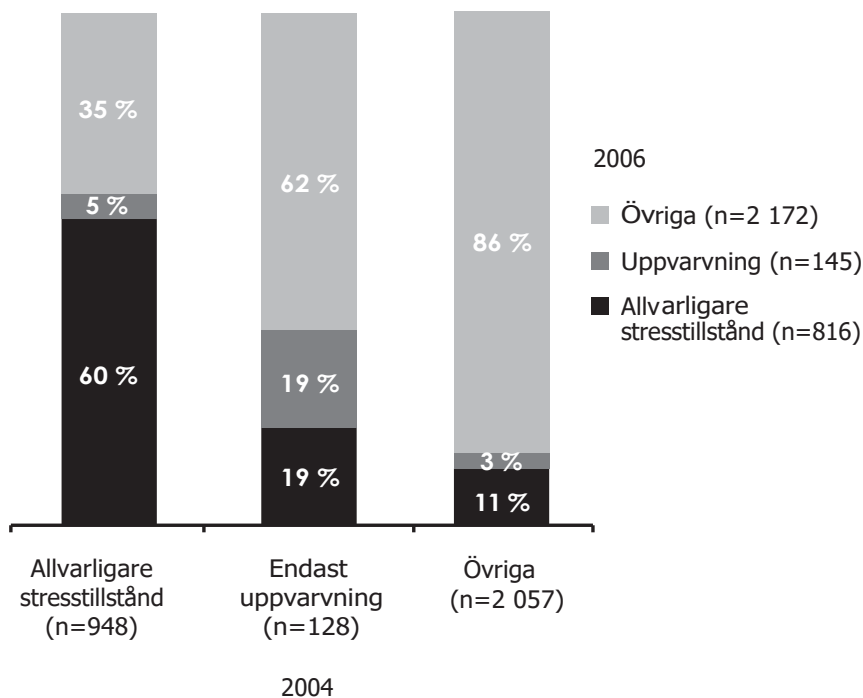


Figur 2. Förändring i självskattat allmänt hälsotillstånd 2006 jämfört med skattningen av hälsotillståndet 2004. Andel (%) som bedömde det som bättre, oförändrat eller sämre inom respektive kategori (mycket bra/bra, varken eller respektive ganska dåligt/dåligt), (n=antal).

När det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa 2004 var det fyra procent som hade enbart ett uppvarvningstillstånd medan 30 % (n=948) hade AST. Vid uppföljningstillfället två år senare hade 5 % endast uppvarvning och 26 % AST. Det fanns en tendens till minskning av alla de tillstånd av psykisk ohälsa som skattades med hjälp av de använda frågeinstrumenten, både hos män och kvinnor, utom för depression (Tabell 6). Detta gäller även om man tar hänsyn till snedfördelningen i bortfallet som redovisas i Tabell 2 (sid. 13).

Av de 128 personerna med enbart ett uppvarvningstillstånd 2004 var det 24 (19 %) som vid uppföljningen uppfyllde kriterierna för AST (Figur 3). Å andra sidan hade 79 (62 %) förbättrats och klassificerades inte längre som uppvarvade. Bland de med AST 2004 gav 382 (40 %) svar som innebar att de inte längre tillhörde denna ohälsokategori. Elva procent av de 2 057 som inte uppvisade stressrelaterad psykisk ohälsa (inkl. uppvarvningstillstånd) 2004 hade utvecklat AST 2006 och ytterligare tre procent hade då ett uppvarvningstillstånd.

Stressrelaterad psykisk ohälsa 2006 jämfört med 2004



Figur 3. Förändring i stressrelaterad psykisk ohälsa 2006 jämfört med skattningen 2004. Andel (%) med allvarigare stressrelaterat tillstånd (AST), enbart uppvarvning (stress och sömnstörningar) respektive övriga (inget av de två föregående) vid tvåårsuppföljningen bland dem med respektive tillstånd 2004 (n=antal).

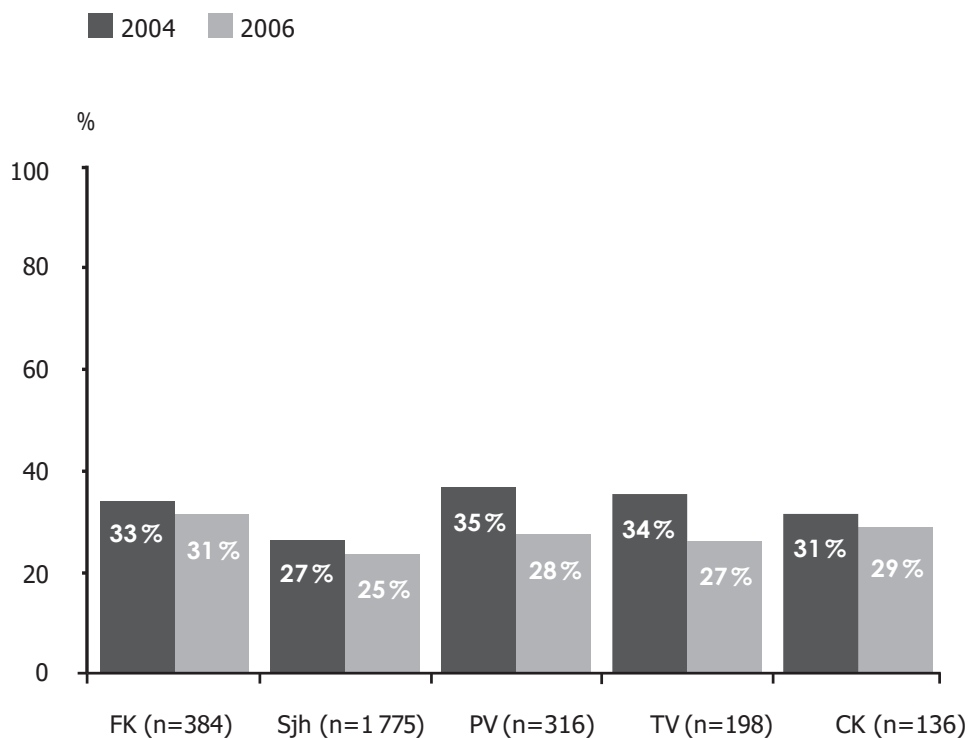
En sinnesstämning som enligt stress-energi-modellen karakteriserades av låg stress och hög energi förekom i ungefär lika stor utsträckning vid uppföljningen som vid undersökningen två år tidigare (29 % resp. 30 %). Detsamma gällde det motsatta tillståndet hög stress och låg energi (25 % resp. 23 %). Däremot hade andelen som kännetecknades av både hög stress och hög energi minskat från 28 % till 18 % medan låg stress och låg energi visade förändring i motsatt riktning, från 20 % till 29 %.

Den ogynnsamma kombinationen hög stress och låg energi i arbetet var vanligare bland män (30 %) än bland kvinnor (22 %) 2004. Vid tvåårsuppföljningen var andelen oförändrad bland män och 24 % bland kvinnor. "Riskgruppen" hög stress/hög energi hade minskat från 29 % till 20 % bland kvinnor och från 23 % till 10 % bland män. Var fjärde kvinna och nästan var tredje man i denna grupp 2004 återfanns vid uppföljningen bland dem med hög stress och låg energi.

Andelen av alla svarande som uppgav att de ganska/mycket ofta kände sig utvilade och återhämtade efter ett par dagars ledighet låg på ungefär samma nivå vid uppföljningen som vid baslinjeundersökningen (62 % resp. 61 %). Detsamma gällde andelen som ansåg att de alltid eller ofta hade ork kvar efter arbetet för såväl hemarbete som fritidsaktiviteter (29 % resp. 28 %).

Vid analys av dem som var i arbete inom samma verksamhet vid bägge mät-tillfällena ser man en tydlig minskning (-7 %) av stressrelaterad psykisk ohälsa i form av AST inom primärvården och tandvården (Figur 4). Bland de övriga verksamheterna sågs ingen påtaglig förändring.

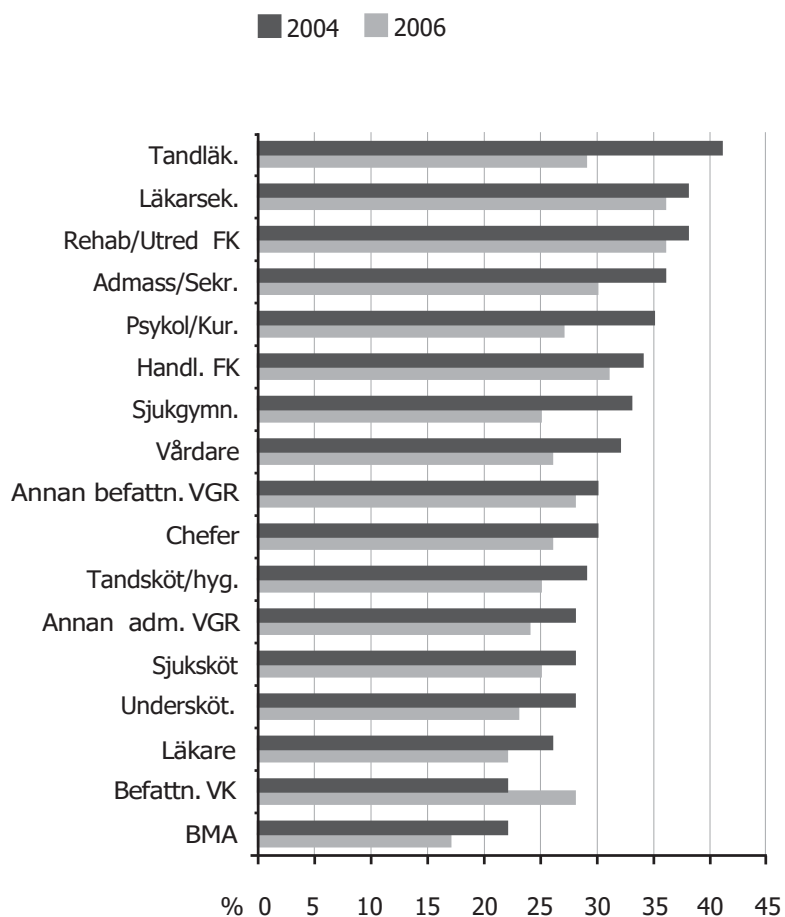
Allvarligare stressrelaterat tillstånd inom olika verksamheter 2004/2006



Figur 4. Andel (%) med allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST) 2004 och 2006 bland anställda inom olika verksamheter (FK = Försäkringskassan; Sjh = Sjukhusen; PV = Primärvården; TV = Tandvården; CK = Centrala kanslier; n=antal).

Några yrkeskategorier uppvisar en minskning av AST, t. ex. bland deltagande tandläkare och läkare (Figur 5). I det förra fallet bör dock påpekas att antalet deltagande individer är relativt litet.

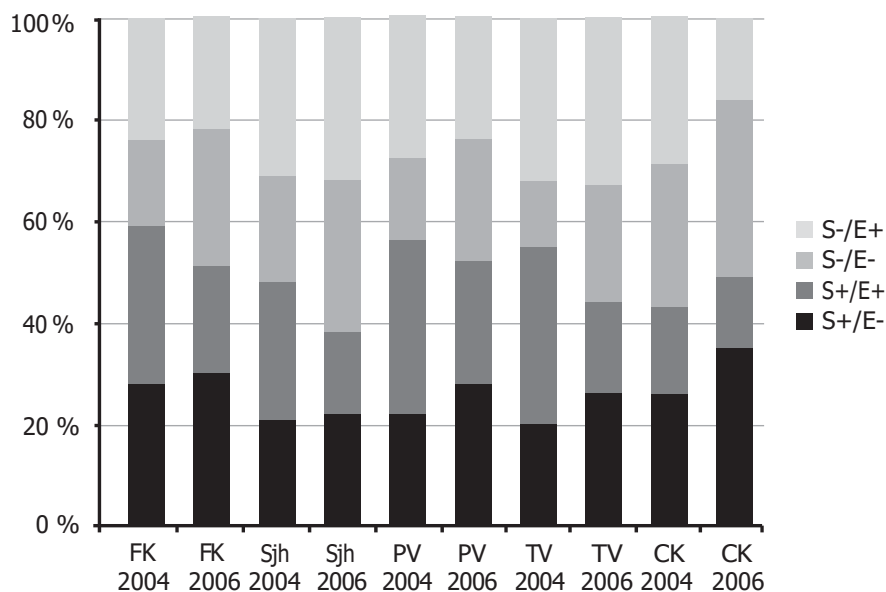
Allvarligare stressrelaterat tillstånd inom olika yrkeskategorier 2004/2006



Figur 5. Andel (%) med allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST) 2004 och 2006 inom olika yrkesbefattningar.

Vid analys enligt stress-energi-modellen såg man en tendens till minskning av andelen med kombinationen hög stress och hög energi i arbetet 2006 jämfört med 2004 inom de flesta verksamheter (Figur 6). När det gäller hög stress kombinerat med låg energi var tendensen den motsatta. Inom centrala kanslierna fanns 2006 den högsta andelen med denna kombination samtidigt som den mer gynnsamma låg stress och hög energi var minst förekommande jämfört med övriga verksamheter.

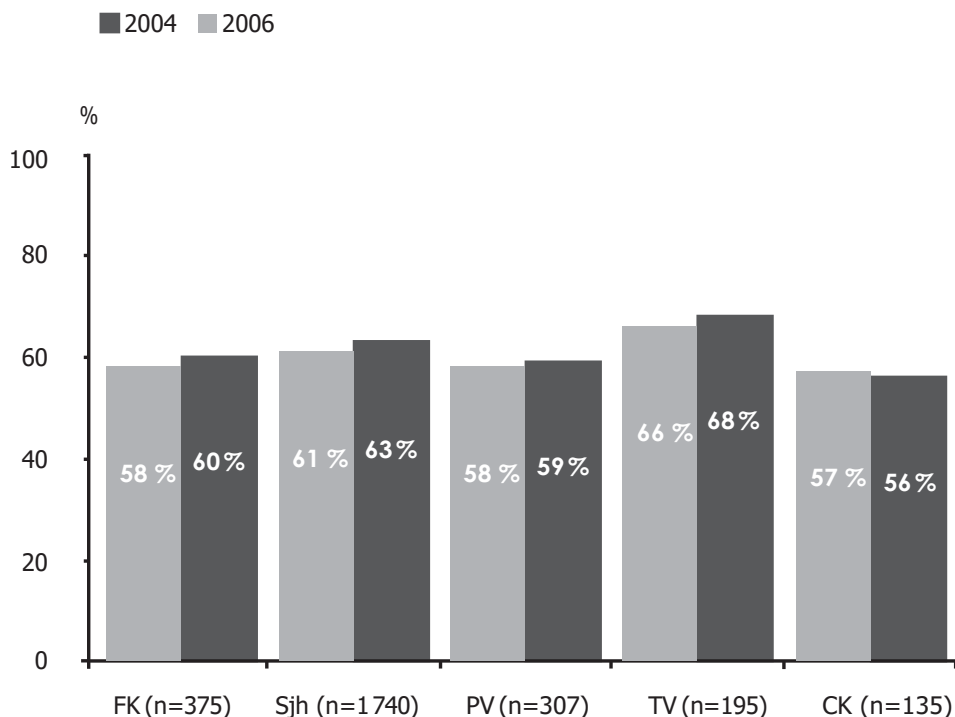
Stress-energi-modellen för olika verksamheter 2004/2006



Figur 6. Andel (%) med sinnesstämning i olika kombinationer enligt stress-energi-modellen 2004 och 2006 bland anställda inom olika verksamheter. S+ = hög stress; S- = låg stress; E+ = hög energi; E- = låg energi.

Det var också en viss variation mellan olika verksamheter när det gäller andelen som ganska/mycket ofta kände sig utvilade och återhämtade efter ett par dagars ledighet (Figur 7). Högst var andelen bland anställda inom tandvården, drygt två tredjedelar. Skillnaderna mellan 2004 och 2006 var små.

"Utvilad och återhämtad efter ett par dagars ledighet"

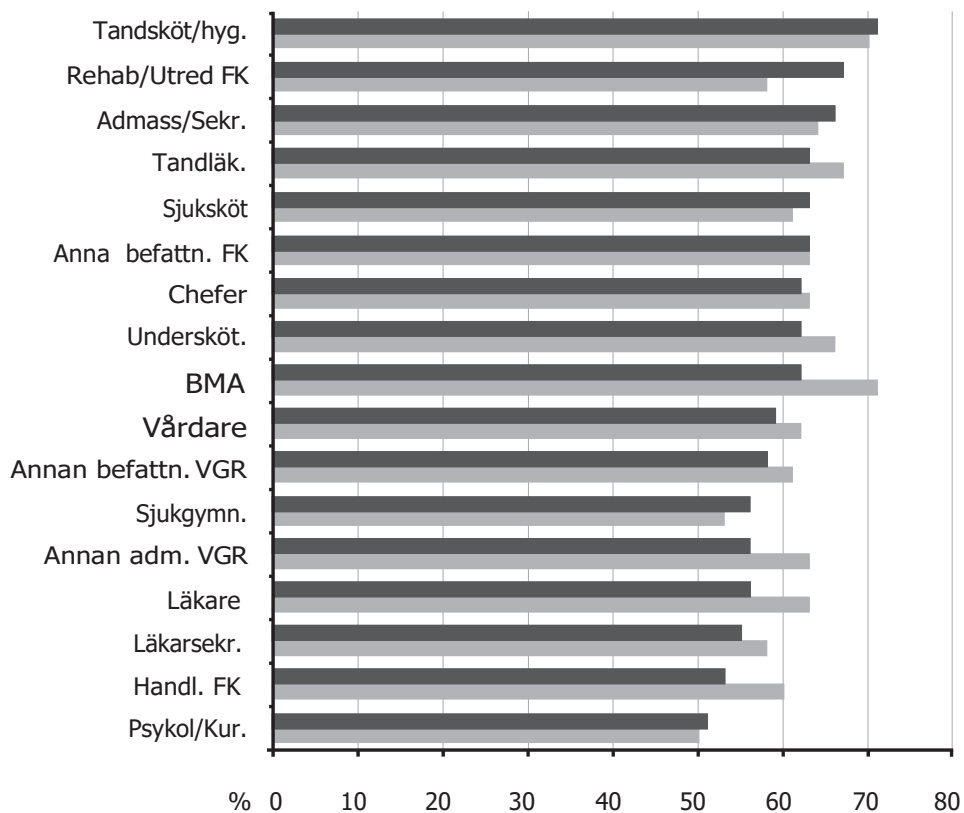


Figur 7. Andel (%) som uppgav sig ganska/mycket ofta vara utvilad och återhämtad efter ett par dagars ledighet 2004 och 2006 bland anställda inom olika verksamheter (FK = Försäkringskassan; Sjh = Sjukhusen; PV = Primärvården; TV = Tandvården; CK = Centrala kanslier; n=antal).

Andelen återhämtade bland de olika yrkesbefattningarna var högst i gruppen tand-sköterskor och tandhygienister och lägst bland psykologer och kuratorer (Figur 8). Den enda grupp där andelen på ett mer tydligt sätt föreföll ha minskat vid tvåårs-uppföljningen var rehabiliteringssamordnare och utredare vid FK. En viss ökning sågs i flera av de grupper där andelen återhämtade var mindre än två av tre 2004.

"Utvilad och återhämtad efter ett par dagars ledighet"

■ 2004 ■ 2006



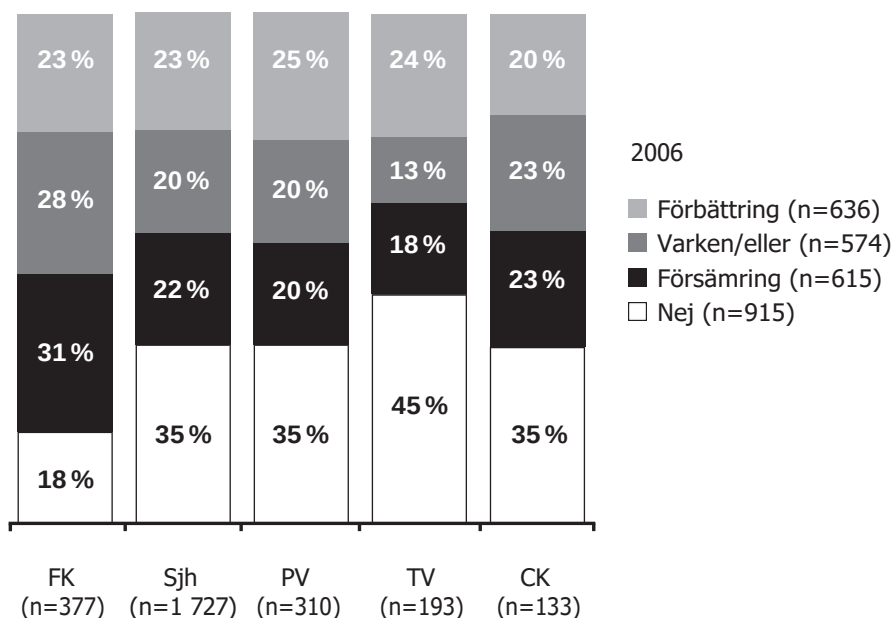
Figur 8. Andel (%) som uppgav sig ganska/mycket ofta vara utvilad och återhämtad efter ett par dagars ledighet 2004 och 2006 inom olika yrkesbefattningar.

Det var 637 (21 %) som uppgav att de sökt läkare för psykisk ohälsa (nedstämdhet/depression, ångest, minnes- eller koncentrationssvårigheter, sömnstörningar eller trötthet/utmattning) mellan de två undersökningstillfällena, och av dessa hade 490 (77 %) fått någon behandling. Uppdelat på dem med respektive utan AST 2004 var motsvarande frekvenssiffror 41 % (varav 76 % fått behandling) respektive 12 % (varav 78 % fått behandling). Dessutom hade 23 % (av alla) behandlats av läkare för värk, hjärt- eller mag-tarmbesvär, 34 % av dem med AST och 18 % bland dem utan AST. De allra flesta fick någon behandling för de besvär de sökte för, utom när det gäller bröstsmärta eller tryck över bröstet respektive minnes- och koncentrationssvårigheter (Tabell 7). Många hade haft kontakt med och behandlats av andra terapeuter, t. ex. hade 7 % fått behandling av psykolog.

Förändringar i arbete och privatliv

Nittiotvå procent av deltagarna arbetade fortfarande inom samma typ av verksamhet 2006 som vid första enkättillfället. Av dessa var det 67 % (n=1 825) som uppgav att det genomförts en för dem viktig förändring på deras arbetsplats. Denna andel var större inom FK än inom VGR (Figur 9). Sexhundratrettiosex (23 %) hade upplevt förändringen som en förbättring medan 615 (22 %) tyckte den medfört en försämring för dem. Det var inga större skillnader mellan de olika verksamheterna när det gäller andel som upplevt förbättring medan det var vanligare inom FK att ha upplevt förändringen som en försämring (31 %).

Viktig förändring på arbetsplatsen det senaste året



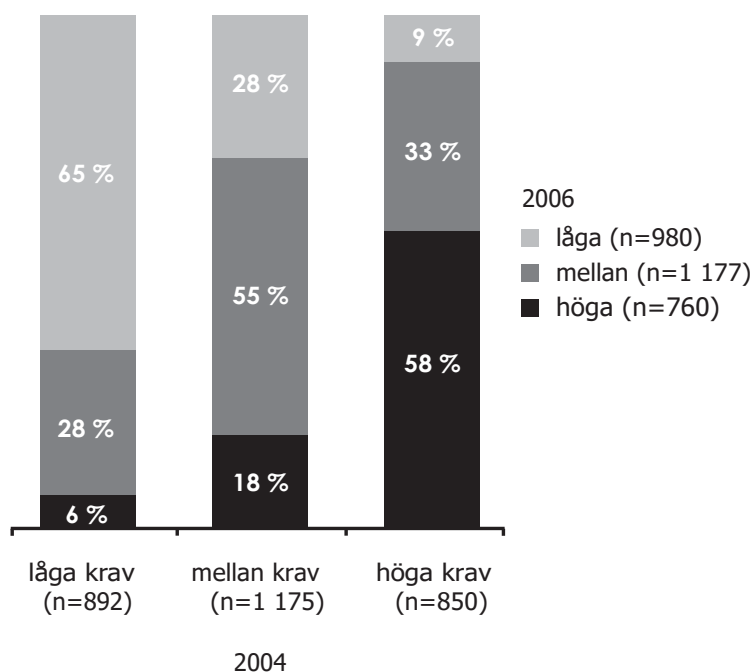
Figur 9. Bedömning av om genomförda eller pågående förändringar på arbetsplatsen 2006 bland anställda inom olika verksamheter inneburit en förbättring, en försämring eller varken som en förbättring eller försämring. "Nej" innebär att det inte förekommit någon för personen viktig förändring. (FK = Försäkringskassan; Sjh = Sjukhusen; PV = Primärvården; TV = Tandvården; CK = Centrala kanslier; n=antal)

Även när det gäller yrkesbefattning så var det nio av tio (91 %) som hade samma vid uppföljningen som 2004. Av de större yrkeskategorierna var det FK anställda och framförallt gruppen rehabiliteringssamordnare eller utredare, som hade högst andel svarande som uppgav att det skett en för dem viktig förändring på arbetsplatsen (91 %). Av alla i denna yrkeskategori hade 20 (23 %) upplevt förändringen som en förbättring medan 36 (42 %) beskrev förändringen som försämring (Tabell 8). Även bland handläggare FK (inkl. kundtjänst) och i kategorin "annan befattning FK" (inkl. konsult/föredragande) var det många som upplevde en förändring (74 % resp. 85 %). Ett hundrafemtioen (6 %) hade minskat arbetstiden från heltid till deltid medan 137 (5 %) hade ökat från deltid till heltid. Av dem med oregelbunden arbetstid 2004 var det 11 % (n=156) som hade övergått till regelbunden arbetstid.

Krav-kontroll

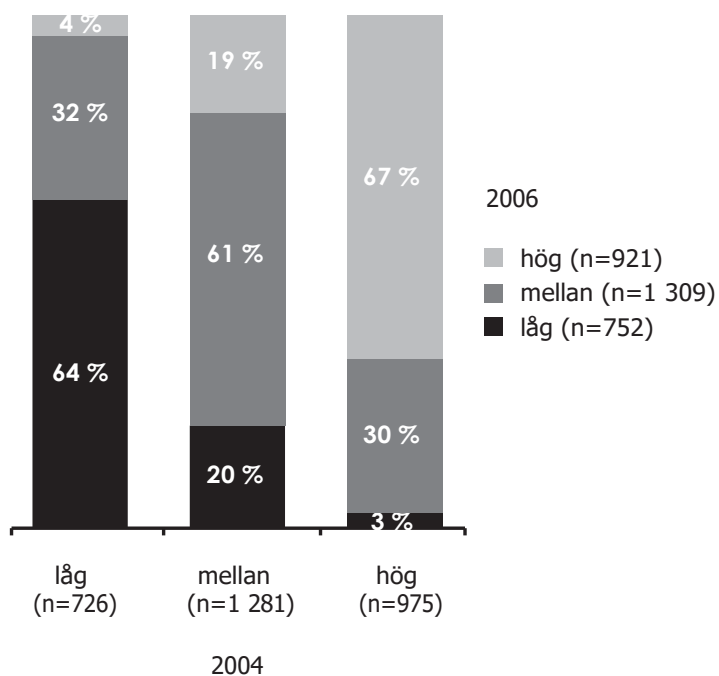
Det var ungefär två av tre som 2006 uppgav samma krav respektive kontroll i arbetet som två år tidigare (Figur 10 a och b). Jämfört med 2004 var det 18 % av svaren (n=517) som indikerade ökade arbetskrav och 19 % att kontrollen liksom möjligheterna att påverka det egna arbetet minskat 2006 (Tabell 9). Omvänt var det bland de 2 025 som 2004 angivit medelhöga och höga krav 23 % (n=679) som beskrev lägre arbetskrav vid uppföljningen. Av de 2007 individer som uppgivit låg/medelhög kontroll två år tidigare föreföll kontrollen/inflytandet snarast ha ökat 2006 för 17 % (n=502).

Förändring av upplevda arbetskrav 2006 jämfört med 2004



Figur 10 a. Andel (%) som uppgivit höga, medel respektive låga krav i arbetet 2006 beroende på hur man svarat 2004 (n=antal).

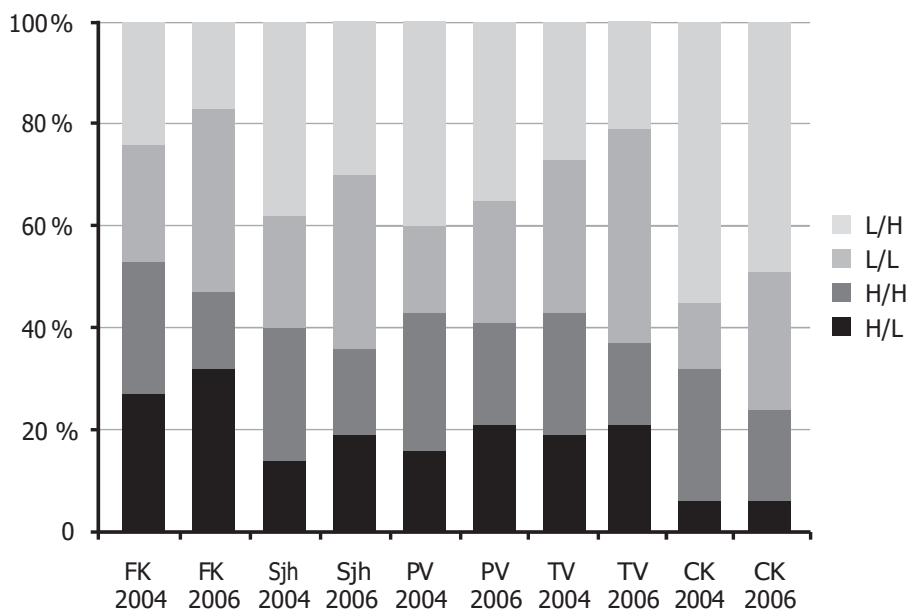
Förändring i upplevd kontroll i arbetet 2004 – 2006



Figur 10 b. Andel (%) som uppgivit hög, medel respektive låg kontroll i arbetet 2006 beroende på hur man svarat 2004 (n=antal).

Vid uppdelning på olika verksamheter föreföll de största förändringarna ha inträffat inom FK (Tabell 9). Där gav en av fyra deltagare svar 2006 tydande på minskad kontroll, men samtidigt var det nästan lika många som angav minskade krav jämfört med två år tidigare. En viss tendens till ogynnsam utveckling ses dock vid uppdelning i de fyra kombinationerna av höga/låga krav respektive låg/hög kontroll (Figur 11). En förskjutning mot låg kontroll i kombination med låga eller höga krav var tydlig i de flesta verksamheterna. Fortfarande beskrevs situationen mest gynnsamt inom de centrala kanslierna och minst gynnsamt i Försäkringskassan.

Krav-kontroll-modellen för olika verksamheter 2004/2006



Figur 11. Andel (%) inom respektive kategori enligt krav-kontroll-modellen 2004 och 2006 bland anställda inom olika verksamheter (FK = Försäkringskassan; Sjh = Sjukhusen; PV = Primärvården; TV = Tandvården; CK = Centrala kanslier). L/H = låga krav/hög kontroll; L/L = låga krav/låg kontroll; H/H = höga krav/hög kontroll; H/L = höga krav/låg kontroll.

Bland deltagare som arbetat kvar inom samma yrkeskategori var rehabiliterings-samordnare eller utredare den grupp som hade störst andel som uppgav förändring gällande krav och kontroll i arbetet (Tabell 10 a-c). Högre krav och minskad kontroll var här vanligare än tvärtom. Bland tandläkare var tendensen den motsatta. Chefer rapporterade oftare lägre krav men också minskad kontroll. Totalt sett föreföll den psykosociala arbetsmiljön i dessa avseenden dock inte ha förändrats påtagligt för en majoritet av de deltagande.

Ansträngning-belöning

Andelen med hög ansträngning hade minskat något men samtidigt hade andelen som uppgav låg belöning ökat något. Det var ändå något fler totalt sett för vilka balansen mellan ansträngning och belöning föreföll ha förändrats i gynnsam än i ogynnsam riktning (Tabell 9). Vid uppdelning i olika verksamheter fanns en sådan tendens inom FK, sjukhusen och primärvården, vilka hade de största andelarna med ogynnsam ERI-kvot 2004. Av de större yrkeskategorier som vid första undersökningstillfället låg sämst till i detta avseende var utvecklingen mest positiv i läkarsekreterargruppen (Tabell 10b).

Socialt stöd

Socialt stöd på arbetsplatsen i form av minst en person som man fullständigt litar på och kan vända sig till vid riktigt svåra situationer i arbetet uppgavs av 89 % 2004 och 88 % 2006. En tredjedel av dem skulle i första hand vända sig till chefen för att få stöd och resterande till arbetskamrater. Av de 328 personer som saknade sådant stöd vid första tillfället var det drygt hälften (n=187) som hade det vid uppföljningen medan 206 av de 2 685 som hade stöd 2004 saknade sådant 2006.

Privatlivet

En mindre andel av de svarande uppgav att det inträffat viktiga sociala förändringar mellan 2004 och 2006, t. ex. att deras civilstånd och/eller omvårdnadsansvar förändrats (Tabell 11). Ungefär lika många, en av sex, angav ökad som minskad fysisk aktivitetsnivå. De som hade AST 2004 uppgav oftare än övriga att de blivit mer fysiskt aktiva (en av fem).

Faktorer som hade samband med utveckling av AST

Av de 2 185 deltagare som inte uppfyllde något av kriterierna för AST 2004 var det således 226 (10 %) som gjorde det 2006. Sambanden mellan utveckling av AST och de olika faktorerna i arbete och privatliv analyserades först en faktor i taget, d.v.s. utan hänsynstagande till inverkan från övriga (Tabell 12). Att ha omvårdnadsansvar för närstående vuxen hade tydligt samband med utveckling av AST. Detsamma gällde låg fysisk aktivitet (mest stillasittande) vid baslinjeundersökningen och att ha upplevt förändringar på arbetsplatsen mellan 2004 och 2006 som en försämring. Det fanns även en tendens till samband mellan övertidarbete och utveckling av AST.

Höga och medelhöga krav 2004 hade samband med utveckling av AST när låga krav användes som referens, ej justerad OR 1,7 (KI 1,2–2,5) respektive 1,6 (KI 1,1–2,2) (Tabell 13). Något motsvarande samband sågs inte när det gäller låg kontroll/påverkansmöjlighet. Kombinationen av höga krav och låg kontroll var också associerad med AST medan övriga kombinationer inte hade något statistiskt säkerställt samband med utveckling av allvarlig stressrelaterad psykisk ohälsa 2006 när låga krav och hög kontroll användes som referens.

Analys enligt ERI-modellen visade att upplevelse av hög ansträngning i arbetet 2004 ökade sannolikheten att uppfylla AST-kriterierna 2006, ej justerad OR 1,6 (KI 1,2–2,3) (Tabell 13). En motsvarande tendens fanns även för låg belöning liksom för en ogynnsam ERI-kvot.

Då samtliga faktorer som uppvisade ett statistiskt säkerställt samband med AST inkluderades i analysmodellen visade det sig att sambanden kvarstod för höga krav och hög ansträngning (justerad OR 1,6; KI 1,1–2,5 respektive justerad OR 1,6; KI 1,1–2,4) (Tabell 13). En fördjupad analys visade att det var när höga krav kombineras med hög stressnivå (över medianvärdet på stressdelen av SE-skalan) som sambandet med utveckling av AST blev tydligast. Även för medelhöga krav kvarstod en tendens till samband (justerad OR 1,5; KI 1,0–2,2). Sambandet med kombinationen höga krav/låg kontroll dock var inte längre statistiskt säkerställt (justerad OR 1,6; KI 0,9–2,6).

Faktorer som hade samband med förbättring

Fyrtio procent av de 948 personer som 2004 uppfyllde AST-kriterierna gjorde inte längre det vid tvåårsuppföljningen, vilket indikerar en förbättrad psykisk hälsa. Sociodemografiska faktorer som var för sig visade samband med sådan förbättring var låg ålder, att vara gift/sambo 2006, att inte ha omvårdnadsansvar för närstående vuxen 2004/2006 (Tabell 14).

Bland faktorer knutna till arbetet fanns vid analys med faktorerna var för sig samband med heltidsarbete 2004, låga och medelhöga krav 2006, låg och medelhög kontroll i arbetet 2006, balans mellan ansträngning och belöning i arbetet, socialt stöd på arbetsplatsen samt att ha upplevt förändring på arbetsplatsen 2004/2006 som en förbättring (Tabell 15).

När dessa samtidigt inkluderades i en multivariat analys kvarstod samtliga dessa faktorer som "friskfaktorer" (Tabell 16), d.v.s. de hade samband med att inte längre uppfylla AST-kriterierna vid uppföljningen 2006. Starkast samband hade låga/medelhöga krav och särskilt kombinationen låga krav/hög kontroll 2006 (justerad OR 3,9; KI 2,5–6,2).

Sjukskrivning, sjuknärvaro och arbetsförmåga

Vid uppföljningstillfället 2006 var 5 % sjukskrivna (6 % av kvinnorna och 4 % av männen, totalt 102 personer) sedan minst 14 dagar av de 1 960 personer som vid första undersökningstillfället var i arbete och inte hade AST. Bland dem som hade utvecklat AST i denna grupp var motsvarande siffra 17 %, d.v.s. mer än fyra gånger så hög som bland dem som inte hade utvecklat AST (4 % Tabell 16).

Gör man samma analys i den grupp som hade AST 2004 så var 17 % sjukskrivna vid uppföljningen (18 % av kvinnorna och 12 % av männen). I gruppen som fortfarande hade AST var 23 % sjukskrivna sedan minst 14 dagar medan det var 8 % i gruppen som förbättrats.

Resultatet blir liknande om man ser på andelen som 2006 uppger att de haft en sammanhängande sjukskrivningsperiod om minst 60 dagar under det senaste året. Bland dem som utvecklat AST 2006 hade 14 % haft en sådan period av långtids-sjukskrivning medan det bland dem utan AST endast var 4 %. I gruppen med AST 2004 och 2006 hade 24 % varit långtidssjukskrivna och bland dem som förbättrats var det bara 9 %.

Även långtidssjukskrivning var vanligare bland kvinnor än män som hade AST 2004 (19 % respektive 9 %). I gruppen som var fri från AST 2004 finner man ingen motsvarande skillnad (5 % av kvinnorna och 3 % av männen).

Sjuknärvaro 2004 mer än någon enstaka gång senaste året visade samband med senare utveckling av AST (OR 1,7 KI 1,3–2,4). Låg eller ingen sjuknärvaro 2004 hade samband med förbättring 2006 (OR 1,5 KI 1,2–2,1).

Det var också ett samband mellan arbetsförmågeindex (WAI) 2004 och AST 2006. Vid analys av gruppen utan AST 2004 var den justerade OR 2,1 (KI 1,2–3,7) för kategorin dålig/mindre god arbetsförmåga med god/utmärkt som referens. För förbättring i gruppen med AST 2004 var den justerade OR 2,6 (KI 1,8–3,6) för god/utmärkt arbetsförmåga med dålig/mindre god som referens.

Diskussion

Generellt tyder resultaten på att den stressrelaterade ohälsan, som den definierats här, har minskat något i den deltagande populationen. Främst gäller detta de tillstånd som tydligast är relaterade till stressbelastning, nämligen UMS och "utbrändhet". Det finns dock en variation mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. I vilken grad denna variation har samband med verksamhetsutveckling, arbetsmiljöåtgärder eller andra förändringar på arbetsplatserna bedöms sannolikt bäst av de berörda grupperna själva. En indikation ges möjligen av deltagarnas svar på frågan om förändring upplevts som en förbättring eller försämring. Det är dock tydligt att både förhållanden i privatlivet och arbetet har haft betydelse för hälsoutvecklingen.

Samtidigt som förekomsten av AST var något högre bland kvinnorna än bland de deltagande männen så var förhållandet det omvända när det gäller den ogynnsamma kombinationen hög stress och låg energi. Det var också en större andel av männen med den på längre sikt riskfyllda kombinationen hög stress och hög energi vid första undersökningen som vid uppföljningen fortfarande beskrev hög stressnivå men nu låg energi, vilket kan antyda begynnande utmattningsutveckling. Vid jämförelser mellan könen är det viktigt att komma ihåg att männen främst återfinns i befattningar som läkare, sjuksköterskor, chefer och tjänstemän.

Sedan baslinjeundersökningen 2004 genomfördes har organisatoriska och andra förändringar skett på många av de deltagandes arbetsplatser. Vi har försökt spegla detta i den sammanställning (bilaga 2) som utarbetats i dialog med företrädare för de olika verksamhetsområdena. Syftet med den är att underlätta den diskussion som vi hoppas att rapporten skall stimulera till inom respektive organisation.

Naturligtvis kan även den privata situationen ha förändrats i många fall, såväl i positivt som i negativt hänseende. En del av detta har vi fångat upp vid tvåårsuppföljningen våren 2006, medan annat inte täckts in av det frågeformulär som använts. Syftet med undersökningen har ju huvudsakligen varit inriktat på arbetsrelaterad stress. Av de olika tillstånd som ingick i AST-kategorin utgjorde "utbrändhet" den största gruppen. Vid jämförelse med resultaten i baslinjeundersökningen, som de presenteras i ISM-rapport 2, bör man komma ihåg att totalpoängen för "utbrändhet" nu ändrats från >4,6 till >4,0 vilket gör att fler hamnar i denna kategori. Vi menar dock att den senare gränsen är tillräckligt hög för att indikera hög sannolikhet för allvarlig stressrelaterad psykisk ohälsa som inverkar negativt på livskvalitet och prestationsförmåga. Detsamma gäller de övriga tillstånden som ingår i AST, även om inte heller dessa kan likställas med läkardiagnostiserad sjukdom. Att ungefär en av fyra deltagare vid uppföljningen beskriver sin psykiska hälsa så att de uppfyller AST-kriterierna är naturligtvis oroande. Detta särskilt mot bakgrund av att de med AST 2004 visade sig ha en påtagligt ökad risk för nedsatt arbetsförmåga och sjukfrån-

varo två år senare. Ett problem är att bortfallet i undersökningen var något snedfördelat med avseende på denna ohälsa, d.v.s. bland dem som inte deltog i uppföljningen var andelen som uppfyllde kriterierna för AST 2004 större än bland dem som deltog. Man kan tänka sig att en del av de med hälsoproblem lämnat arbetslivet eller helt bytt arbete och arbetsgivare och därför inte deltog vid uppföljningen (s.k. healthy worker selection). Tar man hänsyn till detta i beräkningen kvarstår ändå huvudresultatet att det skett en minskning av den rapporterade ohälsan, både bland kvinnor och män.

Förklarande faktorer

De faktorer som visade sig ha samband med utveckling av AST är inte oväntade, även om omvårdnadsansvar för vuxen anhörig eller närstående inte är så etablerad som "riskfaktor". I denna population där majoriteten är medelålders var det vid uppföljningen nästan var femte bland dem som utvecklat AST som uppgav sådant ansvar medan det var knappt var tionde bland övriga. Tillgången och kvaliteten på samhällets service när det gäller vård och omsorg för äldre kan här spela stor roll för stressbelastningen.

Kombinationen att uppleva höga krav i arbetet och att samtidigt känna sig stressad var som väntat förknippat med en ökad risk att senare utveckla AST. Liten kontroll/påverkansmöjlighet visade sig ha mindre betydelse utom i kombination med höga krav. Det finns en diskussion om att när kraven successivt ökar så kan utrymmet att tillämpa en formell påverkansmöjlighet i praktiken minska (11). I värsta fall kan då en situation uppstå, t. ex. för en första linjens chef, att hon/han inte upplever sig i praktiken ha det handlingsutrymme som chefer högre upp i ledningssystemet utgår ifrån att man har i den positionen. Intervjustudier som vi och andra genomfört tyder på att detta kanske inte är en helt ovanlig situation inom vårdsektorn (12,13).

När det gäller den grupp som förbättrat sin psykiska hälsa (AST 2004 men inte 2006) så beskriver dessa personer i högre utsträckning än de som inte förbättrats (AST 2004 och 2006) en gynnsam psykosocial arbetsmiljö vid uppföljningen. Även om man utifrån detta inte säkert kan säga att förbättringen i hälsa till en del orsakats av förbättringar på arbetsplatsen (en spontant förbättrad person kan ju tänkas bedöma även samma arbetsförhållanden på ett mer positivt sätt jämfört med innan förbättringen) så är det rimligt att anta att det finns ett sådant samband i många fall. Det finns också andra studier som tyder på att ett förändringsarbete som leder till förbättrade psykosociala förhållanden har en hälsofrämjande effekt (14).

Det fanns ett starkt samband mellan AST och sjukskrivning. Majoriteten av dem som uppfyllde AST-kriterierna vid baslinjeundersökningen var i arbete. Att identifiera anställda som tillhör denna "riskgrupp" och vidta förebyggande och hälsofrämjande åtgärder för att förhindra ytterligare försämring är därför en angelägen uppgift för både arbetsgivaren och den anställde.

Hälsofrämjande åtgärder

Psykiska sjukdomstillstånd utgjorde 2005 den största diagnosgruppen bland långtidssjukskrivna i Västra Götaland enligt Försäkringskassans sjukfallskartläggning. Många av dessa har upplevd stress som en bidragande orsak. Detsamma gäller andra viktiga diagnosgrupper som t. ex. besvär i rörelseorganen och hjärt-kärlsjukdomar. Samtidigt uppger allt fler människor att den psykiska belastningen har ökat, både i arbetslivet och i privatlivet. För att klara detta utan att risken för negativa hälsoeffekter också ökar är det nödvändigt med tillräckligt utrymme för avkoppling och återhämtning. Det krävs också att man har en hälsosam livsstil med sunda kostvanor och tillräckligt med fysisk aktivitet. När det gäller att befrämja psykiskt välbefinnande så är även lätt fysisk aktivitet bättre än mest stillasittande.

Även för människor som bemödar sig om en hälsosam livsstil kan naturligtvis belastningen bli för stor, särskilt om egna och/eller andras krav på prestation blir orealistiska. I arbetslivet har chefer/arbetsledare en viktig uppgift i att så långt möjligt motverka att en sådan situation uppkommer till följd av förhållanden i arbetet. Det ligger både i arbetsgivarens och den anställdes intresse. Om man dessutom tillsammans lyckas skapa en hälsofrämjande arbetsmiljö så får detta många positiva konsekvenser såsom låg frånvaro och ökad arbetstillfredsställelse, produktivitet och kreativitet. Sådana arbetsplatser blir också attraktiva, vilket är gynnsamt ur rekryteringssynpunkt.

För att sprida bästa tillgängliga kunskap om vilka faktorer och åtgärder som har betydelse för den psykosociala arbetsmiljön vid arbete med klienter och patienter sammanställde ISM 2006 en vägledning (14). Denna och en anpassad kortversion har spridits till chefer, fackliga företrädare, företagshälsovård m.fl. för att stimulera till ökade insatser på området. Gensvaret har varit positivt och förhoppningsvis har detta bidragit till att ännu fler arbetsplatser inom regionen bedriver ett framgångsrikt systematiskt arbetsmiljöarbete inom ramen för sin verksamhetsutveckling.

Slutsatser

Nedanstående slutsatser baseras på svaren från dem som deltagit vid båda undersökningstillfällena. I allt väsentligt gäller detta även om man tar hänsyn till bortfallet, d.v.s. de 15 % som inte besvarade uppföljningsenkäten respektive uteblivna svar på enstaka frågor.

Förändring i hälsa

- En stor majoritet av deltagarna bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som lika bra eller bättre vid uppföljningen 2006 jämfört med två år tidigare. En av sex ansåg att det försämrats.
- Andelen som uppfyllde kriterierna för AST hade minskat från 30 % vid första till 26 % vid andra undersökningstillfället. För depression sågs dock ingen minskning (4 %). Könsskillnaden i stressrelaterad psykisk ohälsa kvarstod relativt oförändrad, d.v.s. förekomsten var högre bland kvinnor. Bland anställda inom olika verksamheter sågs den tydligaste minskningen i primärvården och tandvården.
- Var tionde deltagare som inte uppfyllde kriterierna för AST 2004 gjorde detta 2006. Av dem som hade ett uppvarvningstillstånd 2004 återfanns var femte i AST-kategorin vid uppföljningen.
- Fyra av tio som 2004 tillhörde AST-kategorin uppfyllde 2006 inte längre AST-kriterierna, vilket tolkas som en förbättring.
- Var fjärde kvinna och nästan var tredje man vars svar 2004 kännetecknades av hög stress och hög energi i arbetet (senaste veckan) återfanns vid uppföljningen i kategorin hög stress och låg energi.
- Det var ingen påtaglig förändring när det gäller andelen som för det mesta kände sig återhämtad efter ett par dagars ledighet (två av tre) respektive att oftast eller alltid ha ork kvar efter arbetet för såväl hemarbete som fritidsaktiviteter (knappt en av tre).
- En av fem deltagare uppgav att de sökt läkare för psykisk ohälsa mellan de två undersökningstillfällena, 41 % av dem med AST 2004 och 12 % av övriga. Tre av fyra som sökt hade fått någon behandling. AST-gruppen hade också i dubbelt så hög utsträckning sökt och behandlats för värk, hjärt- eller mag-tarmbesvär.

Förändringar i arbete och privatliv

- Nio av tio arbetade kvar i samma verksamhet vid uppföljningen. Av dessa uppgav två av tre att det hade genomförts en för dem viktig förändring på deras arbetsplats. Andelen som upplevt detta som en förbättring var ungefär lika stor som andelen som upplevt förändringen som en försämring (drygt en av fem).
- Anställda i Försäkringskassan var den grupp som i störst utsträckning uppgav att förändringar genomförts och också att de upplevt detta som en försämring. Yrkeskategorin rehabiliteringssamordnare eller utredare var här mest framträdande.
- Nästan en av fyra gav svar som indikerade att kraven i arbetet minskat medan de tycktes ha ökat för vars sjätte svarande. Noterbart var att bland primärvårdsanställda var förhållandet närmast det omvända. Bland rehabiliteringssamordnare eller utredare i Försäkringskassan var det mer än var fjärde som uppgav högre krav jämfört med 2004.
- Det var ungefär lika stor andel som upplevt att kontrollen/påverkansmöjligheterna i arbetet ökat som att de minskat (en av sex). Här föreföll utvecklingen ha varit minst gynnsam i Försäkringskassan som hade störst andel med låg kontroll i kombination med låga eller höga krav.
- Det var något fler totalt sett för vilka balansen mellan ansträngning och belöning föreföll ha förändrats i gynnsam än i ogynnsam riktning. Denna tendens fanns enbart inom de verksamheter som 2004 hade störst andel ogynnsam ERI-kvot.
- Mindre än var tionde uppgav att deras situation hade förändrats när det gäller civilstånd, hemmavarande barn respektive omvårdnad av vuxen anhörig/närstående. En av sex var mer fysiskt aktiv och ungefär lika stor andel var mindre fysiskt aktiva jämfört med 2004. 2 % hade börjat röka och/eller snusa dagligen medan 4 % hade slutat.

Faktorer som hade samband med utveckling av AST

- Omvårdnadsansvar för vuxen anhörig/närstående, låg fysisk aktivitet och upplevelse av förändringar på arbetsplatsen som försämring hade samband med utveckling av AST 2006.
- Det fanns ett samband mellan höga krav respektive hög ansträngning i arbetet och utveckling av AST. Sambandet var tydligast för kombinationen höga krav och hög stressnivå och kvarstod även efter justering för övriga faktorer.

Faktorer som hade samband med förbättring

- Låg ålder, att vara gift/sammanboende samt att inte ha omvårdnadsansvar för vuxen anhörig/närstående var faktorer som hade samband med att vid uppföljningen inte längre uppfylla AST-kriterierna.
- Att uppleva låga krav och/eller hög kontroll i arbetet, balans mellan ansträngning och belöning, socialt stöd respektive att ha upplevt förändring på arbetsplatsen som en förbättring hade samband med förbättring vid tvåårsuppföljningen. Dessa samband kvarstod efter justering för övriga faktorer.

Sjukskrivning, sjuknärvaro och arbetsförmåga

- Andelen med sjukskrivning var 2–4 gånger större bland dem som hade utvecklat AST jämfört med dem som inte hade gjort det. Samma förhållande framkom när de som fortfarande hade AST 2006 jämfördes med dem som inte längre uppfyllde AST-kriterierna vid uppföljningen.
- De som förbättrats från AST hade högre sjukskrivningsfrekvens än de som varken hade AST 2004 eller 2006. De som hade AST vid bägge tillfällena hade högre sjukskrivningsfrekvens än de som hade utvecklat AST 2006.
- Fler än enstaka tillfällen av sjuknärvaro visade samband med utveckling av AST medan enstaka eller ingen sjuknärvaro var förknippat med förbättring.
- WAI-index 2004 tydande på dålig/mindre god arbetsförmåga var associerat med AST vid uppföljningen medan god/utmärkt arbetsförmåga hade samband med förbättring.

Referenser

1. Ahlborg G jr, Ljung T, Swan G m.fl. Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1 – enkätundersökning i maj–juni 2004. ISM-rapport 2, 2006.
2. Lundberg O, Nyström Peck M. A simplified way of measuring sense of coherence. Experiences from a population survey in Sweden. Eur J Public Health 1995;5:56-9.
3. Kjellberg A, Wadman C. Subjektiv stress och dess samband med psykosociala förhållanden och besvär. Arbete och hälsa 2002;12.
4. Shirom Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behavioral Med 1992;18:53-60.
5. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.
6. Åsberg M, Glise K, Herlofson J m.fl. Utmattningsyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
7. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. AFM-indexet. En metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan. Helsingfors: Institutet för Arbetshygien; 1998.
8. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
9. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychology 1996;1(1):27-41.
10. Tuomi K, Ilmarinen J, Eskelinen L m.fl. Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. Scand J Work Environ Health 1991;17 suppl 1:67-74.
11. Theorell T. I spåren av 90-talet. Stockholm: Karolinska University Press; 2006.
12. Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Ahlborg G jr. Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier. ISM-rapport 1, 2004.
13. Dellve L, Wikström E. Hållbart ledarskap i sjukvården. Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv. Västra Götalandsregionen, 2006.
14. Hultberg A, Dellve L, Ahlborg G jr. Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter. SM-rapport 3, 2006.

Tabellbilaga

Tabell 3. Variabler som ingått i analysen av samband mellan psykosociala arbetsförhållanden och förekomst av AST 2006 bland dem som inte uppfyllde AST-kriterierna 2004.

Förklaringsvariabler	Utvärderad kategori	Referenskategori
Sociodemografiska förhållanden		
Kön	kvinnor	män
Ålder	≤ 54 år	≥ 55 år
Civilstånd 2004/2006	ensamstående	gift/sambo
	förändring sen baslinje	
Barn hemma 2004/2006	ja	nej
	förändring sen baslinje	
Omvårdnadsansvar vuxen 2004/2006	ja eller förändring	nej
Levnadsvanor		
Fysisk aktivitet 2004	stillasittande	mer ansträngande/hård
	lättare	
Nikotinanvändning 2004 ¹	nej	ja
Arbetsförhållanden		
Arbetsomfattning 2004	heltid	deltid
Övertidsarbete 2004/2006	i stort sett varje vecka	övriga
Arbetstid 2004	oregel./natt/helg/jour	inget av detta
Kundkontakt 2004	fl. ggr de fl. dagar	övriga
Förändring på arbetspl. 2004/2006 ²	försämring	annat

¹ Röker och/eller snusar dagligen.

² Svar på frågan: "Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?" Om Ja – "Hur har Du upplevt detta?" Svar: Förbättring/varken eller/försämring. Försämring 2004/2006 innebär att man 2006 svarat "försämring" alternativt svarat "försämring" 2004 och "ingen förändring" eller "varken eller" 2006.

Fortsättning på nästa sida

Tabell 3. fortsättning

Förklaringsvariabler	Utvärderad kategori	Referenskategori
Psykosocial arbetsmiljö 2004		
Krav ³	höga mellan	låga
Kontroll ³	låg mellan	hög
Påverkansmöjlighet ⁴	stor påverkan hur/vad övriga	liten
Krav/kontroll kvadrant ⁵	hög/hög hög/låg låg/låg	låg/hög
ERI-kvot ⁶	ogynnsam	gynnsam
Ansträngning ⁷	hög mellan	låg
Belöning ⁷	låg mellan	hög
Socialt stöd på arbetsplatsen ⁸	nej	ja

3 Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8) kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

4 Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Ingår som en del i kontroll-dimensionen.

5 Här har medianvärdet för studiepopulationens poängsumma gällande krav (median=14) resp. kontroll (median=18) använts för att bilda de fyra grupperna.

6 Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9).

7 Utifrån poängsumman gällande ansträngning resp. belöning delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

8 Någon person på arbetet som man fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer på arbetet.

Tabell 4. Variabler som ingått i analysen av samband mellan psykosociala arbetsförhållanden och avsaknad av AST 2006 bland dem som uppfyllde AST-kriterierna 2004.

Förklaringsvariabler	Utvärderad kategori	Referenskategori
Sociodemografiska förhållanden		
Kön	kvinnor	män
Ålder	≤ 34 år	≥ 35 år
Civilstånd 2004	gift	ensamstående
Civilstånd 2006	gift	ensamstående
Barn hemma 2004	nej	ja
Barn hemma 2006	nej	ja
Omvårdnadsansvar vuxen 2004/2006	nej	ja el förändring
Levnadsvanor		
Fysisk aktivitet 2004	mer ansträngande/hård lättare	stillasittande
Nikotinanvändning 2004/2006 ¹	nej förändring	Ja
Arbetsförhållanden		
Arbetsomfattning 2004	heltid	deltid
Övertidsarbete 2004	övriga	i stort sett varje vecka
Arbetstid 2004	inget av detta	oregelb/natt/helg/jour
Sjukskrivning 2004/2006	övriga	högst 7dgr -04/> 7dgr -06
Sjuknärvaro 2004	aldrig, 1 g, ej varit sjuk	2 eller fler ggr

¹ Röker och/eller snusar dagligen.

Fortsättning på nästa sida

Tabell 4. fortsättning

Förklaringsvariabler	Utvärderad kategori	Referenskategori
Psykosocial arbetsmiljö		
Arbetskrav 2004 ²	höga mellan	låga
Arbetskrav 2006	höga	låga
Kontroll 2004 ²	låga mellan	höga
Kontroll 2006	låga mellan	höga
Krav/kontroll kvadrant 2004 ³	hög/hög låg/låg låg/hög	hög/låg
Krav/kontroll kvadrant 2006	hög/hög låg/låg låg/hög	hög/låg
ERI-kvot 2004 ⁴	gynnsam	ogynnsam
ERI-kvot 2006	gynnsam	ogynnsam
Socialt stöd på arbetsplatsen 2004 ⁵	ja	nej
Förändring på arbetet 2004/2006 ⁶	övriga	förbättring

2 Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

3 Här har medianvärdet för studiepopulationens poängsumma gällande krav (median=14) resp. kontroll (median=18) använts för att bilda de fyra grupperna.

4 Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9).

5 Någon person på arbetet som man fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer på arbetet.

6 Svar på fråga: "Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?" Om Ja – "Hur har Du upplevt detta?" Svar: Förbättring/ varken eller/försämring. Försämring 2004/2006 innebär att man 2006 svarat "försämring" alternativt svarat "försämring" 2004 och "ingen förändring" eller "varken eller" 2006.

Tabell 5. Uppgivet allmänt hälsotillstånd 2004 och 2006 samt jämfört med ett respektive två år tidigare bland kvinnor, män och totalt. Förekomst i procent (%), antal (n).

	Kvinnor				Män				Totalt			
	2004		2006		2004		2006		2004		2006	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Allmän hälsa												
Mycket ganska bra	81	(2 205)	82	(2 234)	85	(357)	84	(352)	82	(2 562)	83	(2 586)
varken/eller	12	(336)	12	(313)	11	(47)	13	(55)	12	(383)	12	(368)
ganska dåligt/dåligt	6	(167)	6	(161)	4	(18)	3	(13)	6	(185)	5	(174)
Hälsa nu jmf med 1(2) år tidigare¹												
bättre	23	(624)	27	(725)	19	(79)	25	(103)	22	(703)	26	(828)
oförändrat	62	(1 683)	56	(1 520)	66	(278)	59	(250)	63	(1 961)	57	(1 770)
sämre	15	(405)	17	(464)	15	(65)	16	(68)	15	(470)	17	(532)

1 Fråga 2004: Jämfört med för ett år sedan, hur skulle du bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

Fråga 2006: Jämfört med för två år sedan (när du besvarade första enkäten), hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd?

Tabell 6. Förekomst i procent (%) och antal (n) av stressrelaterade tillstånd 2004 och 2006 bland kvinnor, män och totalt.

	Kvinnor				Män				Totalt			
	2004		2006		2004		2006		2004		2006	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Allmän hälsa												
AST ¹	31	(831)	27	(719)	28	(117)	23	(97)	30	(948)	26	(816)
Uppvarvning ²	4	(112)	5	(126)	4	(16)	5	(19)	4	(128)	5	(145)
UMS ³	20	(521)	15	(406)	15	(62)	13	(53)	19	(583)	15	(459)
– uttalat UMS	10	(267)	7	(194)	8	(33)	5	(20)	10	(300)	7	(214)
Utbränd ⁴	24	(598)	22	(564)	23	(91)	19	(76)	24	(689)	22	(640)
Depression ⁵	4	(99)	4	(104)	3	(14)	3	(14)	4	(113)	4	(118)
Ångest ⁵	13	(330)	11	(283)	11	(47)	10	(41)	12	(377)	11	(324)

1 Uppfyller kriterierna för något av de allvarigare stressrelaterade självskattade tillstånden: utmattningssyndrom, "utbränd", depression eller ångest.

2 Stressindex >2,4, d.v.s. över "neutralpunkten" enligt Kjellberg och Wadman (3) och sömnstörningar flera ggr/vecka (samt ej uppfyller kriterier för AST).

3 Uppfyller kriterierna för självskattat utmattningssyndrom enligt svaren på de frågor som utformats utifrån förslag till diagnoskriterier från Socialstyrelsens expertgrupp (6). Uttalat UMS innebär att personen svarat "Ja, i allra högsta grad" på frågan om "besvären påtagligt försämrat Ditt välbefinnande och/eller Din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?"

4 Medelpoäng 4,0 på alla 22 frågorna i Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (4).

5 >10 poäng på depressions- respektive ångestskalan ingående i Hospital Anxiety and Depression Scale anges indikera sannolik depression respektive ångest (5).

Tabell 7. Andel deltagare som uppgett att de sökt läkare och inte fått respektive fått behandling för stressrelaterade psykiska och/eller somatiska symtom mellan 2004 och 2006.

	Fick ej behandling	Fick behandling
	% (antal)	% (antal)
Nedstämdhet/ depression	2 (60)	9 (287)
Ångest	1 (29)	5 (165)
Minnes- eller koncen- trationssvårigheter	2 (49)	3 (81)
Sömnstörningar	3 (94)	10 (301)
Trötthet/utmattning	4 (130)	7 (228)
Huvudvärk eller muskelvärk	4 (136)	15 (459)
Bröstsmärta eller tryck över bröstet	5 (146)	4 (136)
Besvär mage/tarm	4 (124)	9 (273)

Tabell 8. Svarande inom respektive yrkeskategori (procent och antal) som uppgivit att det skett en för dem viktig förändring på deras arbetsplats och huruvida de upplevt detta som en förbättring, varken som en förbättring eller försämring (varken/eller), eller som en försämring.

	Förbättring		Varken eller		Försämring		Ingen ¹	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Undersköterska	25	(100)	17	(68)	21	(85)	38	(153)
Sjuksköterska	24	(174)	21	(155)	23	(168)	33	(239)
Vårdare	15	(11)	21	(15)	19	(14)	44	(32)
Läkare	18	(33)	16	(30)	24	(44)	43	(79)
Tandläkare	23	(13)	14	(8)	21	(12)	41	(23)
Tandskötare/hygienist	24	(30)	13	(16)	18	(23)	45	(56)
Sjukgymnast	20	(14)	29	(20)	19	(13)	33	(23)
1:a o 2:a linjens chefer	34	(38)	19	(21)	12	(13)	36	(41)
Psykolog/kurator	21	(16)	13	(10)	31	(24)	35	(27)
Biomedicinsk analytiker	30	(21)	16	(11)	12	(8)	42	(29)
Läkarsekreterare	20	(31)	21	(33)	22	(35)	37	(58)
Adm. assistent/ sekreterare	13	(9)	26	(18)	19	(13)	41	(28)
Rehab. samordnare/ utred.	23	(20)	26	(22)	42	(36)	9	(8)
Handläggare FK ²	14	(18)	29	(38)	32	(42)	26	(35)
Annan adm. VGR	24	(20)	20	(17)	24	(20)	32	(27)
Annan befattning VGR ³	19	(38)	23	(45)	19	(37)	40	(80)
Annan befattning FK ⁴	27	(22)	31	(26)	28	(23)	15	(12)

¹ Svarat att ingen för dem viktig förändring genomförts/pågår på deras arbetsplats.

² Handläggare ÅP/SA, familjeomr. samt kundtjänst FK.

³ Vårdbiträde, barnskötare, logoped/dietist, ingenjör/tekniker, lokalvårdare, ekonomibiträde, annan befattning VGR.

⁴ Ingenjör/tekniker, Konsult/föredragande FK samt annan befattning FK.

Tabell 9. Förändring i psykosocial arbetsmiljö 2006 jämfört med 2004 med avseende på krav, kontroll/påverkansmöjlighet och balans mellan ansträngning och belöning (ERI-kvot) bland deltagare inom olika verksamheter. Förekomst i procent (%), antal (n).

	FK		Sjh		PV		TV		CK		Totalt	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Krav¹												
lägre	24	(85)	23	(394)	16	(48)	24	(46)	15	(19)	23	(679)
oförändrade	57	(203)	60	(1 013)	64	(191)	59	(112)	67	(86)	59	(1 721)
högre	19	(68)	17	(280)	21	(62)	16	(31)	18	(23)	18	(517)
Kontroll¹												
lägre	25	(95)	19	(323)	19	(69)	17	(31)	20	(26)	19	(582)
oförändrad	59	(220)	65	(323)	67	(205)	66	(126)	66	(87)	64	(1 898)
högre	16	(58)	17	(283)	14	(42)	17	(33)	14	(19)	17	(502)
påverkansmöjlighet²												
mindre	22	(83)	19	(331)	19	(59)	14	(28)	12	(16)	19	(566)
oförändrad	59	(222)	63	(1 103)	64	(198)	67	(128)	71	(94)	63	(1 906)
större	19	(73)	18	(309)	17	(54)	19	(36)	17	(23)	18	(556)
ERI-kvot³												
sämre	7	(21)	6	(78)	3	(8)	8	(12)	4	(4)	6	(135)
oförändrad	82	(254)	86	(1 209)	92	(226)	87	(137)	93	(98)	86	(2 091)
bättre	11	(34)	9	(127)	5	(12)	6	(9)	4	(4)	9	(208)

1 Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

2 Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Detta ingår som en del i kontroll-dimensionen.

3 Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9) efter missing values imputation (se Hantering av internt bortfall i Metod-avsnittet).

Tabell 10 a. Förändring (procent och antal) i psykosocial arbetsmiljö 2006 jämfört med 2004 med avseende på krav, kontroll/påverkansmöjlighet och balans mellan ansträngning och belöning (ERI-kvot) bland deltagare som arbetar kvar inom samma yrkeskategori.

	Undersköt.	Sjuksköt.	Vårdare	Läkare	Tandläk.	Tandsköt.
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Krav¹						
lägre	18 (72)	21 (153)	24 (16)	21 (38)	21 (12)	27 (33)
oförändrade	65 (253)	58 (423)	65 (44)	67 (122)	66 (37)	57 (69)
högre	17 (64)	21 (154)	12 (8)	12 (22)	13 (7)	16 (19)
Kontroll¹						
lägre	20 (79)	21 (154)	30 (21)	18 (33)	12 (7)	17 (20)
oförändrad	65 (257)	61 (459)	58 (40)	63 (118)	67 (38)	68 (82)
högre	15 (60)	18 (134)	12 (8)	19 (35)	21 (12)	16 (19)
påverkansmöjlighet ²						
mindre	20 (81)	21 (160)	25 (18)	19 (36)	11 (6)	16 (20)
oförändrad	62 (250)	62 (463)	59 (42)	61 (114)	70 (40)	65 (79)
större	18 (73)	17 (130)	16 (11)	20 (37)	19 (11)	19 (23)
ERI-kvot ³						
sämre	5 (17)	6 (36)	2 (1)	8 (12)	18 (8)	4 (4)
oförändrad	85 (269)	86 (535)	98 (56)	82 (126)	73 (33)	93 (98)
bättre	10 (30)	8 (48)	0 (0)	10 (15)	9 (4)	4 (4)

¹ Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

² Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Detta ingår som en del i kontroll-dimensionen.

³ Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9) efter missing values imputation (se Hantering av internt bortfall i Metod-avsnittet).

Tabell 10 b. Förändring (procent och antal) i psykosocial arbetsmiljö 2006 jämfört med 2004 med avseende på krav, kontroll/ påverkansmöjlighet och balans mellan ansträngning och belöning (ERI-kvot) bland deltagare som arbetar kvar inom samma yrkeskategori.

	Sjuk- gymn.	Chefer	Psykolog	BMA	Läkarsek.	Admass.
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Krav¹						
lägre	28 (19)	31 (34)	27 (21)	19 (13)	24 (37)	24 (16)
oförändrade	54 (37)	56 (62)	57 (44)	71 (50)	58 (88)	60 (40)
högre	19 (13)	13 (14)	16 (12)	10 (7)	18 (28)	16 (11)
Kontroll¹						
lägre	14 (10)	20 (22)	12 (9)	11 (8)	20 (31)	24 (16)
oförändrad	78 (55)	70 (78)	78 (59)	70 (49)	62 (98)	64 (42)
högre	9 (6)	11 (12)	11 (8)	19 (13)	19 (30)	12 (8)
påverkansmöjlighet ²						
mindre	18 (13)	15 (17)	9 (7)	11 (8)	18 (28)	16 (11)
oförändrad	71 (52)	74 (84)	68 (53)	72 (52)	60 (96)	66 (44)
större	11 (8)	11 (12)	23 (18)	17 (12)	23 (36)	18 (12)
ERI-kvot³						
sämre	0 (0)	7 (6)	0 (0)	3 (2)	6 (8)	4 (2)
oförändrad	92 (55)	84 (76)	90 (53)	92 (54)	82 (102)	91 (50)
bättre	8 (5)	10 (9)	10 (6)	5 (3)	12 (15)	6 (3)

¹ Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

² Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Detta ingår som en del i kontroll-dimensionen.

³ Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9) efter missing values imputation (se Hantering av internt bortfall i Metod-avsnittet).

Tabell 10 c. Förändring (procent och antal) i psykosocial arbetsmiljö 2006 jämfört med 2004 med avseende på krav, kontroll/ påverkansmöjlighet och balans mellan ansträngning och belöning (ERI-kvot) bland deltagare som arbetar kvar inom samma yrkeskategori.

	Rehab/utr.		Handl.FK		An.adm. VGR		An.befattn. VGR		An.befattn. FK	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Krav¹										
lägre	22	(18)	26	(31)	23	(19)	25	(48)	18	(14)
oförändrade	52	(43)	57	(68)	59	(49)	58	(110)	63	(50)
högre	27	(22)	17	(20)	18	(15)	17	(33)	19	(15)
Kontroll¹										
lägre	29	(25)	19	(24)	19	(16)	18	(34)	29	(24)
oförändrad	56	(48)	66	(86)	66	(55)	65	(126)	60	(49)
högre	15	(13)	15	(20)	15	(12)	17	(33)	11	(9)
påverkansmöjlighet ²										
mindre	33	(28)	17	(23)	17	(14)	16	(32)	18	(15)
oförändrad	57	(49)	57	(77)	62	(53)	67	(133)	72	(59)
större	11	(9)	26	(35)	21	(18)	17	(33)	10	(8)
ERI-kvot ³										
sämre	11	(8)	8	(8)	10	(7)	2	(3)	3	(2)
oförändrad	77	(54)	81	(84)	87	(64)	90	(127)	93	(64)
bättre	11	(8)	11	(12)	4	(3)	8	(11)	4	(3)

¹ Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

² Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Detta ingår som en del i kontroll-dimensionen.

³ Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9) efter missing values imputation (se Hantering av internt bortfall i Metod-avsnittet).

Tabell 11. Kön, ålder samt förändringar i sociala förhållanden och levnadsvanor 2004/2006 bland dem som inte uppfyllde respektive uppfyllde kriterierna för AST 2004 samt för totala populationen.

	Ej AST 2004 antal= 2 185	AST 2004 antal=948	Totalt antal= 3 133
	% (antal)	% (antal)	% (antal)
Kön			
kvinnor	86 (1 880)	88 (831)	87 (2 711)
män	14 (305)	12 (117)	13 (422)
Ålder			
≤ 34 år	14 (316)	12 (111)	14 (427)
35–44 år	22 (475)	25 (235)	23 (710)
45–54 år	36 (792)	38 (362)	37 (1 154)
≥ 55 år	28 (602)	25 (240)	27 (842)
Civilstånd			
ensamstående	16 (350)	22 (209)	18 (559)
ensamstående 04, gift/sambo 06	3 (57)	3 (28)	3 (85)
gift/sambo 04, ensamstående 06	2 (48)	4 (38)	3 (86)
gift/sambo	78 (1 702)	71 (668)	76 (2 370)
Hemmavarande barn			
nej	45 (985)	42 (399)	44 (1 384)
nej 04 och ja 06	4 (76)	2 (23)	3 (99)
ja 04 och nej 06	6 (128)	5 (44)	6 (172)
ja	45 (983)	51 (480)	47 (1 463)
Omvårdnadsansvar vuxen			
nej	88 (1 870)	8 (742)	86 (2 612)
nej 04 och ja 06	4 (82)	6 (51)	4 (133)
ja 04 och nej 06	5 (110)	6 (59)	5 (169)
ja	3 (67)	7 (69)	4 (133)
Fysisk aktivitet			
mindre aktiv 06 än 04	18 (386)	19 (174)	18 (560)
samma nivå	66 (1 422)	61 (565)	65 (1 987)
mer aktiv 06 än 04	16 (345)	20 (188)	17 (533)
Nikotinanvändning¹			
nej	78 (1 690)	75 (705)	77 (2 395)
nej 04 och ja 06	2 (41)	3 (24)	2 (65)
ja 04 och nej 06	4 (88)	4 (41)	4 (129)
ja	16 (349)	18 (172)	17 (521)

¹ Röker och/eller snusar dagligen.

Tabell 12 a. Analys av samband mellan sociodemografiska förhållanden respektive levnadsvanor och förekomst av AST 2006 bland dem som inte uppfyllde AST-kriterierna 2004.

	AST 2006		OR ¹	(95 % KI)
	%	(antal)		
Kön				
kvinnor	11	(202)	1,4	(0,9–2,2)
män	8	(24)	1	
Ålder				
≤ 54 år	11	(172)	0,8	(0,6–1,1)
≥ 55 år	9	(54)	1	
Civilstånd 2004/2006				
ensamstående	9	(32)	0,9	(0,6–1,3)
förändring	14	(15)	1,5	(0,8–2,6)
gift/sambo	10	(173)	1	
Barn hemma 2004/2006				
nej	10	(97)	1	
förändring	10	(20)	1,0	(0,6–1,7)
ja	11	(109)	1,1	(0,9–1,5)
Omvårdnadsansvar vuxen 2004/2006				
nej	9	(173)	1	
ja el förändring	17	(43)	2	(1,4–2,8)
Fysisk aktivitet 2004				
stillasittande	17	(39)	2,3	(1,5–3,6)
lättnare	11	(125)	1,4	(1,0–2,0)
mer ansträngande/hård	8	(61)	1	
Nikotinanvändning 2004²				
ja	10	(175)	1	
nej	12	(51)	0,8	(0,6–1,2)

¹ OR=1 utgör referenskategori.

² Röker och/eller snusar dagligen.

Tabell 12 b. Analys av samband mellan arbetsförhållanden respektive psyko-social arbetsmiljö och förekomst av AST 2006 bland dem som inte uppfyllde AST-kriterierna 2004.

	AST 2006		OR ¹	(95 % KI)
	%	(antal)		
Arbetsomfattning 2004				
heltid	9	(125)	0,8	(0,6–1,1)
deltid	11	(64)	1	
Övertidsarbete 2004/2006				
i stort sett varje vecka	13	(48)	1,4	(1,0–2,0)
övriga	10	(169)	1	
Arbetsdag 2004				
oregel/natt/helg/jour	10	(102)	1	
inget av detta	11	(123)	0,9	(0,7–1,2)
Kund/patientkontakt 2004				
flera ggr de flesta dagar	11	(190)	1,1	(0,8–1,6)
övriga	10	(36)	1	
Förändring på arbetet 2004/2006²				
försämring	16	(83)	1,8	(1,4–2,4)
annat	9	(125)	1	
Socialt stöd på arbetsplats 2004³				
ja	10	(204)	1	
nej	12	(21)	1,2	(0,7–1,9)

1 OR=1 utgör referenskategori.

2 Svar på fråga: "Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?" Om Ja – "Hur har Du upplevt detta?" Svar: Förbättring/varken eller/försämring. Försämring 2004/2006 innebär att man 2006 svarat "försämring" alternativt svarat "försämring" 2004 och "ingen förändring" eller "varken eller" 2006.

3 Någon person på arbetet som man fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer på arbetet.

Tabell 13. Analys av sambandet mellan krav, kontroll/påverkansmöjlighet, ansträngning respektive belöning och förekomst av AST 2006 bland deltagare utan AST 2004 (antal=2 185). Oddsquoter (OR) och 95 % konfidensintervall (KI) före och efter justering för bakgrundsfaktorer och övrig psykosocial arbetsmiljö.

Psykosocial arbetsmiljö 2004	AST 2006	Ej justerad	Justerad¹
	% (antal)	OR ² (95 % KI)	OR ² (95 % KI)
Krav³			
låga	8 (64)	1	1
mellan	12 (103)	1,6 (1,1–2,2)	1,5 (1,0–2,2)
höga	13 (56)	1,7 (1,2–2,5)	1,6 (1,1–2,5)
Kontroll³			
låg	12 (55)	1,3 (0,9–1,9)	1,2 (0,8–1,8)
mellan	11 (99)	1,2 (0,9–1,6)	1,1 (0,8–1,6)
hög	9 (70)	1	
Påverkansmöjlighet⁴			
ingen/sällan möjlighet	9 (70)	1	1
övriga	11 (122)	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,8–1,7)
stor påverkan hur/vad	11 (34)	1,2 (0,8–1,8)	1,1 (0,7–1,8)
Krav-kontroll⁵			
hög/hög	11 (52)	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,8–1,8)
hög/låg	15 (34)	1,8 (1,2–2,8)	1,6 (0,9–2,6)
låg/låg	11 (55)	1,3 (0,9–1,9)	1,2 (0,8–3,2)
låg/hög	9 (80)	1	1
ERI-kvot⁶			
gynnsam	10 (182)	1	1
ogynnsam	15 (20)	1,5 (0,9–2,5)	1,4 (0,8–2,5)

1 Justerad för omvårdnad av vuxen anhörig/närstående 2004/2006, fysisk aktivitet 2004, arbetsomfattning 2004, ålder samt socialt stöd 2004.

2 OR=1 utgör referenskategori.

3 Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

4 Frihet att bestämma hur och vad som skall utföras i arbetet? Ingår som en del i kontroll-dimensionen.

5 Här har medianvärdet för studiepopulationens poängsumma gällande krav (median=14) resp. kontroll (median=18) använts för att bilda de fyra grupperna.

6 Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9).

Fortsättning på nästa sida

Tabell 13. fortsättning

Psykosocial arbetsmiljö 2004	AST 2006 % (antal)	Ej justerad OR ² (95 % KI)	Justerad¹ OR ² (95 % KI)
Ansträngning ⁷			
låg	9 (64)	1	1
mellan	10 (61)	1,1 (0,8–1,6)	1,0 (0,7–1,6)
hög	13 (92)	1,6 (1,2–2,3)	1,6 (1,1–2,4)
Belöning ⁷			
låg	12 (88)	1,5 (1,0–2,2)	1,4 (0,9–2,1)
mellan	10 (75)	1,3 (0,8–1,8)	1,0 (0,7–1,6)
hög	8 (46)	1	1

⁷ Utifrån poängsumman gällande ansträngning resp. belöning delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

Tabell 14. Analys av samband mellan sociodemografiska förhållanden, levnadsvanor, arbetsförhållanden respektivesjukskrivning/-närvaro och avsaknad av AST 2006 bland dem som uppfyllde AST-kriterierna 2004 (antal=948).

	Ej AST 2006		
	% (antal)	OR ¹	(95 % KI)
Kön			
kvinnor	40 (382)	0,9	(0,6–1,3)
män	43 (50)	1	
Ålder			
≤ 34 år	49 (54)	1,5	(1,0–2,2)
≥ 35 år	39 (328)	1	
Civilstånd 2004			
gift	41 (292)	1,2	(0,9–1,6)
ensamstående	37 (88)	1	
Civilstånd 2006			
gift	43 (296)	1,4	(1,0–,9)
ensamstående	35 (86)	1	
Barn hemma 2004			
ja	39 (203)	0,9	(0,7–1,1)
nej	42 (179)	1	
Barn hemma 2006			
ja	40 (202)	1,0	(0,8–1,3)
nej	41 (180)	1	
Omvårdnadsansvar vuxen			
nej	42 (311)	1,4	(1,0–2,0)
ja el förändring	34 (60)	1	
Fysisk aktivitet 2004			
stillasittande	36 (78)	1	
lättnare	42 (207)	1,3	(0,9–1,8)
mer ansträngande/hård	43 (96)	1,4	(0,9–2,1)
Nikotinanvändning 2004/2006²			
nej	39 (276)	0,9	(0,6–1,2)
förändring	48 (31)	1,2	(0,7–2,2)
ja	42 (73)	1	

¹ OR=1 utgör referenskategori.

² Röker och/eller snusar dagligen.

Fortsättning på nästa sida

Tabell 14. fortsättning

	Ej AST 2006	
	% (antal)	OR ¹ (95 % KI)
Arbetsomfattning 2004		
heltid	45 (221)	1,4 (1,0–1,9)
deltid	37 (100)	1
Övertidsarbete 2004		
i stort sett varje vecka	41 (134)	1
övriga	41 (245)	1,0 (0,7–1,3)
Arbets tid 2004		
oregelb./natt/helg/jour	40 (147)	1
inget av detta	41 (233)	1,1 (0,8–1,4)
Sjukskrivning 2004/2006		
högst 7 dgr -04 / >7 dgr -06	34 (44)	1
övriga	43 (321)	1,5 (1,0–2,2)
Sjuknärvaro 2004		
aldrig, max 1 g, ej sjuk	49 (123)	1,5 (1,2–2,1)
2–5 ggr, >5 ggr	38 (256)	1

Tabell 15. Analys av sambandet mellan krav, kontroll/påverkansmöjlighet, ansträngning respektive belöning och frihet från AST 2006 bland deltagare med AST 2004 (antal=984). Oddskvoter (OR) och 95 % konfidensintervall (KI) före och efter justering för bakgrunds-faktorer och övriga psykosocial arbetsmiljö. Förekomst i procent (%), antal (n).

Psykosocial arbetsmiljö	Ej AST 2006		Ejjusterad		Justerad ¹	
	%	(n)	OR ²	(95 % KI)	OR ²	(95 % KI)
Krav 2004³						
låga	43	(55)	1,1	(0,7–1,6)	1,1	(0,7–1,8)
mellan	40	(142)	1,0	(0,7–1,3)	1,0	(0,7–1,3)
höga	41	(179)	1		1	
Krav 2006³						
låga	48	(93)	2,4	(1,7–3,5)	2,8	(1,9–4,3)
mellan	50	(175)	2,6	(1,9–3,6)	2,9	(2,1–4,2)
höga	28	(98)	1		1	
Kontroll 2004³						
låg	37	(105)	1		1	
mellan	41	(166)	1,2	(0,9–1,6)	1,3	(0,9–1,9)
hög	44	(255)	1,3	(0,9–1,9)	1,4	(0,9–2,1)
Kontroll 2006³						
låg	31	(87)	1		1	
mellan	42	(161)	1,6	(1,1–2,2)	1,7	(1,2–2,4)
hög	49	(120)	2,2	(1,5–3,1)	2,4	(1,6–3,6)
Krav-kontroll 2004⁴						
hög/hög	41	(130)	1,1	(0,8–1,6)	1,3	(0,9–1,9)
hög/låg	38	(98)	1		1	
låg/låg	42	(67)	1,1	(0,8–1,7)	1,3	(0,8–2,1)
låg/hög	42	(77)	1,2	(0,8–1,7)	1,4	(0,9–2,2)
Krav-kontroll 2006⁴						
hög/hög	36	(66)	1,4	(0,9–2,1)	1,5	(0,9–2,3)
hög/låg	29	(81)	1		1	
låg/låg	46	(115)	2,1	(1,5–3,0)	2,4	(1,6–3,6)
låg/hög	57	(101)	3,4	(2,3–5,0)	3,9	(2,5–6,2)

1 Justerad för omvårdnad 2004/2006, civilstånd 2006, arbetsomfattning 2004.

2 OR=1 utgör referenskategori.

3 Klassificering baserad på Krav-kontroll-modellen enligt Karasek och Theorell (8), kort version med 11 frågor. Utifrån poängsumman gällande krav resp. kontroll delades populationen i tredjedelar: Låg, mellan samt hög.

4 Här har medianvärdet för studiepopulationens poängsumma gällande krav (median=14) resp. kontroll (median=18) använts för att bilda de fyra grupperna.

Fortsättning på nästa sida

Tabell 15. fortsättning

Psykosocial arbetsmiljö	Ej AST 2006		Ejjusterad		Justerad ¹	
	%	(n)	OR ²	(95 % KI)	OR ²	(95 % KI)
ERI-kvot 2004⁵						
gynnsam	45	(251)	2,0	(1,4–2,8)	2,0	(1,4–2,9)
ogynnsam	29	(69)	1		1	
ERI-kvot 2006⁵						
gynnsam	45	(289)	2,4	(1,7–3,5)	2,3	(1,5–3,6)
ogynnsam	25	(43)	1		1	
Socialt stöd 2004⁶						
ja	42	(329)	1,5	(1,0–2,1)	1,5	(1,0–2,2)
nej	33	(52)	1		1	
Förändring arbetsplats 2004/2006⁷						
förbättring	55	(123)	2,4	(1,8–3,2)	2,5	(1,8–3,6)
övriga	34	(195)	1		1	

5 Klassificering baserad på ansträngning-belöning-modellen enligt Siegrist (9).

6 Någon person på arbetet som man fullständigt litar på och kan vända sig till i riktigt svåra situationer på arbetet.

7 Svar på fråga: "Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?" Om Ja – "Hur har Du upplevt detta?" Svar: Förbättring/ varken eller/försämring. Försämring 2004/2006 innebär att man 2006 svarat "försämring" alternativt svarat "försämring" 2004 och "ingen förändring" eller "varken eller" 2006.

Tabell 16. AST och sjukskrivning 2006, sjuknärvaro 2004 samt arbetsförmåga utifrån WAI-poäng 2004. Förekomst i procent (%), antal (n).

	Ej AST 2004 (n=2 185)				AST 2004 (n=984)				Totalt (n=3 133)	
	AST 2006		Ej AST 2006		Ej AST 2006		AST 2006			
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Sjukskrivning 2006										
≥ 14 dagar ¹	17	(32)*	4	(70)*	8	(32)	23	(131)	9	(265)
≥ 60 dagar ²	14	(26)*	4	(68)*	9	(33)	24	(133)	9	(260)
Sjuknärvaro 2004										
2 el fl ggr	51	(113)	34	(648)	68	(256)	76	(414)	47	(1 431)
Arb.förmåga 2004³										
dålig	3	(6)	1	(12)	7	(22)	13	(65)	4	(105)
mindre god	12	(24)	6	(111)	25	(85)	39	(195)	15	(415)
god	51	(106)	38	(680)	57	(194)	42	(207)	42	(1 187)
utmärkt	35	(72)	56	(1 002)	12	(40)	6	(32)	40	(1 146)

* Bland dem som var i arbete 2004.

¹ Sjukskriven sedan >14 dagar vid uppföljningstillfället 2006.

² En sammanhängande period av sjukskrivning > 60 dagar senaste året.

³ Baserat på Work Ability Index (WAI) enligt Tuomi (10).

Bilaga 1

Frågeformuläret

Frågeformulär angående hälsa, välbefinnande, arbete m.m.

Instruktion: Besvara frågorna genom att skriva in svaret med siffror i boxar, text på linjer respektive kryssa i rutan för det rätta svarsalternativet eller det som stämmer bäst med Din uppfattning (utan att fundera allt för länge). **Vissa frågor är snarlika men finns ändå med därför att de ingår i olika kombinationer av frågor som gör det möjligt att jämföra resultatet med vad man funnit i andra undersökningar.**

Texta och kryssa tydligt enligt exempel

OBS! Använd kulspetspenna



Godkänt



Fel

1. Din ålder

2. Kön

☐

Kvinna

☐

Man

3. Civilstånd

☐

Ensamstående

☐

Gift eller sammanboende

4. Har Du/Ni några barn som bor hemma?

☐

Nej

☐

Ja

5. Har Du i praktiken ansvar för omvårdnaden av vuxen anhörig/närstående?

☐

Nej

☐

Ja

6. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

☐

Mycket bra

☐

Ganska bra

☐

Varken bra eller dåligt

☐

Ganska dåligt

☐

Dåligt

7 Jämfört med för två år sedan (när Du besvarade första enkäten), hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

☐

Mycket bättre nu än för två år sedan

☐

Något bättre nu än för två år sedan

☐

Ungefär detsamma

☐

Något sämre nu än för två år sedan

☐

Mycket sämre nu än för två år sedan

8. Hur har Du känt Dig i arbetet under den senaste veckan (besvaras bara om Du förvärvsarbetat en eller flera av den senaste 7 dagarna)?

Svara genom att markera rutan under det svarsalternativ som bäst motsvarar hur Du känt Dig. Fyll i snabbt utan att tänka efter alltför mycket.

	Inte alls	Knappast alls	Något	Ganska	Mycket	Mycket, mycket
Avslappnad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spänd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slö	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stressad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Energisk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ineffektiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avspänd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skärpt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pressad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Passiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lugn	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Hur har Du känt Dig under den tid Du inte förvärvsarbetat under den senaste veckan (besvaras även om Du är sjukskriven eller varit ledig från arbetet)?

Svara genom att markera rutan under det svarsalternativ som bäst motsvarar hur Du känt Dig. Fyll i snabbt utan att tänka efter alltför mycket.

	Inte alls	Knappast alls	Något	Ganska	Mycket	Mycket, mycket
Avslappnad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spänd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slö	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stressad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Energisk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ineffektiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avspänd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skärpt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pressad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Passiv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lugn	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Har Du nu känt Dig psykiskt och/eller fysiskt utmattad under mer än två veckor? ☐ Nej ☐ Ja

Om Du svarat Nej skall Du gå direkt till fråga 14!
Om Du svarat Ja fortsätter Du med fråga 11!

11. Anser Du att denna utmattning beror på att Du varit utsatt för stress under lång tid, d.v.s. att Du varit utsatt för stor påfrestning eller upplevt Dig pressad under 6 månader eller mer? ☐ Nej ☐ Ja

12. Har Du under de senaste två veckorna upplevt:

- a) Koncentrations- eller minnessvårigheter? ☐ Ja ☐ Nej
- b) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress? ☐ Ja ☐ Nej
- c) Att Du varit känslomässigt lättirriterad eller lättirriterad? ☐ Ja ☐ Nej
- d) Problem med sömnen? ☐ Ja ☐ Nej
- e) Att Du känt Dig kroppsligt svag eller lättare blir uttröttad? ☐ Ja ☐ Nej
- f) Kroppsliga besvär som smärtor/värk, ont i bröstet, hjärtklappning, besvär från mage eller tarm, yrsel eller ökad ljudkänslighet? ☐ Ja ☐ Nej

13. Har ovanstående besvär (fråga 10 - 12) påtagligt försämrat Ditt välbefinnande och/eller Din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?

☐ Ja, i allra högsta grad ☐ Ja, något ☐ Nej, inte alls

14. Hur ofta har Du haft/känt följande under den senaste tiden (de senaste 3 månaderna)?

a) Svårighet att somna

☐ Aldrig ☐ Sällan ☐ Ibland ☐ Flera gånger per vecka ☐ Varje dygn

b) Upprepade uppvaknanden med svårighet att somna om

☐ Aldrig ☐ Sällan ☐ Ibland ☐ Flera gånger per vecka ☐ Varje dygn

c) Utsövd vid uppvaknandet

☐ Aldrig ☐ Sällan ☐ Ibland ☐ Flera gånger per vecka ☐ Varje dag

d) Utvilad och återhämtad efter ett par dagars ledighet

☐ Aldrig ☐ Sällan ☐ Ibland ☐ Ganska ofta ☐ Mycket ofta

15. Har Du under den senaste månaden varit pigg och företagsam?

☐ Ofta ☐ Ganska ofta ☐ Då och då ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

16. Har Du under den senaste månaden känt Dig optimistisk inför framtiden?

☐ Ofta ☐ Ganska ofta ☐ Då och då ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

17. Har Du under den senaste månaden känt att Du mått bra av Dina dagliga sysslor?

☐ Ofta ☐ Ganska ofta ☐ Då och då ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

18. Hur ofta har Du...

	Aldrig	Ett par dagar per månad	En dag per vecka	Ett par dagar per vecka	Varje dag
Huvudvärk	☐	☐	☐	☐	☐
Ont i leder eller muskler (inkl. rygg)	☐	☐	☐	☐	☐
Ont på andra ställen i kroppen	☐	☐	☐	☐	☐

19. 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?

☐ Inte alls ☐ Bara lite ☐ I viss mån ☐ Ganska mycket ☐ Våldigt mycket

20. Har Du under längre sammanhängande tid än en månad de senaste 12 månaderna känt sådan stress? (D.v.s. ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös eller orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden.)

☐ Nej ☐ Ja

21. För varje påstående nedan (a-n) skall Du kryssa för det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig den senaste veckan.

a) Jag känner mig spänd och nervös:

☐ Mestadels ☐ Ofta ☐ Av och till ☐ Inte alls

b) Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

☐ Definitivt lika mycket ☐ Inte lika mycket ☐ Endast delvis ☐ Nästan inte alls

c) Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:

☐ Mycket klart och obehagligt ☐ Inte så starkt nu ☐ Betydligt svagare nu ☐ Inte alls

d) Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

☐ Lika ofta som tidigare ☐ Inte lika ofta nu ☐ Betydligt mer sällan nu ☐ Aldrig

e) Jag bekymrar mig över saker:

☐ Mestadels ☐ Ganska ofta ☐ Av och till ☐ Någon enstaka gång

f) Jag känner mig på gott humör:

☐ Aldrig ☐ Sällan ☐ Ibland ☐ Mestadels

g) Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

☐ Absolut ☐ Vanligtvis ☐ Sällan ☐ Aldrig

h) Allting känns trögt:

☐ Nästan alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Aldrig

i) Jag känner mig orolig, som om jag hade fjärilar i magen:

☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ Ganska ofta ☐ Världigt ofta

j) Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

☐ Fullständigt ☐ Till stor del ☐ Delvis ☐ Inte alls

k) Jag känner mig rastlös:

☐ Världigt ofta ☐ Ganska ofta ☐ Sällan ☐ Inte alls

l) Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

☐ Lika mycket som tidigare ☐ Mindre än tidigare ☐ Mycket mindre än tidigare ☐ Knappast alls

m) Jag får plötsliga panikkänslor:

☐ Världigt ofta ☐ Ganska ofta ☐ Sällan ☐ Aldrig

n) Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:

☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Mycket sällan

22. Brukar Du se en lösning på problem och svårigheter som andra finner hopplösa?

☐ Mycket ofta ☐ Ganska ofta ☐ Ibland ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

23. Brukar Du känna att Ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse?

☐ Mycket ofta ☐ Ganska ofta ☐ Ibland ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

24. Brukar Du känna att saker som händer Dig i Ditt dagliga liv är svåra att förstå?

☐ Mycket ofta ☐ Ganska ofta ☐ Ibland ☐ Ganska sällan ☐ Aldrig

25. Är Du sådan att Du fullgör Dina plikter till varje pris om det behövs?

☐ Inte alls ☐ Knappast alls ☐ I viss mån ☐ Ganska mycket ☐ Mycket

26. Har Du lätt för att leva Dig in i andras känslor?

☐ Mycket lätt ☐ Ganska lätt ☐ I viss mån ☐ Knappast alls ☐ Inte alls

27. "Kör Du ofta fast" i känslomässiga relationer, d.v.s. drabbas av en känsla att Du inte vet hur Du skall göra för att det skall bli bra igen?

☐ Mycket ofta/Alltid ☐ Ganska ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Mycket sällan/Aldrig

28. Nedan beskrivs ett antal känslor som alla människor kan uppleva då och då. Ange i vilken mån dessa känslor vanligtvis förekommer hos Dig genom att kryssa för ett alternativ (från 1=Nästan aldrig till 7=Nästan alltid) för vart och ett av de 22 påståendena.

	Nästan aldrig						Nästan alltid	
	1	2	3	4	5	6	7	
a) Jag känner mig trött.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
b) Jag känner mig piggt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
c) Jag känner mig fysiskt utmattad.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
d) Jag känner att jag har fått nog.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
e) Jag känner mig full av energi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
f) Mina "batterier" är uttömda.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
g) Jag känner mig alert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
h) Jag känner mig utbränd.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
i) Jag känner mig mentalt trött.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
j) Jag känner att jag inte skulle orka gå till arbetet på morgonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
k) Jag känner mig aktiv.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
l) Jag känner mig dåsig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
m) Jag känner mig spänd.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
n) Jag känner mig avspänd.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
o) Jag känner mig rastlös.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
p) Jag känner en stark inrespänning.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

	Nästan aldrig						Nästan alltid	
	1	2	3	4	5	6	7	
q) Jag känner mig för trött för att tänka.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
r) Jag har svårt för att koncentrera mig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
s) Jag känner mig trögtänkt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
t) Jag kan inte tänka klart.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
u) Det känns svårt att tänka på komplicerade saker.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
v) Jag känner mig splittrad i tankarna.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

29. Kryssa för det alternativ som bäst beskriver Din minnesförmåga.

- ☐ Jag tycker inte att mitt minne försämrats jämfört med andra jämnåriga.
- ☐ Jag tycker att mitt minne har försämrats påtagligt jämfört med andra jämnåriga men anhöriga, vänner eller arbetskamrater har inte anmärkt på det.
- ☐ Jag tycker att mitt minne har försämrats påtagligt jämfört med andra jämnåriga och anhöriga, vänner eller arbetskamrater har också anmärkt på det.
- ☐ Mitt minne har blivit så dåligt att det ställer till problem praktiskt taget varje dag

30. Tar Du någon medicin regelbundet?

☐ Nej ☐ Ja

31. Har Du under de senaste 2 åren (d.v.s. efter Du fyllde i förra enkäten) sökt läkare för något (ett eller flera) av följande tillstånd?

	Nej	Ja, men jag fick ingen behandling	Ja, och jag fick behandling
Nedstämdhet/depression	☐	☐	☐
Ångest	☐	☐	☐
Minnes- eller koncentrationssvårigheter	☐	☐	☐
Sömnstörningar	☐	☐	☐
Trötthet/utmattning	☐	☐	☐
Huvudvärk eller muskelsmärta	☐	☐	☐
Bröstmärta eller tryck över bröstet	☐	☐	☐
Besvär mage/tarm	☐	☐	☐

32. Har Du under de senaste 2 åren sökt nedanstående behandlare/terapeuter för något/några av de besvär/sjukdomar som anges i föregående fråga?

	Nej	Ja, men jag fick ingen behandling	Ja, och jag fick behandling
Psykolog/psykoterapeut	☐	☐	☐
Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor	☐	☐	☐
Alternativ-/komplementärmedicinsk behandlare/terapeut	☐	☐	☐
Annan behandlare/terapeut	☐	☐	☐

33. Markera på listan vilka sjukdomar, skador eller besvär som Du för närvarande har. Obs! Ange både sådant som Du själv anser att Du lider av och sådant som Du fått besked av läkare att Du har:

	Ja, enligt min åsikt	Ja, enligt läkare	Nej
Sviter av tidigare olycksfallsskada (t.ex. huvud/nackskada, storbrännskada)	☐	☐	☐
Sjukdom i rygg, leder, muskler eller skelett (t.ex. förslitna leder, långvarig led- el muskelvärk, ischias)	☐	☐	☐
Sjukdom i hjärta eller blodkärl (t.ex. högt blodtryck, kärlkramp, hjärtinfarkt)	☐	☐	☐
Sjukdom i luftvägar eller lungor (t.ex. astma, svår luftrörskatarr, emfysem)	☐	☐	☐
Psykiska problem (t.ex. "nervösa" besvär, depression, ångest, svår sömnstörning)	☐	☐	☐
Sjukdom i nervsystemet eller öron, ögon (t.ex. hörselskada, ögonsjukdom, epilepsi, nervförlamning)	☐	☐	☐
Sjukdom i magen/matsmältningsorganen (t.ex. magkatarr, magsår, gallsten, lever- el tarmsjukdom)	☐	☐	☐
Sjukdom i urinvägar eller könsorgan (t.ex. njursjukdom, inflammation i äggstockar eller prostata)	☐	☐	☐
Hudsjukdom (t.ex. eksem, psoriasis)	☐	☐	☐
Tumör eller cancer	☐	☐	☐
Ämnesomsättningssjukdom eller ätstörning (t.ex. sockersjuka, struma, svår övervikt, anorexi, bulimi)	☐	☐	☐
Blodsjukdom (t.ex. blodbrist/anemi)	☐	☐	☐
Medfött fel/missbildning som är handikappande	☐	☐	☐
Annan sjukdom eller handikapp (ange vad.....)	☐	☐	☐

34. Hindras eller besväras Du i Ditt nuvarande arbete av den/de sjukdomar, skador eller besvär som Du angivit i föregående fråga? (Du kan kryssa för flera alternativ)

- | | |
|--|--------------------------|
| Har ingen sjukdom, skada eller besvär | ☐ |
| Nej, hindras eller besväras inte alls i mitt arbete | ☐ |
| Jag klarar arbetet men får besvär | ☐ |
| Jag är ibland tvungen att minska på arbetstakten eller ändra arbetssätt | ☐ |
| Jag är ofta tvungen att minska på arbetstakten eller ändra arbetssätt | ☐ |
| Jag klarar endast ett deltidsarbete | ☐ |
| Jag är helt oförmögen att arbeta | ☐ |

35. Med tanke på Din hälsa - tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om två ?

- ☐ Ja, ganska säkert ☐ Jag är osäker på det ☐ Nej, det tror jag inte

36. Vilket/vilka av följande alternativ gäller för Dig för närvarande? (om Du arbetar men är deltidssjukskriven eller ledig deltid skall Du alltså kryssa för både att Du arbetar deltid och att Du är sjukskriven eller ledig på deltid)

- | | |
|--|---|
| ☐ Arbetar heltid | ☐ Arbetar deltid |
| ☐ Helt sjukskriven | ☐ Sjukskriven deltid |
| ☐ Sjuk-/aktivitetsersättning* - hel | ☐ Sjuk-/aktivitetsersättning* - deltid |
| ☐ Föräldraledig - helt | ☐ Föräldraledig - deltid |
| ☐ Tjänstledig - helt | ☐ Tjänstledig - deltid |

**Kallades tidigare sjukbidrag eller förtidspension*

Om Du just nu har semester sedan minst en vecka sätter Du ett kryss även här $\Rightarrow$ ☐

37. Har Du varit sjukskriven (med eller utan läkarintyg) någon dag under de senaste två åren?

- ☐ Nej ☐ Ja

Om Du svarat **Nej** skall Du gå direkt till fråga 41!
Om Du svarat **Ja** fortsätter Du med fråga 38!

38. Om Du just nu är sjukskriven - Hur länge har Du varit sjukskriven sammanhängande?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ 1-7 dagar* | ☐ 15-30 dagar | ☐ 61-90 dagar | ☐ Mer än ett år |
| ☐ 8-14 dagar | ☐ 31-60 dagar | ☐ 91-365 dagar | |

* med eller utan läkarintyg

39. Har det upprättats en rehabiliteringsplan för Dig?
(tillsammans med arbetsgivaren och Försäkringskassan) ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej

40. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna varit sjukskriven under en sammanhängande period om mer än 60 dagar? ☐ Nej ☐ Ja

41. Hur många dagar under de senaste 12 månaderna har Du sammanlagt varit borta från arbetet på grund av egen sjukdom (inklusive för vård, behandling eller undersökning)?

☐ Ingen dag ☐ 1-7 dagar ☐ 8-24 dagar ☐ 25-99 dagar ☐ 100-365 dagar

42. Hur många gånger har Du varit sjukskriven för egen sjukdom utan läkarintyg under de senaste 12 månaderna? gånger

43. Hur många gånger har Du stannat hemma från arbetet på grund av egen sjukdom utan att vara sjukskriven (tagit komplement, flextid, semester etc.) under de senaste 12 månaderna?

gånger

44. Vilket typ av anställning har Du?

- | | |
|---|---|
| ☐ Fast (tillsvidareanställning) | ☐ Kallas vid behov, timanställning |
| ☐ Provanställning | ☐ Säsongsanställning |
| ☐ Vikariat utan fast tjänst i botten | ☐ Annat slag, t.ex. praktik, feriearbete, arbetsmarknadsutbildning |
| ☐ Projektanställning | |

45. Inom vilken typ av verksamhet arbetar Du? (om Du arbetar inom flera verksamheter - ange Din huvudsakliga hemvist)

- ☐ Försäkringskassan
☐ Sjukhus
☐ Primärvård
☐ Tandvård
☐ Annan verksamhet

Är det samma som för två år sedan (när Du fyllde i förra enkäten)? ☐ Ja ☐ Nej

**46. Kryssa för det alternativ som stämmer bäst med Din nuvarande yrkesbefattning?
(Alternativ markerade med FK gäller enbart Försäkringskassans anställda)**

- | | |
|---|--|
| ☐ Vårdbiträde | ☐ Läkarsekreterare |
| ☐ Undersköterska | ☐ Lokalvårdare |
| ☐ Sjuksköterska/barnmorska | ☐ Ekonomibiträde |
| ☐ Vårdare/mentalskötare | ☐ Adm.assistent/sekreterare |
| ☐ Barnskötare | ☐ Verksamhets-/kontorschef |
| ☐ Läkare | ☐ Konsult/föredragande - FK |
| ☐ Tandläkare | ☐ Rehab.samordnare el utredare
sjukförs., handikapp, arb.skador - FK |
| ☐ Tandsköterska/-hygienist | ☐ Handläggare - åp/sa - FK |
| ☐ Sjukgymnast | ☐ Handläggare - familjeomr. - FK |
| ☐ Sektions-/vårdenhetschef | ☐ Handläggare - kundtjänst - FK
(besök och produktion) |
| ☐ Logoped/dietist | ☐ Annan administrativ befattning |
| ☐ Psykolog/kurator | ☐ Annan befattning |
| ☐ Biomed.analytiker | |
| ☐ Ingenjör/datortekniker | |

(ange vilken)

Är det samma som för två år sedan (när Du fyllde i förra enkäten)? ☐ Ja ☐ Nej

47. Hur ofta har Du i Ditt arbete direktkontakt (personligt möte eller via telefon) med patienter/klienter?

- ☐ Flera gånger de flesta arbetsdagar
☐ Någon gång de flesta arbetsdagar
☐ Någon gång per vecka
☐ Sällan
☐ Mycket sällan/Aldrig

48. Har du chefsbefattning med ansvar för personal och ekonomi?

- ☐ Nej ☐ Ja

49. Inkluderar Din tjänstgöring något av följande?

Flera alternativ får anges.

- ☐ Oregelbunden arbetstid
- ☐ Nattarbete
- ☐ Helgarbete
- ☐ Jour/beredskap
- ☐ Nej, inget av detta

**50. Händer det att Du arbetar övertid
(gäller senaste halvåret)?**

- ☐ Nej, aldrig
- ☐ Högst någon gång per månad
- ☐ I stort sett varje vecka
- ☐ Har inte reglerad arbetstid

51. Har det skett eller pågår någon/några för Dig viktiga förändringar på Din arbetsplats under de senaste 12 månaderna?

☐ Nej ☐ Ja ➔ hur har Du upplevt detta?

- ☐ Som en förbättring
- ☐ Varken som en förbättring eller försämring
- ☐ Som en försämring

52. Frågor om Dina arbetsvillkor:

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
a) Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	☐	☐	☐	☐
b) Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	☐	☐	☐	☐
c) Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	☐	☐	☐	☐
d) Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	☐	☐	☐	☐
e) Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	☐	☐	☐	☐
f) Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	☐	☐	☐	☐
g) Kräver Ditt arbeteskicklighet?	☐	☐	☐	☐
h) Kräver Ditt arbete påhittighet?	☐	☐	☐	☐
i) Innebär Ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	☐	☐	☐	☐
j) Har Du frihet att bestämma <u>hur</u> Ditt arbete skall utföras?	☐	☐	☐	☐
k) Har Du frihet att bestämma <u>vad</u> som skall utföras i Ditt arbete?	☐	☐	☐	☐

53. Frågor om arbetsbelastning m.m. Markera för vart och ett av nedanstående påståenden om Du håller med ("Ja") eller inte ("Nej"). Om den svarsruta Du väljer har en pil som pekar åt höger (Ja eller Nej) ber vi Dig besvara följdfrågan om i vilken grad Du upplever detta förhållande som en belastning.

	<u>Upplevd belastning:</u>	Ingen alls	I viss mån	Hög	Mycket hög
a) Jag arbetar ofta under tidspress på grund av den höga arbetsbelastningen.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
b) Jag blir ofta avbruten i mitt arbete.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
c) Jag har ett stort ansvar i mitt arbete.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
d) Jag är ofta tvungen att arbeta övertid.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
e) Mitt arbete är fysiskt påfrestande.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
f) Jag har fått allt mer att göra på arbetet under de senaste åren.	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
g) Tycker Du att Du får det erkännande av Dina arbetskamrater som Du förtjänar?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
h) Tycker Du att Du får det erkännande av Dina överordnade som Du förtjänar?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
i) Får Du det stöd Du behöver i svåra situationer?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
j) Blir Du orättvist behandlad i Ditt arbete?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
k) Har Du dåliga möjligheter till avancemang inom Ditt område?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
l) Upplever Du för närvarande eller förväntar Du Dig en negativ förändring i Din arbetssituation?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
m) Är Din egen arbetsplats i farozonen?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
n) Anser Du att Du har ett arbete som rimligen motsvarar Din utbildning?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
o) Med tanke på allt Du har presterat, tycker Du då att Du har en rimlig lön?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
p) Med tanke på allt Du utträttat och presterat, tycker Du då att Du får det erkännande och den respekt Du förtjänar?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐
q) Med tanke på allt Du utträttat och presterat, tycker Du då att Du har fått rimliga möjligheter till personligt avancemang i Ditt yrkesliv?	☐ Nej ☐ Ja ➔	☐	☐	☐	☐

54. Har Du någon person på arbetet som Du fullständigt litar på och kan vända Dig till i riktigt svåra situationer på arbetet? (Välj den Du i första hand skulle vända Dig till)

☐ Nej ☐ Ja, en överordnad ☐ Ja, en underordnad ☐ Ja, en arbetskamrat

55. Har Du någon nära vän eller anhörig som Du fullständigt litar på och kan vända Dig till i riktigt svåra situationer i Ditt privatliv?

☐ Nej ☐ Ja

56. Har Du under senaste tiden ofta funderat över eller bestämt Dig för att ...

a) byta yrke? ☐ Nej ☐ Ja

b) byta arbetsplats? ☐ Nej ☐ Ja

57. Har Din arbetsprestation förändrats under det senaste året?

☐ Nej ➔ Gå till fråga 59.

☐ Ja, förbättrats ➔ Gå till fråga 59.

☐ Ja, försämrats

58. Har Du senaste månaden haft besvär som påverkat Din arbetsprestation (gäller ej vid sjukskrivning)?

☐ Nej ☐ Ja

Om Ja - Hur mycket uppskattar Du att Din arbetsprestation minskat på grund av Dina besvär?

☐ Högst 5 procent ☐ Mellan 10 och 20 procent

☐ Mellan 5 och 10 procent ☐ Minst 20 procent

59. Vi antar att Din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle Du då ge Din nuvarande arbetsförmåga? (0 betyder att Du inte alls kan arbeta och 10 att Din arbetsförmåga är som allra bäst just nu).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

60. Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?

☐ Mycket god ☐ Ganska god ☐ Någorlunda ☐ Ganska dålig ☐ Mycket dålig

61. Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav arbetet ställer?

☐ Mycket god ☐ Ganska god ☐ Någorlunda ☐ Ganska dålig ☐ Mycket dålig

62. Vad har Du vanligtvis för känslor inför Ditt arbete när Du är på väg dit?

- ☐ Känner mig glad och tillfredsställd vid tanken på ett intressant arbete som väntar
- ☐ Har en ganska positiv känsla inför arbetet
- ☐ Har varken positiva eller negativa känslor inför arbetet
- ☐ Känner viss olust inför arbetet
- ☐ Känner stark olust inför arbetet

63. Hur många gånger de senaste 12 månaderna har det hänt att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på Ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukanmält Dig?

- ☐ Aldrig
- ☐ En gång
- ☐ 2-3 gånger
- ☐ 4-5 gånger
- ☐ Mer än fem gånger
- ☐ Ej aktuellt - har inte varit sjuk under de senaste 12 månaderna

64. Har Du ork kvar efter arbetsdagen för att ägna Dig åt hemarbete?

- ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

65. Har Du ork kvar efter arbetsdagen för att ägna Dig åt fritidsaktiviteter, träffa vänner etc.?

- ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

66. Händer det att Du inte kan koppla av tankarna från arbetet när Du är ledig?

- ☐ Inte alls
- ☐ Ett par dagar per vecka
- ☐ Ett par dagar per månad
- ☐ Varje dag
- ☐ En dag per vecka

67. Kryssa för det alternativ som närmast beskriver hur fysiskt aktiv Du varit under de senaste 3 månaderna.

- ☐ Mest stillasittande, ibland promenad, lättare trädgårdsarbete eller liknande.
- ☐ Lättare fysisk ansträngning minst ett par timmar per vecka, t.ex. promenader eller cykling (t.ex. till och från arbetet), dans, ordinärt trädgårdsarbete eller liknande.
- ☐ Mer ansträngande motion minst ett par timmar per vecka, t.ex. tennis, simning, löpning, motionsgymnastik, cykling (spinning), dans, fotboll, innebandy, tyngre trädgårdsarbete eller liknande.
- ☐ Hård träning regelbundet och flera gånger i veckan, totalt minst 5 timmar, där den fysiska ansträngningsgraden är stor.

68. Har Du rökt dagligen eller nästan dagligen under den senaste månaden?

☐ Nej

☐ Ja

69. Har Du snusat dagligen eller nästan dagligen under den senaste månaden?

☐ Nej

☐ Ja

70. Hur ofta äter Du frukost (bara dryck räknas inte) de dagar Du arbetar?

☐ Alltid

☐ Oftast

☐ Ibland

☐ Sällan

☐ Aldrig

71. Hur ofta äter Du minst ett lagat mål mat de dagar Du arbetar?

☐ Alltid

☐ Oftast

☐ Ibland

☐ Sällan

☐ Aldrig

72. Din längd centimeter

73. Din vikt kilo

Kontrollera slutligen att Du besvarat samtliga frågor
inklusive alla delfrågor!

Bilaga 2

Viktiga förändringar

Några viktiga förändringar och hälsofrämjande insatser som kan ha påverkat den psykosociala arbetsmiljön under tiden augusti 2004 – maj 2006. Baserat på intervjuer och diskussioner med företrädare för företagshälsovården samt med personalcheferna 2006.

Primärvården

Det finns en hög politisk ambition vad gäller tillgänglighet till primärvård. Att inte alltid kunna leva upp till denna kan skapa frustration. Den massmediala bevakningen är stor och uppdraget kan upplevas som otydligt. I Göteborg genomfördes en omfattande neddragning av antalet enheter 2004. Förändringsarbetet präglades dock av stor öppenhet och en medveten strategi för att bl.a. lyssna till enskilda önskemål bland de berörda. Läkartillgången har successivt blivit bättre om man ser till hela regionen, men är fortfarande en källa till stress för arbetsplatser med vakanta tjänster och instabilitet. Samtidigt sker på många håll satsningar på bredare kompetens, t. ex. i form av psykologer och/eller kuratorer. I något område präglas arbetet av en omfattande konkurrensutsättning med korta avtalstider och hot om uppsägning. Under perioden har ett ökat fokus lagts på produktionsmått. Ett prestationsbaserat ersättningssystem har införts och den ekonomiska uppföljningen förfinats med hjälp av nyckeltal. Systemet kan uppfattas som mer eller mindre stressande då ersättningssystemet skall samspela med andra krav; egna och organisationens. Högt ställda förväntningar på produktivitet i form av patientbesök får även konsekvenser i administrativa uppgifter, vilket märks t. ex. för läkarsekreterarna. Kopplingen till redovisningssystemet ökar pressen på att inte släpa efter. Läkarsekreterarna har i många fall fått utökade arbetsuppgifter med mer patientkontakt. Detta kan upplevas stressande, särskilt om patienter är missnöjda t. ex. på grund av brister i tillgängligheten.

Tandvården

Inom tandvården finns sedan tidigare en hög intäktsmedvetenhet. I något område har skett en relativt stor neddragning eller hot om neddragning. Ett vårdadministrativt stödssystem har införts. Bristande datorvana kunde vara ett stressmoment i början. En ökad delegering från tandläkare till sköterska har minskat tillfällena till återhämtning för tandläkare. I några områden har man infört ett resultatdelningssystem. En tydligare uppföljning har även gett möjlighet till ökat lärande genom jämförelser och goda exempel. Det är inget generellt problem med att rekrytera tandläkare, men kan vara det i vissa områden. Om nyrekryteringen är stor påverkar det arbetsbelastning och intäktskrav. I stora delar av regionen råder dock liten rörlighet, vilket leder till ökad medelålder och i vissa fall en ovana vid förändring. I Göteborgsområdet är detta på väg att ändras och ett generationsskifte pågår. Ibland blir det värderingskrockar mellan å ena sidan lojalitet mot kliniken och å

andra sidan den egna karriären och livsplaneringen. Andra förändringar som genomförts eller förberetts är frisktandvård och digital röntgen.

Sjukhusen

Det kan vara svårt att ge en samlad beskrivning av de viktigaste förändringarna för de sjukhusanställda. Varje sjukhusorganisation har sin historia och åren 2004–2006 utgör en del i en längre tidsaxel. Även inom och samma sjukhusorganisation kan förändringar påverka olika delar olika mycket. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en särställning som storsjukhus med områdesindelning. På Södra Älvsborgs sjukhus pågår ett program för verksamhetsutveckling som bl.a. syftar till att tydliggöra ledningsfunktionen och införa team för såväl plats som process. Detta är ett långsiktigt och genomgripande förändringsarbete som startade innan perioden och först nu "börjar märkas".

Flera sjukhus beskriver perioden som stabil – utan genomgripande förändringar, med ökad expansion, högt produktionstryck, stabilare ekonomi och verksamhet i balans. Exempel på förändringar som genomförts/pågår på flertalet sjukhus är digitalisering av journaler och röntgen. Svårigheter med att rekrytera t. ex. läkare är en annan faktor som kan påverka den psykosociala arbetsmiljön, exempelvis inom psykiatri. Inom NU-sjukvården har stora förändringar i ledningsstrukturen genomförts.

Centrala kanslier

Under denna rubrik ingår personal från Regionstyrelsens kansli, Hälso- och sjukvårdskanslierna, Tillväxt och utveckling samt Administrativt Centrum så som organisationen såg ut maj 2004. Administrativt centrum bildades som egen förvaltning 2005. Nu är den en del i serviceförvaltningen. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen försvann 2004, vilket innebar att dess kansli istället kom att ingå i regionkansliet och att hälso- och sjukvårdskanslierna fick ökade befogenheter och arbetsuppgifter. Man gjorde även en översyn av regionkansliet som innebar en del förändringar. Ledningsstruktur har förändrats. Några har fått ökade resor, andra mindre.

Försäkringskassan

En rad förändringar har skett under perioden. I Göteborg gjordes med start 2004 en sammanslagning av småkontor samt en ärendekoncentration då familjekontoret bildades. Många fick byta arbetsplats. Fyrbodal införde en processorganisation 2004, som likaså innebar arbetsplatsbyten för många. En ny omorganisation gjordes där efter ett års tid, då man delvis återgick till det gamla arbetssättet. Arbetskadekontoret centraliserades 2005 till Göteborg. Då bildades också Försäkringskassan Sverige. 2006 skedde en skärpning i tillämpningen av socialförsäkringen. Det har även skett en ökad arbetsgivarinriktning. Under

perioden har skett en hel del nyrekrytering. Yrkesrollerna har ändrats avseende såväl titlar som innehåll. Individuella mål har införts med fokus på produktion och resultatuppföljning. Detta gäller framförallt kundtjänst. Kraven har ökat men det har samtidigt skett en ökad professionalisering. Det sker en regelbunden återkoppling av mätt prestation. Antal centrala metodstöd har ökat och uppföljning sker till vilken del metodstödet används. 2005 började man även förstärka med konsulter för att ge professionellt stöd i yrkesrollen.

Hälsofrämjande insatser

Primärvården

Hälsofrämjande arbetsplatser är en del i primärvårdens styrkort. Flertalet områden har jobbat med olika instrument för att kartlägga arbetsmiljö och hälsa och följa upp med handlingsplaner på respektive enhet. Två av fem områden har valt att lägga ut arbetsmiljöpengarna på de olika enheterna medan övriga riktar insatserna utifrån en gemensam prioritering/strategi. Exempel på insatser som genomförts är utbildning riktade till chefer och hälsoinspiratörer/coacher, utvecklingsdagar för olika personalkategorier, coachning, handledning, nätverk, friskvårdsbidrag, föreläsningar och kurser i stresshantering. Projektet Livsstil i Väst med lokala hälso-coacher och teman som rörelse, sömn och kost har pågått under perioden. Projektet har ofta integrerats med övriga insatser, men inte alltid. Graden av delaktigheten varierar beroende på ledningens engagemang och svårighet att prioritera hälsofrämjande insatser och utvecklingsarbete gentemot ökade krav i kärnverksamheten.

Projekt "Attraktiv arbetsplats" pågick i början av perioden på ursprungligen 12 enheters spridda över regionen. Projektet erbjöd en metod för lokalt utvecklingsarbete byggt på delaktighet och de lokala förutsättningarna. Arbetet har utvärderats som verkningsfullt för den egna arbetsplatsen, men att det krävs insatser från förvaltningsledningen för att åstadkomma ett avtryck inom övriga delar av organisationen. Genombrottsprojekt startade våren 2006 för samtliga enheter i Göteborg samt för enstaka projekt i övriga regionen. I detta arbete integreras hälsofrämjande insatser med verksamhetsutveckling.

Tandvården

I många områden har man arbetat med kartläggning av hälsa och arbetsmiljö utifrån olika mer eller mindre strukturerade metoder. Utifrån kartläggningen har handlingsplaner framtagits och olika insatser genomförts utifrån lokala behov. I allt större grad förs diskussioner kring hur man skall åtgärda en ökad stress bland personalen. Exempel på insatser som genomförts är utbildningsinsatser, utvecklingsdagar, massage och nätverksbyggande. Ibland har insatserna riktats mot specifika områden som sömn, hot & våld, kommunikation, stresshantering och delaktighet. Allt mer har man kommit att integrera hälsofrämjande insatser med verksamhetsutveckling. Exempel på detta är arbete med styrkort byggt på process och delaktighet samt försök med arbetstidsmodell som medger ökat öppethållande och större utrymme för att disponera sin tid. I ett område har man arbetat framgångsrikt i temagrupper med tydliga uppdrag och bred delaktighet för att utveckla olika delar av verksamheten. Projektet Livsstil i Väst har pågått under perioden. I vissa områden arbetar man metodiskt med olika former av stöd för livsstilsförändringar. Där har också Livsstil i Väst integrerats. På andra håll är insatserna mer sporadiska. I något område erbjuds personalvård med inriktning mot arbete och privatliv.

Sjukhusen

Fokus på verksamhetsutveckling är tydlig och olika typer av satsningar görs på t. ex. utbildning och processtöd. I vilken grad och med vilken metod man kartlägger den psykosociala arbetsmiljön skiljer sig åt. På Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus har man under perioden infört Sunt livs/ AFAs koncept för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Kungälvssjukhus är även ett hälsofrämjande sjukhus och flera sjukhus planerar för en ansökan. På andra håll har man valt andra metoder för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Medvetna satsningar på processledare, stöd från ledningen och ett arbetssätt som integrerar med verksamhetsutveckling och strategisk styrning beskrivs som lyckosamma. Likaså betonas värdet av att det finns rutiner för att ta tag i problem och följa upp innan det gått för långt. En rad satsningar har gjorts under perioden för att arbeta med tidig rehabilitering och sänkt sjukfrånvaro. Även där kan man se att val av metod har skilt sig åt, men fokuseringen i sig samt systematiken i arbetssättet har särskilt poängterats för att nå framgång. Livsstilssatsningar görs utifrån varje sjukhus egen historia och tradition. Hälsoinspiratörer har funnits på flera håll redan innan Livsstil i Väst startade och gav extra skjuts åt arbetet. På motsvarande sätt beskrivs Sunt liv ge stöd även för livsstilsinsatser. Att valet av åtgärder knyter an till medarbetarnas behov beskrivs som angeläget. Exempel på genomförda satsningar är grupper i stresshantering eller livsstil, utbildning i kommunikation och sömn samt insatser för ökad fysisk aktivitet (gärna i anslutning till arbetet för att nå en bredare grupp). Några sjukhus erbjuder personalvård utifrån medarbetarnas livssituation i sin helhet.

Centrala kanslier

Övertidsuttaget samt sjukfrånvaron bevakas fortlöpande. Viss personalförstärkning har skett på hälso- och sjukvårdskanslierna 2004 –2005. 2005 gjordes en uppföljning av arbetsmiljöenkäten från 2002. Uppföljningen av enkäten har skett avdelningsvis och åtgärdsplan ska tas fram på avdelningsnivå och redovisas i samband med årsredovisningen. På Lillhagen har man gjort riktade insatser för att skapa ökad trygghet och trivsel. Livsstil i Väst pågår, med större engagemang där det redan fanns en jordmån, t. ex. i form av en aktiv personalklubb. Det har även gjorts insatser för att utveckla det interna arbetet och vikänsan för personal som arbetar på regionkansliet. Man har arbetat fram en löneöversynsmodell som innebär samtal med chef och medarbetare.

Försäkringskassan

Relativt stora satsningar har gjorts på kompetensutveckling, t. ex. utbildning i juridik och beteendevetenskap. Ett program med Introduktionsutbildning för nyanställda har införts. Sedan 2005 finns en gemensam medarbetarenkät som mynnar ut i tre förbättringsområden. Gemensamma satsningar har gjorts utifrån denna i form av konsultstöd, hälsoprofiler och föreläsningar. Riktade insatser har genomförts för aktiv och tidig rehabilitering. Personalstöd erbjuds även för privata angelägenheter.

Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid VGR och FK i Västra Götaland

