



INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Äldreomsorgens psykosociala arbetsmiljö

*-en studie av undersköterskor och vårdbiträden
som arbetar med äldre på särskilda boenden*

Catharina Arréhn

Kandidatuppsats ht 2005

Handledare: Olof Rydén

Abstract

The purpose of this study was to find out how caregivers experienced their psychosocial work environment at three municipal homes for old people. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) was used in order to study different dimensions of the work environment, and questions about health, sickness presence and sick leave were included. The questionnaire was answered by 86 out of 112 participating caregivers (77%).

The results showed that the caregivers experienced high demands at work. The degree of feedback and influence at work was low, but they reported that their work was highly meaningful and that they usually received social support at work. There were a number of associations between experienced health, sickness presence and the studied dimensions of the work environment. However, few associations were found between estimated days of sick leave and these dimensions.

Keywords: Caregivers, eldercare, psychosocial, work environment, COPSOQ

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
Äldreomsorgens utveckling.....	4
Psykosocial arbetsmiljö	5
Stress.....	6
Förändringar i arbetsmiljö och sjuklighet.....	8
Ändrat hälsobegrepp.....	11
Arbetsmiljön inte ensam orsak till sjukskrivning.....	12
Krav-kontrollmodellen.....	13
SYFTE	16
Frågeställningar.....	16
METOD	16
Enkätens 20 dimensioner.....	19
Procedur.....	21
RESULTAT	22
COPSOQ-dimensionerna.....	23
Korrelationsanalyser.....	25
Gruppvisa jämförelser.....	26
Resultatsammanfattning.....	31
DISKUSSION	31
Metod.....	32
Resultat.....	34
REFERENSER	40
APPENDIX	
Appendix 1. Deltagarinformation.....	44
Appendix 2.1. Bakgrundsvariabler.....	45
Appendix 2.2. Frågeformulär.....	46
Appendix 3. Jämförande medelvärden COPSOQ.....	52

INLEDNING

Äldreomsorgens utveckling

Utvecklingen inom äldreomsorgen har genom åren präglats av återkommande perspektivförändringar. Nya idéer om vårdens innehåll och organisation har fått fäste, målen har ändrats och genomförandet har påskyndats. Den senaste perspektivändringen skedde under 1990-talet med den så kallade Ädelreformen, som trädde i kraft den 1 januari 1992. Denna reform innebar att kommunerna övertog en del av landstingens tidigare ansvarsområden: service till och vård av äldre. De gamla ålderdomshemmen, sjukhemmen och gruppboendena övertogs av kommunerna, och kallades med ett samlingsbegrepp *särskilt boende*. Efterfrågan på sjukhusvård minskade genom reformen, och sjukhusens vårdtider kortades. Platsbristen på de särskilda boendena medförde att de äldre som slutligen fick plats hade ett stort omvårdnadsbehov som krävde stora insatser av personalen (Edebalk & Lindgren, 1996). Personalstyrkan minskade i förhållande till det ökade behovet av vård- och omsorg som uppstod, inte minst till följd av att andelen vårdbehövande äldre ökade under samma tidsperiod. Arbetsförhållandena försämrades inom såväl kommun som landsting under 1990-talet, sannolikt till följd av de täta omorganisationer som kom till stånd genom Ädelreformen. Syftet med organisationsförändringarna var att öka produktiviteten inom vård och omsorg¹. Det är dock tveksamt om detta verkligen kom till stånd, eftersom arbetsbelastningen ökade och arbetsmiljöproblemen tilltog för personalen. Det är mycket svårt att praktiskt genomföra produktivitetshöjningar inom vård och omsorg, och det är svårt att undersöka och mäta om målen för sådana produktivitetshöjningar har uppnåtts eller ej (Gustafsson, 2004). När beslut fattas om nedskärningar, organiseras arbetet om för att täcka luckor i syfte att kunna fortsätta bedriva verksamheten som tidigare. De anställda kan efter sådana omorganisationer uppleva att de inte hinner utföra alla sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt, och det är särskilt det emotionella arbetet som får mindre utrymme. Detta innebär ofta en psykosocial påfrestning för de anställda (Szebehely, 1995).

¹ En *produktivitetshöjning* innebär att organisationen arbetar smartare och producerar mer vård för varje krona eller insatt mängd arbetskraft, vilket innebär att det inte skulle behövas mer vårdpersonal för att med bibehållen vårdkvalitet och arbetsmiljö kunna vårda ett ökande antal hjälptagare med ett större vårdbehov (Gustafsson, 2004).

Vårdpersonalen inom den kommunala äldreomsorgen arbetar med personlig omvårdnad, rehabilitering, städning, inköp av varor och andra uppgifter som relateras till vårdtagarnas dagliga liv. Merparten av personalen som arbetar inom äldreomsorgen har en undersköterske- eller vårdbiträdesutbildning², vars betoning ligger på personlig omvårdnad. Merparten (95%) av alla undersköterskor/vårdbiträden är kvinnor (Kilbom & Messing, 1999).

Såväl fysiska som psykosociala faktorer avgör hur tungt vårdpersonalen upplever att sitt arbete är. Det gäller i första hand arbetets organisation och personalens miljö liksom graden av uppmuntran från arbetsledning och kamrater, tillgången på hjälpmedel för patientförflyttningar och antalet störningar i jobbet (Hagberg, 1994).

Den kontakt vårdpersonalen har med pensionärerna de vårdar kan upplevas som positiv och givande, men den kan samtidigt ge upphov till motstridiga krav och förväntningar från pensionärer, anhöriga och arbetskamrater (Lagerström, 1994). De dagliga kontakterna mellan arbetskamraterna är mycket betydelsefulla. Stödet från arbetskamraterna är vanligen av informell karaktär, vilket innebär att det påverkas av hur väl vårdpersonalen känner och respekterar varandra. Vissa förutsättningar krävs i organisation och arbetsklimat för att kamratstödet skall kunna utvecklas och fungera. Arbetsledningen har en mycket viktig uppgift och ansvar för att dessa förutsättningar skall skapas. Några av dessa är att medarbetarna får tid och utrymme för både formella och informella möten sinsemellan, att stöd ges åt ett öppet samarbetsklimat och att positiv kommunikation samt tydlig feedback främjas (Michelsen et al., 1999).

Psykosocial arbetsmiljö

De förhållanden som råder i arbetslivet påverkar människor under såväl arbetstid som fritid. Människan samspelar ständigt med sin omvärld, vilket innebär att hon påverkas av sin miljö samtidigt som hon också kan förändra den. Arbetsmiljön skapas i stor utsträckning av människor. Tidigare har arbetsmiljöbegreppet omfattat enbart arbetsplatsens fysiska utformning och omgivning, men under de senaste årtiondena har arbetsmiljöbegreppet vidgats. Enligt det synsätt som sedan 1978 speglas i arbetsmiljölagen (Hellberg, 2004), skall alla förhållanden i arbetsmiljön anpassas till

² I denna studie används begreppet "vårdpersonal" om undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen.

människans psykiska, fysiska och sociala förutsättningar, och den arbetande människan skall ha möjlighet att påverka hela sin arbetssituation. Målsättningen bör vara att skapa arbetsförhållanden som främjar arbetsglädje, välbefinnande och utveckling (Lennerlöf, 1991).

För att förklara vad som menas med psykosocial arbetsmiljö kan man använda sig av begreppet arbetsglädje eller arbetslust. Där arbetsglädjen finns, är vanligtvis den psykosociala arbetsmiljön god. Arbetsglädjen skapas av mänskliga relationer, men även av arbetets innehåll och organisation. Individens upplevelse av sin psykosociala arbetsmiljö påverkas av såväl fysiska och organisatoriska som av sociala faktorer i arbetsmiljön. Upplevelsen är dock inte helt samstämmig för alla medarbetare på en arbetsplats, eftersom individens personlighet, förväntningar och krav påverkar hur arbetsmiljön upplevs. Resultatet av en god psykosocial arbetsmiljö är att den enskilde upplever glädje och trivsel, samtidigt som organisationen blir effektiv. Om det finns brister i den psykosociala arbetsmiljön, kan resultatet bli allmän olust, mobbning och sjukfrånvaro (Gedin-Erixon, 1992).

I Sverige arbetar vi vanligen åtta timmar om dagen under fem veckodagar, samtidigt som flera arbetsdagar faller bort under ett arbetsår. Detta innebär att vi är lediga under en stor del av vår tid, och det kan därför vara rimligt att hävda att det kanske inte är arbetsmiljön utan snarare familje- och fritidsaktiviteterna som är viktiga för vårt välbefinnande. Dock är det så, att arbetet har en så stor betydelse för individens självkänsla och för den roll i samhället som han/hon spelar att arbetets betydelse ofta sträcker sig långt bortom de timmar individen tillbringar på sin arbetsplats (Allebeck & Diderichsen, 1998).

Stress

Stress kan definieras som en process där ett nära och intensivt samspel äger rum mellan individ och situation samt mellan mentala och kroppsliga skeenden. Stress behöver dock inte vara någonting negativt, och en viss grad av stress kan bidra till utveckling och lärande. Alla människor reagerar inte på samma stressfaktorer. Några omständigheter i arbetet förknippas dock med stress för de flesta människor. Hur och vad vi reagerar på påverkas av ärftliga faktorer, erfarenhet och inläring, det vill säga vad som visat sig vara hotande i tidigare situationer. Det är alltså både individen och situationen som avgör hur viktig en stressfaktor bedöms vara. Förmågan att hantera stressfaktorer varierar också.

Möjligheten att modifiera och hantera den stress som uppstår ökar om omgivningen är stödande och om möjligheterna till kontroll över arbetet därtill är goda (Lagerström, 1994).

När kroppen utsätts för stress och hot, uppstår en ändamålsenlig och ofta omedveten muskelspänning. Denna energimobilisering är någonting sunt och normalt. Problem kan dock uppstå om energimobiliseringen får pågå under långa perioder utan nödvändig återhämtning. Mycket låga statiska belastningsnivåer kan ge skadliga förändringar i muskulaturen om belastningen pågår under tillräckligt lång tid. Psykisk eller kognitiv stress anses kunna leda till sådan låg men långvarig belastning (Melin & Wigaeus Tornqvist, 2004). Muskelfibrerna skadas lättare hos en person som är stressad, och stresshormoner i blodet minskar läkningsförmågan när en skada har uppstått. Faktorer som orsakar stress kan således bidra till uppkomsten av belastningsskador (Gedin-Erixon, 1992).

Någon entydig modell som förklarar uppkomsten av smärta och värk i rörelseorganen har inte kunnat beläggas empiriskt. Istället har flera multifaktoriella modeller framlagts, där riskfaktorer i arbetsmiljön och arbetets utförande poängteras som viktiga bidragande orsaker till smärta och värk. Dessutom påverkar individfaktorer, livsstil och sociokulturella faktorer (Melin & Wigaeus Tornqvist, 2004), och att kroppens förmåga att repareras och återuppbyggas försämras vid en psykosocial påfrestning (Vingård & Lindberg, 2000).

Ett problem med åtskilliga studier som behandlar sambandet mellan muskuloskeletal besvär och psykosociala faktorer är att de inte undersöker fysiska och psykiska faktorer samtidigt. De flesta studier av sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och muskuloskeletal besvär tar ingen hänsyn till den fysiska arbetsmiljön. Ytterligare problem med att bedöma psykiskt krävande faktorer i arbetet är att det ofta förekommer variabler som även kan omfatta fysiskt krävande arbetsmiljöfaktorer, till exempel repetitivt arbete och arbetstakt. Det är alltså inte självklart att det är psykiskt krävande belastningar som mäts. Ytterligare ett problem är att det alltid är arbetstagarnas egna uppgifter som används när den psykosociala arbetsmiljön skall undersökas. Det finns således ett inslag av subjektivitet som visserligen är relevant, men som försvårar jämförelser med den fysiska arbetsbelastningen, som går att iaktta och mäta (Kilbom &

Messing, 1994). Det är svårt att mäta psykosociala faktorer i arbetsmiljön och annorlunda i jämförelse med att mäta fysiska exponeringar i arbetsmiljön, eftersom individens egna förutsättningar, personlighet, livsbetingelser och tidigare erfarenheter spelar en större roll. Objektivisering eftersträvas när fysiska exponeringar ska mätas, men när den psykosociala exponeringen skall mätas är det istället individens egen upplevelse av exponeringen som är det väsentliga (Vingård & Lindberg, 2000).

Förändringar i arbetsmiljö och sjuklighet

Personer som arbetar inom vård och omsorg har haft en påtagligt dålig utveckling av såväl arbetsmiljö som välbefinnande under den senaste tioårsperioden. Vårdpersonal har sämre villkor än andra beträffande belöningsfaktorer som möjlighet till befordran och löneförhöjning. Kombinationen av att ha ett ansträngande arbete och att få bristfällig belöning för detta har samband med ohälsa. Inom omsorgssektorns yrken finns ofta denna obalans mellan ansträngning och belöning. Vårdpersonal har en låg lön samtidigt som de ofta arbetar övertid, drar in på luncher och har svårt att koppla bort tankarna på arbetet när de kommer hem. Det är heller inte ovanligt att vårdpersonal är närvarande på arbetet trots sjukdom (Folkhälsorapport 2001).

Den fysiska arbetsmiljön har generellt sett blivit bättre i Sverige, men den psykosociala arbetsmiljön verkar snarare ha försämrats. Det har skett en dramatisk ökning av långtidssjukskrivningar i Sverige sedan 1997. Denna ökning beror till stor del på att den stressrelaterade psykiska ohälsan har ökat. Det är vetenskapligt styrkt att det finns ett samband mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa. Det tycks särskilt drabba personer som har mycket kontakt med och ansvar för andra människor i sitt arbete, t.ex. vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2003). En allt högre andel av dem som arbetar inom hälso- och sjukvård anger att de känner sig uttröttade. Det är inte i första hand en förändrad fysisk arbetsmiljö som ligger bakom detta. Snarare är det en spegling av att den psykosociala arbetsmiljön har försämrats och att arbetstakten har ökat. Andelen kvinnor som anser sig ha möjlighet att själva bestämma sin arbetstakt inom den kommunala sektorn har minskat de senaste 15 åren. Denna utveckling kan hänga samman med att krav och ansvar har ökat, men kan också vara en följd av en tilltagande osäkerhet om de egna möjligheterna till arbete i framtiden (Wikman, 2004). Ett positivt tecken är att

sjukskrivningarna har minskat något under 2004, men istället har antalet förtidspensioneringar ökat (Lidwall, Marklund & Skogman Thoursie, 2004).

Ökningen av sjukskrivningarna under senare år är ojämnt fördelad mellan kvinnor och män, mellan branscher och mellan olika åldrar. Skillnader i arbetsmiljö utgör en betydelsefull orsak till de skillnader som finns i sjukfrånvaro. De resursnedskärningar som skett inom den offentliga sektorn har särskilt drabbat den äldre delen av arbetskraften. Allt fler arbetstagare blir tvungna att avsluta sitt arbetsliv långt före normal pensionsålder till följd av sjukskrivning, förtidspension eller egen pensionering. Betydelsefulla åtgärder för att människor skall orka arbeta ett helt arbetsliv är att regelbundet se över arbetets organisation, resurstilldelning och utformning av arbetsrutiner. Det är dock viktigt att betona att det finns en ofrånkomlig ”grundfrånvaro” till följd av att vi bär med oss olika genetiska anlag som kan orsaka sjukdom, och att vi drabbas av olyckor och av infektioner. Denna frånvaro är troligen en större del av orsakerna till sjukfrånvaro. Om denna grundfrånvaro skulle vara enda orsak till sjukfrånvaro, skulle denna inte variera särskilt mycket mellan arbetsplatser och branscher. Det är dock sedan långt tillbaka känt, att frånvaron varierar kraftigt, och det finns skillnader i sjukfrånvaro som inte kan förklaras på annat sätt än att förhållandena varierar mellan olika arbetsplatser. Dessutom har den grundläggande folkhälsan förbättrats kontinuerligt under de senaste decennierna, vilket ytterligare understryker att den ökande sjukfrånvaron till stor del kan tillskrivas förändringar av arbetsmiljön och den enskildes värderingar och attityder (SOU 2000:121).

Arbetare som saknar eller har kort yrkesutbildning är den största gruppen bland sjukskrivna. Särskilt drabbade grupper är för kvinnor vårdbiträden och undersköterskor. Kommunen med dess äldreomsorg, skola och barnomsorg är den dominerande arbetsgivaren när det gäller sjukskrivning till följd av arbetsförhållanden. Kvinnor som är anställda inom kommuner och landsting utgör 21,5 procent av samtliga anställda i Sverige men svarar för 30 procent av sjukfrånvaron (SOU 2000:121). Den största yrkesgruppen bland långtidssjukskrivna är vård- och omsorgspersonal. Den vanligaste diagnosen bland de långvarigt sjukskrivna är sjukdomar i rörelseorganen (RFV 2003:10). Den oftast angivna orsaken till anmälda arbetssjukdomar är ergonomiska eller fysiska belastningsfaktorer. Arbetssjukdomar vars bakgrund är psykosocial och organisatorisk är vanligast bland kvinnor i yrken inom vård, omsorg och skola. Den största ökningen av

den arbetsrelaterade ohälsan är den som har bedömts bero på stress och hög arbetsbelastning, men även arbetsrelaterade besvär som orsakats av fysisk belastning har ökat. En hög arbetsbelastning och stress kan vara betydelsefulla bidragande faktorer även vid skador som uppkommit till följd av fysisk belastning (Sundström-Frisk & Weiner, 2004).

Undersökningen ”Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro” (Vingård & Lindberg, 2000) genomfördes i samverkan mellan Karolinska institutet och Riksförsäkringsverket (RFV) i syfte att bland annat beskriva hur män och kvinnor i olika åldrar med olika bakgrund och arbetsförhållanden upplevde sin arbetssituation. Förutom detta var syftet även att belysa eventuella samband mellan hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro för att kunna identifiera goda och dåliga arbetsmiljöer. Resultatet visade att andelen som rapporterade god hälsa minskade med stigande ålder. Två tredjedelar av befolkningen hade gått sjuka till arbetet under det senaste året, i synnerhet de som var mellan 35 och 45 år. Anledningen till att respondenterna gick sjuka till arbetet var att de inte hade råd att vara sjuka (till följd av karensdag och låg sjukersättning), att de inte kunde tillåta sig att vara sjuka till följd av arbetsuppgifterna och av lojalitet mot sina arbetskamrater. Den psykiska arbetstyngden med höga krav och låg kontroll var högre bland kvinnor än män. Studien visade att risken var högre att bli sjukskriven mer än fyra veckor bland dem som var äldre, löpte risk för nedskärningar på arbetsplatsen, var kommunalanställd (gällde endast kvinnor), hade dåligt klimat i arbetsgruppen, upplevde höga krav i kombination med låg kontroll i arbetet, inte fick uppskattning för sin arbetsinsats, rapporterade bristfälligt ledarskap från närmaste chef och hade ett fysiskt ansträngande arbete (Vingård & Lindberg, 2000).

Bland dem som är sjukskrivna anser hälften att deras sjukskrivning är arbetsrelaterad. Andelen sjukskrivna som upplever att deras sjukfrånvaro är arbetsrelaterad är högre för anställda inom kommunal sektor i jämförelse med andra sektorer. Den *psykosociala arbetsmiljön* har betydelse för om de sjukskrivna uppfattar sina besvär som arbetsrelaterade eller ej. De som utsätts för *höga krav* i arbetet uppger ofta att sjukskrivningen är arbetsrelaterad, liksom de personer som säger sig ha låg grad av *socialt stöd* och liten anknytning till arbetsplatsen. De sjukskrivna som har ett gott socialt stöd från såväl chef som arbetskamrater, trivs med sina arbetsuppgifter, saknar sitt arbete

och känner sig välkomna tillbaka, upplever däremot mer sällan att arbetet har bidragit till deras sjukskrivning (RFV 2003:10).

Ändrat hälsobegrepp

I WHO's definition av hälsa från 1947 beskrivs att "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, andligt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet" (Rydén & Stenström, 2000, sid. 6). Denna definition har kritiserats för att vara utopisk och för att medikalisera människolivet. Dock har definitionen kommit att utgöra en viktig grund i diskussioner som förts kring hälsobegreppet, eftersom den belyser att hälsa är ett begrepp med såväl biologiska, psykologiska som sociala dimensioner (Rydén & Stenström, 2000).

Innebörden av begreppen hälsa och sjukdom har vidgats de senaste decennierna. Den biomedicinska, strikt naturvetenskapliga sjukdomsmodellen som länge var rådande utvidgades till en bio-psykosocial modell, som är den idag gällande officiella uppfattningen om vad som orsakar sjukdom. Detta flerdimensionella begrepp understryker att hälsa och sjukdom är föränderliga tillstånd. En person är vanligen inte helt sjuk eller frisk, utan ständigt i rörelse på väg mot ökad hälsa eller sjukdom till följd av förändringar inom individen och i hennes omgivning. Den bio-psykosociala modellen har kritiserats bland annat för att den liksom den strikt biomedicinska modellen reducerar individen till ett objekt som verkar i en enda materiell verklighet. Ett komplement till den bio-psykosociala modellen är därför det socialkonstruktivistiska synsättet, som antar att människan formar sin egen verklighet genom språket. Det finns enligt detta synsätt ingen entydig relation mellan en människas materiella villkor och den mening hon upplever. För att få tillgång till vilken innebörd en sjukdom har för en person, måste hon berätta om sjukdomen som en del av sitt liv för någon som lyssnar. En ny generation sjukdomar har uppmärksamrats under de senaste åren tack vare att kunskaperna har ökat om att levnadsvanor och personlighet kan befrämja hälsa eller vara sjukdomsframkallande. Dessa nya sjukdomar av såväl kroppslig som psykisk natur har kallats "tillitsbristsjukdomar", vars orsak tros ligga i individens brist på tillit till sig själv, till samhället, sina närmaste och till den egna förmågan att finna svar på existentiella frågor. Förändringar i sjukdomsbegreppet har medfört att sjukvården idag möter problem som tidigare generationer uppfattade som normala prövningar i livet. Det är dock viktigt att understryka att skillnaderna i vad som uppfattas som sjukdom inte enbart ligger mellan

generationer, utan även i hög grad mellan individer. Sjukdomens uttryck och hur den uppfattas av en enskild individ bestäms av hennes biologiska och psykologiska förutsättningar, hennes sociala situation och kulturella miljö (Rydén & Stenström, 2000).

Arbetsmiljön inte ensam orsak till sjukskrivning

Det har föreslagits en mängd förklaringar till de senaste årens höga sjukskrivningstal. En central fråga har varit betydelsen av de neddragningar som gjordes inom offentlig sektor under mitten av 1990-talet. Regeringen har ofta betonat arbetslivet och dess betydelse för hälsan, och understryker att arbetsgivarna måste ta ansvar, både för att förhindra sjukskrivning och för att få de sjukskrivna tillbaka till arbetslivet (RFV 2003:10). De variationer som skett i sjukskrivningarnas omfattning under de senaste tjugo åren kan dock inte enbart förklaras av förändringar i arbetsmiljön. Konjunkturen har under samma tidsperiod förändrats, vilket har medfört expansiva eller restriktiva regelförändringar³. I högkonjunktur genomförs vanligen expansiva och i lågkonjunktur restriktiva regelförändringar. När arbetslösheten är låg, tenderar sjukfrånvaron att öka, och tvärtom minskar sjukfrånvaron vid högre arbetslöshet. När arbetslösheten ökade i början av 1990-talet, minskade sjukfrånvaron, vilken också kan ha påverkats av att en sjuklöneperiod och ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna infördes vid samma tidpunkt. När karensdagen infördes 1993 minskade sjukfrånvaron ytterligare, men sjukskrivningarna blev mer långvariga än tidigare. En förklaring till detta kan vara att endast svårare sjukdomstillstånd blev aktuella för sjukskrivning efter att karensdagens införts. Till följd av karensdagen blev självriskan för korttidssjukskrivning större, vilket bidrog till att det blev alltför kostsamt att vara sjukskriven under kortare perioder. När sjukskrivningen väl var ett faktum, saknades dock de ekonomiska drivkrafterna för individen att snabbt gå tillbaka i arbete (Lidwall et al., 2004).

Den kraftiga ökningen av sjukskrivningar som skett sedan 1997 kunde förklaras av att arbetslösheten minskade under samma tidsperiod, men sjukskrivningstalen har sedan förblivit höga trots att arbetslösheten stigit. Sjukskrivningar till följd av stressrelaterade och psykiska besvär har ökat, vilket kan vara ett tecken på att klimatet i arbetslivet har blivit hårdare. Arbetskraften har också blivit äldre, och många kan ha svårt att orka arbeta

³ Expansiva förändringar innebär bl.a. att den offentliga sektorn byggs ut, restriktiva förändringar innebär neddragningar inom offentlig sektor.

ända till pensionsåldern. Det finns stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, vilket speglar skillnader i arbetsvillkor mellan könen (Lidwall et al., 2004).

Krav-kontrollmodellen

Under senare år har intresset av naturliga skäl ökat för sambandet mellan arbetsorganisation, de anställdas möjlighet till påverkan och deras hälsoutveckling. Det synsätt som dominerat den skandinaviska forskningen är Karaseks och Theorells krav-kontroll-modell (fig. 1, sid. 14), som är mycket användbar när den psykosociala arbetsmiljön skall undersökas. Krav-kontroll-modellen förutsätter att arbetsrelaterad stress och ohälsa inte enbart beror på alltför höga krav, utan också på vilka möjligheter individen har till kontroll i arbetet. En belastning kan skapa negativ stress om denna kontroll saknas, men samma belastning kan upplevas som utmanande och positiv om individen har kontroll över sin arbetsituation. Enligt krav-kontroll-modellen är risken för negativ stress och sjukskrivning som störst i så kallade spända arbeten med höga psykologiska krav och små möjligheter att påverka arbetets utformning och innehåll. En motverkande faktor som minskar den negativa stressen och risken för att bli sjukskriven är socialt stöd från arbetskamrater och ledning (Karasek & Theorell, 1990).

Modellen utgår från de två variablerna psykologiska arbetskrav och egenkontroll. De *psykologiska kraven* delas in i kvantitativa och kvalitativa krav, där de kvantitativa kraven omfattar mängden av arbete som krävs av individen per tidsenhet. De kvalitativa kraven består av kognitiva och emotionella krav samt av krav på att inte uttrycka känslor i arbetet. *Egenkontrollen* omfattar såväl uppgiftskontroll som kunskapskontroll. Uppgiftskontroll innebär kontroll över hur arbetet skall utföras (handlingsfrihet). Kunskapskontroll handlar om hur individens kunskaper tas till vara i arbetet. Om individen tillåts utveckla och använda sin kompetens, ökar hennes möjlighet att utöva kontroll i arbetet (Karasek & Theorell, 1990).

		<i>Psykologiska krav</i>		
		Låga	Höga	
<i>Beslutsutrymme</i> (kontrollmöjligheter)	Stort	Avspänt	Aktivt	Lärande, motivation att utveckla nya beteendemönster
	Litet	Passivt	Spänt	Risk för upplevelse av spänd situation och sjukdom

Figur 1. Krav-kontrollmodellen

(Karasek & Theorell, 1990. I: Allebeck & Diderichsen, 1998, sid. 92)

Kombinationen av krav och kontroll kan enligt modellen förekomma i fyra olika varianter:

-*Avspända arbeten* ställer låga krav på individen, men möjligheterna är stora att påverka och ha inflytande över sin arbetssituation. Detta anses vara det ideala arbetet.

-*Aktiva arbeten* innebär en kombination av höga krav och goda möjligheter att ha inflytande och att påverka arbetssituationen. Det aktiva arbetet låter visserligen kroppen gå på högvarv, men samtidigt stimuleras kroppens återuppbyggingsmekanismer. En psykisk tillväxt sker, och individens möjligheter att klara av påfrestningar ökar.

-*Passiva arbeten* ställer låga krav och erbjuder få möjligheter att påverka och ha inflytande över arbetssituationen. När situationen är passiv på arbetsplatsen är den mentala belastningen låg, och i kombination med ett bristande beslutsutrymme kan det leda till att vissa kunskaper och färdigheter som individen haft när han/hon började på arbetet går förlorade.

-*Spända arbeten*, som innebär att kraven som ställs på arbetet är höga, samtidigt som möjligheterna att påverka arbetssituationen är få. Spända arbeten kan leda till en psykofysiologisk spänning som ökar risken för sjukdom. Dessutom hindras individens lärande och utveckling (Karasek & Theorell, 1990. I: Allebeck & Diderichsen, 1998).

Det *sociala stödet* är en betydelsefull faktor som kan mildra effekterna av höga krav i arbetet, i likhet med egenkontrollen som redovisas ovan. Det sociala stödet kan delas upp i instrumentellt och emotionellt stöd, där det instrumentella stödet omfattar stöd i arbetsuppgiften och det emotionella stödet känslomässigt stöd i påfrestande situationer (Karasek & Theorell, 1990).

Krav-kontroll-modellen är utgångspunkten i en undersökning där RFV studerade vilken betydelse den psykosociala arbetsmiljön har för långvarig sjukskrivning. Skillnader i den psykosociala arbetsmiljön har kunnat identifieras genom att ett urval av långtidssjukskrivna jämförts med ett urval av normalbefolkningen. Resultaten visade att långtidssjukskrivna män och kvinnor i högre grad än normalbefolkningen upplevde att de psykologiska kraven var höga i deras arbete samtidigt som de hade låg egenkontroll och ett svagt socialt stöd. Den största risken för att bli långtidssjukskriven återfanns bland dem som hade *spända arbeten* med höga krav och låg kontroll. För kvinnor var risken även förhöjd för dem som har aktiva jobb där såväl krav som kontroll var höga. Det ideala ur hälsosynpunkt visade sig vara att ha ett avspänt arbete, där de psykologiska kraven är låga men kontrollen är hög (RFV 2003:3).

Spänt arbete har blivit vanligare bland förvärvsarbetande kvinnor under den senaste 15-20-årsperioden. Denna förändring kan särskilt ses inom vård- och serviceyrken, och den kan inte förklaras av konflikten mellan hem- och förvärvsarbete (Allebeck & Diderichsen, 1998). Bland kvinnor inom vården har såväl sjuksköterskor som undersköterskor/vårdbiträden en låg grad av egenkontroll och höga krav i sitt arbete. Ett viktigt mått på negativ stress är att individen själv upplever sitt arbete som psykiskt påfrestande. Det är framför allt människovårdande yrken som upplevs som psykiskt påfrestande med höga krav och liten egenkontroll. Det sociala stödet är en mycket viktig grund för att underlätta möjligheten att kunna hantera en arbetssituation där kraven är höga och egenkontrollen låg. Att ha ett gott socialt stöd på arbetsplatsen innebär möjligheter till praktisk hjälp i belastande situationer, och inte minst gemenskap, stöd och uppmuntran när arbetet känns besvärligt. Om möjligheten att få ett gott socialt stöd från chefer och arbetskamrater saknas, ökar risken för negativ stress och ohälsa (Arbetsmiljöverket & SCB, 2001).

Förutom krav-kontrollmodellen finns även andra förklaringsmodeller som används när stressorer i arbetsmiljön skall studeras. Viktiga begrepp som används ofta är interaktionen mellan människor, feedback och det som kallas social gratifikation. Detta begrepp är centralt i den tyske sociologen Siegrists *effort-reward-model*, enligt vilken det är ytterst viktigt för den anställdas hälsa att han/hon får och känner uppskattning av det arbete som utförts. Detta kan bestå i att den anställda har möjlighet att befordras, få intellektuell och social stimulans samt belöning i form av pengar. Ansträngning som inte leder till denna gratifikation ökar risken för ohälsa och sjukdom (Allebeck & Diderichsen, 1998).

Syfte

Att undersöka hur vårdpersonal som arbetar på kommunala äldreboenden upplever sin psykosociala arbetsmiljö samt eventuella samband mellan vårdpersonalens upplevda arbetsmiljö och ålder, år i vården, självskattad hälsa, sjuknärvaro och skattat antal årliga sjukskrivningsdagar.

Frågeställningar:

-Hur upplever vårdpersonal inom äldreomsorgen sin psykosociala arbetsmiljö utifrån krav-, kontroll- och stöd-aspekter?

-Finns det några skillnader med avseende på vårdpersonalens upplevelse av sin arbetsmiljö som är kopplade till deras ålder, antal arbetade år i vården, självskattade hälsa, sjuknärvaro och skattat antal sjukskrivningsdagar under ett år?

Metod

Det finns tre olika sätt att undersöka den psykosociala arbetsmiljön: Individens egen upplevelse av sin arbetsmiljö kan undersökas med självskattningsformulär eller intervju. Observationsstudier kan användas för att ge en objektiv bild av arbetsmiljön. Slutligen kan redan genomförda befolkningsundersökningar (såsom statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden) användas som underlag för fortsatta studier. Det går att diskutera vilken typ av mått som ger den mest sanna bilden. Individens egen

upplevelse av förhållandena på arbetsplatsen är givetvis betydelsefull. Dock kan det vara svårt att få en sann bild av personliga upplevelser vid intervjuer, eftersom förnekande och andra försvarsmekanismer kan hindra. Det kan också finnas ett socialt tryck från arbetskamrater och ledning att inte berätta om förhållandena på arbetsplatsen. När det gäller att förändra förhållanden i den psykosociala arbetsmiljön i syfte att förbättra den är det vanligen den kollektiva bilden som är betydelsefull, och för att få fram denna måste frågeformulär ofta kompletteras med observationer eller intervjuer i grupp. Det är i allmänhet intervjuer som ger de anställda den bästa känslan av att de är delaktiga i ett förändringsarbete (Allebeck & Diderichsen, 1998).

Den vanligaste metoden för att kartlägga arbetsmiljön är att använda sig av frågeformulär. Det finns ett mycket stort antal frågeformulär som konstruerats i detta syfte. I stort sett de flesta standardformulären organiseras kring begrepp som kan liknas vid psykiska krav, kontrollmöjligheter och socialt stöd. Beteckningar och innehåll kan dock variera, och istället för krav kan man t.ex. tala om belastning, jäkt och rollkonflikt. Variabeln kontrollmöjligheter kan på liknande sätt delas upp i delaspekter som meningsfullhet och utvecklingsmöjligheter. Frågor om psykiska krav omfattar både kvantitativa och kvalitativa krav. Kontrollaspekten omfattar frågor som handlar om att både bibehålla och att vidareutveckla sina kunskaper, om stimulans i arbetet och om vilka påverkansmöjligheter man har över det egna arbetet. Socialt stöd omfattar flera olika aspekter som exempelvis om stämningen är god och om man får känslomässigt stöd när det uppstår svårigheter i arbetet (Allebeck & Diderichsen, 1998).

I denna studie användes enkäten Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), eftersom den innehåller frågor som omfattar såväl krav- som kontroll- och stöd aspekterna i Karaseks och Theorells krav-kontrollmodell. Enkäten utvecklades av Arbetsmiljöinstitutet i Köpenhamn i samband med ett större projekt där 2 000 anställda fick besvara frågor om sin psykiska arbetsmiljö och hälsa. Studier visade att COPSOQ gav valida och reliabla mått på ett antal dimensioner av den psykosociala arbetsmiljön. Flera olika psykosociala test har använts för att skapa och utveckla COPSOQ, vilket har bidragit till att instrumentets validitet är hög (Kristensen, 2001). COPSOQ innehåller fem krav-dimensioner som enligt Kristensen kan användas för att undersöka krav-dimensionen i Karaseks krav-kontrollmodell. Det finns ännu inga medelvärden tillgängliga på dimensionerna i COPSOQ som kan generaliseras till den svenska

arbetskraften och dess olika yrkeskategorier. Flera svenska studier av den psykosociala arbetsmiljön har dock genomförts med COPSQ, varav en undersöker ett representativt urval av 1 500 personer ur den skånska befolkningen som arbetar mer än 20 timmar per vecka (Nielsen, Brenner, Unkel & Weikert, 2003).

Det finns tre versioner av COPSQ: en *lång* som är avsedd för forskning, en *medellång* som kan användas av specialister inom arbetsmiljöarbete och en mindre omfattande *kort* version som kan användas på arbetsplatserna för en översiktlig kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön. Den långa versionen innehåller 30 dimensioner med totalt 141 frågor, den medellånga 26 dimensioner med 95 frågor och den korta åtta dimensioner med 44 frågor. Ett syfte med att utveckla dessa tre versioner av formuläret var att förbättra kommunikationen mellan forskare, arbetsmiljöspecialister och arbetsplatser (Kristensen, 2001).

I denna studie användes den medellånga versionen (Appendix 2:2), som översatts från danska till svenska av Lindqvist och Wieslander (Lindqvist & Wieslander, 2001). Översättningens reliabilitet testades i Lindqvist & Wieslanders studie för samtliga dimensioner genom att det så kallade Cronbach's alfa-värdet beräknades. Ett alfavärde som ligger mellan 0,70 och 0,90 indikerar att den interna homogeniteten är god, vilket innebär att testets olika items hänger ihop på ett tillfredsställande sätt (Aron & Aron, 2003). I jämförelse med den danska versionen var Cronbach's alfa-värdet lägre på ett antal dimensioner (kvantitativa krav, krav på att dölja känslor, sensoriska krav, utvecklingsmöjligheter, rollkonflikt, feedback, tillhörighet och otrygghet), men i övrigt var reliabiliteten god (Lindqvist & Wieslander, 2001).

Enkäten tillhandahölls av Lunds universitet. De sista sex dimensionerna i den medellånga versionen som berör frågor om mental hälsa och stressymtom exkluderades från formuläret, eftersom respondenterna kan uppleva det som känsligt att svara på dessa frågor. Det är också möjligt att respondenternas svar på känsliga frågor om mental hälsa och stressymtom kan påverkas av att de först uppskattar antalet sjukskrivningsdagar. Istället för frågorna i de utelämnade sex dimensionerna, fick respondenterna därför en mer neutral fråga, där de fick skatta sin allmänna hälsa (fråga 7). De fick dessutom uppge om de varit närvarande på jobbet trots sjukdom under den senaste 12-månadersperioden (fråga 8). Ett försättsblad med erforderliga bakgrundsvariabler bifogades, där

respondenterna fick uppskatta hur många dagar de varit sjukskrivna den senaste 12-månadersperioden (*appendix 2:1*).

Varje dimension av arbetsmiljön som formuläret avtäckar består av 2-5 frågor. Merparten av frågorna har fem svarsalternativ (Likert-skala), där det första svarsalternativet ("Alltid/i mycket hög grad") ger högst (fem) och det sista ("I mycket liten grad/nästan aldrig") lägst (en) poäng. Motsatt förhållande gäller för fråga 1w, där det första svarsalternativet ger lägst poäng och det sista högst.

Några undantag finns från ovanstående poängsättning: På frågorna om arbetstillfredsställelse (5a-d) fanns endast fyra svarsalternativ. På frågorna om otrygghet i arbetet (6a-d) fanns två svarsalternativ (ja och nej), där varje ja-svar motsvarar en och varje nej 0 poäng.

Medelvärdet av poängen på frågorna som ingick i var och en av de 20 dimensionerna räknades samman för varje respondent. Vid uteblivet svar på en fråga, poängsattes den med respondentens genomsnittliga poäng på de övriga frågorna som hörde till den dimension där frågan ingick. Höga medelvärden på vissa dimensioner innebar att den psykosociala arbetsmiljön upplevdes som positiv (dessa variabler betecknas med (p) nedan), medan höga värden på andra dimensioner indikerade en negativ upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön (dessa betecknas (n) nedan).

Enkätens 20 dimensioner:

1. *Kvantitativa krav (n)*: Förhållandet mellan arbetets omfång och tiden det tar att utföra det.
2. *Kognitiva krav (n)*: Krav som relateras till beslutsfattande, att hålla olika saker i minnet, att komma med nya idéer och att överblicka många saker samtidigt.
3. *Emotionella krav (n)*: Känslomässiga krav som kan handla om att sätta sig in i andras situation, att visa förståelse och medkänsla.
4. *Krav på att dölja känslor (n)*: Krav på att dölja såväl positiva som negativa känslor under arbetsdagen.
5. *Sensoriska krav (n)*: Arbetsmässiga krav som omfattar sinnen, uppmärksamhet och motorik.
6. *Inflytande (p)*: Möjligheten att påverka sina arbetsuppgifter och sin arbetssituation.

7. *Utvecklingsmöjligheter (p)*: Arbetets grad av variation och i vilken omfattning det erbjuder möjlighet till självutveckling och lärande.
8. *Frihetsgrader i arbetet (p)*: Möjlighet att själv kunna bestämma när man skall ta paus, ledigt och/eller semester.
9. *Meningsfullhet i arbetet (p)*: Att kunna relatera sitt arbete till värden eller mål som känns meningsfulla.
10. *Engagemang (p)*: Den enskildes involvering i sitt arbete.
11. *Framtidsutsikter (p)*: Att få erforderlig information för att kunna göra ett bra arbete, och om viktiga beslut, förändringar och framtidsplaner som berör arbetsplatsen.
12. *Rollklarhet (p)*: Vetskapen om vilka möjligheter som finns till självbestämmande, det egna arbetets mål och ansvarsområde.
13. *Rollkonflikter (n)*: När arbetet kräver att den anställda måste handla i konflikt med personliga normer och föreställningar.
14. *Ledarskap (p)*: I vilken grad den närmaste ledningen upplevs kunna planera arbetet, lösa uppkomna konflikter och se till att de anställda trivs och utvecklas på arbetet.
15. *Socialt stöd (p)*: Möjligheten att kunna få hjälp och stöd från arbetskamrater och ledning då det behövs i arbetet.
16. *Feedback (p)*: I vilken grad den anställda får återkoppling på utförd arbetsinsats från kollegor och överordnade.
17. *Sociala relationer (p)*: I vilken mån den anställda känner sig delaktig i gemenskapen, arbetar tillsammans med och samverkar med sina arbetskamrater.
18. *Känsla av tillhörighet (p)*: Hur samarbetet och stämningen är mellan den anställda och arbetskamraterna.
19. *Otrygghet i arbetet (n)*: Oro över att mista arbetet och ha svårt att få ett nytt eller över att bli omplacerad.
20. *Tillfredsställelse med arbetet (p)*: Generell tillfredsställelse med arbetet som helhet, även med den fysiska arbetsmiljön inräknad.

(Lindqvist & Wieslander, 2001)

Procedur

Den kommunal del där studien genomfördes består av både stadsbebyggelse, mindre samhällen och glesbygd. Tre äldreboenden som vardera representerade ett av dessa områden valdes ut att delta i studien, efter att områdeschefen gett sitt godkännande. Avsikten var inte att jämföra boendena sinsemellan utan att öka urvalets representativitet. På varje äldreboende arbetade mellan 32 och 58 vårdpersonal. Samtliga vårdpersonal fick delta på två av äldreboendena. För att begränsa antalet deltagare i studien, gjordes ett slumpmässigt urval på det tredje äldreboendet, där tre av totalt fem enheter kom att delta. Det totala antalet anställda vårdpersonal på enheterna som deltog i studien blev 112. Cheferna på äldreboendena kontaktades. Sedan studien godkänts av cheferna, informerades deltagarna såväl muntligt som skriftligt. I denna information framgick det att deltagandet var frivilligt och att respondenterna garanterades anonymitet (*Appendix 1*).

Enkäterna distribuerades till samtliga berörda enheter, där vårdpersonalen på varje enhet själva fick bestämma var de ville ha de icke ifyllda enkäterna liggande för att de skulle bli uppmärksammade (vanligtvis på vårdpersonalens expedition). Vårdpersonalen hade tio dagar på sig att fylla i enkäten, som skulle lämnas i ett särskilt postfack på äldreboendet (detta postfack fanns i administrationens lokaler och således inte i nära anslutning till vårdenheterna). Efter fem dagar besöktes varje äldreboende för att vårdpersonalen skulle erbjudas möjlighet till diskussion och till att få ställa frågor kring enkäten samt för påminnelse om sista svarsdatum. Enkäten skickades per post till de tio vårdpersonal som var långtidssjukskrivna samma datum som enkäterna distribuerades på varje respektive enhet, och kuvert med svarsporto bifogades utskicket.

RESULTAT

Totalt inkom 86 besvarade enkäter, varav tre från de sjukskrivna. Svarefrekvensen blev således 77% av totalt 112 anställda undersköterskor/vårdbiträden på de deltagande enheterna. Av de sjukskrivna var svarefrekvensen dock endast 30% (3 av 10). Det interna bortfallet bestod av tre enkäter (3%), där två respondenter endast fyllt i varannan sida på formuläret och en respondent hade lämnat de viktiga frågorna om självskattad hälsa samt om uppskattat antal sjukskrivningsdagar obesvarade. Av samtliga respondenter var 96% kvinnor, vilket motsvarar den genomsnittliga fördelningen av kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgen (Kihlbom & Messing, 1999). Merparten av de svarande (81%) arbetade dag, 19% arbetade natt. Trettiofyra procent arbetade heltid, och 66% således deltid.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler

ÅLDER (år)	<i>N</i>	<i>Procent</i>	SJÄLVSKATTAD HÄLSA	<i>N</i>	<i>Procent</i>
-35	20	24,1	Utmärkt	14	16,9
36-45	28	33,7	Mycket god	24	28,9
46-55	23	27,7	God	33	39,8
56-65	12	14,5	Mindre god/dålig	12	14,5
<i>Totalt</i>	83	100,0	<i>Totalt</i>	83	100,0
ÅR I VÅRDEN	<i>N</i>	<i>Procent</i>	SJUJSKRIVNINGSDAGAR	<i>N</i>	<i>Procent</i>
-5	17	20,5	0-5	47	56,6
6-10	17	20,5	6-10	11	13,3
11-20	31	37,3	11-20	12	14,5
21-	18	21,7	21-59	8	9,6
<i>Totalt</i>	83	100,0	60 dagar eller mer	5	6,0
			<i>Totalt</i>	83	100,0
SJUKNÄRVARO	<i>N</i>	<i>Procent</i>			
Nej	21	25,3			
Ja	62	74,7			
<i>Totalt</i>	83	100,0			

Åldern på de svarande varierade, med en viss övervikt åt åldersgrupperna under 45 år. Det var dock endast tre (4%) som var under 25 år. Fördelningen av antal år som respondenterna hade arbetat som undersköterska/vårdbiträde (*år i vården*) var förhållandevis jämn mellan svarealternativen, men ingen respondent hade arbetat kortare tid än ett år i vården. En större del (84%) skattade sin *hälsa* som utmärkt eller mycket god/god, men 16 % uppgav att deras hälsa var mindre god eller dålig (endast en respondent skattade sin hälsa som dålig).

En knapp majoritet av respondenterna (57%) angav att de varit *sjukskrivna* maximalt fem dagar under den senaste 12-månadersperioden. Av samtliga respondenter hade 75% vid något tillfälle varit närvarande på arbetet trots att de ansett sig vara sjuka (*sjuknärvaro*) under det senaste året.

COPSOQ-dimensionerna

Medelvärden och standardavvikelser för samtliga vårdpersonal beräknades för var och en av de 20 dimensionerna för att undersöka om vårdpersonalen skattade särskilt högt eller lågt på några av dimensionerna. I tabell 2 nedan redovisas dessa medelvärden och standardavvikelser. För att lättare kunna urskilja variabler som kan relateras till krav, kontroll respektive stöd, har dessa delats upp i kluster.

Tabell 2: COPSOQ-dimensionerna: medelvärden och standardavvikelser samt min- och maxvärden. (*p*=positiva, *n*=negativa, se förklaring sid. 19).

Dimension i COPSOQ	Min	Max	Medelvärde ⁴	SD
<i>Krav</i>				
Kvantitativa krav	1,5	3,75	2,67 ⁿ	0,509
Kognitiva krav	2,00	4,50	3,67 ⁿ	0,477
Emotionella krav	2,00	5,00	3,67 ⁿ	0,672
Krav på att dölja känslor	1,00	5,00	2,73 ⁿ	0,766
Sensoriska krav	1,75	5,00	3,91 ⁿ	0,712
<i>Kontroll</i>				
Inflytande	1,25	3,75	2,61 ^p	0,570
Utvecklingsmöjligheter	2,00	4,75	3,60 ^p	0,608
Frihetsgrader	1,75	4,50	2,94 ^p	0,684
Mening	2,33	5,00	4,21 ^p	0,680
<i>Socialt stöd</i>				
Ledarskap	1,25	4,75	2,80 ^p	0,702
Socialt stöd	2,00	4,75	3,53 ^p	0,647
Sociala relationer	3,00	5,00	4,16 ^p	0,576
Tillhörighet	2,00	5,00	4,02 ^p	0,639
Framtidsutsikter	1,00	5,00	3,01 ^p	0,859
Rollklarhet	1,75	5,00	3,55 ^p	0,569
Rollkonflikter	1,75	4,75	2,85 ⁿ	0,591
Feedback	1,00	4,50	2,10 ^p	0,752
Otrygghet	0,00	4,00	0,89 ⁿ	1,137
Arbetsstillfredsställelse	1,50	4,00	2,72 ^p	0,555
Engagemang	1,00	5,00	2,99 ^p	0,681

⁴ Fem svarsalternativ fanns på varje fråga utom när det gäller frågorna i dimensionerna *otrygghet* och *arbetsstillfredsställelse*, se förklaring på sid. 19.

Det var framför allt de *sensoriska* men även de *kognitiva* och *emotionella kraven* som skattades högt. De sensoriska kraven kan för vårdpersonalen innebära att de måste vara ständigt uppmärksamma (till exempel på larm och på förändringar i vårdtagarnas sinnes- och hälsotillstånd), och att de måste vara medvetna om hur de använder kroppen t.ex. vid förflyttningar av vårdtagarna. Att ha höga kognitiva krav i arbetet innebär bland annat att vårdpersonalen i hög grad kan behöva hålla reda på många saker samtidigt, vara kreativa och fatta besvärliga beslut i sitt arbete med vårdtagarna, anhöriga, kollegor och andra. De emotionella kraven innebär att vårdpersonalen ofta kan försättas i känslomässigt påfrestande och krävande situationer.

Respondenterna skattade högt på dimensionen *mening*, men lågt på *frihetsgrader* och *inflytande*. Detta innebär att vårdpersonalen i hög grad är engagerade och att de upplever sitt arbete meningsfullt, men att de mer sällan kan planera sitt arbete och när de skall vara lediga. En låg grad av inflytande innebär att vårdpersonalen har få möjligheter att själva påverka sin arbetsituation och utformningen av arbetsuppgifterna. Vårdpersonalen har däremot höga medelvärden på *sociala relationer* och *tillhörighet*, men låga värden på *feedback* och på *ledarskap*.

Det finns som tidigare nämnts ännu inga jämförande svenska medelvärden på dimensionerna i COPSOQ som går att generalisera till större grupper och/eller till olika yrken. I appendix 3 (*appendix tabell 3:1*) anges medelvärden från studien ”Work and well-being in Skåne” (Nielsen et al, 2003), som med hjälp av COPSOQ undersökt den psykosociala arbetsmiljön hos ett urval på 1 500 personer från den skånska befolkningen som förvärvsarbetade mer än 20 timmar per vecka (Nielsen et al, 2003). Vårdpersonalens medelvärden skiljer sig i vissa avseenden från medelvärdena i ”Work and well-being in Skåne”. De emotionella ($M=3,67$ vs. $M=3,05$) och sensoriska ($M=3,91$ vs. $M=3,59$) kraven samt kraven på att dölja känslor ($M=2,73$ vs. $M=2,34$) var högre, samtidigt som vårdpersonalen angav att de har tillgång till socialt stöd och kontakt med kollegor under arbetstid (sociala relationer), vilket kan innebära möjlighet till hjälp och stöd i arbetet. Vårdpersonalen skattade lågt på dimensionen ledarskap ($M=2,80$ vs. $M=3,02$), liksom på graden av feedback ($M=2,10$). Denna dimension skattades lågt även av respondenterna i ”Work and well-being in Skåne” ($M=2,32$).

Korrelationsanalyser

För att undersöka eventuella samband mellan bakgrundsvariablerna och enkätens 20 dimensioner, genomfördes en rad korrelationsanalyser enligt Spearman rho. Anledningen till att Spearmans icke-parametriska korrelation användes var att svaren på COPSOQ-dimensionerna inte var normalfördelade. Outliers inkluderades, eftersom databearbetningen genomfördes med icke-parametriska test. En p-nivå på .05 gällde för att ett samband skulle räknas som signifikant. Utifrån denna kunde en rad signifikanta korrelationer påvisas. Sambandets styrka tillsammans med signifikansnivåer (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$) presenteras inom parentes nedan:

Ålder korrelerade endast med år i vården (0,33**), inte med hälsa, sjuknärvaro, sjukskrivningsdagar eller någon av enkätens dimensioner. *Antal år i vården* korrelerade med sjuknärvaro (-0,23*) och otrygghet (-0,32**). *Skattat antal sjukskrivningsdagar* korrelerade förutom med självskattad hälsa (-0,50***) även med tillhörighet (-0,36***). De bakgrundsvariabler som uppvisade flest signifikanta korrelationer var *sjuknärvaro* och *självskattad hälsa*, som korrelerade med en rad dimensioner enligt nedan:

Tabell 3. Signifikanta korrelationer

<i>Sjuknärvaro</i>	<i>Självskattad hälsa</i>
Engagemang (-0,27*)	Socialt stöd (0,22*)
Framtidsutsikter (-0,24*)	Frihetsgrader (0,38***)
Arbetsstillfredsställelse(-0,27*)	Tillhörighet (0,30**)
Självskattad hälsa (-0,30**)	Arbetsstillfredsställelse (0,32**)
	Mening (0,36***)
	Ledarskap (0,24*)
	Sjukskrivningsdag (-0,45***)
	Kvantitativa krav (-0,34**)
	Sjuknärvaro (-0,30**)
	Otrygghet (-0,36***)
	Rollkonflikt (-0,23*)

Sjuknärvaro korrelerade förutom med självskattad hälsa även negativt med graden av engagemang, framtidsutsikter och arbetsstillfredsställelse. Självskattad hälsa korrelerade visserligen med skattat antal sjukskrivningsdagar, men inte starkt. Förutom detta samband finns som synes en rad signifikanta korrelationer mellan självskattad hälsa och flera andra aspekter av arbetsförhållandena.

Gruppvisa jämförelser

Vid sidan av korrelationsanalyserna jämfördes bakgrundsvariablerna *ålder*, *år i vården*, *självsfattad hälsa* och *sjukskrivningsdagar* samt *sjuknärvaro* med varandra och med var och en av de 20 COPSQ-dimensionerna för att undersöka eventuella signifikanta skillnader mellan grupper.

Ålder, år i vården och självskattad hälsa

Vid de gruppvisa jämförelserna bestod variablerna *ålder* och *år i vården* av fyra grupper vardera (se tabell 1, sid. 22). På variabeln *hälsa* delades respondenterna in i tre grupper: En grupp representerade dem som upplevde sig vara vid "superhälsa", dvs. de som skattade sin hälsa som utmärkt (17%). Denna grupp jämfördes med dem (68%) med en mer genomsnittligt god hälsa (mycket god/god hälsa) och med dem (16%) med en sämre självskattad hälsa (mindre god/dålig hälsa).

För att undersöka gruppvisa skillnader mellan olika åldersgrupper, år i vården och självskattad hälsa valdes Kruskal Wallis icke-parametriska test istället för one way-ANOVA, eftersom svaren på COPSQ-dimensionerna inte var normalfördelade. Grupperna var dessutom olika stora. En p-nivå på .05 valdes för att ett resultat skulle räknas som signifikant.

Det fanns inte några signifikanta skillnader mellan *ålder* och någon annan variabel än *år i vården* ($p < .05$), således varken mellan *ålder* och de övriga bakgrundsvariablerna eller någon av de 20 dimensionerna. Bakgrundsvariabeln *ålder* redovisas således inte i nedanstående tabell. Skillnader fanns däremot mellan bakgrundsvariablerna *år i vården* och *självsfattad hälsa* och följande variabler (tabell 4a):

Tabell 4a. Gruppvisa signifikanta ($p < 0.05$) skillnader enl. Kruskal Wallis

	χ^2	df	p
År i vården			
-Ålder	12,969	3	.005
-Socialt stöd	7,991	3	.046
-Otrygghet	9,882	3	.020
Självskattad hälsa			
-Sjukskrivn. dagar	11,126	2	.004
-Sjuknärvaro	15,624	2	.000
-Kvantitativa krav	14,049	2	.001
-Emotionella krav	6,986	2	.030
-Frihetsgrader	17,393	2	.000
-Mening	8,482	2	.014
-Tillhörighet	8,753	2	.013
-Otrygghet	6,721	2	.035
-Tillfredsställelse	7,078	2	.029

För att undersöka mellan vilka grupper de signifikanta skillnaderna fanns, genomfördes post hoc-analyser med Mann Whitneys U för var och en av grupperna i bakgrundsvariablerna *år i vården* och *självskattad hälsa* (post-hoc analyser genomfördes inte för variabeln ålder). Följande resultat erhöles:

Tabell 4b. År i vården. Gruppvis rangordning av medelvärden enl. Kruskal Wallis

<i>År i vården</i>	N	Grupp	Socialt stöd	Otrygghet
-5	20	1	33,41	53,62
6-10	28	2	55,41	41,91
11-20	23	3	39,19	42,39
21-	12	4	42,28	30,44
<i>Totalt</i>	83			

De signifikanta skillnaderna fanns mellan grupp 1 och 2 ($Z = -2,528$, $p < .011$) samt mellan grupp 2 och 3 ($Z = -2,334$, $p < .02$) när det gällde *socialt stöd*. För variabeln *otrygghet* fanns en signifikant skillnad mellan dem som arbetat fem år eller mindre och dem som arbetat längst, dvs. mer än 21 år i vården ($Z = -2,915$, $p < .004$). De som arbetat kort tid i vården var betydligt oftare bekymrade över att bli arbetslösa, bli förflyttade till annat arbete och över att ha svårigheter att finna ett nytt arbete om de skulle bli arbetslösa. Att uppleva otrygghet i arbetet hade också samband med upplevelsen av den egna hälsan (tabell 4c).

Tabell 4c. *Självskattad hälsa. Gruppvis rangordning av medelvärden enl. Kruskal Wallis*

Självskattad hälsa	N	Grupp	Sjskr dag	Sjuk närv	Kv krav	Em krav	Frih grader	Mening	Tillhet	Otr het	Tillf ställ
Utmärkt	14	A	27,19	23,77	35,31	40,69	60,92	58,50	54,23	32,08	56,88
Mycket god/god	56	B	42,53	45,09	38,14	38,50	42,46	40,38	42,54	41,39	40,65
Mindre god/dålig	13	C	53,64	46,57	63,64	57,21	22,57	33,14	28,50	53,64	33,57
<i>Totalt</i>	<i>83</i>										

Post hoc-analyserna visade att det fanns ett flertal signifikanta skillnader mellan de tre grupperna av självskattad hälsa. Framför allt fanns det skillnad mellan dem som skattade att de hade utmärkt hälsa och dem som upplevde sin hälsa som mindre god eller dålig:

Tabell 4d. *Signifikanta skillnader mellan grupperna i tabell 4c*

(* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Självskattad hälsa	Grupp A och B	Grupp A och C	Grupp B och C
Sjukskrivningsdagar	*	***	*
Sjuknärvaro	***	**	
Kvantitativa Krav		*	***
Emotionella krav			**
Frihetsgrader	**	***	**
Mening	*	***	
Tillhörighet		**	*
Otrygghet		*	
Tillfredsställelse	*	*	

De signifikanta skillnaderna berör såväl krav- som kontroldimensioner men även socialt stöd (tillhörighet). Det fanns signifikanta skillnader mellan antalet självskattade sjukskrivningsdagar för alla tre grupper av självskattad hälsa. För sjuknärvaro var det dock inga större skillnader mellan dem som uppgav sig ha en mycket god/god hälsa och dem som hade en mindre god/dålig hälsa, däremot utmärkte sig gruppen som beskrev sin hälsa som utmärkt genom att vara sjuknärvarande i betydligt mindre grad än de övriga. De som ansåg sig ha utmärkt eller mycket god/god hälsa upplevde att de kvantitativa och emotionella kraven var påtagligt lägre än de som upplevde sig ha sämre hälsa. Kontroldimensionerna frihetsgrader och mening skiljde sig också signifikant åt mellan

grupperna, där grupperna utmärkt och mycket god/god skattade betydligt högre än gruppen med sämre hälsa. De med bättre hälsa upplevde en högre grad av tillhörighet, vilket innebar att de ansåg att stämningen var god och att samarbetet fungerade bra med arbetskamraterna i högre grad än de som ansåg att deras hälsa var sämre. Graden av otrygghet med den egna anställningen var större för dem med sämre självskattad hälsa, och den allmänna arbetstillfredsställelsen var lägre i jämförelse med dem som hade en god eller utmärkt självskattad hälsa.

Sjukskrivningsdagar och sjuknärvaro

För variablerna *sjukskrivningsdagar* och *sjuknärvaro* användes Mann-Whitneys icke-parametriska test istället för t-test, eftersom respondenternas medelvärden på dimensionerna inte var normalfördelade. Grupperna var dessutom olika stora. Eftersom antalet sjukskrivningsdagar var ojämnt fördelade och ett flertal skattade ett lågt antal sjukskrivningsdagar, slogs de fyra sista grupperna samman till en ”sjukare” grupp med fler än fem sjukskrivningsdagar vid de gruppvisa jämförelserna (se tabell 5b). Totalt kom denna grupp att bestå av 36 personer (43%). Den stora majoriteten ”friska” som hade skattat maximalt fem dagars sjukskrivning fick vara kvar som en egen grupp med 47 personer (57%).

Tabell 5a. *Sjukskrivningsdagar och sjuknärvaro.*
Gruppvisa jämförelser enl. Mann Whitneys U.

	Mann Whitneys U	Z	p
<i>Sjukskr. dagar</i>			
-Hälsa	548,50	-3,305	.001
-Tillhörighet	513,00	-3,248	.001
<i>Sjuknärvaro</i>			
-Hälsa	400,00	-3,178	.001
-År i vården	458,00	-2,107	.035
-Engagemang	418,50	-2,457	.014
-Framtidsutsikter	449,50	-2,170	.030
-Tillfredsställelse	422,00	-2,439	.015

Tabell 5b. Sjukskrivningsdagar.
Rangordning av medelvärden enl Mann Whitneys U.

Sjukskr. dagar	N	Hälsa	Tillhörighet
0-5	47	48,33	49,09
Mer än fem	36	33,74	32,75
<i>Totalt</i>	83		

Att sambanden mellan sjukskrivningsdagar och hälsa var signifikanta förvånar få. Det fanns utöver detta endast samband mellan skattat antal sjukskrivningsdagar och dimensionen *tillhörighet*, inte mellan någon annan av de undersökta dimensionerna av arbetsmiljön. I dimensionen *tillhörighet* ingår frågor om hur stämningen är och hur samarbetet fungerar mellan respondenten och arbetskamraterna.

Tabell 5c. Sjuknärvaro. Rangordning av medelvärden enl. Mann Whitney U.

Sjuknärvaro	N	Hälsa	År i vården	Engagemang	Framtidsutsikter	Tillfredsställelse
Ja	62	37,95	38,89	38,25	38,75	38,31
Nej	21	53,95	51,19	53,07	51,60	51,60
<i>Totalt</i>	83					

De flesta som svarat på enkäten (75%) har varit sjuknärvarande någon gång under det senaste året. Utmärkande för dem som *inte* varit sjuknärvarande var att de hade arbetat längre tid i vården, hade en bättre självupplevd hälsa och en större tillfredsställelse med arbetet än de som varit sjuknärvarande. De som *inte* hade varit sjuknärvarande ansåg i högre grad än majoriteten som varit sjuknärvarande att de brukade få den information som behövdes för att de skulle kunna göra ett gott arbete samt om kommande förändringar på arbetsplatsen (framtidsutsikter). De icke sjuknärvarande hade dessutom ett signifikant högre medelvärde på dimensionen engagemang i arbetsplatsen och i arbetet.

Cronbach's alfa beräknades för samtliga 20 dimensioner, och alfa-värdet var 0,71. Ett liknande värde uppvisades i Lindqvist och Wieslanders (2001) resultat, där alfa-värdet var 0,70. I deras studie validerades och testades som tidigare beskrivits även reliabiliteten för var och en av de 20 dimensionerna i samband med översättningen av COPSOQ till svenska (Lindqvist & Wieslander, 2001).

Resultatsammanfattning

Vårdpersonalen upplevde i hög grad sitt arbete som meningsfullt, och gemenskapen och samarbetet med arbetskamraterna fungerade bra för de flesta. Många upplevde dock att de hade små möjligheter att påverka sin arbetssituation och att de alltför sällan fick feedback från arbetskamrater och ledning på hur de utfört sitt arbete. En majoritet (75%) hade gått sjuka till arbetet vid minst ett tillfälle under den senaste 12-månadersperioden.

Vårdpersonalen hade höga medelvärden på flera dimensioner som kan relateras till *krav-aspekten* i Karaseks krav-kontrollmodell (Karasek & Theorell, 1990). De kognitiva och emotionella kraven var höga, liksom de sensoriska. Graden av inflytande var låg, och det var svårt för vårdpersonalen att själva kunna bestämma när de skulle ta paus eller ledigt från arbetet (frihetsgrader). Det *sociala stödet* i arbetet var relativt gott för vårdpersonalen, framför allt då det gällde att vara delaktig i gemenskapen och att ha möjlighet att samverka med arbetskamraterna (sociala relationer) men också känslan av tillhörighet (att ha ett gott samarbete och en god stämning på arbetsplatsen). Eftersom dimensionerna i frågeformuläret COPSQQ inte är testade mot krav-kontrollmodellen och några normerade medelvärden inte finns till COPSQQ, kan inga slutsatser dras om vilken kvadrant i krav-kontrollmodellen som vårdpersonalen hamnar i. Med utgångspunkt från att kraven är höga och att graden av kontroll och socialt stöd är förhållandevis hög, borde vårdpersonalen kunna hamna någonstans mellan kvadranterna ”*aktivt*” och ”*spänt*” arbete.

Det fanns få samband mellan skattat antal sjukskrivningsdagar och de olika aspekterna av arbetsmiljön som undersöktes. Däremot fanns en rad samband mellan självskattad hälsa, sjuknärvaro och de undersökta dimensionerna. Graden av socialt stöd var lägst för dem som hade arbetat fem år eller mindre i vården, och otryggheten med den egna anställningen var även som störst i denna grupp.

DISKUSSION

Metod

När enkätsvaren analyserades, visade det sig att svaren på merparten av frågorna var påtagligt snedfördelade. Det finns flera möjliga förklaringar till detta. För det första är det inte alltid som en normalfördelning kan erhållas på frågor med Likert-skalor, och

medelvärde kan dessutom ha liten betydelse eftersom skalans numeriska värden är godtyckliga (Karlsson, 2005). En del av frågorna i COPSOQ var inte anpassade till vårdpersonalens arbetsmiljö, vilket kan ha medfört att respondenterna skattade genomsnittligt (vanligen en trea) på frågan istället för att låta bli att svara (de ombads att besvara alla frågorna) då de inte förstod. Vårdpersonalen kan också ha rådfrågat kollegor om frågornas innebörd om de tyckte att en del av enkätens frågor var svåra att besvara, och tänkbart är att respondenterna ibland kryssade gemensamt med kollegor på vissa frågor för att dess innebörd var oklar.

Vid de diskussioner som fördes med vårdpersonalen på de undersökta enheterna, framkom att en del av enkätens frågor var svåra att svara på. En del av enkätens frågor kan sannolikt tolkas på flera sätt, vilket kan ha lett till att de uppfattades på olika sätt av olika respondenter. Ett exempel är fråga 2f som lyder: "*Vet du exakt hur mycket självbestämmande du har på din arbetsplats?*" Denna typ av formulering är olycklig, eftersom självbestämmande är ett kvalitativt begrepp som är svårt att exakt ange för någon. Även frågorna som hör till dimensionen feedback (3b och 3f) är märkligt formulerade, vilket kan leda till förvirring. Feedback handlar inte enbart om att prata om hur *bra* ett arbete utförs, utan snarare om att få en nyanserad bild av vad som var bra och mindre bra i det utförda arbetet samt framför allt att få reda på vad som kan göras annorlunda eller bättre. Utan denna information är feedbacken till föga nytta. Dessutom saknas frågor som belyser kopplingen till belöningssystem, t.ex. i vad mån feedbacken kopplas till någon form av belöning såsom ökat ansvar, lönestegring och vidareutveckling, vilka alla är viktiga faktorer som har betydelse för hälsa i arbetslivet (Folkhälsorapport 2001). Under tiden som denna studie har genomförts, har en nyare version av COPSOQ utvecklats av det danska Arbejdsmiljøinstituttet. Resultatet av studier som gjorts med utgångspunkt från den nya versionen kommer att publiceras i februari 2006 (Arbejdsmiljøinstituttet, 2005).

Det finns danska medelvärden på enkätens dimensioner för s.k. sygehjælpere, som kan liknas vid undersköterskor/vårdbiträden. Dock är det oklart om deras utbildning och arbetsuppgifter är likvärdiga de svenska undersköterskornas/vårdbiträdenas, och dessutom är de danska medelvärdena inte självklart överförbara till svenska förhållanden till följd av skillnader i arbetsvillkor, arbetsmiljölagstiftning, avtal mellan fackliga organisationer och arbetsgivare osv. För de danska sygehjælperna ligger medelvärdena på

emotionella krav och krav på att dölja känslor högt, liksom på rollkonflikter. Medelvärdena är låga på dimensionerna frihetsgrader och inflytande, och ligger i skalans mitt på feedback, sociala relationer och mening. Inte helt likt resultaten för vårdpersonalen i denna studie, alltså. Eftersom det inte finns några normerade svenska medelvärden på dimensionerna i COPSQ, redovisas medelvärden från studien "Work and well-being in Skåne" (Nielsen et al, 2003) i appendix 3. Svarsfrekvensen i denna studie var dock endast 26%, vilket är alltför lågt för att svaren skall kunna anses vara representativa. Dock kan det vara av intresse att se vårdpersonalens medelvärden i jämförelse med medelvärden från ett större urval med respondenter från flera olika yrken och arbetsplatser i samma region.

Det går att invända mot valet av COPSQ som instrument för att undersöka den psykosociala arbetsmiljön med utgångspunkt från krav-kontrollmodellen. På kravvariabeln är COPSQ täckande enligt Kristensen (2001). När det gäller kontroll- och stöd-variablerna bör vidare undersökningar genomföras på vilka dimensioner som skall relateras till respektive variabel. Det är flera dimensioner som tangerar kravvariabeln, t.ex. dimensionen *framtidssutsikter* (fråga 2e och 2k), som jag menar har en missvisande benämning och kanske hellre skulle kallas information. De två frågorna som ingår i denna dimension handlar om att få den information som behövs om arbetsplatsen och det egna arbetet, vilket kan tyckas vara frågor som kan relateras till att ha kontroll över sin arbetssituation. Dock kan frågorna lika mycket kopplas till dimensionen *ledarskap*, som är en variabel som snarare kan relateras till socialt stöd men även till kommunikationen på arbetet. Även rollklarhet och feedback skulle kunna vara dimensioner som beskriver kontrollvariabeln i Karaseks modell. Problemet med att undersöka många dimensioner av arbetsmiljön är således att flera av dem liknar varandra.

Svaren på en del frågor som ingår framför allt i kontroll- och stöd-variablerna kan vara präglade av respondenternas benägenhet att ge socialt önskvärda svar (social desirability). De flesta har valt sitt yrke och sitt arbete, och då kan det vara svårt att tillstå att arbetet kanske inte känns meningsfullt, viktigt och engagerande. Dessutom är vården en sådan arbetsmiljö att man måste vara rimligt engagerad och uppleva arbetet som meningsfullt för att över huvud taget kunna arbeta med vårdtagarna, anhöriga och kollegor.

Eftersom deltagarna lämnade in sina svar under sekretess, var det svårt att analysera bortfallet. Det hade varit intressant att veta hur många dagar respondenterna faktiskt hade varit sjukskrivna på de undersökta äldreboendena, men denna information gick inte att få eftersom vårdpersonalen fick svara anonymt på enkäten. Ett bättre sätt att undersöka variabeln sjukskrivning är att göra ett urval från en större population sjukskrivna, exempelvis genom utdrag från försäkringskassans register över sjukskrivna som arbetar inom vården. Svarsfrekvensen hade sannolikt blivit lägre än 77%, men resultatet hade troligen i gengäld blivit mer giltigt. Eftersom de sjukskrivna fick skicka in enkäten, var det lätt att se bortfallet i denna grupp, där endast tre av tio utskickade enkäter returnerades. En tänkbar förklaring till den låga svarsfrekvensen kan vara att de sjukskrivna endast fick skriftlig information om studien och inte fick tillfälle att diskutera kring frågorna. Det kan också ha varit känsligt att svara på frågorna om hälsa, sjukskrivning och arbetsmiljö, och kanske kände några sig utpekade.

Att inte ålder hade något samband med skattad hälsa, sjukskrivning, sjuknärvaro etc. kan ha att göra med att det var fler yngre än äldre som besvarade enkäten, och att de äldre som svarade kanske skattade att de hade god hälsa och att de inte var sjukskrivna i någon större utsträckning. Kanske var det också så, att de som svarade hade en rimligt god hälsa och ett lågt antal sjukskrivningsdagar. Det var t.ex. endast en person som skattade sin hälsa som dålig, och få av de sjukskrivna besvarade enkäten. Den relativt höga svarsfrekvensen kan bero på att några vikarier kan ha svarat (t.ex. både den sjukskrivna och vikarien för samma person), och de räknades inte in i antalet anställda på respektive äldreboende. Frågan om anställningsform ställdes inte i bakgrundsinformationerna eftersom det kan vara känsligt att svara på frågor om hälsa, sjukskrivning och arbetsmiljö och att samtidigt ange att man är vikarie. När det gällde sjuknärvaro var frekvensen högre än i andra studier, vilket kan bero på formuleringen av frågan om sjuknärvaro (fråga 8), där ”åtminstone” kunde ha ersatts av ”vid minst ett tillfälle”.

Resultat

Analysen av respondenternas svar visade att det fanns en rad samband mellan deras självskattade hälsa och olika aspekter av arbetsmiljön (skattade med COPSOQ) men endast få samband mellan sjukskrivningsdagar och samma aspekter eller med

bakgrundsvariablerna. Det finns en rad problem när det gäller att analysera sjukskrivningar och deras samband med olika aspekter av arbetsmiljön. Sjukskrivningar beror på många olika faktorer som både ligger hos individen och dennes predisposition för sjukdom, personlighet, attityder, livsstil, sociokulturella faktorer, den fysiska omgivningen på och utanför arbetsplatsen, de rådande norm- och ersättningssystemen för sjukfrånvaro osv. Det är svårt att få ett sant värde på antalet sjukskrivningsdagar när dessa skall uppskattas, och det är även svårt att kontrollera om dessa verkligen stämmer om respondenterna svarar anonymt. Dessutom finns problem om urvalet istället skulle göras från register med sjukskrivna. Sjukskrivningsorsaken påverkar den sjukskrivnes uppfattning om vad som orsakat sjukskrivningen, vilket kan påverka deras svar på en enkät som gäller deras arbetsmiljö. Det kan dessutom över huvud taget vara svårt att ge en rättvis bild av arbetsmiljön för dem som är långtidssjukskrivna.

Tänkbara anledningar till att de med fler än fem sjukskrivningsdagar skattar lågt på dimensionen tillhörighet (se sid. 29, tabell 5a) kan vara att en person som upplever att stämningen är dålig på arbetsplatsen oftare stannar hemma från arbetet än en person som anser att stämningen är god. Det kan eventuellt även vara sjukfrånvaron i sig som medför att personen upplever att samarbetet är sämre, eftersom den som är ofta eller mycket frånvarande orsakar en ökad arbetsbelastning för kollegorna, som får göra den sjukskrivnas arbete.

Av samtliga respondenter hade 75% vid något tillfälle varit närvarande på arbetet trots att de ansett sig vara sjuka (*sjuknärvaro*) under det senaste året. Detta var en högre andel än i Aronsson & Gustafssons (2002) studie, som visade att sjuknärvaron var 53% under en ettårsperiod för anställda i olika yrken. Författarna påpekade dock att sjuknärvaron var högre än detta genomsnitt bland anställda inom vård- och omsorgssektorn. En något högre andel sjuknärvarande rapporterades i Vingård & Lindbergs studie, där 67% hade arbetat trots att de varit sjuka under det senaste året (Vingård & Lindberg, 2000). Samma resultat visades i Gustafsson och Szebehelys studie (2005), som omfattade vårdpersonal specifikt. Resultaten från ”Work and well-being in Skåne” (Nielsen et al, 2003) visade att 6% rapporterade att de arbetat trots sjukdom under en given vecka. Dock angav endast 59% av respondenterna att de arbetat och dessutom varit friska under veckan. Författarna underströk att andelen sjuknärvarande sannolikt hade blivit högre om respondenterna

skulle ha skattat sin sjuknärvaro under det senaste året istället för under den senaste veckan (Nielsen et al, 2003).

Det sociala stödet var störst för dem som arbetat 6-10 år i vården, och lägst för dem som arbetat endast i några få år. Frågorna som ingår i dimensionen socialt stöd omfattar i vilken utsträckning en person anser sig få hjälp och stöd från sina arbetskamrater och chefer. En tänkbar anledning till låga poäng för dem som arbetat kort tid i vården är att det kan vara svårt att ta upp problem och att aktivt söka stöd när man är ny, eftersom många av dem som arbetat kort tid i vården är vikarier som är angelägna om att visa att de klarar sig på egen hand och att de inte har några problem för att öka sin möjlighet att erbjudas fast anställning.

När det gäller krav-kontrollmodellen kan vårdpersonalen anses ha måttligt höga psykologiska krav, men samtidigt har de acceptabel kontroll och tillgång till socialt stöd som motvikt till de krav som ställs. Med utgångspunkt från modellen, bör vårdpersonalen således befinna sig någonstans mellan kvadranterna *aktivt* och *spänt* arbete. Det kritiska för vårdpersonalens kontrollmöjligheter var den låga graden av inflytande över sin arbetssituation och att de hade få möjligheter att kunna planera sitt arbete och när de skulle vara lediga. Enligt RFV (2003:3) är risken för sjukskrivning förhöjd hos kvinnor som har aktiva arbeten med såväl höga krav som hög kontroll. En stor nackdel med krav-kontrollmodellen såväl som med de frågeformulär som mäter krav-kontroll och stödvariabler är att de varken är anpassade till yrken eller till olika personligheter. Något som borde vara viktigt att ta hänsyn till är till exempel vad som motiverar individen i arbetet. En kvinna som till exempel motiveras av att själv kunna styra över sitt arbete och att arbeta under höga psykologiska krav kanske mår alldeles utmärkt på ett arbete som kan karaktäriseras som aktivt i krav-kontrollmodellen. Dessutom tar många frågeformulär liten hänsyn till krav, kontroll och socialt stöd när det gäller privatlivets sfär. Det kan dock vara svårt att samtidigt fråga om arbetet och om privatlivet, eftersom många vill skilja på sitt arbetsliv och privatliv och således kanske inte svarar helt ärligt på frågor om privatlivet då de deltar i en enkätstudie på arbetsplatsen.

Egentligen bör en undersökning med ett frågeformulär som undersöker arbetsmiljön resultera i någon form av intervention om det visar sig att det finns brister på något område (Kristensen, 2001). Det finns risk att personalen inte svarar ärligt på frågorna om

de vet att det ändå inte kommer att resultera i någonting. Optimalt är att resultatet av en enkätstudie används som underlag för diskussion, och att man, sedan enkätsvaren analyserats, följer upp resultaten med intervjuer som ger en mer detaljerad bild av de aspekter av arbetsmiljön där respondenternas omdömen var påfallande positiva eller negativa. Enkäter som undersöker arbetsmiljön skall inte användas för bedömning eller gradering av arbetsplatser, utan för diskussion och för utveckling av arbetsmiljön (Kristensen, 2001). Det finns sannolikt så kallade ”hälsosamma arbetsplatser” som har särskilt bra arbetsmiljö och låga sjukskrivningstal och/eller arbetsplatser där man vänt trenden från att ha en problemfylld arbetsmiljö till att få en välfungerande. Genom uppföljningsintervjuer med anställda, ledning, skyddsombud m.fl. kan förståelsen öka och viktig information inhämtas om vilka omständigheter som varit avgörande för en positiv utveckling på dessa enheter. Denna kunskap kan sedan vara till god hjälp och ligga till grund för förändrings- och utvecklingsarbete på liknande enheter inom samma verksamhet.

Resultaten för variabeln *självskattad hälsa* är intressanta. Det är givetvis svårt att dra slutsatser om orsaksförhållanden, dvs. om det är den dåliga hälsan som gör att en person upplever vissa dimensioner av arbetsmiljön annorlunda än en person med bättre hälsa, eller om det omvänt är arbetsförhållandena som leder till dålig eller utmärkt hälsa. Under de senaste åren har det varit stor fokusering på den psykosociala arbetsmiljön när det gäller stressrelaterad ohälsa. I detta sammanhang borde det vara minst lika viktigt att vid sidan av arbetsförhållandena också ta hänsyn till tiden *utanför* arbetet, eftersom människor som arbetar tillbringar ungefär lika mycket vaken tid på arbetet som utanför. Ett eftersatt område är studier som samtidigt undersöker arbetsmiljön *och* vad människor gör med sin tid utanför arbetet, och mer kunskap behövs därför om faktorer utanför arbetet som påverkar individens välbefinnande och hälsa i stort. Klassiska exempel på detta är stress från obetalt arbete i hemmet och familjen, åtföljande belastning och bristande återhämtning. Faktorer i anslutning till och utanför arbetet kan undersökas för den stora grupp kvinnor som arbetar i kvinnodominerande yrken och som inte är ”karriärkvinnor”, men som ofta har dubbla arbetspass. Många kvinnor som arbetar inom äldreomsorgen (liksom inom andra yrkesområden) har ansvar för såväl gamla föräldrar som barn, hus och hem. Deras ”känslomässiga” arbetsbörda torde således vara hög, vilket ställer särskilda krav på att den psykosociala arbetsmiljön bör uppmärksammas och prioriteras i kvinnodominerade yrken (Orth-Gomér, 2003).

För närvarande (dec. 2005) pågår en studie (Karolinska institutet, 2005) där faktorer som kan utlösa sjukfrånvaro skall identifieras bland anställda på tre arbetsplatser, bl.a. på en geriatrisk klinik i Stockholm. Så snart en person blir sjukskriven tar forskarteamet kontakt och intervjuar den sjukskrivne. Genom intervjuerna kan forskarna kartlägga vilka faktorer som har avgörande betydelse i det ögonblick en anställd bestämmer sig för att sjukskriva sig. Beslutet kan, förutom av sjukdomen i sig, även påverkas av olika aspekter av arbetsmiljön och av vilka möjligheter som finns att anpassa arbetsplatsen till en lätt nedsatt arbetsförmåga. Dessutom kan krav från livssituationen utanför arbetet vara betydelsefulla för om en person väljer att sjukskriva sig. Utgångspunkten för studien är att individens hela livssituation har betydelse för upplevelsen av hälsa/ohälsa och för beslutet att sjukskriva sig eller ej. Syftet är att på ett tydligare sätt kunna förklara varför benägenheten att sjukskriva sig varierar och att kunna göra bättre bedömningar av vilka förebyggande och rehabiliterande åtgärder som skall sättas in. Kanske borde varje större arbetsgivare ha rehabiliteringssamordnare som tar kontakt med en person som sjukskrivit sig längre än t.ex. en vecka för att undersöka vad som ligger bakom sjukskrivningen och att sedan arbeta aktivt med att anpassa arbetsmiljön för att den sjukskrivne skall kunna återgå åtminstone till deltidsarbete tidigt i sjukskrivningsprocessen, oberoende om sjukskrivningen är arbetsrelaterad eller ej.

Fackförbundet Kommunal, som organiserar en stor del av vårdpersonalen inom äldreomsorgen, menar att undersköterskornas roll har blivit otydlig med åren. Både arbetsgivarna och socialstyrelsen ansvarar för att utveckla undersköterskornas roll och för att tydliggöra vårdpersonalens ansvar (Kommunal, 2001). Det är angeläget att vårdpersonalen inom äldreomsorgen erbjuds kompetensutveckling, så att deras handlingsberedskap ökar för att klara av belastningar i arbetet. Det kan handla om formell utbildning, feedback från arbetsledare och arbetskamrater eller om yrkeshandledning och konsultation. Handledning kan innebära ett stöd i yrkesutövningen och utveckling inom det egna yrket. Målsättningen med handledning är att personalen skall få hjälp att integrera praktiska och teoretiska kunskaper och att yrkesidentitet och yrkesetik skall kunna utvecklas. Handledningen bör ges under längre tidsperioder, och den kan ges både till enskilda personer och till en hel arbetsgrupp. Genom att regelbundet synliggöra eventuella problem i arbetsmiljön, kan personalen få stöd för de psykiska påfrestningar som arbetet kan innehålla (Michelsen et al 1999). Vårdpersonalen borde också erbjudas möjlighet att få ett eget ansvarsområde där det finns möjlighet till individuellt riktad

vidareutbildning och samarbete i nätverk samt i förlängningen möjligheter till ökat individuellt ansvar med högre lön. Detta skulle kunna höja vårdpersonalens status, och dessutom skulle yrkets attraktionskraft kunna ökas.

Mot bakgrund av dessa förhållanden vore det intressant att även undersöka vårdpersonal inom andra verksamheter såsom personliga assistenter och hemtjänstpersonal. Finns skillnader i hur arbetsmiljön upplevs? Innebär vårdarbetet i sig vissa risker och möjligheter i arbetsmiljön, eller är skillnaderna snarare arbetsplatsberoende? Ett sätt att följa upp resultaten av enkätstudier som denna skulle kunna vara att genomföra gruppintervjuer för att undersöka hur vårdpersonalen anser att de skulle kunna göra förbättringar på de områden där de bedömer arbetsmiljön som otillfredsställande. Det är viktigt att även intervjua cheferna. Exempel på frågor som kunde fokuseras är utveckling av feedbacksystem och eventuellt också möjlighet till ökat ansvar och specialisering för vårdpersonalen. Hur kan man förbättra de anställdas inflytande över sitt arbete? Kommunikation är ett område där vårdpersonalen skattar lågt (dvs. låga värden på dimensionerna framtidsutsikter och feedback). Hur får vårdpersonalen information från arbetsledning och varandra? Fungerar rapporteringen tillfredsställande, och finns standardiserade system för dokumentation och informationsöverföring exv. mellan dag- och nattpersonal och mellan olika yrkeskategorier?

Efter de senaste årens dystra perspektiv på arbetsmiljön och höga sjukskrivningstal bland kommunalt anställda inom vård och omsorg, är utmaningen snarare att identifiera och utveckla arbetets möjligheter än att enbart se till de problematiska områden som bör rättas till i arbetsmiljön. Enkätstudier som denna kan ge ett underlag för fortsatta diskussioner och intervjuer med vårdpersonalen i syfte att utveckla äldreomsorgen till en fortsatt attraktiv arbetsplats som främjar såväl hälsa som återväxt i form av nyanställningar av kompetent vårdpersonal.

REFERENSER

Aaron, A. & Aron, E. N. (2003). *Statistics for psychology*. (3d ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Allebeck, P., Diderichsen, F. & Theorell, T. (1998). *Socialmedicin och psykosocial medicin*. Lund: Studentlitteratur.

Arbetsmiljøjnstituttet Danmark (2005). *Psykisk arbejdsmiljø og spørgeskemaer*. <http://www.ami.dk/Aktuel%20forskning/AMIs%20spørgeskema%20om%20psykisk%20arbejdsmiljø.aspx> (Hämtad 2005-12-30)

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

Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2002). *Sjuknärvaro-förekomst och utvecklingstendenser*. Arbetslivsinstitutet: Arbete och Hälsa 2002:08.

Edebark, P. G. & Lindgren, B. (1996). Från bortauktionering till köp-sälj-system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet. I R. Eliasson (Red.), *Omsorgens skiftningar*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsorapport 2001. Spånga: Socialstyrelsen.

Gedin-Erixon, A. (1992). *Arbetets lust och leda. Om psykosocial arbetsmiljö*. Värnamo: Gidlunds.

Gustafsson, R. Å. (2004). Valfärdstjänsternas ofärd. I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg. (Red.), *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Liber.

Gustafsson, R. Å. & Szebehely, M. (2005). *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki. En enkätstudie bland personal och politiker*. Stockholms universitet: Rapport i socialt arbete nr. 114-2005.

Hagberg, M. (1994). Hälsa och ohälsa i sjukvården. I M. Lagerström., M. Hagberg & S. Kolare (Red.), *Frisk rygg i sjukvården. En kunskapsöversikt*. Solna: Arbetsmiljöinstitutet.

Hellberg, A. (Red.)(2004). *Arbetsmiljölagstiftningen med korta kommentarer i lydelse från den 1 juli 2004*. Solna: Arbetsmiljöverket.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. USA: Basic Books.

Karlsson, P. (2005). Är det OK att använda icke-parametriska metoder när man analyserar Likertskalor? *Svenska statistikersamfundets tidning Quartilen* 19(4), 10-11.

Karolinska Institutet pressmeddelande 2005-03-03: *Vad utlöser sjukskrivning?*
http://forskning.se/servlet/GetDoc?meta_id=85965 (Hämtad 2005-12-30)

Kilbom, Å. & Messing, K. (1999). Arbetsrelaterade muskuloskeletal besvär bland kvinnor. I Å. Kilbom, K. Messing & C. Bildt Thorbjörnsson (Red.), *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*. Helsingborg: Arbetslivsinstitutet.

Kommunal (2001). *I stressens spår*. Stockholm: Kommunal.

Kristensen, T. S. (2001). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Arbejdsmiljøinstituttet, Danmark.

Lagerström, M. (1994). Stress i vårdarbetet. I M. Lagerström, M. Hagberg & S. Kolare (Red.), *Frisk rygg i sjukvården. En kunskapsöversikt*. Solna: Arbetsmiljöinstitutet.

Lennerlöf, L. (1991). Beteendevetenskaplig arbetsmiljöforskning. I L. Lennerlöf (Red.), *Människan i arbetslivet*. Uddevalla: Allmänna förlaget.

Lidwall, U., Marklund, S. & Skogman Thoursie, P. (2004). Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg (Red.), *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Liber.

Lindqvist, Å. & Wieslander, C. (2001). *Kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön: En kvantitativt jämförande studie med hjälp av Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Kandidatuppsats. Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.

Melin, B. & Wigaeus Tornqvist, E. (2004). Kan psykosocial arbetsmiljö ge smärta och värk i nacke och skuldra? I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg (Red.), *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Liber

Michélsen, H., Löfvander, I., Eliasson G. & Schulman A. (1999). *Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården*. Stockholms Läns Landsting, Rapport från yrkesmedicinska enheten 1999:6.

Nielsen, K., Brenner, S. O., Unkel, S. & Weikert, C. (2003). *Work and well-being in Skåne. A norm study exploring working conditions and employee well-being in Skåne*. Work Science Research Bulletin 5:2003.

Orth-Gomér, K. (2003). Kvinnors stress, sociala miljö och hälsa i ett livsperspektiv. I T. Theorell (Red.). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.

RFV Analyserar 2003:3. *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*.

RFV Analyserar 2003:10. *Arbetsförhållanden-orsak till sjukskrivning?*

Ryden, O. & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi: psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Socialstyrelsen (2003): *Utmattningssyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2000:121. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning-fakta och förslag. Slutbetänkande av sjukförsäkningsutredningen*.

Sundström-Frisk, C. & Weiner, J. (2004). Vad säger arbetsskadestatistiken? I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg (Red.), *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Liber.

Szebehely, M. (1995). *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv förlag.

Vingård, E. & Lindberg, P. (2000). Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. I SOU 2000:121. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning-fakta och förslag. Slutbetänkande av sjukförsäkningsutredningen*.

Wikman, A. (2004). Indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar. I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg, *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Liber.

Appendix 1.



Till dig som arbetar som undersköterska/vårdbiträde i XXXX-området, XXXX kommun:

Jag heter Catharina Arréhn och går sista terminen på programmet för personal- och arbetslivsfrågor i Lund. Jag har också arbetat som sjukgymnast inom äldreomsorgen sedan 1997. När jag arbetade hos Er i somras, blev jag intresserad av hur Ni som undersköterskor/vårdbiträden på ett äldreboende upplever Era arbetsförhållanden. Jag beslutade mig därför att göra mitt examensarbete hos Er, och behöver nu Din hjälp för att kunna genomföra undersökningen. Jag är därför mycket tacksam om Du lägger ner 10-15 minuter på att besvara följande frågeformulär.

Du lämnar ditt svar helt anonymt, och deltagandet är givetvis frivilligt. Resultaten kommer att presenteras som tabeller, och det går inte att härleda resultaten till specifika individer, avdelningar eller äldreboenden.

När examensarbetet är färdigt, kommer jag att lägga ut ett exemplar till Er på varje respektive boende så att alla som har deltagit och/eller är intresserade har möjlighet att ta del av rapporten.

Om Du har några frågor är Du välkommen att ringa mig dagtid på telefon XXX-XX XX XX eller min handledare professor Olof Rydén på XXX-XXX XX XX.

Med vänlig hälsning

Catharina Arréhn

Appendix 2:1 Bakgrundsvariabler

1. Kön *kvinna*
man

2. Ålder *-25*
26-35
36-45
46-55
56-65

3. Sysselsättningsgrad *heltid*
deltid

4. Arbetar du... *dag*
natt

5. Hur länge har du arbetat som undersköterska/vårdbiträde?

1 år eller mindre
2-5 år
6-10 år
11-20 år
21 år eller mer

6. Hur många dagar uppskattar du att du har varit *sjukskriven* från arbetet **den senaste 12-månadersperioden** (räkna *inte* med föräldraledighet, vård av sjukt barn eller annan liknande ledighet)?

0-5 dagar
 6-10 dagar
 11-20 dagar
 21-59 dagar
 60 dagar eller mer

Appendix 2:2 Frågeformulär

Nedan följer en rad frågor om ditt dagliga arbete. Efter varje fråga ber jag dig att sätta ett kryss vid det svar, som passar bäst in på din situation.

1. Dessa frågor handlar om krav, inflytande och möjligheter i arbetet.

(Var vänlig och besvara varje enskild fråga)

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig / nästan aldrig
1a) Är det nödvändigt att du arbetar väldigt snabbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b) Är ditt arbete varierat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c) Kräver ditt arbete att du har mycket bra syn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d) Behöver du hålla reda på många saker samtidigt i arbetssituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e) Försätter ditt arbete dig i känslomässigt besvärliga situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f) Kräver ditt arbete att du inte säger din åsikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g) Har du stort inflytande över beslut som berör ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h) Kan du själv bestämma när du ska ta rast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i) Är din arbetsbörda ojämnt fördelad så att den samlas på hög?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j) Kräver ditt arbete att du måste ta besvärliga beslut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1k) Kräver ditt arbete att du ska komma ihåg en massa saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1l) Medför ditt arbete att du medvetet måste kontrollera kroppsrörelser t.ex. armar och händer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1m) Har du inflytande över med vem du arbetar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig / nästan aldrig
1n) Kan du i stort sätt ta ledigt/semester när du vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1o) Hur ofta händer det att du inte slutför dina arbetsuppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1p) Kräver ditt arbete att du är bra på att komma med nya idéer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1q) Kräver ditt arbete att du är ständigt uppmärksam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1r) Kan du påverka hur mycket arbete du blir tilldelad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1s) Är det möjligt för dig att lämna arbetsplatsen för en halvtimme vid privata angelägenheter, utan att behöva få särskild tillåtelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1t) Är det nödvändigt att du jobbar övertid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1u) Kräver ditt arbete stor precision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1v) Kan du gå ifrån dina arbetsuppgifter för att prata med en arbetskamrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1w) Arbetar du isolerad från dina arbetskamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1x) Har du möjlighet att prata med dina arbetskamrater under tiden du arbetar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1y) Är stämningen bra mellan dig och dina arbetskamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1z) Fungerar samarbetet bra mellan arbetskamraterna på din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1å) Känner du dig delaktig i gemenskapen på din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ä) Har du möjlighet att påverka VAD du gör på arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dessa frågor handlar om meningen i arbetet, medbestämmande och information.

(Var vänlig och besvara varje enskild fråga)

	I mycket Hög grad	I hög grad	Delvis	I liten grad	I mycket liten grad
2a) Är ditt arbete känslomässigt krävande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) Kräver ditt arbete att du är initiativrik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c) Är dina arbetsuppgifter meningsfulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d) Kan du tänka dig att vara på din nuvarande arbetsplats i resten av ditt arbetsliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e) Får du på din arbetsplats information i god tid om t.ex. viktiga beslut, förändringar eller framtidsplaner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f) Ved du exakt hur mycket självbestämmande du har på din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g) Ställs det motstridiga krav på dig i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h) Blir du känslomässigt påverkad av ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i) Känner du att du gör en viktig arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2j) Tycker du om att berätta för andra om din arbetsplats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2k) Får du all den informationen du behöver för att göra ett bra arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2l) Gör du saker på arbetet som är accepterade av vissa personer men inte av alla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2m) Har ditt arbete klara mål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2n) Har du möjlighet att lära dig något nytt genom ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2o) Känner du dig motiverad och engagerad i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I mycket Hög grad	I hög grad	Delvis	I liten grad	I mycket liten grad
2p) Känner du, att arbetsplatsens problem också är dina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2q) Vet du exakt vilka dina ansvarsområden är?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2r) Måste du ibland göra något, som egentligen skulle gjorts annorlunda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2s) Kräver ditt arbete att du inte visar dina känslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2t) Tycker du att din arbetsplats har stor personlig betydelse för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2u) Vet du exakt vad som förväntas av dig i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2v) Kan du använda ditt kunnande eller dina färdigheter i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2w) Måste du ibland göra saker i ditt arbete som för dig kan verka onödiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Följande frågor handlar om situationer, där du har användning av hjälp eller stöd i ditt arbete: (Var vänlig och besvara alla frågor och sätt bara ett kryss för varje enskild fråga.)

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig / Nästan aldrig
3a) Hur ofta får du hjälp och stöd från dina arbetskamrater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b) Hur ofta pratar du med dina arbetskamrater om hur bra du utför ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c) Hur ofta är dina arbetskamrater villiga att lyssna till dina problem kring arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d) Hur ofta får du hjälp och stöd från din närmaste chef?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig / nästan aldrig
3e) Hur ofta är din närmaste chef villig att lyssna på dina problem kring arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3f) Hur ofta pratar du med din chef om hur bra du utför ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. I vilken grad kan du säga, att den närmaste ledningen på din arbetsplats...
(Var vänlig och besvara alla frågor och sätt bara ett kryss för varje enskild fråga)

	I mycket hög grad	I hög grad	Delvis	I liten grad	I mycket liten grad
4a) - ser till att de enskilda medarbetarna har bra utvecklingsmöjligheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b) - prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c) - är bra på att planera arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d) - är bra på att lösa konflikter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Angående ditt arbete i allmänhet: Hur tillfredsställd är du med...
(Var vänlig och besvara alla frågor och sätt bara ett kryss för varje enskild fråga)

	Mycket tillfreds- ställd	Tillfreds- ställd	Inte till- fredsställd	Mycket otillfreds- ställd
5a) - dina framtidsutsikter i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b) - den fysiska arbetsmiljön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c) - sättet dina kunskaper används på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d) - ditt arbete som helhet, med allt inräknat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Är du bekymrad för, att...

	Ja	Nej
6a) - bli arbetslös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b) - du på grund av ny teknik blir överflödig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c) - du får svårt att hitta ett nytt arbete, om du blir arbetslös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d) - du mot din vilja blir förflyttad till ett annat arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hur skulle du vilja beskriva din allmänna hälsa?

7a) Utmärkt Mycket god God Mindre god Dålig

8. Har du under den senaste 12-månadersperioden åtminstone vid något tillfälle gått till arbetet trots att du varit sjuk?

8a) Ja Nej

Tack för din medverkan!

Appendix 3. Jämförande medelvärden COPSOQ från studien *Work and well-being in Skåne* (Nielsen et al, 2003).

Appendixtabell 3:1 Jämförande medelvärden COPSOQ

* Medelvärden på dessa variabler redovisas ej i studien.

Dimension COPSOQ	Vårdpersonal äldreomsorg⁵	Work and well- being in Skåne
<i>Krav</i>		
Kvantitativa krav	2,67	2,82
Kognitiva krav	3,67	3,76
Emotionella krav	3,67	3,05
Krav på att dölja känslor	2,73	2,34
Sensoriska krav	3,91	3,59
<i>Kontroll</i>		
Inflytande	2,61	3,13
Utvecklingsmöjligheter	3,60	3,93
Frihetsgrader	2,94	3,47
Mening	4,21	4,19
<i>Socialt stöd</i>		
Ledarskap	2,80	3,02
Socialt stöd	3,53	3,58
Sociala relationer	4,16	3,68
Tillhörighet	4,02	4,19
Framtidsutsikter	3,01	3,43
Rollklarhet	3,55	3,88
Rollkonflikter	2,85	2,65
Feedback	2,10	2,32
Otrygghet	0,89	*
Arbetsstillfredsställelse	2,72	*
Engagemang	2,99	*

⁵ Denna studie