



# LUND UNIVERSITY

## Psykosocial arbetsmiljö i människovårdande arbete

### En undersökning av personal i Försäkringskassan och socialtjänstens Individ- och Familjeomsorg

Söderfeldt, Björn; Söderfeldt, Marie

1997

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Söderfeldt, B., & Söderfeldt, M. (1997). *Psykosocial arbetsmiljö i människovårdande arbete: En undersökning av personal i Försäkringskassan och socialtjänstens Individ- och Familjeomsorg*. (3 uppl.) (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1997, Nr 3), (Research Reports in Social Work; Vol. 1997, Nr 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

*Total number of authors:*  
2

#### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN

Björn Söderfeldt  
Marie Söderfeldt

## *PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ I MÄNNISKOVÅRDANDE ARBETE*

*En undersökning av personal i  
Försäkringskassan och socialtjänstens  
Individ- och Familjeomsorg*

1997:3



# **PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ I MÄNNISKOVÅRDANDE ARBETE**

**En undersökning av personal i  
Försäkringskassan och socialtjänstens  
Individ- och Familjeomsorg**

**Björn Söderfeldt  
Marie Söderfeldt**

Lunds universitet



## **INNEHÅLL**

<b>1. ETT PROJEKT FÖDS - ARBETSMILJÖ, HÄLSA, UTBRÄNDHET</b>	1
<b>1.1 Rapportens uppläggning</b>	4
<b>2. KRAV OCH KONTROLL I MÄNNISKOVÅRDANDE ORGANISATIONER</b>	8
<b>2.1 Människovårdande organisationer</b>	10
<u>2.1.1 Olika arbetsuppgifter i människovård</u>	13
<b>2.2 Krav-kontrollmodellen</b>	20
<b>2.3 Krav och kontroll i människovård</b>	25
<u>2.3.1 Krav i människovård</u>	25
<u>2.3.2 Kontroll i människovård</u>	27
<u>2.3.2.1 Administrativ kontroll</u>	28
<u>2.3.2.2 Två betydelser av handlingsfrihet.</u>	29
<b>2.4 Undersökningens huvudfrågeställningar och metodologiska utgångspunkter</b>	33
<b>3. HÄLSA I FK OCH IFO</b>	36
<b>3.1 Projektets design och urval</b>	36
<b>3.2 Mått på hälsa</b>	41
<b>3.3 Hälsan i FK och IFO jämfört med andra grupper</b>	46
<b>3.4 Hälsan i olika yrkesgrupper inom FK och IFO</b>	50
<b>4. KVANTITATIVA OCH KÄNSLOMÄSSIGA KRAV</b>	53
<b>4.1 Krav och hälsoindikatorer</b>	55
<b>4.2 Stresshormoner och krav</b>	58
<b>5. ORGANISATION OCH PÅFRESTNINGAR I ARBETET</b>	63
<b>5.1 Flernivåanalys</b>	64
<b>5.2 Påfrestningar och organisation</b>	67
<b>5.3 Vad påverkar påfrestningar ?</b>	70
<u>5.3.1 Organisationsvariabler</u>	71
<u>5.3.2 Resultat av flernivåanalys</u>	74
<b>6. ORSAKER TILL OHÄLSA I FK OCH IFO</b>	79



<b>6.1 Förklaringsvariabler</b>	79
<b><u>6.1.1 Krav-kontrollmodellens variabler</u></b>	79
<b><u>6.1.2 Andra arbetsrelaterade variabler</u></b>	80
<b><u>6.1.3 Individvariabler</u></b>	82
<b>6.2. Resultat</b>	82
<b><u>6.2.1 Immunologiska symtom</u></b>	82
<b><u>6.2.2 Gastro-intestinala symtom</u></b>	86
<b><u>6.2.3 Muskuloskeletala symtom</u></b>	88
<b><u>6.2.4 Psykovegetativa symtom</u></b>	90
<b>6.3 Orsaker till hälsoproblem i människovård</b>	92
<b>7. BEGREPPET UTBRÄNDHET</b>	97
<b>7.1 Ett begrepps utveckling</b>	97
<b><u>7.1.1 Ettmått på utbrändhet</u></b>	99
<b>7.2 Analys av utbrändhetsprocessen</b>	102
<b>7.3 Emotionell utmattning och avpersonalisering i FK och IFO</b>	106
<b>7.4 Orsaker till emotionell utmattning och avpersonalisering</b>	108
<b>8. SLUTORD</b>	116
<b>REFERENSER</b>	119
<b>TABELLBILAGA</b>	126





## **1. ETT PROJEKT FÖDS - ARBETSMILJÖ, HÄLSA, UTBRÄNDHET**

År 1988 besökte vi ett lokalkontor i Försäkringskassan. Vi fick båda en slående upplevelse av högt tempo, jäkt och press. Telefonerna ringde i ett, besökare kom, det var möten och invecklade blanketter. Där föddes vår idé till en undersökning av den psykosociala arbetsmiljön i Försäkringskassan.

Från idé till verkställighet kan det ta tid, särskilt när det gäller forskning. Under en vistelse i USA, vid Johns Hopkins School of Public Health i Baltimore, fick vi kontakt med flera internationellt framstående forskare inom arbetsmiljöområdet. Vi fick också tid att utarbeta en ansökan om forskningsmedel till dåvarande Arbetsmiljöfonden. Den fann nåd inför de sakkunnigas ögon och medel beviljades för ett stort upplagt forskningsprojekt, rubricerat "Psykosocial arbetsmiljö i två svenska human service-organisationer" (AMFO 91-0864).

Som framgår av titeln på projektet hade vi utvidgat det till att omfatta två organisationer, nämligen Försäkringskassan (FK) och socialtjänstens Individ- och Familjeomsorg (IFO). Vi ville ha en jämförelsemöjlighet för att kunna ta reda på hur just arbetsorganisationen påverkar den psykosociala arbetsmiljön. IFO blev ett naturligt val, därför att båda organisationerna har ganska liknande arbetsuppgifter, men olika organisatorisk uppbyggnad.

Arbetsmiljön i sig själv är naturligtvis intressant, men viktigast är effekterna av den. För oss som forskare inom samhällsmedicin och socialt arbete blev det naturligt att studera

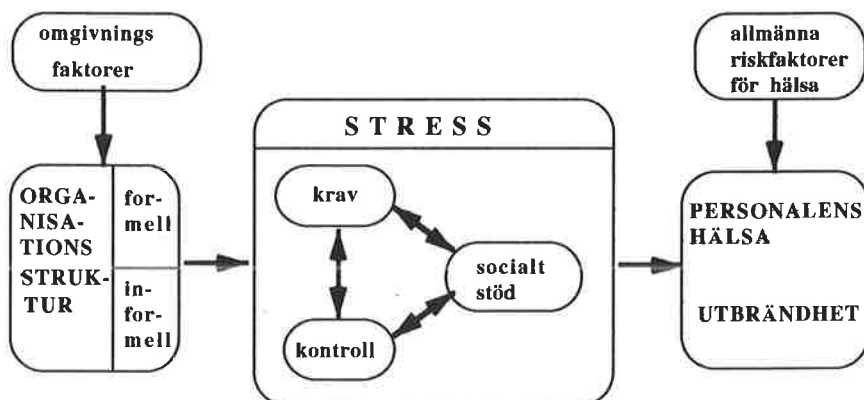
två betydelsefulla effekter av arbetsmiljön: hälsa och utbrändhet. Grunden för den mesta arbetsmiljöforskningen är tanken att problem i arbetsmiljön leder till problem med hälsan. Många forskare har visat att hälsa och välbefinnande har starkt samband med arbetsmiljö, och sociala skillnader i hälsa kan relateras till arbetet (Söderfeldt, 1988). Det är ett viktigt allmänt konstaterande i varje undersökning av arbetsmiljö.

I organisationer av det slag som här undersöks menar många att det finns en speciell effekt av arbetet, nämligen utbrändhet. Arbete med andra människor, där relationen till en klient eller en försäkrad står i fokus, kan medföra utbrändhet, enligt mycket forskning. Det är dock mera oklart vad utbrändhet är och vad man menar - och bör mena - med begreppet. Det togs med i undersökningen, eftersom det som särskilt intresserade oss var just påfrestningarna i arbete med människor. I det moderna, "post-industriella" samhället arbetar snart de allra flesta med sådant arbete, medan det traditionella industriarbetet, med sina uppenbara hälsorisker, är på retur (vilket naturligtvis inte betyder att vi tycker det är oviktigt att undersöka också sådant arbete). På ett tidigt stadium blev vi således klara över att det var just hälsa och utbrändhet som vi skulle undersöka.

Vi kunde sedan konstruera en analysmodell som fångar projektets grundläggande syfte och utgångspunkter. Vi ville studera organisationen, både den formella och den informella. Det fanns redan en allmän analysmodell som hävdar att stress i arbetet beror på specifika kombinationer av *krav* i arbetet, den *kontroll* man kan utöva över sina arbetsuppgifter, och det sociala *stöd* som man får i arbetet. Vissa negativa kombinationer ger upphov till stress, menade vi med många

andra forskare, och stressen har effekter på hälsa och utbrändhet.

Den kritiska kombinationen inträffar när man har höga krav men låg kontroll och dåligt stöd. Många studier har visat att man då löper risk för att få stressrelaterade hälsoproblem. Man måste förstås kontrollera för organisationernas omgivning, det samhälle där de verkar, liksom allmänna riskfaktorer för hälsa och utbrändhet, som livsstil, social situation och liknande. Syftet är att särskilja just arbetets speciella effekter. Projektets allmänna analysmodell kan sammanfattas i figuren nedan:



**Figur 1. Projektets grundläggande modell.**

Med utgångspunkt i modellen gick vi ut med en stor enkätundersökning hösten 1993 till FK och IFO. Målet var att göra en riksrepresentativ studie, vilket uppnåddes. Ett gott samarbete hade hunnit etableras med berörda parter, och personalen i de två organisationerna ställde lojalt upp och besvarade långa frågeformulär.

Det var tre olika studier som genomfördes. Den första byggde på ett frågeformulär till cheferna för lokala organisationsenheter, där vi efter intervjuer och provundersökningar hade kunnat konstruera ett frågeformulär om organisatoriska förhållanden. Den andra studien riktade sig till övrig personal vid de utvalda organisationsenheterna och byggde på ett omfattande frågeformulär. Den tredje studien var en ännu mer detaljerad studie, där vi förutom frågeformulären mätte stresshormoner i blodprov. Materialet var färdiginsamlat i mars 1994.

Sedan dess har projektet arbetat intensivt med analys och avrapportering. I forskningssammanhang är det viktigaste att skriva uppsatser i internationella tidskrifter, där resultaten bedöms av experter på området. Åtskilliga sådana uppsatser har producerats i projektet (Söderfeldt & Söderfeldt, 1996a; Söderfeldt, Söderfeldt, Jones, O'Campo, Muntaner, Ohlson, et al., 1996a; Söderfeldt, Söderfeldt, Muntaner, & O'Campo, 1996b; Söderfeldt, Söderfeldt, Muntaner, O'Campo, Warg, & Ohlsson, 1996c; Söderfeldt, Söderfeldt, Ohlson, & Warg, 1996d; Söderfeldt, Söderfeldt, Theorell, Ohlson, & Jones, 1996f; Söderfeldt & Söderfeldt, 1996b; Söderfeldt, Söderfeldt, & Warg, 1995; Söderfeldt, Söderfeldt, Warg, & Ohlson, 1996g). En doktorsavhandling är också under produktion och kommer att vara publicerad våren 1997 (Söderfeldt, 1996a). Utöver detta har projektet avrapporterats muntligt vid ett flertal konferenser av olika slag, samt skriftligt i en kort rapport till de som deltog i undersökningen. Arbetet har bedrivits i nära samarbete med parterna, speciellt med Försäkringskassaförbundets arbetsmiljökommitté.

Syftet med den föreliggande rapporten är att sammanfatta projektet som helhet. Den är således en slutrapport, men samtidigt också en delrapport, eftersom medel beviljats till en fortsättning av projektet. Våra fynd har nämligen rönt så stor uppmärksamhet att man har sett det som angeläget med en uppföljning för att kunna studera arbetsmiljöns förändringar över tid, och medel har beviljats av Rådet för Arbetslivsforskning till en sådan undersökning. Arbete med uppföljningen pågår.

## 1.1 Rapportens uppläggning

Rapporten inleds med ett teoretiskt avsnitt (kapitel 1 och 2), där syfte och frågeställningar formuleras. Vi sammanför där två olika teorier med betydelse för arbete med människor. Vi kommer att definiera och förklara en serie viktiga begrepp, såsom känslomässiga krav, kvantitativa krav, kontroll, människovårdande arbete, m.m. Detta avsnitt bygger på (Söderfeldt, et al., 1996c).

Det andra avsnittet (kapitel 3) blir en mer beskrivande del, där vi dels redogör för hur data samlades in, dels beskriver hälsoläget i FK och IFO. Man kan säga att med fynden där förstår man också betydelsen av en grundligare genomgång av arbetsmiljön - redan här kan det avslöjas att det inte stod särskilt bra till. I avsnittet sammanfattas uppsatsen (Söderfeldt, et al., 1996d).

En grundläggande faktor i människoarbete, tror vi, är skillnaden mellan kvantitativa krav, *mängden* arbete, och känslomässiga krav, det engagerande och *känslomässigt*

*krävande* innehållet i arbetet. Vi undersökte effekter på hälsan av båda sortens krav och fann olika mönster (Söderfeldt, et al., 1996b). Särskilt de känslomässiga kraven visade sig ha stor betydelse för hälsan. Detta är ämnet för tredje avsnittet (kapitel 4).

Resultaten om kravens effekter på hälsan är viktiga, eftersom de har betydelse för undersökning av arbete med människor överhuvudtaget. En huvudtes i projektet är att sådant arbete medför särskilda problem. Vi ville därför fördjupa denna del av projektet och gjorde en delstudie där vi kunde undersöka effekterna av kraven på stresshormoner, mätta i blodet. Detta är ämnet för den sista delen i kapitel 4, vilket sammanfattar (Söderfeldt, Söderfeldt, Theorell, Ohlson, & Jones, 1996e; Söderfeldt, et al., 1996f).

Med resultaten från den psykofysiologiska undersökningen stod vi på säkrare grund för den fortsatta analysen. Den fortsatte med att vi undersökte hur de viktiga begreppen i projekts analysmodell är relaterade till organisationen. Det är problemet i det följande avsnittet (kapitel 5), som sammanfattar uppsatsen (Söderfeldt, et al., 1996a). Vi kan där visa att organisationen faktiskt betyder något för de faktorer som påverkar den psykosociala arbetsmiljön.

Sålunda rustade kan analysen av orsaker till bristande hälsa genomföras i sin övergripande helhet i det följande kapitlet, nr 6. Där sammanfattas uppsatsen (Söderfeldt, 1996b). Där kan vi visa vilka faktorer som leder till dålig hälsa; vad som utgör särskilda påfrestningar för personalen i FK och IFO.

Med dessa resultat kan vi så övergå till den andra tänkta effekten av arbete med människor, nämligen utbrändhet i kapitel 7. Det visar sig att begreppet utbrändhet är ganska så besvärligt att utreda, varför det första avsnittet i denna del av rapporten ägnas åt en begreppsanalys, som sammanfattar uppsatserna Söderfeldt et al., (1996a); Söderfeldt, et al., (1995); Söderfeldt, et al., (1996g).

Det andra avsnittet om utbrändhet i kapitel 7 redovisar data i FK och IFO, men analyserar också orsaker till utbrändhet. Det bygger på en sammanfattning av (Söderfeldt, 1996a; Söderfeldt & Söderfeldt, 1996b).

Slutligen skall vi övergripande sammanfatta projektets resultat som helhet i kapitel 8 och kort diskutera det fortsatta arbetet; var den nya studien skall ha sin tyngdpunkt. En begränsning i hela det här avrapporterade projektet är att det i huvudsak är beskrivande och analyserande, inte åtgärdsinriktat. Det är i och för sig naturligt - innan man gör något åt saker bör man veta litet om dem - men också något som skall stå i centrum för det planerade projektet. Där vill vi också att denna rapport skall kunna vara en inbjudan till debatt och idéer.



## 2. KRAV OCH KONTROLL I MÄNNISKOVÅRDANDE ORGANISATIONER<sup>1</sup>

För ungefär trettio år sedan började forskningen på allvar intressera sig för den psykosociala arbetsmiljö som människor arbetar i, till skillnad från den fysiska arbetsmiljön. Man började upptäcka att inte bara påtagliga risker som olyckor, kemiska ämnen o d kunde leda till skador och sjukdomar, utan också psykologiska faktorer. Det var den svenske psykologen Bertil Gardell som slog an tonen i den nya forskning som började tränga fram (Gardell, 1971). Sverige är fortfarande ledande i den internationella forskningen på området. En viktig orsak till det är också Rådet för Arbetslivsforskning, tidigare Arbetsmiljöfonden, som finansierat en stor del av den forskningen.

Det centrala begreppet i forskningen om psykosocial arbetsmiljö är stress. Det är en samlande beteckning för effekterna av en serie fysiologiska tillstånd som har med det nedärvda flykt- och försvarsbeteendet att göra. Stress används i dagligt tal som detsamma som trötthet och jäkt, men begreppet har en annan betydelse i forskningen. Man skiljer t ex mellan kronisk och akut stress, där särskilt den kroniska stressen visats ha negativa hälsoeffekter (Frankenhaeuser, 1986; Levi, 1972; Selye, 1976). Särskild uppmärksamhet, framför allt i den svenska forskningen, har riktats mot en teori som hävdar att stress uppkommer som resultatet av *höga krav* i arbetet kombinerat med *låg kontroll* över arbetets utförande, men där det sociala stödet från arbetskamrater och arbetsledning har en

---

<sup>1</sup> Detta kapitel är baserat på två arbeten inom projektet, nämligen (Söderfeldt, et al., 1996c; Söderfeldt, 1996a).

modererande effekt. Man har i denna forskning t ex visat att klassiskt löpande-bandsarbete, med högt tempo och liten kontroll, har starkt samband med hjärtsjuklighet (Theorell & Floderus-Myrhen, 1977). Höga krav i arbetet - det de flesta populärt kallar stressigt - behöver således i sig inte vara negativt. Det blir menligt bara då det förenas med låg påverkan på hur man arbetar, dålig arbetsledning eller negativ stämning bland arbetskamrater (Karasek & Theorell, 1990; Karasek, 1979).

Den helt övervägande delen av den forskning som lett fram till stöd för detta sätt att betrakta stress har emellertid skett på industriarbete. Särskilt har man undersökt arbete vid det löpande bandet. Inte så mycket är känt om hur denna stressteori passar för arbete som i första hand innebär kontakt med människor, t ex i vård och rehabilitering. Man kan utan vidare förutse att de centrala begreppen, framför allt krav och kontroll, i en sådan tillämpning får en annan innebörd. Utöver rent kvantitativa krav tillkommer kvalitativa påfrestningar, där arbete med människor kan vara känslomässigt mycket ansträngande. Kontrollen över hur arbetet utförs kan vara hög, men kontrollen över resultaten av arbetet kan vara mycket låg, eftersom det ofta avses resultera i förändring av andra människors beteende. Kontrollen kan vara låg också i betydelsen att det kan vara svårt att veta hur man skall utföra sitt arbete, eftersom många situationer är unika i arbete med människor.

Utgångspunkten vårt projekt blev av dessa skäl en analys av krav och kontroll i vårdarbete. Detta förutsätter en uppfattning om vad vårdarbete innebär, närmare bestämt arbete med vård i organiserad form. I forskningen kallas detta för "human

services", och de organisationer som utför sådant arbete kallas följdriktigt för "human service organizations" (Hasenfeld, 1992a; Hasenfeld & English, 1974). Det är svårt att finna någon riktigt bra svensk översättning av detta begrepp - närmast ligger väl den något ansträngda konstruktionen "människovårdande organisationer", eller som det ibland kallas, "människobehandlande organisationer" (Sunesson, 1981). Förståelsen av arbete i sådana organisationer bildade en andra utgångspunkt för projektet, vid sidan av krav-kontrollmodellen. Såvitt vi vet har ingen förut kopplat samman de två idéerna, vilket vi menar är ett viktigt originalbidrag från vårt projekt.

## **2.1 Människovårdande organisationer**

Människovårdande organisationer kan beskrivas från sin samhällliga funktion, från sina speciella kännetecken eller som arbetsplatser för en stor del av den yrkesverksamma befolkningen (Stein, 1981). Den vanligaste beskrivningen har gjorts av den amerikanske forskaren Yeheskel Hasenfeld. Han beskriver människovårdande organisationer som:

"...sådana organisationer vars primära funktion är att skydda, underhålla eller stärka individers personliga välbefinnande, genom att definiera, forma eller förändra deras personliga attribut.." (Hasenfeld, 1983) p 1.

Enligt Hasenfeld finns det två huvudsakliga egenskaper som skiljer människovårdande organisationer från andra. Man arbetar i direkt kontakt med dem som skall skyddas, underhållas eller stärkas. Man har också mandat att skydda och

förbättra välbefinnandet hos dessa människor. Hasenfeld nämner fyra kännetecken på människovårdande organisationer:

1. *"Råmaterialet" såväl som "produkten" utgörs av människor.* Detta har många innebörder. Till synes enkla beslut, vanliga rutinåtgärder i organisationen, kan ha stor vikt för den enskildes liv och bör således vara moraliskt grundade. Vidare är organisationen begränsad i vad den kan göra, och hur den kan bete sig i förhållande till sina klienter<sup>2</sup> eftersom "råmaterialet" utgörs av människor. I syfte att kunna utföra arbetet måste man därför utveckla metoder för samtycke. Hasenfeld betonar den moraliska grunden för arbete i människovårdande organisationer, med rötter i tankar om mänsklig välfärd och välbefinnande.

2. *Målen är vaga och oklara på grund av arbetets natur.* Det finns både officiella och vad Hasenfeld kallar operativa mål. De officiella målen återfinns i lagar och förordningar medan de operativa målen visar sig i vad man faktiskt försöker att göra i organisationen. Det kan ofta vara lättare att uppnå samstämmighet om de officiella målen än om de operativa. Här finns likheter med Perrows teser om den relativt begränsade betydelsen av formella målsättningar för en organisations funktion i praktiken (Perrow, 1978). I människovårdande organisationer kan klyftan mellan officiella och operativa mål ofta vara särskilt stor.

3. *Eftersom "råmaterialet" utgörs av människor är det svårt att veta hur man skall uppnå önskat resultat, samt att finna bestämda teknologier.* Människor är mycket olika. Detta

---

<sup>2</sup> Vi använder för enkelhetens skull ordet 'klient' i de generella beskrivningarna. För FK's del refererar detta naturligtvis till de försäkrade.

innebär att en och samma åtgärd inte nödvändigtvis behöver fungera likartat för två personer. Det är också svårt att utvärdera utfallet av arbetet, eftersom resultaten ofta kan vara svåra att mäta. Jämfört med industriella organisationer saknar de människovårdande enkla mått och kriterier på ett lyckat arbete. Det finns förvisso inslag av marknadstänkande och idéer, hämtade från industrin, om produktivitet i termer av t ex antal ärenden per tidsenhet, men sådana tankar kan mestadels kritiseras när de tillämpas på människovårdande arbete.

4. *Kärnan i arbetet utgörs av den mänskliga relationen.* Kvaliteten i denna relation är grundläggande för resultatet av arbetet. Det finns dock komplikationer i detta sammanhang då klienten inte alltid har kontakt med organisationen på frivillig grund. Således kan klientens och organisationens intressen vara motstridiga, ibland även oförenliga. Relationen kan innebära ett maktförhållande där klienten är beroende av organisationens normer och värderingar, liksom av relationen till den enskilde tjänstemannen. Denna relation är svår för organisationen att kontrollera eftersom den beror av dem som är inblandade. En konsekvens av detta är att de enskilda tjänstemännen ofta kan utöva större inflytande än de formellt har (Lipsky, 1980).

Hasenfelds beskrivning av människovårdande organisationer kan tillämpas på många organisationer, t.ex. skolor, fängelser, socialförvaltningar eller sjukhus. De skiljer sig betydligt åt vad gäller funktion och struktur, vilket gör det svårt att generalisera om gemensamma drag. Enligt Stein (Stein, 1981), är skillnaderna mellan sådana organisationer större än likheterna, vilket han menar gör det tveksamt att slå samman dem till en enskild typ av organisation. Det finns dock ett fundamentalt gemensamt drag, nämligen relationen mellan

klienten och organisationens företrädare. Detta fundamentala drag påverkar vad som utgör såväl krav som kontroll i organisationen.

### **2.1.1 Olika arbetsuppgifter i människovård**

Enligt Hasenfeld påverkas relationen klient-tjänsteman av vilken typ av service som tillhandahålls av organisationen, samt av vilken typ av klient som får denna service. Hasenfeld skiljer mellan följande tre servicekategorier, eller teknologier som han också kallar dem (Hasenfeld, 1983):

1. bedömande, 2. upprätthållande, 3. förändrande

Vidare urskiljer han två klientkategorier som han kallar för

1. normalt fungerande, 2. ej normalt fungerande. Det är viktigt att notera att dessa begrepp inte innehåller någon värdering.

Enligt Hasenfeld syftar de *bedömande* teknologierna inte till förändring av klienten. Syftet är i stället att ställa diagnos eller göra någon annan bedömning för att andra skall kunna agera. De *upprätthållande* teknologierna syftar snarare till att förebygga en eventuell försämring av klientens välbefinnande än till att förändra klienten. Det primära syftet hos de *förändrande* teknologierna är, som framgår av beteckningen, just förändring av klienten i syfte att förbättra välbefinnandet. De tre teknologierna och två klienttyperna kan kombineras på sex olika sätt, som framgår av figur 2. Enligt Hasenfeld kan arbete inom en organisation innefatta flera av de olika kombinationerna - det är analytiska kategorier som kan användas för att dela upp det människovårdande arbetet i olika beståndsdelar.

Klient-typ	Bedömande	Upprätthållande	Förändrande
<b>Normalt fungerande</b>	<i>Typ I</i> Antagningsenhet till universitet	<i>Typ III</i> Servicehus för äldre	<i>Typ V</i> Skola
<b>Ej normalt fungerande</b>	<i>Typ II</i> Diagnostisk klinik	<i>Typ IV</i> Socialbidragsenhet	<i>Typ VI</i> Sjukhus

**Figur 2. Klassificering av människovårdande organisationer (med exempel från Hasenfeld, 1983)**

Av klassificeringen framgår tydligt att begreppet människovårdande organisationer inbegriper både organisationer som har att göra med en normalbefolkning och sådana som har att göra med människor som på något sätt avviker från det som anses vara normalt beteende. Kritiken att begreppet är för omfattande tycks relevant i detta sammanhang (Stein, 1981). Syftet här är dock inte att undersöka om det är en bra klassificering, utan snarare att använda den i diskussionen om krav och kontroll i människovårdande organisationer. Vi menar att kraven och kontrollen kan se högst olika ut i de olika slagen av arbete med människor.

När det gäller bedömande arbete menar vi att man bör ta de principer som styr bedömningen i beaktande. I människovårdande arbete fördelas nyttigheter av olika slag. Det kan röra sig om pengar, rehabilitering, eller något annat som organisationen har till uppgift att tillhandahålla. Enligt den engelske moralfilosofen David Miller kan en nyttighet fördelas efter tre olika principer, nämligen efter principerna *rättighet*, *förtjänst*, eller *behov*. De tre principerna utesluter varandra. Den första principen, rättighetsprincipen, kan uttryckas i termer av "åt var och en i enlighet med hans rättigheter", och är primärt reglerad i lagar. Fördelningen sker oberoende av

förtjänst eller behov och beror således inte på den enskildes beteende eller andra individuella kvalifikationer. Den andra principen, förtjänstprincipen, är till skillnad från den föregående beroende av den enskildes beteende. Den kan uttryckas som "åt var och en efter förtjänst", Man kan t.ex anse att endast den som iakttagit en hälsosam livsstil förtjänar att få medicinsk behandling, eller enbart den som är arbetssökande skall få socialbidrag. Den tredje principen "åt var och en efter hans behov" innebär t.ex att det är den fattige och inte den rike som skall få socialbidrag, eller den sjuke och inte den friske som skall få medicinsk behandling (Miller, 1985).

Överfört på svenska socialpolitiska förhållanden kan man säga att Millers rättighets- och behovsprinciper sammanfaller med Hasenfelds distinktion mellan normala/ej normala klienter. Uttryckt i andra termer refererar begreppsparen till generella respektive selektiva socialpolitiska åtgärder (Marklund, 1982). Generell socialpolitik är vanligtvis rättighetsbaserad och riktad mot en normalbefolkning, medan de selektiva åtgärderna primärt är behovsprövade och riktade mot ej normal fungerande människor.

Enligt vår uppfattning ingår bedömning i någon omfattning i så gott som allt människovårdande arbete, men man kan relatera dessa bedömningar till Millers fördelningsprinciper. En tjänsteman på en antagningsbyrå kan t.ex. bedöma en sökande från behörighet - rättighet - till den sökta utbildningen. Men tjänstemannen kan också göra bedömningen utifrån förtjänstprincipen, t ex i termer av skolbetyg eller t.o.m. förmåga att betala skolavgifter. I sjukvården skall man enligt lagen i Sverige använda sig av behovsprincipen. Den som har



behov av sjukvård skall också ha den, och man får inte ta hänsyn till eventuell förtjänst, så att t ex den som betalar får gå före.

Inom FK och IFO finns olika fördelningsprinciper för olika åtgärder. Utbetalning av barnbidrag sker enligt rättighetsprincipen. Där görs ingen bedömning vare sig av behov eller förtjänst. Alla barn i Sverige har rätt till barnbidrag. Inom IFO skall utbetalning av socialbidrag enligt lag ske i enlighet med den enskildes behov. Men inslag av förtjänstprincip finns också, t ex i kontraktsvård, eller i rehabilitering där man måste vara aktiv själv för att få del av vissa förmåner.

Såväl FK som IFO är människovårdande organisationer. I båda utgör den mänskliga relationen kärnan i arbetet, även om det kan vara olika mellan olika arbetsuppgifter. I ren ärendehandläggning av t ex barnbidrag finns inte mycket av människovård, medan det finns desto mer i rehabilitering, för att ta ett par exempel från FK. I rutinhandläggning av socialbidrag är arbetet mest administrativt, medan i behandlingsarbete inslaget av vårdarbete är stort i termer av relationer till en klient, för att ta ett par exempel från IFO.

Vi menar att arbetet i de två organisationerna kan klassificeras enligt Hasenfelds och Millers teorier, vilket skall visas innan vi ger oss i kast med analysen av krav och kontroll i människovård. Som påpekades ovan innefattar så gott som alla arbetsuppgifter någon form av bedömning, varför skillnaden mellan typ I och II i Hasenfelds schema är mindre intressant här.

Distributions princip	Upprätthållande				Förändrande	
	Normal klient		Ej normal klient		Ej normal klient	
	Rätt	Behov	Rätt	Behov	Rätt	Behov
FK						
<i>Barnbidrag, etc</i>	X					
<i>Föräldraförsäkring</i>	X					
<i>Sjukpenning</i>			X			
<i>Alderspension</i>	X					
<i>Förtidspension</i>			X			
<i>Rehabilitering</i>						X
IFO						
<i>Socialbidrag</i>				X		
<i>Barn</i>						X
<i>Ungdom</i>						X
<i>Vuxna</i>						X
<i>Familjerätt</i>						X
<i>Invandrare</i>						X
<i>Flyktingar</i>						X
<i>Arbetslösa</i>						X
<i>Missbrukare</i>						X

**Figur 3. Klassificering av arbetsuppgifter i FK och IFO enligt Hasenfelds typer och Miller's distributionsprinciper.**

Använder vi de olika typerna i Hasenfelds schema i figur 2 så finner vi att i Typ III, normalt fungerande/upprätthållande bygger arbetsuppgifterna på rättighetsprincipen. Alla barn upp till 16 år i Sverige har rätt att uppbära barnbidrag oberoende av föräldrars eller egen inkomst. Alla personer över 65 år har rätt till folkpension. I IFO saknas denna typ. Går vi till Typ IV, ej normalt fungerande/ upprätthållande finns exempel från såväl FK som IFO. Det gäller exempelvis sjukpenning och förtidspension/sjukbidrag i FK som fördelas enligt rättighetsprincipen, och socialbidrag i IFO som fördelas efter behov.

För typ V, normalt fungerande/förändrande finns inga arbetsuppgifter vare sig i FK eller IFO, medan det däremot finns många arbetsuppgifter av Typ VI, ej normalt fungerande/förändrande, alla distribuerade i enlighet med behovsprincipen. Där finns många olika åtgärder riktade mot familjer, barn, missbrukare och andra, som på något sätt avviker från det som brukar anses vara ett normalt liv. Det primära syftet är att förändra dessa människor i en normal riktning. De flesta åtgärderna sker i samförstånd med klienten, men det finns också inslag av tvångsåtgärder. I FK finns en arbetsuppgift i denna kategori, nämligen rehabiliteringsarbete. Här är syftet att förändra klienten till att bli arbetsför igen.

Figuren visar att samtliga arbetsuppgifter i IFO är riktade mot ej normala klienter. Man använder där också i första hand förändrande teknologier, och alla förmåner distribueras enligt behovsprincipen. I FK är teknologierna framför allt upprätthållande. Dessa är till skillnad från socialbidraget i IFO distribuerade enligt rättighetsprincipen, vilket är en följd av att de ingår under de generella socialpolitiska åtgärderna. Arbetet i FK är riktat mot såväl normala som ej normala klienter.

Ett par av arbetsuppgifterna inom respektive organisation avviker från de allmänna mönstret. I FK är rehabilitering, sjukpenning och förtidspension riktade mot vad som i Hasenfelds termer kallas "ej normala klienter". Rehabilitering är också den enda arbetsuppgiften av förändrande karaktär. I IFO är socialbidrag den enda arbetsuppgiften av upprätthållande karaktär.

Från figuren kan fyra kategorier konstrueras för att:

1. upprätthållande/normal/rättighetsfördelad, t.ex. barnbidrag
2. upprätthållande/ej normal/rättighetsfördelad, t. ex sjukpenning
3. upprätthållande/ej normal/behovs-fördelad, t.ex. socialbidrag
4. förändrande/ ej normal/behovs-fördelad, t.ex. rehabilitering

Från teorin om människovårdande organisationer anser vi att de tre senare är mest intressanta att analysera. De tre kategorierna kommer att användas i olika omfattning i senare analyser.

Från denna teoretiska genomgång av det specifika i människovårdande organisationer skall vi gå vidare till en analys av krav och kontroll i sådana organisationer. Vi börjar med en beskrivning av den s.k krav-kontrollmodellen.

## **2.2 Krav-kontrollmodellen**

Krav-kontrollmodellen utvecklades från början av den amerikanske forskaren Robert Karasek (Karasek, 1979). Han utgick från två forskningstraditioner, en rörande beslutsutrymme i arbete, och en annan rörande arbetsrelaterade stressfaktorer. Utvecklingen av modellen var framför allt influerad av den svenska forskningen om arbetsorganisation och stress, särskilt av Bertil Gardells analys av arbetsbelastning, självstyre och deltagande i arbetsprocessen. En annan viktig inspirationskälla var de amerikanska forskarnas Melvin Kohn och Carmi Schoolers forskning som fokuserade begrepp som komplexitet, rutinisering och frihet i arbetet, samt deras inflytande på psykisk funktion (Gardell, 1971; Kohn & Schooler, 1983) .

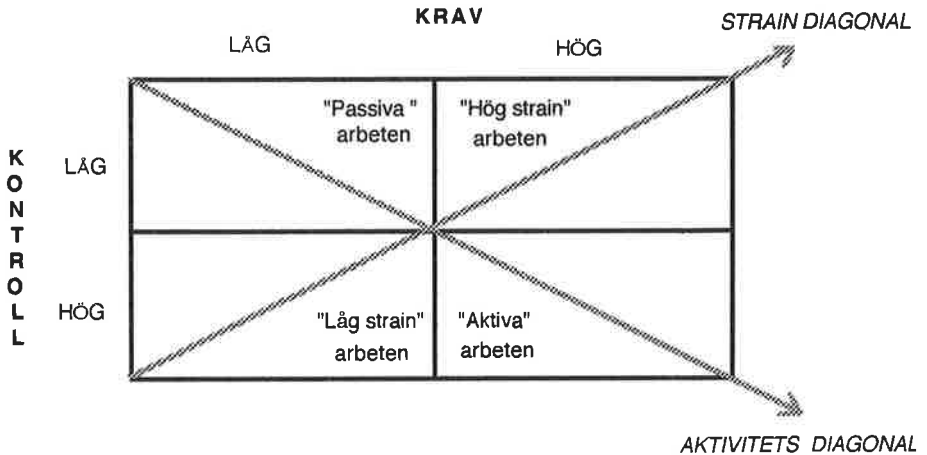
Krav-kontrollmodellen utgår från det man kallar psykologisk "strain", som närmast får översättas med överbelastning eller påfrestning. Enligt modellen resulterar "strain" inte från en enskild aspekt av arbetsmiljön, utan från den gemensamma effekten av två särskilt betonade aspekter i arbetsmiljön:

1. De krav som ställs på arbetaren
2. Den möjlighet som arbetaren har för att möta dessa krav, dvs kontroll (Karasek, 1979).

Krav-kontrollmodellen är en socialpsykologisk modell, eftersom den betonar betydelsen av samspelet mellan en individ och dennes direkta arbetsmiljö. Den innebär emellertid också ett sociologiskt perspektiv, då organisationen av arbetet sägs bestämma omfattningen av krav och kontroll. Det leder till att förändring av organisationen, och inte av den enskilde individen, står i fokus för modellen (Muntaner & O'Campo, 1993).

I den fortsatta utvecklingen av krav-kontrollmodellen har den relaterats till fysiologisk stressteori (Frankenhaeuser, 1986; Levi, 1972). I ett omfattande arbete (Karasek & Theorell, 1990) har de olika analysnivåerna - de biologiska, psykologiska och organisatoriska förenats i en teori om arbetsorganisation och dess psykofysiologiska effekter. Modellen har rönt ett ökande intresse i forskning om arbetsorganisation och folkhälsa (Alfredsson, Karasek, & Theorell, 1982; Arnetz, 1991; Carayon, 1993; Härenstam, 1989; Landsbergis, 1988; Muntaner, Eaton, & Garrison, 1993; Muntaner & O'Campo, 1993).

Kärnan i modellen är kombinationen av krav och kontroll som resulterar i fyra olika typer av arbeten med olika effekt på hälsa och välbefinnande. De olika kombinationerna framgår av figur 4.



**Figur 4. Krav-kontrollmodellen .**

1. Hög-strain arbeten kännetecknas av kombinationen höga krav och låg kontroll. Denna kombination är den kritiska i modellen. Enligt teorin produceras psykologisk strain och därmed ogynnsamma reaktioner såsom trötthet, depression, oro och så småningom också sjukdom. Ett typexempel på sådant arbete är löpande-bands arbete, där arbetstakten är hög men utanför påverkan av den enskilde arbetaren.
2. Aktiva arbeten kännetecknas av kombinationen höga krav och hög kontroll. Detta är utmärkande för utvecklande och stimulerande arbetssituationer och innebär ingen särskild risk för psykologisk strain eller sjukdom. Människor med aktiva arbeten är också aktiva på sin fritid. Exempel på sådana arbeten

finns bland professionella, men också bland företagare och kvalificerade hantverkare.

3. Låg-strain arbeten utmärks av kombinationen låga krav och hög kontroll. I sådana arbeten är risken för strain och sjukdom lägre än för genomsnittet, men däremot saknas möjligheter till utveckling och stimulans.

4. Passiva arbeten kännetecknas av kombinationen låga krav och låg kontroll. I sådana arbeten får man ej möjlighet att utnyttja sin kunskap eller skicklighet, vilket kan resultera i en omotiverande arbetssituation. Ett exempel på arbete inom denna kategori är övervakningsarbete i processindustri (Karasek & Theorell, 1990) .

Krav-kontrollmodellens grundläggande antaganden har testats i många studier såväl i USA som i Sverige. Man har använt stora datamaterial från den amerikanska Quality of Employment Survey, samt från de svenska levnadsnivåundersökningarna (Karasek & Theorell, 1990; Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Theorell, 1981; Pieper, LaCroix, & Karasek, 1989). Modellen har under arbetets gång reviderats och modifierats, bland annat genom att inkludera begreppet socialt stöd på arbetsplatsen (Johnson, 1986). Det sociala stödet har visat sig ha en s.k. bufferteffekt i samspelet mellan krav och kontroll (Karasek & Theorell, 1990).

Antalet studier som testar krav-kontrollmodellen har ökat. Studier som *inte* bekräftar den har också publicerats. Modellens relevans för homogena yrkesgrupper har ifrågasatts (Payne & Fletcher, 1983; Spector, 1987), liksom dess stabilitet över tid (Carayon, 1993). Begreppsbildning och mätning har kritiserats, framför allt av begreppet kontroll, men också av kravbegreppet (Ganster, 1989; Spector, 1987). Bekräftelser av

modellen är också till största delen baserade på tvärsnittsstudier och sekundärdata, liksom på självrapportering av upplevda krav och kontroll, vilket också har varit föremål för kritik (Muntaner & O'Campo, 1993; Williams, Cote, & Buckley, 1989).

I detta sammanhang står dock en annan fråga i fokus, nämligen krav-kontrollmodellens relevans för människovårdande organisationer. Vi ansluter oss till en hel del av kritiken, men menar också att modellen är användbar som en utgångspunkt för utveckling av bättre anpassade teorier om arbete i sådana organisationer. Då modellen använts för analys av sådana organisationer har de oftast rubricerats som allmänna tjänstemannaorganisationer, utan hänsyn till den speciella karaktären hos arbete med människor (Arnetz, 1991; Karasek & Theorell, 1990).

Det finns åtminstone tre problem med den traditionella inriktningen på forskningen kring krav-kontrollmodellen. För det första har forskningen främst varit inriktad på industriella miljöer. Den naturliga anti-tesen till sådant arbete är emellertid tjänstemannaarbete, och man har tenderat att bara urskilja dessa två grova kategorier av arbete, alltså arbetare och tjänstemän. Ingen plats har funnits för arbete med människor. För det andra har krav-kontrollmodellen som mål att generalisera sina antaganden till alla typer av arbeten, vilket leder till breda tester av modellen med tvärsnittsdesign. Man vill i modellen programmatiskt inte riktigt fundera kring olikheter i arbeten, utan syftar till generella påståenden. För det tredje hävdar en av modellens föregångare, att arbetsobjektet - data, ting, eller människor - inte har någon avgörande betydelse för arbetets specifika karaktär (Kohn & Schooler, 1983). Krav-



kontrollmodellen har tagit med sig den grundläggande inställningen, menar vi. I det följande skall visas, genom analys av begreppen krav och kontroll, att kärnan i människovårdande arbete - klientrelationen - har betydelse för krav och kontroll på ett sådant sätt att man faktiskt måste ta in det i modellen.

## **2.3 Krav och kontroll i människovård**

### **2.3.1 Krav i människovård**

Kravbegreppet är svårt att definiera teoretiskt. Det vanligaste kännetecknet är den subjektiva bedömningen av arbetsbelastning resulterande i mental spänning eller vad som kallas för fysiologisk arousal (aktivation) (Johansson, 1991). Som en konsekvens av de teoretiska svårigheterna att koppla samman detta psykofysiologiska begrepp med arbetsrelaterade faktorer brukar kravbegreppet definieras ostensivt (utpekande). Det generella kännetecknet på krav anges vara hur hårt man arbetar. Man innefattar många andra saker i detta begrepp: arbetsbelastning, mental stimulering nödvändig för att utföra arbetsuppgiften, koordinationssvårigheter, föråldrade kunskaper och rädsla för att förlora arbetet. Av dessa krav anser konstruktören av krav-kontrollmodellen, Karasek, arbetsbelastningen vara det psykiskt mest krävande för majoriteten av de som arbetar (Karasek & Theorell, 1990).

Definitionen av krav sker dock genom de mått som används. Arbetsbelastning kompletteras med undersökning av förekomsten av motstridiga krav. Kravbegreppet i modellen byggde till stor del på de stora tvärsnittsundersökningar i Sverige och USA som bildade upptakten till modellen. Måtten på krav konstrueras där från frågor som hur fort man arbetar,

hur hårt man arbetar, mängden arbete, och om tiden för att utföra arbetet vanligtvis är för kort (Quinn, Seashore, Kahn, Magione, Campbell, Stines, et al., 1971). I de svenska levnadsnivåundersökningarna mäts krav genom två frågor om hektiskt arbete och psykologiskt krävande arbete (Karasek, 1979). Såvitt vi vet har ingen tagit in känslomässiga krav som en del av kravbegreppet.

I en kritik av krav-kontrollmodellen påpekar Muntaner och OCampo (1993) att vagheten i psykologiska begrepp gör det möjligt att utvidga dem långt ifrån deras ursprungliga mening. Begreppen blir luddiga, betydelsen kan glida och det blir svårt att lägga dem till grund för några undersökningar. I relation till Karaseks ursprungliga formulering av kravbegreppet (Karasek, 1979), är det tydligt att en betydelseglidning har skett. I ett senare arbete tas exempelvis även fysisk belastning in i kravbegreppet, vilket inte var fallet från början. Ytterligare en glidning blev att också rollkonflikter i arbetet togs med i kravbegreppet i det senare arbetet. Sådana konflikter, beroende på oförenliga krav från omgivningen, är en vanlig form av krav i människovårdande arbete. Man skall både vårda och kontrollera, man skall vara generös mot klienten men sparsam i budgeten (Satyamurti, 1981).

Roll konflikter är emellertid inte den enda typen av särskilda krav i människovård. Vi menar att det där också finns speciella känslomässiga krav, som inte har så mycket att göra med mängden arbete (Leiter, 1992; Maslach & Jackson, 1982; Pines & Aronson, 1988). Människovårdande arbete innebär konfrontation med fattigdom, sjukdom, kriminalitet och andra mänskliga problem och lidande, ofta tillsammans med gnagande känslor av otillräcklighet hos den som arbetar med sådant,

eftersom de möjligheter som finns att lösa problemen vanligtvis är ganska begränsade. Ett misslyckande med en enda klient/patient kan upplevas psykologiskt och känslomässigt mycket starkare än många lyckade fall. Uppfattningen av känslomässiga krav beror uppenbart på normer och värderingar hos såväl organisationen som den enskilde människovårdaren. Dessa värderingar påverkas av en särskild typ av rollkonflikt, nämligen att kontakten mellan klient och människovårdare oftast utgör en maktrelation (Hasenfeld, 1992b).

Det finns en motsättning mellan omsorg och kontroll av klienten. Den naturliga reaktionen i en mänsklig kontakt, kärnan i människovård, är medkänsla och engagemang. Detta präntas in i såväl utbildningen av de som skall arbeta med människor som i officiella målformuleringar. I en maktrelation är dock denna naturliga reaktion inte alltid tillåten eller möjlig. Medkänsla och engagemang kan omformas till paternalism eller t.o.m. öppet förtryck. Människovårdare konfronteras ofta med en konflikt mellan idealistiska rollmodeller och en krass verklighet, vilket förvärrar de känslomässiga kraven i arbetet. Men, det är inte bara kravbegreppet som är komplicerat i människovårdande arbete.

### **2.3.2 Kontroll i människovård**

I krav-kontrollmodellen definieras beslutsutrymme i arbetet, kontroll, som den arbetande individens kontroll över sina arbetsuppgifter och prestationer under en arbetsdag. Kontrolldimensionen består i modellen av två komponenter. Den första är det något svåröversatta begreppet *skill discretion*, dvs i vilken omfattning arbetet innefattar lärande av nya ting, kreativitet, samt frånvaro av rutiner. På svenska skulle man

kunna kalla detta för handlingsfrihet i att använda sina kunskaper. Höga kunskaper förutsätts ge arbetaren kontroll över hur man skall utföra olika arbetsuppgifter. Den andra komponenten, *decision authority*, kan översättas med beslutsutrymme. Här handlar det om den enskildes frihet att ta beslut om saker som rör hans eget arbete, möjlighet till inflytande på arbetsgruppen och organisationen (Karasek & Theorell, 1990). I den fortsatta framställningen kallar vi skill discretion för *handlingsfrihet* och *decision authority* för *beslutsutrymme*.

Kontrollbegreppet är komplicerat och ofta vagt också det. Vi menar dock att det är rimligt att tolka handlingsfrihet primärt som ett psykologiskt begrepp, medan beslutsutrymme kräver en sociologisk analysnivå. Om båda dimensionerna tolkades från en psykologisk nivå skulle konsekvenserna för förändring av arbetsplatser bli bekymmersamma. Förändringsarbetet skulle enbart inriktas på individuella faktorer. Det är framför allt i definitionen av beslutsutrymme som arbetet får sitt organisatoriska sammanhang.

Här är dock syftet inte att ge en omfattande översikt över kontrollbegreppet, utan snarare att undersöka begreppen i krav-kontrollmodellen och deras relevans för människovårdande arbete. Inom denna begränsning skall åtminstone tre aspekter av kontroll diskuteras:

- En tolkning av begreppet som kan kallas administrativ kontroll.
- En närmare undersökning av innebörden i handlingsfrihet, med två möjliga och motsatta betydelser.
- En diskussion av beslutsutrymme i människovård

### 2.3.2.1 Administrativ kontroll

Kontroll mäts på olika sätt i olika tillämpningar av kravkontrollmodellen. Standardmetoden är att konstruera ett index bestående av en serie frågor som avser att mäta olika aspekter av kontroll. Handlingsfrihet mäts genom frågor om variation i arbetsuppgifter, grad av rutinisering i arbetet, möjligheter att lära nya ting, osv, och beslutsutrymme genom frågor om friheten att ta egna beslut, frihet i hur arbetet skall utföras, möjlighet att ta initiativ, osv (Härenstam, 1989; Karasek, et al., 1981; Landsbergis, 1988; Wahlstedt & Edling, 1994).

I vissa tillämpningar finns emellertid frågor som egentligen inte handlar om innehållet i arbetet, utan snarare om *när* det skall utföras. Det är vanligt med frågor om inflytande över semesterplanering, flexibilitet i arbetstid, frihet att göra privata ärenden under arbetstid, när raster kan tas, osv (Hall, 1990; Johnson, 1986). Det verkar svårt att relatera sådana formella, ej innehållsrelaterade aspekter av arbete till vare sig handlingsfrihet eller beslutsutrymme, som ju båda handlar om innehållet i arbetsuppgifterna, vad som görs i arbetet. Arbetets formella egenskaper, såsom förläggning av arbetstider eller semestrar, är knappast specifika stressorer i arbetet, även om de sannolikt är viktiga för individen. Sådana faktorer anser vi bör undersökas separat, och vi kallar dem *administrativ kontroll*. Man kanske till och med kan se denna form av kontroll snarare som en form att bemästra krav i arbetet, s.k. *coping*, inte som kontroll över arbetsuppgifter.

I industriella organisationer är den administrativa kontrollen ofta nedbragt till ett minimum. I löpandebands arbete är möjligheterna till att ta en rast eller t.o.m. att gå på toaletten strikt reglerade. Arbetstiden är bestämd in i minsta detalj och

raster dras av på lönen (Friedman, 1977). I människovårdande arbete är administrativ kontroll betydligt högre jämfört med industrin. En socialarbetare eller läkare kan i större utsträckning än fabriksarbetaren ringa privatsamtal, ta en kort rast eller gå på toaletten. I ett människovårdande perspektiv är detta av viss betydelse. Som påpekas av Hasenfeld och Lipsky (Hasenfeld, 1992a; Lipsky, 1980), är individens frihet i människovårdande organisationer, vad gäller administrativ kontroll oftast hög. Det finns alltid luft i systemen. Vi anser att det är viktigt att särskilja denna typ av kontroll. Den är antagligen mycket hög i människovård, och skiljer sig knappast särskilt mycket mellan olika befattningshavare. Det finns andra typer av kontroll som är mer problematiska i människovård, särskilt handlingsfrihet.

#### 2.3.2.2 Två betydelser av handlingsfrihet

Handlingsfrihet är en annan central aspekt av kontroll och har att göra med kunskaper och skickligheter för att genomföra arbetsuppgifter. Detta innebär att man har kontroll över *utfallet*, resultatet, av arbetet (Bazerman, 1982), något som kan vara problematiskt i människovård. Karasek och Theorell poängterar att kontroll bör handla om kontroll över ens eget arbete, inte kontroll över andra människor (Karasek & Theorell, 1990), p.60). Detta blir förstås helt annorlunda när själva innehållet i arbetet har som kärna att på något sätt ha kontroll över andra.

I alla människovårdande organisationer försvåras utfallskontrollen av ett enkelt faktum, nämligen klientens frihet att själv agera, samt naturligtvis av den vanliga osäkerheten om målen för arbetet, vad man vill ha för utfall. Med denna tolkning av handlingsfrihet tycks det mycket troligt att kontroll

är svår att uppnå i människovård. Som togs upp ovan om människovårdande organisationer så innebär det oftast att det just saknas kriterier på arbetets resultat. När är en klient eller patient "botad", när är en elev fullärd, när är ett socialt problem löst ?

Tolkningen utfallskontroll uttömmar emellertid inte begreppet handlingsfrihet. Det handlar också om friheten att använda sina kunskaper och skickligheter för olika problem. I denna mening är sannolikt handlingdfriheten stor i människovård, speciellt i mer professionaliserade sektorer. Läkare, sjuksköterskor, lärare, socialarbetare och liknande yrkesgrupper har ofta hög kontroll över *valet* av kunskaper även om det ökande inslaget av marknadstänkande och kostnadsanalyser kan begränsa denna frihet.

Tillämpningar av krav-kontrollmodellen på människovårdande organisationer bör specificera vilken mening av kontroll som avses. Detta görs sällan. Istället jämföras människovårdande arbete oreflekterat med traditionellt tjänstemannaarbete. Kontrollbegreppet blir vagt och öppnar för begreppsglidning. I tester av krav-kontrollmodellen kan vilket resultat som helst tolkas som argument för eller emot modellen. Kontrollen kan finnas vara hög - om man menar administrativ kontroll eller kontroll över kunskapsanvändningen. Den kan också finnas vara låg om man avser utfallskontroll. Man måste skilja mellan de olika meningarna av kontroll och förstås också studera sambanden mellan de olika aspekterna. Detta blir ännu tydligare när man tänker på den andra aspekten av Karaseks kontrollbegrepp - beslutsutrymme.

Handlingsfrihet och beslutsutrymme i vanliga arbeten har båda befunnits ha inflytande på ett brett spektrum av psykologisk strain, hälsa och beteendefaktorer. Karasek och Theorell frågar sig vilket av dem som är viktigast. De menar att de två begreppen skall anses som ömsesidigt förstärkande aspekter av kontroll, så att skicklighet och valfrihet för kunskaper påverkar beslutsutrymmet (Karasek & Theorell, 1990; Karasek, 1979). Begreppen inspirerades mycket från två delar av två andra forskares, Kohn och Schooler, utveckling av vad som kallades "the occupational self-directionality scale", ungefär självstyrelseskalan för yrken. De delar som togs upp av Karasek var begreppen "närhet i övervakning" och "innehållslig svårighetsgrad" (Kohn & Schooler, 1983).

Begreppet beslutsutrymme motsvarar närmast det man i Kohn och Schoolers skala menade med närheten av övervakning, självständigheten i arbetet. Det rör individens frihet att ta beslut hur det egna arbetet skall utföras. I människovård är denna frihet vanligen hög. Direkt övervakning och kontroll från arbetsledningen är svår att uppnå eftersom arbetet så att säga produceras och konsumeras på samma gång i relationen mellan människovårdare och klient, där få andra har tillträde. Läkaren är ensam med patienten i undersökningsrummet. Läraren är suverän i klassrummet, och socialarbetaren sköter arbetet med sina klienter utan att någon chef lägger sig i varje detalj (Lipsky, 1980). Om beslutsutrymme definieras i termer av närhet i övervakning blir det därför inte särskilt användbart i undersökningar av människovårdande organisationer. Det kommer inte att kunna särskilja mellan olika typer av arbete. Inte många arbetsuppgifter i människovård kan jämföras t ex med löpande-bandsarbete i detta avseende.



Men man kan också fråga sig: *beslutsutrymme över vad* ? Ett svar ges i en analys av människovårdande arbete, där man menar de beslut som tas styrs av tillgängliga resurser, som ofta används oberoende av relevans. Kirurgen opererar, internmedicinaren administrerar mediciner, socialarbetaren delar ut socialbidrag och läraren lär ut (Sunesson, 1981). Det må finnas mycket stor frihet hos den enskilde människovårdaren att välja mellan de resurser som finns tillgängliga. Men, som påpekas av Hasenfeld, (Hasenfeld, 1983), ett kännetecken på människovårdande organisationer är den genuina osäkerheten över resursernas eller teknologiernas effekter. Det finns relativt få tillgängliga, de som finns har ofta osäkra effekter, de är svåra att utvärdera, och de är ofta kontroversiella. Detta kan resultera i *rolloklarhet* .

Rolloklarhet har påvisats ha eget samband med upplevd stress (Kahn, Wolfe, Quinn, & Snoek, 1964; Rizzo, House, & Lirtzman, 1970) Det är förstås inte unikt för människovård, men sådant arbete kan anses vara speciellt utsatt, beroende på den relativa friheten hos de som arbetar med människovård kombinerat med osäkerheten över effektiviteten i teknologierna, och oklarheten i målen för arbetet (Satyamurti, 1981). Beslutsutrymmet kan i människovårdande organisationer således vara högt - om man avser frånvaro av övervakning i arbetet - eller lågt - om man avser klarhet i yrkesrollen.

Med detta avslutar vi diskussionen om kontroll. Det finns säkerligen många andra möjliga aspekter av begreppet. Analysen här är dock tillräcklig för att visa hur komplicerat begreppet blir när man skall använda det i undersökningar av människovårdande arbete.

## 2.4 Undersökningens huvudfrågeställningar och metodologiska utgångspunkter

Analysen hittills kan sammanfattas i en tabell med olika möjliga betydelser av krav och kontroll i människovård (figur 5).

KRAV	KONTROLL		
	Administrativ kontroll	Handlingsfrihet	Beslutsutrymme
känslomässiga krav	coping strategi (?)	utfallskontroll	närhet i övervakning
arbetsbelastning		val av kunskaper	rolloklarhet
rollkonflikt			
rolloklarhet (?)			

**Figur 5. Betydelser av krav och kontroll i människovård**

Från figuren framgår det tydligt att krav och kontrollbegreppen är långt mer invecklade än som de framställs i den ursprungliga krav-kontrollmodellen. Undersökningen huvudfrågeställning blir då hur de olika betydelserna kan mätas och analyseras i syfte att värdera deras olika betydelse för personalen i FK och IFO. Vi tror att det är faktorer som dessa som avgöra hur man mår i arbetet, men också att just det människovårdande arbetets speciella karaktär kommer att visa sig i särskilda effekter från de betydelser av krav och kontroll som är utmärkande för sådant arbete. Vi tror således bland annat att

- höga känslomässiga krav i kombination med låg handlingsfrihet och litet beslutsutrymme är särskilt problematiskt för arbete med människor

- bristande utfallskontroll, liksom rolloklarhet och rollkonflikt, har självständiga effekter
- olika tolkningar av krav och kontroll kan ha olika betydelse för effekter av människovårdande arbete

Som man kan förstå från den övergripande uppläggnings på projektet så kommer vi i analyserna av dessa och andra hypoteser att ta hänsyn till både organisatoriska och individuella faktorer som kan påverka välbefinnandet hos personalen i de undersökta organisationerna. Det som är intressant är just effekterna från de olika egenskaperna hos arbetet med sådana andra faktorer under kontroll. Detta gör det nödvändigt att använda sådan analysmetodik som tillåter slutsatser om de *självständiga* effekterna från de arbetsrelaterade faktorerna. Det är också nödvändigt för trovärdigheten och tillförlitligheten hos våra resultat att man lägger ned viss möda på att analysera mätningen av de olika faktorerna i sammanhanget.

Som kommer att framgå så använder vi oss av ett brett spektrum av olika metoder. Det blir dock inget särskilt metodavsnitt, och det är heller inte riktigt frågan om någon slags avgränsning mellan ett teoretiskt och ett empiriskt avsnitt. Kvalificerad analysmetodik kräver att man hela tiden i detalj arbetar med de teoretiska antaganden som man gör, redovisar dem och prövar dem noggrant. Det betyder att vi på många punkter kommer att återvända och förtydliga resonemangen i det föregående, samtidigt som vi kommer att använda oss av den hittills genomförda mer teoretiska analysen i hanteringen av de faktiska data som undersökningen producerat.

### 3. HÄLSA I FK OCH IFO<sup>3</sup>

Uppgiften blev först att få en uppfattning om hälsoläget i vid mening i de båda organisationerna. Om hälsan hos personalen är god finns det kanske inte så stor anledning att fördjupa sig alltför mycket i undersökningen. Vi misstänkte för all del att det fanns problem, men vi visste inte omfattningen av dem och inte heller inom vilka områden de fanns. Här skall vi detaljerat redogöra för resultaten, dels i jämförelse mellan de två organisationerna och mellan olika arbetsuppgifter i dem, dels i en jämförelse med annat arbete av liknande slag. Förutsättningen för att man skall tro på resultaten är emellertid att de hänför sig på ett gediget och trovärdigt datamaterial. Därför inleds avsnittet med en redogörelse för hur undersökningen lades upp.

#### 3.1 Projektets design och urval

Vi ville från början att undersökningen skulle ha en sådan uppläggning att man på dess grund kan uttala sig om de två organisationerna i sin helhet. Detta förutsätter ett statistiskt korrekt riksrepresentativt urval av personal i FK och IFO. Där stötte vi omedelbart på ett knepigt problem, nämligen att man för IFOs del saknade ett nationellt register över de anställda. Vi fick därför utgå från en tvåstegsdesign, där ett urval av kommuner bildade första steget. Inom varje kommun valde vi att ta med samtlig personal inom samtliga lokala enheter. Det gjordes således inget urval inom kommunerna. Eventuella fel

---

<sup>3</sup> Detta kapitel baseras på (Söderfeldt, et al., 1996d)

beroende på urval kan således endast återfinnas på kommunnivå.

Vid tidpunkten för undersökningen var 1991 års befolkningsstatistik den senast tillgängliga. Det fanns då 283 kommuner i Sverige. Eftersom det finns många små och få stora kommuner måste man ha olika stora grupper av kommuner för att säkert få med några av de relativt få stora kommunerna. Vi gjorde ett sk stratifierat urval med sammanlagt 100 kommuner i undersökningen. Representerativiteten i urvalet kunde kontrolleras genom prövning av den från urvalet beräknade befolkningssiffran mot den faktiska befolkningen. Överensstämmelsen blev praktiskt taget perfekt - skillnaden blev 0,3 %. Ytterligare en kontroll gjordes där vi undersökte vilken variation som fanns mellan kommunerna med avseende på olika mått på hälsa. Vi fann inga sådana skillnader, vilket innebär att faktorer relaterade till kommuner, såsom befolkningstäthet, storlek eller geografisk struktur, *inte* hade någon effekt på hälsan. Detta bekräftar andra studier som pekar på mycket små geografiska skillnader i hälsa (Duncan, Jones, & Moon, 1993). Eventuella skillnader i hälsa i de två organisationerna kan således inte bero på att vi fått ett urval av kommuner med särskilt mycket ohälsa bland befolkningen.

I de utvalda kommunerna fanns det 124 lokala enheter i FK och 188 i IFO. Alla dessa togs med i undersökningen. Under september till oktober 1993 tillsändes cheferna i dessa enheter ett frågeformulär kring organisatoriska aspekter. Uppgift om antal anställda ingick i formuläret. Svarsandelen på detta första formulär var mycket hög, 121 (98 %) av cheferna i FK och 170 (90 %) i IFO besvarade formuläret. Inom de 121 lokala enheterna i FK fanns 4596 anställda och i de 170 enheterna i

IFO fanns 3700 anställda. Genomsnittet anställda per kontor var således 38.0 personer i FK och 21.8 in IFO.

Ytterligare ett frågeformulär, ämnat åt personalen i de två organisationerna, sändes i paket till de lokala cheferna under oktober-november 1993. Varje formulär var märkt med en kod för enheten för att vi skulle kunna identifiera antal svar per enhet. Inga individkoder fanns dock, varför vi inte vid någon tidpunkt i undersökningen kunde identifiera enskilda personers svar. Cheferna ombads att distribuera formulären till samtliga anställda, men svaren skickades i separata svarskuvert direkt till oss. Vi gjorde två skriftliga påminnelser som förmedlades via cheferna. Som en tredje påminnelse togs också en personlig telefonkontakt med chefer på kontor där det var låg svarsfrekvens. Svarsprocenten på enkäten till personalen, baserad på det totala antalet anställda i de medverkande enheterna, 8296 personer, blev till slut 69.1 %. I FK svarade 71.2 % (3273 personer) och i IFO svarade 66.4 % (2457 personer), vilket gav en undersökningsgrupp på 5730 personer. Detta var ett gott resultat, och vi tror att anonymiteten i svaren var en viktig förklaring till det goda resultatet, särskilt att svaren sändes direkt till oss.

Ett stort arbete lades ned på konstruktionen av de två frågeformulären, som också diskuterades ingående i samråd med representanter för parterna inom de två organisationerna. Vi testade också formuläret i en provundersökning som omfattade ca 200 anställda i FK och IFO. Vissa frågor omformulerades något efter pilotstudien. Vi anser att formulären blev av hög kvalitet och noggrant genomarbetade, vilket också var en faktor bakom den goda svarsandelen.

Beroende på studiens design kunde individuella svar hänföras enbart till lokal enhet. Bortfallsanalys på individnivå var således inte möjlig, utan kunde endast göras på enhetsnivå. Det var liten variation beträffande svarsprocent på olika enheter (kvartilavvikelse 0.12, vilket betyder att bara 12 % av enheterna låg i den högsta eller lägsta fjärdedelen av svar). Vi undersökte följande faktorer som kunde tänkas påverka svarsandelen:

- För kommuner, baserat på officiell statistik: 1) grad av arbetslöshet, 2) befolkningsstorlek, och 3) befolkningstäthet.
- För lokala enheter, baserat på svar från enhetschefer: 4) antal anställda, 5) bedömning av ökning av svåra ärenden (en indikator på arbetsbelastning), 6) bedömning av psykosocialt klimat, mätt genom två frågor "Anser Du att personalen på Ditt kontor känner stor arbetsglädje?" och "Anser Du att det är en öppen och rak kommunikation bland personalen på Ditt kontor?"
- Summerade variabler från personalenkäten: 7) andelen kvinnor på enheten, 8) genomsnittlig ålder på personalen, och 9) enheternas medelvärden för fyra olika mått på hälsa.

Dessa variabler prövades som tänkbara orsaker till variationer i svarsandel. Resultaten var stabila och konsistenta. Vi fann inga samband mellan någon av de variablerna och svarsbenägenheten, förutom en svag relation till antal anställda. Varje ökning av en anställd minskade svarsprocenten med 0.1 %. Det fanns också ett svagt samband mellan svarsprocent och ett av hälsomått, som berörde förkylningar och infektioner (studien gjordes under högsäsong för förkylningar). Endast 7 % av variationen i svarsprocent kunde förklaras med alla dessa variabler. Vår slutsats var att svarsprocenten var slumpmässig och inte kunde snedvrida resultaten.

I tabell 1 redovisas grundläggande enkla sociala och demografiska faktorer rent beskrivande för de två organisationerna.

**Tabell 1. Beskrivning av de anställda i FK och IFO.**

	FK		IFO	
	%	n	%	n
<b>Kön</b>				
<i>Män</i>	14	468	20	482
<i>Kvinnor</i>	86	2787	80	1952
<b>Ålder</b>				
-29 år	6	190	12	288
30-39 år	26	856	32	787
40-49 år	47	1529	38	919
50-59 år	20	644	16	401
60- år	1	45	2	55
<b>Civilstånd</b>				
<i>Gift/sammanboende</i>	81	2639	77	1854
<i>Ensamstående</i>	19	630	23	546
<b>Barn &lt;7 år</b>				
<i>Ja</i>	17	544	25	600
<i>Nej</i>	83	2719	75	1848
<b>Utbildning</b>				
≤ 2 års gymnasium	56	1792	16	357
3 år gymnasium	34	1092	11	241
<i>Socionomutbildning</i>	4	111	61	1317
<i>Annan högskoleutbildning</i>	6	198	12	253
<b>Fast anställning</b>				
<i>Ja</i>	96	3128	85	2069
<i>Nej</i>	4	135	15	373

Av tabellen framgår uppenbart att både FK och IFO är kvinnodominerade organisationer, med jämförelsevis något fler kvinnor i FK. Personal i IFO var något yngre i genomsnitt, även om skillnaderna inte var stora. Följaktligen hade en något större andel i IFO småbarn. Det största skillnaden mellan



personalen i de två organisationerna var i utbildningsnivå. I IFO hade nästan två tredjedelar socionomutbildning, och sammanlagt nästan tre fjärdedelar av personalen någon högskoleutbildning (socionomutbildning inkluderat). Inom FK hade däremot 90 % av personalen endast gymnasium eller ännu lägre utbildning. Utöver utbildningen framkom dock inga dramatiska skillnader i de båda organisationernas sammansättning. De domineras båda av gifta medelålders kvinnor.

Från denna allmänna bakgrund blev vår första uppgift att börja beskriva hälsoläget i de båda organisationerna. Hälsan i vid mening är som framgick i inledningen den ena av de båda faktorer som vi skall använda för att utvärdera effekterna av arbetet. Att mäta hälsa är dock ingalunda okomplicerat.

### **3.2 Mått på hälsa**

I personalenkäten ingick ett antal frågor om självupplevd hälsa, delvis hämtade från ett mått som brukar kallas FHV004D (Andersson, 1986; Härenstam, 1989). Måttet är utvecklat från klinisk erfarenhet och har använts flitigt bland annat av företagshälsovårdsorganisationen Statshälsan. Vi använde FHV004D av flera orsaker - det finns en uppsjö på olika hälsomått, och problemet var att välja.

FHV004D är utvecklat för att passa för människor som arbetar och inte för dem som är sjuka. Det handlar således inte så mycket om sjukdomar av olika slag som om besvär och problem som man vet så småningom kan leda till sjukdom. De vi undersökte var ju "friska" i så måtto att de arbetade, och svår sjukdom kunde vi alltså inte förvänta oss att finna. Måttet

innehåller också frågor som är mycket lika de som används i andra hälsomått. Det är vidare koncentrerat på faktorer som man vet är relaterade till arbetsmiljön. Ett starkt skäl var slutligen att det fanns tillgång till en stor bank med referensdata, vilket möjliggjorde jämförelser med andra yrkesgrupper. Det ingick 14 symtom i det mått vi använde. I tabell 2 redovisas frågorna, tillsammans med den andel som rapporterade besvär (definierade enligt en särskild instruktion i formuläret) i FK respektive IFO.

**Tabell 2. Självrapporterade symtom i FK och IFO**

Fråga	Andel med besvär, (%)	
	FK	IFO
1. Hur ofta känner Du Dig trött utan direkt anledning ?	43	49
2. Hur ofta sover Du oroligt eller har svårt att somna på kvällen ?	31	33
3. Hur ofta känner Du Dig okoncentrerad ?	36	41
4. Hur ofta känner Du Dig rastlös eller spänd ?	37	43
5. Hur ofta känner Du Dig ängslig, orolig eller nervös ?	29	31
6. Hur ofta känner Du Dig nedstämd, olustig eller ledsen ?	29	36
7. Hur ofta besväras Du av "orolig mage" ?	26	25
8. Hur ofta besväras Du av sveda i maggropen, sura uppstötningar eller halsbränna ?	20	20
9. Hur ofta besväras Du av magsmärtor ?	18	17
10. Hur ofta besväras Du av förkylningar eller andra infektioner ?	20	23
11. Hur ofta besväras Du av klåda eller andra hudbesvär ?	21	19
12. Hur ofta har Du besvär från rygg, nacke eller axlar ?	55	50
13. Hur ofta har Du besvär från andra leder ?	23	20
14. Hur ofta besväras Du av stickningar, domningar eller krypningar i någon del av kroppen ?	24	18

(n, FK= 3273, IFO= 2457)

Av tabellen framgår att en hög andel av personalen i FK och IFO angav besvär. Tabellen visar klart att det vid undersökningstillfället fanns hälsoproblem, sannolikt relaterade till den psykosociala arbetsmiljön. Personalen i IFO rapporterade högre andel besvär av trötthet, okoncentration, rastlöshet och nedstämdhet. Inom FK rapporterade man mer besvär från rygg, nacke, axlar, samt stickningar och domningar i kroppen. Det var dock inga riktigt stora skillnader mellan de båda organisationerna.

Fjorton olika frågor är ganska många, och det är svårt att hantera så många siffror som det kan bli frågan om. Dessutom, som framgår av frågornas formulering, så innehåller många av frågorna ungefär detsamma, med mindre skillnader. Man kan med hjälp av en statistisk teknik kallad principalkomponents analys (många kallar den för faktoranalys) få fram gemensamma underliggande dimensioner eller faktorer (Kim & Mueller, 1978). Analysen visade att symtomen kunde inordnas under fyra sådana dimensioner (Söderfeldt, et al., 1996d). De fyra faktorerna tolkades som

- psykovegetativa symtom (nr 1-6 i tabellen)
- gastro-intestinala symtom (nr 7-9 i tabellen)
- immunologiska symtom (nr 10-11 i tabellen)
- muskuloskeletal symtom (nr 12-14 i tabellen)

För den vidare analysen summerades svaren på frågorna för att representera dessa fyra symtomgrupper. Detta är en standardprocedur i forskning, som görs just för att få ett hanterligt antal variabler. Det visade sig också att de fyra faktorerna svarade för 63 % av den sammanlagda variationen i alla frågorna, vilket är ett högt värde. Vi bedömde att den fortsatta analysen kunde bygga på dessa sammanvägda faktorer. En effekt av sammanvägningen är också att precisionen och

tillförlitligheten ökar. Mindre fel och personliga variationer jämnas ut. Ett mått på precisionen är det sk Cronbach's alpha, som blev högt, mellan 0.70 och 0.84, vilket är höga värden (det kan högst bli 1). Vi drog den sammanfattande slutsatsen att de fyra faktorerna mäter hälsa på ett bra sätt.

Förutom frågorna om olika stressrelaterade symtom fanns ytterligare tre frågor i enkäten med relevans för hälsa. För dessa frågor saknades jämförelsematerial. Den första frågan löd • *Anser Du att Ditt allmänna hälsotillstånd är bättre eller sämre jämfört med Dina jämnårigas ?*

Svaren för FK respektive IFO framgår av tabell 3.

**Tabell 3. Skattning av egen hälsa jämfört med jämnåriga**

	Bättre		Lika bra		Sämre	
	%	n	%	n	%	n
<i>FK</i>	25	752	63	1864	12	367
<i>IFO</i>	25	565	65	1450	10	222

Som framgår av resultaten uppfattade majoriteten, ca två tredjedelar, i båda organisationerna sin hälsa som likvärdig jämnårigas. En fjärdedel av personalen i såväl FK som IFO uppskattade sin hälsa som bättre. Det var inga nämnvärda skillnader mellan personalen i respektive organisation på denna punkt.

Den andra frågan rörde läkarkontakt och löd;

• *Har Du haft kontakt med läkare om Din egen hälsa de senaste tre månaderna ?*

Svaren framgår av tabell 4.

**Tabell 4. Läkarkontakt om egen hälsa de senaste tre månaderna**

	Ja		Nej	
	%	n	%	n
<i>FK</i>	38	1204	62	1978
<i>IFO</i>	35	864	65	1555

Inte heller här var det några större skillnader mellan personalen i FK och IFO. Drygt en tredjedel i respektive organisation hade haft läkarkontakt om egen hälsa de senaste tre månaderna. Sedan kan man anse att siffrorna är höga - en tredjedel av personalen svarade ja. Den höga nivån kan möjligen anses stödja de höga siffrorna för de olika symtomen. Den tredje hälsoaspekten ställde frågan:

• *Har Du varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom de tre senaste månaderna ?*

Svaren framgår av tabell 5.

**Tabell 5. Frånvaro på grund av sjukdom de senaste tre månaderna**

	Ja		Nej	
	%	n	%	n
<i>FK</i>	25	796	75	2385
<i>IFO</i>	28	677	72	1709

Ungefär en fjärdedel av personalen i båda organisationerna hade varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom, vilket också är en hög nivå. Det frågades ju om en ganska kort tidsperiod. Av våra data framkommer inte hur långa sjukfallen har varit.

När det gäller dessa hälsorelaterade variabler var det som synes inga större skillnader mellan personal inom FK och IFO, även om nivåerna låg högt. Det är dock väl känt att dessa enkla frågor kan ha mindre relevans för hälsan, framför allt läkarbesök och sjukskrivning, som kan bero på många andra saker än just dålig hälsa. Sannolikt uppfattas de besvär som bildade de fyra symtomgrupperna inte som sjukdom som berättigar t.ex frånvaro. I tider av nedskärningar och brist på personal är man lojal och går till arbetet även om man inte mår riktigt bra. Vi valde att använda symtomgrupperna som hälsoindikatorer, eftersom vi bedömde att de hade bättre validitet, dvs att de bättre mätte vad vi avsåg att mäta. Den inre konsistensen i de fyra grupperna var mycket bra, måttet är använt och beprövat, det är mer fingeraderat och förmår urskilja fler nyanser i hälsa än det enkla "sjuk-frisk", och avspeglar därför bättre det faktiska välbefinnandet - eller bristande välbefinnandet - som vi och andra forskare vill studera.

### **3.3 Hälsan i FK och IFO jämfört med andra grupper**

Genom Svensk Förening för Företagshälsovård (FSF Metod AB) fick vi tillgång till referensdata där vårt hälsomått har använts. De gäller en mängd olika yrkesgrupper och arbetsplatser tillbaka till mitten av 1980-talet. Materialet är stort, men det finns troligen ett negativt urval i det. Data har nämligen samlats in i de fall det har varit problem på arbetsplatserna som krävt företagshälsovårdens uppmärksamhet. Detta innebär att referensdata troligen överdriver förekomsten av olika symtom. Det är inte möjligt att bedöma i vilken utsträckning detta kan förekomma, men man måste ta hänsyn

till det i jämförelserna. Å andra sidan blir jämförelserna konservativa - som forskare är man rädd att "slå larm" i onödan.

I jämförelserna valde vi dels två människovårdande yrken, lärare och sjuksköterskor, samt två rena tjänstemannayrken, bank- och försäkringsbolagstjänstemän. För de fyra symtomgrupperna fick vi det resultat som redovisas i tabell 6.

**Tabell 6: Angivna besvär i symtomgrupper i olika yrkesgrupper i procent (avrundat till heltal)**

	Psyko-vegetativa	Gastro-intestinala	Muskulo-skeletala	Hud/infektion	Antal
<b>FK-tjm</b>	50	34	61	33	3186
<b>Tjm inom IFO</b>	59	34	56	34	2423
<b>Sjuksköterskor</b>	29	39	44	23	298
<b>Lärare</b>	28	29	50	23	1298
<b>Försäkr.bolagstjm</b>	30	40	54	28	784
<b>Banktjm</b>	23	33	48	18	362

Resultaten i tabell 6 är anmärkningsvärda och visar tydligt att det inom såväl FK som IFO finns påtagliga hälsoproblem, speciellt inom den psyko-vegetativa symtomgruppen. Andelen med besvär är där nästan dubbelt så hög som för jämförbara yrkesgrupper. Även inom andra symtomgrupper är siffrorna höga.

Vi byggde ut jämförelsen genom att slå samman FK och IFO och sedan jämföra det sammanslagna materialet parvis med de fyra andra grupperna. För att bedöma styrkan i eventuella

samband beräknade vi konfidensintervall för oddskvoter (brukar förkortas OR, "odds ratio"). En oddskvot över 1 visar att personal i FK och IFO rapporterar högre andel besvär än respektive jämförelsegrupp. På motsvarande sätt visar en oddskvot under 1 att de rapporterar mindre besvär än de i jämförelsegrupperna. Ett konfidensintervall beräknas så att OR med 95 % sannolikhet ligger mellan två angivna värden. Detta ger en uppfattning om säkerheten i skillnaden, medan siffran som sådan ger information om skillnadens storlek. Om 1 ingår i konfidensintervallet vågar man försiktigtvis inte dra några slutsatser om skillnader. Oddskvoten kan tolkas i sannolikhetstermer. En OR på 2 säger att det är fördubblad chans att den prövade gruppen uppvisar symtomet gentemot jämförelsegruppen. Resultaten framgår av tabell 7.

**Tabell 7. Rapporterade besvär för personal inom FK och IFO jämfört med andra yrkesgrupper. 95 % konfidensintervall för oddskvoter vid parvis jämförelse.**

Symtomgrupp	Sjuk- sköterskor OR	Lärare OR	Bank tjänstemän OR	Försäkrings- bolags tjänstemän OR
<i>Psykovegetativa</i>	2.2 - 3.5	2.6 - 3.3	2.9 - 4.6	2.4 - 3.2
<i>Gastrointestinala</i>	0.7 - 1.1	1.1 - 1.5	0.9 - 1.4	0.7 - 0.9
<i>Muskuloskeletal</i>	1.5 - 2.4	1.3 - 1.6	1.3 - 2.0	1.1 - 1.5
<i>Immunologiska</i>	1.3 - 2.4	1.5 - 2.0	1.8 - 3.3	1.1 - 1.6
<b>n</b>	301	1326	371	786

Jämförelserna visar tydligt att personalen inom FK och IFO hade mer än dubbelt så hög sannolikhet att rapportera symtom än de fyra andra grupperna inom den psykovegetativa



symtomgruppen. Skillnaderna var mindre för de andra symtomgrupperna, där det även fanns fall där ingen skillnad kunde noteras. Försäkringsbolagstjänstemännen rapporterade t.ex något högre grad av gastrointestinala symtom. Förekomsten av muskelbesvär i FK/IFO var endast något högre än i jämförelsegrupperna - de undre gränserna för konfidensintervallen sträckte sig från 1.1 till 1.5.

Ytterligare en aspekt av tabellen är huruvida det är skillnader mellan människovårdande och tjänstemannaarbete. Detta verkar inte vara fallet. Resultaten visar ingen klar klyfta mellan dessa två yrkestyper. Bank- och försäkringsbolagstjänstemän skilde sig från personal inom FK och IFO på ungefär samma sätt som lärare och sjuksköterskor. Klyftan tycks snarare gå mellan våra undersökningsgrupper och jämförelsegrupperna som helhet.

Resultaten visar således att det finns uppenbara problem med självupplevd hälsa i IFO och FK. Problemen visade sig på något olika sätt med fler rapporter av nervositet och trötthet i IFO, medan man i FK rapporterade mer besvär från rygg, nacke och axlar. Skillnaderna mellan de två organisationerna var emellertid måttliga. Man kan inte helt utesluta att de kan bero på skillnader i tex utbildning eller ålder. Sådana aspekter kommer att undersökas i de fördjupade analyserna nedan.

Jämförelsegrupperna var som påpekades ovan föremål för åtgärder av företagshälsovården vilket borde innebära relativt hög frekvens av besvär. Trots detta visade sig en stor skillnad framför allt beträffande den psykovegetativa symtomgruppen. Trovärdigheten i dessa resultat styrks av att det var betydligt mindre, eller inga skillnader alls för de andra faktorerna, speciellt magsymtom. Om det vore något systematiskt fel så

skulle FK och IFO visa högre värden på alla symtomgrupperna. Vår slutsats blev att det fanns särskilda problem i FK och IFO rörande den psykologiska hälsan och välbefinnandet. De absoluta talen för dessa symtom var mycket höga och omfattade bortåt två tredjedelar av personalen.

Idén i projektet var att människovårdande arbete sker under speciella förhållanden som kan ha särskilda hälsoeffekter. Detta visar sig inte i ovanstående resultat. Det finns skillnader i självrapporterad hälsa också jämfört med andra människovårdande yrken, dvs lärare och sjuksköterskor. Kritiken mot Hasenfeld, att sådana organisationer skiljer sig åt mer än de liknar varandra, synes relevant i detta sammanhang (Stein, 1981). Det finns tydligen speciella skillnader mellan de här undersökta organisationerna och övriga människovårdande organisationer, att döma av resultaten här. Man kan spekulera i det speciella - vår hypotes, som kommer att visa sig hålla, är att inslaget av rollkonflikt är speciellt stort i IFO och FK. Båda har det gemensamt att de många gånger vidtar åtgärder *mot* klientens vilja. Det finns ett tvångsinslag i arbetet .

### 3.4 Hälsan i olika yrkesgrupper inom FK och IFO

Man kan då fråga sig hur det ser ut *inom* FK och IFO. Finns det skillnader mellan personer inom olika yrkeskategorier vad beträffar rapporterade symtom ? För att undersöka denna fråga jämförde vi medelvärden för de olika yrkeskategorierna. För att få jämförbarhet på medelvärden så gjordes mätskalorna om så att måtten transformerades till att sträcka sig mellan 0-100. Fördelen med detta är att man kan tolka siffrorna i termer av procentenheter. Jämförelsen är gjord så att värdet för de som

arbetar med en speciell uppgift jämförs med värdet för alla övriga inom respektive organisation. Ett statistiskt signifikantest är beräknat för att svara på frågan om skillnaden var större än vad som slumpmässigt kunde förväntas. Resultaten framgår av tabell 8.

**Tabell 8. Medelvärden för de fyra symtomgrupperna för personal inom olika arbetsuppgifter.**

	Psykeveg		Gastro		Immun		Muskel	
	medel	skilln.	medel	skilln.	medel	skilln.	medel	skilln.
FK								
<i>Barnbidrag, etc</i>	43	-1.4(*)	35	-1.0	35	-0.6	42	-0.6
<i>Föräldraförsäkring</i>	44	-0.2	37	2.1**	36	0.6	43	-0.2
<i>Sjukpenning</i>	45	1.3**	37	2.5***	36	0.6	43	0.8
<i>Ålderspension</i>	45	0.4	37	1.2	36	0.0	45	1.9(*)
<i>Förtidspension</i>	45	1.9**	36	0.6	35	-0.7	43	-0.2
<i>Rehabilitering</i>	45	1.4**	36	0.1	35	-1.0(*)	42	-0.8
IFO								
<i>Socialbidrag</i>	48	2.2***	37	3.0***	37	1.8*	41	1.8*
<i>Barn</i>	47	1.9**	35	-0.7	35	-0.6	39	-0.9
<i>Ungdom</i>	46	0.4	34	-0.8	35	-0.8	38	-1.7*
<i>Vuxna</i>	48	1.9**	35	-0.1	35	-1.1	40	-0.1
<i>Familjerätt</i>	46	-0.2	35	-0.6	36	0.0	42	3.0*
<i>Invandrare</i>	46	-0.1	36	0.6	35	-0.7	42	2.3(*)
<i>Flyktingar</i>	45	-0.8	38	3.0*	35	-1.3	42	2.2(*)
<i>Arbetslösa</i>	47	1.2	36	-1.6	35	-1.0	42	2.8*
<i>Missbrukare</i>	45	-1.0	34	-1.1	34	-2.2**	39	-0.7

(\*)  $0.10 \geq p > 0.05$  \*  $0.05 \geq p > 0.01$  \*\*  $0.01 \geq p > 0.001$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

Inom FK utmärkte sig de som arbetade med rehabilitering, sjukpenning och förtidspension genom att rapportera högre

frekvens av psykovegetativa symtom. Socialbidragshandläggare tycks vara en problematisk grupp inom IFO. De rapporterade mer besvär för alla symtomgrupper, speciellt för de magrelaterade symtomen. Här fanns det vissa likheter med handläggare inom föräldraförsäkring och sjukpenning i FK som också rapporterade relativt högre andel besvär på denna punkt. Man får i tabellen en första aning om att det finns skillnader mellan arbetsuppgifter och att det är de med påtagliga tvångsinslag som tycks mest problematiska.

Det är dock viktigt att påminna sig om att siffrorna här endast beskriver skillnader mellan grupper. Det är grova genomsnittsvärden som det är frågan om. I material av den storlek som det här är frågan om är också statistisk signifikans ett mycket svagt kriterium på att det finns skillnader. Man måste kontrollera t.ex för grad av krav och kontroll i arbetet för att renodla olika arbetsuppgifters inflytande på upplevd hälsa. Likaså måste man ta hänsyn till variabelernas fördelningar, om det är stor eller liten spridning och hur de varierar med andra variabler. För att kunna genomföra en sådan analys skall resultaten analyseras med två betydelser av krav i arbetet, kvantitativa och känslomässiga krav.

#### 4. KVANTITATIVA OCH KÄNSLÖMÄSSIGA KRAV<sup>4</sup>

Vi skilde ovan mellan kvantitativa och känslomässiga krav, som är en viktig distinktion när det gäller människovårdande arbete. Syftet här är att undersöka om de två typerna av krav hade olika effekter på upplevd hälsa, mätt med de olika symtomgrupperna. I enlighet med krav-kontrollmodellens antaganden undersökte vi inte bara krav, utan samspelet med arbetsrelaterad kontroll, dvs kvantitativ respektive känslomässig strain.

I frågeformuläret till personalen fanns det sex frågor som avsåg att mäta krav, tre för vardera aspekten. De som rörde känslomässiga krav tog upp engagemang i människor, svårigheter att koppla bort arbetet och upplevelser av för stort ansvar. De som rörde kvantitativa krav handlade om arbetsbelastning och övertidsarbete. Frågorna var delvis hämtade från andra studier där krav-kontrollmodellen använts (Hall, 1990; Härenstam, 1989; Johnson, 1986; Karasek & Theorell, 1990). I några fall fick vi konstruera frågor för att kunna fånga skillnaderna mellan de olika typerna av krav. De två aspekterna av Karaseks kontrollbegrepp, handlingsfrihet och beslutsutrymme, mättes med fem frågor från (Karasek & Theorell, 1990). De rör möjligheter att lära nytt, graden av variation i arbetet, hur man kan påverka sin arbetstakt osv.

I likhet med frågorna kring olika symtom summerade vi svaren till övergripande mått på de olika begreppen. Mindre ojämnheter och osäkerheter jämnas ut av ett sådant förfarande,

---

<sup>4</sup> Detta kapitel baseras på (Söderfeldt, et al., 1996b).

och precisionen ökar. Vi analyserade dem noga före summeringen, bl a med hjälp av principalkomponentsanalys och fick mycket tydliga resultat som visade att de olika måtten bildade mönster så som vi teoretiskt förväntade oss.

En uppenbar fråga beträffande de två aspekterna av krav rörde deras inbördes relation. Man kan undra om det är så att höga kvantitativa krav sammanfaller med höga känslomässiga krav. I så fall skulle det vara mindre fruktbart att skilja de två åt i analyser. Vi undersökte relationen och resultatet framgår av tabell 9. De båda variablerna gruppindelades i tre grupper var, låga, medelhöga och höga krav, med ungefär en tredjedel i varje kategori.

**Tabell 9. Relationen mellan kvantitativa och känslomässiga krav.**

Känslomässiga krav	Kvantitativa krav			n
	Låga %	Medel %	Höga %	
<i>Låga</i>	45.5	26.1	14.2	1465
<i>Medel</i>	36.5	41.0	33.6	2059
<i>Höga</i>	18.0	32.9	52.1	2058
n	1431	1892	2259	5582

Skillnaderna var starkt signifikanta ( $p=0.001$ ), men rangkorrelationen inte mer än 0.33. (Denna mäter hur ofta man har ett högt värde på den ena variabeln samtidigt som man har ett högt på den andra. Den kan variera mellan -1 och +1.) Det fanns ett samband, men ganska svagt. Vi kunde dra slutsatsen att det var meningsfullt att skilja de två kravbegreppen åt i analyserna.

Huvudpoängen i krav-kontrollmodellen är kombinationen av krav och kontroll. Påfrestningarna, vad man kallar "strain", uppstår särskilt då kraven är höga och kontrollen är låg. Således konstruerade vi två nya variabler, *kvantitativ strain* och *känslomässig strain*. De två nya variablerna bestod av två kombinationer:

- Kvantitativ strain: *Höga* kvantitativa krav kombinerat med *låg* kontroll, kontra *låga* kvantitativa krav och *hög* kontroll.
- Emotional strain: *Höga* känslomässiga krav kombinerat med *låg* kontroll, kontra *låga* känslomässiga krav och *hög* kontroll.

Eftersom vi hade ett så stort material kunde vi i den här analysen utesluta mellangrupperna, för att förtydliga resultaten. Det intressanta var ju om krav-kontrollmodellen kunde visas stämma bra eller dåligt på våra grupper.

#### 4.1 Krav och hälsoindikatorer

De nya variablerna relaterades till de fyra symtomgrupperna samt till de tre övriga hälsoindikatorerna. Dessutom ville vi, i likhet med Karasek (1979), studera effekten av strain på utmattning. För detta valde vi ut tre frågor ur ett formulär som avser att mäta utbrändhet (Maslach & Jackson, 1986)<sup>5</sup>.

I tabell 10 visas sambanden mellan kvantitativ respektive känslomässig strain och de olika hälsovariablerna. Också här anges styrkan i sambanden med oddskvoter och den statistiska säkerheten med 95 % konfidensintervall.

---

<sup>5</sup> Fenomenet utbrändhet kommer att analyseras i detalj i kapitel 9.

**Tabell 10. Kvantitativ och känslomässig strain i relation till hälsoindikatorerna.**

HÄLSOINDIKATOR	Kvan- titativ strain	95 % KI	Känslomässig strain	95 % KI
	OR		OR	
<i>Psykovegetativa symtom</i>	4.5	3.5-5.7	12.3	9.1-16.7
<i>Hög utmattning</i>	36.8	26.2-51.5	76.3	51.4-113.3
<i>Muskuleskeltala symtom</i>	2.4	1.9-3.0	2.6	2.1-3.3
<i>Gastrointestinala symtom</i>	2.1	1.7-2.6	3.2	2.5-4.1
<i>Immunologiska symtom</i>	2.0	1.6-2.5	2.3	1.8-2.9
<i>Sjukskriven de senaste tre månaderna</i>	0.9	0.7-1.1	1.0	0.8-1.3
<i>Läkarkontakt de senaste tre månaderna</i>	1.2	0.9-1.4	1.3	1.1-1.7
<i>Låg egen allmän hälsa</i>	1.8	1.3-2.6	3.3	2.2-4.8

Den generella bild som ges av resultaten visar att strain som innefattar känslomässiga krav har mycket större effekt på upplevd hälsa än strain som innefattar kvantitativa krav, som dock också har effekt. Sambanden var särskilt tydliga beträffande de psykovegetativa symtomen samt utmattning. En person med hög känslomässig strain uppvisade således en ökad risk med en faktor på 76 att vara högt utmattad jämfört med en person med låg känslomässig strain. För kvantitativ strain var sambandet ungefär hälften så starkt.

För att rätt förstå tabellen skall man komma ihåg att analysen gjordes på extremgrupperna. Vi har jämfört personer som rapporterar högst strain med de personer som rapporterar lägst strain. Det viktigaste med resultaten så här långt är att de pekar



på den relativt större betydelsen av känslomässig strain för upplevda besvär. Detta styrker diskussionen ovan om vikten av de känslomässiga kraven i människovårdande arbete. Den kritik som framförts mot krav-kontrollmodellen, att den inte är tillämpbar på homogena undersökningsgrupper, (Payne & Fletcher, 1983; Spector, 1987) kan möjligen bero på att man inte problematiserat kravbegreppet.

Sambanden speciellt med de känslomässiga påfrestningarna är mycket starka, så starka att man kan misstänka att något fel föreligger, t ex att man mäter liknande saker med strain- och hälsofrågorna. Mot detta talar dock att sambanden inte alls är så starka om man undersöker sambanden med kravfrågorna enbart. För psykovegetativa symtom blev det exempelvis en oddskvot på 1,9 mot kvantitativa krav och 5.0 för känslomässiga krav. Det är först genom kombinationen med kontroll som sambanden springer iväg. Ytterligare ett argument får man om man granskar aktivitetsdiagonalen i modellen. Om mätfel skulle föreligga så borde det påverka även där. Men resultaten blev helt negativa - det fanns bara mycket små och svaga samband. I stället kan resultaten enligt vår uppfattning enbart tolkas som ett starkt stöd både för krav-kontrollmodellen och för tanken om de särskilda påfrestningarna i arbete med människor.

För att fördjupa analysen av de två olika kravbegreppen gick vi vidare i en fysiologisk specialstudie. Där studerades huruvida upplevelser av kvantitativ respektive känslomässig strain också avspeglade sig i stresshormoner.

## 4.2 Stresshormoner och krav<sup>6</sup>

Tanken bakom krav-kontrollmodellens begrepp om påfrestningar, "strain", är att det leder till stress också i fysiologisk mening. Vi såg det som väsentligt att också undersöka detta, trots kostnaderna och komplikationerna som är förbundna med en sådan undersökning. Om det psykologiska stresstillstånd, som är det vi egentligen mäter med våra enkätfrågor, skall påverka hälsan så borde man finna samband med fysiologiska mått på stress. Omvänt, finner man sådana samband så bör det starkt öka trovärdigheten i våra resultat, som då kan bekräftas i en oberoende studie. För att undersöka detta valdes fyra enheter ut i FK och IFO. Anledningen till att göra ett urval var att en undersökning av detta slag är mycket resurskrävande, både vad gäller personal och kostnader - bara laboratorieanalyserna kostade närmare 700 kr styck.

Av de fyra lokala enheterna var två från FK (67 och 25 anställda) och två från IFO (78 och 13 anställda) Enheterna valdes ut för att de skilde sig åt beträffande storlek och subjektivt rapporterat psykosocialt klimat. Det var naturligtvis frivilligt att delta i studien, och 103 personer (56.3 %) deltog. Deltagarna skilde sig inte nämnvärt beträffande demografiska karaktäristika från deltagarna i huvudstudien. Det var dock en något högre andel kvinnor i specialstudien (92 % jämfört med 85 %). Undersökningen gjordes i december 1993<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Detta avsnitt baseras på (Söderfeldt, et al., 1996e; Söderfeldt, et al., 1996f).

<sup>7</sup> Dr. Carl-Göran Ohlson var ansvarig för genomförandet av undersökningen. Sofia Loodh, sjuksköterska och Sibylla Robertsson, biomedicinsk analytiker genomförde blodprovstagningarna. Samtliga arbetar vid Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Regionsjukhuset i Örebro.

Dagen före provtagning kallades deltagarna till ett informationsmöte, där man fick uppgifter om vad man skulle undvika före provtagningen (t ex hård fysisk träning, frukost, etc). Samtliga deltagare delgavs individuella provsvar. I de fall man fann provsvar som inte var normala råddes personen ifråga att kontakta sin företagshälsovård. Det gavs också en generell information till samtliga deltagare två gånger efter att studien var genomförd.

Följande stressindikatorer var mätta i serum eller plasma:

kortisol (nmol/l)

prolaktin ( $\mu\text{g/l}$ )

immunoglobulin IgG (g/l)

Tyvärr är ingalunda fysiologin en så exakt vetenskap som en samhällsforskare gärna vill tro. De tre indikatorerna har en relation till stress i fysiologisk mening, men med mycket komplexa sammanhang. På denna punkt fick vi medverkan av professionella auktoriteter inom området, och man menade att de tre valda måtten var de som säkrast kunde uppvisa skillnader med avseende på stress. (Payne & Fletcher, 1983; Spector, 1987)Theorell, 1990 #513; Theorell, 1990 #511; Theorell, 1992 #514; Härenstam, 1990 #509; Schedlowski, 1992 #512; Biondi, 1990 #910; Theorell, 1990 #911.

Medelvärdena för de analyserade stressindikatorerna låg samtliga inom de referensintervall som fanns vid analyslaboratoriet. Vi analyserade tre modeller med en statistisk metod som kallas regressionsanalys. Den tillåter att man kan bedöma den självständiga effekten från en variabel på en annan, med kontroll för alla andra variabler som är med i modellen. Analysmetoden är en av de mest använda i forskningen

överhuvudtaget och tillåter mycket precisa slutsatser, om dess förutsättningar är uppfyllda.

Den variabel mot vilken man bedömer effekterna brukar kallas för beroende variabel. Här valde vi de tre stressindikatorerna som beroendevariabler, eftersom vi ville undersöka effekterna från de arbetsrelaterade faktorerna på stress, som mätt av de tre olika måtten. De oberoende variablerna - förklaringsvariablerna - var kvantitativ och känslomässig strain, socialt stöd på arbetsplatsen, vilken lokal enhet man tillhörde, kön, ålder, civilstånd, hemmavarande småbarn, utbildning, socialt nätverk, rökning, samt alkoholkonsumtion.

När man tar med flera oberoende variabler i en regressionsanalys skattas det självständiga inflytandet från var och en av dem på den beroende variabeln med alla andra oberoende variabler under kontroll. I tabell 11 presenteras resultaten för de tre analyserna. I tabellen har vi endast tagit med kvantitativ och känslomässig strain som oberoende variabler för att minska antalet siffror. Inga särskilt intressanta samband fanns från de andra variablerna, men alla var med. Resultaten är således rensade från påverkan av alla de andra variablerna.

**Tabell 11. Regressionsmodeller för de tre stress indikatorerna.**

Beroende variabler	Oberoende variabler			
	Kvantitativ strain (0-100)	p-värde	Känslomässig strain (0-100)	p-värde
Kortisol (nmol/l)	-1.8	0.27	0.5	0.75
Prolaktin (µg/l)	-0.1	0.09	0.1	0.00
IgG (g/l)	0.03	0.22	-0.02	0.43

De två oberoende variablerna kvantitativ och känslomässig strain var konstruerade som index från 0-100 för att möjliggöra tolkning i termer av procent. Resultaten skall således tolkas på följande sätt:

- en procents ökning av kvantitativ strain *minskar* kortisol med 1.8 nmol/l
- en procents ökning av känslomässig strain *ökar* kortisol med 0.5 nmol/l.

Om man beaktar medelvärdet för kortisol, 325.5, kan detta inte anses vara stora förändringar. Det visar sig också genom att förändringarna inte är statistiskt signifikanta, vilket framgår av de s k p-värdena som är större än 0.05.

Liknande resultat uppnåddes för IgG, där förändringar i kvantitativ och känslomässig strain i stort sett inte medförde någon förändring. För prolaktin fann vi emellertid större förändringar.

- en procent ökning av kvantitativ strain *minskade* prolaktinhalten med 0.1 µg/l
- en procent ökning av känslomässig strain *ökade* prolaktinhalten med 0.1 µg/l.

Med tanke på medelvärdet för prolaktin, 6.3, är detta relativt betydande förändringar. Tio procents förändring av strain ger en förändring med 17 % av medelvärdet. Man måste komma ihåg att siffran står för effekten av en förändring med bara en procentenhet av strain-variabeln. Förändringen var också kraftigt signifikant för känslomässig strain och på gränsen till signifikant för kvantitativ strain.

De två typerna av strain hade således effekter på åtminstone en av stressindikatorerna, prolaktin. Det tycks finnas en fysiologisk koppling av krav-kontrollmodellen. Det viktiga i

resultaten är dock, menar vi, de helt olika effekterna från de två typerna av strain. Oavsett om det är starka samband eller ej, går resultaten i *olika* riktning för kvantitativ respektive känslomässig strain. Det tycks vara en klar skillnad mellan de två typerna av påfrestningar.

Resultatet synes oss inte heller vara orimligt ur saklogisk synvinkel. Man kan ställa upp hypotesen att höga kvantitativa påfrestningar rentav tycks ha en "skyddseffekt" mot stress. Om det är så att det i första hand är känslomässiga påfrestningar - högt engagemang och ansvar i mötet med klienterna - som ger upphov till stress, så kan resultaten tolkas så att hög kvantitativ arbetsbelastningen leder till att tiden och möjligheten för sådant engagemang minskar, och därmed stressen. Det av resursskäl lilla materialet tillåter dock inte en mer detaljerad analys som kan bekräfta en sådan hypotes. Kvar står att vi menar att huvudidén, de särskilda känslomässiga påfrestningarna, fått ökat stöd av resultaten.

Vi har nu relaterat krav-kontroll modellen till den fysiologiska nivån. Den har emellertid också en koppling till en högre nivå, nämligen till organisation. I nästa kapitel skall vi undersöka detta. Vi skall se huruvida organisationsfaktorer påverkar såväl strain som upplevelse av hälsa.

## 5. ORGANISATION OCH PÅFRESTNINGAR I ARBETET<sup>8</sup>

Vi har nu på olika sätt konstaterat att kvantitativa och känslomässiga påfrestningar har olika effekter för personalen i FK och IFO. Detta har påvisats såväl beträffande självrapporterad hälsa som i fysiologiska stressindikatorer. Framför allt är känslomässiga påfrestningar negativa i förhållande till upplevd hälsa. En uppenbar fråga blir då, särskilt om man utgår från ett åtgärds perspektiv, vad det är som orsakar dessa påfrestningar. Det är huvudfrågan i detta avsnitt. På akademiskt fackspråk - vi övergår från att betrakta påfrestningar som en oberoende variabel till att se dem som en beroende.

Ett grundläggande antagande i krav-kontrollmodellen är att krav och kontroll betingas av arbetsorganisationen. Detta står i motsats till en annan teori inom arbetsmiljöforskningen den s.k. person-environment fit, PE-modellen, som menar att det enbart handlar om individens *upplevelser* av arbetskrav i relation till individens *resurser* (Caplan, 1984). Ur ett förändringsperspektiv får de två teorierna motsatta effekter. Krav-kontrollmodellens betoning av organisatoriska faktorerers betydelse innebär att man bör koncentrera sig på förändringar relaterade till organisationen. PE-modellen betyder i stället att man koncentrerar sig på förändring av individen. En viktig invändning mot PE-modellen är att den i praktiken används för att omplacera eller bli av med personer som inte anses passa i en organisation, och inte för att förändra själva arbetet (Karasek & Theorell, 1990).

---

<sup>8</sup> Detta avsnitt baseras på (Söderfeldt, et al., 1996a).

Det finns dock i detta sammanhang, som påpekades i det teoretiska avsnittet, en kritik också mot krav-kontrollmodellen. Den kan sägas mera ha avsikten att förankra sig organisatoriskt än att faktiskt lyckas göra det (Muntaner & O'Campo, 1993). Krav och kontroll mäts ju i allmänhet just genom att personer får rapportera egna upplevelser, så som vi gjort också i denna studie. Avspeglar då inte detta just individens subjektiva upplevelse, precis som i PE-modellen ?

Som ett första led i analysen av organisationens betydelse för påfrestningar undersökte vi just denna fråga. Är krav och kontroll organisationsbetingade eller rent individuella och bara subjektiva upplevelser utan grund i organisationen? Någon liknande analys har veterligt inte gjorts tidigare. En förklaring till detta kan vara att det har saknats relevant metodik för att attackera sådana problem, då frågeställningen relaterar till två olika analysnivåer, organisation och individ. Det har emellertid utvecklats möjligheter för sådana analyser på senare tid, genom en metod som brukar kallas flernivåanalys (Goldstein, 1986; Goldstein, 1995).

## 5.1 Flernivåanalys

*(Detta är ett tekniskt avsnitt som är motiverat eftersom metoden är ganska ny. Den ej intresserade kan saklöst hoppa över det)*

Flernivåanalys hanterar forskningssituationer som är hierarkiskt strukturerade, dvs. när en social process antas fungera på flera nivåer (Cooley, Bond, & Mao, 1981). I det enklaste fallet, en två-nivåstruktur, är exempelvis individer (nivå 1) strukturerade *inom* organisationer, i vårt fall inom lokala enheter i FK och IFO. Dessa organisationsenheter bildar sedan nivå 2. Det som skiljer nivåerna är specifika egenskaper



- organisationer har andra egenskaper än individer. I flernivåanalys används vanlig regressionsanalys, med samma antaganden som gäller den, så att man t ex måste vara klar över sina beroende variabler. Dock särskiljs de effekter som betingas av den högre nivåns egenskaper och man kan med stor precision kvantitativt uppskatta betydelsen av den högre nivån för den lägre. Vi använde flernivåanalys för att bedöma den relativa vikten av individuella respektive organisatoriska faktorer för kombinationen av krav och kontroll, dvs strain.

Om man är intresserad av att modellera individegenskaper kan man behöva ta hänsyn till både individuella och strukturella egenskaper. Den enklast tänkbara flernivåmodellen kan specificeras som två interrelaterade ekvationer:

$$y_{ij} = \beta_{0j} + \varepsilon_{ij} \quad (1)$$

$$\beta_{0j} = \beta_0 + \mu_j \quad (2)$$

Ekvation 1 är mikroekvationen och hänför sig till individer: responsen ( $y_{ij}$ ) är exempelvis hälsan hos individ  $i$  i enhet  $j$ , och den är en funktion av påfrestningarna ( $\beta_{0j}$ ) i var och en av enheterna plus en residual oförklarad variation på nivå 1 mellan individerna ( $\varepsilon_{ij}$ ). Ekvation 2 är makroekvationen och hänför sig till enheten. Responsen  $\beta_{0j}$  är genomsnittshälsan i varje enhet, som är en funktion av genomsnittet hälsa överhuvudtaget ( $\beta_0$ ) över alla nivå 2 enheter plus en residual oförklarad variation ( $\mu_j$ ) mellan enheter. De två ekvationerna kan kombineras till en övergripande flernivåmodell:

$$y_{ij} = \beta_0 + (\mu_j + \varepsilon_{ij}) \quad (3)$$

Denna så kallade 'noll-modell' innehåller inga oberoende variabler. En individs hälsa relateras enbart till genomsnittet för alla individer i alla enheter ( $\beta_0$ ) och en differential för varje enhet ( $\mu_j$ ) och för varje individ ( $\epsilon_{ij}$ ). Dessa två differentier behandlas som slumpvariabler (random variables) och deras variation summeras av två varianser,

$$\sigma_{\mu}^2 \text{ och } \sigma_{\epsilon}^2.$$

Följaktligen kan den individuella enheter summeras i tre parametrar: Det övergripande genomsnittet, mellanenhetsvariationen och mellanindividvariationen. Om enhetsegenskaper saknar betydelse för hälsan så kommer kvoten mellan mellanenhetsvariationen, och den totala variationen att närma sig 0.

Nollmodellen i ekvation 3 tillåter helt enkelt variansen att separeras i olika komponenter för varje nivå, men modellen kan lätt utvidgas att inkludera oberoende variabler både för individer och enheter. Man kan exempelvis ta med ålder och kön för individer:

$$y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 x_{1ij} + \beta_2 x_{2ij} + (\mu_j + \epsilon_{ij}) \quad (4)$$

där  $x_1$  är en dummyvariabel som blir 1 för män och 0 för kvinnor, och  $x_2$  är åldern centrerad runt medelvärdet.  $\beta$ -parametrarna uppskattar då relationerna mellan hälsa, som fortfarande är responsvariabeln, ålder och kön som effekter över alla nivå 2 enheter.  $\beta_0$  blir då genomsnittshälsan för kvinnor av genomsnittsålder,  $\beta_1$  är den manliga differentialen och  $\beta_2$  är förhållandet mellan genomsnittsålder och hälsa. Om kön och ålder är viktiga determinanter för hälsa kommer

inklusion av dessa variabler i modellen att leda till en reduktion i residualvariansen mellan individer. Deras inklusion kan också leda till en minskning av residualvariansen mellan enheter. På så vis, om exempelvis äldre kvinnor har sämre hälsa och det finns ett flertal sådana personer i särskilda enheter, så kommer mellanenhetsvariansen att minska när dessa individuella attribut inkluderas. Om så är fallet är eventuella skillnader mellan enheter i noll-modellen artefakter av skillnader i sammansättning av individer. Det kan ju också tänkas att mellanenhetsvariansen ökar när individuella variabler fixeras. Under alla förhållanden, om mellanenhetsvariansen är mycket liten, är det föga troligt att nivå 2 egenskaper har några effekter.

Resonemanget ovan kan lätt generaliseras, dels genom att inkludera fler oberoende variabler, dels genom att öka antalet nivåer. Flernivåmodeller kan skattas med IGLS, Iterative Generalized Least Squares (Goldstein, 1986), som är implementerad i MLn-programmet (Woodhouse, 1995). Det finns även andra program, till exempel HLM, som är amerikanskt och utvecklats av Bryk och Raudenbush (Bryk & Raudenbush, 1992)], liksom ett alldeles nytt holländskt, MLA. MLn är utan tvekan det mest avancerade programmet, som också tillåter flest nivåer, varför det använts här.

## 5.2 Påfrestningar och organisation

I syfte att besvara den övergripande frågan om organisationen har betydelse för krav och kontroll, så analyserades två flernivåmodeller, en med de psykovegetativa symtomen och en

med utmattning som beroende variabler. Här står således inte egentligen hälsan i fokus - det blir ämnet för nästa kapitel - utan det är frågan om organisationsvariation i krav det gäller nu.

För var och en av de två beroendevariablerna gjorde vi tre analyser. I den första analysen, en s.k. nollmodell inkluderades inga oberoende variabler, utom att vi lade in vilka enheter som de undersökta personerna tillhörde. En sådan modell visar om det överhuvudtaget finns någon variation i hälsa och utmattning som kan återföras till organisationsnivån. Det är ju på intet sätt givet från början - hälsa och välbefinnande är ju individegenskaper.

I den andra analysen tog vi med ett antal variabler som utan tvekan är relaterade till individnivån, dvs kön, ålder, civilstånd, hemmavarande barn eller ej, utbildning och social förankring. Alla är de faktorer som i många undersökningar har visats ha betydelse för hälsan, och de måste således hållas under kontroll.

I den tredje modellen tog vi med de arbetsrelaterade faktorerna, dvs de två strainvariablerna, samt socialt stöd på arbetsplatsen. För dem är det ju mer tveksamt, och själva huvudfrågan i denna del av våra undersökningar, om de är att hänföra till organisationens egenskaper eller till individen. Målet var således att se om vi kunde finna någon organisationsvariation i upplevd hälsa och utmattning, och i så fall, om denna organisationsvariation försvann när de arbetsrelaterade faktorerna togs med i modellerna.

Två resultat bedömdes som möjliga av analysen:

- Om kvantitativ och känslomässig strain tar hand om variation på organisationsnivå stöder detta grundantagandena i kravkontrollmodellen.
- Om kvantitativ och känslomässig strain enbart tar hand om variation på individnivå bör modellens grundantaganden omvärderas, och misstankarna om individuella faktorerers betydelse kan anses vara befogade.

I de första analyserna, de sk nollmodellerna, som undersöker huruvida det överhuvudtaget finns någon organisationsvariation, fann vi att så var fallet. Organisationsnivån svarade för 2,2 % av den totala variationen i de psykovegetativa symtomen och för 8,3 % av variationen i utmattning. Detta kan tyckas som lite, men man måste då ta i beaktande att upplevd hälsa och utmattning faktiskt är fenomen som drabbar individen i första hand. En organisation upplever inte nervositet och ångslan, utan det gör möjligen individerna som finns inom organisationen. Det är således anmärkningsvärt att resultaten överhuvudtaget visar variation på organisationsnivån.

En orsak till sådan variation kan dock vara att det finns en speciell sammansättning av individer, t.ex vad beträffar ålder, kön etc, inom olika lokala enheter. Med andra ord kan organisationsvariationen vara skenbar, och egentligen beroende på en skev fördelning av individer inom organisationer. Vi undersökte detta i analys nummer två. Här inkluderades de individvariabler som beskrevs ovan. Organisationsnivån svarade för ungefär samma andel av variationen som i nollmodellerna, för de psykovegetativa symtomen 1,7 % och för utmattning 7 %. Resultaten var inte beroende av sammansättningen av individer i de lokala enheterna.

I analys nummer tre inkluderades variablerna i krav-kontrollmodellen. I motsats till föregående analyser innebar detta en kraftig minskning av variationen på organisationsnivån. Den minskade med 62 % för de psykovegetativa symtomen och var ej längre statistiskt signifikant. För utmattning minskade organisationsvariationen med hela 84 %. Det fanns fortfarande kvar en svag organisationsvariation, men krav-kontrollmodellens variabler tog hand om den största delen. Endast 1.6 % variation på organisationsnivån återstod att förklara. Variationen på individnivån minskade också i denna analys, men inte alls i samma omfattning (minskning med 23 % för de psykovegetativa symtomen och med 28 % för utmattning).

Resultaten visar således att den stora merparten av den organisationsvariation som påvisades i psykovegetativa symtom och utmattning var beroende av krav-kontrollmodellens komponenter. Grundantagandena i modellen bekräftades. Resultatet är, menar vi, mycket intressant, speciellt som det bygger på självrapporterade data. Förutsatt att man tar med känslomässiga krav vid analys av människovårdande organisationer så kan vi bekräfta modellens anspråk på att vara relaterad till organisationsfaktorer på ett stort material - faktiskt veterligt den största organisationsstudie som någonsin gjorts.

Resultaten är viktiga ur ett åtgärds perspektiv. Det finns uppenbarligen organisatoriska faktorer som styr graden av krav och kontroll i organisationerna. Men det räcker inte att göra detta konstaterande. Nästa fråga blir: *Vilka* organisationsfaktorer påverkar krav och kontroll?

### 5.3 Vad påverkar påfrestningar ?

Av projektets övergripande modell (figur 1) framgår att vi undersöker såväl formella som informella organisationsfaktorer. De formella aspekter som vi undersöker överensstämmer med dem man använt i ett av de större forskningsprogram som finns för att undersöka organisationsstruktur, det engelska Astonprogrammet. Där har man identifierat en mängd olika begrepp som visat sig vara viktiga för skillnader i organisationers funktionssätt (Pugh, Hickson, Hinings, & Turner, 1968).

#### 5.3.1 Organisationsvariabler

De begrepp vi använt oss av är:

- Formalisering, som innefattar i vilken utsträckning regler, arbetsprocedurer, instruktioner och liknande är nedskrivna. Exempel inom FK och IFO kan vara förekomst av handböcker eller manualer för olika arbetsrutiner.
- Specialisering, vilket handlar om arbetsfördelning inom organisationen. En aspekt av specialisering är sk funktionell specialisering, vilket inom FK och IFO kan betyda att man inriktar sig på något enstaka arbetsområde, t ex rehabilitering eller arbete med missbrukare.
- Centralisering, som har att göra med delegering av beslut inom organisationen.
- Storlek, dvs antalet anställda inom organisationen.

Information om de formella faktorerna inhämtades genom de formulär som besvarades av cheferna på de lokala enheterna. Formalisering och centralisering mättes med ett antal frågor, där svaren summerades till index. Beträffande specialisering fick den lokale chefen bedöma huruvida personalen var

specialiserad på specifika arbetsuppgifter eller inte. Storlek mättes naturligtvis genom en fråga om antalet anställda.

I tabell 12 framgår medelvärden samt lägsta respektive högsta värde för formalisering, centralisering och storlek för FK respektive IFO.

**Tabell 12. Beskrivning av formalisering, centralisering och storlek i FK respektive IFO. Signifikanstest för skillnad enligt Kolmogorov-Smirnovs test**

		Medelvärde	p för skillnad
Formalisering (index 0-100)	<i>FK</i>	61.1	0.8540
	<i>IFO</i>	63.8	
Centralisering (index 0-100)	<i>FK</i>	52.1	0.0000
	<i>IFO</i>	37.7	
Storlek (antal anställda)	<i>FK</i>	38.0	0.0000
	<i>IFO</i>	21.8	

De tre aspekterna av formell organisation varierade mellan organisationerna liksom mellan de lokala enheterna. IFO hade ett något *högre* medelvärde beträffande grad av formalisering, även om skillnaden inte var statistiskt signifikant. Redan detta är intressant - det finns en vanlig föreställning om FK att det är en mycket formaliserad och byråkratisk organisation. Detta tycks inte vara sant i jämförelse med IFO, som vanligtvis uppfattas som mindre formell och byråkratisk.



Skillnaden mellan de två organisationerna var betydligt större vad beträffar graden av centralisering av beslutsfattande. Det var en högre grad av centralisering i FK, vilket avspeglar de skilda traditionerna inom de två organisationerna. Försäkringskassan har ju av hävd varit strikt reglerad, även om detta har förändrats mycket under senare år. Socialtjänsten å andra sidan, är en mycket decentraliserad organisation. Genomsnittet anställda per enhet var betydligt högre i FK, men det varierade mycket mellan enheter.

De två organisationerna skilde sig också åt vad gäller specialisering, vilket framgår av tabell 13.

**Tabell 13. Grad av specialisering i FK och IFO.**  
**Signifikantest för skillnad enligt chi-2 test.**

	Låg % (n)	Medel % (n)	Hög % (n)
<i>FK</i>	11 (13)	55 (67)	34 (41)
<i>IFO</i>	30 (50)	27 (46)	43 (73)

p=0.000

Personalen inom FK var generellt sett medel-specialiserad, medan ett annorlunda mönster kunde skönjas i IFO. Där fanns det fler såväl låg- som högspecialiserade enheter. Också på denna punkt fanns det således en skillnad mellan de två organisationerna.

Sammantaget får man konstatera att det fanns skillnader såväl mellan som inom FK och IFO beträffande formell organisering. Skillnaderna var tillräckligt stora för att göra en analys av deras eventuella inverkan på kvantitativ respektive känslomässig strain meningsfull.

För att undersöka om organisationsfaktorer påverkar upplevelse av strain konstruerade vi ett antal flernivåmodeller med kvantitativa och känslomässiga påfrestningar som beroende variabler. I modellerna tog vi med några oberoende variabler utifrån projektets grundläggande analysmodell, som förutom individ och organisation innefattar vad vi kallar för omgivningsfaktorer, här tolkat som faktorer på ytterligare en analysnivå, kommunen. Det blev alltså här frågan om tre analysnivåer, individ, lokal enhet och kommun. Vidare skilde vi på formella och informella organisationsfaktorer. I flernivåmodellerna fanns således följande variabler med:

- individnivå ålder, kön och utbildning, civilstånd, hemmavarande småbarn, arbetsposition, och om man arbetade med, i Hasenfelds termer, upprätthållande eller förändrande arbetsuppgifter, samt *informella organisationsfaktorer*, mätta på individnivå (socialt stöd från arbetsledare respektive arbetskamrater, arbetsledarstil och psykosocialt klimat på arbetsplatsen) [Måtten på dessa variabler presenteras närmare i nästa kapitel]
- organisationsnivå *Formella organisationsfaktorer* (storlek, centralisering, standardisering, specialisering).
- kommunnivå arbetslöshetstal i kommunen, förvärvsintensitet, befolkningstäthet, skattekraft.

De detaljerade tabellerna återfinns i tabellbilagan, tabell B1 och B2. De är ganska komplicerade, och därför koncentreras framställningen här på ett försök att tolka resultaten i klarspråk.

### 5.3.2 Resultat av flernivåanalys

I ett första steg analyserade vi nollmodeller för att klargöra andelen variation från respektive nivå. Vi fann ingen signifikant variation på kommunnivå, vare sig för kvantitativ eller känslomässig påfrestning. Följaktligen saknade de variabler som ingick på den nivån varje effekt på den upplevda påfrestningen, alltså arbetslöshetstal i kommunen, förvärvsintensitet, befolkningstäthet, och skattekraft. Den lilla kommunvariation som fanns, 0.7 % av den totala variationen i nollmodellen för känslomässiga påfrestningar och 0.8 % för kvantitativa påfrestningar (ej signifikant i båda fallen), sjönk dock med en tredjedel när de fyra variablerna togs med för känslomässiga påfrestningar. För kvantitativa påfrestningar ökade till och med kommunvariationen en smula när variablerna togs med. Detta visar att variablerna var relevanta i sammanhanget, men de hade *inte* effekter på påfrestningarna.

Vi fann dock variation på organisationsnivå i nollmodellerna. För kvantitativa påfrestningar låg 8.4 % och för känslomässig strain 4.6 % av den totala variationen i nollmodellerna på organisationsnivån. Detta bekräftar resultaten tidigare att kravkontrollmodellen är relaterad till organisationsfaktorer. Det visade det sig att när vi tog med organisationsvariablerna så kunde en viss del förklaras genom de variablerna: 19 % av organisationsvariationen för modellen över känslomässiga och 32 % för modellen för kvantitativa påfrestningar. Det betyder att de olika aspekterna på organisation som togs med i modellen fångade så stor del av den totala organisationsvariationen. Detta är emellertid en punkt där mer forskning behövs för att man skall komma åt vad i organisationen det är som påverkar påfrestningar. Idealsituationen är att ingen variation finns kvar på nivån efter att man tagit med de förklarande variablerna.

När resultaten blir som här kan det antingen bero på att man mäter sina variabler med bristande precision eller att faktorer av betydelse inte finns med i modellen. I detta fall torde det senare vara det sannolika. Det finns troligen faktorer som vi inte riktigt kommit åt i organisationen. Samtidigt är andelen förklarad variation på intet sätt mindre än vad man vanligen finner i samhällsforskningen.

Av de olika organisationsvariablerna så hade storlek i betydelsen antal anställda en svag positiv effekt på känslomässiga påfrestningar - för varje ytterligare anställd så sjönk påfrestningen 0,02 %-enheter. Ökad centralisering hade också effekten att minska påfrestningarna, men effekten var svag och i samma storleksordning. Specialisering minskade också påfrestningarna. Som man kan vänta sig hade bedömningen att det var tung yttre belastning på den lokala enheten viss betydelse - enheter bedömda som tungt belastade hade något högre påfrestningar.

För de kvantitativa påfrestningarna såg det litet annorlunda ut. De enda faktorer som påverkade dem var specialisering, som minskade dem, och bedömd hög yttre belastning, som ökade dem. De övriga variablerna hade så svaga samband med kvantitativa påfrestningar att de inte nådde statistisk signifikans.

Det tredje steget i analysen var individnivån. Lejonparten av variationen låg på den nivån, som man kan vänta sig av det faktum att variablerna handlar om just individuell upplevelse. Individvariablerna kunde förklara 20 % av individvariationen i känslomässiga påfrestningar och 14 % av individvariationen i kvantitativa påfrestningar. Inte heller här kunde således så särskilt stor del förklaras av variablerna i modellen.

För känslomässiga påfrestningar visade det sig att de viktigaste faktorerna var stöd från chefer och arbetskamrater, ledarskapsstil och psykosocialt klimat, dvs informella organisationsfaktorer. När de var positiva så kunde de alla, oberoende av varandra, minska de upplevda känslomässiga påfrestningarna med ganska påtagliga samband - tio procentenheters ökning av var och en av variablerna minskade påfrestningarna med en procent. Det är inte inbyggt i modellen, men det är sannolikt att dessa faktorer också har samband med varandra - bra ledarskapsstil leder troligen till högt upplevt stöd och positivt klimat - varför deras sammanlagda effekt antagligen är ganska stark.

Arbetets innehåll visade sig också ha effekter. Att inte ha människovårdande arbete innebar lägre påfrestningar, men att ha upprätthållande arbete ökade dem - på den punkten var det handläggning av socialbidrag som slog igenom och i sig således ökar påfrestningarna. Utbildning ökade också påfrestningarna - med ökad utbildning följer troligen ett ökat ansvar. Kvinnor tenderade att i någon mån uppleva större känslomässiga påfrestningar än män.

För de kvantitativa påfrestningarna framträdde ett liknande mönster. Utbildningen hade mindre betydelse, det var ingen skillnad att tala om mellan män och kvinnor, det var ingen skillnad mellan människovårdande arbete och annat arbete. De informella organisationsfaktorerna hade dock effekter av ungefär samma storleksordning. Även typen av arbete hade betydelse. Förändrande arbete var förbundet med en viss minskning medan upprätthållande arbete med en ökning.

Resultaten är enligt vår mening intressanta ur ett åtgärds perspektiv. Det framstår helt klart som viktigare att koncentrera sig på de *informella* organisationsfaktorerna. Formell organisationsförändring tycks vara tämligen irrelevant för upplevda påfrestningar. Likaså finns det speciella påfrestningar i upprätthållande arbete i sig, som behöver undersökas närmare och uppmärksammas. Kvar står dock att det viktiga för vilka påfrestningar man upplever, vare sig de är känslomässiga eller kvantitativa, är stödet från chefer och arbetskamrater, ledarskapsstil och psykosocialt klimat, "andan" på arbetsplatsen. Detta är intressant eftersom det ju är saker man borde kunna göra något åt, till skillnad från arbetsuppgifternas innehåll, som ju är svårare att åtgärda - organisationerna har ju att fullgöra sitt arbete.

Med dessa resultat som grund är det dags att gå vidare för mer ingående analyser av de två effektvariablerna hälsa och utbrändhet. Syftet är att få en fördjupad kunskap om vilka ytterligare faktorer som kan bidra till upplevda besvär hos personalen i FK och IFO.

## 6. ORSAKER TILL OHÄLSA I FK OCH IFO

De analyser som hittills har gjorts av möjliga orsaker till upplevda besvär har begränsats till de två olika typerna av påfrestningar. Upplevelse av hälsa är dock ett komplext fenomen som kan bero på många andra saker också. Syftet med detta kapitel är att sammanfatta projektets resultat i ett försök till mer övergripande och inträngande analys. Med hälsa menar vi de fyra symtomgrupperna, och vi vill se vilka faktorer som har störst betydelse för rapportering av symtom inom varje grupp.

Analysen inleds med en genomgång av ett antal faktorer som vi vet kan ha betydelse för hälsan. De delas in i tre grupper 1) krav, kontroll och påfrestning, 2) andra arbetsrelaterade faktorer, och 3) individrelaterade faktorer.

### 6.1 Förklaringsvariabler

#### 6.1.1 Krav-kontrollmodellens variabler

I den teoretiska genomgången av krav och kontroll i människovård kom vi fram till ett antal möjliga tolkningar av begreppen. I personalenkäten hade vi med frågor som avsåg att mäta alla dessa aspekter. Förutom *kvantitativa* och *känslomässiga* krav undersöktes *rollkonflikter* som ytterligare en form av krav i människovård, liksom *oklarhet i yrkesrollen* (som kan tolkas i termer av kontroll). Rollkonflikt och rolloklarhet mättes med ett frågebatteri utvecklat av de amerikanska forskarna Rizzo, House och Lirtzman (Rizzo, et al., 1970). Skalan är väl beprövad och har använts i många

studier. Rollkonflikter mättes med påståenden som på olika sätt berör huruvida arbetet präglas av motstridiga besked och uppgifter. Oklarhet i yrkesrollen mättes med ett antal frågor som på olika sätt tar upp huruvida arbetsuppgifter och ansvarsområden är tydligt definierade .

Beträffande de olika tolkningarna av kontroll har vi redan berört de två aspekterna *handlingsfrihet* och *beslutsutrymme* som tillsammans utgör kontroll i den ursprungliga kravkontrollmodellen. I den teoretiska diskussionen tog vi upp ytterligare två aspekter, nämligen *administrativ kontroll* och *utfallskontroll*. Administrativ kontroll mättes med tre frågor som berörde möjligheten att själv bestämma arbetstid, samt förläggning av raster och semester (Hall, 1990; Johnson, 1986). Utfallskontroll delades in i två typer; 1) *klientkontroll*, kontroll relaterad till utfallet i arbetet med de försäkrade/klienterna, dvs huruvida man upplevde sig se en positiv förändring hos dem eller upplevde att de ansåg sig få ett bra bemötande; samt 2) *rutinkontroll* , kontroll relaterad till rutiner och procedurer i arbetet, dvs att man upplevde att dessa fungerade på ett tillfredsställande sätt.

Påfrestningar konstruerades i likhet med tidigare som kvantitativ respektive känslomässig påfrestning, dvs kombinationen av kvantitativa respektive känslomässiga krav med kontroll (handlingsfrihet + beslutsutrymme). De andra krav och kontrollvariablerna behandlades var för sig i analyserna.

### **6.1.2 Andra arbetsrelaterade variabler**

Vi har hittills diskuterat olika aspekter av krav och kontroll i arbetet som viktiga för hälsa och välbefinnande. Det finns också



andra arbetsrelaterade faktorer såsom känslor av isolering i arbetet, brist på socialt stöd, arbetsledarstil, psykosocialt klimat på arbetsplatsen, oro för förändringar av olika slag, trivsel med arbetet, och grad av klientkontakt, som samtliga enligt rapporter i litteraturen är viktiga för upplevd hälsa och välbefinnande (Burisch, 1993; Garden, 1989; Härenstam, 1989; Johnson & Stone, 1986; Karasek & Theorell, 1990; Maslach, 1978a; Pines, 1993; Winnubst, 1993).

Känsla av isolering liksom socialt stöd mättes med frågor som tidigare har använts i en studie av fångvårdspersonal (Härenstam, 1989). Socialt stöd fångade in de tre dimensionerna känslomässigt stöd (dvs uppmuntran och erkännande), informativt stöd (hjälp och stöd i arbetet), samt instrumentellt stöd (hjälp att utföra arbetet) (House, 1981). Det var totalt sex frågor om socialt stöd, en för varje typ av stöd från såväl arbetsledare som arbetskamrat. Frågorna lades samman till två index, ett för *stöd från arbetsledare* samt ett för *stöd från arbetskamrater*.

*Ledarskapsstil, psykosocialt klimat* och *oro* mättes också med frågor hämtade från Härenstams studie. Frågorna om ledarskap handlade t ex om huruvida man upplevde sig få feedback av arbetsledaren, motsägande besked, och förmåga att leda och fördela arbetet. Frågorna om psykosocialt klimat handlade om stämning, sammanhållning och kommunikation på arbetsplatsen, och de frågor som avsåg att fånga oro var relaterade till nedskärningar, förändringar i arbetsuppgifternas karaktär och rädslan för att bli arbetslös eller sjuk. Vi frågade också huruvida man trivdes på arbetsplatsen eller ej. Vidare hade vi med frågor om man hade arbetsledande ställning, arbetade i direkt klientarbete eller hade arbetsuppgifter av mer

administrativ karaktär. Ytterligare en faktor relaterad till arbete är huruvida man arbetar heltid eller ej, och en uppenbar faktor i detta jämförelsesammanhang är naturligtvis huruvida man arbetar inom FK eller IFO.

### **6.1.3 Individvariabler**

Det finns naturligtvis också ett antal individrelaterade faktorer som är viktiga när man skall analysera upplevd hälsa. Vi inkluderade kön, ålder i femårskategorier, utbildning som låg (folkskola, grundskola), medel (gymnasium) och hög (högskola), civilstånd som gift/sambo eller ensamboende, samt förekomst av småbarn under skolåldern. Ett antal livsstilsrelaterade faktorer togs också med, nämligen tobak- och alkoholbruk, kostmedvetenhet, kaffekonsumtion och motionsvanor, alla mätta i kategorier som slagits samman för bästa diskrimineringsförmåga.

## **6.2. Resultat**

Samtliga variabler som beskrivits ovan togs med i modeller med syftet att förklara vilka faktorer som kan tänkas påverka självrapporterad hälsa. Analyserna gjordes med hjälp av regressionsanalys. Som en följd av resultaten om den relativt begränsade betydelsen av organisationsnivån för den upplevda hälsan så gjordes analyserna som vanlig regression, utan hänsyn till organisationsnivån. Resultaten redovisas i fyra tabeller, en för vardera symtomgruppen som beroende variabel.

### **6.2.1 Immunologiska symtom**

I tabell 14 redovisas den första analysen som gjordes på den immunologiska symtomgruppen.

**Tabell 14. Regressionsmodell för immunologiska symptom (0-100)**

	Sam- band	p		Sam- band	p
Krav, kontroll och strain			Arbetsrelaterade faktorer		
<i>Känslomässiga krav</i> (0-100)	0.0		<i>Arbetsledarstil</i> (0-100)	0.0	
<i>Kvantitativa krav</i> (0-100)	0.1		<i>Psykosocialt klimat</i> (0-100)	0.0	
<i>Roll konflikt</i> (0-100)	0.1	***	<i>Socialt stöd - chef</i> (0-100)	0.0	
<i>Roll oklarhet</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - kollegor</i> (0-100)	0.0	
<i>Handlingsfrihet</i> (0-100)	-0.1		<i>Oro för förändringar</i> (0-100)	0.1	***
<i>Beslutsutrymme</i> (0-100)	-0.1	(*)	<i>Mycket klientkontakt</i>	0.1	
<i>Utfallskontroll - klient</i> (0-100)	0.0		<i>Lite klientkontakt</i>	1.0	*
<i>Utfallskontroll - rutin</i> (0-100)	0.0		<i>Chef</i>	-3.2	**
<i>Känslomässig strain</i> (0-100)	0.0		<i>Ej klientarbete</i>	-0.4	
<i>Kvantitativ strain</i> (0-100)	-0.2		<i>Heltidsarbete</i>	-1.0	(*)
Individrelaterade faktorer			<i>Erfarenhet av våld/hot</i>	1.1	*
<i>Kön - kvinna</i>	0.3		<i>Känslor av isolering i arbetet</i>	0.1	
<i>Ålder &lt; 35</i>	-0.3		<i>Trivsel på arbetet</i>	0.0	
<i>Ålder &gt; 50</i>	0.4		<i>Arbete i FK (ej IFO)</i>	0.7	
<i>Civilstånd - gift</i>	-1.6	**			
<i>Småbarn</i>	2.4	***			
<i>Låg utbildning</i>	0.0				
<i>Hög utbildning</i>	0.1				
<i>Självförtroende</i> (0-100)	0.0				
<i>Rökare</i>	1.0	(*)			
Intercept	50.0		Adj. R <sup>2</sup> =0.05	F/df=8/4141, Signif. F=0.0000	

(\*) 0.10≥p>0.05 \* 0.05≥p>0.01 \*\*0.01≥p>0.001 \*\*\*0.001≥p

Tabellen är ganska stor och invecklad och behöver förklaras. På flera ställen står det 0-100 inom parentes. Detta betyder att variablerna är av index mellan 0-100, vilket innebär att

sambanden kan tolkas i termer av procentenheter. Således betyder koefficienten 0.1 för rollkonflikt att en procents ökning av rollkonflikter ökar immunologiska symtom med en tiondel procent, oberoende av alla andra variabler i modellen. Det innebär att om en individ har 20 procentenheter högre rollkonflikt så har denne också 2 procentenheters mera immunologiska symtom, alltså mer förkylning och klåda. För de variabler som inte kan tolkas i procent relaterar vi dem istället till sk referens kategorier. Ett exempel är ålder som finns med i form av två variabler unga (<35 år) och äldre (> 50 år). Dessa grupper jämförs med de medelålders, dvs gruppen mellan 35-49 år. I detta fallet är skillnaderna mellan åldersgrupperna små. Att vara under 35 år innebär en minskning av de immunologiska symtomen med 0.3 %. Relativt sett är detta ett mycket svagare samband (och ej heller statistiskt signifikant, som indikeras av stjärnorna) jämfört med koefficienten 0.1 för rollkonflikter som ju mäts på samma skala som den beroende variabeln, i det här fallet immunologiska symtom. Man skall alltså inte tänka så mycket på själva siffrans storlek, utan på siffran tillsammans med den *enhet* som den är uttryckt i.

Av resultaten framgår att endast två av de olika krav- och kontrollaspekterna, *rollkonflikter* och *beslutsutrymme* var statistiskt signifikant relaterade till de immunologiska symtomen. Ökat beslutsutrymme ledde till en minskning av symtomen. Karaseks tes om vikten av kombinationen kravkontroll för upplevelse av hälsa kunde inte bekräftas i detta fallet. Vad gäller de övriga arbetsrelaterade faktorerna fanns det ett samband mellan *oro för förändringar i arbetet*, som var svagt relaterat till ökade immunologiska symtom, medan det motsatta förhållandet rådde om man var *chef*. Det var också

svaga samband med *erfarenhet av våld eller hot, liten grad av klientkontakt* samt huruvida man arbetade *heltid* eller inte. För de individrelaterade faktorerna visade de *gifta* en något lägre grad av symtom medan det motsatta gällde för dem som hade *småbarn*. Att ha hemmavarande småbarn innebär således en ökning med drygt två procent för förkylningar, vilket torde vara välkänt för alla barnfamiljer

Modellen visar som helhet att relativt lite av variationen i de immunologiska symtomen förklaras av de ingående variablerna. Det s.k. adjusted R<sup>2</sup>, var 0.05, vilket innebär att 95 procent av variationen inte förklarades av modellen. Det saknas variabler i modellen som är av vikt för att förklara förekomst av immunologiska symtom. De immunologiska symtomen betingas endast till liten del av olika faktorer relaterade till arbetsförhållanden, men det finns uppenbart en mängd andra faktorer som är viktiga. Dessa saknas i modellen -målet för oss var inte heller att förklara förkylningar och infektioner, även om sådana symtom delvis är stressrelaterade.

### **6.2.2 Gastro-intestinala symtom**

Vi skall gå vidare till nästa symtomgrupp, de gastro-intestinala symtomen. I denna modell inkluderades ytterligare en variabel, nämligen kaffekonsumtion, av lätt insedda skäl - överdrivet kaffedrickande kan ge magsymtom. Resultaten visas i tabell 15.

**Tabell 15. Regressionsmodell för gastrointestinala symtom (0-100)**

	Sam- band	p		Sam- band	p
Krav, kontroll och strain			Arbetsrelaterade faktorer		
<i>Känslomässiga krav</i> (0-100)	0.0		<i>Arbetsledarstil</i> (0-100)	0.0	
<i>Kvantitativa krav</i> (0-100)	0.1		<i>Psykosocialt klimat</i> (0-100)	-0.1	***
<i>Roll konflikt</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - chef</i> (0-100)	0.0	
<i>Roll oklarhet</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - kollegor</i> (0-100)	0.0	
<i>Handlingsfrihet</i> (0-100)	0.0		<i>Oro för förändringar</i> (0-100)	0.1	***
<i>Beslutsutrymme</i> (0-100)	0.0		<i>Mycket klientkontakt</i>	2.1	***
<i>Utfallskontroll - klient</i> (0-100)	0.0		<i>Lite klientkontakt</i>	-0.4	
<i>Utfallskontroll - rutin</i> (0-100)	0.1	*	<i>Chef</i>	-0.1	
<i>Känslomässig strain</i> (0-100)	0.4	*	<i>Ej klientarbete</i>	1.5	
<i>Kvantitativ strain</i> (0-100)	-0.2		<i>Heltidsarbete</i>	-0.4	
Individrelaterade faktorer			<i>Erfarenhet av våld/hot</i>	1.2	*
<i>Kön - kvinna</i>	-1.9	*	<i>Känslor av isolering</i>	0.1	
<i>Ålder &lt; 35</i>	0.8		<i>Trivsel på arbetet</i>	-1.4	*
<i>Ålder &gt; 50</i>	1.2	(*)	<i>Arbete i FK (ej IFO)</i>	1.6	*
<i>Civilstånd - gift</i>	0.2				
<i>Småbarn</i>	-0.5				
<i>Låg utbildning</i>	1.2	(*)			
<i>Hög utbildning</i>	-0.1				
<i>Självförtroende</i> (0-100)	-0.1	***			
<i>Hög kaffekonsumtion</i>	-1.7	**			
<i>Rökare</i>	2.1	***			
Intercept	34.0		Adj. R <sup>2</sup> =0.09		
			F/df=13/4095 df, Signif. F=0.0000		
			(*) 0.10≥p>0.05 * 0.05≥p>0.01 **0.01≥p>0.001 ***0.001≥p		

Också här visade relativt få av de olika *krav, kontroll* och *påfrestnings* variablerna självständiga samband med rapporterade symtom. Ökad utfallskontroll vad gäller rutiner i

arbetet visade ett svagt positivt samband. Högre grad av kontroll av rutiner ökar alltså upplevelse av magsymtom. Till skillnad från de immunologiska symtomen fanns det ett samband mellan känslomässiga påfrestningar och magsymtom. Sambandet var också starkt: tio procents ökning av känslomässig strain ökade upplevda magbesvär med fyra procent. De enskilda krav och kontroll variablerna var dock inte självständigt relaterade till symtomen här, vilket skulle stödja idén i krav-kontrollmodellen om en interaktion mellan krav och kontroll som det viktiga.

För de övriga arbetsrelaterade faktorerna visade *psykosocialt klimat, oro för förändringar, hög grad av klientkontakt, erfarenhet av våld eller hot*, samt *trivsel* på arbetet självständiga samband med magsymtomen. Dessutom innebar arbete i FK i sig en något högre grad av symtom. Resultaten i de första beskrivningarna (tabell 2), som inte visade någon skillnad mellan FK och IFO, får således modifieras, vilket också illustrerar skillnaden mellan en enkel beskrivning av nivåer och en mer sofistikerad analys som denna. De resultat som har störst tillförlitlighet och styrka är de som framkommer i dessa analyser.

Det fanns också individrelaterade faktorer som var självständigt relaterade till magsymtomen. *Självförtroende* visade ett svagt positivt samband medan kön var negativt relaterat, *kvinnor* hade ca 2 procent mindre besvär än män. För såväl *hög kaffe konsumtion* som *tobaksbruk* framkom något udda resultat. Högt kaffe konsumtion minskade magbesvären, medan regelbundet tobaksbruk ökade besvären. Här är det sannolikt en fråga om orsak och verkan. Det förefaller rimligt att anta att de som inte har problem med magen kan dricka mycket kaffe. När

det gäller rökning kan man anta att de som har besvär, kanske på grund av stress i arbetet, röker något mer.

Sammantaget kan man dock säga att det är ganska olika faktorer som har betydelse för upplevda magbesvär jämfört med de immunologiska symtomen.

### 6.2.3 Muskuloskeletala symtom

Vi går vidare för att utreda förhållandena vad gäller de muskuloskeletala symtomen. För de muskuloskeletala symtomen visade sig ytterligare ett mönster. *Känslomässiga krav* var den enda av krav, kontroll och påfrestningsvariablerna som var självständigt relaterad till denna symtomgrupp. Det var istället fler av de övriga arbetsrelaterade faktorerna som uppvisade självständiga samband. *Oro för förändringar* var lika starkt relaterad till muskelsymtomen som de känslomässiga kraven. Dessutom uppvisade såväl *arbetsledarstil* som *psykosocialt klimat* samband, om dock något svagare. *Cheferna* uppvisade också här mindre besvär. Vidare var *trivsel* på arbetet liksom *erfarenhet av våld* eller hot relaterad till symtomen. I likhet med symtomen relaterade till magen innebar också *arbete i FK* i sig något högre grad av muskuloskeletala besvär. Detta innebär att rapporterna av fler sådana symtom i tabell 2 inte enbart beror på den relativt högre åldern i FK, eftersom ålder ingår i modellen och effekten gäller med kontroll för ålder, så som alltid är fallet med enskilda effekter i regressionsanalys. Resultaten visas i tabell 16.



**Tabell 16. Regressionsmodell för muskuloskeletal  
symtom (0-100)**

	Sam- band	p		Sam- band	p
Krav, kontroll och strain			Arbetsrelaterade faktorer		
<i>Känslomässiga krav</i> (0-100)	0.2	**	<i>Arbetsledarstil</i> (0-100)	-0.1	**
<i>Kvantitativa krav</i> (0-100)	0.0		<i>Psykosocialt klimat</i> (0-100)	-0.1	**
<i>Roll konflikt</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - chef</i> (0-100)	0.0	
<i>Roll oklarhet</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - kollegor</i> (0-100)	0.0	
<i>Handlingsfrihet</i> (0-100)	-0.1	(*)	<i>Oro för förändringar</i> (0-100)	0.2	***
<i>Beslutsutrymme</i> (0-100)	-0.1		<i>Mycket klientkontakt</i>	0.6	
<i>Utfallskontroll - klient</i> (0-100)	0.0		<i>Lite klientkontakt</i>	1.5	(*)
<i>Utfallskontroll - rutin</i> (0-100)	0.1		<i>Chef</i>	-3.6	**
<i>Känslomässig strain</i> (0-100)	-0.3		<i>Ej klientarbete</i>	2.5	(*)
<i>Kvantitativ strain</i> (0-100)	0.1		<i>Heltidsarbete</i>	-2.4	***
Individrelaterade faktorer			<i>Erfarenhet av våld/hot</i>	1.6	**
<i>Kön - kvinna</i>	3.6	***	<i>Känslor av isolering</i>	0.7	
<i>Ålder &lt; 35</i>	-4.9	***	<i>Trivsel på arbetet</i>	-1.4	*
<i>Ålder &gt; 50</i>	4.2	***	<i>Arbete i FK (ej IFO)</i>	1.8	*
<i>Civilstånd - gift</i>	-0.8				
<i>Småbarn</i>	-1.2	(*)			
<i>Låg utbildning</i>	2.0	**			
<i>Hög utbildning</i>	-1.4	(*)			
<i>Självförtroende</i> (0-100)	0.0				
<i>Rökare</i>	2.3	***			
Intercept	34.0		Adj. R <sup>2</sup> =0.13	17/4094, Signif. F=0.0000	

(\*) 0.10≥p>0.05 \* 0.05≥p>0.01 \*\*0.01≥p>0.001 \*\*\*0.001≥p

Detta leder över till de individrelaterade faktorerna. Här ser vi en klar gradient i *ålder*, så att de unga rapporterade ca 5 procent mindre besvär än de medelålders, medan de äldre

rapporterade drygt 4 procent mer. Det fanns ett liknande mönster vad beträffar *utbildning*: lågutbildade hade mer besvär och högutbildade mindre besvär jämfört med dem som hade gymnasieutbildning. Vidare rapporterade *kvinnor* högre grad av muskelsymtom än männen, en skillnad jämfört med magbesvären. En likhet med magbesvären var att *rökarna* rapporterade mer besvär, men även här kan orsaksambanden diskuteras. Sammantaget gav resultaten återigen en annorlunda bild jämfört med dem för de två föregående symtomgrupperna.

#### **6.2.4 Psykovegetativa symtom**

Ytterligare en grupp, de psykovegetativa symtomen återstår att analysera. Modellen för de psykovegetativa symtomen uppvisade den klart bästa precisionen av samtliga fyra modeller. Hela 40 % av variationen i psykovegetativa symtom förklarades av modellen, jämfört med 5-15 % för de andra tre modellerna. Det är ett ovanligt högt värde i samhällsvetenskapliga sammanhang, där det ju alltid finns många problem med mätnoggrannheten för de olika variablerna. Man bör dock hålla i minnet att precision är en sak, och sambandens styrka en annan. En låg precision, låg förklarad variation, förändrar inte tolkningen av sambanden, och det senare är ju det som är det intressanta här.

Ytterligare ett mönster visade sig här. Beträffande kravkontrollmodellens variabler visade såväl de *känslomässiga kraven* i sig som *känslomässiga påfrestningar* starka samband med upplevda psykovegetativa symtom. Också *rollkonflikter* visade en relation, om än svagare. Övriga variabler inom denna kategori var inte självständigt relaterade till upplevda psykovegetativa symtom. Detta är intressant ur krav-

kontrollmodellens perspektiv, där således både kraven och samverkan med kontroll visade samband.

**Tabell 17. Regressionsmodell för psykovegetativa symtom (0-100)**

	Sam- band	p		Sam- band	p
Krav, kontroll och strain			Arbetsrelaterade faktorer		
<i>Känslomässiga krav</i> (0-100)	0.2	***	<i>Arbetsledarstil</i> (0-100)	-0.1	***
<i>Kvantitativa krav</i> (0-100)	0.0		<i>Psykosocialt klimat</i> (0-100)	-0.1	***
<i>Roll konflikt</i> (0-100)	0.1	***	<i>Socialt stöd - chef</i> (0-100)	0.0	
<i>Roll oklarhet</i> (0-100)	0.0		<i>Socialt stöd - kollegor</i> (0-100)	0.0	
<i>Handlingsfrihet</i> (0-100)	0.0		<i>Oro för förändringar</i> (0-100)	0.1	***
<i>Beslutsutrymme</i> (0-100)	0.0		<i>Mycket klientkontakt</i>	0.0	
<i>Utfallskontroll - klient</i> (0-100)	0.0		<i>Lite klientkontakt</i>	0.2	
<i>Utfallskontroll - rutin</i> (0-100)	0.1		<i>Chef</i>	-2.3	**
<i>Känslomässig strain</i> (0-100)	0.3	*	<i>Ej klientarbete</i>	-2.2	*
<i>Kvantitativ strain</i> (0-100)	-0.2		<i>Heltidsarbete</i>	-1.6	***
Individrelaterade faktorer			<i>Erfarenhet av våld/hot</i>	0.4	
<i>Kön - kvinna</i>	-0.5		<i>Känslor av isolering</i>	1.4	**
<i>Ålder &lt; 35</i>	-0.6		<i>Trivsel på arbetet</i>	-3.3	***
<i>Ålder &gt; 50</i>	1.9	***	<i>Arbete i FK (ej IFO)</i>	0.5	
<i>Civilstånd - gift</i>	-1.6	***			
<i>Småbarn</i>	-1.4	**			
<i>Låg utbildning</i>	-0.3				
<i>Hög utbildning</i>	0.8				
<i>Självförtroende</i> (0-100)	-0.2	***			
<i>Regelbunden motion</i>	0.9	*			
<i>Alkohol ≥ en g/v</i>	1.3	(*)			
<i>Rökare</i>	1.7	***			

Intercept 44.5 Adj. R<sup>2</sup>=0.40 F/df 81/4083, Signif. F=0.0000  
 (\*) 0.10≥p>0.05 \* 0.05≥p>0.01 \*\*0.01≥p>0.001 \*\*\*0.001≥p

Man kan nog säga att detta leder till en modifiering av modellen när det gäller människovårdande arbete. Höga känslomässiga krav har en alldeles självständig effekt oberoende av kontroll i alla tolkningar av kontroll. Resultaten visas i tabell 17.

För de övriga arbetsrelaterade faktorerna visade sig återigen såväl *psykosocialt klimat* och *arbetsledarstil* vara viktiga, liksom *oro för förändringar*. *Trivsel* på arbetet visade sig också vara viktigt. Att trivas mycket bra reducerade de psykovegetativa symtomen med drygt 3 procent, en effekt som motsvarar den av en tioprocentig minskning av de känslomässiga påfrestningarna. Återigen utmärkte sig *cheferna* genom en lägre grad av besvär. Till skillnad från de övriga tre symtomgrupperna var det ingen skillnad mellan FK och IFO för de psykovegetativa symtomen. Det är dock intressant att jämföra med tabell 2, där det framkom att man i IFO rapporterade högre grad av dessa symtom än vad man gjorde i FK. Här framkommer således att när man kontrollerar för ett antal olika arbets- och individrelaterade faktorer försvinner dessa skillnader.

Ett antal av de individrelaterade faktorerna visade svaga självständiga samband med de psykovegetativa symtomen. Det enskilt starkaste sambandet inom denna grupp var *självförtroende*, där tio % högre självförtroende minskade symtomen med 2 %. För övrigt visade sig en tendens lik tidigare modeller: såväl *rökning*, bruk av *alkohol* minst en gång i veckan samt regelbunden *motion* visade positiva samband av varierande styrka. Också här får man fundera över orsakssammanhangen. Man kanske tar ett glas vin, en cigarett eller motionerar för att dämpa oro och ångslan.

### 6.3 Orsaker till hälsoproblem i människovård

Ett tydligt allmänt resultat när det gäller ohälsoproblem i de två undersökta organisationerna är att det finns olika mönster för olika typer av problem. För att underlätta en jämförelse sammanfattar vi därför resultaten för samtliga modeller i figuren nedan. I stället för en massa siffror och stjärnor som visar statistisk signifikans anger vi samband med + eller -. Ju starkare samband desto flera + eller -. Översikten återges i tabell 18.

Av sammanställningen framgår att olika faktorer har olika betydelse för de fyra symtomgrupperna. Vad gäller kravkontrollmodellens variabler ser vi att det enbart var de känslomässiga kraven, ibland kombinerade med låg grad av kontroll, som slog igenom med starka självständiga samband. Modellens anspråk på förklaring av ohälsa tycks få revideras och modifieras när det gäller människovård. Den har ganska begränsad giltighet i det fallet. Andra faktorer betyder väl så mycket. Modellen har generella anspråk som visats inte hålla. Vi menar att arbete med människor är speciellt och ställer sina särskilda krav. Man kan inte efterlikna industriarbetet, vare sig i analysen av påfrestningar eller - tycker vi - i organisationen av arbetet. Resultaten här är viktiga både för att förstå ohälsan och för att visa på den speciella karaktären i människovård. De visar också, kan påpekas, hur arbete inom Försäkringskassan, tvärt emot en som vi tror vanlig föreställning, just är ett människovårdande arbete, med allt vad därtill hör. Den enda punkt där arbete inom FK i sig hade någon betydelse var att det gav en något högre grad av upplevda muskel- och magbesvär. I övrigt var likheten slående mellan de båda organisationerna. Man bör betrakta arbete inom FK som socialt arbete.

**Tabell 18. Översikt över ohälsoproblem i FK och IFO**

	Psyko-vegetativa symtom	Muskulo- skeletala symtom	Gastro- intestinala symtom	Immuno- logiska symtom
Krav, kontroll och strain				
<i>Känslomässiga krav</i>	++	++		
<i>Rollkonflikt</i>	+			+
<i>Utfallskontroll - rutin</i>			+	
<i>Känslomässig strain</i>	++		++++	
Arbetsrelaterade faktorer				
<i>Arbetsledarstil</i>	-	-		
<i>Psykosocialt klimat</i>	-	-	-	
<i>Oro för förändringar</i>	+	++	+	+
<i>Mycket klientkontakt</i>			+	
<i>Chef</i>	-	-		-
<i>Ej klientarbete</i>	-			
<i>Heltidsarbete</i>	-	-		
<i>Erfarenhet av våld/hot</i>		+	+	+
<i>Känslor av isolering i arbetet</i>	+			
<i>Trivsel på arbetet</i>	-	-	-	
<i>Arbete i FK (jämfört med IFO)</i>		+	+	
Individrelaterade faktorer				
<i>Kön - kvinna</i>		+		
<i>Ålder &lt; 35</i>		-		
<i>Ålder &gt; 50</i>		+		
<i>Civilstånd - gift</i>	-			-
<i>Småbarn</i>	-			+
<i>Låg utbildning</i>		+		
<i>Självförtroende</i>	- -		-	
<i>Regelbunden motion</i>	+			
<i>Rökare</i>	+	+	-	
<i>Hög kaffe konsumtion</i>			-	

Arbetets innehåll av särskilt känslomässiga påfrestningar kan vara svårt att göra något åt i människovårdande arbete. Resultaten visar dock på klara effekter från åtgärdbara faktorer. För de övriga arbetsrelaterade faktorerna visade sig de informellt relaterade organisationsfaktorerna arbetsledarstil och psykosocialt klimat vara viktiga för upplevda besvär. Bra arbetsledning och bra klimat bidrog således klart till att personalen mådde bättre. Med bra menades i frågorna att kunna ta och ge kritik, att vara lyhörd, kunna kommunicera, ge klara besked, ha god sammanhållning och liknande.

Oro för förändringar visade också ett självständigt samband med samtliga symtomgrupper, där ökad oro var relaterad till en ökning av besvären. Samma gäller för upplevelse av våld och hot, känsla av isolering i arbetet samt trivsel på arbetet, även om dessa faktorer var lite olika relaterade till olika symtomgrupper.

Som vi ser visade heltidsarbete ett negativt samband till de psykovegetativa och muskelbesvären. Här är det sannolikt frågan om vad som är orsak och verkan. Att arbeta heltid minskar troligen inte besvären, utan sambandet tyder snarare på att man arbetar mindre när man har problem. Samma resonemang kan tillämpas på sambanden med t ex motion och rökning, som synes öka vissa besvär. Det kanske snarare är frågan om olika sätt att hantera sina besvär. Är man trött, nedstämd eller orolig motionerar man, alternativt tar en cigarett. Svar på sådana frågor kan man inte få i en undersökning av den typ som genomförts här, alltså en sk tvärsnittsstudie, som undersöker förhållandena vid en viss tidpunkt. Det kräver i stället en longitudinell studie, där man

följer undersökningspersonerna över tid. En sådan studie planerar vi för närvarande.

Ett mycket tydligt resultat är vidare att det handlar om problem som på olika sätt är relaterade till *arbetet* och inte till den enskilde individen. Individens vanor, egenheter och speciella egenskaper hade ringa betydelse. Detta är naturligtvis intressant ur ett åtgärdeperspektiv. Det är inte individerna som behöver förändras utan istället informella organisationsfaktorer såsom. psykosocialt klimat och arbetsledarstil.

Innan några sammanfattande slutsatser från projektet kan göras återstår dock vår andra effektvariabel, utbrändhet. Det sägs ju vara en speciell effekt av att arbeta med människor. Kan man säga att personalen inom FK och IFO är utbrända ? Och i så fall, vad beror det på ? Är det olika mekanismer som ligger bakom utbrändhet jämfört med de olika hälsfaktorerna ? För att kunna svara på sådana frågor måste vi börja med en genomgång av begreppet utbrändhet.



## 7. BEGREPPET UTBRÄNDHET<sup>9</sup>

### 7.1 Ett begrepps utveckling

I februari 1915 skrev filosofen Ludwig Wittgenstein, som då befann sig bakom frontlinjerna i 1:a världskriget, ett brev till författaren Ludwig von Ficker. Han beskrev sig själv som varande i en steril period, utan lust att ta upp främmande tankar. Hans oemottaglighet för nya tankar ansåg han dock vara hoppfull eftersom;

"Det har jag endast under en nedgång i produktiviteten, inte när den helt har upphört. Men - tyvärr känner jag mig nu helt *utbränd*. Man måste bara ha tålmod." (Monk, 1992) s 119, vår kursivering.

Nästan 40 år senare, 1953, publicerades en fallstudie om mentalsköterskan miss Jones (Schwartz & Will, 1953). Hon återvände efter en tids bortovaro till sitt arbete. Hon fann att arbetet under hennes frånvaro hade förändrats. Det fanns för lite personal, patienterna behandlades inte som de borde, personalen uppträdde distanserat mot patienterna, fann dem irriterande och krävande och behandlade dem ganska illa. Även miss Jones föll in i ett sådant beteende i sitt förhållande till patienterna. När patientrelationen försämrades sjönk hennes självförtroende och hon började se sig själv som misslyckad. Miss Jones' och hennes arbetskamraters förhållningssätt gentemot patienterna beskrevs som ett sammanhang präglad av låg moral. Studien är ofta citerad som ett tidigt exempel på utbrändhet (Maslach & Schaufeli, 1993).

---

<sup>9</sup> Detta kapitel baseras på (Söderfeldt, 1996a)

Ytterligare 40 år senare, 1993, publicerades ännu en fallstudie, denna gång om en bombhund (Luescher, 1993). Hunden var tränad att söka efter explosiva artiklar i flygplan och arbetade vid en stor flygplats. Hunden hade fungerat utmärkt i sina uppgifter över ett år när dess beteende plötsligt förändrades. I transporter till flygplatsen uppträdde den nervöst och var aggressiv gentemot främlingar. Hundens arbete försämrades gradvis, och dess aggressiva beteende blev i det närmaste okontrollerbart. Den blev diagnostiserad som utbränd.

De tre beskrivningarna spänner över 80 år och är mycket olika. Det finns dock en gemensam faktor i dem - begreppet *utbränd*. Wittgenstein använde uppenbarligen ordet i betydelsen improduktiv. Miss Jones förhöll sig negativt och därmed improduktivt i förhållande till sina klienter. Och bombhunden var så stressad att den inte klarade av att hitta bomber - dålig prestation. Är detta då vad begreppet utbränd innebär - improduktivitet ?

Begreppet utbrändhet har använts som en metafor i många sammanhang. På 30-talet fanns det inom friidrott och konst, på 60-talet användes det för att beskriva effekter av kroniskt drogmissbruk (Farber, 1983; Paine, 1982). I mitten på 70-talet började man använda begreppet för att beskriva negativa reaktioner till arbetet bland personer inom människovårdande arbete. Sedan dess har en imponerande mängd uppsatser, böcker och annan litteratur producerats inom ämnet. Mellan 1974 och 1989 listas 2496 arbeten i en bibliografi (Kleiber & Enzmann, 1990), de flesta med litet olika betydelser av begreppet. Det behöver förtydligas, minst sagt.

Den som myntade begreppet för användning på människovård var den amerikanske psykoanalytikern Herbert Freudenberger. Hans första observationer av utbrändhet baserades inte på vetenskapliga studier utan på hans praktiska erfarenhet i alternativa institutioner för behandling av drogmissbrukare. Han observerade hur många som började sitt arbete i entusiastisk anda blev utmattade, cyniska och drog sig undan. Deras arbete försämrades. Freudenbergers första beskrivningar av utbrändhet var "att misslyckas, bli uttröttad eller utmattad på grund av överdrivna krav på energi, styrka eller resurser". Detta hände ofta personal inom alternativa institutioner (Freudenberger, 1974; Freudenberger, 1975) 1974 s 159-160, 1975, s 73 1977 s 90.

Freudenberger kom längre fram att utvidga begreppets omfattning till att gälla i stort sett alla människor. Hans senare beskrivningar baserades även de på observationer från klinisk praxis (Freudenberger & North, 1985; Freudenberger & Richelson, 1980). Begreppets innebörd utvidgades också av Freudenberger till att innefatta en mängd olika symtom. En av Freudenbergers efterföljare var Christina Maslach, amerikansk socialpsykolog, och den kanske mest kända utbrändhetsforskaren. Även hon började sina studier med observationer och intervjuer med personal i människovårdande arbete (Maslach, 1978b; Maslach, 1982). Till skillnad från kliniken Freudenberger var Maslach dock mest forskningsinriktad. Hon var intresserad av hur personer som arbetar under hög stress ändå lyckas genomföra sina arbetsuppgifter (Maslach, 1993). I förberedande studier framträdde framför allt tre aspekter på utbrändhet, som kunde ligga till grund för utveckling av ett mått.

### 7.1.1 Ett mått på utbrändhet

För det första verkade de *känslomässiga* komponenterna i arbetet vara viktiga. I människovårdande arbete får man handskas med andra människors fattigdom, lidande, sjukdom och ibland död. I Maslach's intervjuer beskrev många sig som känslomässigt utmattade av sådana upplevelser.

För det andra framhöll många att det var svårt att samtidigt hantera de känslomässiga kraven i arbetet och upprätthålla omsorgen om sina klienter. I stället kunde känslan av omsorg förbytas i en negativ inställning, till och med ogillande av klienterna.

Den tredje aspekten berörde den egna prestationen. Man uppfattade sitt känslomässiga kaos som ett personligt misslyckande. Genom en slump fick Maslach veta att liknande känslor och reaktioner också fanns bland advokater som arbetade med fattiga, och att det där benämndes som utbrändhet. Detta ledde även Maslach till att kalla det hon funnit i sina förberedande studier för utbrändhet (Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1984).

Tillsammans med sin kollega Susan Jackson utvecklade Maslach ett mått på utbrändhet (Maslach & Jackson, 1981). Arbetsdefinitionen av utbrändhet bestod av två delar: emotionell utmattning - känslan av att vara känslomässigt slut och uttömd - och avpersonalisering, att behandla sina klienter som opersonliga objekt (Maslach, 1993). Maslach och Jackson utarbetade frågor som avsåg att mäta detta. Frågorna analyserades med principalkomponents analys och man fann tre faktorer. Två kunde tolkas just som 'emotionell utmattning' och

'avpersonalisering', medan den tredje faktorn tolkades som 'känslor av nedsatt prestationsförmåga'.

Det mått som utvecklades från dessa analyser, MBI, Maslach Burnout Inventory, blev ett av de mest använda måtten inom utbrändhetsforskningen. Det fångar Maslach's tre dimensioner, men är inte teoretiskt härlett (Schaufeli, Enzmann, & Girault, 1993), utan bygger på tolkningar av intervjuer och observationer av människor inom människovårdande arbete.

Genom den flitiga användningen av MBI har Maslach's uppfattning om utbrändhet kommit att bli styrande för forskningen på området. Måttet har också använts i denna studie. Det är gjort för enkät, och består av sammanlagt 22 påståenden att ta ställning till. Nio avser att mäta emotionell utmattning, fem avpersonalisering och åtta personlig prestation. Påståendena som avser att mäta emotionell utmattning handlar om att känna sig utmattad och utpumpad, känslomässigt uttömd, att uppleva det som känslomässigt besvärligt att arbeta med människor. Påståendena rörande avpersonalisering handlar om att man uppfattar sina klienter/patienter som opersonliga objekt och har känslor av hårdhet och kyla. Påståendena rörande prestation handlar om huruvida man upplever sig handskas bra med problem och om man i allmänhet uppfattar att man gör ett bra arbete i förhållande till sina klienter/patienter. För samtliga påståenden får de som svarar ta ställning på en sjugradig skala om hur ofta man upplever känslor som motsvarar frågan, från 'aldrig' till 'varje dag'.

Vi analyserade samtliga 22 påståenden i principalkomponents analys på samma sätt som Maslach. Resultaten visade en häpnadsväckande överensstämmelse med de som publicerats av

Maslach. Det rörde sig om skillnader i hundradelar. Vår slutsats blev att måttet utmärkt väl kan användas även i studier av svenska människovårdare (Söderfeldt, et al., 1996g). Svaren för påståenden inom varje komponent summerades till tre index som mäter emotionell utmattning, avpersonalisering och personlig prestation.

## 7.2 Analys av utbrändhetsprocessen

Måttets mättekniska kvalitéer är naturligtvis en viktig sak när man skall göra undersökningar. När det gäller MBI kan man nog lita på att måttet mäter något stabilt och konsistent. Från påståendena tycks det också tydligt att det mäter just emotionell utmattning, avpersonalisering och känsla av prestationsförmåga. En annan fråga är emellertid om och hur de tre komponenterna hänger samman. Det finns forskare som har ifrågasatt huruvida nedsatt prestationsförmåga hänger samman med de två andra komponenterna eller symtomen (Koeske & Kelly, 1995; Leiter, 1993).

Maslachs menar att de tre delaspekterna av utbrändhet följer på varandra i en process:

- Känslomässiga krav i arbetet leder till emotionell utmattning
- Utmattningen leder till man behandlar klienterna opersonligt
- Det avpersonaliserande beteendet leder slutligen till känslor av nedsatt personlig prestationsförmåga

Processmodellen innebär att emotionell utmattning leder till nedsatt personlig prestationsförmåga endast i de fall avpersonalisering utgör en mellanliggande faktor. Det som säges utlösa hela processen är känslomässiga påfrestningar. Vår

första uppgift i analysen av utbrändhet blev därför att närmare analysera relationerna mellan de tre utbrändhetskomenterna. Tre hypoteser formulerades.

1. Om Maslach's modell är korrekt bör avpersonalisering och emotionell utmattning vara starkt relaterade till varandra. En ökning av emotionell utmattning bör resultera i en ökning också av avpersonalisering.
2. Samma relation borde finnas mellan avpersonalisering och personlig prestationsförmåga. Ökning av avpersonalisering borde resultera i en minskning av upplevd personlig prestationsförmåga.
3. Om avpersonalisering är en mellanliggande variabel bör det inte finnas något samband mellan emotionell utmattning och personlig prestation när man kontrollerar för avpersonalisering.

De tre hypoteserna undersöktes med hjälp av regressionsanalys. För att underlätta tolkningen av regressionsanalysen transformerades de summerade indexen också här till att sträcka sig mellan 0-100. Detta möjliggör tolkning av koefficienterna i termer av förändring i procent.

I enlighet med den första hypotesen ovan analyserades en regressionsmodell med avpersonalisering som beroende variabel och emotionell utmattning som oberoende variabel. Resultaten återfinns i tabell 19.

**Tabell 19. Regressionsmodell för avpersonalisering med emotionell utmattning som oberoende variabel.**

<i>Oberoende variabel</i>	Regressions koefficient	
	<b>b</b>	<b>p</b>
<i>Emotionell utmattning</i>	0.44	0.000
Intercept = 6.2, $R^2=0.23$	F/df	1603/5299
		p=0.0000

Det fanns således som vi antog i hypotesen ett starkt samband mellan emotionell utmattning och avpersonalisering. Avpersonalisering ökar med 0.44 % för varje procents ökning av emotionell utmattning, och 23 % av variationen i avpersonalisering förklarades av emotionell utmattning. Nästa steg var att analysera effekterna av avpersonalisering på personlig prestationsförmåga. Också där bör det finnas ett samband, men förstås negativt, så att ökande avpersonalisering ger minskad känsla av god personlig prestation. Resultaten för hela materialet i tabell 20.

**Tabell 20. Regressionsmodell för personlig prestationsförmåga med avpersonalisering som oberoende variabel.**

<i>Oberoende variabel</i>	Regressions koefficient	
	<b>b</b>	<b>p</b>
<i>Emotionell utmattning</i>	-0.21	0.000
Intercept = 75.8, $R^2=0.04$	F/df	235/5023
		p=0.0000

Hypotesen kunde bekräftas. En procentenhets ökning av avpersonalisering minskade känslan av personlig prestation med 0.21 %. Associationen var endast hälften så stark som den mellan emotionell utmattning och avpersonalisering. Modellens



precision var också betydligt sämre, med 4 % variansförklaring, vilket är ganska litet. Det innebär att hela 96 % av variationen i personlig prestation förklarades av andra faktorer än avpersonalisering. Maslach's processmodell börjar förefalla en aning tvivelaktig.

Nästa analys av gjordes på relationen mellan emotionell utmattning och personlig prestation. Här visade resultaten på ett negativt samband enligt hypoteserna. Sambandet var dock svagare än det mellan prestation och avpersonalisering, då en procents ökning av emotionell utmattning minskade känslan av personlig prestation med 0.1 procent. Sambandet var statistiskt signifikant, men modellen förklarade bara en enda procent av variationen i känsla av personlig prestationsförmåga. I nästa regressionsmodell togs också avpersonalisering med som oberoende variabel, för att pröva den tredje hypotesen (tabell 21).

**Tabell 21. Regressionsmodell för personlig prestationsförmåga med emotionell utmattning och avpersonalisering som oberoende variabler.**

Regressions koefficienter				
<i>Oberoende variabler</i>	<b>b</b>	<b>p</b>		
<i>Emotionell utmattning</i>	-0.01	0.4543		
<i>Avpersonalisering</i>	-0.20	0.0000		
Intercept 76.0	$R^2=0.04$	F/df 114/4952	0.0000	

Som framgår av tabellen försvann sambandet mellan emotionell utmattning och prestation när avpersonalisering togs med i regressionsmodellen, i enlighet med hypotesen. Men också här förklarades endast en mycket liten del av variationen i prestation av de två oberoende variablerna.

Det finns en relation mellan emotionell utmattning och avpersonalisering, men resultaten visar också att utmattning långt ifrån ensamt förklarar variation i avpersonalisering. Resultaten för personlig prestation är mer tveksamma. Man kan diskutera huruvida det är meningsfullt eller ej att tala om ett utbrändhetssyndrom i Maslach's mening.

Vi anser att känsla av personlig prestation inte bör ingå i utbrändhet. Detta innebär inte att personlig prestation är ointressant eller irrelevant, bara att den sannolikt är relaterad till en mängd andra faktorer än emotionell utmattning och avpersonalisering. Också andra forskare har diskuterat på ett liknande sätt (Cherniss, 1980; Koeske & Kelly, 1995; Leiter, 1993). Därför koncentrerar vi oss här på emotionell utmattning och avpersonalisering.

### **7.3 Emotionell utmattning och avpersonalisering i FK och IFO**

I detta avsnitt kommer vi att belysa två frågor. Upplever personalen i FK och IFO att de är emotionellt utmattade och avpersonaliserade ? Är det några skillnader mellan personal inom olika arbetsområden ? Analyserna kommer att göras på liknande sätt som för de olika hälsofaktorerna. Vi börjar med hur "utbrändhetsläget" ser ut i IFO och FK ? Det redovisas i tabell 22. De olika arbetsuppgifterna överlappar ofta. Siffrorna i tabellen gäller för alla som t ex arbetar med barnbidrag eller invandrare, oberoende av deras andra arbetsuppgifter.

**Tabell 22. Medelvärden och skillnader i medelvärden för emotionell utmattning och avpersonalisering totalt och inom olika arbetsuppgifter i FK och IFO.**

	Emotionell utmattning (0-100)			Avpersonalisering (0-100)		
	Medel	Skilln	p	Medel	Skilln	p
FK						
<i>Barnbidrag, etc</i>	29	-2.1	**	18	-0.3	
<i>Föräldraförsäkring</i>	30	-1.2	(*)	19	1.7	**
<i>Sjukpenning</i>	32	1.7	**	20	2.4	***
<i>Alderspension</i>	31	-0.6		18	-0.5	
<i>Förtidspension</i>	34	4.8	***	18	0.1	
<i>Rehabilitering</i>	34	5.4	***	18	-0.5	
IFO						
<i>Socialbidrag</i>	40	6.0	***	30	7.8	***
<i>Barn</i>	37	1.1		22	-2.8	***
<i>Ungdom</i>	36	0.8		22	-2.4	**
<i>Vuxna</i>	37	1.2		23	-1.2	
<i>Familjerätt</i>	36	0.3		23	-1.6	
<i>Invandrare</i>	36	-0.1		24	-0.4	
<i>Flyktingar</i>	34	-2.1	(*)	23	-1.6	
<i>Arbetslösa</i>	39	3.3	**	26	1.9	(*)
<i>Missbrukare</i>	34	-1.8	**	23	-1.5	(*)

(\*) 0.10 $\geq$ p>0.05 \* 0.05 $\geq$ p>0.01 \*\*0.01 $\geq$ p>0.001 \*\*\*0.001 $\geq$ p

Allmänt ligger inte medelvärdena särskilt högt, med tanke på att skalorna sträcker sig från 0 till 100. Dock varierar de en del mellan olika arbetsuppgifter. I tabellen redovisas hur en viss arbetsuppgift skilde sig från det totala medelvärdet, och om skillnaden var statistiskt signifikant (beräknat med t-test).

Generellt låg värdena något högre inom IFO, men det skilde sig mer inom organisationerna. I FK hade arbete med förtidspension och rehabilitering betydligt högre medelvärden beträffande emotionell utmattning. Även de som arbetade med sjukpenning var i genomsnitt mer utmattade, om än inte i riktigt samma utsträckning. De var också, i likhet med personal inom föräldraförsäkring, något mer avpersonaliserade. De som arbetade med barnbidrag hade ett något lägre medelvärde på utmattning än andra. Inom IFO var det socialbidragshandläggarna som skilde ut sig genom att rapportera betydligt högre utmattning och avpersonalisering jämfört med dem i andra arbetsuppgifter. Även de som arbetade med arbetslösa rapporterade högre nivåer av utmattning. De rapporterade också något högre grad av avpersonalisering, men inte så mycket som socialbidragshandläggarna.

Resultaten säger dock inget om orsaker till emotionell utmattning och avpersonalisering även om skillnaderna visar att arbetets innehåll har betydelse. Det verkar t ex som om arbetsuppgifter som innebär utbetalning av pengar är relaterade till högre grad av avpersonalisering. För att närmare utreda orsakerna till emotionell utmattning och avpersonalisering måste vi dock, precis som vi gjorde för de olika symptomgrupperna använda regressionsanalys. Vi skall också här kontrollera t.ex för grad av krav och kontroll i arbetet för att renodla olika arbetsuppgifters inflytande.

#### **7.4 Orsaker till emotionell utmattning och avpersonalisering**

I litteraturen om utbrändhet nämns en mängd olika faktorer som sägs vara relaterade till utbrändhet, i första hand emotionell utmattning. Eftersom avpersonalisering anses vara en följd av utmattning brukar man relatera samma faktorer till denna aspekt av utbrändhet. De känslomässiga kraven i arbete med människor utpekade som en av de enskilt viktigaste faktorerna. Arbetsbelastning generellt nämns också som en källa till utmattning, även om det ibland är oklart huruvida man avser rent kvantitativ sådan eller inte (Leiter, 1993). Lågt inflytande över arbetet, dvs låg kontroll, har också visat sig vara relaterat till emotionell utmattning (Arches, 1991; LeCroy & Rank, 1986). Vidare diskuteras rollkonflikter och rolloklarhet som en viktig faktor (Hagen, 1989; Himle, Jayaratne, & Thyness, 1986). Det finns således skäl för att ta med de olika aspekterna av krav och kontroll som möjliga förklaringsvariabler för emotionell utmattning. Dessutom har en mängd andra faktorer såsom känslor av isolering i arbetet, grad av klientkontakt, bristande ledarskap, brist på stöd från arbetsledare och arbetskamrater, samt det psykosociala klimatet i organisationen diskuterats som viktiga faktorer bakom upplevelser av emotionell utmattning (Burisch, 1993; Garden, 1989; Maslach, 1978a; Pines, 1993; Winnubst, 1993).

Också individfaktorer som kön, civilstånd, familjesituation, t ex hemmavarande barn, utbildning och personlighet (t ex i form av självförtroende) har ansetts påverka upplevelse av emotionell utmattning (Garden, 1989; Leiter, 1990; Maslach & Jackson, 1985; Söderfeldt, et al., 1995). Samtliga dessa faktorer togs med i analysen. Dessutom tog vi också med tre

arbetsuppgifter som hade högst nivå av emotionell utmattning, samt om man arbetade som chef eller med ej klientrelaterat arbete, jämfört med dem som arbetade i direktkontakt med klienter.

Ytterligare något att fundera över är de inbördes relationerna mellan emotionell utmattning och avpersonalisering. Det samband också vi har kunnat konstatera säger inget om vad som är orsak och verkan. Den tidiga forskningen om utbrändhet handlade främst om avpersonalisering. Det fanns ingen diskussion om emotionell utmattning och dess orsaker. Tvärtom menade Maslach att utbrändhet (i detta sammanhang menade hon avpersonalisering) "..ofta leder till en försämring av det fysiska välbefinnandet. Den professionelle blir utmattad." (Maslach, 1976) p 19.

Andra som deltog i den tidiga forskningen om utbrändhet hade en liknande ståndpunkt. Daley menade att denna avpersonalisering visade sig så att människoarbetare blev emotionellt distanserade från sina klienter och behandlade dem på ett icke humant sätt, vilket ledde till utmattning (Daley, 1979). Kahn (1978) definierade utbrändhet som "..olämpliga attityder gentemot klienter och sig själv.." p 61. Vi anser att man inte kan utesluta någondera av dessa förslag. Det är troligt att emotionell utmattning leder till att man distanserar sig från sina klienter. Men man kan hålla det för lika troligt att distansering leder till att man blir emotionellt utmattad. I regressionsmodellen för emotionell utmattning tar vi därför med avpersonalisering som oberoende variabel och vice versa i modellen för avpersonalisering. Det sannolikaste, tror vi, är att det handlar om en ömsesidig växelverkan mellan de två

fenomenen. Frågan kan inte avgöras i en tvärsnittsstudie. Resultaten framgår av tabell 23.

Båda modellerna var starkt signifikanta. Modellen för emotionell utmattning uppvisade en högre precision, med hela 57 % förklaring av variationen, jämfört med modellen för avpersonalisering som förklarade 35 %.

Ett antal olika faktorer visade sig vara viktiga för de två aspekterna av utbrändhet. Beträffande krav-kontrollmodellens variabler visade såväl de *känslomässiga kraven* i sig som *känslomässig strain* starka samband med emotionell utmattning, ett resultat som påminner om dem för de psykovegetativa symtomen. På samma sätt fanns en något svagare självständig relation till *rollkonflikter*.

Ett annat mönster visade sig för avpersonalisering. De enskilt starkaste relationerna var med *rollkonflikter* och *utfallskontroll* relaterat till *klienter*. Ökning av utfallskontrollen minskade avpersonalisering medan ökning av rollkonflikter ökade graden av avpersonalisering. Också *handlingsfrihet* samt *utfallskontroll* relaterat till *rutiner* i arbetet var relaterade till avpersonalisering om än i något mindre utsträckning.

Även övriga arbetsrelaterade faktorer visade sig vara av betydelse för emotionell utmattning respektive avpersonalisering. Bra psykosocialt *klimat* och socialt *stöd* från chefen var negativt relaterade till utmattning, medan *känsla av isolering* ökade utmattningen. Att vara *chef* hade också ett oberoende samband till utmattning, chefer var mindre utmattade än andra

**Tabell 23. Regressionsmodeller för emotionell utmattning och avpersonalisering.**

	Emotionell utmattning		Avpersona- lisering	
	b	p	b	p
<b>Krav, kontroll och stöd</b>				
<i>Känslomässiga krav</i> (0-100)	0.3	***	0.0	
<i>Kvantitativa krav</i> (0-100)	0.1	(*)	0.0	
<i>Roll konflikt</i> (0-100)	0.1	***	0.2	***
<i>Roll oklarhet</i> (0-100)	0.0		0.0	
<i>Handlingsfrihet</i> (0-100)	0.0		-0.1	*
<i>Beslutsutrymme</i> (0-100)	0.0		0.0	
<i>Utfallskontroll - klient</i> (0-100)	0.0		-0.2	***
<i>Utfallskontroll - rutin</i> (0-100)	0.0		0.1	***
<i>Känslomässig strain</i> (0-100)	0.4	**	0.0	
<i>Kvantitativ strain</i> (0-100)	0.1		-0.2	
<b>Arbetsrelaterade faktorer</b>				
<i>Mycket klientkontakt</i>	0.1		-0.2	
<i>Lite klientkontakt</i>	0.8		-2.4	***
<i>Känslor av isolering i arbetet</i>	2.4	***	0.1	
<i>Arbetsledarstil</i> (0-100)	0.0		0.0	
<i>Psykosocialt klimat</i> (0-100)	-0.1	***	0.0	
<i>Socialt stöd - chef</i> (0-100)	-0.1	***	0.0	
<i>Socialt stöd - kollegor</i> (0-100)	0.0		0.0	
<i>Chef</i>	-4.2	***	-0.1	
<i>Ej klientarbete</i>	-1.9	(*)	-0.8	
<i>Socialbidragsarbete</i>	1.2	(*)	7.1	***
<i>Rehabilitering</i>	0.1		-1.9	***
<i>Förtidspension</i>	0.1		0.1	
<b>Individegenskaper</b>				
<i>Kön - kvinna</i>	-0.9	(*)	-2.8	***
<i>Ålder &lt; 35</i>	1.0	(*)	2.7	***
<i>Ålder &gt; 50</i>	-0.4		-1.0	(*)
<i>Civilstånd - gift</i>	-1.8	***	0.4	
<i>Småbarn</i>	0.0		-0.1	
<i>Arbetserfarenhet</i>	0.0		0.0	
<i>Låg utbildning</i>	0.6		-1.7	**
<i>Hög utbildning</i>	0.5		1.2	(*)
<i>Självförtroende</i> (0-100)	-0.1	***	-0.1	***
<i>Avpersonalisering</i>	0.3	***		
<i>Emotionell utmattning</i>			0.4	***
Adj. R <sup>2</sup>	0.57		0.35	
F/df	157/4126	***	64/4126	***
(*) 0.10≥p>0.05 * 0.05≥p>0.01 **0.01≥p>0.001 ***0.001≥p				



Vad gäller avpersonalisering utmärkte sig fortfarande socialbidragshandläggare. Med alla variabler i modellen under kontroll fanns fortfarande ett starkt samband kvar så att *socialbidragsarbete* i sig innebar omkring 7 procent högre avpersonalisering. *Rehabiliteringsarbete* däremot var relaterat till *mindre* avpersonalisering. Detsamma gällde beträffande liten grad av *klientkontakt*. Det verkar således inte som om frånvaro av klientkontakt skulle leda till att man har lättare för att distansera sig från de människor man arbetar med, snarare tvärtom.

Slutligen kommer vi till av de individrelaterade faktorerna, som också uppvisade olika mönster för emotionell utmattning och avpersonalisering. Att vara *gift* eller *sambo*, liksom *självförtroende* hade ett självständigt negativt samband med utmattning. Vad gäller avpersonalisering visade fler individfaktorer ett samband. *Unga* personer var mer avpersonaliserade medan *äldre* var något mindre. Resultatet pekar på att man kanske lär sig hantera knepiga relationer med åren. Ett liknande mönster fanns för *utbildning*, där de lågutbildade var mindre avpersonaliserade och de högutbildade något mer. Vidare visade *självförtroende* även här ett samband så att ökning av självförtroende var relaterat till minskning av avpersonalisering.

Slutligen kan vi se att det kvarstod starka självständiga samband mellan emotionell utmattning och avpersonalisering. I modellen för emotionell utmattning ökade 1 % avpersonalisering emotionell utmattning med 0.3 %. I modellen för avpersonalisering gav 1 % ökning av emotionell utmattning ökad avpersonalisering med 0.4 %.

Förutom de faktorer som undersöktes i modellerna ovan gjorde vi ytterligare en analys där erfarenhet av hot eller våld inkluderades som oberoende variabel. Det visade sig vara av betydelse för avpersonalisering men ej för emotionell utmattning. De som någon gång varit utsatt för hot eller våld var 2.3 % mer avpersonaliserade. Resultaten kan sammanfattas på samma sätt som gjordes för de olika symtomgrupperna i tabell 24.

**Tabell 24. Översikt över emotionell utmattning och avpersonalisering.**

	Emotionell utmattning	Avpersonalisering
<b>Krav, kontroll och strain</b>		
<i>Känslomässiga krav</i>	+++	
<i>Känslomässig strain</i>	++++	
<i>Roll konflikt</i>	+	++
<i>Utfallskontroll - klient</i>		--
<i>Utfallskontroll - rutin</i>		+
<i>Handlingsfrihet</i>		-
<b>Arbetsrelaterade faktorer</b>		
<i>Psykosocialt klimat</i>	-	
<i>Socialt stöd - chef</i>	-	
<i>Chef</i>	-	
<i>Känslor av isolering i arbetet</i>	+	
<i>Erfarenhet av hot/våld</i>		+
<i>Lite klientkontakt</i>		-
<i>Socialbidragsarbete</i>	-	++
<i>Rehabiliteringsarbete</i>		-
<b>Individrelaterade faktorer</b>		
<i>Civilstånd - gift</i>	-	
<i>Självförtroende</i>	-	-
<i>Kön - kvinna</i>		-
<i>Ålder &lt;35 år</i>	-	+
<i>Låg utbildning</i>		-
<i>Avpersonalisering</i>	+++	
<i>Emotionell utmattning</i>		++++

Ett huvudresultat är att olika faktorer ligger bakom emotionell utmattning respektive avpersonalisering. De skiljer sig så pass att man kan ifrågasätta om de egentligen bör kopplas samman så som Maslach gör. I den mesta utbrändhetsforskningen menar man i praktiken emotionell utmattning när man säger utbrändhet. Vi ser ingen större poäng, egentligen, i att kalla trötthet och utmattning för utbrändhet. Det bidrar knappast till förklaring eller förtydligande, utan döljer snarare genom sin oklarhet vad det handlar om - de känslomässiga påfrestningarna är stora i arbete med människor och de leder till trötthet, liksom till hälsoproblem.

## 8. SLUTORD

För att kort sammanfatta våra resultat återvänder vi till de tre hypoteserna från sidan 34. Den första hypotesen löd;

- *höga känslomässiga krav i kombination med låg handlingsfrihet och litet beslutsutrymme är särskilt problematiskt för arbete med människor.*

Vi har kunnat visa att så är fallet. Känslomässig strain hade ett självständigt samband med psykovegetativa och gastro-intestinala symtom, liksom med emotionell utmattning. Men de känslomässiga kraven i sig, oavsett graden av kontroll, var också viktiga. Vi fann däremot inga självständiga samband mellan kvantitativa krav och hälsa, emotionell utmattning eller avpersonalisering. Dessa resultat menar vi modifierar antagandena i krav-kontrollmodellen. Om man skall använda modellen för analys av människovårdande arbete bör man således lägga tonvikten på de känslomässiga kraven. Man kan heller inte utgå från att det är just kombinationen med låg kontroll som alltid är mest problematisk.

Vår andra hypotes löd;

- *bristande utfallskontroll, liksom rolloklarhet och rollkonflikt, har självständiga effekter*

Här fick vi fram något motstridiga resultat. Bristande klientkontroll var självständigt relaterad endast till avpersonalisering. Ser man inte resultat av sitt arbete med klienter eller försäkrade distanserar man sig mer. Rutinkontroll var också relaterad till avpersonalisering och till de gastro-intestinala symtomen. Någon generell effekt för utfallskontroll på våra beroende variabler kunde vi dock inte finna. Detsamma

gällde rolloklarhet som inte var självständigt relaterat till någon av våra undersökta variabler. Rolloklarhet var däremot självständigt relaterat till såväl psykovegetativa och immunologiska symtom som till emotionell utmattning och avpersonalisering.

Den tredje hypotesen löd;

• *olika tolkningar av krav och kontroll kan ha olika betydelse för effekter av människovårdande arbete*

Resultaten visar med all önskvärdhet att så är fallet. De olika tolkningarna av krav och kontroll var mer eller mindre betydelsefulla för de fyra symtomgrupperna. För de två komponenterna av 'utbrändhet', emotionell utmattning och avpersonalisering var detta mönster än tydligare. Den enda tolkningen som hade en betydelse för båda var rolloklarhet. Resultaten visar vikten av att inte inskränka sig till någon enstaka tolkning av krav eller kontroll, utan att försöka analysera alla möjliga tolkningar av krav och kontroll för den typ av arbete man skall undersöka.

Övriga resultat som vi anser viktiga är betydelsen av de övriga arbetsrelaterade faktorerna, framförallt arbetsledarstil, psykosocialt klimat och oro för förändringar. Tillsammans med krav och kontroll visar de att de problem med hälsa, emotionell utmattning och avpersonalisering som vi funnit framförallt rör arbetet och inte de enskilda individerna.

Så här långt har vi hittills kommit i våra analyser. Som var och en kan förstå ligger ett stort arbete bakom denna sammanfattande rapport. Vi planerar dessutom ett nytt projekt, där siffrorna i denna rapport skall följas upp. (Det nya

projektet gäller dock enbart FK, inte IFO). Vi kommer alltså att kunna se förändringar som har skett. Det har ju vid detta laget (1996) gått tre år sedan undersökningen genomfördes. Nu tror vi knappast att läget har blivit bättre - allmänt har vi ju i Sverige de senaste tre åren fått uppleva allt högre press och krav i de flesta sektorer i samhället. Även FK har fått sin beskärda del av det, tror vi.

I arbetet med projektet har vi haft ett utomordentligt förtroendefullt samarbete med parterna, dvs Försäkringskassaförbundet och Försäkringsanställdas förbund. Det har drivits genom parternas arbetsmiljökommitté, och dess sekreterare Harry Herrgård, som på alla sätt stött oss och underlättat arbetet - som vi upplever det finns där ett mycket seriöst intresse att förbättra den psykosociala arbetsmiljön. Vi har också mött stort intresse från många enskilda försäkringskassor och ägnat oss mycket åt informationsverksamhet. Bland annat har en kort stencilerad rapport sänts ut till alla lokala enheter som medverkat i undersökningen. En sammanställning av vårt informationsarbete återfinns i tabellbilagan, tabell B3, liksom en förteckning över medlemmar i den referensgrupp vi har samarbetat med.

Vi anser att som helhet har vårt projekt hittills kunnat klart visa många tydliga resultat. En av de mest använda förklaringsmodellerna till hälsoproblem som följd av arbete, krav-kontrollmodellen, har kunnat både bekräftas och modifieras. Vi har visat att man inom både IFO och FK bedriver människovårdande arbete, och att man tyvärr fått betala priset för sådant arbete i form av klara hälsoproblem, inklusive känslomässig utmattning. Däremot tycker vi inte att

det föreligger några större problem med en kall och kylig inställning till de personer man arbetar med, utom möjligen inom handläggning av socialbidrag, som inte tycks vara särskilt positivt vare sig för klienterna eller för personalen. Vi vågar vidare påstå att de redovisade data håller måttet och är av god och tillförlitlig kvalitet. Analyserna har också gjorts med användning av adekvat och sofistikerad teknik, som tillåter slutsatser om organisationseffekter på hälsa och utbrändhet.

Arbetet med projektet har varit i alldeles ovanligt hög grad givande och stimulerande för oss. Det är forskning som bäst och intressantast när den kan ifrågasätta etablerade uppfattningar och komma med nya tankar. När en viss bild har etablerats i det allmänna medvetandet är det många gånger mycket svårt att ändra den. Det blir en av alla erkända "sanning". I vårt fall tror vi att två sådana "sanningar" har kunnat visas vara felaktiga, nämligen dels föreställningen att hälsofarligt arbete, det är det traditionella, smutsiga industriarbetet, dels föreställningen att Försäkringskassan är en byråkratisk, stel och gammaldags organisation som sysslar med ren administration. Så är inte fallet. Där bedrivs människovårdande arbete, som tyvärr också medför hälsoproblem.

Nu står vi inför fortsättningen på detta projekt. Vi vill där bland annat inventera och värdera de aktiviteter som bedrivs ute i Försäkringskassan för att hantera svårigheter av det slag som vi kunnat visa på. Vi hoppas att läsarna av denna rapport hör av sig till oss med synpunkter och kritik. Vi ställer gärna upp och informerar - vi har lärt oss minst lika mycket som vi hoppas att våra åhörare gjort. Vi har lärt oss mycket om hur det är att

arbete i Försäkringskassans värld, och vi har fått djup respekt för det seriösa och allvarligt syftande arbete som bedrivs där.



**FÖRFATTARNA**

Björn Söderfeldt är docent i samhällsmedicin och fil lic i statsvetenskap. F n är han universitetslektor i samhällsvetenskap vid Tandvårdshögskolan vid Lunds Universitet, Carl Gustafs väg 34, 214 21 Malmö, tel 040-322218.

Marie Söderfeldt är fil lic i socialt arbete. Hon har f n doktorandtjänst vid Socialhögskolan i Lund, Box 23, 221 00 Lund, tel 046-2223160. Hon kommer att disputerar på en avhandling om utbrändhet byggd på det här redovisade materialet den 18/4 1997.

## REFERENSER

Alfredsson, L., Karasek, R., & Theorell, T. (1982). Myocardial infarction risk and psychosocial work environment characteristics: an analysis of the male Swedish work force. Social Science and Medicine, 16, 463-467.

Andersson, K. (1986). Utveckling och prövning av ett frågeformulär rörande arbetsmiljö och hälsotillstånd. Stiftelsen för yrkesmedicinsk och miljömedicinsk forskning och utveckling i Örebro.

Arches, J. (1991). Social structure, burnout, and job satisfaction. Social Work, 36, 202-206.

Arnetz, B. B. (1991). White collar stress: What studies of physicians can teach us. Psychother Psychosom, 55, 197-200.

Bazerman, M. H. (1982). Impact of personal control on performance: Is added control always beneficial? Journal of Applied Psychology, 67, 472-479.

Bryk, A., & Raudenbush, S. (1992). Hierarchical linear models. Applications and data analysis methods. Newbury Park:CA: SAGE.

Burisch, M. (1993). In search of a theory: Some ruminations on the nature and etiology of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 75-93). London: Taylor & Francis.

Caplan, R. (1984). Person-Environment Fit in organizations: Theories, facts, and values. In A. W. Riley & J. Zaccaro (Eds.), Occupational stress and organizational effectiveness (pp. 103-140). New York: Praeger.

Carayon, P. (1993). A longitudinal test of Karasek's job strain model among office workers. Work & Stress, 7, 299-314.

Cherniss, C. (1980). Staff Burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.

Cooley, W., Bond, L., & Mao, B.-J. (1981). Analyzing multilevel data. In R. Berk (Ed.), Educational evaluation methodology (pp. 64-83). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Daley, M. R. (1979). Burnout: Smoldering problem in protective services. Social Work, 24, 375-379.

Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1993). Do places matter? A multilevel analysis of regional variations in health-related behaviours in Britain. Social Science and Medicine, 37, 725-733.

Farber, B. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. Farber (Ed.), Stress and burnout in the human service professions (pp. 1-22). New York: Pergamon Press.

Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M. Appley & E. Trumbull (Eds.), Dynamics of stress (pp. 101-116). New York, NY: Plenum Press.

Freudenberger, H., & North, G. (1985). Womens burnout. Garden City, NY: Doubleday & Company, Inc.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, research and practice, 12, 73-82.

Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). Burnout: The high cost of high achievement. Garden City, N Y: Anchor Press.

Friedman, A. (1977). Industry and labour. Class struggle at work and monopoly capitalism. London: Macmillan.

Ganster, D. (1989). Worker control and well-being: a review of research in the workplace. In S. L. Sauter, J. J. j. Hurrell, & C. C. L (Eds.), Job control and worker health (pp. 3-23). New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.

Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. In L. Levi (Ed.), Society, stress, and disease (pp. 148-180). Oxford: Oxford University Press.

Garden, A.-M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. Journal of Occupational Psychology, 62, 223-234.

Goldstein, H. (1986). Multilevel mixed linear model analysis using iterative generalized least squares. Biometrika, 73, 43-56.

Goldstein, H. (1995). Multilevel statistical models. London: Edward Arnold.

Hagen, J. L. (1989). Income maintenance workers: Burned-out, dissatisfied, and leaving. Journal of Social Services Research, 13, 47-63.

Hall, E. (1990). Women's work: an inquiry into the health effects of invisible and visible labor. doctoral, Karolinska Institute.

Hasenfeld, Y. (1983). Human Service Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Hasenfeld, Y. (1992a). The nature of human service organizations. In Y. Hasenfeld (Ed.), Human services as complex organizations (pp. 3-23). Newbury Park: Sage.

Hasenfeld, Y. (1992b). Power in social work practice. In Y. Hasenfeld (Ed.), Human services as complex organizations (pp. 259-275). Newbury Park: Sage.

Hasenfeld, Y., & English, R. (Eds.). (1974). Human Service Organizations. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Himle, D. P., Jayaratne, S., & Thyness, P. A. (1986). Predictors of job satisfaction, burnout and turnover among social workers in Norway and the USA: a cross-cultural study. International Social Work, 29, 323-334.

House, J. S. (1981). Work, stress, and social support. Reading, MA: Addison Wesley.

Härenstam, A. (1989). Prison personnel - working conditions, stress, and health. dissertation, Karolinska Institute.

Johansson, G. (1991). Stress i arbetslivet. In L. Lennerlöf (Ed.), Människan i arbetslivet (pp. 122-139). Stockholm: Allmänna Förlaget.

Johnson, J. V. (1986). The impact of workplace social support, job demands, and work control upon cardiovascular disease in Sweden. dissertation, University of Stockholm.

Johnson, M., & Stone, G. L. (1986). Social workers and burnout: A psychological description. Journal of Social Service Research, 10, 67-80.

Kahn, R. (1978). Job burnout: Prevention and remedies. Public Welfare, 3, 61-63.

Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1964). Organizational Stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York, NY: Wiley & Sons, Inc.

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

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for the job redesign. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.

Karasek, R. A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease; A prospective study of Swedish men. AJPH, 71, 694-704.

Kim, J.-O., & Mueller, C. W. (1978). Introduction to factor analysis - What it is and how to do it. Beverly Hills, Ca.: SAGE University Papers.

Kleiber, D., & Enzmann, D. (1990). Burnout Eine Internationale Bibliographie. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Koeske, G., & Kelly, T. (1995). The impact of overinvolvement on burnout and job satisfaction. American Journal of Orthopsychiatry, 65, 282-292.

Kohn, M., & Schooler, C. (1983). Work and personality: an inquiry into the impact of social stratification. Norwood, N.J.: Ablex.

Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. Journal of Organizational Behavior, 9, 217-239.

LeCroy, C. W., & Rank, M. R. (1986). Factors associated with burnout in the social services: An exploratory study. Journal of Social Service Research, 10, 23-39.

Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 237-250). London: Taylor & Francis.

Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. Human Relations, 43(11), 1067-1083.

Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues. Anxiety, Stress and Coping, 5, 79-93.

Levi, L. (1972). Introduction: Psychosocial stimuli, psycho-physiological reactions, and disease. Acta Medico Scandinavica, 191, Suppl 528.

Lipsky, M. (1980). Street-level bureaucracy - dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage.

Luescher, U. (1993). Animal behavior case of the month. Journal of the American Veterinary Medical Association, 203, 1538-1539.

Marklund, S. (1982). Klass, stat och socialpolitik. En jämförande studie av socialförsäkringarnas utveckling i några västliga kapitalistiska länder 1930-75

(Class, state and social policies. A comparative study of the development of social insurances in some Western capitalist nations 1930-75). Lund: Arkiv.

Maslach, C. (1976). Burned-out. Human Behavior, 5, 16-22.

Maslach, C. (1978a). The client role in staff burnout. Journal of Social Issues, 34, 111-124.

Maslach, C. (1978b). Job burnout: How people cope. Public Welfare, 36, 56-58.

Maslach, C. (1982). Burnout - the cost of caring. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 19-32). London: Taylor & Francis.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), Social psychology of health and illness Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. Applied Social Psychology Annual, 5, 133-153.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles, 12, 837-851.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory (research manual, second edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Schaufeli, W. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 1-18). London: Taylor & Francis.

Miller, D. (1985). Social justice. Oxford: Oxford University Press.

Monk, R. (1992). Ludwig Wittgenstein - geniets plikt. Göteborg: Daidalos.

Muntaner, C., Eaton, W., & Garrison, R. (1993). Dimensions of the psychosocial work environment in a sample of the US metropolitan population. Work & Stress, 7(351-363).

- Muntaner, C., & O'Campo, P. (1993). A critical appraisal of the demand/control model of psychosocial work environment: Epistemological, social, behavioral, and class considerations. Social Science and Medicine, 36, 1509-1517.
- Paine, W. S. (1982). Overview. Burnout stress syndromes in the 1980s. In W. S. Paine (Ed.), Job stress and burnout. Research, theory, and intervention perspectives (pp. 11-25). London: Sage.
- Payne, R. L., & Fletcher, B. (1983). Job demands, supports, and constraints as predictors of psychological strain among school teachers. Journal of Vocational Behavior, 22, 136-147.
- Perrow, C. (1978). Demystifying organizations. In C. Sarri & Y. Hasenfeld (Eds.), The management of human services (pp. 105-120). New York: Columbia University Press.
- Pieper, C., LaCroix, A. Z., & Karasek, R. A. (1989). The relation of psychosocial dimensions of work with coronary hearth disease risk factors. A meta-analysis of five United States data bases. American Journal of Epidemiology, 129, 482-494.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career Burnout - causes and cures. New York: The Free Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: an existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 33-51). London: Taylor & Francis.
- Pugh, D., Hickson, D., Hinings, C., & Turner, C. (1968). Dimensions of organization structure. Administrative Science Quarterly, 13, 65-105.
- Quinn, R., Seashore, S., Kahn, R., Magione, T., Campbell, D., Stines, G., & MacCullough, M. (1971). Survey of working conditions, final report on univariate and bivariate tables. Washington D C: US Dept of Labor, Employment Standards administration.
- Rizzo, I., House, R., & Lirtzman, S. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. Administrative Science Quarterly, 15, 150-163.
- Satyamurti, C. (1981). Occupational survival. Oxford: Basil Blackwell.
- Schaufeli, W., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 199-215). London: Taylor & Francis.

Schwartz, M., & Will, G. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. Psychiatry, 16, 337-353.

Selye, H. (1976). Stress in health and disease. Boston: Butterworths.

Spector, P. E. (1987). Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers. Work and Stress, 1, 155-162.

Stein, H. D. (1981). The concept of human service organization: A critique. In H. D. Stein (Ed.), Organization and the human services. Cross-disciplinary reflections (pp. 24-35). Philadelphia: Temple Press.

Sunesson, S. (1981). När man inte lyckas. Om hinder, vanmakt och förmåga i socialt arbete. Lund: AWE/Gebers.

Söderfeldt, B. (1988). Inequality in health - a comparative methodological analysis of a new way to measure social classes. dissertation, Karolinska Institute.

Söderfeldt, B., & Söderfeldt, M. (1996a). The structure of control and its effects on self-perceived health. manuskript.

Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Jones, K., O'Campo, P., Muntaner, C., Ohlson, C.-G., & Warg, L.-E. (1996a). Does organization matter? A multilevel analysis of demand, control, and health in human services. Social Science and Medicine, in press.

Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., & O'Campo, P. (1996b). Quantitative and emotional job demands and health in Human Service Organizations. manuskript

Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Campo, P., Warg, L.-E., & Ohlsson, C.-G. (1996c). Psychosocial work environment in human service organizations - a conceptual analysis of the applicability of the demand-control model. Social Science & Medicine, 42, 1217-1226.

Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Ohlson, C.-G., & Warg, L.-E. (1996d). Psychosomatic symptoms in human service work - a study on Swedish social workers and social insurance personnel. Scandinavian Journal of Social Medicine, 24, 43-49.

Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Theorell, T., Ohlson, C.-G., & Jones, I. (1996e). The explanatory value of the sense of coherence and job stress versus burnout, psychosomatic symptoms, and psychophysiological stress indicators. manuskript.



Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Theorell, T., Ohlson, C.-G., & Jones, I. (1996f). Stress indicators in relation to quantitative and emotional job strain. manuskript

Söderfeldt, M. (1996a). Burnout ? dissertation, Lund University, School of Social Work.

Söderfeldt, M. (1996b). Utbrändhet - ett syndrom, en rysk docka eller ? In K. Sjöberg (Ed.), Sociological Reports, Lund: Lund University.

Söderfeldt, M., & Söderfeldt, B. (1996b). Job stress and burnout. manuskript.

Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., & Warg, L.-E. (1995). Burnout in social work. Social Work, 40, 638-646.

Söderfeldt, M., Söderfeldt, B., Warg, L.-E., & Ohlson, C.-G. (1996g). The factor structure of the Maslach Burnout Inventory in two Swedish human service organizations. Scandinavian Journal of Psychology, 37, 437-443.

Theorell, T., & Floderus-Myrhen, B. (1977). Workload and risk of myocardial infarction. A prospective psycho-social analysis. International Journal of Epidemiology 6, 17-21.

Wahlstedt, K., & Edling, C. (1994). Psychosocial factors and psychosomatic complaints among postal workers. European Journal of Public Health, 4, 60-64.

Williams, L., Cote, J., & Buckley, M. (1989). Lack of method variance in self reported affect and perceptions at work: reality or artifact ? Journal of Applied Psychology, 74, 462-468.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.

Woodhouse, G. (Ed.). (1995). A guide to MLn for new users. London: Multilevel Models Project, Institute of Education, University of London.

## **TABELLBILAGA**



**Tabell B1. Flernivåmodeller för KÄNSLOMÄSSIGA påfrestningar.**  
**(n=4948, 275 enheter, 99 kommuner). Regressionskoefficienter**  
**och standardfel.**

Fixa effekter	Nollmodell (A)	Random intercepts modell (B)	Random intercepts modell (C)	Random intercepts modell (D)
Konstant	48.9 (0.2)	47.1 (1.5)	47.1 (2.1)	44.3 (10.6)
Arbetslöshet				-0.05 (0.1)
Förvärvsintensitet				0.03 (0.1)
Befolkningstäthet				-0.0002 (0.0008)
Skattekraft				0.008 (0.02)
Antal anställda			-0.02 (0.007)	-0.02 (0.007)
Centralisering			-0.02 (0.008)	-0.02 (0.008)
Formalisering			-0.008 (0.01)	-0.008 (0.01)
Arb.grp/anställd			0.8 (1.8)	0.6 (1.8)
Grupporienterat			0.1 (0.4)	0.1 (0.4)
Hög specialisering			-1.0 (0.6)	-1.1 (0.6)
Medelspecialisering			-1.1 (0.6)	-1.2 (0.6)
Yttre belastning			0.6 (0.4)	0.7 (0.4)
Chef:klimat			0.02 (0.02)	0.02 (0.02)
Organisationsoro			0.01 (0.01)	0.01 (0.01)
Arbetsledare		-0.9 (0.5)	-0.9 (0.5)	-0.9 (0.5)
Icke HSO		-2.1 (0.6)	-2.2 (0.6)	-2.2 (0.6)
Förändrande arbete		0.4 (0.3)	0.4 (0.3)	0.4 (0.3)
Upprätthållande arbete		1.5 (0.3)	1.6 (0.3)	1.6 (0.3)
Hög utbildning		1.6 (0.3)	1.4 (0.3)	1.3 (0.4)
Låg utbildning		-0.3 (0.3)	-0.3 (0.3)	-0.3 (0.3)
Stöd arbetsledare		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Stöd arbetskamrater		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Ledarstil		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Psykosocialt klimat		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Kön		0.7 (0.3)	0.7 (0.3)	0.7 (0.3)
Ålder		-0.02 (0.08)	-0.01 (0.08)	-0.02 (0.08)
Civilstånd		-0.05 (0.3)	-0.02 (0.3)	-0.01 (0.3)
Småbarn		-0.01 (0.3)	-0.01 (0.3)	-0.01 (0.3)
<b>Randomeffektvarianser</b>				
Nivå 1 $\sigma_e^2$	91.8 (1.9)	73.2 (1.5)	73.0 (1.5)	73.0 (1.5)
Nivå 2 $\sigma_\mu^2$	4.4 (1.1)	4.4 (0.9)	3.6 (0.8)	3.7 (0.8)
Nivå 3 $\sigma_\gamma^2$	0.7 (0.7)	0.8 (0.5)	0.5 (0.5)	0.4 (0.5)
-2LL	36571.9	35467.4	35440.6	35439.5
p improvement		0.0000	0.0030	0.8900

**Tabell B2. Flernivåmodeller för KVANTITATIVA påfrestningar.**  
**(n=4948, 275 enheter, 99 kommuner). Regressionskoefficienter**  
**och standardfel.**

Fixa effekter	Nollmodell (A)	Random intercepts modell (B)	Random intercepts modell (C)	Random intercepts modell (D)
Konstant	53.9 (0.3)	51.7 (1.7)	51.4 (2.5)	35.8 (13.4)
Arbetslöshet				-0.05 (0.1)
Förvärvsintensitet				0.17 (0.13)
Befolkningstäthet				-0.0007 (0.001)
Skattekraft				0.009 (0.02)
Antal anställda			-0.007 (0.009)	-0.006 (0.009)
Centralisering			-0.006(0.01)	-0.004 (0.01)
Formalisering			0.01 (0.02)	0.01 (0.02)
Arb.grp/anställd			0.3 (12.2)	0.007 (2.2)
Grupporienterat			0.4 (0.5)	0.4 (0.5)
Hög specialisering			-1.1 (0.8)	-1.3 (0.8)
Medelspecialisering			-0.6 (0.7)	-0.8 (0.7)
Yttre belastning			1.4 (0.5)	1.5 (0.5)
Chef:klimat			0.009 (0.02)	0.009 (0.02)
Organisationsoro			0.01 (0.01)	0.01 (0.01)
Arbetsledare		-0.3 (0.5)	-0.3 (0.5)	-0.3 (0.5)
Icke HSO		0.4 (0.7)	0.4 (0.7)	0.4 (0.7)
Förändrande arbete		-1.4 (0.3)	-1.4 (0.3)	-1.4 (0.3)
Upprätthållande arbete		3.1 (0.3)	3.2 (0.3)	3.2 (0.3)
Hög utbildning		0.9 (0.4)	0.8 (0.4)	0.8 (0.4)
Låg utbildning		-0.4 (0.4)	-0.4 (0.4)	-0.3 (0.4)
Stöd arbetsledare		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Stöd arbetskamrater		-0.06 (0.01)	-0.06 (0.01)	-0.06 (0.01)
Ledarstil		-0.04 (0.01)	-0.04 (0.01)	-0.04 (0.01)
Psykosocialt klimat		-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)	-0.1 (0.01)
Kön		0.5 (0.4)	0.5 (0.4)	0.5 (0.4)
Ålder		-0.06 (0.1)	-0.05 (0.1)	-0.06 (0.1)
Civilstånd		-0.12 (0.4)	-0.09 (0.4)	-0.07 (0.4)
Småbarn		0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)
<b>Randomeffektvarianser</b>				
Nivå 1 $\sigma_e^2$	113.4 (2.3)	97.8 (2.0)	97.7 (2.0)	97.7 (2.0)
Nivå 2 $\sigma_\mu^2$	10.5 (1.9)	7.6 (1.5)	6.5 (1.4)	6.4 (1.3)
Nivå 3 $\sigma_\gamma^2$	0.99 (1.2)	0.76 (0.91)	1.3 (1.0)	1.07 (0.9)
-2LL	37698.2	36942.4	36971.1	36922.6
p improvement		0.0000	0.1215	0.3426

**Tabell B3. Informationsaktiviteter Tid**

---

1. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen	0792
2. Referensgruppsmöte, Stockholm	0992
3. JHU School of Public Health, Baltimore	0493
4. JHU, Dept of Sociology, Baltimore	0493
5. Referensgruppsmöte, Vadstena	0593
6. Arbetsvetenskapligt centrum, Örebro Högskola	0593
7. Nordisk socialmedicinsk kongress, Kuopio	0693
8. Psykologiska inst, Stockholm	0693
9. Osservatorio epidemiologico, Rom	0394
10. Socialmedicinskt vårmöte, Malmö	0494
11. FKF arbetsmiljökommitté, Stockholm	0894
12. Multilevel workshop, Portsmouth	0994
13. Psykologiska inst, Stockholm	1094
14. Yrkesmedicinska klin, KS, Stockholm	1194
15. Socialmedicinska inst, Malmö	1294
16. FF, Regionkonferens, Norrköping	0195
17. Psykologiska inst., Stockholm	0195
18. Stockholms Läns Försäkringskassa	0195
19. SSR-dagarna, Stockholm	0295
20. Osservatorio epidemiologico, Rom	0395
21. Riksförsäkringsverket, Stockholm	1195
22. FF, Regionkonferens, Lund	1295
23. Bohusläns Allmänna Försäkringskassa	0295
24. FF, regionkonferens, Lessebo	0396
25. Psykologiska inst., Stockholm	0496
26. Samhällsvetenskapens dag, Lund	0496
27. Framåtskap konferens, FKF, Stockholm	0996
28. FF, regionkonferens, Åkers Runö	1096
29. SSR-dagarna, Stockholm	1096
30. Jämtlands läns försäkringskassa, Östersund	1196

Referensgruppen till projektet har bestått av:

Dr Damiano Abeni, Rom, Italien  
Prof Gunnar Aronsson, AMI, Stockholm  
Byrådir Eva Bergström, Stockholm  
Prof David Celentano, JHU, Baltimore  
Prof Barbara Curbow, JHU, Baltimore  
Dir Inga-May Engberg, FKF, Visby  
Utr sekr Elis Envall, SSR, Stockholm  
Prof Christer Hogstedt, AMI/KS, Stockholm  
Dr Annika Härenstam, KS, Stockholm  
Ombudsman Torbjörn Karlsson, FF, Stockholm  
Sekr Leif Klingensjö, SKF, Stockholm  
Prof Melvin Kohn, JHU, Baltimore  
Dr Carles Muntaner, NIMH, Bethesda  
Prof Rainer Müller, ZfS, Bremen  
Prof Edward Palmer, RFV, Stockholm  
Prof Sune Sunesson, Socialhögskolan, Lund  
Prof Töres Theorell, IPM/KS, Stockholm  
Bet vet Måns Waldenström, KS, Stockholm

Sammanlagt 8 nyhetsbrev har skickats ut till referensgruppens medlemmar, och vi har haft tre möten med gruppen i sin helhet och många kontakter med enskilda medlemmar i den. Som framgår av gruppens sammansättning är den mycket internationell.

I serien MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN har utkommit:

- 1981:1 FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI av Peter Westlund
- 1981:2 EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 VAD BÖR EN KURATOR KUNNA? av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser av Lars Pelin
- 1983:3 OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977 av Åke Elmér
- 1983:5 PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE av Alf Ronnby
- 1983:6 FACKFÖRBUNDENS SJUKKASBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910 av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977 av Åke Elmér
- 1984:2 FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI av Kjell Hansson
- 1984:4 FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS av Kjell Hansson
- 1985:1 IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE av Kjell Hansson
- 1986:1 ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper av Åke Elmér



- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne** av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR** av Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54** av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomsnyckeln** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder** av Anna Meeuwisse
- 1988:6 **UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND** av Bengt Svensson
- 1988:7 **HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET** red av Peter Andersson
- 1989:1 **FATTIGLIV** av Gerry Nilsson
- 1989:2 **MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö** av Leif R Jönsson
- 1989:3 **FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN** av Bo Vinnerljung
- 1989:4 **GUSTAV MÖLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN** av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 **DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete** red av Verner Denvall
- 1990:2 **SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje**
- 1990:3 **KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner** red av Immanuel Steen
- 1990:4 **HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik 1945-1965** av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTILLVARO - en processanalys av ett socialbyråprojekt**  
av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON - hur en forskningsprocess  
och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av  
handledning** av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP - en reseberättelse från England 1-8 april 1990** av  
Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder  
(red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDERDOMSHEMMET - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952**  
av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research  
Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj**  
av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ.  
Utvärderingsrapport** av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDEER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE  
ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN - en retrospektiv aktstudie**  
av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL**  
av Bo Vinnerljung
- 1993:2 **HÖRSELKADADE I ARBETSLIVET - Ett stress/kontroll perspektiv -**  
av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY LIFE  
SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL POLICY  
AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE ERA OF THE  
SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING** av  
Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM  
AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson
- 1994:3 **LVM-VÅRD AV NARKOMANER. Rapport från Avgiftningsenheten i  
Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultat** av  
Kerstin Nilsson och Dolf Tops

- 1995:1 SAMARBETE - NYCKELN TILL FRAMGÅNG. En undersökning av team-  
arbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna  
av Anna-Lena Dahlquist
- 1995:2 UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING I SOCIALT ARBETE  
- Rapport från FORSA-symposiet 14-16 september 1995  
red av Håkan Jönson
- 1995:3 VÄGEN ÖVER LYCKEBO  
Från sluten psykiatrisk vård till vanlig äldreomsorg  
av Pauli Lappalainen
- 1995:4 SAMSPEL I VARDAGSLIV  
En studie av möten mellan utvecklingsstörda, föräldrar  
och personliga assistenter - en processbeskrivning  
av Eina Linder och Inger Sköld
- 1996:1 SOCIALTJÄNSTEN OCH MINNESOTAMODELLEN - Ett samarbetsprojekt  
mellan människobehandlande organisationer av Claes Levin
- 1996:2 "DET MÅSTE SE UT SOM EN ARBETSPLATS" - Om interorganisatorisk  
samverkan för att yrkesrehabilitera gravt funktionshindrade  
av Ove Mallander
- 1997:1 DISPONENT I BRYTNINGSTID av Lars Harrysson
- 1997:2 BURNOUT? av Marie Söderfeldt
- 1997:3 PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ I MÄNNISKOVÅRDANDE ARBETE av Björn  
Söderfeldt och Marie Söderfeldt

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress  
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND



---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Box 23  
221 00 Lund  
046-222 00 00