

Arbetsmiljö och hälsa hos personal inom hemvård och särskilt boende

Exempel från två kommuner.

Inger Arvidsson, Ergonom, Dr Med Vet
Jenny Gremark Simonsen, Ergonom
Lothy Granqvist, Mättingenjör
Henrik Enquist, Civilingenjör, Tekn Dr
Johan Andersson, Socionom

Arbets- och miljömedicin Syd

Jenny Renglin, Ergonom, leg.sjukgymnast, Feelgood FHV



2017-06-02

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sidan
SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	4
SYFTE	4
MATERIAL OCH METODER	4
Undersökningsdeltagare	4
Metoder	5
Enkätundersökning	5
Tekniska mätningar av fysisk arbetsbelastning	6
Hälsotillstånd i muskler och leder	6
Intervju om arbetet	6
RESULTAT	7
Verksamhetsspecifika frågor	7
Fysisk arbetsbelastning	14
Personalens hälsa	17
Hälsotillstånd i muskler och leder	18
Risk för utmattning	22
Trivsel och vilja att stanna kvar i arbetet	23
Individ- och livsstilsfrågor	23
Sambandsanalyser	24
Intervju om arbetet	25
Hemvård	25
Särskilt boende	28
DISKUSSION	31
Tidspress, omsorgstyngd och stress	31
Fysisk arbetsbelastning	32
Personalens hälsa	32
Individ och livsstilsfaktorer	33
Åtgärdsdiskussion	33
REFERENSER	34

ARBETSMILJÖ OCH HÄLSA HOS PERSONAL INOM HEMVÅRD OCH SÄRSKILT BOENDE

Sammanfattning

Personal inom äldreomsorgen har höga och ökande sjukskrivningstal. Som ett led i forskning om arbetsrelaterad ohälsa har vi undersökt arbetsmiljö och hälsa hos personal inom hemtjänst och särskilt boende från i två kommuner (totalt 129 personer från fyra olika enheter). Syftet är att skapa kunskaper som kan omsättas i förebyggande åtgärder.

Samtliga intervjuades om sitt arbete, om eventuella besvär från rörelseorganen, samt deltog i en klinisk undersökning av ryggen. En enkät om verksamhetsspecifika frågor, fysisk och psykosocial arbetsmiljö, självskattningstest för utmattning, samt individ- och livsstilsfrågor besvarades av 88 %. Tekniska mätningar av arbetsställningar och rörelser genomfördes på 12 personer inom hemvård och 12 personer inom särskilt boende.

Resultaten från de fyra undersökta enheterna uppvisade stora skillnader i vissa avseenden – men inte i andra. I **kommun 1** rapporterade nästan alla att de trivdes på jobbet och en mycket hög andel ville stanna kvar på sin nuvarande arbetsplats om fem år. Samtliga upplevde gott stöd från närmaste chef, och våra resultat tyder på ett gott organisatoriskt stöd. Flertalet var nöjda med tidsplaneringssystemet och livsstilsfaktorerna låg på en bra nivå.

I **kommun 2** var andelen som trivdes på arbetet betydligt lägre, och många var tveksamma till att arbeta kvar om fem år. Det upplevda stödet från närmaste chef var betydligt sämre än i kommun 1. Mer än hälften upplevde höga kvalitativa krav (hög svårighetsgrad i arbetet) vilket kan vara tecken på bristande organisatoriskt stöd och/eller hög omsorgstyngd. Inom hemvården i kommun 2 fanns också ett stort missnöje med tidsplaneringssystemet. Andelen som rökte dagligen var hög inom både hemvård och särskilt boende.

I **båda kommunerna** rapporterades om en uttalad tidspress och stress. De tekniska mätningarna visade en hög fysisk arbetsbelastning, särskilt för ländryggen. Det fanns tydliga signaler om hälsoproblem hos personalen, med extremt hög förekomst av ryggbesvär jämfört med andra yrkesgrupper som undersökts med samma metod. Ett oroväckande resultat var att en hög andel av personalen inom hemvården klassificerades som att ha risk för utmattning (särskilt allvarligt i kommun 2). I båda kommunerna påtalades problem med hög korttidsfrånvaro som ökade belastningen inom arbetsgrupperna och skapade "onda cirklar".

Vår tolkning av dessa resultat är att ett gott stöd och goda organisatoriska förutsättningar är positiva och viktiga faktorer - *men att detta inte räcker*. De faktiska arbetsförhållanden, med tidsbrist/stress, hög fysisk arbetsbelastning och underbemanning utgör ändå en hög risk för stressrelaterad sjukdom (utmattning), smärta i rörelseorganen (f f a ländryggen), samt arbetsrelaterad sjukfrånvaro.

Rekommendationer

För att minska besvärsförekomsten, säkra en god personalkontinuitet, förebygga sjukfrånvaro och skapa förutsättningar för god kvalitet i omsorgsarbetet är det angeläget med förebyggande åtgärder. De viktigaste åtgärderna är att minska tidspressen och öka stödet från ledning och organisation. Utöver lagstadgade riskbedömningar rekommenderar vi regelbundna kartläggningar av den totala omsorgstyngden i kommunernas olika enheter (dvs. både antal besök och andelen svårt sjuka omsorgstagare), och utifrån detta fördela tillräckliga resurser och bemanning. Det finns också förbättringsområden inom planeringssystem, ergonomi och psykosocial arbetsmiljö

BAKGRUND

Andelen äldre i samhället förväntas öka under de kommande decennierna och allt fler kommer att behöva omsorg i det egna hemmet, eller på äldreboende. Detta medför ett ökat framtida behov av antalet anställda inom äldreomsorgen. För en äldreomsorg med bra kvalitet behövs goda förutsättningar för personalen.

Samtidigt är det välkänt att personal inom äldreården har höga och ökande sjukskrivningstal. De vanligaste sjukskrivningsorsakerna är stress/psykisk ohälsa samt smärta/besvär från rörelseorganen. Sådana sjukdomar är vanligare bland kvinnor. Inom äldreomsorgen förekommer kända fysiska riskfaktorer, såsom tunga lyft och förflyttningar av omsorgstagare. Det rapporteras också om en hög psykosocial belastning, med snäva tidsmarginaler och mycket stress. Liksom i andra yrken där man arbetar med människor kan de känslomässiga kraven vara höga.

Det finns vetenskapligt stöd för en förhöjd risk för arbetsrelaterad ohälsa vid såväl bristande psykosocial arbetsmiljö som vid hög fysisk arbetsbelastning. Även individuella faktorer, t ex rökning, fysisk träning och tid för personlig återhämtning, kan ha betydelse för om man bibehåller hälsan eller inte. Det är dock oklart vilka konkreta faktorer i arbetet, eller på fritiden, som har störst betydelse, och som bör prioriteras vid åtgärder för att förebygga ohälsa inom äldreården.

Arbets- och miljömedicin vid Universitetssjukhuset i Lund bedriver forskning och undersöker samband mellan arbete och hälsa. Vi har under många år studerat ergonomiska belastningar, psykosocial arbetsmiljö och smärttillstånd i rörelseorgan i olika yrken, vilket ger oss möjlighet att jämföra, bedöma nivåer och studera samband. Som ett led i denna forskning undersöker vi nu personal som arbetar inom äldreården, som är en stor och starkt kvinnodominerad sektor. Projektet genomförs i samarbete med berörda kommuner och med företagshälsovården.

SYFTE

Syftet med projektet är att kartlägga fysisk och psykosocial arbetsmiljö i några enheter inom hemvård och särskilt boende, samt att kartlägga förekomsten av stressrelaterad ohälsa och besvär i rörelseorganen hos personalen. Med dessa undersökningar som bas vill vi skapa kunskaper som kan omsättas i förebyggande åtgärder.

MATERIAL OCH METODER

Undersökningen omfattade totalt 4 olika enheter från två kommuner; en enhet inom hemtjänst och en enhet inom särskilt boende i vardera kommunen. Samtliga deltagare deltog i en intervju om arbetet och om eventuella besvär från rörelseorganen, samt en klinisk undersökning av ländryggen enligt en standardiserad metod. Deltagarna fick också besvara en enkät om verksamhetsspecifika faktorer, anställning, fysisk och psykosocial arbetsmiljö, stressrelaterad hälsa, trivsel och individfaktorer.

Den fysiska arbetsbelastningen, dvs. arbetsställningar och rörelser, registrerades med tekniska mätningar hos totalt 24 kvinnor; 12 från hemtjänsten och 12 från särskilt boende. Samtliga delar av projektet genomfördes under perioden april - oktober 2016.

Undersökningsdeltagare

På de deltagande enheterna tillfrågades samtlig personal som arbetat sedan minst 3 månader och med minst 50 % tjänstgöring. Totalt deltog 121 kvinnor och 8 män (93 % av de tillfrågade), varav 53 personer arbetade inom hemvården och 76 inom särskilt boende. I tabell 1 visas fördelning på kommun och verksamhet, kön, ålder, anställningstid, tjänstgöringsgrad och andel tillsvidareanställda.

Tabell 1. Undersökningsdeltagare

		Samtliga deltagare	Kommun 1		Kommun 2	
			Hemvård	Särskilt boende	Hemvård	Särskilt boende
Samtliga deltagare	antal	129	24	40	29	36
	Kvinnor	121	22	37	27	35
	Män	8	2	3	2	1
Besvarad enkät	%	88	88	88	90	86
	Ålder (år)	44	44	46	38	48
	Anställningstid (år)	12	7	17	7	15
Andel tillsvidareanställda	%	91	81	94	85	100
Arbete, tim/vecka	medel	32	31	31	33	34

Dessutom deltog 6 personer som var samordnare respektive enhetschefer. Dessa personer ingår inte i nedanstående resultatredovisning eftersom de var för få och därmed inte representativa för sina grupper.

Metoder

Enkätundersökning

Enkäten innehöll frågor om anställning, verksamhetsspecifika frågor, individuppgifter, fysisk arbetsbelastning, psykosocial arbetsmiljö, datorarbete, upplevd hälsa och trivsel samt ett självskattningstest för utmattningssyndrom.

Verksamhetsspecifika frågor. Flertalet av dessa frågor är hämtade från en AFA-finansierad studie av hemtjänsten, genomförd av Centrum för Arbets- och miljömedicin i Stockholm (CAMM; 1). Frågorna omfattar områdena kvantitativa krav (tidspress), kvalitativa krav (arbetets svårighetsgrad), stöd från chefer och arbetskamrater, kunskap om omsorgstagarnas sjukdomar, personalens delaktighet, samt nöjdhet och välbefinnande.

CAMM:s studie har resultat från 346 personer inom hemtjänsten, som bildar referensdata för denna undersökning. Eftersom CAMM:s studie enbart omfattar personal inom hemtjänsten har personal och chefer inom särskilt boende fått ta del av och bedöma frågornas relevans inom deras verksamhet. Med några få undantag har frågorna bedömts vara relevanta även för verksamheten inom särskilt boende.

Fysisk arbetsbelastning: Frågor ställdes om den fysiska arbetsbelastningen enligt Questionnaire-based mechanical exposure indices. I skalan finns ett mekaniskt index med 11 frågor om arbetsställningar och ensidiga rörelser och ett fysiskt index med 7 frågor om lyft och fysisk aktivitet. Varje fråga hade tre svarsalternativ (1= "Nästan inte/inte alls", 2 = "Något" eller 3 = "Mycket"). Poängen adderades för varje individ. Dessutom ställdes frågor om datorarbete, datorsystem och datorarbetsplatsens utformning.

Karolinska självskattningstest för utmattningssyndrom (KEDS; 2, 3). Syftet med KEDS är att kunna identifiera tidiga stadier av utmattningssyndrom på individnivå. Skalan omfattar nio frågor om koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttröttbarhet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelsen av krav samt irritation och ilska. Varje fråga har 7 svarsalternativ. Poängen tas fram genom att summera frågornas poäng och ger därmed en indikation på hur allvarliga symtomen är. Vid 19 eller högre anses det föreligga risk för utmattningssyndrom.

Individuppgifter: Frågor om ålder, längd och vikt, civilstånd, antal hemmavarande barn, tobaks- och motionsvanor, hemarbete och tid för egen avkoppling.

Tekniska mätningar av fysisk arbetsbelastning

Arbetsställningar och arbetsrörelser, registrerades genom tekniska mätningar hos 24 kvinnor (12 inom hemvård och 12 inom särskilt boende; representativt urval), jämnt fördelat på de fyra olika enheterna. Den fysiska belastningen registrerades kontinuerligt under en vanlig arbetsdag med alla förekommande uppgifter, under i genomsnitt 5 timmar per person. Våra mätningenjörer följde mätpersonerna under dagen, och fick därmed kännedom om förekommande arbetsuppgifter och en god inblick i hur arbetet gick till.

För mätningarna användes metoden *inklinometri*. Denna metod mäter arbetsställningar och arbetsrörelser genom registrering av positioner och rörelsehastighet för huvud, övre delen av ryggen och båda armarna, i förhållande till lodlinjen, 20 gånger/sekund. För detaljer om metoden, se referens (4).

Datalogger och minneskort användes för registrering och lagring av mätdata. Dessa fästes i ett bälte och bars av mätpersonerna under hela mätningen.

Data som redovisas i denna rapport omfattar de genomsnittliga mätvärdena för personal sammanslaget för båda kommunerna, inom hemvård respektive särskilt boende.

Åtgärdsnivåer för fysisk arbetsbelastning: Arbets- och miljömedicin har kunskap om både fysisk belastning och förekomst av besvär från rörelseorganen i många olika yrkesgrupper. Vi har analyserat samband mellan dessa faktorer, som publicerats vetenskapligt i flera artiklar (t ex 5). Utifrån vår samlade erfarenhet har vi gett förslag till åtgärdsnivåer för fysisk belastning, baserat på tekniska mätningar. Om dessa nivåer överskrids anser vi att det finns hög risk för belastningsskador, och behov av förbättrande åtgärder. Åtgärdsnivåerna garanterar dock inte att det är riskfritt med belastningar under gränsen, eftersom det finns flera möjliga förvärrande faktorer (t ex om arbetet också är kraftkrävande eller utförs med höga rörelsehastigheter). Mer information finns att hämta i vår rapport "Riktvärden för att bedöma risken för belastningsskador, baserat på tekniska mätningar av exponeringen" (6), som går att hämta på <http://sodrasjukvardsregionen.se/amm/rapporter/> under fliken Ergonomi: Rapport nr 4/2016).

Hälsotillstånd i muskler och leder

Kartläggning av hälsotillstånd i muskler och leder. Deltagarna fick besvara frågor om upplevda besvär från nacken, axlarna, armbågar/händer, ländrygg samt knä/fötter, under de senaste 7 dagarna och de senaste 12 månaderna, enligt ett standardiserat frågeformulär (7). Dessutom ställdes frågor om besvärens intensitet och frekvens, samt om undersökningsdeltagarna ansåg att besvären hade något samband med nuvarande arbete.

Klinisk undersökning: Ländryggen undersöktes kliniskt av en leg. sjukgymnast, enligt en standardiserad metod (MEBA Ländrygg). Vid undersökningen testades rörlighet, styrka, nervfunktion samt rörelsesmärta. Eventuella undersökningsfynd registrerades och om dessa uppfyllde vissa förutbestämda kriterier kunde diagnoser ställas. Andel personer (%) med minst en diagnos i ryggen beräknades.

Vi har tidigare undersökt drygt 3000 personer med samma metod, avseende besvär/sjukdom i nacke, arm och hand (MEBA Nacke/arm/hand; 8, 9). För dessa undersökningar finns ett omfattande referensmaterial (8). Metoden har nu utvecklats med en ländryggsundersökning, och i detta projekt används MEBA Ländrygg för första gången. Dessa undersökningar är alltså en del i ett metodutvecklingsprojekt, och det finns ännu inga jämförelsegrupper från andra yrken.

Intervju om arbetet

Deltagarna fick besvara öppna frågor om positiva respektive negativa faktorer i arbetet, om vilka arbetsmoment som de ansåg vara mest belastande för kroppen samt vilka faktorer i arbetet som upplevdes mest påfrestande avseende stress/mental belastning. Det fanns också möjlighet att lämna egna förslag angående förbättringar av arbetsmiljön.

RESULTAT

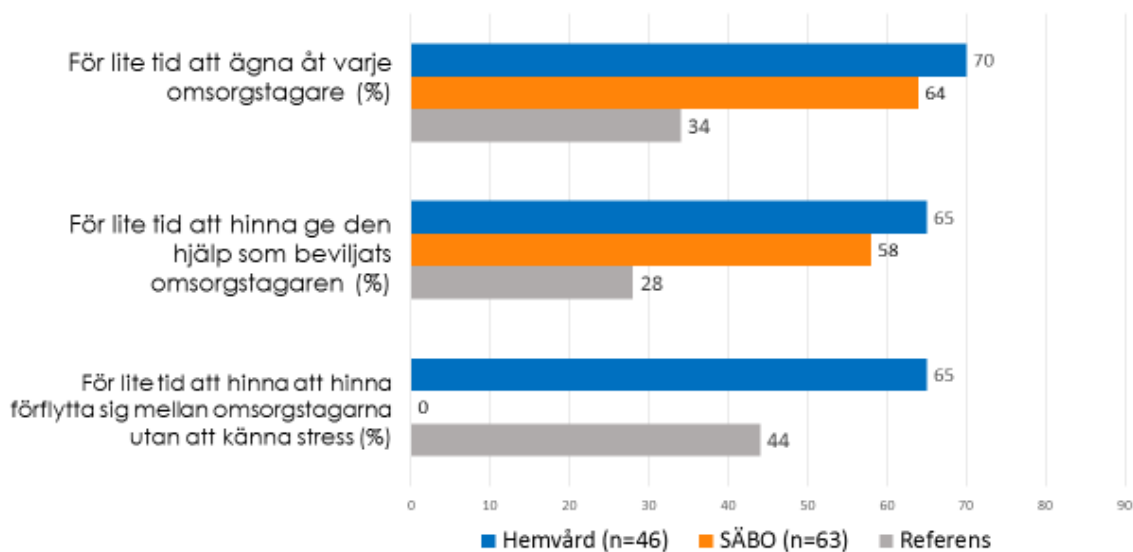
Verksamhetsspecifika frågor

För de verksamhetsspecifika frågorna presenteras resultat sammanslaget för båda kommunerna inom hemvård respektive särskilt boende, för de frågor där resultaten är likartade. De resultat som skiljer sig markant mellan enheterna i de båda kommunerna presenteras separat. Undersökningssdeltagarna i CAMM-studien (1) anges som referentpopulation för de frågor där det finns jämförbara data. Svaren på enkätfrågorna omfattar både kvinnor och män.

Kvantitativa krav (tidspress)

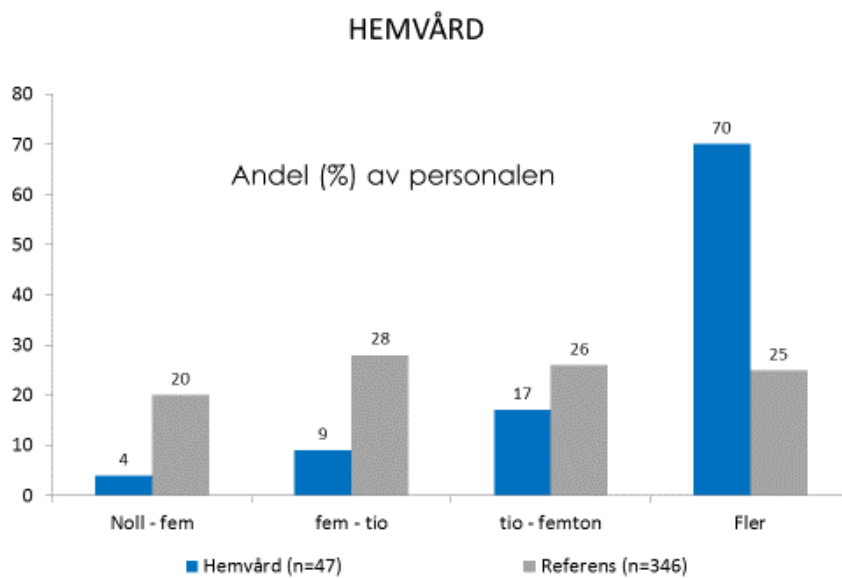
En betydande andel av personalen på samtliga fyra enheter upplevde att de hade för lite tid att ägna åt varje omsorgstagare (70 % inom hemvård och 64 % inom särskilt boende), jämfört med referenterna (34 %; **figur 1**). Det var också betydligt högre andel som ansåg att de hade för lite tid för att hinna ge den hjälp som beviljats omsorgstagarna (hemvård 65 %, särskilt boende 58 %), jämfört med referenterna (28 %). Inom hemvården ansåg 65 % att de hade för lite tid till att förflytta sig mellan omsorgstagarna utan att känna stress, jämfört med 44 % hos referenterna.

Totalt klassificerades 68 % inom hemvården, och 59 % inom särskilt boende som att uppleva höga kvantitativa krav (dvs. "för lite tid" i minst två av de tre frågorna i **figur 1**), jämfört med 44 % hos referenterna. Enligt CAMM-rapporten (1) fanns det tydliga samband mellan höga kvantitativa krav (tidspress) och arbetsrelaterad ohälsa. Samma rapport påtalar att tidspress indikerar för låg bemanning.



Figur 1. Andel (%) av personalen som upplevde höga kvantitativa krav (tidspress) i arbetet som var direkt kopplat till omsorgstagarna på enheterna för hemvård och särskilt boende (båda kommunerna sammanslagna), jämfört med referentpopulationen i CAMM-studien. Frågan om förflyttningar var inte relevant inom särskilt boende.

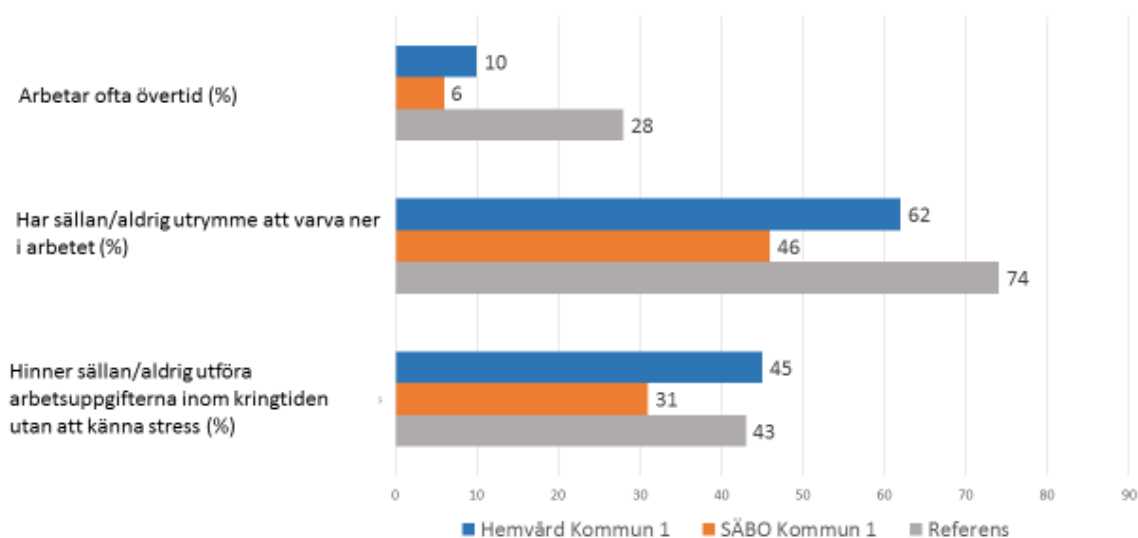
*Besök av antal omsorgstagare med både service och omvårdnadstjänster (enbart hemvård). Sjuttio procent av personalen angav att de besökte fler än 15 omsorgstagare en vanlig arbetsvecka. Båda hemvårdenheterna i denna studie visade samma mönster. Detta är mycket höga siffror jämfört med referentpopulationen, som besvarat samma fråga. Fördelningen mellan kategorierna, "0-5", "5-10", "10-15" och "fler" än 15 visas i jämförelse med referentpopulationen i CAMM-studien av **figur 3**. Se vidare i diskussionen, sidan 31.*



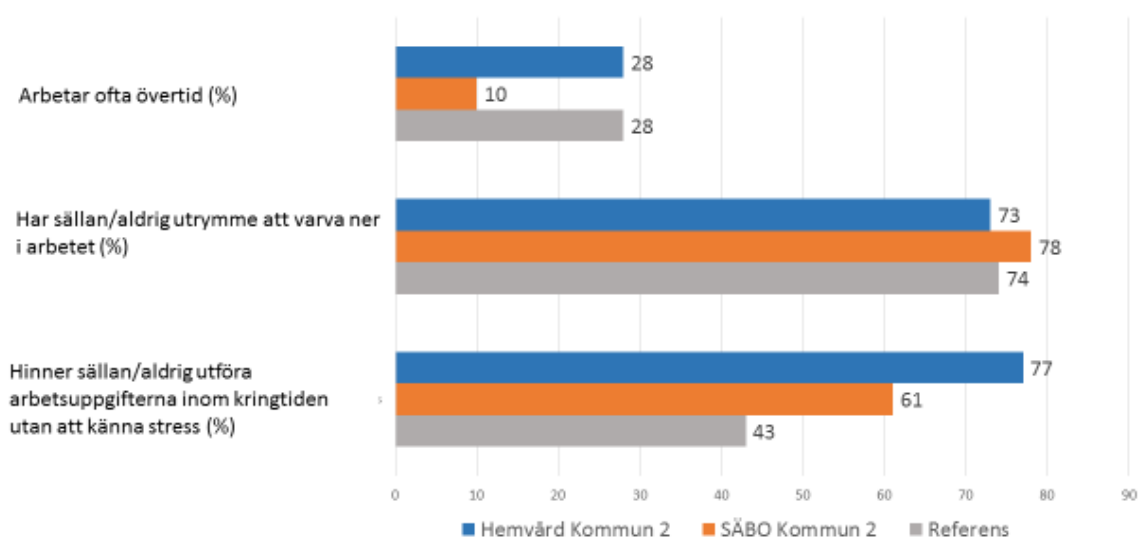
Figur 3. Andel (%) av personalen som angav att de besökte ett visst antal omsorgstagare med både service och omvårdnadstjänster en vanlig arbetsvecka, hos hemvården (i båda kommunerna) jämfört med referentpopulationen

Generella krav

Generella krav uttrycks här med frågor om övertid, utrymme att varva ner i arbetet, och om personalen hann utföra arbetsuppgifter inom kringtiden utan att känna stress. Andelen som ofta arbetade övertid var relativt låg i båda kommunerna. I **kommun 2** var andelen som sällan/aldrig hade utrymme att varva ner i arbetet på samma nivå som referentpopulationen, men betydligt fler upplevde att de sällan/aldrig hann utföra uppgifterna inom kringtiden utan att känna stress (**figur 4b**). I Kommun 1 låg de generella kraven på en bättre nivå, särskilt inom särskilt boende (**figur 4a**).



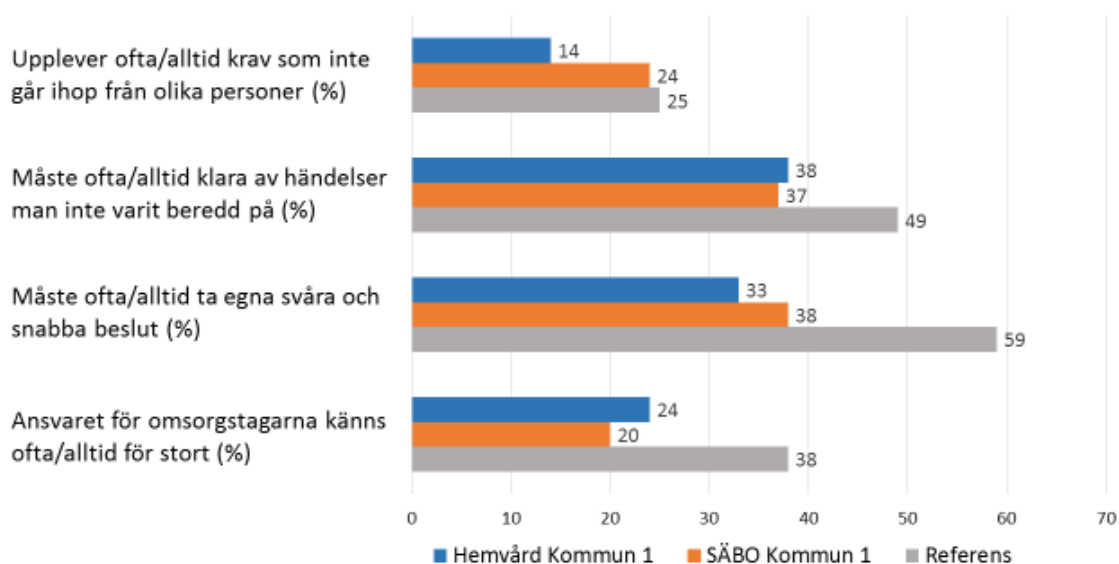
Figur 4a. Kommun 1: Andel (%) av personalen som angav att de upplevde höga generella krav i arbetet, på enheterna för hemvård och särskilt boende, jämfört med referentpopulationen.



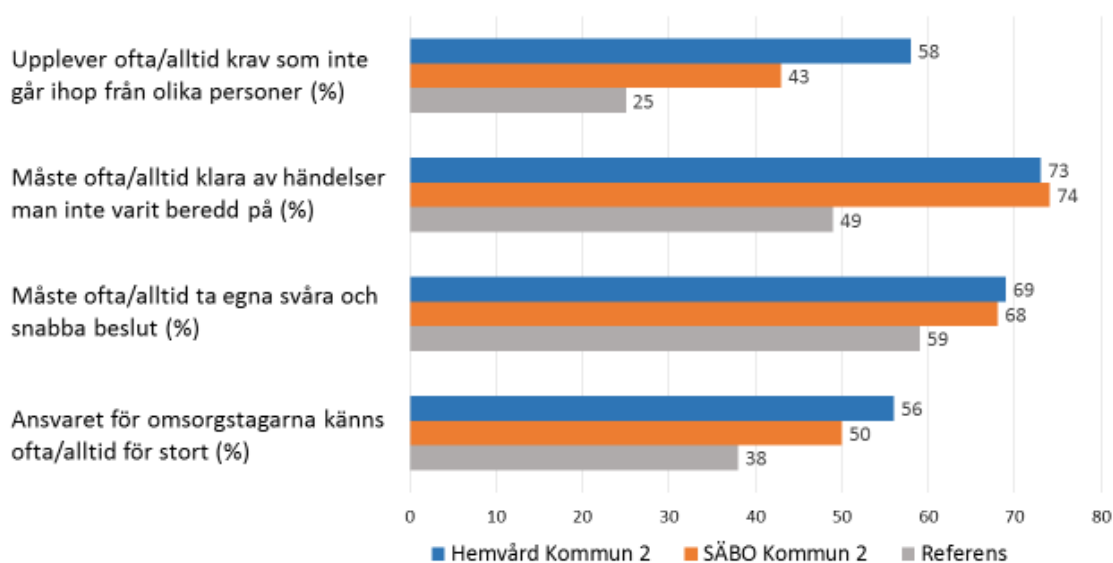
Figur 4b. Kommun 2: Andel (%) av personalen som angav att de upplevde höga generella krav i arbetet, på enheterna för hemvård och särskilt boende, jämfört med referentpopulationen.

Kvalitativa krav

Kvalitativa krav, som anger personalens upplevda svårighetsgrad i arbetet (se frågorna i figur 5a och 5 b), visade stora skillnader mellan de två kommunerna i denna studie. I kommun 1 var resultaten generellt bättre (både inom hemvård och särskilt boende), jämfört med referentpopulationen (**figur 5a**). I kommun 2 var det betydligt högre andelar som ofta eller alltid upplevde höga kvalitativa krav, jämfört med referentpopulationen (**figur 5b**). Resultaten av dessa frågor antas delvis bero på hur hög andel av omsorgstagarna som är förhållandevis friska alternativt mer vårdbehövande, men också på det organisatoriska stöd som finns i verksamheterna (1).



Figur 5a. Kommun 1: Andel (%) av personalen som angav att de upplevde höga kvalitativa krav i arbetet, på enheterna för hemvård och särskilt boende¹, jämfört med referentpopulationen.



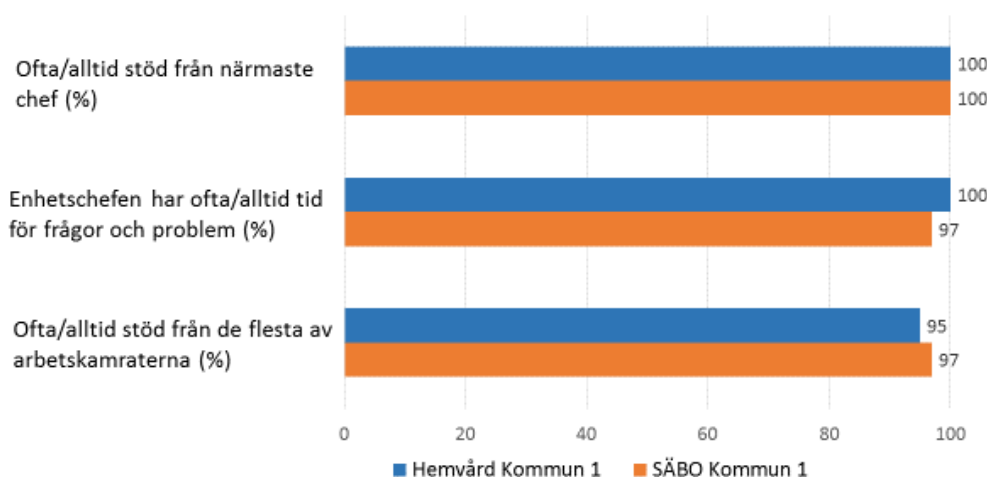
Figur 5b. Kommun 2: Andel (%) av personalen som angav att de upplevde höga kvalitativa krav i arbetet, på enheterna för hemvård och särskilt boende, jämfört med referentpopulationen.

Stöd från chefer och arbetskamrater

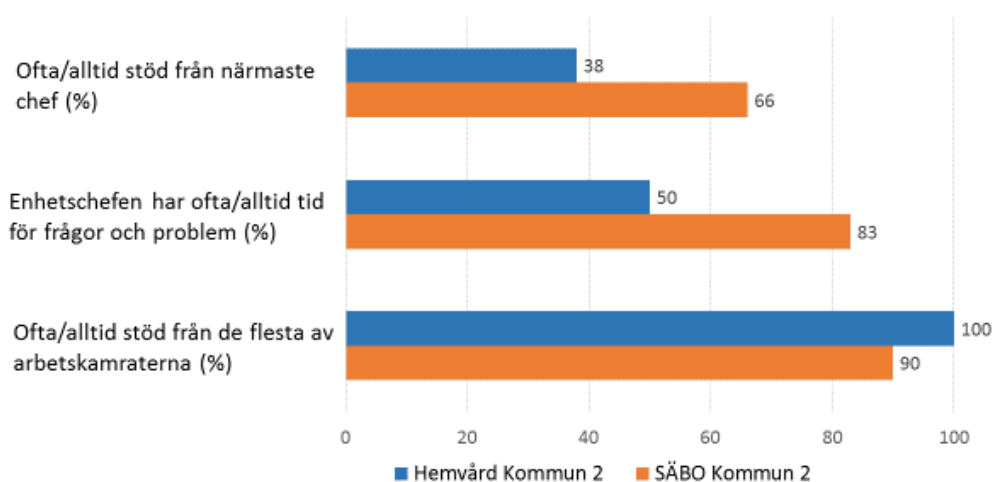
Det var stora skillnader mellan de två kommunerna, avseende upplevt stöd från närmaste chef. I **kommun 1** svarade samtliga eller nästan samtliga, både inom hemvården och särskilt boende, att de ofta eller alltid kände stöd från närmaste chef, och att chefen hade tid för frågor och problem (**figur 6a**).

På hemvårdsenheten i **kommun 2** var det endast 38 % av personalen som ofta eller alltid upplevde stöd från chefen, och 50 % svarade att chefen ofta eller alltid hade tid för frågor och problem (**figur 6b**). Personalen inom särskilt boende upplevde i högre grad stöd från närmaste chef, och att chefen hade tid för frågor och problem (66 % respektive 83 %).

Nästan alla (90 % - 100 %) i båda kommunerna upplevde ofta eller alltid stöd från arbetskamraterna (**figur 6a och 6b**).



Figur 6a. Kommun 1: Andel (%) av personalen som ofta/alltid kände stöd från närmaste chef respektive arbetskamrater, på enheterna för hemvård och särskilt boende.



Figur 6b. Kommun 2: Andel (%) av personalen som ofta/alltid kände stöd från närmaste chef respektive arbetskamrater, på enheterna för hemvård och särskilt boende.

Tidsplanering

Inom *hemvårdsenheten* i **kommun 2** var det betydligt fler som var missnöjda med tidsplaneringen och på möjligheten att meddela om en omsorgstagare behövde mer hjälp, jämfört med hemvården i **kommun 1** (tabell 2). Femtiofyra procent inom hemvården i **kommun 2** tyckte att tidsplaneringen sällan eller aldrig fungerade väl, och 68 % ansåg att de sällan eller aldrig kunde påverka tidsplaneringen om den inte fungerade väl. Motsvarande siffror inom hemvården i **kommun 1** var 24 % respektive 43 %. I **kommun 2** var det också en hög andel (58 %) som ansåg att det sällan/aldrig var lätt att meddela ansvarig person om någon omsorgstagare behövde mer hjälp.

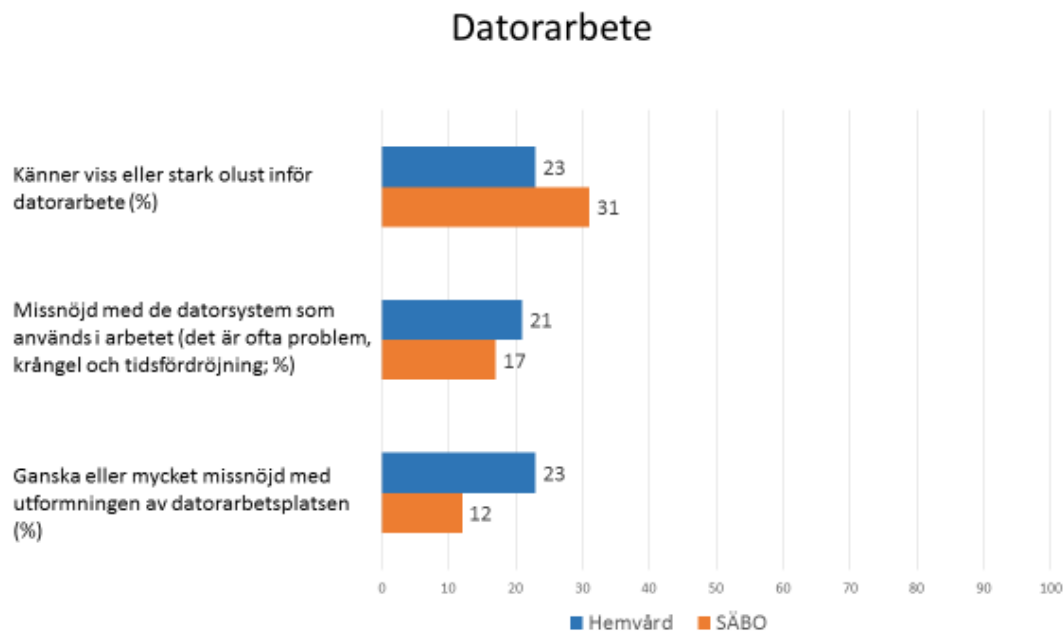
Inom *särskilt boende* var det betydligt färre som var missnöjda med tidsplaneringen (9 % i **kommun 1** och 29 % i **kommun 2**), på sina möjligheter att påverka tidsplaneringen (21 % respektive 23 %) och som ansåg att det sällan/aldrig var lätt att meddela ansvarig person om någon omsorgstagare behövde mer hjälp (12 % respektive 19 %).

Tabell 2. Andel (%) som angav att de var nöjda med tidsplaneringen, kunde påverka tidsplaneringen om den inte fungerade väl och lätt kunde meddela till ansvarig person att mer hjälp behövs, på enheterna för hemvård och särskilt boende i kommun 1 och kommun 2.

	Kommun 1		Kommun 2	
	Hemvård	Särskilt boende	Hemvård	Särskilt boende
"Den dagliga tidsplaneringen fungerar bra"				
Sällan/aldrig (%)	24	9	54	29
Ofta/alltid (%)	76	81	46	71
"Jag kan påverka den dagliga tidsplaneringen om den inte fungerar väl"				
Sällan/aldrig (%)	43	21	68	23
Ofta/alltid (%)	57	79	32	77
"Om jag märker att omsorgstagare behöver mer hjälp är det lätt för mig att meddela detta"				
Sällan/aldrig (%)	0	12	58	19
Ofta/alltid (%)	100	88	42	81

Datorarbete

Det var mindre än en tredjedel av personalen som kände olust inför datorarbete, som var missnöjda med de datorsystem som användes i verksamheten, eller som var missnöjda med datorarbetsplatsens utformning (**figur 7**). Det var inga större skillnader mellan kommunerna eller mellan enheterna.



Figur 7. Känsla inför datorarbete, missnöje med de datorsystem som användes i arbetet, samt missnöje med datorarbetsplatsens utformning, hos personalen inom hemvård och särskilt boende i båda kommunerna.

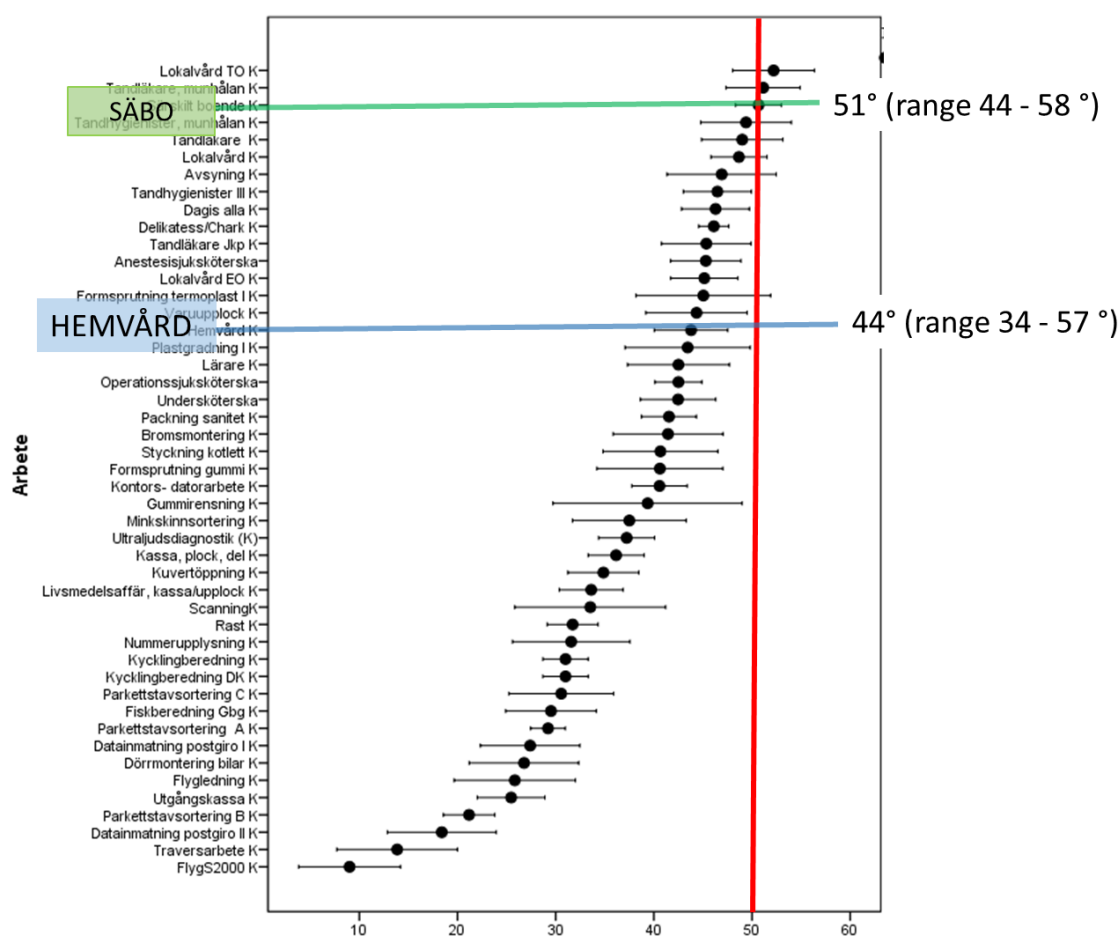
Fysisk belastning i arbetet

Tekniska mätningar av fysisk arbetsbelastning

Resultaten för de tekniska mätningarna avser medelvärdena av belastningarna under arbetsdagen, för tolv mätpersoner inom hemvården och tolv mätpersoner inom särskilt boende. Resultaten avser kommun 1 och kommun 2 sammanslaget, inom respektive verksamhet, eftersom den genomsnittliga fysiska belastningen inte skiljde sig signifikant mellan kommunerna. Personalens belastningar jämförs med andra kvinnliga yrkesgrupper, som har registrerats med samma mätmetod. Åtgärdsnivåerna är markerade med lodrät röd linje i figurerna 8 och 10 nedan.

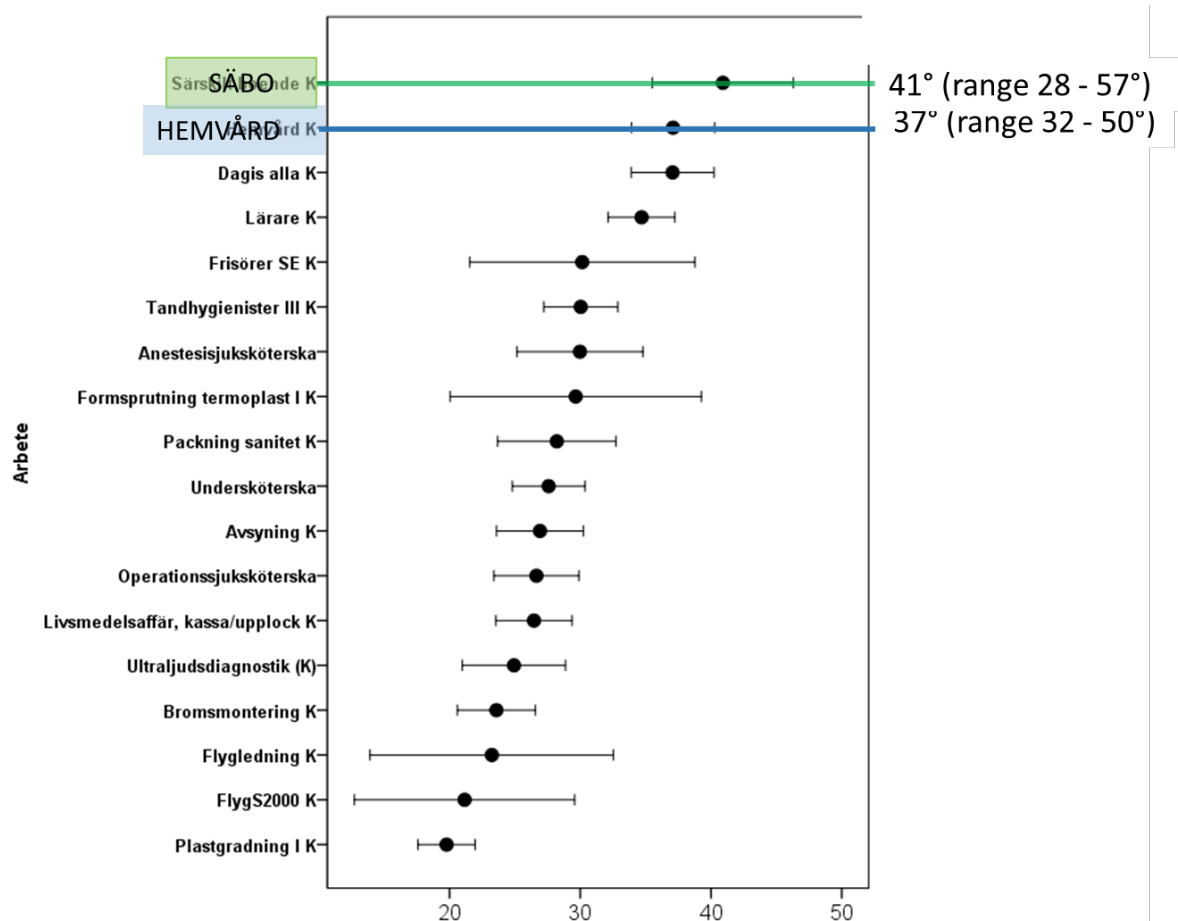
Arbetsställningar: Mätningarna visade generellt att personalen hade höga belastningar för både huvud, rygg och armar; och att detta särskilt gäller för arbetet inom särskilt boende.

För särskilt boende låg toppbelastningarna för huvudets framåtböjning (dvs. den belastning som registreras under 10 % av dagen) på 51° i förhållande till lodlinjen (**figur 8**), vilket är över åtgärdsnivån och indikerar risk för belastningsskada. Mätningarna visade bland de högsta värdena vi registrerat i olika yrken. Medianvärdet (dvs. den belastning som överskrider under halva dagen) låg dock på en medelhög nivå (ej i figur). Framåtböjt huvud förekommer i många olika arbetsmoment, t ex vid kontakten med omsorgstagarna, vid påklädning, städning, arbete i köket, etc.



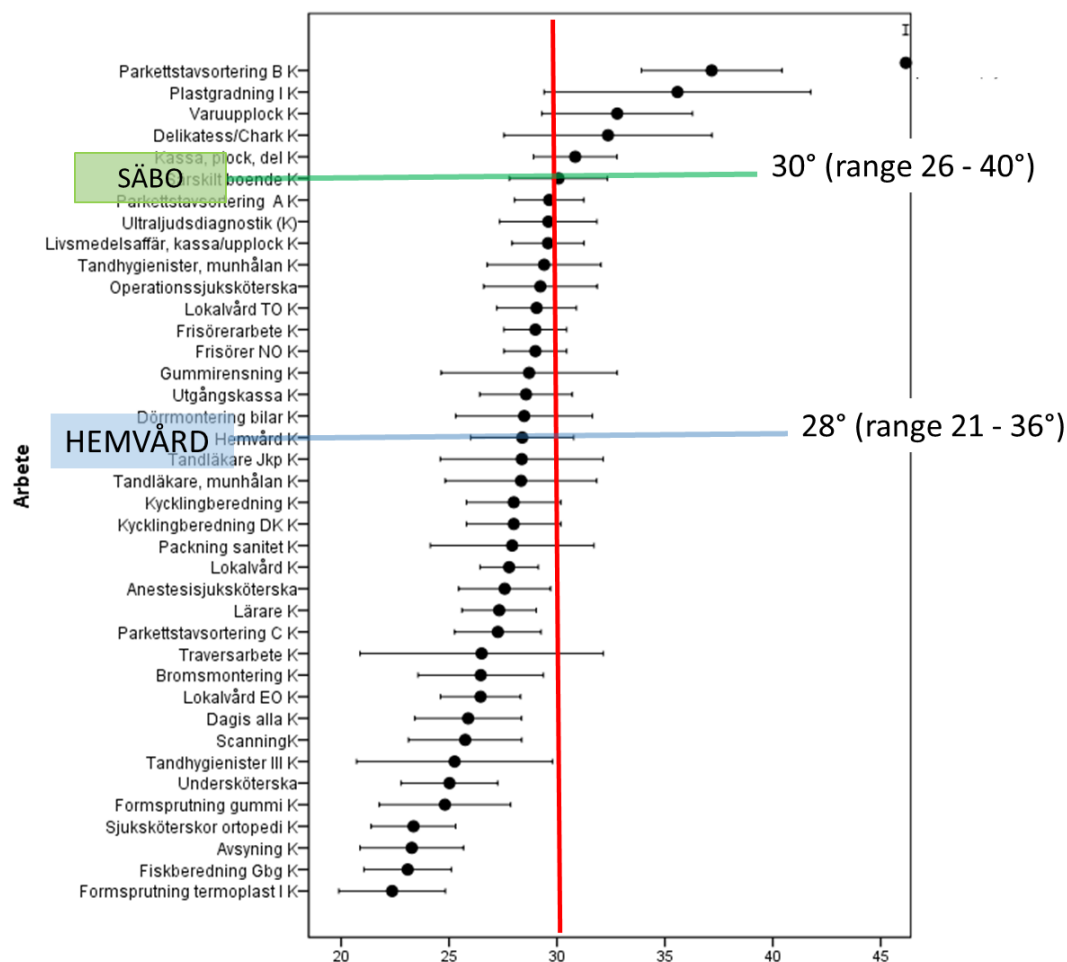
Figur 8. Huvudets framåtböjning i förhållande till lodlinjen, hos kvinnor inom olika yrken. Figuren visar gruppernas genomsnittliga "toppbelastning" under 10 % av arbetsdagen. Den röda lodräta linjen anger åtgärdsnivån ($\geq 50^\circ$) för vad vi anser vara hög risk för belastningsskada.

Personalen inom särskilt boende och hemvård hade de högsta ryggbelastningarna av samtliga kvinnliga yrkesgrupper; när det gäller toppbelastningen (**figur 9**). Deras belastningar låg betydligt högre än andra grupper inom vården, såsom undersköterskor inom operation eller anestesijuksköterskor. Den höga uppmätta ryggbelastningen stämmer väl med personalens uppgifter om frekventa lyft, förflyttningar, framåtböjd position vid bäddning och omvårdnad, etc. (Se sidan 26 respektive 30 "Svar på öppna intervjufrågor" under rubriken "Vilka arbetsmoment anser du vara mest belastande för kroppen i ditt arbete?"). För ryggbelastning finns ännu inte någon åtgärdsnivå.



Figur 9. Ryggens framåtböjning i förhållande till lodlinjen (antal grader), hos kvinnor inom olika yrken. Figuren visar gruppernas genomsnittliga "toppbelastning" under 10 % av arbetsdagen

Även arbetsställningarna för armarna påvisade hög belastning (**figur 10**). Medianvärdet för armarnas position (dvs. den belastning man överskrider under halva dagen) låg *över åtgärdsnivån* och innebär risk för belastningsskada. Det förekommer en mängd rörelser med armarna upphöjda, som inte är så lätt att identifiera genom enbart observation. Exempel är att plocka in disk i skåpen, hänga tvätt, påklädning av sittande patient, lägga upp mat, hjälpa omsorgstagare att äta, etc.



Figur 10. Elevation av höger arm (dvs. den vinkel som man lyfter armen; antal grader) hos kvinnor i olika arbeten. Figuren visar gruppernas genomsnittliga medianvärden (dvs. mittvärden) under arbetsdagen. Den röda lodräta linjen anger åtgärdsnivån för vad vi anser vara risk för belastningsskada

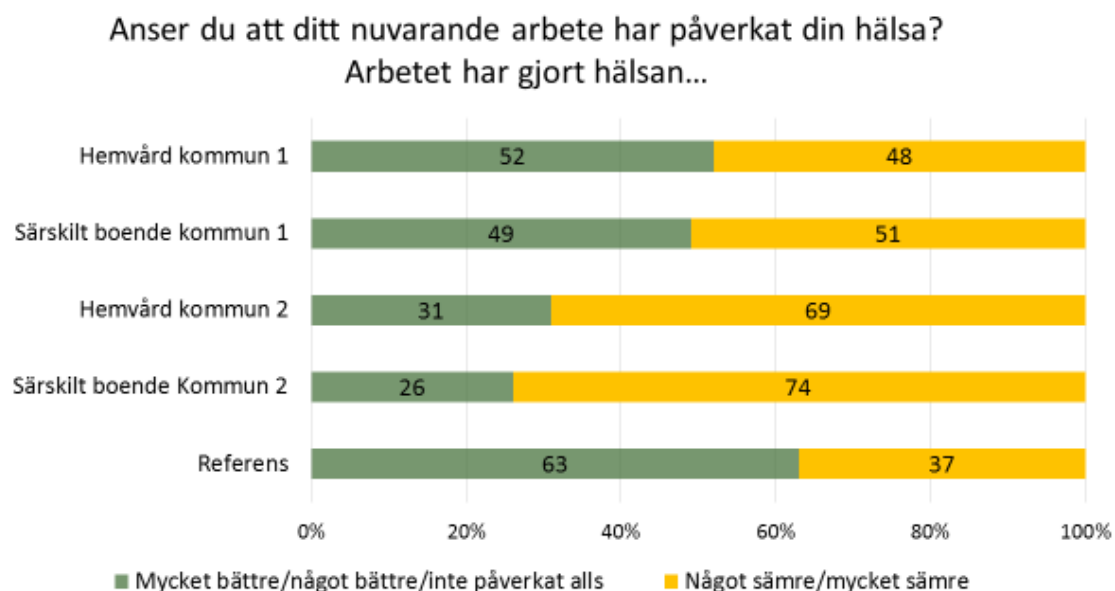
Arbetsrörelser: Rörelsehastigheterna för samtliga kroppsregioner låg på en medelhög nivå, för både hemvård och särskilt boende, jämfört med övriga yrkesgrupper. Dessa registreringar tyder en variation mellan rörligt och mer "stilla" arbete. I detta avseende finns det sannolikt inte någon förhöjd risk för belastningsskador.

Baserat på genomförda mätningar kan vi inte uttala oss om hur mycket kraft som krävs i olika arbetsmoment, eller om förekomsten av kortvariga höga belastningar t ex vid lyft eller förflyttningar av omsorgstagare. Vi vet dock att lyft och kraftkrävande moment förekommer inom både hemvård och särskilt boende, och dessa kan utgöra ytterligare risk för belastningsskador.

Personalens hälsa

Personalens bedömning av om arbetet har påverkat hälsan

Cirka hälften av personalen i kommun 1 och mer än två tredjedelar av personalen i kommun 2 ansåg att nuvarande arbete hade gjort hälsan något eller mycket sämre (**figur 11**). På alla fyra enheterna var andelarna som ansåg att hälsan blivit sämre högre än för referentpopulationen i CAMM-studien (37 %).



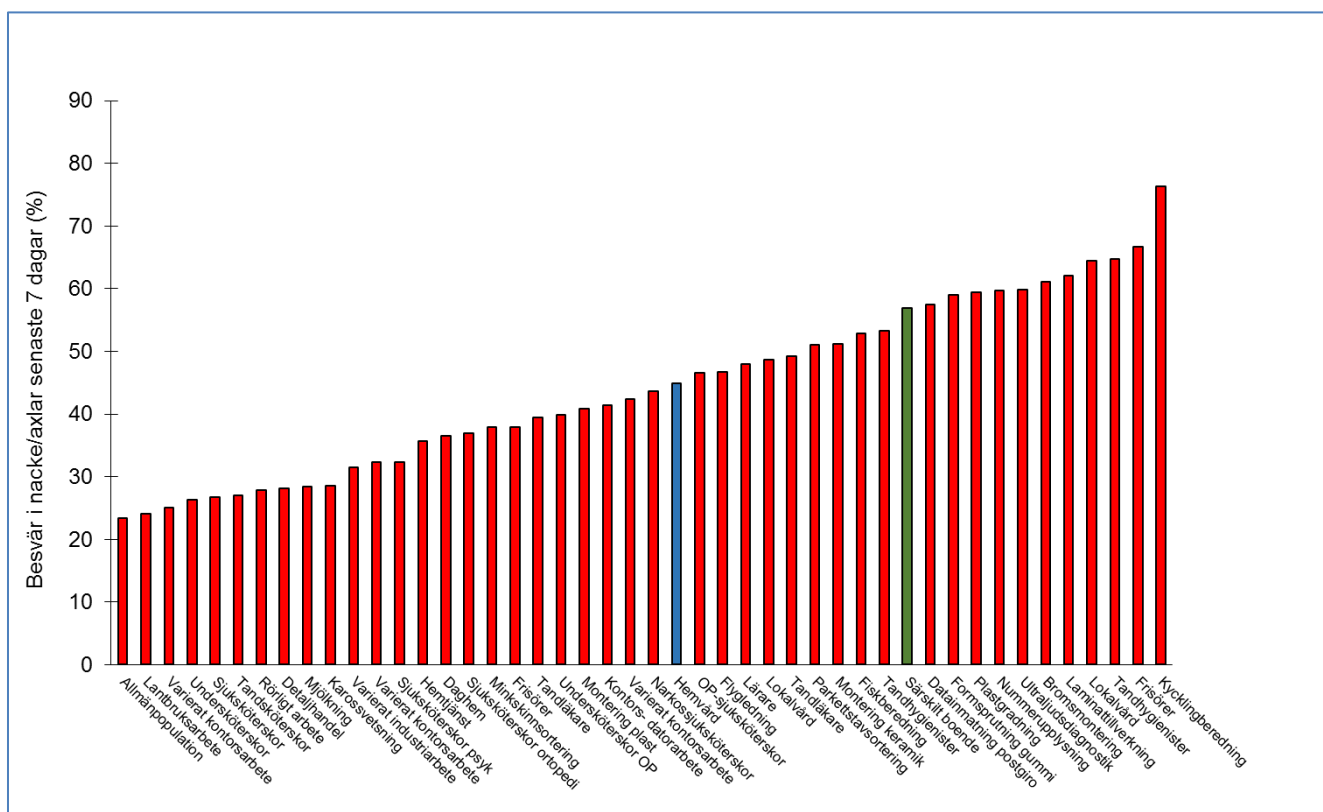
Figur 11. Andel (%) som rapporterade hur man bedömde att arbetet hade påverkat hälsan på enheterna för hemvård och särskilt boende i kommun 1 och kommun 2, jämfört med referentpopulationen.

Hälsotillstånd i muskler och leder

I nedanstående redovisning presenteras resultat för personalen inom hemtjänst respektive särskilt boende, jämfört med data från personal i många andra yrkesgrupper. Resultaten omfattar enbart kvinnorna, eftersom männen är för få för att kunna presenteras utan risk för att identifiera enskilda personer.

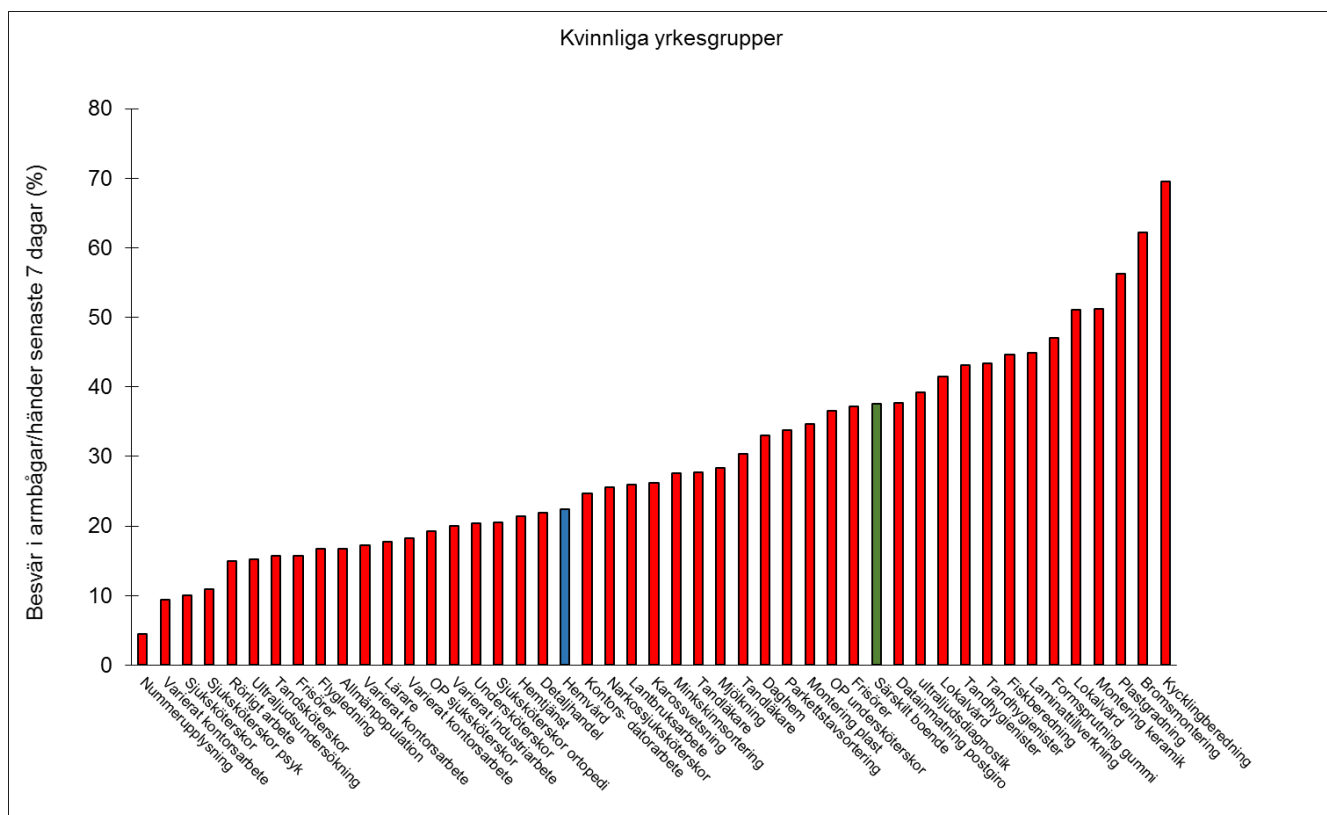
Besvär från olika kroppsregioner under de senaste sju dagarna

Nacke/axlar: Det var en förhållandevis hög andel av kvinnorna inom särskilt boende (57 %) som angav att de hade haft besvär från nacke och/eller axlar under de senaste sju dagarna (**figur 12**). Jämfört med andra yrkesgrupper som besvarat samma frågor, hade de inom särskilt boende ungefär samma värden som tandhygienister och vissa grupper med industriarbete. Kvinnorna inom hemvården låg på en medelhög nivå (45 %) jämfört med kvinnor i olika yrken.



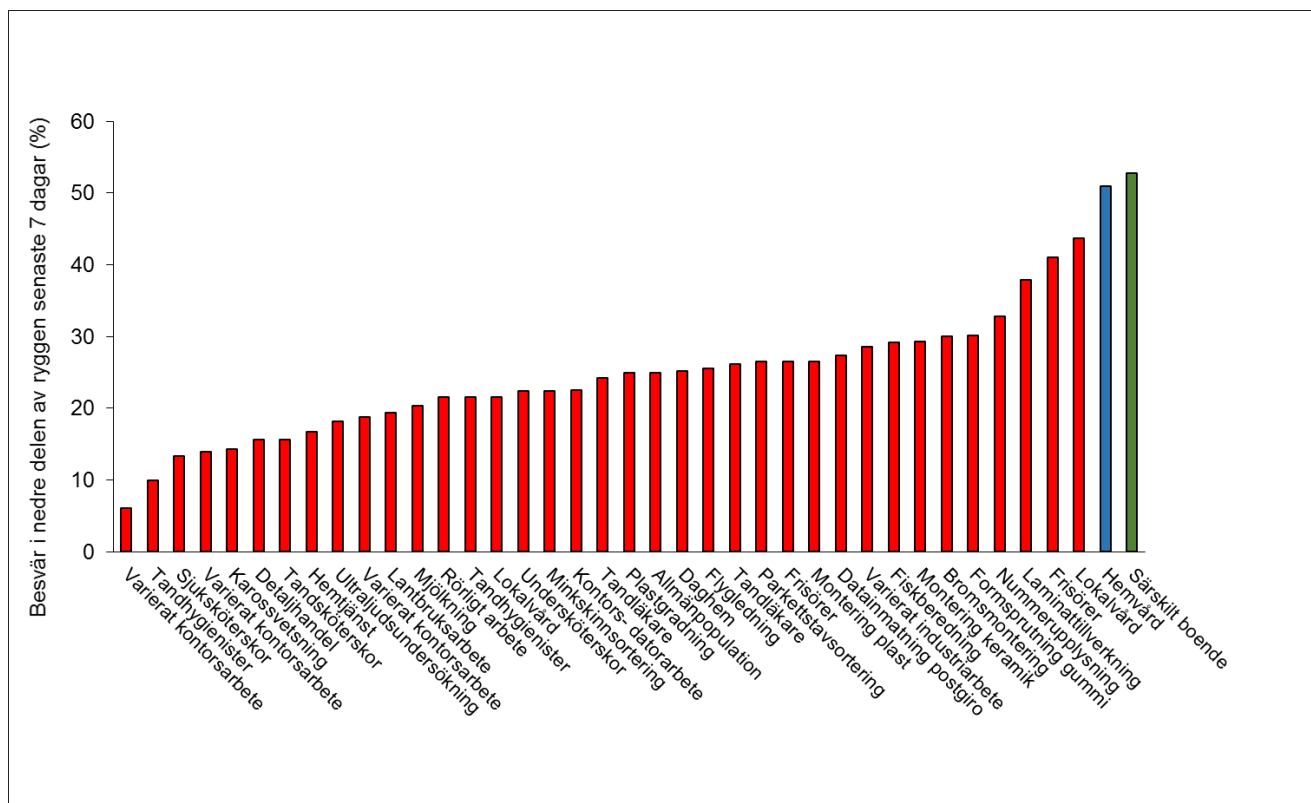
Figur 12. Andel kvinnor (%) i olika yrkesgrupper som rapporterat besvär från nacke/axlar de senaste 7 dagarna. Hemvård (blå stapel) består av 49 kvinnor från två hemtjänstenheter och särskilt boende (grön stapel) består av 72 kvinnor från två enheter.

Armbåge/hand: Andelen kvinnor med besvär från armbåge och/eller hand de senaste sju dagarna låg på en medelhög nivå inom både hemvård och särskilt boende (22 % respektive 38 %), jämfört med kvinnor i olika yrkesgrupper (**figur 13**). Även för denna kroppsregion var förekomsten vanligare inom särskilt boende än inom hemvården.



Figur 13. Andel kvinnor (%) i olika yrkesgrupper som rapporterat besvär från armbåge/hand de senaste 7 dagarna. Hemvård (blå stapel) består av 49 kvinnor från två hemtjänstenheter och särskilt boende (grön stapel) består av 72 kvinnor från två enheter.

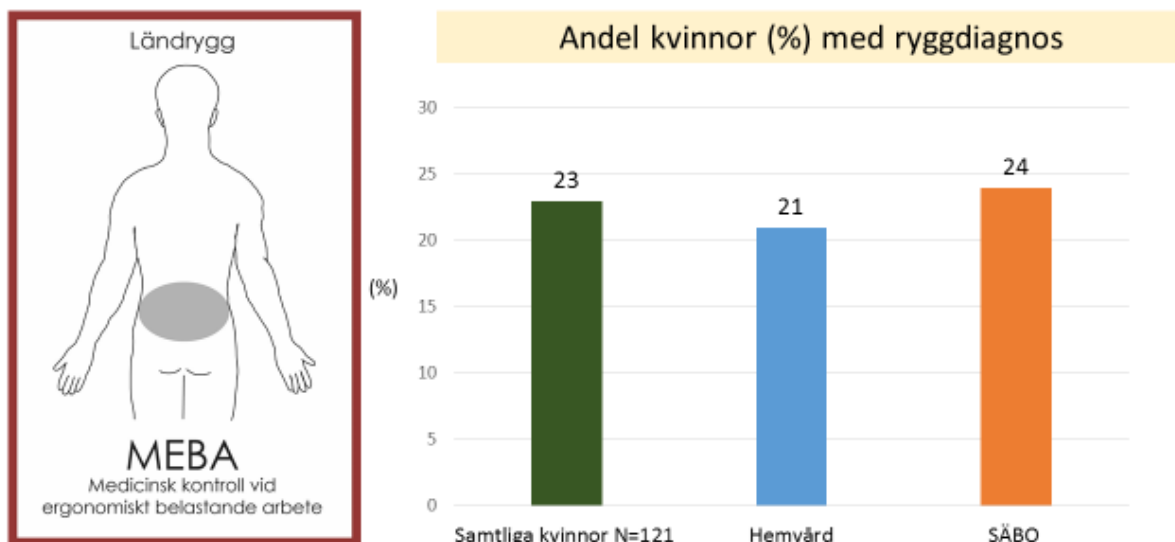
Ländrygg: Förekomsten av ryggbesvär de senaste sju dagarna låg på en extremt hög nivå inom både hemvård och särskilt boende (**figur 14**). Nittio procent inom hemvården och 85 % inom särskilt boende rapporterade att de hade haft besvär från ländryggen någon gång under senaste året (ej i figur), vilket är de högsta frekvenserna av alla våra undersökta yrkesgrupper. Över hälften i båda grupperna (51 % respektive 53 %) hade haft ryggbesvär under de senaste sju dagarna, vilket också är de högsta frekvenserna bland våra undersökta yrkesgrupper (**figur 14**). Cirka 75 % av dem med besvär senaste året rapporterade också påtagliga problem; dvs. de angav hög frekvens och/eller intensitet av besvären (ej i figur).



Figur 14. Andel kvinnor (%) i olika yrkesgrupper som rapporterat besvär från ländryggen de senaste 7 dagarna. Hemvård (blå stapel) består av 49 kvinnor från två enheter, och särskilt boende (grön stapel) består av 72 kvinnor från två enheter

Klinisk undersökning av ländryggen (MEBA Ländrygg)

I hela undersökningsgruppen (båda kommunerna) fick 29 kvinnor (23 %) någon ländryggsdiagnos (**Figur 18**). De vanligaste diagnoserna var Lumbago (12 %) och Ischias (11 %). Lumbal nervrotspåverkan (tecken på disksymtom/diskbråck) var relativt ovanligt (4 %). Samma person kan ha mer än en diagnos



Figur 18. Andel (%) med någon ländryggsdiagnos hos kvinnor i hela undersökninggruppen (n=121), samt hos kvinnor på hemvården (n= 53) respektive särskilt boende (n=76).

Besvärsförekomst i de olika enheterna

Det fanns ingen större skillnad i besvärsförekomst mellan hemvårdsenheterna i **kommun 1** och **kommun 2**, för någon kroppsregion. Inom särskilt boende skiljde det sig inte heller nämnvärt mellan kommunerna avseende besvär från nacke/axlar, armbåge/hand eller knä/fötter. Däremot var förekomsten av ryggsproblem betydligt högre inom särskilt boende i **kommun 2** jämfört med **kommun 1**. Detta gällde både förekomst av ryggsbesvär de senaste sju dagarna (64 % jämfört med 40 %) och ryggsdiagnoser (31 % jämfört med 17 %).

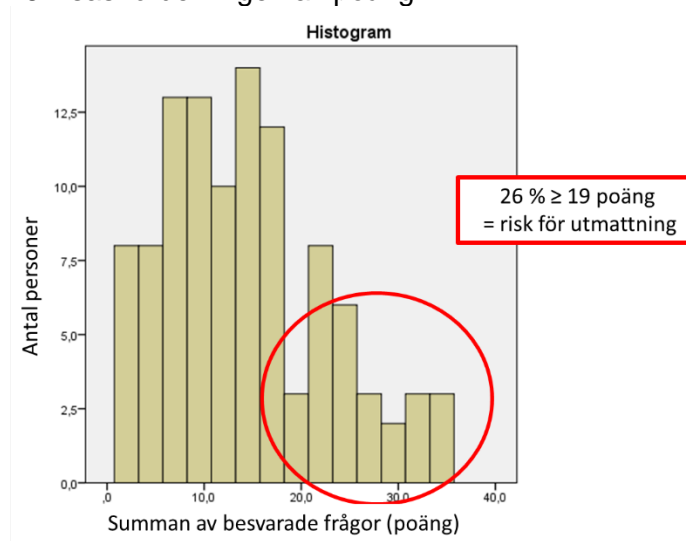
Risk för utmattning

Karolinska självskattningstest för utmattningssyndrom (KEDS) visade att en betydande andel (26 %) av samtliga undersökningsdeltagare i båda kommunerna (antal svarande = 106) hade risk för utmattningssyndrom. I en referentpopulation bestående av 745 personer ligger motsvarande andel på 13 % (3). I **figur 19** visas fördelningen av poäng.

Nio frågor om:

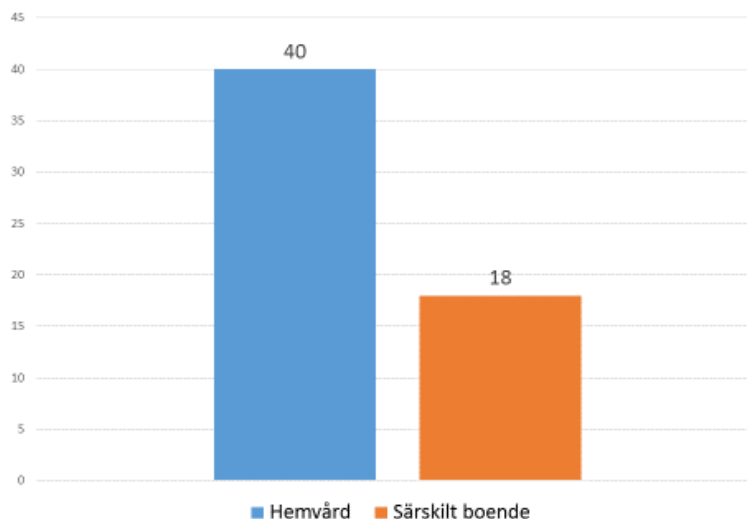
- Koncentrationsförmåga
- Minne
- Kroppslig uttrötthet
- Uthållighet
- Återhämtning
- Sömn
- Överkänslighet för sinnesintryck
- Upplevelsen av krav
- Irritation och ilska

Svarsalternativ 0 – 6 (poäng) för varje fråga



Figur 19. Karolinska självskattningstest för utmattningssyndrom, KEDS. Fördelning av 106 personers poäng, baserat på nio frågor med 7 olika svarsalternativ, där ett högre värde representerar mer allvarliga besvär. Vid 19 poäng eller högre anses det föreligga risk för utmattningssyndrom.

Andelen personer med risk för utmattning var betydligt högre inom hemvården än inom särskilt boende (**figur 20**).



Figur 20. Andel (%) med risk för utmattningssyndrom inom hemvård (n=43) och särskilt boende (n=63).

Trivsel och vilja att arbeta kvar

I **kommun 1** (både hemvård och särskilt boende) angav nästan samtliga att de trivdes ofta eller alltid på arbetsplatsen (**Tabell 3**). En klar majoritet (72 % inom hemvård och 82 % inom särskilt boende) svarade "ja kanske" eller "ja absolut" på frågan om de ville arbeta kvar på nuvarande arbetsplats om fem år.

På hemvårdsenheten i **kommun 2** var det drygt hälften av personalen som trivdes ofta eller alltid, och en hög andel (62 %) uttryckte en ovilja eller tveksamhet att arbeta kvar på nuvarande arbetsplats om fem år (**Tabell 3**). Inom särskilt boende svarade 90 % att de trivdes ofta eller alltid, och 63 % var positiva till att arbeta kvar på nuvarande arbetsplats om 5 år (37 % uttryckte tveksamhet till detta).

Tabell 3. Trivsel och vilja att arbeta kvar hos personal inom hemvård och särskilt boende i kommun 1 och kommun 2.

	Kommun 1		Kommun 2	
	Hemvård	Särskilt boende	Hemvård	Särskilt boende
Trivs du i stort sett på din arbetsplats? (%)				
Aldrig	0	0	0	0
Sällan/ibland	5	6	46	10
Ofta/alltid	95	94	54	90
Känns det idag som du vill arbeta kvar på nuvarande arbetsplats om fem år? (%)				
Nej, absolut inte/ Nej, tror inte det	28	18	62	37
Ja kanske/ Ja absolut	72	82	38	63

Individ- och livsstilsfaktorer

Det fanns skillnader i livsstilsfaktorer mellan personalen i de två kommunerna och de olika enheterna (se **tabell 4**). Skillnaden var mest påtaglig avseende andelen dagliga rökare; med en spridning från 6 % på särskilt boende i **kommun 1** till 46 % på särskilt boende i **kommun 2**.

Tabell 4. Individ- och livsstilsfaktorer hos personal inom hemvård och särskilt boende, från kommun 1 och kommun 2.

	Samtliga deltagare	Kommun 1		Kommun 2	
		Hemvård	Särskilt boende	Hemvård	Särskilt boende
Tid för egen återhämtning					
< 1 tim/dag (%)		20	9	27	14
Hemarbete					
≥ 21 tim/vecka (%)		30	34	19	28
Träning/fysisk aktivitet					
Stillasittande fritid (%)		15	0	22	14
Dagliga rökare (%)		20	6	35	46
BMI (poäng) medel		25	25	26	27

SAMBANDSANALYSER

Samband mellan risken för utmattning respektive förekomsten av ryggdiagnos har analyserades i förhållande till den upplevda arbetsmiljön och individ- och livsstilsfaktorer (totalt 22 variabler). Vi använde Poisson regression för univariat och multivariat metodik. Först analyserades en variabel i taget för univariata samband. Därefter lades alla variabler med p-värde $< 0,3$ in i modellen för en multivariat analys. Analysen upprepades gång på gång, med stegvis utslagning av de variabler som hade högst p-värde ("backward selection"). I den slutliga modellen hade alla kvarstående variabler ett p-värde under 0.1. Dessa variabler ansågs ha de starkaste sambanden med risken för utmattning respektive förekomsten av ryggdiagnos

Analyserna utfördes på individnivå och omfattar samtliga undersökningsdeltagare i studien. Av denna anledning kunde inte resultaten av de tekniska mätningarna av fysisk arbetsbelastning tas med i analyserna, eftersom dessa bara omfattar en mindre andel av personalen. För att bedöma eventuella samband med den fysiska arbetsbelastningen har vi istället använt resultaten från de enkätfrågor som beskrivs i metoddelen.

Eftersom detta är en tvärsnittsstudie kan vi inte uttala oss om orsak och verkan, dvs. vi vet inte om arbetsmiljön orsakade risk för utmattning respektive ryggdiagnos, eller om dessa tillstånd påverkade svaren i enkäten. Eventuellt planeras en kommande uppföljningsenkät som skulle kunna ge mer information om orsakssamband.

Risk för utmattning

De univariata analyserna visade att följande faktorer hade statistiskt signifikanta samband med risken för utmattning: Arbete inom hemvård, upplevelse av höga kvantitativa, generella och kvalitativa krav, missnöje med tidsplaneringen, lågt stöd från närmaste chef, missnöje med datorarbete, påfrestande arbetsställningar, dålig trivsel, tveksamhet att stanna kvar på nuvarande arbetsplats om 5 år, samt stillasittande fritid (brist på motion).

Den multivariata analysen visade att *lågt stöd från närmaste chef* (PR 1,65; CI 1,24 – 2,21), *höga kvantitativa krav* (PR 1,55; CI 1,01 – 2,37), och *höga generella krav* (PR 1,48; CI 0,96 – 2,27) var de faktorer som visade de starkaste sambanden med risken för utmattning.

Ålder, anställningstid, typ av anställning, tjänstgöringsgrad (dvs. antal arbetstimmar per vecka), antal besök hos omsorgstagare med både service och omvårdnadstjänster, bmi, tid för egen återhämtning, hemarbete, daglig rökning, ryggdiagnos, och lyft/fysisk aktivitet i arbetet visade inga samband med risken för utmattning.

Ryggdiagnos

De univariata analyserna visade att lång anställningstid, hög tjänstgöringsgrad (høgt antal arbetstimmar per vecka), höga kvalitativa krav, stillasittande fritid, daglig rökning och lyft/hög fysisk aktivitet i arbetet hade samband med förekomsten av ryggdiagnos.

Den multivariata analysen visade att *hög tjänstgöringsgrad* (timmar/vecka; PR 1,10; CI 1,03 – 1,18), *lång anställningstid* (antal år; PR 1,03; CI 1,00 – 1,06), samt *daglig rökning* (PR 2,22; CI 1,10 – 4,46) var de faktorer som visade starkast samband med förekomsten av ryggdiagnos.

Vi fann inga sådana samband för arbete i hemvård vs. särskilt boende, ålder, typ av anställning, kvantitativa och generella krav, tidsplanering, antal besök hos omsorgstagare med både service och omvårdnadstjänster, stöd från närmaste chef, datorarbete, arbetsställningar, trivsel och vilja att stanna kvar i arbetet, BMI, hemarbete, tid för egen återhämtning och risk för utmattning.

INTERVJU OM ARBETET

Samtliga undersökningsslagare fick vid intervjun besvara ett antal öppna frågor om arbetsmiljön. Nedan presenteras frågorna och en sammanfattning av de vanligaste svaren från deltagarna. Svaren är grupperade efter teman med likartat innehåll och presenteras separat för enheterna inom hemvård och särskilt boende. Antalet personer som framfört synpunkterna inom dessa teman anges inom parentes. Omsorgstagare förkortas till "OT".

Hemvård (53 personer)

De positiva faktorer som lyftes upp var att arbeta med människor, att få hjälpa andra och att känna sig behövd och uppskattad av omsorgstagarna. Andra positiva faktorer var bra arbetskamrater, och att få frisk luft och fysisk aktivitet i arbetet.

Mer än 75 % procent (41 av 53 personer) angav att stress och tidsbrist var negativa faktorer i arbetsmiljön. Tiden för varje omsorgstagare upplevdes vara för kort, vilket medförde stress och en känsla av att inte kunna göra ett bra arbete. Tungt lyft och förflyttningar av omsorgstagare, omvårdnad i och bäddning av låga sängar, samt att köra rullstol var de faktorer som upplevdes mest belastande för kroppen.

På en av enheterna fanns ett stort missnöje med planeringssystemet, med långa avstånd mellan omsorgstagarna och för kort planerad restid. På samma enhet fanns det också ett större missnöje med den psykosociala arbetsmiljön, och med brist på uppskattning och stöd från cheferna. På den andra enheten påtalades att hög sjukfrånvaro i personalgruppen ökade arbetsbelastningen på dem som var i tjänst. Personalens förslag till åtgärder var mer personal och mer "luft i schemat", att arbeta för en bättre psykosocial arbetsmiljö, ergonomiska förbättringar och ett bättre planeringssystem.

"Vad är positivt med ditt arbete?"

Omsorgstagarna,
att arbeta med människor

(32 personer)

Arbetskamraterna
(22 personer)

Att få hjälpa andra, känna att
man behövs
(23 personer)

Frisk luft, fysisk aktivitet
(15 personer)

- Tycker om att arbeta med människor
- Roligt att möta de äldre
- Möta människor i hemmet, att se många öden
- Arbetskamraterna, man ställer upp för varandra
- Trevliga kolleger – vi peppar varandra
- Ett gott skratt med arbetskamraterna
-
- Komma ut och hjälpa dem som behöver hjälp
- Att få hjälpa andra, att göra nytta
- De blir glada när man kommer, man kan förgylla deras dag
- Känna att man behövs
-
- Tycker om att cykla, få frisk luft
- Ute med vårdtagarna

”Vad är negativt med ditt arbete?”

<p>Stress och tidsbrist, att inte räckta till (40 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • För många besök, man hinner inte med – dålig kvalitet • Påfrestande att arbeta mot sin känsla, vill ha tid med OT, men det finns inte. Allting är styrt av klockan • Vi är så stressade, de får inte den tid de blivit lovade • Att man inte räcker till
<p>Dålig planering, långa förflyttningar, för kort restid (18 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • När man inte har tillräckligt med tid pga. dålig planering • Jättestressigt när man skickas fram och tillbaka över stan • Dålig planering, som ger långa avstånd mellan OT. • Man kommer sent till OT och det hänger i hela dagen
<p>Alkoholproblem hos OT, OT som inte mår bra (9 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vissa OT blir jobbiga eller krävande, eller sorgligt döende • Om inte OT mår bra vill de avreagera sig på personalen • Människor som är berusade tar mycket tid; de andra får mindre hjälp
<p>Sjukfrånvaron, ofta svårt med vikarier (9 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukfrånvaron i personalgruppen; det ger dubbel arbetsbelastning för de andra • Inga vikarier – stressande
<p>Arbetstiderna (7 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetstiderna • Ibland svårt att lägga in extratimmarna (TTF) • Delade turer
<p>Oväntade händelser (6 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • När det händer oförutsedda saker t ex ambulans till OT, då faller allting ... • När larmet ringer, speciellt helger

”Vilka arbetsmoment är mest belastande för din kropp i ditt arbete?”

<p>Tunga lyft, förflyttningar, trånga utrymmen (29 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alla personförflyttningar, speciellt tunga OT • Dubbelbemanning, man skall synka – det är svårt • OT med stroke, som spjärnar emot, spänner emot • Dåligt utrymme på toalett/dusch – svårt och tungt • Förflyttningar från säng till stol, från rullstol till toa, dra upp i sängen, dra upp i rullstol
<p>Låga sängar, bäddning och omvårdnad i sängen (19 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De som har för låga sängar (man får böja sig) • Klä på i sängen, sätta på blöja, bädda i låg säng • Lyfta och vrida (vändningar) i sängen
<p>Köra rullstol (13 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jättejobbigt att köra rullstol • Vissa rullstolar tunga att köra, svåra att styra
<p>Bära kassar/gå i trappor (10 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Handla, bära kassar från affären, uppför trapporna
<p>Ta på stödstrumpor, påklädning (11 personer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta på skor och stödstrumpor • Sitta på huk, upp och ned – jobbigt för knäna

”Förslag till förbättrande åtgärder”

Mer personal, mer luft i schemat, mer tid till OT (18 personer)

- Alltid ordentligt bemannat, gäller speciellt helger
- För att undvika sjukskrivningar bör man investera i det som ledningen kallar ”tomtid”, dvs mer luft i schemat.
- Utrymme för oförutsedda händelser
- Mer tid till OT

Förbättrad psykosocial arbetsmiljö, mer stöd/uppskattning från ledningen (14 personer)

- Visa uppskattning till medarbetarna
- Göra personalen delaktig, så att man känner sig motiverad
- Möten/träffar när man får prata om psykiskt jobbiga saker: att få ”prata av sig”.

Ergonomiska förbättringar (10 personer)

- Se över arbetsställningar – uppdatering av hjälpmedel
- Lift till de sängliggande OT
- Tillräckligt med cyklar, cyklarna är alltid i dåligt skick.

Bättre planering, mer tid till förflyttningar (10 personer)

- Att de som planerar dagens besök försöker lägga OT närmare varandra.
- Att man går till samma OT varje dag.
- Se över planeringen så att det finns tid att slappna av
- Mer tid till förflyttningar

Särskilt boende (76 personer)

Undersökningsdeltagarna på särskilt boende lämnade många positiva kommentarer om sitt arbete. En majoritet av personalen angav att arbetskamraterna och kontakten med omsorgstagarna (OT) och arbetskamraterna var positiva faktorer i arbetet. Andra positiva faktorer var att få hjälpa andra och att känna sig behövd. Flera angav spontant att de trivdes på jobbet.

En majoritet av personalen angav dock att stress var en negativ faktor i arbetet. Underbemanning/ personalbrist i kombination med allt fler kringuppgifter, t ex städning, disk, uppackning av varor och dokumentation, upplevdes som stressande. Många ansåg att kringuppgifterna medförde att det var svårt att hinna med omsorgstagarna på det sätt som de skulle vilja. Mer än hälften upplevde att krävande och oroliga omsorgstagare, samt risken för fallolyckor, var psykiskt påfrestande.

Många upplevde också att arbetet var tungt och slitsamt för kroppen. Personalen beskriver en lång rad olika arbetsmoment som upplevdes belastande, t ex olika typer av förflyttningar, vändningar och omsorgsarbete i sängen. Belastningarna upplevdes särskilt ansträngande när omsorgstagarna spjånade emot, eller inte kunde medverka.

Personalens förslag till åtgärder för att förbättra arbetsmiljön var att anställa mer personal, för omsorgsarbetet och/eller städpersonal eller vaktmästare. Det framkom också önskemål om olika ergonomiska hjälpmedel.

”Vad är positivt med ditt arbete?”

Arbetskamraterna
(46 personer)

- Trivs med arbetskamraterna – vi hjälps åt
- Bra arbetskamrater
- Sammanhållning

Att arbeta med de gamla, man
får mycket tillbaka
(45 personer)

- Roligt att jobba med dementa och gamla
- Man får tillbaka mycket från de gamla
- De gamla är goa att jobba med
- Kontakten med OT
- Man känner sig behövd

Roligt arbete, trivs på jobbet
(28 personer)

Att få hjälpa de gamla
(18 personer)

- Gillar att hjälpa de äldre – ge dem trygghet
- Man kan ge något, hjälpa någon annan
- Göra en meningsfull vardag för de gamla, i slutet av livet

Varierande arbete
(11 personer)

- Varierande jobb
- Ingen dag är den andra lik

”Vad är negativt med ditt arbete?”

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Krävande och oroliga dementa, många larm, fallrisk
(36 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • När många larmar samtidigt • Oroliga OT, som larmar hela tiden • Dementa som blir aggressiva (det är deras sjukdom) • Många rörelselarm - stor fallrisk. • Förr: OT var bältade och hade grindar. Nu: mindre personal och inga säkerhetsbälten |
| <p>Många extra uppgifter som inte har med OT att göra, det ger stress.
(25 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi har jättemycket mer att göra nu. Då: inget städ, ingen disk, vaktmästare körde ner sopor och disk, vi skötte OT. Det fanns städerskor, vaktmästare, fler sjuksköterskor, all mat kom färdigt. Nu: tvätt, städning, diskning, beställa mat, datorarbete • Man åläggs mer och mer, men personalgruppen är samma • Man har inte tid att vara med de gamla pga. kringuppgifter |
| <p>Stress
(23 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ont om tid – ont om personal • Önskar vi hade mer tid med OT – för promenader, mm • Man känner sig otillräcklig |
| <p>Underbemanning svårt med vikarier
(21 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • För lite personal, underbemanning, många sjuka • För hög arbetsbelastning • Svårt få vikarier – påfrestning på de som är kvar • Stressigt att lära upp vikarier (man får dubbelkolla allt) • När det är för lite personal (många nya), hinner inte med |
| <p>Det är ett tungt arbete, slitsamt för kroppen
(17 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Det är ett tungt arbete • När vi har tunga OT • Det är slitsamt för kroppen • Jobbigt med stödstrumpor |
| <p>Psykiskt tungt
(13 personer)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • När OT går bort, det är jobbigt känslomässigt • Skit från anhöriga, negativa kolleger • Psykiskt tungt när OT eller anhöriga inte är nöjda |

”Vilka arbetsmoment är mest belastande för din kropp i ditt arbete?”

Förflyttningar (34 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Förflyttning av OT från säng till rullstol, från rullstol till toa • Ta under armarna vid uppresning, hjälpa att resa upp • När man skall hjälpa OT upp från liggande till sittande i säng utan lyfthjälpmedel (tyngst) • Lyfta upp benen hos sittande OT, som ska lägga sig
Vändningar/omvårdnad av OT i sängen (28 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Hjälpa längre upp i säng med och utan draglakan • Personlig omvårdnad och förflyttningar i sängen • Vända för att få bort selen bakom rygg och under lår (flera gånger per OT och dag) • Vändningar i säng, när OT inte hjälper till
Förflyttning av OT som inte medverkar (20 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Hjälpa OT att resa sig från rullstol, speciellt dementa som inte förstår och spjärnar emot • Orörliga, stela eller ostadiga OT
Extrauppgifter utöver omvårdnadsarbetet (9 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Släpa sopsäckar och tvättkorgar i korridorerna • Matleverans (bära backar), att lyfta blöjkartonger mm. • Städning av golv – slitna golv gör det svårstädat • Tömma diskmaskin
Hantering av golvliftar (9 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Golvliftarna är tunga att skjuta • Vridningar när man kör golvliftar och rullstol
Dra på stödstrumpor, ta på skor (8 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Dra på och av stödstrumpor (armar/axlar) • Ner på golvet och ta på stödstrumpor, skor

”Förslag till förbättrande åtgärder”

Mer personal (36 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Mer personal • Mer personal eller mindre antal OT. • Att ha någon som sköter städ (allmänna ytor), vaktmästare och kökspersonal • Långsiktig planering av bemanningen
Bättre ergonomi (hjälpmedel, utrustning och materiel) (18 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Tvättkorgar med hjul • Städning; bättre golv och bättre städredskap • Lyfthjälpmedel till tunga ben • Fler takliftar, sätt upp skenor i samtliga lägenheter • Längre toastolar så man kan komma över med ”mobiletten”. • Hjälpmedel för att ta på stödstrumpor – finns inte! • Återkommande fortbildning i förflyttningsteknik • Byta upp sig tidigare avseende hjälpmedel, när OT blir sämre – ta steget tidigare i vårdplanen
Ta bort kringuppgifter, så att vi får mer tid till OT (13 personer)	<ul style="list-style-type: none"> • Få bort kringuppgifterna (trädgård, upppackning av varor, städ, data mm.) • Man skall få ägna sig åt OT, på sin arbetstid, inte annat.

DISKUSSION

För en god kvalitet i äldreomsorgen behövs god hälsa och välbefinnande hos personalen. De flesta av våra undersökningsdeltagare är undersköterskor, som utbildats för omsorgsarbete. I intervjuerna beskrev många att kontakten med de äldre, att kunna hjälpa andra och känna att man behövdes, var positiva faktorer i arbetet. Att kunna ge en god omsorg är viktigt för personalens trivsel och välbefinnande. I denna undersökning har vi funnit många sådana positiva faktorer, men också identifierat tydliga riskfaktorer och förbättringsområden. Vi hoppas att resultaten av undersökningen kan vara grund för förebyggande åtgärder.

Vi har undersökt arbete och hälsa hos äldreomsorgspersonal från två kommuner. Rekryteringen av de undersökta enheterna gjordes av kommunerna själva. I efterhand har vi fått veta att i **kommun 1** fick intresserade enhetschefer själva anmäla att de ville delta i vår undersökning, medan ledningen i **kommun 2** valde ut enheter med förbättringsbehov. Sannolikt kan dessa skillnader i rekrytering förklara en del av kontrasterna mellan våra undersökta grupper.

Tidspress (kvantitativa krav), omsorgstyngd och stress

Personal inom hemvården i båda kommunerna besökte ett mycket stort antal omsorgstagare en vanlig vecka. Antalet var betydligt högre än genomsnittet för referentpopulationen i CAMM-studien (**1**), som omfattade 346 personer som arbetade inom hemtjänst i både privat och kommunal regi. I vår studie var det 68 % av personalen inom hemvården, och 59 % inom särskilt boende som upplevde hög tidspress (höga kvantitativa krav) kopplat till omsorgstagarna. I CAMM studien konstaterades samband mellan besök hos många omsorgstagare (>10 per vecka) och upplevd tidspress (höga kvantitativa krav). Enligt samma rapport indikerar tidspress för låg bemanning.

I CAMM-studien påtalas att den totala omsorgstyngden för personalen också påverkas av vårdbehovet hos omsorgstagarna, dvs. om alla eller flertalet har demens/psykisk ohälsa eller svåra fysiska sjukdomar. En stor andel omsorgstagare med svåra sjukdomar ökar omsorgstyngden. I denna studie har vi dock inte ställt frågor om vilken typ av omsorgstagare som personalen hemvården besöker, och kan inte uttala oss om detta.

En annan faktor som påverkar stress och arbetsbelastning är tidsplaneringssystemet. Särskilt inom hemvården i **kommun 2** fanns ett missnöje med nuvarande planeringssystem, med långa förflyttningar fram och tillbaka och för kort planerad restid.

Inom särskilt boende har vi inte samma jämförelsematerial avseende antal omsorgstagare och omsorgstyngd. Även personalen inom särskilt boende rapporterade dock både höga kvantitativa och kvalitativa krav, och vid intervjuerna framkom att många upplevde stress som en negativ faktor i arbetsmiljön. Det finns därför skäl att tro att deras arbetsbelastning också ligger på för hög nivå. Många i personalen påtalade att det tillkommit många olika arbetsuppgifter som inte hade med omsorgstagarna att göra (t.ex. städning, arbete i köket, uppackning av varor, dokumentation) och att detta upplevdes stressande. En kvinna uttryckte det såhär: "Det läggs mer och mer uppgifter på personalen, men det blir inte fler personal". En annan kvinna menade att "Man har inte tid att vara med de gamla pga. alla kringuppgifter".

Kvalitativa krav (arbetets svårighetsgrad)

Det var stora skillnader mellan våra två kommuner i personalens upplevda svårighetsgrad i arbetet, dvs. upplevelsen av motstridiga krav, att klara oväntade händelser, att fatta snabba och svåra beslut samt känslan av för stort ansvar för omsorgstagarna.

De kvalitativa kraven påverkas av omsorgstyngden (denna skulle kunna skilja sig mellan våra två hemvårdsenheter, men som tidigare nämnts saknar vi uppgifter om detta). Om man har många omsorgstagare med psykisk ohälsa/demens kan man i högre grad räkna med oväntade händelser, samt att behöva fatta egna snabba/svåra beslut. Det är då extra viktigt att det finns utrymme för oförutsedda händelser i den dagliga tidsplaneringen. De kvalitativa kraven påverkas också av det organisatoriska stöd som finns i verksamheten, bl. a. i form av

handledning och teamarbete. Flera personer i **Kommun 2** önskade – och saknade - möjlighet att "få prata av sig", och önskade möten/träffar när man fick prata om psykiskt jobbiga saker.

Fysisk arbetsbelastning

De tekniska mätningarna visade att arbetet innebar mycket påfrestande arbetsställningar för både nacke, rygg och armar. Personalen inom särskilt boende hade generellt högre belastningar än inom hemvården. Den höga fysiska belastningen kan lätt missas när man enbart observerar arbetet, troligen på grund av att många uppgifter har en "vardaglig" karaktär, t ex vid tvätt, städning och arbete i köket. Vid intervjuerna gav personalen en lång rad exempel på fysiskt tunga arbetsmoment. En kvinna uttryckte det så här: "Att lyfta/förflytta tunga omsorgstagare – det är alldeles för tungt för oss".

Våra mätmetoder fungerar utmärkt för att objektivt registrera arbetsställningar och rörelser under arbetet. Det finns dock en begränsning, eftersom vi inte kan fånga de höga, mycket kortvariga belastningar som förekommer vid lyft och förflyttningar av omsorgstagare. (Sådana belastningar "drunknar" i den stora mängd registreringar vi får under mätperioden). Lyft och förflyttningar av omsorgstagare innebär alltså ytterligare riskfaktorer för ryggsbesvär, som inte ingår i våra mätningar. Enligt SBU rapporten om "Arbetsmiljöns betydelse för ryggsproblem" (10) finns vetenskapligt stöd för att personer som arbetar med manuell hantering (t ex lyft), arbetar med böjd eller vriden rygg, arbetar på knä eller på huk, eller har ett fysiskt ansträngande arbete, utvecklar mer ryggsbesvär än andra. Personal inom äldreboenden har samtliga av dessa riskfaktorer.

De höga kvantitativa kraven, med många besök och tidspress, kan förstås också påverka den fysiska arbetsbelastningen, pga. fler förflyttningar, fler lyft och fler omsorgstagare att hjälpa på olika sätt.

Personalens hälsa; besvär från rörelseorganen och risk för utmattning

Drygt 60 % av samtliga undersökningsdeltagare angav att nuvarande arbete hade gjort deras hälsa något eller mycket sämre, vilket är betydligt högre än hos referentpopulationen.

En mycket stor andel av personalen hade besvär från muskler och leder. Förekomsten av ryggsbesvär var extremt hög. De faktorer som visade starkast samband med ryggsbesvär var lång anställningstid och en hög tjänstgöringsgrad. Det fanns däremot inga samband mellan ålder och ryggsdiagnos, vilket talar för att det är en "hög dos" av arbete i äldreomsorgen som påverkar förekomsten av ryggsbesvär, snarare än ökad ålder. Våra tekniska mätningar av ryggsbelastningarna kunde inte ingå i våra statistiska analyser, men ganska uppenbart har ryggsbesvären också samband med de höga ryggsbelastningar som förekommer i arbetet.

Fyrtio procent av personalen inom hemvården hade enkätsvar som indikerar risk för utmattningssyndrom. Detta är en oroväckande hög andel och det finns stor risk för sjukskrivningar och även försämrad kvalitet i arbetet. Våra statistiska analyser visade att lågt stöd från närmaste chef samt tidspress, stress och små möjligheter att varva ner under arbetsdagen (kvantitativa krav och generella krav) var de faktorer som hade starkast samband med risken för utmattning. Det är således angeläget med snara åtgärder för att minska stressen och öka stödet från ledning och organisation. Andelen med risk för utmattning inom särskilt boende var betydligt lägre. Att risken för utmattning var större inom hemtjänsten än inom särskilt boende kan ha olika förklaringar. Det finns vetenskapligt stöd för att personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom än andra (11). Det finns också stöd för att personer som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen, utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom (11). Mer ensamarbete, tidsplanering med snäva tidsmarginaler och långa transporter (kanske också hög omsorgstygnd) samt känslan av att inte hinna göra det arbete man skulle vilja kan vara faktorer som bidrar till en särskilt pressad arbetssituation inom hemvården.

Individ och livsstilsfaktorer

Det var stora skillnader avseende livsstilsfaktorer hos personalen på de fyra undersökta enheterna. Det mest påtagliga problemet var rökvanorna hos personalen i **kommun 2**; nästan hälften inom särskilt boende och en tredjedel inom hemvården var dagliga rökare. Daglig rökning var också en av de faktorer som hade starkast samband med ryggsdiagnos i vår studie. En del av personalen var fysiskt inaktiva på fritiden, vilket möjligen kan förklaras av att det krävdes en hel del fysisk aktivitet på jobbet (hemvårdspersonalen cyklar och personalen inom särskilt boende går och står hela dagarna). Det är ändå viktigt att på olika sätt stimulera till fysisk träning på fritiden (framför allt individanpassad styrketräning) eftersom det kan ge välbehövliga fysiska reservkrafter när man har ett tungt arbete. Liksom för rökning kan fysisk inaktivitet på fritiden ha samband med ryggsbesvär.

Åtgärdsdiskussion

Som arbetsgivare finns stöd att hämta i Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (12) som tar sikte på bl.a. hur ohälsa på grund av arbetsbelastning kan förebyggas. Enligt föreskriften ska arbetsgivaren ansvara för att arbetstagarna inte har en ohälsosam arbetsbelastning och att resurserna är anpassade efter kraven i arbetet. Det kan bland annat handla om möjligheten till återhämtning och att ge arbetstagaren inflytande över arbetssätt och prioriteringar. En väg för arbetsgivaren kan vara att analysera tidigare eller göra nya riskbedömningar av arbetsförhållandena, och då med särskilt fokus på hemvårdens upplevda risk för utmattnings. Det blir viktigt att vid riskbedömning ta in helheten i de olika verksamheterna, både de fysiska, organisatoriska och sociala förhållanden. I föreskriften (12) beskrivs att uppgifter som innebär krav i form av en viss arbetsmängd och svårighetsgrad behöver vägas upp med resurser i form av bland annat ökad bemanning och utbildning.

Det finns faktorer som skiljer sig mellan friska och mindre friska verksamheter inom kommuner och landsting (13). Man kan se att förhållanden som präglar friska verksamheter går att påverka på organisationsnivå utan att stora resurser tillskjuts, och genom detta kan det göras hälsovinster bland de anställda. Man har t ex sett skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting i kunskap om sjukfrånvaron i organisationen och i anpassning av arbetet under perioder då medarbetare har nedsatt arbetsförmåga. De friska organisationerna tycks också ha större flexibilitet och mer kontakter med andra aktörer vid t ex rehabiliteringsbehov. Detta är faktorer vi inte tittat närmare på i undersökningen men som med fördel kan tas med i arbetsgivarens fortsatta systematiska arbetsmiljöarbete.

För äldrevården finns mer specifika förslag till åtgärder i rapporten "En långsiktigt hållbar hemtjänst (del 2): Förslag på hur kommuner kan förbättra omsorgskvaliteten och förebygga arbetskraftsbrist hos utförare av hemtjänst" (14). De rekommendationer som ges i rapporten är bland annat att *kartlägga omsorgstyngden* inom olika enheter, dvs. bedöma antal besök per vecka, hur hög andel omsorgstagare med stora behov (t ex vid psykisk ohälsa/demens), samt geografiska områden och förflyttningstider. Utifrån denna kartläggning fördelas resurser (framför allt bemanning) inom kommunen; *ju högre omsorgstyngd desto mer resurser*. Vid hög omsorgstyngd är det särskilt viktigt med marginaler för oväntade händelser. Dessutom rekommenderas regelbunden utvärdering och uppföljning om resurserna är tillräckliga, genom enkätundersökningar där personalens tillfrågas om upplevd tidspress och kvalitativa krav. Motsvarande åtgärdsprogram kan modifieras för att passa inom särskilt boende.

I båda kommunerna var personalens egna förslag till förbättrande åtgärder framför allt att anställa mer personal, för att få mer tid för de äldre och minska tidspressen. Inom särskilt boende (båda kommunerna) önskade man ha mindre kringuppgifter dvs. mindre städ-, kök- och vaktmästaruppgifter. Inom hemvården i **kommun 2** önskade man förbättringar av den psykosociala arbetsmiljön (mer stöd och uppskattning från chefer, samt ökad delaktighet) samt ett bättre planeringssystem.

REFERENSER

1. Målqvist I. En långsiktigt hållbar hemtjänst. Utmaningar och möjligheter för den kommunala styrningen. Del 1: Projektbeskrivning och resultat. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms Läns Landsting. Rapport 2015:4. <http://camm.sll.se/rapporter-och-faktablad/rapporter>.
2. Besér A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren Å, Åsberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol.* 2014;55(1):72-82.
3. Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion – a cross-sectional comparison of a new instrument with similar contemporary tools. *BMC Public Health* 2016;16:350.
4. Hansson G-Å, Arvidsson I, Ohlsson K, Nordander C, Mathiassen SE, Skerfving S. Precision of measurements of physical workload during standardised manual handling. Part II: Inclinometry of head, upper back, neck and upper arms. *J Electromyogr Kinesiol* 2006;16:125-36.
5. Nordander C, Hansson G-Å, Ohlsson K, Arvidsson I, Balogh I, Strömberg U, Rittner R, Skerfving S. Exposure-response relationships for work-related musculoskeletal disorders in neck and shoulders – a meta-analysis of uniform data sets. *Applied Ergonomic* 2016;55:70-84.
6. Hansson G-Å, Arvidsson I, Nordander C. Riktvärden för att bedöma risken för belastningsskador, baserat på tekniska mätningar av exponeringen. Arbets- och miljömedicin Syd, Rapport nr 4, 2016. <http://sodrasjukvardsregionen.se/amm/rapporter/>
7. Kuorinka I, Jonsson B, Vinterberg H, Biering-Sörensen F, Andersson G, Jörgensen K. Standardised Nordic questionnaires for the analyses of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987; 18, 233-237.
8. Nordander C, Ohlsson K, Åkesson I, Arvidsson I, Balogh I, Hansson G-Å, Strömberg U, Rittner R, Skerfving S. Risk of musculoskeletal disorders among females and males in repetitive/constrained work. *Ergonomics* 2009;52(10):1226-1239.
9. Jonker D, Gustafsson E, Rolander B, Arvidsson I, Nordander C. Health surveillance under adverse ergonomic conditions – Validity of a screening method adapted for the occupational health service. *Ergonomics* 2015;58(9):1519-28.
10. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU Rapport 223/2014.
11. Arbetsmiljöns betydelse för ryggbesvär. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU Rapport 227/2014.
12. Organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. AFS 2015:4.
13. Svartengren M. Hälsa och framtid i kommuner och landsting – ett forskningsprojekt om friska organisationer. Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholm läns landsting. Rapport 2013:1.
14. Målqvist I, Lundin A. "En långsiktigt hållbar hemtjänst (del 2): Förslag på hur kommuner kan förbättra omsorgskvaliteten och förebygga arbetskraftsbrist hos utförare av hemtjänst" (13). Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms Läns Landsting. Rapport 2015:4. <http://camm.sll.se/rapporter-och-faktablad/rapporter>.

Arbete och hälsa hos personal inom hemvård och särskilt boende

Personal inom äldreården har höga och ökande sjukskrivningstal. Som ett led i forskning om arbetsrelaterad ohälsa har vi undersökt arbetsmiljö och hälsa hos personal inom hemtjänst och särskilt boende från i två kommuner (totalt 129 personer från fyra olika enheter). Syftet är att skapa kunskaper som kan omsättas i förebyggande åtgärder.

Samtliga intervjuades om sitt arbete, om eventuella besvär från rörelseorganen, samt deltog i en klinisk undersökning av ryggen. En enkät om verksamhetsspecifika frågor, fysisk och psykosocial arbetsmiljö, självskattningstest för utmattning, samt individ- och livsstilsfrågor besvarades av 88 %. Tekniska mätningar av arbetsställningar och rörelser genomfördes på 12 personer inom hemvård och 12 personer inom särskilt boende.

Resultaten från de fyra undersökta enheterna uppvisade stora skillnader i vissa avseenden – men likheter i andra. I **kommun 1** rapporterade nästan alla att de trivdes på jobbet och en mycket hög andel ville stanna kvar på sin nuvarande arbetsplats om fem år. Samtliga upplevde gott stöd från närmaste chef, och våra resultat tyder på ett gott organisatoriskt stöd. Flertalet var nöjda med tidsplaneringssystemet och livsstilsfaktorerna låg på en bra nivå.

I **kommun 2** var andelen som trivdes på arbetet betydligt lägre, och många var tveksamma till att arbeta kvar om fem år. Det upplevda stödet från närmaste chef var betydligt sämre än i kommun 1. Mer än hälften upplevde höga kvalitativa krav (hög svårighetsgrad i arbetet) vilket kan vara tecken på bristande organisatoriskt stöd och/eller hög omsorgstygnd. Inom hemvården i **kommun 2** fanns också ett stort missnöje med tidsplaneringssystemet. Andelen dagliga rökare var hög.

I **båda kommunerna** rapporterades om en uttalad tidspress och stress. De tekniska mätningarna visade en hög fysisk arbetsbelastning, särskilt för ländryggen. Det fanns tydliga signaler om hälsoproblem hos personalen, med extremt hög förekomst av ryggbesvär jämfört med andra yrkesgrupper som undersökts med samma metod. Ett oroväckande resultat var att en hög andel av personalen inom hemvården klassificerades som att ha risk för utmattning. I båda kommunerna påtalades problem med hög korttidsfrånvaro som ökade belastningen inom arbetsgrupperna.

Vår tolkning av dessa resultat är att ett gott stöd och goda organisatoriska förutsättningar är positiva och viktiga faktorer - *men att detta inte räcker*. De faktiska arbetsförhållanden, med tidsbrist/stress, hög fysisk arbetsbelastning och underbemanning utgör ändå en hög risk för stressrelaterad sjukdom (utmattning), smärta i rörelseorganen (f f a ländryggen), samt arbetsrelaterad sjukfrånvaro.

Rekommendationer

För att minska besvärsförekomsten, säkra en god personalkontinuitet, förebygga sjukfrånvaro och skapa förutsättningar för god kvalitet i omsorgsarbetet är det angeläget med förebyggande åtgärder. Utöver lagstadgade riskbedömningar rekommenderar vi regelbundna kartläggningar av den totala omsorgstygnden i kommunernas olika enheter (dvs. både antal besök och andelen svårt sjuka omsorgstagare), och utifrån detta fördela tillräckliga resurser och bemanning. Det finns också förbättringsområden inom planeringssystem, ergonomi och den psykosociala arbetsmiljön.



Medicinsk service

Labmedicin

Arbets- och miljömedicin Syd

221 85 LUND

Tel: 046-17 31 85

E-post: amm@skane.se

Internet: www.ammlund.se