

2020

Hemtjänstpersonalens arbetsförhållanden – identifiering av hälsoriskfaktorer samt åtgärdsförslag

AFA slutrapport dnr. 150036

Mikael Forsman
Ingela Målqvist
Magnus Alderling
Annika Bergman Rentzhog
Andreas Lundin
Pirjo Savlin
Annika Lindahl Norberg
Liyun Yang
Karin Berglund
Anna Linden
Maria Lindholm
Farhad Abtahi
Carl Lind
Lena Hillert



**Karolinska
Institutet**

Denna rapport citeras enligt följande:

Mikael Forsman, Ingela Målqvist, Magnus Alderling, Annika Bergman Rentzhog, Andreas Lundin, Pirjo Savlin, Annika Lindahl Norberg, Liyun Yang, Karin Berglund, Anna Linden, Maria Lindholm, Farhad Abtahi, Carl Lind, Lena Hillert. 2020. Hemtjänstpersonalens arbetsförhållanden – identifiering av hälsoriskfaktorer samt åtgärdsförslag. AFA slutrapport dnr. 150036. Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm

Innehåll

Sammanfattning.....	4
1 Bakgrund	6
2 Syfte	8
2.1 Specifika mål.....	8
3 Material.....	9
3.1 Deltagare	9
3.2 Mättagare	12
4 Metoder	13
4.1 Enkäter	13
4.1.1 Frågeområden i baslinjeenkäten	13
4.1.2 Hopslagna frågeområden – s.k. index.....	14
4.1.3 Statistiska analyser – enkäter	16
4.2 Sms-frågor	20
4.2.1 Statistiska analyser – sms-frågor	20
4.3 Tekniska mätningar	20
4.3.1 Flerdagsmätningar av arbetsställningar och arbetsrörelser	20
4.3.2 Heldagsmätning av puls.....	21
4.3.3 Frågeformulär efter mätperioden	22
4.4 Intervjuer	23
4.5 Fokusgrupper med enhetschefer	24
4.6 Fokusgrupper med branschen och Arbetsmiljöverket	24
5 Resultat	25
5.1 Enkätstudien	25
5.1.1 Självrapporterad hälsa, arbetsförmåga och psykosociala faktorer bland hemtjänstpersonalen jämfört med andra yrkeskategorier	25
5.1.2 Antal år i nuvarande yrke.....	36
5.1.3 Samband mellan exponering och hälsorelaterade utfall	37
5.1.4 Stanna eller lämna arbetet i hemtjänsten?	47
5.1.5 Exponering och arbetsförmåga vid olika enheter	51
5.2 Sms-frågor	52
5.2 Mätningar	53
5.2.1 Flerdagsmätning av arbetsställningar och arbetsrörelser	53
5.2.1 Heldagsmätningar av puls.....	56
5.2.2 Jämförelse av fysiska mätningar och enkätsvar från mätdagen	57
5.3 Intervjuer om psykisk belastning.....	57
5.4 Fokusgrupper med enhetschefer	64
5.5 Fokusgrupper med branschen och Arbetsmiljöverket	66
6 Diskussion.....	69
6.1 Enkäter	69
6.2 Sms-frågor	70
6.3 Tekniska mätningar	70
6.4 Intervjuer	72
6.5 Fokusgrupper.....	72
6.6 Identifiering av två prediktiva frågor	73
6.7 Viktiga faktorer för att stanna respektive lämna arbetet i hemtjänsten.....	73
7 Åtgärdsförslag	82
8 Kunskapspridning.....	87
9 Referenser	88

Sammanfattning

Hemtjänstpersonal är särskilt utsatt för såväl psykosociala som fysiska arbetsmiljöbelastningar med ökad risk för att utveckla arbetsrelaterad ohälsa. Syftet med detta projekt var att verka för hållbara arbetsförhållanden inom hemtjänsten så att personalen ges förutsättningar att arbeta fram till pensionen, samtidigt som utförarnas improduktiva kostnader minskar.

Projektet har använt en bred och tvärvetenskaplig ansats för att kartlägga exponeringen i arbetet, jämföra exponering med andra yrkesgrupper, undersöka samband mellan exponering och hälsoutfall, ge förslag på två frågor som kan predicera framtida arbetsrelaterad ohälsa (nycklexponeringsfrågor) samt förslag till åtgärder som bygger på individers och organisationers idéer.

Personal från 19 hemtjänstenheter (såväl kommunala som privata) i 6 kommuner i Stockholms län deltog i projektet. Databesamling skedde 2017-2019. Totalt besvarades den första enkäten av 665 anställda i hemtjänsten (82% kvinnor och 18% män). Svarefrekvensen var ca 60 procent. En uppföljningsenkät ett år senare besvarades av 196 anställda (som också hade svarat på den första enkäten).

Resultaten indikerar att hemtjänstpersonalens arbetsexponering är hög i jämförelse med andra yrkesgrupper avseende självrapporterad psykosocial och fysisk arbetsbelastning, den fysiska belastningen var också hög i tekniska mätningar med 36 deltagare (se nedan).

I såväl enkätsvar som i intervjuer med personal framkom att tidsbrist är vanligt förekommande. Mer än var tredje (36%) bland hemtjänstpersonalen ansåg att det vanligen sällan eller aldrig fanns tillräckligt med tid för att hinna ge den hjälp som beviljats brukaren. Det var 64 procent som rapporterade att de sällan eller aldrig hann arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress och 61 procent rapporterade att de sällan eller aldrig hann förflytta sig mellan brukarna utan att känna stress. Att inte hinna med arbetsuppgifterna under kringtiden (arbetsuppgifter som utförs utanför brukarnas hem, förutom förflyttningstiden mellan brukarna och som inte är biståndsbedömda) visade sig i vid uppföljning ett år senare vara kopplat till upplevelse av att arbetet försämrat hälsan, samt ökad sjukskrivning. Trots negativa arbetsmiljöaspekter rapporterade en hög andel av hemtjänstpersonalen att de trivdes med sitt arbete och i intervjuer lyfte personalen fram värdet av att kunna hjälpa och det känslomässiga i mötet med brukarna. Deras arbete fick sin belöning när brukarna var nöjda. Det är möjligt att personalens önskan att utföra ett bra arbete med hög kvalitet trots dåliga förutsättningar i sig leder till ökad tidsbrist och stress.

Tekniska mätningar användes för fysisk exponering. Exponeringen för ryggens böjning var relativt hög bland hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet och ligger i högt jämfört med tidigare studerade yrken. Exponeringen kan innebära en ökad risk för smärta och besvär. Även armbelastningen (arbete med lyfta armar) var relativt hög och medelnivån låg nära de nivåer för en ökad risk för belastningsskada som presenterats av AMM Syd (2017). Skattning av medelvärde för den undersökta gruppen avseende fysisk belastning, utifrån pulsmätning och beräknad relativ syreupptagning under en hel arbetsdag, låg under den allmänt rekommenderade nivån. Stor individuell variation noterades dock och några individer låg över den rekommenderade nivån, vilket kan indikera en fysisk belastning som kan medföra ohälsa eller ökad risk för olycksfall. En hög nivå under arbetsdagen kan även innebära ökad risk att det metabola systemet inte hinner återhämta sig mellan arbetspassen, en risk som också indikeras i enkätstudien där 52 procent rapporterade otillräcklig återhämtning mellan arbetsdagar.

För att tidigt kunna uppmärksamma ökad risk för ohälsa har två frågor som uppvisat ett samband med ökad risk att rapportera arbetsrelaterad ohälsa ett år senare identifierats. Detta för att kommuner

och/eller utförare ska kunna inkludera dessa frågor i enkäter till hemtjänstpersonal, för att på så sätt förbättra förutsättningarna att förebygga arbetsrelaterad ohälsa. De två identifierade frågorna berör upplevelse av att hinna med arbetsuppgifter inom kringtiden utan stress respektive skattning av hur psykiskt och fysiskt ansträngande arbetet är.

Vår bedömning är att de negativa arbetsbelastningar som hemtjänstpersonalen utsätts för till stor del hänger samman med brister i ersättningssystem för kompensation till utförare. De mest effektiva åtgärderna för att den befintliga personalen ska kunna, vilja och orka arbeta fram till ålderspensionen och helst längre, är därför att på kommunal nivå förbättra de övergripande förutsättningarna för hemtjänstens arbete. Åtgärder måste till för att ge mer rättvisa förutsättningar mellan olika utförare, som till exempel geografiska förutsättningar, men också internt så att arbetsbelastningen fördelas mer jämnt mellan personal. Omsorgstyngden ser olika ut för olika utförare och för att alla enheter ska ha möjlighet att kunna ge personalen goda förutsättningar för att utföra ett arbete med hög kvalitet och med god arbetsmiljö behöver det ges stöd i form av tid för möten och tid för kompensutveckling samt handledning. Coronakrisen har visat hur ett skört läge kan ge ytterligare påfrestningar på en redan ansträngd situation. Goda förutsättningar i arbetet är en nödvändighet för att personalen ska klara sig igenom plötsliga och ytterligare påfrestningar.

Baserat på studiens resultat och tidigare kunskap har följande rekommendationer och åtgärdsförslag formulerats för att skapa bättre arbetsförhållanden för personalen inte minst genom att synliggöra alla nödvändiga arbetsuppgifter samt möjliggöra kompetens- och verksamhetsutveckling i större utsträckning.

Våra analyser visar att följande åtgärdsförslag skulle kunna öka förutsättningarna för en mer hållbar hemtjänst:

1. Ersättningssystemet behöver möjliggöra tillräcklig bemanning i förhållande till alla arbetsuppgifter som ska utföras
2. Extra ersättning vid hög omsorgstyngd (vi föreslår att "hög omsorgstyngd" gäller för
 - a) brukare med minst fyra besök per dag och med behov av både service och personlig omvårdnad,
 - b) brukare med särskilda behov, till exempel demens/kognitiv svikt eller annan psykisk ohälsa)
3. Rätt att ansöka om extra ersättning om man har stort geografiskt område (även om området ej är landsbygd)
4. Ersätt besök som avbokas akut och avbokade besök vid akut sjukhusvistelse för brukarna
5. Ge tid och kunskap för ett mångsidigt och förebyggande arbete gällande personalens fysiska arbetsmiljö
6. Verka för ett ökat organisatoriskt och psykosocialt stöd för personalen så de har verktyg för att kunna utföra ett bra arbete vid hög fysisk eller psykisk omsorgstyngd
7. Säkra att biståndsbedömning och verklighet överensstämmer i högre utsträckning
8. Omfördela resurser – begränsa antalet utförare

Vi, författarna, vill rikta ett stort tack till all hemtjänstpersonal som deltog i projektet – ifyllande av enkäter, deltagande i mätningar med mätinstrument på kroppen i ett eller flera dygn, ställde upp på intervjuer samt svarade på sms-frågor en gång i månaden i ett år om fysiska besvär respektive stress. Även stor tack till de enhetschefer som valde att låta sin personal delta i projektet och även medverkade i en fokusgruppsintervju.

Ett särskilt tack till Fanny Bergmark-Högström, ergonom, som bidrog till datainsamlingen på ett föredömligt sätt, samt i varmt minne, Dennis Borgström, forskningsingenjör och civilingenjör, som arbetade med tekniska dataanalyser i projektet.

1 Bakgrund

Att arbeta inom hemtjänsten, hemsjukvården eller på äldreboende är Sveriges vanligaste yrke bland kvinnor. Yrkesgruppen består av 135 300 anställda, om man räknar in både undersköterskor och vårdbiträden och är klart kvinnodominerad; 91 procent är kvinnor (SCB, 2020). Gruppen ingår i vård- och omsorgssektorn, vilken enligt Försäkringskassan (2018) är den sektor som har mest långtidssjukfrånvaro, d v s mer än två veckors sjukskrivning.

Arbetet inom hemtjänsten är ett yrke där många rapporterar hög motivation, men också ett arbete med höga fysiska och psykiska krav. I Socialförsäkringsrapport Nr 2018:02 konstateras att det inom vård-, omsorg och sociala tjänster i hög grad förekommer både psykosociala och fysiska arbetsmiljöbelastningar, till exempel i form av tunga lyft och obekväma arbetsställningar samt hot och våld. Att förflytta personer kan vara mer riskfyllt än att förflytta föremål, då människor inte är förutsägbara, utan förutsättningarna är föränderliga. Inom hemtjänsten kan förflyttningar vara extra riskfyllda då de sker i patienternas hem; det kan finnas mycket begränsade utrymmen, svårt att nå kollegor och inga tillgängliga hjälpmedel att använda vid behov. Vi har tidigare, tillsammans med våra kollegor i Lund tagit fram och validerat, förenklade metoder för mätningar av arbetsställningar och arbetsrörelser (Forsman et al, 2015). Arbets-ställningar och -rörelser har registrerats för flertalet yrken (Arvidsson et al, 2017a), däribland hemtjänstpersonal (Arvidsson et al, 2017b). Mätningarna har indikerat en hög fysisk belastning, speciellt för framåtböjd rygg.

I ett AFA-projekt, lett av Ingela Målqvist (Målqvist et al, 2014), såg man att omsorgstyngden kan variera betydligt mellan olika utförare, men även bland personalen inom en utförare - vissa anställda kan alltså ha en hög omsorgstyngd, som kan påverka deras hälsa och välbefinnande. I projektet kategoriserades omsorgstyngden hos en brukare som hög, om hon/han har demens (eller annan psykisk ohälsa) och/eller behöver både servicetjänster och personlig omvårdnad minst fyra besök per dag. Studien visade att 39% av de som rapporterade hög fysisk ansträngning även angav att de inte trodde sig arbeta kvar om fem år, medan 19% rapporterade detta bland de som angav lagom eller låg fysisk ansträngning. Resultaten var nästan samma avseende psykisk ansträngning (38% jämfört med 20%).

Under Arbetsmiljöverkets inspektionsinsats inom äldreomsorgen mellan åren 2017 och 2019, besöktes 706 arbetsplatser, varav 260 var hemtjänstenheter. Arbetsmiljöverket konstaterar i sin slutrapport att många anställda inom äldreomsorgen upplevde att arbetsbelastningen var för hög i förhållande till de resurser som fanns, att tempot är högt och att tiden inte räcker till (Arbetsmiljöverket, 2020).

Sedan 1990-talet har de offentliga resurserna till äldreomsorgen minskat i förhållande till andelen äldre i befolkningen, så alltså även till hemtjänsten (SKL, 2014). För personalens del har det ofta inneburit pressade scheman, tidsbrist, minskat handlingsutrymme, mer administration och införande av digitala system (Ljung & Ivarsson-Westerberg, 2017). Enligt Szebehely et al. (2017) har det genomsnittliga antalet brukare som en anställd möter under ett vardagspass ökat från nästan 9 till 12. De rapporterade även att endast 16 % av personalen år 2015 kunde påverka hur det dagliga arbetet läggs upp, jämfört med 39 % år 2005.

Idag styrs hemtjänsten och många andra verksamheter inom den offentliga sektorn genom styrnings- och ledningsmodeller som kallas New Public Management, NPM (Almqvist, 2006). Introduktionen av NPM är en del av de genomgripande förändringar och reformer som, tillsammans med avreglering och konkurrensutsättning, förändrat hemtjänsten under de senaste 30 åren. Styrningsmodellen utgår från mål, vilka bestäms av politikerna. Hur de ska uppnås överlämnas till respektive utförare. Målen har

dock visat sig vara svåra att följa upp och mäta. Istället för att fokusera på effekter, vilket teorin förespråkade, fokuseras främst på processer.

I och med de privata aktörernas intåg på marknaden krävs större insatser än tidigare för att säkerställa kvalitet på olika vårdgivares tjänster, vilket ökar de administrativa kostnaderna (Ljung & Ivarsson-Westerberg, 2017). När fler utförare är verksamma inom samma område, får beställarna (kommunerna) sämre insyn i den faktiska vård och omsorgsverksamheten än de haft tidigare, då tjänsterna producerades inom ramen för den egna region (Rönnberg m fl., 2013). Kommunerna har en hög grad av egenstyrelse och beslutar själva vilket ersättningssystem som ska råda. Detta val av styrning utifrån vilket ersättningssystem som beslutas om, har står påverkan på förutsättningarna för verksamheterna. *Den kommunala styrningen* skapar vissa givna förutsättningar som den *lokala utföraren* (d v s arbetsgivaren) behöver förhålla sig till i sin styrning.

Enligt regeringen (Haglund, 2018) kommer antalet äldre över 80 år nästan fördubblas till år 2045 och fram till 2026 kommer ytterligare 47 000 personer att vara i behov av hemtjänst. Dessutom kommer ungefär 25 000 fler att behöva plats på särskilt boende. 136 000 undersköterskor och vårdbiträden kommer under samma tid att behöva rekryteras. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2017) är det också en förhoppning att fler inom äldreomsorgen ska arbeta två år längre än till ålderspension (f.n. 65 år).

Som en följd av att platser på äldreboenden minskat konstant de senaste årtiondena bor allt fler äldre personer med omfattande och skiftande behov kvar i det egna hemmet mycket längre, innan de får plats på ett vård-och omsorgsboende. För hemtjänsten innebär det att andelen brukare med demens eller annan psykisk ohälsa har ökat bland de brukare hemtjänsten möter. Fler och fler äldre behöver omsorg i sitt hem, samtidigt som det är svårt att finna arbetskraft, vilket leder till en kritisk situation.

För att situationen inte ska bli ohållbar, både för personal, brukare och samhället, är det mycket viktigt att se över arbetsförhållandena inom hemtjänsten så att fler kan klara av att arbeta ända fram till pensionsåldern och med bibehållen hälsa. Likaså behövs förbättrade åtgärder för att öka yrkets attraktivitet.

2 Syfte

Det övergripande syftet med det här projektet var att verka för hållbara arbetsförhållanden inom hemtjänsten så att personalen ges förutsättningar för att med god arbetsförmåga arbeta fram till ålderspensionen, samtidigt som utförarna ges förutsättningar för en långsiktigt hållbar ekonomi genom en minskning av improduktiva kostnader.

2.1 Specifika mål

Projektets specifika mål var att:

1. Kartlägga den fysiska och psykosociala arbetsbelastningen hos hemtjänstpersonal, och att jämföra belastningen med kända risknivåer och med referensmaterial från andra yrkesgrupper.
2. Undersöka samband mellan belastning, uppdelat och i en kombination av:
 - a) självskattad fysisk och psykosocial exponering (från enkät)
 - b) omsorgstyngd (beräknad ifrån enkätuppgifter och brukarprofiler)
 - c) uppmätt fysisk belastning och hälsa, insamlad genom fysiska mätningar och enkät- och sms-svar (dvs. longitudinella data)

och att genomföra jämförelser mellan a, b och c.

3. Genom enkäter och intervjuer med dem som deltagit i mätningarna av den fysiska belastningen fånga deras upplevelse av den fysiska och psykiska (mentala/emotionella) ansträngningen under tiden för mätningen, och deras tankar om möjliga organisatoriska förändringar.
4. Identifiera två frågor angående arbetsbelastning som kan prediktera framtida hälsoutfall, och användas som en varningssignal vid t.ex. arbetsmiljöundersökningar och utvecklingsamtal.
5. Tillsammans med branschen och berörda myndigheter – utveckla åtgärdsförslag för hur hemtjänsten kan organiseras för långsiktig hållbarhet.

3 Material

3.1 Deltagare

Projektets datainsamling genomfördes 2017-2019 inom hemtjänsten i sex olika kommuner i Stockholms län. Projektet har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr 2017/202-31/4.

Projektet inleddes med att enhetschefer på 156 hemtjänstenheter blev tillfrågade att delta i studien, och av dessa tackade 19 ja till att låta personalen delta. Rekryteringen fortsatte sedan i samarbete med arbetsgivarna och personalen erbjöds att fylla i en enkät om sina arbetsförhållanden.

Hemtjänstenheterna verkade inom tre olika typer av kommuner; en storstadskommun, två kranskommuner och tre landsbygdskommuner, samt i fem olika områdestyper, se Tabell 5.

Enkäten innehöll 86 frågor och handlade om den fysiska och psykiska belastningen i arbetet, stödet i arbetet och hur detta påverkade deras välbefinnande och hälsa, om man trodde sig vilja och kunna arbeta kvar i hemtjänsten samt i vilken utsträckning man motionerade.

I samband med rekryteringsbesök på arbetsplatsträffarna hos respektive medverkande utförare besvarade 469 i personalen baslinjeenkäten. De flesta fyllde i och lämnade in enkäten under mötet, men enkäter lämnades även kvar för att ge anställda som inte varit närvarande på mötet möjlighet att medverka i studien. Dessa enkäter lades i förslutna kuvert och sändes tillbaka till forskarna via post eller hämtades av projektpersonal. De ingår i uppgiften om antal besvarade enkäter ovan.

Ytterligare 196 anställda, som inte tidigare deltagit, besvarade motsvarande frågor som i baslinjeenkät i samband med att projektpersonal besökte enheterna ett år senare för uppföljning med ny enkät. Totalt besvarades baslinjeenkäten av 665 anställda i hemtjänsten. Svarsfrekvensen är svårbedömd då uppgift saknas om antal personer som erhållit enkät vid mötena eller via arbetsgivaren efter mötestiden. Utförarna har också haft svårt att ange hur många personer som haft olika typer av anställningar. Vid genomförandet av den första enkäten dokumenterades antal anställda per enhet (som gick på schemarader). Det var dock tre enhetschefer som aldrig svarade på frågan trots flera påminnelser. För att kunna räkna ut en ungefärlig svarsfrekvens har vi tagit antal svarande i förhållande till uppgivna anställda på de enheter där båda uppgifterna var oss tillhanda. Svarsfrekvensen kan då skattastill 56 %. Troligen har dock inte alla anställda fått tillgång till enkäten, vilket gör att andelen som besvarat enkäten i relation till de som getts möjlighet att göra det sannolikt är något högre.

Den uppföljande enkäten delades ut på motsvarande sätt ett år senare och besvarades av 196 av de anställda som även hade svarat på den första enkäten.

Eftersom alla enheter där chefen tackade ja till deltagande också fick vara med, finns risk för en snedfördelning i resultaten. Det fanns en risk att enhetschefer som inte upplevde problem valde att låta enheten delta, eller tvärtom. Därför skulle en eventuell snedfördelning kunna vara antingen åt ett positivt eller negativt håll. Dock visade resultaten att det var en stor variation i svar både inom och mellan enheter.

Av de 665 svarande på första enkäten var 82 % kvinnor och 18 % män. Antalet deltagare kan variera mellan olika tabeller och analyser, pga. att alla inte har svarat på alla frågor. Genomsnittsåldern var 45 år för kvinnor, och 40 år för män. Åldersfördelningen bland de svarande visas i Tabell 1, uppdelat på kvinnor och män. Kroppsmått för de svarande visas i Tabell 2. Till höger i tabellen visas standardavvikelsen (sd) som är medelavvikelsen från medelvärdet.

Tabell 1. Åldersfördelning bland de svarande uppdelat på kvinnor och män. Till höger visas standardavvikelsen (sd) som är medelavvikelsen från medelvärdet.

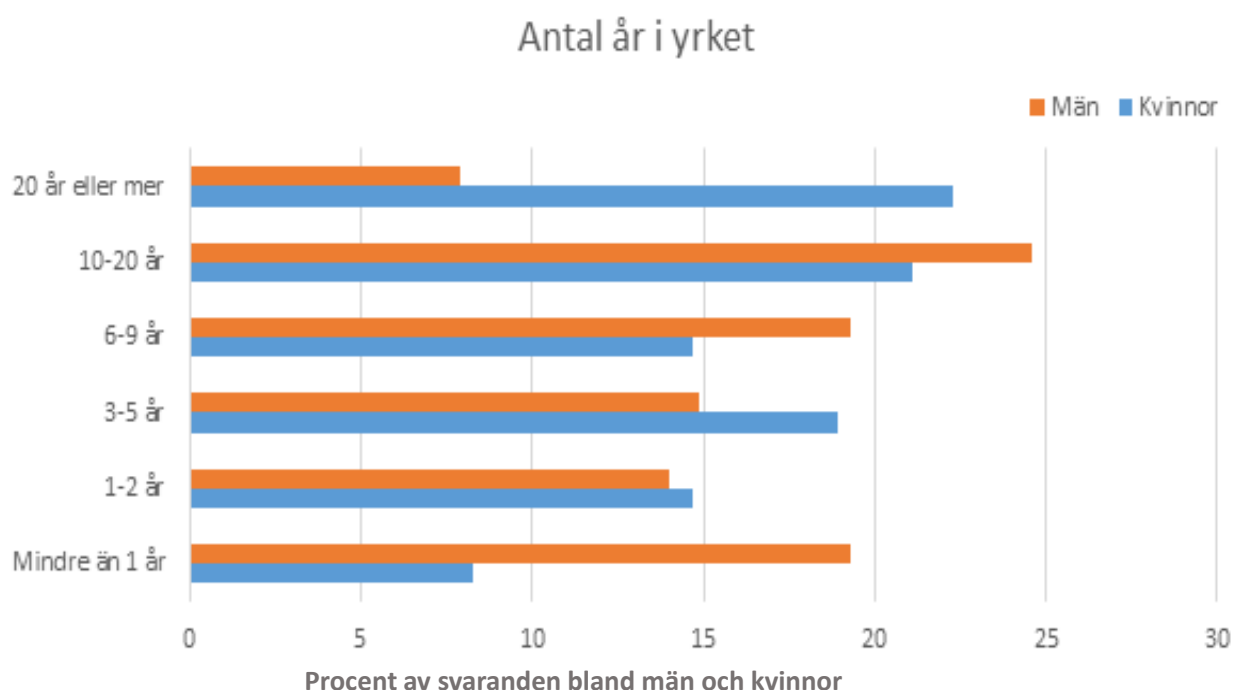
	Ålder min	Ålder max	Medel	sd
Kvinnor (n= 533)	18	69	45	13
Män (n= 116)	18	66	40	14

Tabell 2. Medelvärde för de svarandes längd, vikt och BMI uppdelat på kvinnor och män.

	Kvinnor (n= 504)	Män (n= 113)
Längd (cm)	165 (sd=6,7)	177 (sd=8,1)
Vikt (kg)	69 (sd=13)	81 (sd=17)
BMI (kg/m²)	25 (sd=4,5)	26 (sd=4,4)

Av samtliga svarande arbetade 61 % heltid och 39 % arbetade deltid. Bland kvinnorna arbetade 40 % deltid och bland männen arbetade 38 % deltid. Totalt hade 75 % en fast/tillsvidareanställning och 25 % hade olika former av tidsbegränsade anställningar, exempelvis vikariat eller timanställning.

Svarsfördelningen avseende antal år i yrket uppdelat på män och kvinnor visas i Tabell 1.



Figur 1. Fördelning bland de svarande, uppdelat per kön, avseende antal år inom hemtjänsten.

Vad gäller utbildningsnivå så var andelen utbildade undersköterskor totalt 44 %, bland kvinnorna var 45 % utbildade undersköterskor och bland männen var 41 % utbildade undersköterskor.

Av svarande var andelen födda i ett annat land än Sverige 40 %, bland kvinnorna var 36 % utlandsfödda och bland männen var 55 % utlandsfödda. Bland de svarande kvinnorna var 74 % anställda i kommunal regi och 26 % i ett privat hemtjänstföretag, bland männen var 69 % anställda i kommunal regi och 31 % i ett privat hemtjänstföretag. Tabell 3.3 visar hur länge de svarande hade

arbetat inom hemtjänsten och vilken typ av arbetsgivare de hade vid svarstillfället. Det var en tydlig skillnad i hemtjänstpersonalens yrkeserfarenhet mellan privata och kommunala arbetsgivare, speciellt när det gäller andel som har arbetat mindre än ett år (högst hos de privatanställda) och andel som har arbetat 10 år eller mer (högst hos de kommunalanställda), se Tabell 3.

Tabell 3. Andel med olika antal år inom hemtjänsten, hos privata och kommunala arbetsgivare.

Arbetsgivare	Åldersklass	Andel i intervallet	Mindre än 1 år	1 - 2 år	3 - 5 år	6 - 9 år	10 - 20 år	20 år eller mer
Privat	18 - 34 år	65%	49 %	27 %	25 %	18 %	0 %	
Kommunal	18 - 34 år	35%	51 %	73 %	75 %	82 %	100 %	
Privat	35 - 49 år	77%	38 %	35 %	26 %	22 %	9 %	0 %
Kommunal	35 - 49 år	23%	62 %	65 %	74 %	78 %	91 %	100 %
Privat	50 - 64 år	78%	60 %	36 %	30 %	25 %	10 %	13 %
Kommunal	50 - 64 år	22%	40 %	64 %	70 %	75 %	90 %	87 %

Under året mellan de båda enkäterna skickades 12 sms-frågor ut om upplevelsen av stress och besvär i rörelseapparaten en gång i månaden. Av de som besvarade baslinjeenkäten i studien anmälde 183 personer att de var villiga att delta i delstudien med sms-frågor. Sms-frågorna administrerades via programmet "SMS-Track" och frågorna sändes till deltagarna en gång i månaden under 1 år. Deltagarna presenteras i Tabell 4. Gruppen var fem år äldre i medelålder och hade arbetat något längre inom hemtjänsten jämfört med hela studiegruppen.

Tabell 4. Beskrivande data för de som svarade på sms-frågorna.

	Män		Kvinnor	
Antal (n) inom varje kategori	24		159	
Ålder (år), medelvärde och (SD)	45 (12)		49 (11)	
Anställningstid inom hemtjänsten	Antal	andel	Antal	andel
<1 år	1	4,2%	7	4,5%
1 - 2 år	1	4,2%	15	9,7%
3 - 5 år	5	20,8%	17	11,0%
6 - 9 år	6	25,0%	21	13,6%
10 - 19 år	7	29,2%	48	31,2%
≥20 år	4	16,7%	46	29,9%

Hemtjänstenheterna verkade inom tre olika typer av kommuner; en storstadskommun, två kranskommuner och tre landsbygdskommuner. I Tabell 5 redovisas de enheter som deltog i undersökningen, vilken områdestyp de verkade inom, vilken ersättningsform de lydde under samt antal svarande på respektive enhet. I resultat uppdelat på enhetsnivå, har vi valt att redovisa 18 av de 19 enheterna, på grund av få svarande på den 19:e enheten (n=6).

Tabell 5. Information om de 18 enheterna som ingår i resultat som redovisas per enhet.

	Arbetsgivare	Områdestyp	Ersättningsform	Antal svarande
1	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	24
2	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	28
3	Privat	Stadsdel	Utförd tid	30
4	Kommunal	Landsbygd	Utförd tid	27
5	Privat	Stadsdel	Utförd tid	24
6	Kommunal	Samhälle o landsbygd	Anslag	22
7	Kommunal	Förortskommun	Anslag	31
8	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	26
9	Privat	Stadsdel	Utförd tid	24
10	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	30
11	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	42
12	Privat	Förortskommun	Utförd tid	44
13	Kommunal	Samhälle o landsbygd	Utförd tid	64
14	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	46
15	Kommunal	Samhälle o landsbygd	Utförd tid	54
16	Privat	Närstadsdel	Utförd tid	49
17	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	41
18	Kommunal	Närstadsdel	Utförd tid	53

Närstadsdel = Ingår i Stockholms stad med verkar i en närförort; Stadsdel = Stockholms stad; Landsbygd= Ren landsbygd; Samhälle o landsbygd = Både tätort och landsbygd; Förortskommun = Egen kommun inom Region Sthlm.

3.2 Mättagare

Samtliga deltagare som besvarade enkäten fick besvara frågan om de ville delta i fysiska belastningsmätningar och personliga intervjuer. Totalt medverkade 36 personer i mätningarna, samtliga var kvinnor. Mättagarna fick skriftlig och muntlig information om studien och de fick skriftligt intyga att de tagit del av informationen. Mättagarnas ålder, längd, vikt och BMI redovisas i Tabell 6.

Tabell 6. Mättagarnas ålder, längd, vikt och BMI. Samtliga mättagare var kvinnor.

	Min	Max	Medel	sd
Ålder	25	64	49	12
Längd (cm)	150	182	164	7,4
Vikt (kg)	46	104	70	16
BMI (kg/m ²)	18	38	26	5,2

För att kontrollera att det inte var ett skevt urval av hemtjänstpersonal som mätningarna utfördes en jämförelse mellan samtliga svarande på enkäten och mättagarna. Jämförelser gjordes avseende ålder, längd, vikt, BMI, tid i yrket, födelseort, utbildningsnivå, anställningsform, arbete hel- eller deltid och besvärshänsyn. Förutom att samtliga som deltog i mätningarna var kvinnor, jämfört med 72 % kvinnor i hela gruppen, så var ålder den enda tydliga skillnaden mellan deltagarna. Mättagarna var äldre jämfört med hela studiegruppen. Medelåldern för hela gruppen (n=665) var 44 år och bland mättagarna (n=36) var medelåldern 49 år.

4 Metoder

Följande metoder användes i studien:

- Enkäter; en baslinjeenkät och en uppföljningsenkät efter ett år.
- Sms-frågor mellan första och andra enkäten.
- Flerdagsmätning av arbetsställningar och arbetsrörelser.
- Heldagsmätning av puls.
- Frågeformulär fysisk och psykisk belastning efter mätperioden.
- Intervjuer om psykisk belastning efter mätperioden.
- Fokusgrupper med enhetschefer.
- Fokusgrupper med branschen och Arbetsmiljöverket.

4.1 Enkäter

Enkäterna som besvarades av hemtjänstpersonalen var till stor del baserade på tidigare använda formulär. För psykosociala arbetsmiljöfaktorer användes en modifierad version av det danska frågeformuläret Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ (Kristensen, Hannerz, Høgh & Borg, 2005). I indexen "Kvantitativa krav", "Kvalitativa krav" och "Psykisk omsorgstyngd" var flera av frågorna hämtade från COPSOQ. I index som "Ledarskap" och "Trivsel" var samtliga innehållande frågor från COPSOQ. Varje index baserades på 3-4 frågor.

Hemtjänstpersonalen ombads att ange lokalisering och omfattning av eventuella besvär från muskler och leder enligt Nordiska ministerrådets formulär (Kuorinka et al., 1987). Index om "burnout" innehöll frågor baserade på formuläret CBI – Copenhagen Burnout Inventory (Liljegren, 2008), och index om "sömnsvårigheter" innehöll frågor från KSQ-Karolinska Sleep Questionnaire (Westerlund, Brandt, Harlid, Åkerstedt & Lagerros, 2013). Enkäterna innehöll även frågor baserade på formulären WAI-Work ability index (Ilmarinen, 2007) och S-UMS Självs-kattat utmattningssyndrom (Glise, Hadzibajramovic, Jonsdottir, & Ahlborg, 2010).

4.1.1 Frågeområden i baslinjeenkäten

Hela baslinjeenkäten visas i Bilaga 1. Områdena i enkäten är:

- Bakgrundsfaktorer (kön, ålder, civilstånd, barn, längd, vikt, födelseland, utbildning, befattning, anställningsform, heltid/deltid, antal år i hemtjänsten, kommunal/privat arbetsgivare, antal år på arbetsplatsen)
- Typ av brukare man besöker
- Kvantitativa krav
- Transportsätt mellan brukarna
- Nöjdhet med schema
- Grad av fysisk och psykisk ansträngning i arbetet
- Tillgång till vikarier
- Kvalitativa krav
- Stöd i arbetet
- Förflyttning/lyft/bärande
- Användning av hjälpmedel/dubbelbemanning
- Riskbedömning i brukares hem
- Inflytande över den dagliga arbetsplaneringen
- Inflytande över införskaffande av hjälpmedel

- Hälsa och välbefinnande inklusive sömn och tro sig arbeta kvar
- Fysisk och psykisk arbetsförmåga
- Motion på fritiden
- Upplevelser av kontakten med brukarna
- Fysisk och psykisk utmattning/stress
- Sjukfrånvaro
- Besvär/smärta i rörelseapparaten

Frågeområden i uppföljningsenkäten; förutom ovanstående även följande tillägg:

- Antal chefer man haft
- Om man hinner äta lunch under dagen
- Om man arbetat utan lön de senaste 30 dagarna för att hinna med arbetsuppgifter
- Om det finns ett skyddsombud på arbetsplatsen

4.1.2 Hopslagna frågeområden – s.k. index

Åtta hopslagna frågeområden, s.k. index användes. De var:

Kvantitativa krav

- Finns det vanligen tillräckligt med tid för att du ska hinna ge den hjälp som beviljats brukaren?
- Har du möjlighet att själv bestämma arbetstakten hemma hos brukarna?
- Finns det tillräckligt med tid för dig att förflytta dig mellan brukarna utan att känna stress?
- Hinner du göra arbetsuppgifterna (dokumentation, möten, vara kontaktperson mm) inom kringtiden utan att känna stress?
- I mitt arbete finns utrymme för att varva ner mellan besöken hos brukarna
- Jag upplever att jag hinner varva ner under min lunchrast

Kvalitativa krav

- Jag upplever krav som inte går ihop från olika personer (till exempel brukare/anhöriga/chef/samordnare och mig själv)
- I mitt arbete måste jag klara av händelser jag inte varit beredd på
- I mitt arbete måste jag ta egna snabba och svåra beslut
- I mitt arbete känns ansvaret för brukarna för stort

Ledarskap

- Hur ofta får du hjälp och stöd från din enhetschef när du så behöver?
- I vilken utsträckning anser du att din närmaste chef ser till att de enskilda medarbetarna har bra utvecklingsmöjligheter?
- Prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt?
- Är bra på att lösa konflikter?

Trivsel

- Hur trivs du med din nuvarande arbetsplats?
- Hur trivs du med ditt nuvarande arbete?

Burnout

- Känner du att det är påfrestande att arbeta med brukare?
- Känner du att det är frustrerande att arbeta med brukare?
- Tar arbetet med brukare all din energi?
- Känner du att du ger mer än du får tillbaka i arbetet med brukare?
- Är du trött på att arbeta med brukare?
- Är du tveksam till att du orkar fortsätta arbeta med brukare?

Fysisk omsorgstyngd

- Hur ofta förekommer bärande, lyftande av tunga föremål (handling, tvätt)
- Hur ofta förekommer annat tungt arbete, till exempel städarbete, som gör dig svettig eller andfådd?
- Hur ofta förekommer att hjälpa till med till exempel dusch eller toalettbesök i trånga utrymmen?
- Hur ofta förekommer framåtböjda, vridna eller i övrigt besvärliga arbetsställningar?
- Hur ofta förekommer plötsliga oväntade ansträngningar, till exempel när den boende håller på att ramla?

Indexet beräknades genom att summan av svarsalternativen från dessa fem frågor multiplicerades med 0, 1 eller 2, d v s om det antal brukare som hade fysiska sjukdomar som hemtjänstpersonalen besökte var inga, fåtal eller flertal/alla.

Psykisk omsorgstyngd

- Jag upplever krav som inte går ihop från olika personer (till exempel brukare/anhöriga/chef/samordnare och mig själv)
- I mitt arbete måste jag klara av händelser jag inte varit beredd på
- I mitt arbete måste jag ta egna snabba och svåra beslut
- I mitt arbete känns ansvaret för brukarna för stort

Indexet beräknades genom att summan av svarsalternativen från dessa fyra frågor multiplicerades med 0, 1, 2, 3 eller 4, d v s om det antal brukare som hade demenssymptom/kognitiv svikt och/eller psykiska sjukdomar som hemtjänstpersonalen besökte var inga, fåtal eller flertal/alla.

Sömnsvårigheter

- Har du under de senaste tre månaderna haft svårighet att somna?
- Har du under de senaste tre månaderna haft upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om?
- Har du under de senaste tre månaderna varit med om för tidigt uppvaknande?
- Har du under de senaste tre månaderna haft störd/orolig sömn?

4.1.3 Statistiska analyser – enkäter

Analyser av tvärsnittsdata (basenkät)

Statistiska sambandsanalyser har genomförts med metoden prevalence proportion ratios (PPR). Med hjälp av metoden jämförs hur vanligt ett utfall är i grupper med olika exponering. Som resultat får man ett mått på den prevalensen i gruppen med en högre exponering relativt prevalensen i den lågexponerade referens-gruppen. Måttet PPR talar alltså om t.ex. hur pass mycket vanligare det är att individer som tillhör en viss exponeringsgrupp uppger att de inte kan arbeta kvar om 2 år jämfört med individer som tillhör en annan exponeringsgrupp.

Man får också fram ett så kallat p-värde, som talar om hur stor sannolikheten är att resultatet, d v s skillnaden i utfall mellan grupperna, beror på slumpen. När p-värdet är mindre än 0,05, är det mindre än 5 % sannolikhet att resultatet beror på slumpen, och då brukar resultatet räknas som signifikant, eller statistiskt säkerställt.

I analysen utförs först en stegvis regressionsanalys, då man låter samtliga alla frågornas ingå i regressionsanalysen tillsammans med utfallet. Endast de exponeringsfrågor som har starkast samband med utfallet kommer att vara signifikanta. Man utför också en justering för s.k. confounders, se nedan under rubrik "Att justera för confounders", för att minimera risken att andra faktorer än de man primärt undersöker skulle kunna påverka resultaten.

När tvärsnittsanalyser görs, dvs. då utfallet, exponeringarna och bakgrundsfrågorna är insamlade vid basenkäten tolkas prevalence proportion ratios (prevalenskvoter) som hur pass mycket vanligare det är att individer som tillhör en viss exponeringsgrupp till exempel uppger att de med tanke på sin hälsa nog inte kan arbeta kvar om 2 år jämfört med individer som tillhör en annan exponeringsgrupp. När såväl exponering som utfall i tvärsnittsstudier skattas vid ett och samma tillfälle, vet man inte om exponeringen eller utfallet förekommit tidigast, dvs. vilken faktor som påverkat den andra. Orsakssambandet kan gå åt båda hållen och man kan enbart dra en slutsats att det eventuellt finns en samvariation mellan faktorerna. I longitudinella studier, se nästa rubrik, å andra sidan kan man undersöka hur en faktor vid baslinjen påverkar ett visst utfall vid en senare tidpunkt.

Analyser av longitudinella data (basenkät och uppföljningsenkät)

De frågeställningar som involverar utfallsmått (t.ex. smärta, arbetsförmåga och sjukskrivning) som inhämtats från uppföljningsenkäten, och exponerings- respektive bakgrundsfrågor från basenkäten, har analyserats med hjälp av logistisk regression. I dessa analyser har en, så kallad, stegvis logistisk regression utförts: Alla exponeringsfrågor som kan tänkas ha ett samband med utfallet har först lagts in i en stor modell. De frågor som sen visar starka (statistiskt signifikanta) samband med utfallet, behålls till nästa steg.

I Tabell 7 till

Tabell 9 nedan visas de frågor som var med i det första steget i den stegvisa analysen av utfall/utfallsfrågor. De aktuella utfallsfrågorna anges högst upp i respektive modell. Nederst visas exponerings- och bakgrundsfrågor. Vilka av de nedre frågorna som sen visade starka samband med utfallen, redovisas i resultatdelen.

Tabell 7. För utfallsfrågan användes angivna exponeringsfrågor från basanalysen i den stegvisa analysen.

Utfallsfråga:	Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år? ^{a)}
Exponering från basenkäten:	
	Finns det vanligen tillräckligt med tid för att du ska hinna ge den hjälp som beviljats brukaren?
	Har du möjlighet att själv bestämma arbetstakten hemma hos brukarna?
	Finns det tillräckligt med tid för dig att förflytta dig mellan brukarna utan att känna stress?
	Hinner du göra arbetsuppgifterna (dokumentation, möten, vara kontaktperson mm) inom kringtiden utan att känna stress?
	I mitt arbete finns utrymme för att varva ner mellan besöken hos brukarna?
	Jag upplever att jag hinner varva ner under min lunchrast
	Jag upplever krav som inte går ihop från olika personer (till exempel brukare/anhöriga/chef/samordnare och mig själv)
	I mitt arbete måste jag klara av händelser jag inte varit beredd på
	I mitt arbete måste jag ta egna snabba och svåra beslut
	I mitt arbete känns ansvaret för brukarna för stort
	Hur fysiskt ansträngande upplever du vanligtvis ditt arbete?
	Hur psykiskt ansträngande upplever du vanligtvis ditt arbete?
	Fysisk omsorgstyngd
	Psykisk omsorgstyngd

a) Frågan har analyserats med två olika modellansatser. De här exponeringarna ingår i den första ansatsen. Den andra ansatsen visas i Tabell 9

Tabell 8 För utfallet (i det här fallet en fråga och ett index) användes angivna exponeringsfrågor från basenkäten i den stegvisa analysens första steg.

Utfallsfråga:	Hur många dagar har du sammanlagt haft sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna?
Utfall:	Client-related burnout (Index för utbrändhet, som är en summa av flera frågor, se Metoder)
Exponering från basenkäten:	
	Samtliga frågor i Tabell 7 och frågan: Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?

Tabell 9. För utfall/utfallsfrågorna (i fetstil) användes angivna exponerings-index baserade på frågor i basenkäten i den stegvisa analysens första steg.

Tre besvärsutfall:	Besvär i nacke, Axel eller axlar, ländrygg Två frågor per kroppsdel: Hur ofta och hur starkt har du upplevt besvär under de senaste 12 månaderna?
Utfall:	Antal kroppsdelar med smärta. Summan av antalet kroppsdelar (0-10) där man haft besvär de senaste 12 månaderna
Utfallsfråga:	Känns det som du skulle kunna fortsätta arbeta i hemtjänsten fram till ålderspensionen (65 år)?
Utfallsfråga:	Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?
Utfallsfrågor:	Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de kroppsliga krav som ditt arbete ställer (till exempel styrka, uthållighet, rörlighet, fingerfärdighet)? Dito psykiska krav
Utfall:	Känns det idag som du vill arbeta kvar på din nuvarande arbetsplats om fem år?
Exponerings-index (se Metoder) från basenkäten:	
Fysisk ansträngning, samt dito psykisk	
Fysisk omsorgstygnd samt dito psykisk	
Trivsel	
Kvalitativa krav	
Kvantitativa krav	

Att justera för confounders

När man utför analyser och finner samband, så finns det en risk att det egentligen är andra frågor t.ex. bakgrundsfrågor som kön eller rökning, som egentligen står för sambandet. Därför brukar man kompensera för s.k. confounders. En confounder är alltså en fråga som när den ingår, tillsammans med exponeringsfrågan/frågorna i den statistiska modellen, påverkar sambandet mellan exponeringsfrågan/frågorna och utfallet. En tumregel brukar vara att estimatet/estimatet (den uppskattade prevalenskvoten/riskkvoten) för exponeringsfrågan/frågorna ska ändras mer än 20%, när hänsyn tas till den potentiella confounder-faktorn, för att frågan skall ses som en confounder.

I alla dessa longitudinella analyser har vi justerat för confounders. I de fall en enskild bakgrundsfråga har haft ett samband med ett utfall undersöktes om bakgrundsfrågan var en confounder. De bakgrundsvariabler (samma i samtliga analyser) som testades för att se om de var confounders var:

- Kön
- Åldersklass, d v s 18-34, 35-49 eller 50-64
- Befattning, d v s undersköterska eller inte
- Anställningsform, d v s tillsvidare- eller tidsbegränsad anställning
- Svensk- eller utrikesfödd
- Utbildningsnivå, d v s grundskola, gymnasium eller universitet
- Hur lång tid de arbetat inom hemtjänsten, d v s upp till 2 år, 3-9 år eller mer än 9 år
- BMI, d v s ≤ 25 eller > 25
- Civilstånd, d v s gifta eller inte
- Om de har eller inte har barn under 15 år boendes hos sig

Indelning i grupper baserade på svarsalternativ

Med tanke på att de utfall som undersöks i den här rapporten är dikotoma (dvs, vi har slagit ihop svarsalternativ till två kategorier), tolkas sambanden mellan exponering och utfall i form av antingen

prevalence proportion ratios (prevalenskvot/prevalenskvot) eller odds ratios (oddskvot) beroende på om analyser utförs på tvärsnittsdata eller uppföljningsdata. Resultat från regressionsanalyser i vilka utfallen är dikotoma visar samband mellan exponeringar och utfall. Ett exempel på ett sådant samband skulle kunna vara att de individer som vid basenkäten inte hinner utföra sina arbetsuppgifter inom kringtiden utan att känna stress, har 3.2 gånger större risk att vid uppföljningsenkäten inte tro sig kunna arbeta kvar om 2 år. Om frågan om heltid, som i det här exemplet antas ha haft ett signifikant univariat samband (när sambandet skattas utan att blanda in andra variabler) med utfallet, läggs in tillsammans med frågan om kringtid i modellen ändras odds ratio från 3.2 till 2.4. Med en komplicerad uträkning kan man se att ändringen är -33%, alltså är förändringen större än 20% och frågan om heltid ses som en confounder till sambandet mellan frågan om kringtid och att tro sig arbeta kvar om 2 år.

Beroende på vilket utfall som studeras kan olika många bakgrundsfrågor vara confounders men de kan också vara effektmodifierare. Definitionen på en effektmodifierare är att sambandet mellan exponeringsfrågan och utfallet är olika starkt i olika grupper baserade på bakgrundsfrågan. Vi testar alltså dessa bakgrundsfrågor för att se om de kan vara en effektmodifierare, så att ett samband kan vara starkare till exempel för kvinnor än för män, eller i äldre åldersgrupper.

Åter till den stegvisa logistiska regressionsanalysen; efter att vissa exponeringsfrågor har visat signifikanta samband, justeras sambanden för utfallet mätt vid basenkäten. Syftet med denna justering är att riskskattningen ska spegla en förändring avseende utfallet mellan bas- och uppföljningsenkät. I de flesta modeller försvinner sambanden mellan exponeringsfrågorna och utfallet när denna justering utförs men inte alltid och nästa steg är i så fall att justera sambanden för confounders, d v s bakgrundsvariabler. Denna analysstrategi är likadan oavsett om analyser utförs på tvärsnittsdata eller uppföljningsdata.

När longitudinella analyser görs, dvs. när utfallet är insamlat vid uppföljningsenkäten och exponeringarna respektive bakgrundsfrågor är insamlade vid basenkäten, tolkas odds ratios som risker eftersom den kumulativa incidensen av de som till exempel uppger att de inte kan arbeta kvar om 2 år skattas vid uppföljningen. Det mest korrekta statistiska måttet för risk är relativ risk (relativ riskskillnad mellan två grupper) och denna kan beräknas under förutsättning att man följer upp ett definierat antal personerna med t ex olika exponeringar under en viss tid. Risken kan då skattas utifrån andelen i gruppen som vid en viss tid uppfyller kriteriet för ett visst utfall dividerat med det totala antalet personer i gruppen. Relativ risk beräknas genom att bilda en kvot (dividera) risktalen för olika grupper. Ett alternativt sätt att skatta risken är att beräkna sannolikheten för att en viss händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten för att den inte ska inträffa under givna förutsättningar, det så kallade oddset. Oddskvoten erhålls genom att oddset för t ex en exponerad grupp divideras med oddset för en oexponerad grupp. Oddskvoten kan anses som en ungefärlig skattning av den relativa risken.

4.2 Sms-frågor

En korrekt klassificering av deltagarnas status avseende förekomst av besvär i rörelseapparaten är av stor betydelse för att kunna följa förändringar i besvärsförekomst. Vi undersökte därför hur väl en klassificering av besvär i rörelseapparaten baserad på skattning av frekvens och intensitet av besvär de senaste 12 månaderna vid ett tillfälle (vid studiens start i baslinjeenkäten) överensstämde med upprepad skattning av prestationspåverkande besvär via sms under 12 månader.

Frågorna i sms -utskicken skiljde sig något från frågorna i baslinjeenkäten. I sms-frågorna ombads deltagarna skatta hur stor påverkan på deras arbetsprestationer smärta från ländryggen haft den senaste månaden. Motsvarande fråga ställdes även för besvär från nacke/axlar. För skattning användes en 11-gradig skala (NRS-11) där 0 stod för ingen påverkan och 10 för att smärtan fullständigt hindrat dem i deras arbete. Vid analyser av samband mellan skattning i baslinjeenkät och sms-frågor klassificerade svaren i SMS som låg påverkan (0-3), medelstor påverkan (4-6) och stor påverkan (7-10).

För jämförelse med besvärsskattning i baslinjeenkäten användes frågor avseende besvär från bl a ländrygg de senaste 12 månaderna. Svartalternativen avseende frekvens var aldrig, sällan, ibland, ofta och mycket ofta (de som svarade ofta och mycket ofta klassificerade som besvärsgrupp). Intensitet skattades på en 11-gradig skala där 0-3 (inga till måttliga besvär) klassades som huvudsakligen besvärsfria och 4-10 ("ganska starka" till "mycket, mycket stark (nästan maximal)") klassificerades som besvärsgrupp. För att klassificeras som fall med betydande besvär krävdes att personen klassats i besvärsgrupp avseende frekvens och/eller intensitet av besvär. Övriga klassificerades som "kontroller". För besvär från nacke och axlar var frågorna i baslinjeenkäten uppdelade på respektive kroppsdel vilket försvårade en jämförelse med sms-svaren. I analyserna studeras även eventuellt samband med svar i sms-frågorna och i baslinjeenkäten rapporterad påverkan på aktuell arbetsförmåga till följd av kroppsliga krav i arbetet. Här klassificerades deltagare som i baslinjeenkäten svarat att de hade ganska eller mycket dålig arbetsförmåga i förhållanden till arbetets krav som fall och övriga som kontroller.

4.2.1 Statistiska analyser – sms-frågor

För jämförelse mellan klassificering i baslinjeenkäten och svar på sms-frågor användes GLMM Mixed-effects proportional odds model (Proc nlmixed, SAS v. 9.4). Resultaten justerades avseende kön, ålder och BMI. Positivt och negativt prediktivt värde beräknades för klassificering i baslinjeenkäten jämfört med skattning i sms-frågorna.

4.3 Tekniska mätningar

De tekniska mätningarna av fysisk exponering inkluderade objektiva flerdygnsmätningar av arbetsställningar och arbetsrörelser för bål/rygg och av dominant arm samt endagsmätningar av puls.

4.3.1 Flerdagsmätningar av arbetsställningar och arbetsrörelser

Arbetsställningar för ryggen och dominant arm registrerades under två eller tre hela arbetsdagar, med inklinometrar (Axivity X3, Axivity Ltd., Newcastle, UK), som registrerar vinkeln i förhållande till lodlinjen. Inklinometrarna sätts fast med dubbelhäftande tejp på brösttryggen vid 1:a bröstkotan (T1) samt just nedanför axelmuskelns (M. Deltoideus) fästpunkt på dominant överarm. En inklinometer och dess placering på ryggen och överarmen visas i Figur 2. En mätare var också fäst på mitten av högra låret, vilken registrerar tiden sittande respektive stående/gående. Mätvärdena sparas direkt i mätaren och laddas över till en dator efter mätningen avslutats. Inklinometern registrerar 25 mätvärden varje sekund, dvs. samlar in data med en frekvens på 25 Hz.



Figur 2. Inclinometer för mätning av arbetsställningar, 3,5 cm lång, 2,5 cm bred och 0,8 cm hög. Det sitter en mätare på höger överarm och en på bröstryggen. Här syns också armbandet för pulsmätning på vänster överarm.

4.3.2 Heldagsmätning av puls

Att mäta puls är ett enkelt sätt att få ett mått på helkroppsbelastning av ett arbete eftersom pulsvärdet speglar kraven på ämnesomsättningen.

Pulsen registrerades med hjälp av en pulsmätare (Polar OH10, Polar Electro, Kempele, Finland) som placerades på överarmen och bars under en hel arbetsdag. Armbandet och dess placering visas i Figur 3. Pulsmätaren sattes på strax innan arbetspasset påbörjades och togs av direkt efter arbetspasset. Mätaren sparade ett pulsvärde varje sekund i minnet som lästes av efter mätningen.



Figur 3. Armband för pulsmätning.

Den individuella maxpuls kan tas fram genom att man utsätts för hård belastning, optimalt på en motionscykel. Då det inte var görbart att frakta med en motionscykel i detta projekt, utförde vi Chesters steptest (Sykes & Roberts, 2004) i detta syfte. Steptestet utfördes individuellt på varje deltagare innan mätningen startade. Bild på utförande av Chester Step-test visas i Figur 4. Maximal

aerob kapacitet (VO₂max) uppskattades bara för de som uppnådde tre nivåer i det sub-maximala Chester Step-Testet.



Figur 4. Utförande av Chester-Step Test.

För att kunna jämföra arbetsbelastning mellan olika personer brukar man räkna ut den *relativa pulsbelastningen* (på engelska Heart Rate Ratio, HRR) som anges i procent och definieras enligt följande: $RR = 100 \times (\text{puls under arbete} - \text{vilopuls}) / (\text{maxpuls} - \text{vilopuls})$.

Maxpulsen beräknas så här: $\text{Maxpuls} = 220 - \text{ålder}$.

Den maximala syreupptagningsförmågan, VO₂max, ofta benämnd som kondition, är ett mått på hur bra hjärtat kan förse de arbetande musklerna med syre. VO₂max talar om hur många liter syre (O₂) per minut som en kropp maximalt kan konsumera. Värde är beroende av hur mycket man tränat och kroppsstorleken (en större kropp konsumerar mera syre).

Den maximala syreupptagningsförmågan beräknades utifrån steptestet, och syreupptagningen (VO₂max%) beräknades enligt: $\text{VO}_2\text{max}\% = 100 \times \text{syreupptagningen under arbete} / \text{VO}_2\text{max}$.

Flera författare har rekommenderat att medelvärdet av HRR under en åttatimmars arbetsdag inte bör överstiga 30 – 35 procent, eftersom högre belastningar än så kan leda till ackumulerad trötthet och problem med återhämtning av kroppens energibalans (Krause, Brand, Arah, Kauhanen, 2014; Jorgensen, 1985). En gräns på 33% av VO₂max% användes som den accepterade arbetsbelastningen då detta har föreslagits av den Internationella arbetsorganisationen, International Labour Organization (ILO; Bonjer, 1971). För %HRR, är det rekommenderat att medelvärdet av %HRR bör inte överstiga 25 - 30% under en åttatimmars arbetsdag (Shimaoka et al, 1997; Wu, & Wang, 2002), även om ILOs gräns, 33%, ofta används även för %HRR. Om mätpersonen låg under en konditionsnivå (VO₂max) på 32 ml/min /kg bedömdes hon ha en låg konditionsnivå (Fogelholm, 2010).

4.3.3 Frågeformulär efter mätperioden

I samband med mät dagen då deltagarna hade både pulsmätare och vinkelmätare på sig, fick de även ett frågeformulär som de ombads besvara efter avslutat pass för dagen. Frågorna gällde den aktuella dagen, vilka arbetsmoment som utförts samt hur personen upplevt arbetsbelastningen.

Mät deltagarna tog sedan av pulsarmbandet, medan övriga Axivity-mätarna satt på under 2-3 dygn. När mätperioden var över kom åter medarbetare i projektet ut till arbetsplatsen för att avlägsna Axivity-mätarna och sedan genomföra intervjuerna om den psykiska och fysiska arbetsbelastningen under mätperioden.

Ett kortare frågeformulär om arbetsförhållanden, levnadsvanor och hälsa fylldes i av dem som deltog i flerdygnsmätningarna. De tillfrågades också om den upplevda ansträngningen under den aktuella arbetsdagen (den sista mätdagen). För att ta reda på om den aktuella mätdagen var en typisk arbetsdag fick hemtjänstpersonalen skatta sin upplevda ansträngning både under den aktuella arbetsdagen och under en typisk arbetsdag.

Korrelationsanalys av självskattad exponeringsvariabler och tekniska mätningar

Samvariation mellan pulsdata och armvinkeldata – jämfört med fysisk respektive psykisk omsorgstyngd samt fysisk respektive psykisk ansträngning under mätdagen (och under en typisk) utfördes med hjälp av korrelationsanalys. Data var alltså insamlat i samband med mätningarna, mätpersonerna fick svara på enkätfrågor och blev intervjuade. Analyserna utfördes med hjälp av polyseriala korrelationer. Dessa används när bara den ena variabeln är på en kontinuerlig skala. Den andra variabeln diskret och har ett antal värden som går att rangordna.

4.4 Intervjuer

Samtliga 36 som deltog i mätningarna av fysiska belastningen intervjuades också gällande deras psykiska arbetsbelastning.

Intervjumetoden var semistrukturerad med öppna frågor och en fråga med svarsalternativ. Svaren på frågorna skrevs ner av intervjuarna. Kvalitativ analys av intervjusvaren gjordes med innehållsanalys. Syftet var att få fram en fördjupad förståelse för hemtjänstpersonalens arbete, som inte kan redovisas bara utifrån kvantitativa mått.

Öppna frågor:

1. Vad tycker du är positivt med att jobba i hemtjänsten?
2. Kan du berätta om vad som varit psykiskt ansträngande i ditt arbete idag? Det kan handla om känslomässiga och tankemässiga påfrestningar.
3. Vad kan en typisk (vanlig) dag innehålla för psykiska ansträngningar/påfrestningar? Det kan handla om känslomässiga och tankemässiga påfrestningar.

En fråga med svarsalternativ och en öppen följdfråga:

4. Hur ofta under de senaste 30 dagarna har påfrestande upplevelser i arbetet funnits kvar i dina tankar eller känslor efter arbetsdagens slut?

Svarsalternativen: Aldrig, någon enstaka gång, några gånger per vecka och dagligen.

- 4 a) Vilka händelser har i så fall stannat kvar?

Öppna frågor:

5. Finns det någonting i ditt arbete som stör din sömn?
6. Vad finns i dina tankar när du inte kan sova (som rör arbetet)?
7. Om du fick bestämma, vilken skulle vara den viktigaste förbättringen för personalen i hemtjänsten?
8. Övrigt

4.5 Fokusgrupper med enhetschefer

När all annan datainsamling var avslutad tillfrågades samtliga enhetschefer om att vara med i fokusgruppsintervjuer med syfte att diskutera personalens förutsättningar att göra ett bra arbete och möjliga åtgärdsförslag från deras perspektiv. Fokusgruppsintervjuer hölls vid två tillfällen, med sammanlagt sex enhetschefer, fyra kommunala och två privata och utifrån två öppna frågor:

- Vilka förutsättningar finns för att ge personalen goda arbetsförhållanden?
- Vad skulle de vilja kunna göra för att förbättra arbetsförhållandena för personalen?

4.6 Fokusgrupper med branschen och Arbetsmiljöverket

Som ett sista steg bjöds företrädare från branschen in till fokusgruppintervjuer, för att diskutera möjliga åtgärdsförslag för en långsiktigt hållbar hemtjänst. Tre möten ägde rum med representanter från branschen. Mail skickades ut för förfrågan och samtliga tillfrågade valde att delta.

I december 2019, deltog representanter från Arbetsmiljöverket, en arbetsmiljöexpert från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), en ombudsman från Kommunal samt ett skyddsombud tillika undersköterska anställd hos privat utförare, totalt fyra personer. Vid det andra tillfället, i januari 2020, deltog representanter från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum samt SKR:s enhet för vård och omsorg, totalt sex personer. Vid tredje tillfället, också det i januari 2020, deltog en näringspolitisk expert från Vårdföretagarna, som även bad om att få bjuda in en HR-chef från en av de största privata utförarna. En tredje representant kom från Vård- och omsorgscollage.

Eftersom projektets process utvecklades under tidens gång var presentationerna något olika gentemot respektive grupp, men alla tillfällen följde samma mönster. Projektet presenterades utifrån en struktur med organisatoriska förutsättningar samt, ifrån projektets enkätdata, svårighetsgrad i arbetet och tid. I presentationen ingick hur den kommunala styrningens utformning kan påverka den lokala utföraren och exempel på begränsade handlingsstrategier styrningen kunde innebära för en enhetschef som strävar efter goda arbetsförhållanden, särskilt vid kostnadsbesparingar. Enhetschefen har sällan möjlighet att påverka intäkterna, utan enbart kostnaderna, vilket kan påverka personalens arbetsförhållanden.

Efter presentationen släpptes ordet fritt. Reflektioner, återkoppling och diskussioner tog vid. Frågan, i vilken utsträckning enhetscheferna har möjlighet att, vid vissa givna förutsättningar, kunna ge personalen goda arbetsförhållanden, diskuterades. Otillfredsställande arbetsförhållanden kan innebära, enligt projektets enkätresultat, försämrad hälsa, mindre vilja och ork att arbeta kvar samt sämre möjligheter att leverera god kvalitet på utlovade tjänster. Dessutom diskuterades hur de aktuella styrsystemen i de kommuner de medverkande utförarna var verksamma i, kan slå olika. Därefter presenterades projektets åtgärdsförslag med efterföljande diskussion om deras relevans och lämplighet.

5 Resultat

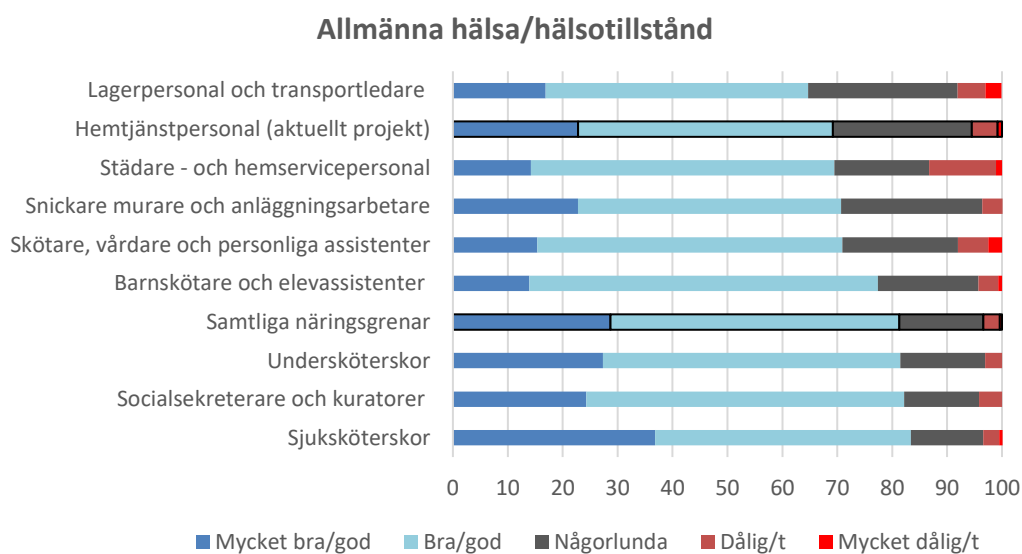
5.1 Enkätstudien

Resultaten från enkäterna om hemtjänstpersonalens arbetsförhållanden presenteras nedan. Enkäterna ger en stor mängd data och för att göra redovisningen mer hanterlig har vi endast valt ut vissa särskilt intressanta data. Resultaten visas dels deskriptivt i form av frekvensdiagram (som visar fördelningen bland svarsalternativen), och dels i form av tabeller med samband från tvärsnittsanalyser och från longitudinella analyser, dvs. de som svarade på enbart basenkäten eller både bas- och uppföljningsenkäten. Ett samband bedöms som statistiskt säkerställt om p-värdet <0,05, vilket betyder att det är mindre än 5 procent risk att resultatet tillkommit av en slump.

5.1.1 Självrapporterad hälsa, arbetsförmåga och psykosociala faktorer bland hemtjänstpersonalen jämfört med andra yrkeskategorier

Hälsotillstånd och sjukfrånvaro

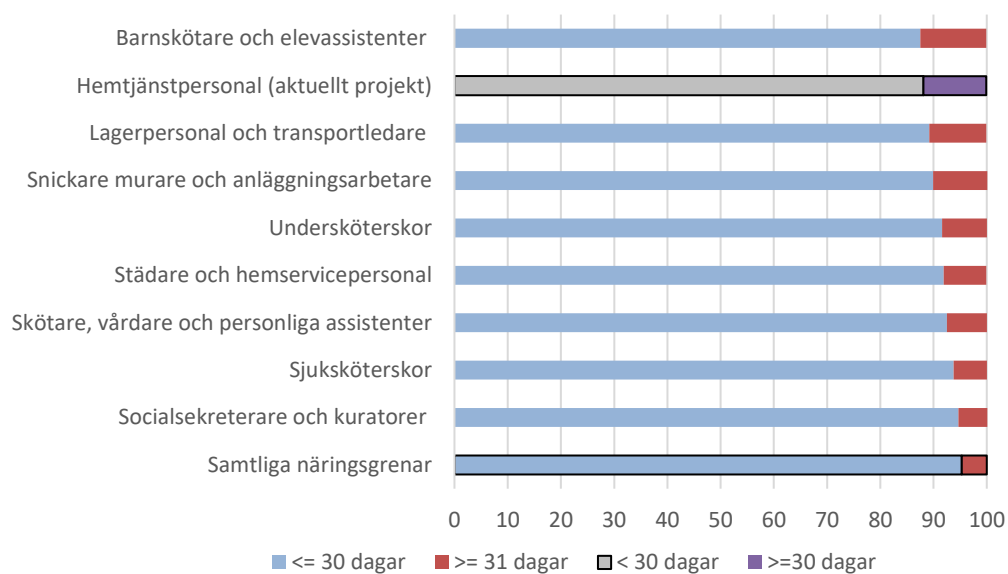
En majoritet (7/10) av hemtjänstpersonalen angav sin hälsa i allmänhet vara mycket god eller god, vilket kan jämföras mot 8/10 för undersköterskor, sjuksköterskor och barnskötare samt för genomsnittet inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län. Se Figur 5.



Figur 5. Andel deltagare som i baslinjeenkäten uppgav sin hälsa i allmänhet vara "Mycket god" till " Mycket dålig", jämfört med sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län som uppgav sitt allmänna hälsotillstånd vara "Mycket bra" till " Mycket dåligt" (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

Tolv procent av hemtjänstpersonalen rapporterade att de hade haft sjukfrånvaro på 30 dagar eller mer de senaste 12 månaderna (Figur 6), vilket är högt, men jämförbart med närliggande yrkesgrupper inom vården. Den genomsnittliga nivån för sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län, ligger på 4,7 % (Bartelink, Lager, 2019) gällande självrapporterad frånvaro (fler än 30 dagar) från arbetet på grund av dålig hälsa. Hemtjänstpersonalen i det här projektet, ligger visserligen högt på listan, men skulle kunna ligga ännu högre. I det aktuella projektet fick de svarande enkäten på arbetsplatsen, så att de ofta sjuka kanske inte fått tillgång till enkäten, medan man i statistiken från Stockholms län hade svarat på enkäten hemma.

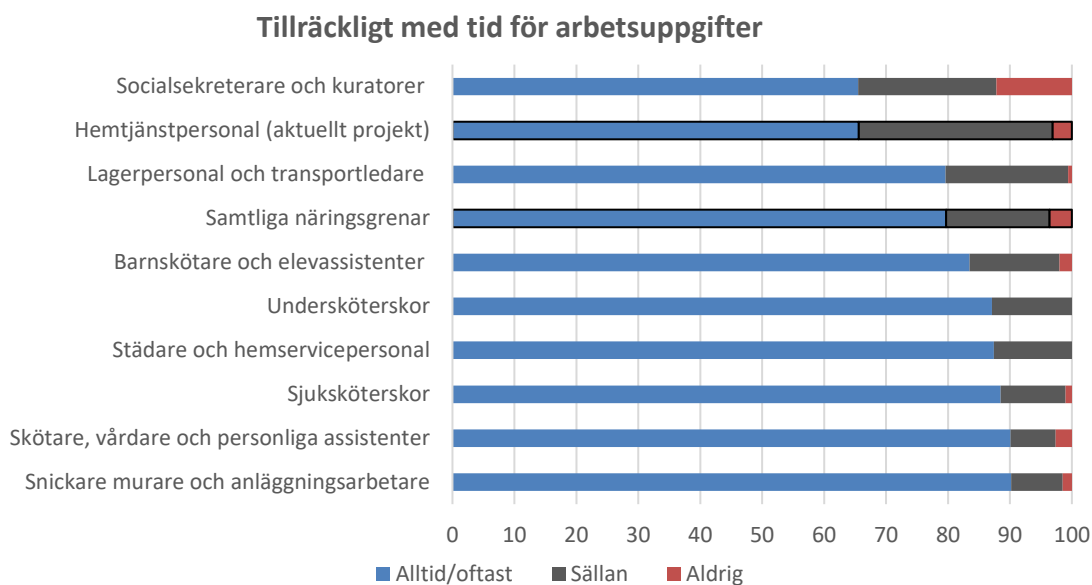
Antal dagars sjukfrånvaro/hälsorelaterad frånvaro de senaste 12 månaderna



Figur 6. . Antal dagar självrapporterad sjukfrånvaro (30 dagar eller fler) eller de senaste 12 månaderna bland deltagarna i studien, jämfört med självrapporterad frånvaro (fler än 30 dagar) från arbetet på grund av dålig hälsa för sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

Krav i arbetet

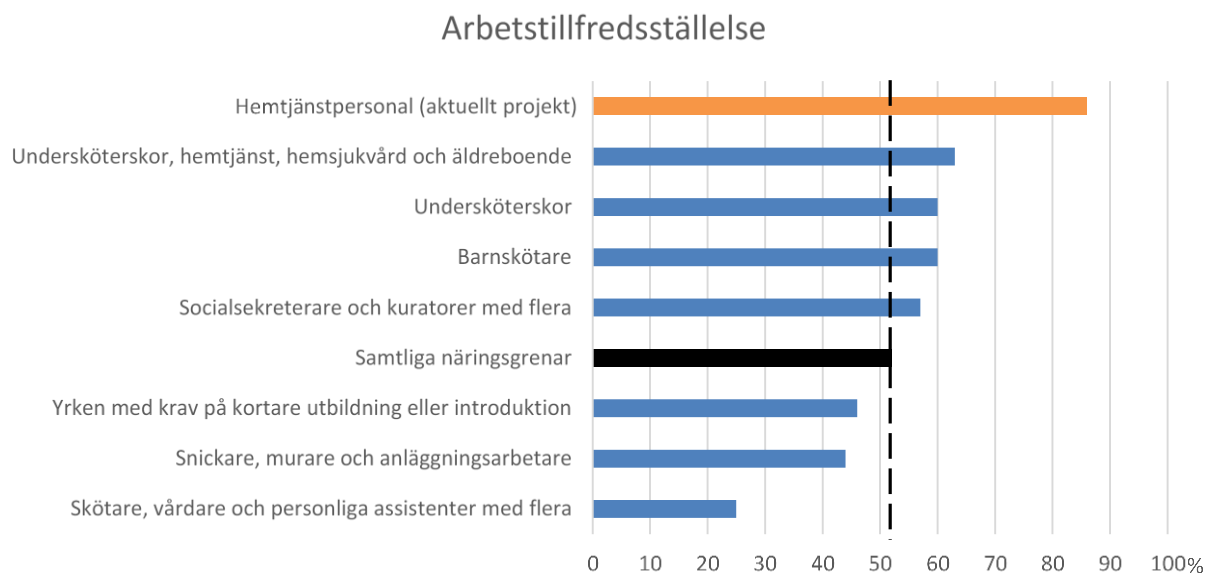
Mer än var tredje (36 %) bland hemtjänstpersonalen ansåg att det sällan eller aldrig vanligen fanns tillräckligt med tid för att hinna ge den hjälp som beviljats brukaren, se Figur 7. Detta kan jämföras med den genomsnittliga andelen på 20 % som uppgav sig sällan eller aldrig ha tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter för sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län.



Figur 7. Andel av deltagarna i studien som uppgav att det alltid/ofta, sällan eller aldrig fanns tillräckligt med tid för att hinna ge den hjälp som beviljats brukaren, jämfört med motsvarande andel som anser sig ha tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter, inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

Arbetstillfredsställelse

En relativt stor andel av hemtjänstpersonalen (86 %) svarade att de upplevde sig (helt eller delvis) vara nöjd med sitt arbete i stort (Figur 8). Detta kan jämföras med den genomsnittliga andelen på 52 % bland sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 som instämmer (helt eller delvis) att man är nöjd med arbetet i stort (Arbetsmiljöverket, 2018a).

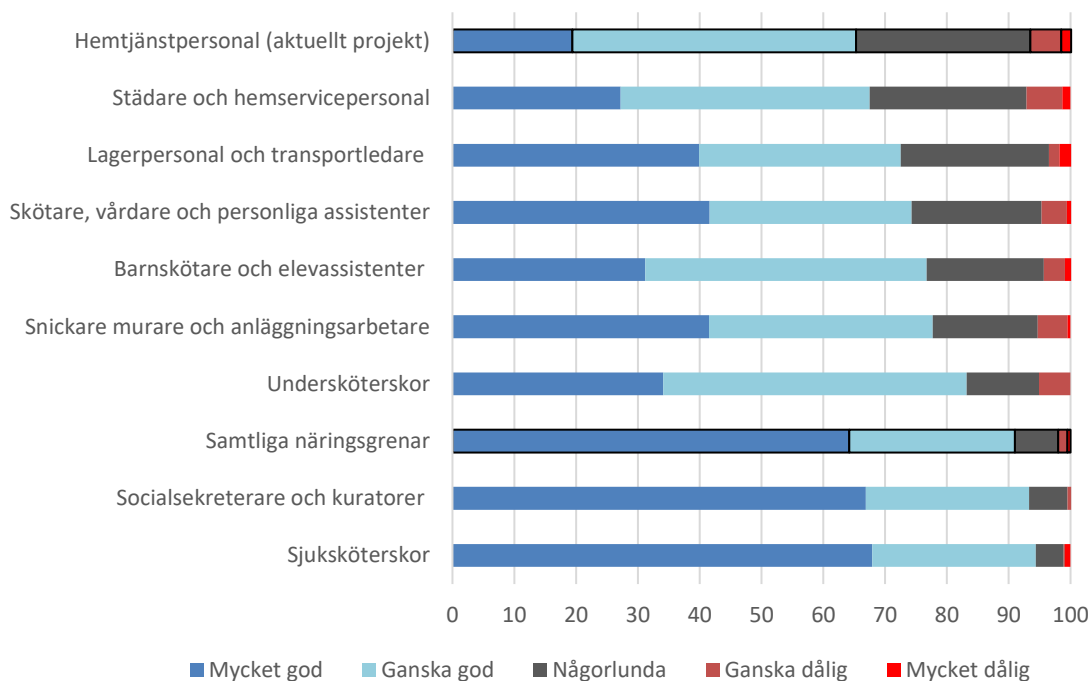


Figur 8. Andel deltagare i studien som vid baslinjemätningen uppgav att de trivs (ganska bra eller mycket bra) med sitt yrke, jämfört med andel sysselsatta inom olika näringsgrenar åren 2015/2017 (kvinnor och män) som uppgav att de arbetat kortare än 5 år inom nuvarande yrke som instämmer (helt eller delvis) att man är nöjd med arbetet i stort (Arbetsmiljöverket, 2018a).

Självskattad fysisk arbetsförmåga

En relativt låg andel (65%) uppgav sin nuvarande fysiska arbetsförmåga jämfört med arbetets krav vara mycket god eller ganska god, där motsvarande siffra för genomsnittet bland sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län var 91% (Figur 9). Av de jämförda grupperna så är det bara bland städare/hemservicepersonal som en motsvarande låg andel (68%) hittas.

Självskattad fysisk arbetsförmåga

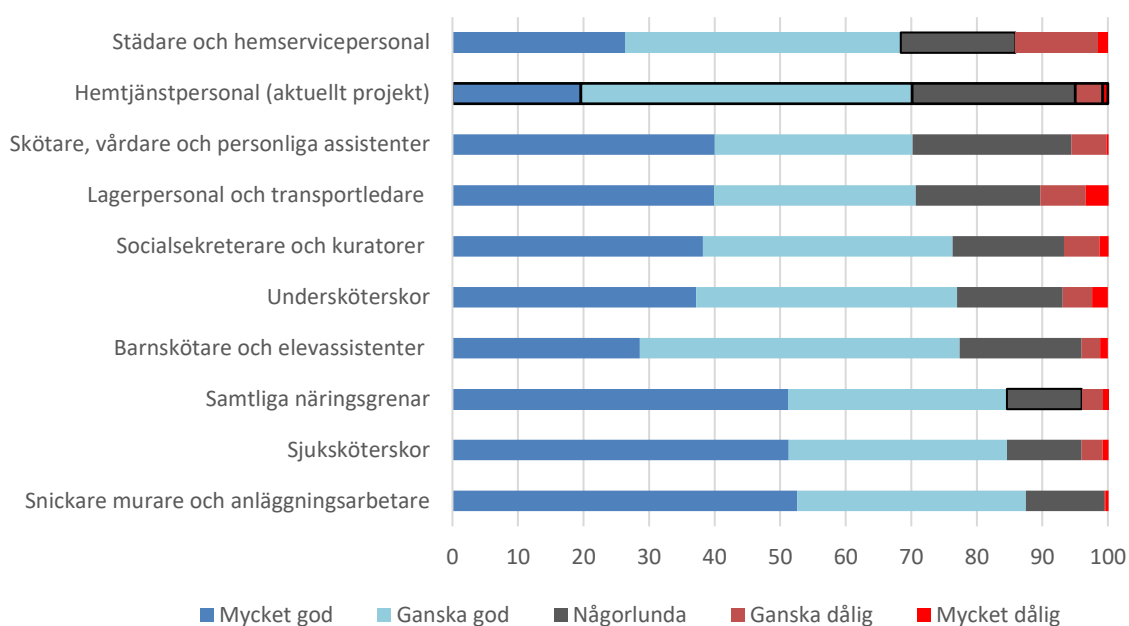


Figur 9. Självskattad arbetsförmåga i jämförelse med de kroppsliga krav som arbetet ställer för deltagarna i studien jämfört med arbetsförmåga i förhållande till de fysiska krav som arbetet ställer bland sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

Självskattad mental/psykisk arbetsförmåga

En relativt låg andel (68%) uppgav sin nuvarande mental/psykisk arbetsförmåga vara *mycket god* eller *ganska god* jämfört med arbetets krav, där motsvarande siffra för genomsnittet bland sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län var 85% (Figur 10). Bland de jämförda yrkesgrupperna hade gruppen skötare/vårdare/personliga assistenter, gruppen lagerpersonal/transportledare och gruppen städare/hemservicepersonal ungefärlig liknande nivåer som hemtjänstpersonalen av de som uppgav sin nuvarande mental/psykisk arbetsförmåga vara *mycket/ganska god*. När det specifikt gäller andelen som skattade sin mentala/fysiska arbetsförmåga var *mycket god* jämfört med arbetets krav var andelen lägst bland hemtjänstpersonalen (20%), vilket kan jämföras med genomsnittet för samtliga näringsgrenar där fler än hälften anser sin mentala/fysiska arbetsförmåga var *mycket god* jämfört med arbetets krav (51%).

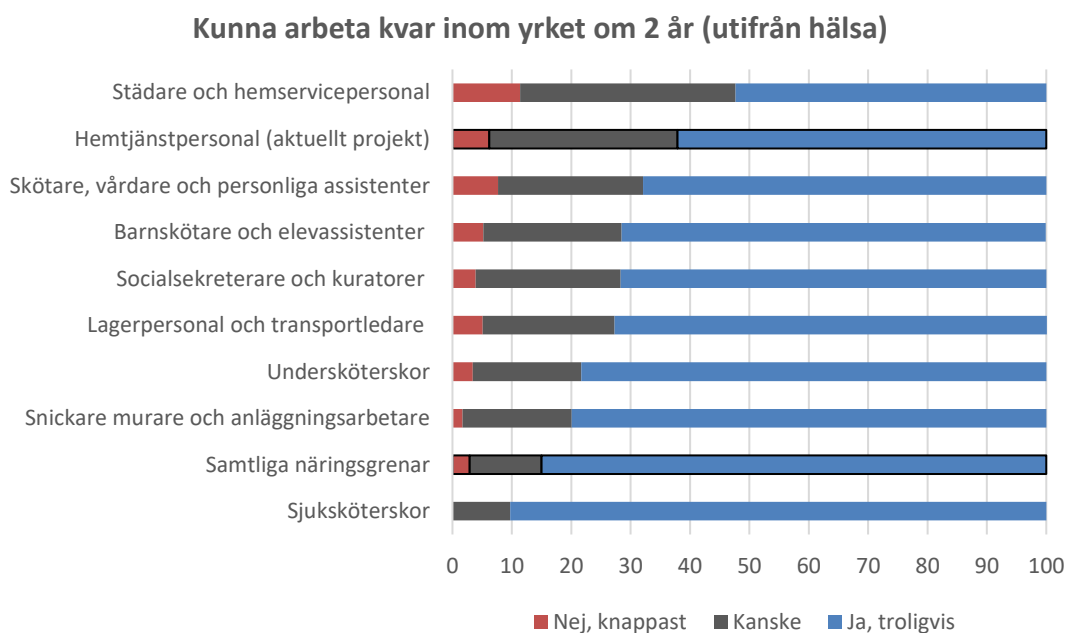
Självskattad mental/psykisk arbetsförmåga



Figur 10. Självskattad arbetsförmåga i jämförelse med de psykiska krav som arbetet ställer för deltagarna i studien jämfört med arbetsförmåga i förhållande till de mentala och psykiska krav arbetet ställer bland sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

Att – med tanke på sin hälsa – kunna arbeta kvar inom yrket om 2 år

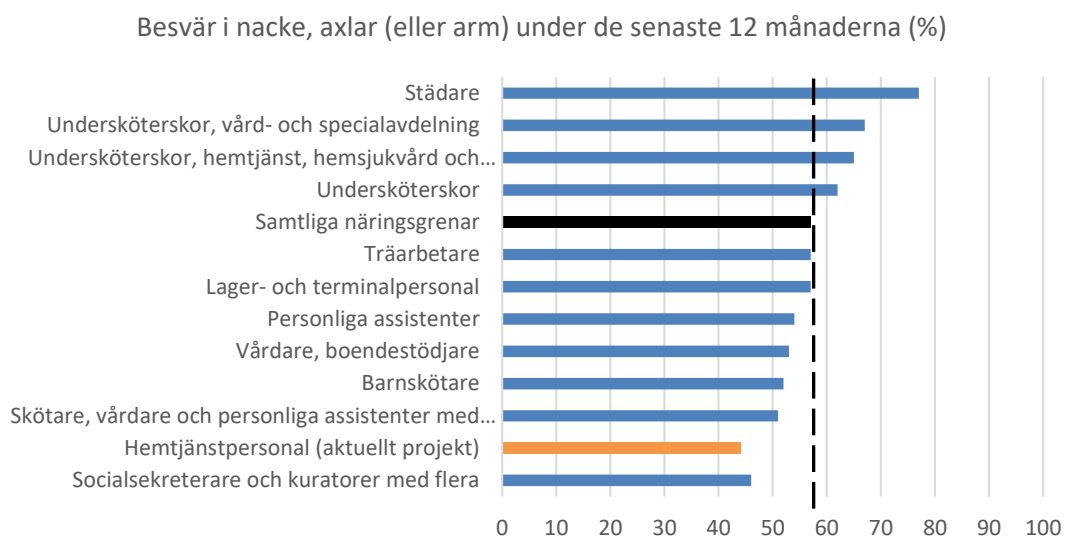
En relativt låg andel (62%) uppgav att de med tanke på sin hälsa tror sig kunna arbeta i sitt nuvarande yrke även om 2 år, se Figur 11. Genomsnittet för motsvarande andel som tror sig kunna arbeta kvar för genomsnittet bland sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län var 85 %. Vårdbiträden har motsvarande andel (62%) som de tillfrågade hemtjänstpersonalen, medan städare/hemservicepersonal har en lägre andel (52%).



Figur 11. Andel deltagare i studien som uppgav sig (av hälsoskäl) fortsatt kunna arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om 2 år, jämfört med andelen för sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 inom Stockholms län (Centrum för Arbets- och Miljömedicin (CAMM), 2020).

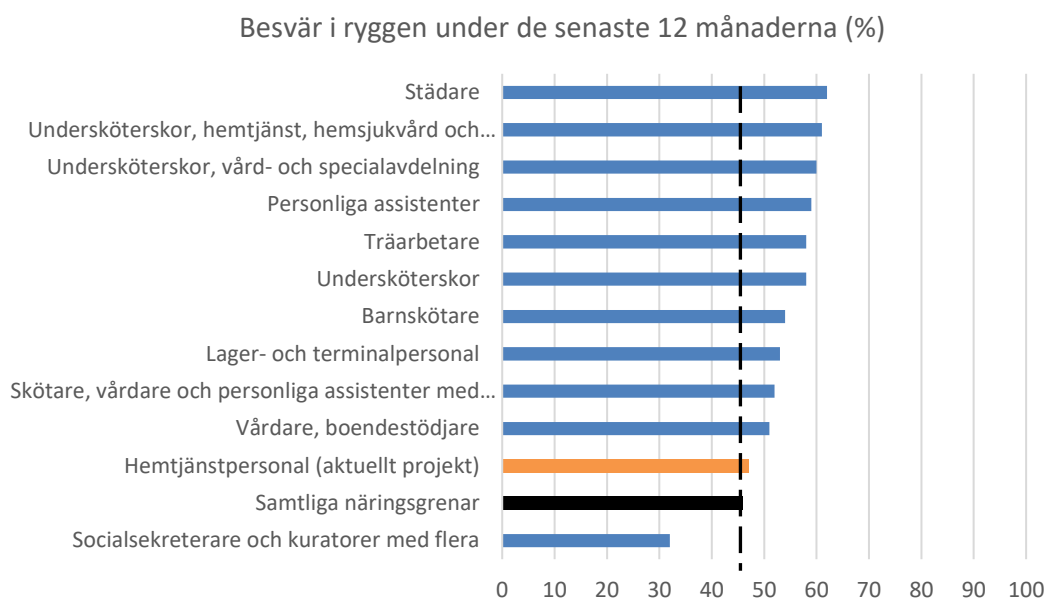
Besvär/smärta i rörelseapparaten de senaste 12 månaderna

Nära hälften (44%) uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) i nacke eller axlar någon gång under de senaste 12 månaderna. Denna andel är lägre än den genomsnittliga andelen på 57% bland sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 (Arbetsmiljöverket, 2018a) som uppgav arbetsrelaterade besvär i nacke, axlar eller (dessutom) arm under den senaste 12-månadersperioden och där städare rapporterar högst andel med besvär (77%) bland de nedan redovisade yrkeskategorierna.



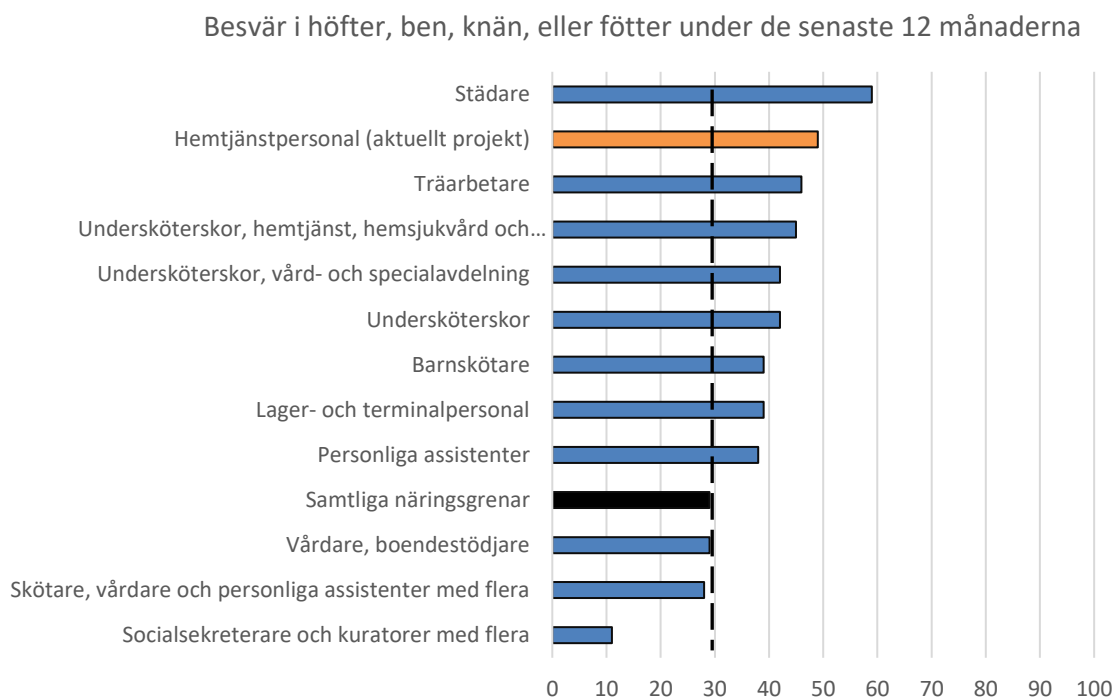
Figur 12. Andel deltagare i studien som uppgav att de haft *besvär* (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna i nacke eller axlar, jämfört med andel sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 som uppgav *arbetsrelaterade besvär* i nacke, axlar eller arm under den senaste 12-månadersperioden (Arbetsmiljöverket, 2018b).

Nära hälften (47%) uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) i ryggens övre del eller ländrygg under de senaste 12 månaderna (Figur 13). Denna andel är jämförbar med den genomsnittliga andelen på 46% bland sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 (Arbetsmiljöverket, 2018a) som uppgav arbetsrelaterade besvär i nacke, axlar eller (dessutom) arm under den senaste 12-månadersperioden och där städare rapporterar högst andel med besvär (62%) bland de nedan inkluderade yrkeskategorierna.



Figur 13. Andel hemtjänstpersonal inom som uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna i ryggens övre del eller ländrygg, jämfört med genomsnittlig andel för sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 som uppgav arbetsrelaterade besvär i ryggen under den senaste 12-månadersperioden (Arbetsmiljöverket, 2018b).

Nära hälften (49%) av hemtjänstpersonalen uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna i höfter, knän, fötter eller fotled, se Figur 14. Andelen är en avsevärt högre andel än den genomsnittliga andelen på 29% bland sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 (Arbetsmiljöverket, 2018a) som uppgav arbetsrelaterade besvär i höfter, ben, knän eller fötter under den senaste 12-månadersperioden och där städare rapporterar högst andel med besvär (59%).

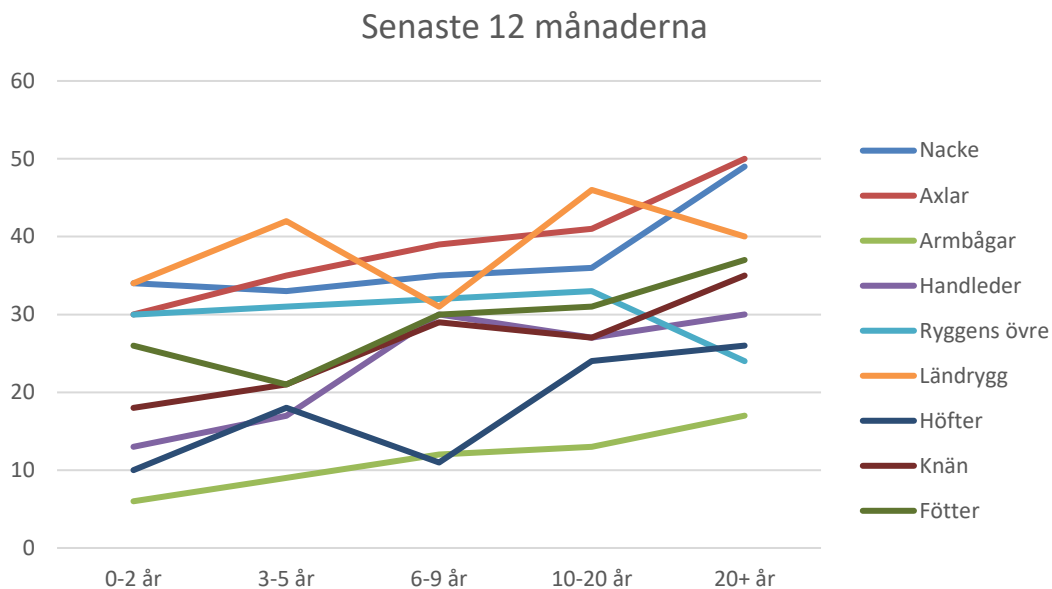


Figur 14. Andel (%) deltagare i studien som uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna i höfter, knän, fötter eller fotled, jämfört med andel sysselsatta inom olika näringsgrenar år 2018 som uppgav arbetsrelaterade besvär i höfter, ben, knän eller fötter under den senaste 12-månadersperioden (Arbetsmiljöverket, 2018b).

Besvärsförekomst vid olika längd inom hemtjänsten

Besvär/smärta i rörelseapparaten de senaste 12 månaderna

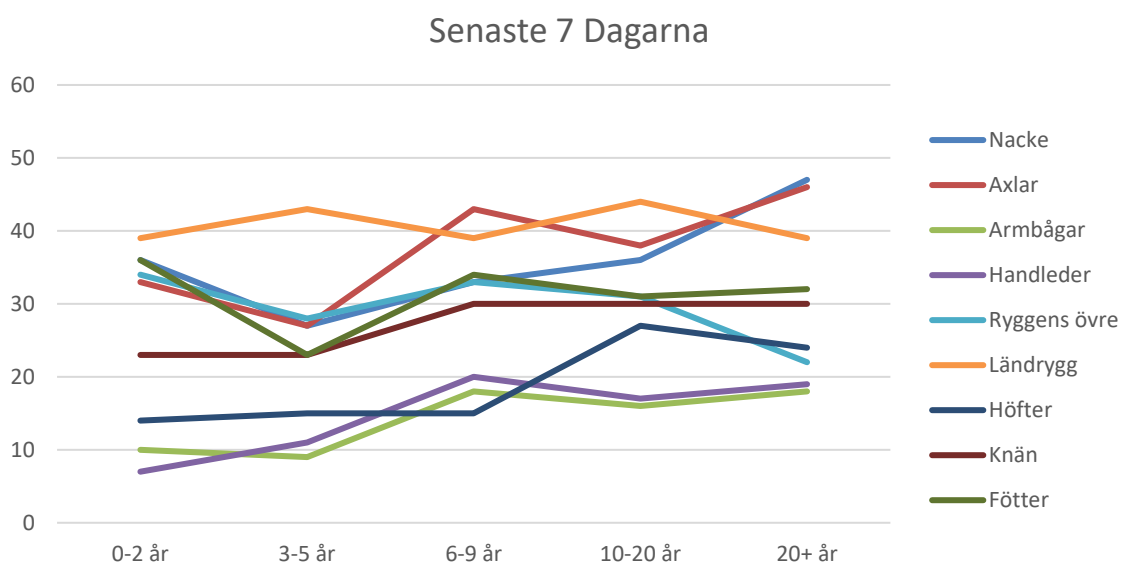
Som framgår av Figur 15, så är generellt andelen som rapporterar smärta, värk, obehag de senaste 12 månaderna högre för de som varit länge inom yrket. De vanligaste kroppsregionerna att rapportera besvär i är nacke och axlar följt av ländryggen, armbågar och knän.



Figur 15. Andel deltagare i studien som uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste 12 månaderna fördelat på kroppsregion och antal år i yrket.

Besvär/smärta i rörelseapparaten de senaste 7 dagarna

Sju-dagars-prevalensen av besvär (smärta, värk, obehag) i rörelseapparaten visade även på en ökning med stigande ålder inom yrket, se Figur 16. Även för denna är andelen med besvär högst i nacke, axlar och ländrygg, där nära hälften som har mer än tjugo år rapporterar besvär i nacke och axlar under den senaste veckan.

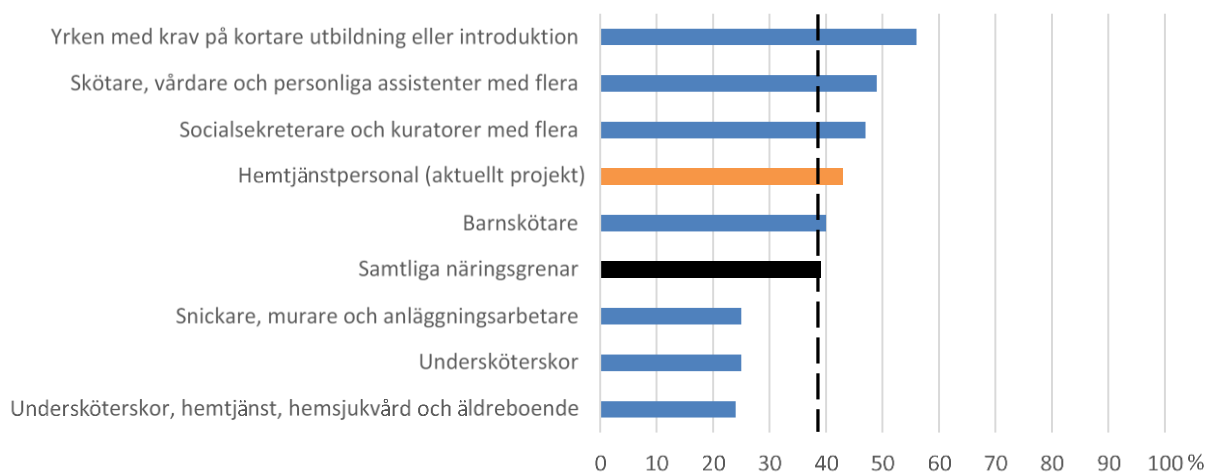


Figur 16. Andel deltagare i studien som uppgav att de haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste sju dagarna fördelat på kroppsregion och andel år i yrket.

5.1.2 Antal år i nuvarande yrke

Fyrtio-tre procent hade arbetet fem eller färre år inom yrket, se Figur 17. Detta kan jämföras med den genomsnittliga andelen på 39% bland sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 (Arbetsmiljöverket, 2018a) som uppgav att de arbetat kortare än 5 år inom nuvarande yrke.

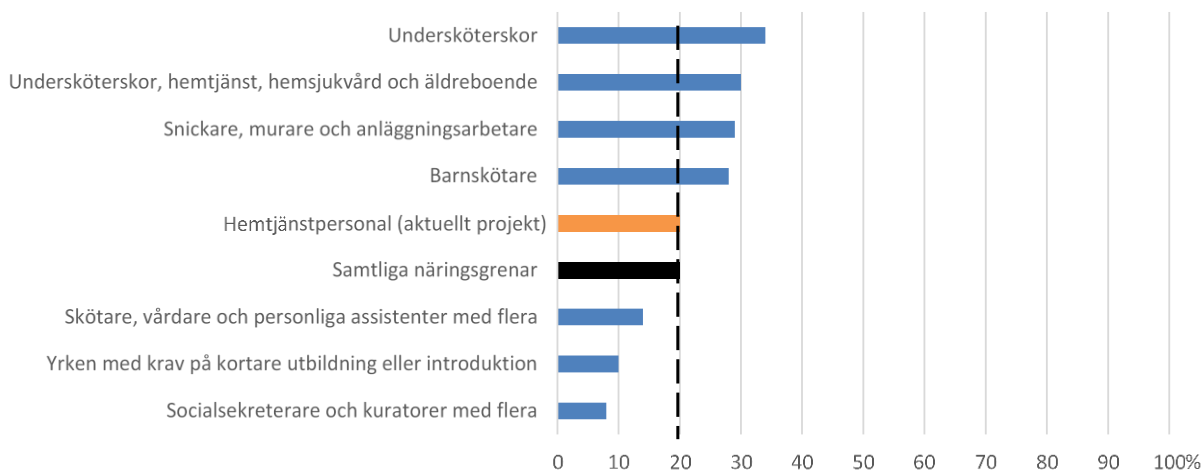
Andel med 5 år eller mindre i nuvarande yrke



Figur 17. Andel deltagare i studien som vid baslinjemätningen uppgav att de arbetat inom hemtjänsten i 5 år eller mindre jämfört med andel sysselsatta inom olika näringsgrenar åren 2015/2017 (kvinnor och män) som uppgav att de arbetat kortare än 5 år inom nuvarande yrke (Arbetsmiljöverket, 2018a).

Cirka en femtedel hade arbetet inom hemtjänsten i 20 år eller mer vilket hamnar på genomsnittet för sysselsatta inom olika näringsgrenar i Sverige åren 2015/2017 (Arbetsmiljöverket, 2018a) vilka uppgav att de hade arbetat 20 eller fler år inom nuvarande yrke (Figur 18). Andelen med lång tid i yrket (≥ 20 år) bland är väsentligt högre än för yrken som socialekreterare, skötare, vårdare och kategorien yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion.

Andel med 20 år eller mer i nuvarande yrke



Figur 18. Andel deltagare i studien som vid baslinjemätningen uppgav att de arbetat inom hemtjänsten i 20 år eller mer jämfört med andel sysselsatta inom olika näringsgrenar åren 2015/2017 (kvinnor och män) som uppgav att de arbetat 20 eller fler år inom nuvarande yrke (Arbetsmiljöverket, 2018a).

5.1.3 Samband mellan exponering och hälsorelaterade utfall

Samband mellan exponering och sjukskrivning

I Tabell 10 nedan visas jämförelser av fler exponeringsfrågor mellan de som har haft 15-29 sjukskrivningsdagar och de som haft 0-14 dagar. Tabell 11 visar jämförelser mellan de som haft 30 eller fler sjukskrivningsdagar och de som haft 0-14 dagar, vid baslinjemätningen.

Tabell 10. Resultat från en tvärsnittsanalys. De som haft mer än 30 sjukskrivningsdagar jämförs med de som haft 0-14 dagar, de senaste 12 månaderna. För signifikanta samband visas den uppskattade storleken på sambandet (prevalence proportion ratio, PPR), dvs hur många gånger vanligare det är att man är i gruppen med fler sjukskrivningsdagar, då man svarat positivt på aktuell fråga (jämfört med de som svarade negativt). Till höger anges eventuella signifikanta samband efter justering för confounders.

Exponeringsfrågor/bakgrundsfrågor	Jämförelse mellan mer än 30 sjukskrivningsdagar och 0-14 dagar					
	Samband innan justering			Samband efter justering för confounders		
	PPR	95% konf. Intervall	p-värde	PPR	95% konf. intervall	p-värde
Hinner ej göra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress	1,3	1,1 – 1,4	0,001	1,0	0,8 - 1,3	0,899
Fysisk ansträngning	1,2	1,1 – 1,3	0,004	1,1	0,9 - 1,3	0,219
Ålder						
...Äldre 50-64 år				0,9	0,7 - 1,2	0,549
...Medelålders 35-49 år				1,0	0,7 - 1,3	0,857
...Yngre 18-34 år				1		
Analys per åldersgrupp						
Hinner ej göra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress bland 50-64 år ^{a)}				1,6	1,2 - 2,3	0,006
Hinner ej göra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress bland 35-49 år				1,2	0,8 - 1,7	0,332
Hinner ej göra arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress bland 18-34 år				1		

^{a)}Åldersgrupp är alltså en s.k. effektmodifierare (se Metoder), och det finns ett signifikant samband i den äldsta gruppen.

Tabell 10 visar samband mellan exponeringsfrågor, signifikanta efter den stegvisa regressionsmodellen, och att ha varit sjukskriven 30 dagar eller mer. Sambanden var dock inte längre signifikanta efter justering för åldersklass, PPR = 1,1 respektive PPR = 1,0. Det visade sig att åldersklass är en effektmodifierare; hos de som hade problem med kringtiden jämfört med de som inte hade problem med kringtiden, så var de bland 50-64 åringar 60 % vanligare att vara sjukskriven 30 dagar eller mer, medan skillnaden var mindre i de andra åldersgrupperna.

Förutom de enskilda frågorna som visats i Tabell 10, så visade indexet trivsel ett signifikant samband med att vara sjukskriven 30 dagar eller mer, de som hade låg trivsel hade en större andel sjukskrivna än de med hög trivsel, PPR=2,1 och efter justering för confounders var PPR=2,3.

Tabell 11. Resultat från en tvärsnittsanalys. De som haft 15-29 sjukskrivningsdagar jämförs med de som haft 0-14 dagar, de senaste 12 månaderna. För signifikanta samband visas den uppskattade storleken på sambandet (prevalence proportion ratio, PPR). Till höger anges eventuella signifikanta samband efter justering för confounders.

Exponeringsfrågor/bakgrundsfrågor	Jämförelse mellan 15-29 sjukskrivningsdagar och 0-14 dagar					
	Samband innan justering			Samband efter justering för confounders		
	PPR	95% konf. Intervall	p-värde	PPR	95% konf. intervall	p-värde
Psykisk ansträngning	2,3	1,3 - 4,1	0,004	1,1	1,0 - 1,1	0,002
Arbetat 10 år eller mer inom hemtjänsten				1,1	1,0 - 1,2	0,013
Arbetat mellan 3 och 9 år inom hemtjänsten				1,1	1,0 - 1,1	0,161
Arbetat 2 år eller mindre än hemtjänsten				1		

Tabell 11 visar samband mellan psykisk ansträngning, signifikant efter den stegvisa regressionsmodellen och att ha varit sjukskriven 15-29 dagar. Två av sambanden var visserligen signifikanta även efter justering för confounders (till höger i tabellen), men den relativa skillnaden i prevalenser (PPR) var mycket lägre. Efter justering för antal arbetade år inom hemtjänsten var det bara 10% vanligare att vara sjukskriven 15-29 dagar bland de som skattade hög psykisk ansträngning jämfört med de som skattade låg psykisk ansträngning, dessutom visade sig att det var 10 % vanligare med hög sjukfrånvaro bland de som hade arbetat 10 år eller mer inom hemtjänsten jämfört med de som arbetat 2 år eller mindre.

Longitudinella analyser

Tabell 12. Longitudinella analyser med avseende på sjukskrivning. De som haft mer än 30 dagars sjukskrivning jämfört med de som haft 0-14 sjukskrivningsdagar vid uppföljningen. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. Efter justering för confounders var inget samband längre signifikant.

Exponeringsfrågor/bakgrundsfrågor	Jämförelse mellan mer än 30 sjukskrivningsdagar och 0-14 dagar					
	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen		
	OR	95% konf. intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
De som svarat nej, knappast eller kanske på om de med tanke på sin hälsa arbetar kvar om 2 år	4,5	1,4 - 14,1	0,010	4,8	1,5 - 15,7	0,009
Mer än 30 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				16,8	4,2 - 65,8	<0,001
15-29 dagars sjukskrivning vid baslinjen				6,1	1,4 - 26,3	0,016
0-14 dagars sjukskrivning vid baslinjen				1		

Tabell 12 visar tydligt att de som vid basenkäten hade svarat "nej, knappast eller kanske arbetar kvar om 2 år", hade mer sjukskrivning (fler individer som hade mer än 30 sjukskrivningsdagar jämfört med än vid uppföljningen jämfört med de som svarat "ja troligtvis arbetar kvar om 2 år". Sambandet mellan att tro sig orka arbeta kvar om 2 år och antalet sjukskrivningsdagar var fortfarande signifikant efter justering för frågan om sjukskrivning vid basenkäten, men inte efter justering för confounders.

Antalet sjukskrivningsdagar vid uppföljningen var kraftigt beroende av dito dagar vid baslinjen. I Tabell 13, nedan, visas samma analyser, men för jämförelsen mellan de som haft mer än 30 dagars sjukskrivning och de som haft 15-29 dagars sjukskrivning vid uppföljningen. Även här visades en signifikant högre risk att bli mer sjukskriven för de som vid basenkäten hade svarat "nej, knappast eller

kanske arbetar kvar om 2 år”. I det här fallet hade frågan om sjukskrivning vid basenkäten en mycket lägre inverkan. Sambandet kvarstod inte efter justering för confounders.

Tabell 13. Longitudinella analyser med avseende på sjukskrivning. De som haft mer än 30 dagars sjukskrivning jämfört med de som haft 15-29 dagars sjukskrivning vid uppföljningen. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. Efter justering för confounders var inget samband längre signifikant.

Exponeringsfrågor/bakgrundsfrågor	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen		
	OR	95% konf. intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
De som svarat nej, knappast eller kanske om de med tanke på sin hälsa arbetar kvar om 2 år, jämfört med de som svarat ja	5,4	1,4 - 21,6	0,016	5,0	1,3 - 18,4	0,016
>30 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				1,7	0,4 - 7,4	0,509
15-29 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				0,6	0,1 - 3,1	0,549
0-14 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				1		

Tabell 14. Longitudinella analyser med avseende på sjukskrivning. De som haft 15-29 dagars sjukskrivning jämfört med de som haft 0-14 sjukskrivningsdagar vid uppföljningen. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. Efter justering för confounders var inget samband längre signifikant.

Exponeringsfrågor/bakgrundsfrågor	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen		
	OR	95% konf. intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
Hinner inte arbetsuppgifterna inom kringtiden, jämfört med hinner dito.	3,8	1,2 - 11,8	0,020	3,2	1,1 - 9,3	0,035
>30 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				6,9	2,1 - 22,7	0,001
15-29 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				7,6	2,5 - 22,9	<0,001
0-14 dagars sjukskrivning senaste 12 månaderna vid baslinjen				1		

Tabell 14 visar att de som vid basenkäten hade svarat ”Hinner inte arbetsuppgifterna inom kringtiden, jämfört med hinner dito.”, hade mer sjukskrivning (fler individer som hade 15-29 sjukskrivningsdagar vid uppföljningen jämfört med de som svarat att de hinner. Sambandet med att inte hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden var fortfarande signifikant även efter justering för frågan om sjukskrivning vid basenkäten, men inte efter justering för confounders.

Muskuloskeletala besvär – frekvens och intensitet

I sambandsanalyserna av exponeringar och muskuloskeletala besvär, skapades tre nya variabler, i syfte att fånga både aspekten hur ofta individen haft nacke-, axel/axlar- eller ländryggbesvär i kombination med smärtintensiteten. Frågorna löd likadant för de tre olika besvären, (här, exemplifierat för nacken): ”Hur ofta har du haft nackbesvär under de senaste 12 månaderna?” med svarsalternativen Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta respektive Alltid och ”Ringa in den siffra som bäst beskriver hur starkt du har upplevt besvär i nacken under de senaste 12 månaderna.” med svarsalternativen 0, 0,5, 1, 2, ..., 10 där

beskrivning av intensiteten fanns bredvid alla svarsalternativ förutom 6, 8 och 9. Beskrivningarna löd från 0 t o m 10: Ingen alls, Mycket svag (knappt kännbar), Mycket svag, Svag/lätt, Måttlig, Ganska stark, Stark, Mycket stark respektive Mycket, mycket stark (nästan maximal). Tre grupper (tertiler) skapades utifrån kombinationerna av svaren, med inspiration av hur Arvidsson och medarbetare tidigare delat in i två grupper (Arvidsson et al, 2016). I sambandsanalyserna har mittenkategorin exkluderats i syfte att erhålla så pass homogena grupper avseende nivån på nacke- axel/axlar- eller ländryggsbesvären. I analyserna som redovisas i tabellerna nedan ingår alltså de två grupperna med minst och mest smärta för respektive kroppsdel, och gruppen med mest jämförs med den med minst smärta.

Tvärnsnittsanalyser

Tabell 15 visar de signifikanta resultaten. Inga confounders identifierades, därför är sambanden innan justering desamma som de slutliga. Hög fysisk ansträngning (specifik fråga) och hög fysisk omsorgstyngd (index, se Metod) är de exponeringsvariabler som genomgående samvarierar med de kombinerade variablerna (se ovan) för fysiska besvär.

Tabell 15. Tvärnsnittsanalyser med avseende på muskuloskeletala besvär. Analyserna genomfördes med prevalence proportion ratios. Med flera variabler (se Metod) genomförs test för att se om de var confounders, men de hade endast liten påverkan på skattningen av PPR, så ingen confounders identifierades, därför är sambanden innan justering desamma som de slutliga sambanden.

Exponeringsfrågor/exponeringsindex	Samband innan samt efter justering för eventuella confounders (det fanns inga confounders)		
	PPR	95% konf. Intervall	p-värde
<u>NACKBESVÄR</u>			
Hög fysisk ansträngning ^a	3,4	1.9 - 6.2	<0,001
Hög fysisk omsorgstyngd ^{b,c}	1,42	1,1 - 1,8	0,003
<u>AXELBESVÄR</u>			
Hög fysisk ansträngning ^a	4,46	2,6 - 7,7	<0,001
<u>LÄNDRYGGSBESVÄR</u>			
Hög fysisk ansträngning ^a	2.46	1,6 - 3.8	<0,001
Hög fysisk omsorgstyngd ^{b,c}	1,40	1,1 - 1.7	0,002

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De svarande är indelade i två grupper (hög och låg). De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

^{c)} Ett exponeringsindex, jämfört med de med låg exponering

Longitudinella analyser

Tabell 16. Longitudinella analyser med avseende på muskuloskeletal besvär, t.ex. jämförs här hur stor andel av dem som hade hög psykisk ansträngning vid basenkäten som var i den högsta tredjedelen av besvär med hur många som hade låg psykisk ansträngning som var i den högsta tredjedelen av besvär, vid uppföljningen. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. Efter justering för confounders var inget samband längre signifikant.

Exponeringsfrågor/Exponeringsindex	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen		
	OR	95% konf. intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
<u>NACKBESVÄR</u>						
Hög psykisk ansträngning ^a	9,3	2,7 - 31,7	<0,001	4,4	1,0 - 20,2	0,056
Nackbesvär vid baslinjen ^a				31,5	8,2 - 122	<0,001
<u>AXELBESVÄR</u>						
Hög psykisk ansträngning ^a	3,0	1,1 - 8,5	0,037	1,6	0,4 - 6,3	0,484
Axelbesvär vid baslinjen ^a				55,0	11,3 - 266	<0,001
<u>LÄNDRYGGSBESVÄR</u>						
Låg trivsel ^b	6,7	1,5 - 30,6	0,014	3,2	0,5 - 19,5	0,204
Hög fysisk omsorgstyngd ^b	2,7	1,3 - 5,6	0,009	2,3	0,8 - 6,5	0,133
Ländryggsbesvär vid baslinjen ^a				44,5	9,2 - 215	<0,001

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De svarande är indelade i två grupper (hög och låg). De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

Bland de som i basenkäten tillhört tertilerna som haft mest respektive måttlig psykisk ansträngning noterades 9,3 (se Tabell 16) respektive 3,7 (visas ej i tabellen) gånger större risk för nackbesvär i uppföljningsenkäten enligt nackbesvär jämfört med de som tillhört tertilen som haft minst psykisk ansträngning i basenkäten. När sambandet justerats för individernas nackbesvär vid basenkäten var sambanden inte längre signifikanta, OR=4,4 respektive nästan 2,4.

Bland de som i basenkäten tillhört tertilerna som haft mest respektive måttlig psykisk ansträngning hade 3 respektive 2,9 gånger större risk för axelbesvär i uppföljningsenkäten jämfört med de som tillhört tertilen som haft minst psykisk ansträngning i basenkäten. När sambandet justerats för hur individerna klassificerats på axelbesvär vid basenkäten är sambanden inte längre signifikanta, OR nästan 1,6 respektive nästan 1,8.

Bland de som i basenkäten tillhört tertilerna som haft högst respektive måttlig trivsel hade 6.7 respektive 2.7 gånger större risk för ländryggsbesvär i uppföljningsenkäten jämfört med de som tillhört tertilen som lägst trivsel i basenkäten. När sambandet justeras för hur individerna klassificerats på ländryggsbesvär vid basenkäten är sambanden inte längre signifikanta, OR=3.2 respektive 2.3.

Efter justering för confounders var inget av ovan beskrivna samband längre signifikant.

Besvär – antalet smärtlokaliseringar

En ny variabel skapades i syfte att fånga antalet smärtlokaliseringar individen upplevt under de senaste sju dygnen. Frågan löd: "Har du haft besvär (smärta, värk, obehag) någon gång under de senaste sju dygnen." Deltagarna kunde svara Nej eller Ja på om de haft besvär i följande kroppsdelar: nacke, axel/axlar, handled/handleder hand/händer, ryggens övre del, ländrygg, höft/höfter, knä/knän, fot/fötter fotled/fotleder. Den skapade variabeln tre svarsalternativ: 0, 1-3 respektive 4-8 och 0-2, 3-4 respektive 5-8 smärtlokaliseringar framtagna enligt tertiler. I både tvärsnittsanalyserna och i de longitudinella analyserna jämfördes alla tre grupperna med varandra.

Tvårsnittsanalyser

Fysisk ansträngning.

Bland de som rapporterade hög fysisk ansträngning var det 2,8 gånger vanligare, innan justering, att uppleva 4 eller fler istället för 0 smärtlokaliseringer jämfört med de som rapporterat låg fysisk ansträngning. När sambandet justerats för confounders var sambandet fortsatt signifikant, PPR=2,5.

Index trivsel.

Bland de som klassats ha låg trivsel var andelen att uppleva 4 eller fler istället för 0 smärtlokaliseringer 1,52 gånger vanligare än för de som rapporterat hög trivsel. När sambandet justerats för confounders var sambandet, PPR 1,57, inte längre signifikant ($p=0.07$).

Longitudinella analyser.

Indexet fysisk omsorgstyngd.

De som i basenkäten klassats ha hög fysisk omsorgstyngd hade 4.3 gånger större risk att uppleva 3-4 istället för 0-2 smärtlokaliseringer i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha låg fysisk omsorgstyngd. När sambandet justerats för hur många smärtlokaliseringer individerna rapporterade vid basenkäten var sambandet fortsatt signifikant, OR=7,1.

Indexet kvalitativa krav.

De som i basenkäten klassats ha höga kvalitativa krav visade sig, förvånande nog, ha lägre risk att uppleva 3-4 istället för 0-2 smärtlokaliseringer i uppföljningsenkäten (OR var 0,3), jämfört med de som klassats ha låga kvalitativa krav. När sambandet justerats för hur många smärtlokaliseringer individerna rapporterade vid basenkäten var sambandet fortsatt signifikant, och t.o.m. lägre, OR=0,2.

Det var mer väntat att de som i basenkäten klassats ha höga kvalitativa krav hade 5,0 gånger större risk att uppleva 5-8 istället för 3-4 smärtlokaliseringer jämfört med de som klassats ha låga kvalitativa krav. När sambandet justerats för hur många smärtlokaliseringer individerna rapporterade vid basenkäten var sambandet fortsatt signifikant, OR=3,9.

Indexet trivsel.

De som i basenkäten klassats ha låg trivsel hade 14.3 gånger större risk att uppleva 5-8 istället för 3-4 smärtlokaliseringer i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha hög trivsel. När sambandet justerats för hur många smärtlokaliseringer individerna rapporterade vid basenkäten var sambandet inte längre signifikant.

Efter att dessa samband även justerats för confounders, kvarstod inga signifikanta samband.

Egen prognos om att arbeta kvar om 2 och 5 år samt fram till ålderspension

Svarsalternativen på frågan: "Med tanke på din hälsa - tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?" dikotomiserades (delades in i två klasser) så att individen klassades som att inte tro sig kunna respektive tro sig kunna arbeta kvar om "Nej, knappast eller Kanske" respektive "Ja, troligtvis" kryssats i. Villkoret att individen vid uppföljningen skulle vara yngre än 63 år har ställts för att ingå i analysen.

Svarsalternativen till frågan: "Känns det idag som du vill arbeta kvar på din nuvarande arbetsplats om fem år?" dikotomiserades så att individen klassades som att inte vilja arbeta kvar respektive vilja arbeta kvar om svarsalternativen "Nej, tror inte det eller Nej, absolut inte" respektive "Ja, absolut eller Ja, kanske" kryssats i.

Svarsalternativen på frågan: "Känns det som du skulle kunna fortsätta arbeta i hemtjänsten fram till ålderspensionen (65 år)?" dikotomiserades så att individen klassades som att inte kunna respektive kunna fortsätta till ålderspensionen om "Nej, tror inte det eller Nej, absolut inte" respektive "Ja,

absolut eller Ja, kanske” kryssats i. Villkoret att individen vid uppföljningen skulle vara yngre än 60 år har ställts för att ingå i analysen.

Tvärsnittsanalyser

I tvärsnittsanalysen visade två exponeringar signifikanta samband innan justering för confounders.

Låg trivsel hade signifikant samband med att inte tro sig arbeta kvar om 2 år (PPR=1,6), inte arbeta kvar om 5 år (2,4), och inte arbeta fram till pension (1,6). Men trots starka signifikanser, alla p-värden <0,001, så var inget av sambanden signifikant efter justering för confounders.

Höga kvalitativa krav hade ett signifikant samband med att inte tro sig arbeta kvar om 2 år (PPR=1.6), men samma sak här; trots p-värde < 0,001, så var sambandet inte signifikant efter justering för confounders.

Longitudinella analyser

Resultaten visas i Tabell 17. Av utrymmesskäl i tabellen visas endast skattningar efter justering för utfallet vid baslinje samt, i fall med fortsatt signifikans, skattningar efter justering för confounders.

Hög fysisk omsorgstyngd respektive höga kvalitativa krav hade 2.5 respektive 2.4 gånger större risk att inte tro sig kunna arbeta kvar om 2 år i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha låg fysisk omsorgstyngd respektive låga kvalitativa krav. När sambanden justeras för om de trodde sig kunna arbeta kvar om 2 år i basenkäten är sambanden inte längre signifikanta, OR=2.0 respektive 1.9.

Liksom i tvärsnittsanalyserna var trivsel en betydande faktor; de som vid basenkäten klassats ha låg trivsel hade 5.8 gånger större risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha hög trivsel i basenkäten. Bland de som vid basenkäten tillhört tertilen som haft mest fysisk ansträngning hade 5.9 gånger större risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha minst fysisk ansträngning i basenkäten. När sambanden justeras för hur de klassats på frågan om de vill arbeta kvar om fem år vid basenkäten är sambandet mellan trivsel och arbeta kvar om fem år inte längre signifikant. Däremot har både de som klassats ha mest respektive måttlig fysisk ansträngning vid basenkäten fortsatt större risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med de som hade minst fysisk ansträngning vid basenkäten, OR=6.8 respektive 3.7.

De som i basenkäten klassats ha låg trivsel hade 3,4 gånger större risk att inte kunna fortsätta till ålderspensionen i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha hög trivsel. När sambandet justeras för hur de svarat på frågan om de vill fortsätta till ålderspensionen i basenkäten är sambandet inte längre signifikant.

I den slutgiltiga modellen justeras även för åldersklass och en interaktionsterm mellan åldersklass och om de vill arbeta kvar om fem år vid basenkäten. De som tillhört tertilerna som hade mest respektive måttlig fysisk ansträngning vid basenkäten hade 10,5 respektive 4,8 gånger större risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med tertilen som hade minst fysisk ansträngning vid basenkäten. De äldre respektive medelålders hade 0,2 respektive 0,1 gånger lägre risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med de yngre. Interaktionstermen visade att bland de som vid basenkäten inte ville arbeta kvar om fem år jämfört med de som ville arbeta kvar om fem år var 24 gånger större risk att inte vilja arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten bland medelålders jämfört med yngre.

Tabell 17. Longitudinella analyser avseende att arbeta kvar om två och fem år. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. I tabellen visas av utrymmesbrist endast skattningar efter justering för utfallet vid baslinje samt, i fall med fortsatt signifikans, skattningar efter justering för confounders.

Exponeringsfrågor/Exponeringsindex	Justerat för utfallet vid baslinjen			Justerat även för confounders		
	OR	95% konf. Intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
ATT INTE TRO SIG ARBETA KVAR OM 2 ÅR						
Höga kvalitativa krav ^{b,d}	1,9	0,9-4,1	0,110			
Att inte tro sig arbeta kvar om 2 år vid baslinjen ^b	4,2	1,8-9,4	0,001			
ATT INTE TRO SIG ARBETA KVAR OM 5 ÅR						
Låg trivsel ^{b,d}	2,4	0,7-7,9	0,157	2,9	0,8-10,5	0,113
Hög fysisk ansträngning ^a	6,8	1,9-24,3	0,003	10,5	2,6-42,5	0,001
Att inte tro sig arbeta kvar om 5 år vid baslinjen ^b	6,2	2,7-14,0	<0,001			
Ålder						
Äldre 50-60 år				0,2	0,1-0,6	0,006
Medelålders 35-49 år				0,1	0,0-0,3	<0,001
Yngre 18-34 år				1		
Analys per åldersgrupp						
Inte arbeta kvar om 5 år vid baslinjen & Äldre				3,5	0,5-24,3	0,213
Inte arbeta kvar om 5 år vid baslinjen & Medelålders				24,0	1,5-389,7	0,025
ATT INTE TRO SIG ARBETA KVAR TILL PENSION						
Låg trivsel ^{b,d}	1,7	0,5-6,0	0,420			
Hög fysisk ansträngning ^{a,d}	1,3	0,4-4,7	0,682			
Inte arbeta kvar om 5 år vid baslinjen ^b	23	10,0-52,4	<0,001			

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

^{d)} Signifikant samband i innan justering, visas därför här (trots icke-signifikans efter justering).

Fysisk och psykisk arbetsförmåga

Två direkta frågor om den egenuppskattade arbetsförmågan analyserades.

Svarsalternativen till frågan: "Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de *kroppsliga krav* som ditt arbete ställer (till exempel styrka, uthållighet, rörlighet, fingerfärdighet)?" dikotomiserades så att individen klassades som att ha låg respektive hög fysisk arbetsförmåga om Någorlunda, Ganska dålig eller Mycket dålig respektive Mycket god, klarar alla krav utan ansträngning/svårighet eller Ganska god kryssats i.

Svarsalternativen till frågan: "Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i jämförelse med de *psykiska krav* (till exempel kunskaper, tålamod, stresstålighet, ansvarstagande, samarbetsförmåga) som ditt arbete ställer?" dikotomiserades så att individen klassades som att ha låg respektive hög psykisk arbetsförmåga om Någorlunda, Ganska dålig eller Mycket dålig respektive Mycket god, klarar alla krav utan ansträngning/svårighet eller Ganska god kryssats i.

Tvärsnittsanalyser

De två analyserna resulterade i liknande resultat, se Tabell 18; både hög fysisk ansträngning (direkt fråga) och låg trivsel (index) visade signifikanta samband med både fysisk och psykisk arbetsförmåga. Både fysisk ansträngning (direkt fråga) och låg trivsel (index) hade hög signifikans (mkt låga p-värden).

Tabell 18. Tvärsnittsanalyser med avseende på arbetsförmåga. Analyserna genomfördes med prevalence proportion ratios.

Exponeringsfrågor/exponeringsindex	Samband innan samt efter justering för eventuella confounders (det fanns inga confounders)		
	PPR	95% konf. Intervall	p-värde
LÅG FYSISK ARBETFÖRMÅGA			
Hög fysisk ansträngning ^a	2,5	1,56-4,0	<0,001
Låg trivsel ^b	1,5	1,22-1,89	<0,001
LÅG PSYKISK ARBETFÖRMÅGA			
Hög fysisk ansträngning ^a	2,01	1,25-3,23	0,004
Låg trivsel ^b	1,61	1,24-2,08	<0,001

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

Longitudinella analyser

Resultaten visas i Tabell 19. Bland de som i basenkäten tillhört tertilen som haft mest fysisk ansträngning hade 2,9 gånger större risk att inte kunna fortsätta till ålderspensionen jämfört med tertilen som haft minst fysisk ansträngning i basenkäten. När sambanden justerats för om de nog kunde eller inte kunde fortsätta arbeta till ålderspensionen vid basenkäten var sambanden inte längre signifikanta, OR=1,7 respektive 1,3.

Bland de som i basenkäten tillhört tertilen som haft mest respektive måttlig psykisk ansträngning hade 9,6 respektive 5,4 gånger större risk att ha låg fysisk arbetsförmåga i uppföljningsenkäten jämfört med tertilen som haft minst psykisk ansträngning i basenkäten. Bland de som i basenkäten klassats ha höga kvantitativa krav hade 2,2 gånger större risk att ha låg fysisk arbetsförmåga i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha låga kvantitativa krav. När sambanden justeras för om de trodde sig kunna arbeta kvar om 2 år i basenkäten kvarstår sambandet endast för tertilen som hade mest psykisk ansträngning, OR=3,7.

Bland de som i basenkäten klassats ha låg trivsel hade 3,0 gånger större risk att ha låg psykisk arbetsförmåga i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha hög trivsel i basenkäten. När sambandet justeras för hur de klassats på frågan om trivsel vid basenkäten är sambandet inte längre signifikant, OR=1,6.

Efter att dessa samband även justerats för confounders, kvarstod inga signifikanta samband.

Tabell 19. Longitudinella analyser med avseende på arbetsförmåga. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten. Efter justering för confounders var inget samband längre signifikant.

Exponeringsfrågor/Exponeringsindex	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen		
	OR	95% konf. intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
FYSISK ARBETSFÖRMÅGA						
Hög psykisk ansträngning ^a	9,6	2,5–37,5	0,001	12,6	3,2–49,9	<0,001
Höga kvalitativa krav ^b	2,2	1,1–4,3	0,025	1,7	0,9–3,3	0,129
Låg fysisk arbetsförmåga vid baslinjen ^b	3,2	1,6–6,5	0,001			
PSYKISK ARBETSFÖRMÅGA						
Låg trivsel ^b	3,0	1,2–7,2	0,015	1,6	0,6–4,1	0,371
Låg psykisk arbetsförmåga vid baslinjen ^b	7,4	3,4–16,0	<0,001			

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

Mental utbrändhet (burnout)

Svarsalternativen för varje fråga kodades från 1 till 5, där 1 respektive 5 innebar minst respektive mest exponering. Svaren från de fem frågorna summerades och en dikotomiserad variabel skapades baserat på medianen av den summerade variabeln.

Tvärsnittsanalyser

Tabell 20. Tvärsnittsanalyser med avseende på mental utbrändhet – burnout. Analyserna genomfördes med prevalence proportion ratios.

Exponeringsfrågor	Samband innan justering			Justerat för confounders		
	PPR	95% konf. Intervall	p-värde	PPR	95% konf. Intervall	p-värde
I mitt arbete känns alltid eller ofta ansvaret för brukarna för stort	1,3	1,1 - 1,6	0,005	1,4	1,1 - 1,6	0,049
Hög psykisk ansträngning ^a	1,2	1,0 - 1,4	0,047	1,5	1,2 - 1,9	0,001
De som svarat nej, knappast eller kanske om de med tanke på sin hälsa arbetar kvar om 2 år	1,7	1,4 - 2,1	<0,001	1,8	1,2 - 2,6	0,004
Bakgrundsvariabel						
Utlandsfödd				1,4	1,1 – 1,7	0,013
Interaktionsterm (2 kombinerade exponeringar)						
Ansvaret känns alltid eller ofta för stort & arbetar knappast eller kanske kvar om 2 år				2,1	1,1 – 4,2	0,028

^{a)} Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

^{b)} De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

Tvärsnittsanalyserna visade flera mycket signifikanta samband, se Tabell 20. Hos de som svarat att de kände att ansvaret för brukarna var för stort var det 1,3 ggr vanligare att ha klassats med burnout jämfört med de inte rapporterat så vid basenkäten, p-värde=0,005. Hos de som hade hög psykisk ansträngning var det 1,2 ggr vanligare att ha klassats med burnout, p-värde=0,047. Hos de som svarat att de inte eller knappast trodde sig kunna arbeta kvar om 2 år var det 1,7 ggr vanligare, p-

värde<0,001. Efter justering kvarstod de signifikanta resultaten för de tre exponeringarna. Frågorna om födelseland och hur länge de arbetat inom hemtjänsten visade sig vara confounders. I modellen ingick även en interaktionsterm. Interaktionstermen visade att bland de som vid basenkäten inte eller knappast trodde sig kunna arbeta kvar om 2 år jämfört med de som svarat att de troligtvis kunde arbeta kvar om 2 år var det 2.1 ggr vanligare att ha klassats med burnout bland de som kände att ansvaret för brukarna var för stort jämfört med de som inte kände att ansvaret var för stort.

Longitudinella analyser

Tabell 21. Longitudinella analyser med avseende på mental utbrändhet – burnout. Analyserna genomfördes med logistisk regression med uppföljning över tid från första enkäten till uppföljningsenkäten.

Exponeringsfrågor/Exponeringsindex	Samband innan justering			Justerat för utfallet vid baslinjen och för eventuella confounders (det fanns inga confounders)		
	OR	95% konf. Intervall	p-värde	OR	95% konf. Intervall	p-värde
Har sällan eller aldrig möjlighet att själv bestämma arbetstakten hemma hos brukarna	2,1	1,1 - 4,3	0,032	1,6	0,8 - 3,3	0,180
Psykisk ansträngning	2,2	1,1 - 4,4	0,030	2,5	1,2 - 5,1	0,011
De som svarat nej, knappast eller kanske om de med tanke på sin hälsa arbetar kvar om 2 år	2,3	1,1 - 4,8	0,023	1,2	0,6 - 2,6	0,580
Burnout vid baslinjeenkäten	6,2	3,0 - 12,7	<0,001			

a) Tredjedelen med högst skattningar jämfört med tredjedelen med lägst skattningar.

b) De med hög exponering jämfört med de med låg exponering

c) Ett exponeringsindex, jämfört med de med låg exponering

Bland de som rapporterade att de inte har möjlighet att själva bestämma arbetstakten hemma hos brukarna var det 2,1 ggr större risk att ha burnout vid uppföljningsenkäten jämfört med de som hade möjlighet att bestämma arbetstakten vid basenkäten, p-värde=0,032. Bland de som hade hög psykisk ansträngning var det 2,2 ggr större risk att ha burnout vid uppföljningsenkäten, p-värde=0,030. Bland de som svarat att de inte eller knappast tror sig kunna arbeta kvar om 2 år var det 2,3 ggr större risk att ha burnout vid uppföljningsenkäten, p-värde=0,023. När sambanden justerats för indexet om burnout skapat utifrån frågorna i basenkäten kvarstod sambandet mellan psykisk ansträngning och burnout vid uppföljningen, p-värde=0,011, men de andra sambanden kvarstod inte.

5.1.4 Stanna eller lämna arbetet i hemtjänsten?

Eftersom det i projektets övergripande syfte ingick "att verka för hållbara arbetsförhållanden inom hemtjänsten så att personalen ges förutsättningar för att med god arbetsförmåga arbeta fram till ålderspensionen...", genomfördes ytterligare analyser med frågeställningen: Vilka exponeringar är kopplade till om man tror sig kunna stanna eller lämna sitt arbete inom hemtjänsten.

Tvärsnittsanalyser

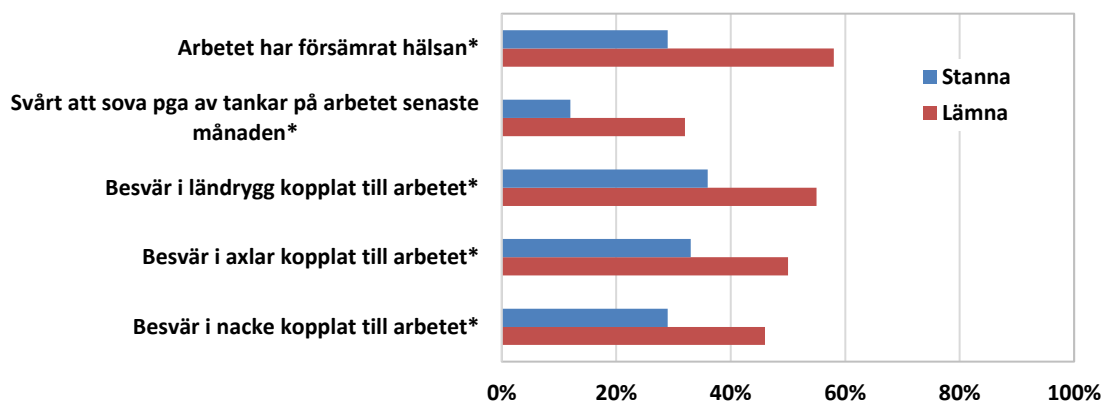
I baslinjeenkäten svarade 37 procent att de inte trodde eller var osäkra på om de skulle kunna arbeta kvar om två år med tanke på sin hälsa. Fyrtioåtta procent angav att det inte kändes som att de kunna arbeta kvar inom hemtjänsten fram till ålderspensionen (65 år).

Utifrån de två frågorna delades de svarande in i två grupper. De som svarat att de inte trodde sig kunna arbeta kvar på den ena eller båda frågorna hamnade i gruppen "lämna", de andra i "stanna". Av

de 665 svarande var det 40 procent som tillhörde gruppen ”stanna” och 60 procent som tillhörde gruppen ”lämna”.

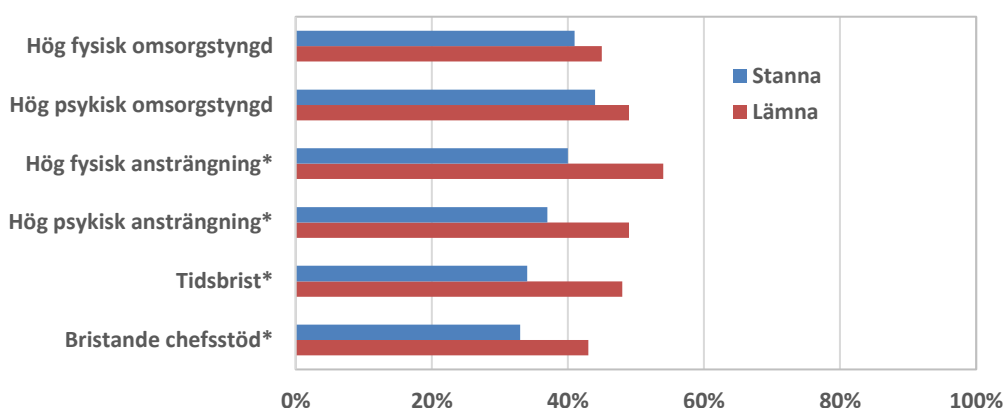
Diagrammen nedan visar hur medlemmarna i de två grupperna svarat i frågor som rör välbefinnande och hälsa (Figur 19) samt krav, kontroll och stöd (Figur 20).

Välbefinnande och hälsa



Figur 19. Andel i Stanna respektive Lämna-gruppen som rapporterat olika former av negativ hälsopåverkan kopplat till arbetet. Samtliga skillnader är statistiskt signifikanta (markerat med *).

Krav, Kontroll, stöd



Figur 20. Andel i Stanna respektive Lämna-gruppen som rapporterat negativa arbetsmiljöaspekter avseende krav-kontroll-stöd. Signifikanta skillnader är markerade med *.

Skillnaderna i omsorgstyngd var små och inte signifikanta. Istället var det högre krav i form av hög fysisk och psykisk ansträngning, tidsbrist och bristande chefsstöd som rapporterades av en signifikant större andel i gruppen ”lämna”.

Tidsbrist är ett index med frågorna (alternativ 1-4 per fråga, som summeras):

- Tillräckligt med tid för att du ska hinna ge den hjälp som beviljats brukaren (alltid/ofta/sällan/aldrig)
- Möjlighet att bestämma arbetstakten hemma hos brukarna (alltid/ofta/ sällan/ aldrig)
- Tillräcklig med tid för att förflytta dig mellan brukarna utan att känna stress (alltid/ofta/sällan, aldrig)

- Hinner arbetsuppgifterna (dokumentation, möten, vara kontaktperson mm) inom kringtiden utan att känna stress (alltid/ofta/sällan/aldrig)
- Finns utrymme att varva ner mellan besöken hos brukarna (alltid/ofta/sällan/aldrig)
- Hinner varva ner under min lunchrast (alltid/ofta/sällan, aldrig)

Den enskilda fråga som visade störst skillnad inom tidsbrist var "att hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress". Det var 3,4 gånger vanligare att inte hinna med uppgifterna i Lämna-gruppen.

I indexet chefsstöd ingår frågorna:

- Får oftast/alltid hjälp och stöd från enhetschefen när man så behöver (alltid/ofta/sällan/aldrig)
- Närmaste chef ser till att de enskilda medarbetarna har bra utvecklingsmöjligheter (i mycket hög grad/i hög grad/delvis/i låg grad/i mycket låg grad)
- Närmaste chef prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt (i mycket hög grad/i hög grad/delvis/i låg grad/i mycket låg grad)
- Närmaste chef är bra på att lösa konflikter (i mycket hög grad/i hög grad/delvis/i låg grad/i mycket låg grad)

Att ofta ha sömnsvårigheter på grund av tankar på arbetet var 2,7 ggr vanligare i Lämna-gruppen.

Longitudinella analyser

Efter uppdelning av svaren i de två klasserna "stanna" och "lämna" genomfördes separata sambandsanalyser i de två grupperna, med de nedan redovisade frågorna (som hade visat sig vara betydelsefulla i tvärsnittsanalyserna; först testades longitudinella med stegvis logistisk regression på samma sätt som de tidigare visade, sedan genomfördes mer avancerade analyser, då deltagarna i uppföljningsenkäten delades in i kopplade grupper, t.ex. Inte hinner arbetsuppgifterna inom kringtiden & Sömnsvårigheter vid baslinjen.

Svarsalternativen på frågan: "Med tanke på din hälsa - tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om 2 år?" dikotomiserades (delades in i två klasser) så att individen klassades till:

- Stanna-gruppen om man svarat: "Ja, troligtvis"
- Lämna-gruppen om man svarat "Nej, knappast" eller "Kanske"

Individer som vid uppföljningen var yngre än 63 år har ingått i analyserna.

Frågor och hur de dikotomiserades

"Anser du att ditt nuvarande arbete har påverkat din hälsa?". Svarsalternativen dikotomiserades så att individerna klassades som att nuvarande arbetet gjort hälsan sämre respektive bättre om individen svarat Gjort hälsan något sämre eller Gjort hälsan mycket sämre respektive Gjort hälsan mycket bättre, Gjort hälsan något bättre eller Inte påverkat hälsan alls.

Har du haft nackbesvär - ländryggsbesvär - som du sätter i samband med dina nuvarande arbetsuppgifter?". Individerna klassades som att de har respektive inte har besvär om de svarat Ja respektive Nej på frågan.

Har du under de senaste 30 dagarna haft svårt att somna/orolig sömn på grund av tankar på arbetet? Individerna klassades som att ha haft respektive inte ha haft svårt att sova p g a tankar på arbetet om individen svarat Några gånger per vecka eller Dagligen respektive Aldrig eller Någon enstaka gång.

"Hinner du göra arbetsuppgifterna (dokumentation, möten, vara kontaktperson mm) inom kringtiden utan att känna stress?" Individerna klassades som att de inte hinner respektive hinner

arbetsuppgifterna inom kringtiden om svaren Sällan eller Aldrig respektive Alltid eller Oftast har kryssats i.

"I mitt arbete måste jag ta egna snabba och svåra beslut" Individerna klassades som att de i sitt arbete måste respektive inte måste ta egna snabba och svåra beslut om de svarat Alltid eller Ofta respektive Sällan eller Aldrig.

"Finns det tillräckligt med tid för dig att förflytta dig mellan brukarna utan att känna stress?" Individerna klassades som att de inte tyckte respektive tyckte att det fanns tillräckligt med tid till förflyttning mellan brukare utan att känna stress om de svarat Sällan eller Aldrig respektive Alltid eller Oftast.

Longitudinella analyser i Stanna- och Lämna-grupperna

Av de som vid basenkäten uppgav att arbetsuppgifterna inte hanns med inom kringtiden var det en större andel som vid uppföljningen rapporterade att arbetet hade försämrat hälsan, än för de som hann med uppgifterna inom kringtiden. Sambanden var signifikanta även efter justering för om efter justering för om arbetet försämrat hälsan vid basenkäten. För både för Stanna-gruppen (5 ggr högre risk att arbetat försämrade hälsan om man inte hann med inom kringtiden jämfört med om man hann med) och för Lämna-gruppen (hela 32 ggr högre risk).

I Lämna-gruppen hade även de med Psykisk ansträngning en högre risk som var signifikant i efter den stegvisa regressionen, men sen bara nästan signifikant (5,7 ggr högre risk, $p=0,074$) efter justering för om arbetet försämrat hälsan vid basenkäten.

Övriga exponeringar vid basenkäten som visade signifikant högre risk med ett utfall efter den stegvisa regressionen (men inte signifikanta efter justering för hur man svarat vid baslinjen), var:

- "Hinner inte arbetsuppgifterna inom kringtiden": ökad risk för nackbesvär vid uppföljningen.
- "Måste ta egna snabba och svåra beslut": ökad risk för nackbesvär vid uppföljningen.
- "Fysisk ansträngning": ökad risk för nackbesvär vid uppföljningen.
- "Ej tillräckligt med tid till förflyttning": ökad risk för ländryggsbesvär vid uppföljningen.
- "Fysisk omsorgstyngd": ökad risk för ländryggsbesvär vid uppföljningen.

Vilka utgående från basenkäterna hamnade vid uppföljningen i Stanna- och Lämna-grupperna?

Eftersom oddskvoter inte kan jämföras mellan Stanna- och Lämna-grupperna beroende på att referenskategorierna för de olika oddskvoterna inte är jämförbara, utfördes ytterligare analyser där utfallet istället är om individerna klassats till "stanna" eller "lämna" vid uppföljningsenkäten. I analysen skapas undergrupper som är en kombination av två frågor. För en sådan kombination skapas alltså fyra grupper. För t.ex. kombinationen "Hinner inte hinner arbetsuppgifterna inom kringtiden & Sömnsvårigheter" skapades alltså:

- Hinner inte & Sömnsvårigheter
- Hinner inte & Inte sömnsvårigheter
- Hinner & Sömnsvårigheter
- Hinner & Inte sömnsvårigheter

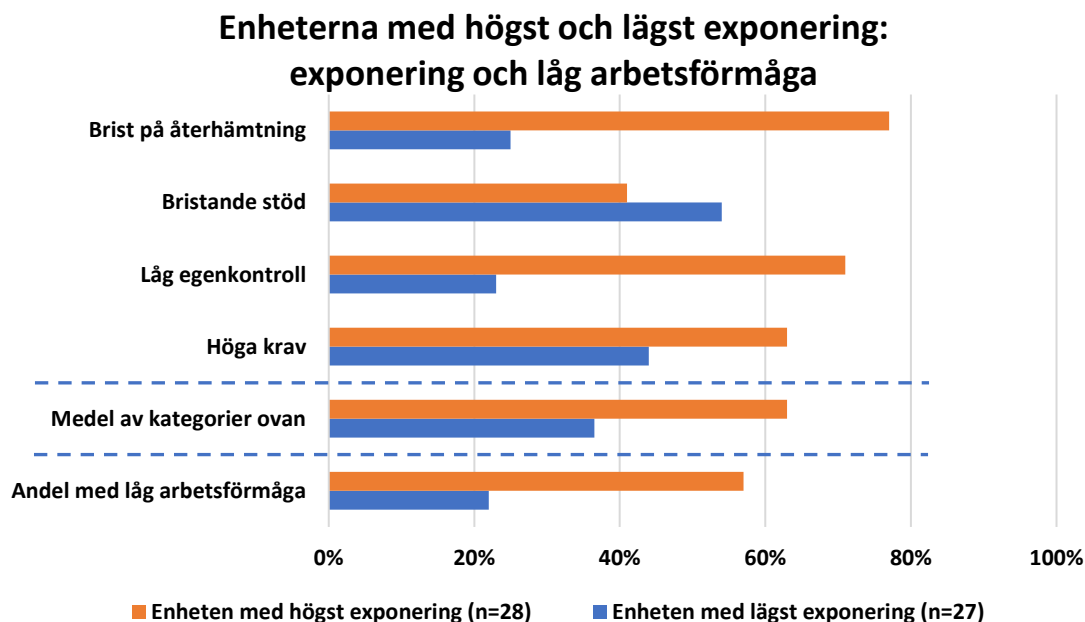
därefter testades hur många i de fyra grupperna som hade hamnat i Stanna respektive Lämna gruppen vid uppföljningen, och p-värden togs fram.

De kombinationer som visade signifikant ökad risk att hamna i lämna-gruppen var:

- Hinner inte arbetsuppgifterna inom kringtiden & Arbetet försämrat hälsan vid baslinjen (OR=2,5)
- Hinner inte arbetsuppgifterna inom kringtiden & Sömnsvårigheter vid baslinjen (OR=3,3)
- Hinner arbetsuppgifterna inom kringtiden & Sömnsvårigheter vid baslinjen (OR=12)
- Ej tillräckligt med tid till förflyttning & Ländryggsbesvär vid baslinjen (OR=3,8)

5.1.5 Exponering och arbetsförmåga vid olika enheter

Exponering och arbetsförmågan varierade mellan enheterna. Figur 21 visar de två enheterna med högst och lägst exponering, avseende medelvärdet av de fyra visade kategorierna. Hög exponeringen hängde ofta ihop med låg arbetsförmåga, vilket illustreras i figuren. (I det här fallet ser inte bristande stöd ut att vara kopplat till låg arbetsförmåga, men det var det generellt i den longitudinella analysen, där trivsel ingick i indexet trivsel som var positivt kopplat till arbetsförmåga.)

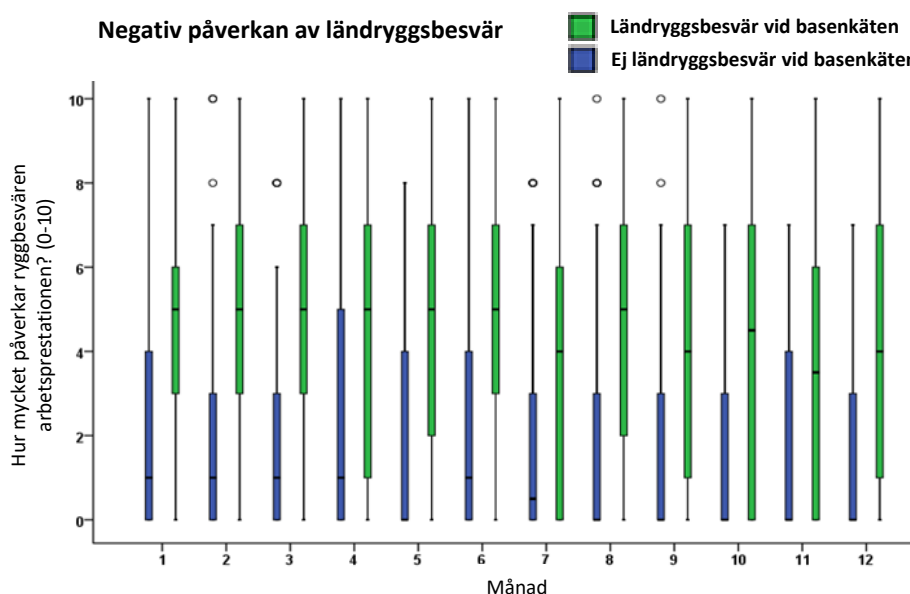


Figur 21. Andelar med hög exponering och låg arbetsförmåga vid två enheter; de med högst och lägst exponering i medeltal av de fyra exponeringskategorierna.

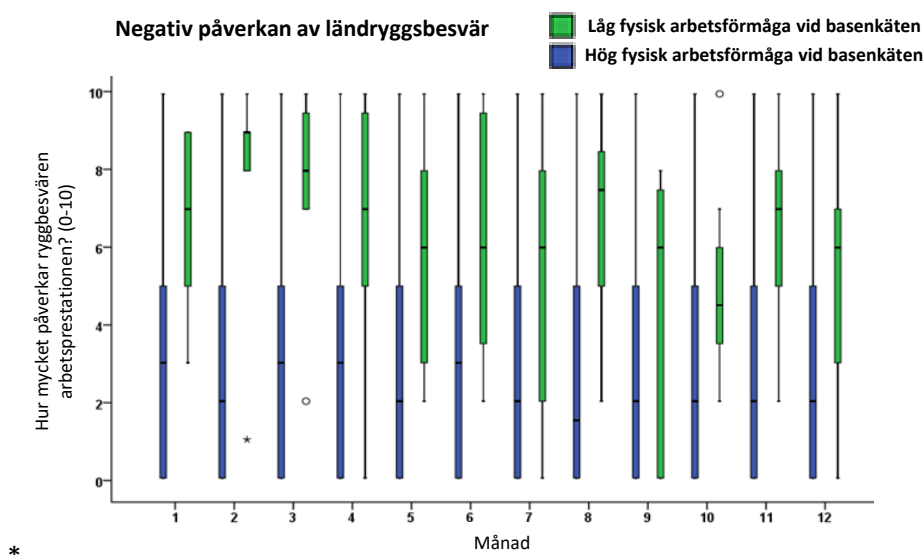
5.2 Sms-frågor

Fler kvinnor än män klassificerades som fall utifrån baslinjeenkäten, 49 % jämfört med 41 % avseende ländryggsbesvär och 6 % jämfört med 4 % utifrån frågan om påverkan på arbetsförmågan.

Resultaten visade att det fanns ett signifikant samband mellan klassificering som fall avseende ländryggsbesvär baserat på svar i baslinjeenkäten och senare rapportering av besvär med låg, medelstor eller stor påverkan på arbetsprestationen vid de 12 SMS-utskicken under efterföljande år ($p < 0,001$). Avseende jämförelse mellan rapporterad arbetsförmåga till följd av fysiska krav i baslinjeenkäten och SMS-frågorna om ländryggsbesvär förelåg en interaktion mellan grupp och tid.



Figur 22. Påverkan på arbetsprestation av ländryggsbesvär för deltagare som hade (gröna) och som inte hade (blå) ländryggsbesvär vid basenkäten. I boxarna är medianen markerad, själva boxarna visar 25:e till 75:e percentilerna, utanför boxarna visar linjerna 5:e till 95:e percentilerna, och utanför dem ligger enstaka värden.



Figur 23. Påverkan på arbetsprestation av ländryggsbesvär för deltagare som hade låg (gröna) och hög (blå) fysisk arbetsförmåga vid basenkäten. I boxarna är medianen markerad, själva boxarna visar 25:e till 75:e percentilerna, utanför boxarna visar linjerna 5:e till 95:e percentilerna, och utanför dem ligger enstaka värden.

Att klassificeras som fall avseende ländryggssmärta i basenkäten hade ett positivt prediktivt värde (PPV) på 0,61 för stor eller medelstor nedsättning av arbetsprestationen pga. ländryggsbesvär i SMS-frågor efterföljande år. Det negativa prediktionsvärdet (NPV) var 0,76.

Att klassificeras som tillhörande undergruppen med låg fysisk arbetsförmåga i basenkäten hade ett likartat positivt prediktivt värde (PPV) på 0,77 och ett NPV på 0,61.

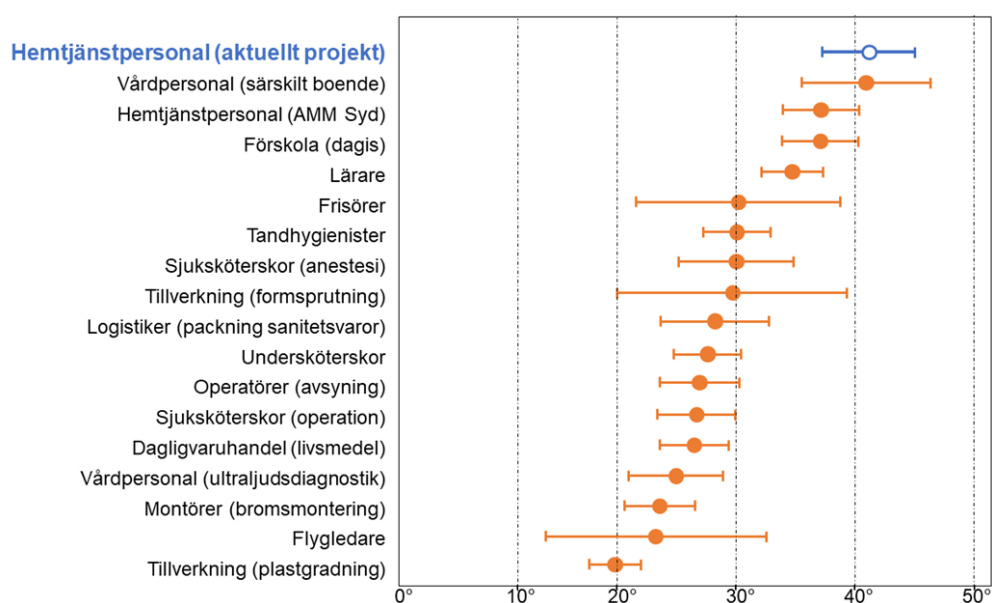
5.2 Mätningar

5.2.1 Flerdagsmätningar av arbetsställningar och arbetsrörelser

Resultaten från de tekniska mätningarna med inklinometer av arbetsställningar och arbetsrörelser för rygg (34 personer) och dominant arm (36 personer) presenteras på gruppnivå (medelvärde och med 95% konfidensintervall av medelvärdet) och baserad på en till tre hela arbetsdagar. Tid för lunchrast har exkluderats för att bättre kunna jämföras med värden uppmätta av AMM Syd. Värdena för ryggens och dominant arms arbetsställningar är presenterade i förhållande till lodlinjen. För att sätta de uppmätta exponeringarna i en kontext har jämförelser med andra yrkesgrupper med kvinnor gjorts utifrån de mätningar som presenteras av Arvidsson et al (2017). I denna jämförelse har den 90:e percentilen för ryggens arbetsställning ingått ("toppbelastning") och den 50:e percentilen för armens arbetsställning ("medelbelastning"). Exponering för överarmens arbetsställning (elevation) jämförs med de åtgärdsnivåer som föreslagits av AMM Syd (Arvidsson, Dahlqvist, Enquist, & Nordander, 2017). Om åtgärdsnivåerna överskrids anses exponeringen vara oacceptabelt hög och innebär att den finns en hög risk för belastningsskada. Dessutom anses det därmed krävas åtgärder för att minska exponeringen (Arvidsson, Dahlqvist, et al., 2017).

Arbetsställningar och arbetsrörelser för ryggen

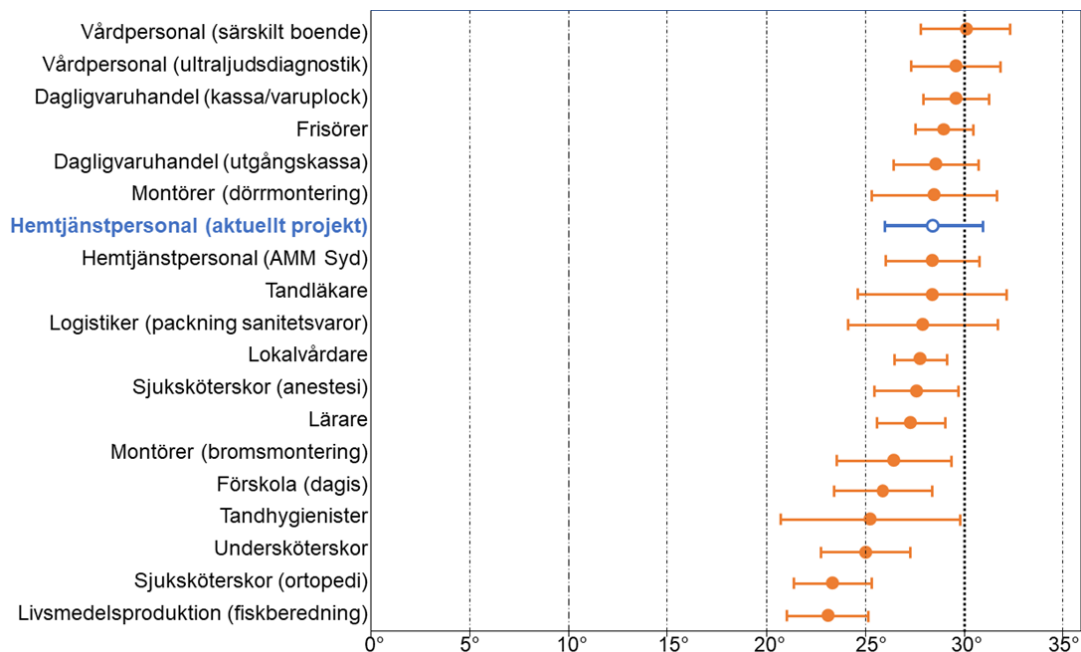
Hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet hade den högsta uppmätta ryggbelastningen gällande toppbelastningen av ryggens arbetsställning (den 90:e percentilen ryggböjning) om man jämför med de yrken och yrkeskategorier som presenteras av AMM Syd (Arvidsson, Gremark Simonsen, et al., 2017), se Figur 24. Under 10% av arbetstiden arbetade de med en ryggböjning på minst 41,2°. Denna nivå motsvarande ungefär den nivå som uppmäts av AMM Syd bland vårdpersonal inom särskilt boende (41°) men är högre än andra yrkeskategorier inom vård (anestesisköterskor, operationssjuksköterskor, undersköterskor), service (frisörer och dagligvaruhandel) och tillverkningsindustri (montörer och tillverkningsoperatörer) (Arvidsson, Gremark Simonsen, et al., 2017), högre också än sjukhusstädare (36°), som vi mätte i ett tidigare projekt (Dahlqvist et al. 2017) men lägre än hotellrumstädare (59°) som också fanns med i det projektet. Vidare så förekom ryggböjningar som överstiger 45° under 8% av den uppmätta arbetstiden. Exempelvis utförs bäddning och omvårdnad ofta med framåtböjd överkropp (Arvidsson, Gremark Simonsen, et al., 2017).



Figur 24. Ryggens framåtböjning i grader i förhållande till lodlinjen vid "toppbelastning" (90:e percentilen) för hemtjänstpersonalen i aktuellt projekt (N=34) jämfört med andra yrken och yrkeskategorier. Värden från övriga yrken och yrkeskategorier är hämtade från Figur 9 i Arvidsson et al. 2017 (Arvidsson, Gremark Simonsen, et al., 2017) (med tillåtelse).

Arbetsställningar och arbetsrörelser för armen

Den uppmätta "medelbelastningen" (50:e percentilen) för hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet var i genomsnitt 28,0°, och "toppbelastningen" (90:e percentilen) var i genomsnitt 59,5°. Detta kan jämföras med den föreslagna åtgärdsnivå som presenterats av AMM Syd (Arvidsson, Dahlqvist, et al., 2017) där medelbelastningen ej skall överstiga 30° och toppbelastningen ej överstiga 60°. Detta visar att medelvärdet för armbelastningen gällande arbetsställning ligger nära den föreslagna åtgärdsnivån och att vissa individers exponering överstiger åtgärdsnivå. Armbelastningen (50:e percentilen) var den samma som uppmättes bland hemtjänstpersonal av AMM Syd, och ligger när den hos logistikter, montörer lokalvårdare och tandläkare. Armbelastningen (50:e percentilen) överstiger däremot tydligt den av AMM Syd uppmätt armbelastningen bland undersköterskor, ortopedisjuksköterskor och fiskberedare. Resultaten visas i Figur 25.



Figur 25. Medianen (50:e percentilen) av dominant överarms elevation (i förhållande till lodlinjen) för hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet (N=36) jämfört med andra yrken och yrkeskategorier. Värderna från övriga yrken och yrkeskategorier är hämtade från Figur 10 i Arvidsson et al. 2017 (Arvidsson, Greemark Simonsen, et al., 2017) (med tillåtelse). Den streckade linjen för 30° indikerar riktvärdet som enligt Arvidsson et al. (2017), medför en oacceptabelt hög exponering om denna överskrides, och att det då föreligger en hög risk för belastningsskada

5.2.1 Heldagsmätningar av puls

För att få ett mått på generell fysisk belastning genomfördes puls under en arbetsdag, samt ett konditionstest (Chester steptest, se Metodkapitlet). Resultaten visas i Tabell 22.

Tabell 22. Resultat från puls och konditionsmätningarna. Medel är medel under en arbetsdag. Max är uppskattad maximal puls och syreupptagning. %HRR och %VO_{max2} är medel-procent under mättdagen av pulskapacitet respektive procent av maximal syreupptagningsförmåga. syreupptagningsförmåga.

Puls (slag/minut) medel (SD), (n = 31)			Uppskattad maximalt syreupptag (VO _{2max}) och relativ belastning under mättdagen (%VO _{2max} ; medel (SD); n = 19)		
Medel	Max	%HRR	Medelsyreupptag (ml/kg/min)	VO _{2max} (ml/kg/min)	%VO _{2max}
94 (9)	169 (11)	23 (6)	9 (3)	35 (8)	27 (11)

Frågeformulär efter mätperioden

Mätdeltagarna fick besvara frågor om den aktuella mättdagen, bland annat uppgav de vilket moment under dagen som var det mest fysiskt ansträngande. Fördelning av de uppgivna svaren visas i Tabell 23.

Mätdeltagarna rapporterade även antal brukare man besökte under mättdagen och under en typisk dag samt antal besök under mättdagen och en typisk dag. I genomsnitt rapporterades att antal brukare man besökte under mättdagen var 5 st, jämfört med antal brukare under en typisk arbetsdag som rapporterades till 7st. Antal besök som rapporterades under mättdagen var i genomsnitt 10 st, jämfört med i genomsnitt 12 st för en typisk dag.

Tabell 23. De tyngsta arbetsmomenten rapporterade från mätdeltagarna direkt efter själva mättdagen (n=36).

Arbetsmoment	Det tyngsta arbetsmomentet "idag" (Antal svarande)
Inköp/handling	10
Städning	5
Dusch/trånga utrymmen	5
Förflyttningar med brukare	5
Omvårdnad i säng/vändning	3
Tvätt	3
Bädda säng	3
Påtagning av stödstrumpor	2
Köra rullstol	1

Mätdeltagarna fick även skatta den fysiska och psykiska ansträngningen under mättdagen och hur den upplevda fysiska och psykiska ansträngningen är under en "typisk" arbetsdag. Mätdeltagarna skattade på skalan 0 till 14, där 0 är lika med ingen ansträngning och 14 är högsta möjliga ansträngning. Generellt skattade de en lägre ansträngningsnivå under mättdagen jämfört med en typisk dag. Den skattade fysiska ansträngningen under mättdagen var i medel 6,5 (SD 2,8), och under en typisk dag 9,0 (SD 2,0). Den skattade psykiska ansträngningen under mättdagen var i medel 6,5 (SD 2,9), och under en typisk dag 7,8 (SD 2,5).

5.2.2 Jämförelse av fysiska mätningar och enkätsvar från mätdagen

Individernas resultat av arbetsställning jämfört med deras skattningar

Korrelationsanalyser genomfördes för mätvariablerna:

- Median ryggvinkel
- Nittiondepercentilen ryggvinkel
- Median armvinkel
- Nittiondepercentilen armvinkel
- Stående/gående i procent av arbetstiden

De inkluderade skattade exponeringarna var:

- Fysisk omsorgstyngd
- Psykisk omsorgstyngd
- Fysisk ansträngning
- Psykisk ansträngning

Inga positiva signifikanta korrelationer (r) identifierades. Två positiva korrelationer var nära signifikans ($p=0,06$):

- Median armvinkel och fysisk ansträngning- ($r=0,35$)
- Nittiondepercentilen armvinkel ($r=0,32$)

Däremot identifierades (förvånande nog) negativa signifikanta korrelationer ($p<0,05$):

- Median ryggvinkel och fysisk omsorgstyngd ($r=-0,73$)
- Median armvinkel och fysisk omsorgstyngd ($r=-0,66$)
- Nittiondepercentilen ryggvinkel och fysisk omsorgstyngd ($r=-0,51$)
- Nittiondepercentilen ryggvinkel och psykisk omsorgstyngd ($r=-0,43$)

Individernas pulsresultat jämfört med deras skattningar

Korrelationsanalyser genomfördes för exponeringarna: Fysisk och psykisk omsorgstyngd, fysisk och psykisk ansträngning. Ingen av exponeringarna korrelerade signifikant med pulsmätningarna (alla $p > 0,2$). P-värdet 0,2 (de andra var högre) var uppskattningen som vi fick när vi under intervjun frågat om psykisk ansträngning under mätdagen. För frågan fysisk exponering, som man skulle kunna anta liknar uppmätt puls, fanns det ingen signifikant korrelation, korrelationskoefficienten var 0,15, och p-värdet var $> 0,4$.

5.3 Intervjuer om psykisk belastning

Hela svarsmaterialet från de individuella intervjuerna av de 36 intervjupersonerna användes för innehållsanalys för frågan om psykisk belastning. Ytterligare redovisas svaren för specifika frågor om det positiva i arbetet i hemtjänsten, om arbetets påverkan i sömnen och intervjupersonernas förslag till förbättringar. Resultatet av intervjuerna redovisas således i fyra delar:

1. Den psykiska belastningen i arbetet i hemtjänsten
2. Det positiva i arbetet i hemtjänsten.
3. Arbetets påverkan på sömnen
4. Intervjupersonernas förslag till förbättringar

Intervjuerna dokumenterades enbart genom anteckningar så de formuleringar som återges från intervjupersonerna är inga direkta citat.

Psykiska belastningen i arbetet i hemtjänsten

Analysen för frågan "Vad som hemtjänstpersonalen upplever som psykiskt, både mentalt och emotionellt, ansträngande i sitt arbete" resulterade i nio kategorier. Dessa kan ses som beskrivning av det manifesta innehållet i svarsmaterialet. Kategorierna är:

- För lite tid
- Bristande planering och otydlig arbetsledning
- Biståndsbedömares beslut
- Underbemanning
- Timvikarier
- För mycket eget ansvar
- Krävande, sjuka brukare
- Akuta händelser, skador, dödsfall
- Bristande stöd

Bilden av psykisk belastning i hemtjänsten är komplicerad då flera av kategorierna går in i varandra och de kan handla om så väl individuella, sociala som organisatoriska faktorer. Intervjupersonerna beskriver ofta sitt arbete med yrkesstolthet, men uppger att de kan hamna i situationer med höga eller omöjliga omvårdnadskrav. De kan behöva fatta många svåra beslut och ta mycket eget ansvar ofta på grund av bristande stöd och bristande resurser. Samtidigt finns det krav på att följa ett bestämt och ofta snävt tidsschema. Dessa situationer innebär motstridiga krav och upplevs psykiskt ansträngande. En av de intervjuade beskrev det följande:

Arbetet är så psykiskt påfrestande. Jag går i ide, orkar inte engagera mig i familj och nätverk på fritiden för att arbetet tar så mycket energi. Jag är 43 år, har jobbat i 20 år och tränar tre gånger i veckan. Hur ska jag orka hålla på fram till pensionen?

För de som har en förstående arbetsledning och stödjande arbetskamrater upplevdes inte sådana situationer som psykiskt ansträngande i lika hög grad. Tidsregistrering och den ekonomiska styrningen var en övergripande stressande faktor och som påverkade mer eller mindre flertalet bland den intervjuade hemtjänstpersonalen.

De nio kategorierna kan ses som en indelning av intervjupersonernas upplevelse av psykisk ansträngning i hemtjänstarbetet. Det framkom tydligt i intervjuerna att det fanns en obalans mellan ambitionen att göra ett bra arbete och hinder på grund av bristande resurser samt ett detaljstyrt tidsschema.

Beskrivning av kategorierna

För lite tid

Det finns krav på hemtjänstpersonalen att följa schema, rutiner och hålla tiden. Intervjupersonerna uppgav att tiden ofta var kortare vad som behövdes för att utföra arbetsuppgifterna.

Varje arbetsmoment hos brukare är tidsbedömt och förflyttningstiderna var ofta för korta. Det fanns inga marginaler för oväntade händelser. Enligt intervjupersonerna måste de själva prioritera mellan de förutbestämda arbetsuppgifterna. Tidsbristen ansågs påfrestande både för personalen och för brukarna. Intervjupersonerna kunde uppleva en känsla av otillräcklighet, när brukarna var missnöjda. Ibland upplevdes tidsschemat som övermäktigt att följa. Det fanns inget tidsutrymme för att göra insatserna på ett ergonomiskt rätt sätt och inte med hjälpmedel. Stressen ökade rädslan att göra fel, till exempel med mediciner. Flera beskrev en konstant känsla av att ständigt springa mellan brukarna och att de var helt slut efter arbetet. Ibland påverkades även privatlivet. En av de intervjuade beskrev tidsbristen enligt följande:

Jag är trött att gå efter klockan. Alla tidsbestämmelser som stressar till exempel ett toabesök får ta 5 minuter. Ibland måste jag stanna hos kunden 15 minuter, men skulle vilja ha gångtid till nästa kund. En annan gång kanske jag behöver mer tid när kunden är ledsen, trött eller något oväntat har hänt till exempel bara att en sockerskål har välts och det måste städas upp.

Bristande planering och otydlig arbetsledning

Tidsregistrering styr personalens arbetsdag och intäkter ges enbart för den tid personal befinner sig hemma hos brukaren. Flertalet av intervjupersonerna ansåg att detta var ett problem. För att vara kostnadseffektiv planerades ofta två brukare tidsmässigt samtidigt på schemat, vilket innebar motstridiga krav och ökade stressen. Flera intervjupersoner efterfrågade bättre planering vad gäller både ordning av brukare och avstånd, eftersom många av dem besöktes flera gånger under arbetspasset. Både nyckelöverlämning och dubbelbemanning kräver en bra logistik för att två anställda schemamässigt ska hinna till samma ställe samtidigt. Brist på återhämtning gjorde arbetet tyngre. En av de intervjuade ger ett till exempel:

Det är psykiskt stressande att alltid vara inloggad, så att det inte finns någon tid att pusta ut eller att kunna ringa ett samtal till exempel för läkarbesök. Det har blivit ännu sämre nu med "avbörj" (bombesök). Förut var det en möjlighet att få en lucka, numera måste man ringa runt och kolla om någon behöver hjälp så att man får utförd tid. Annars blir det ingen ersättning.

Arbetsledning hade en viktig roll i planeringen av schemat. Samordnare var oftast en i laget med egna brukare och de intervjuade tog inte upp dem i denna fråga. Däremot får de chefer som personalen upplever som otydliga och icke-lyssnande ofta skulden för bristande arbetsledning. Ledningen ansågs ibland ha orealistiska förväntningar på vad som kunde hinnas med. Några av intervjupersonerna efterfrågade delaktighet för att få en bättre planering.

Biståndsbedömarens beslut

Biståndsbedömarens beslut utgår från ekonomiska ramar som bygger på politiska beslut. Arbetstiden är schemalagd utifrån besluten och där har personalen inget inflytande. Det kan handla om stora beslut som tiden hos brukare, men också om mindre praktiska saker, till exempel om att bara handla en gång i veckan istället för att kunna dela upp handlingen på flera dagar för att slippa tunga kassar. Uppföljning av besluten blev problem när det inte fungerade som planerat hos brukaren eller om något oväntat hände. Dessa händelser hamnade utanför de ekonomiska ramarna. De intervjuade var väl medvetna om dessa förutsättningar, men kände i praktiken en ständig tidspress som blev frustrerande och ledde till ökad stress. En intervjuperson gav exempel på en psykiskt ansträngande situation:

P g a det nya betalsystemet. Nu ska man hinna så mycket på kort tid. Vi är vana att göra på ett visst sätt för att vi vill göra brukare lyckliga och glada. Nu är det bistånd på allt, men vi vill göra mer ibland. Tidsperspektivet är ett hinder när ekonomin styr. Det är bistånd och hemtjänst. Det skulle vara enkelt att bara ringa om det är något.

Underbemanning

Brist på personal uppgavs som ett återkommande problem. Både arbetsklimat och brukarna påverkades när det fattades personal. Personalen kände sig sliten och stressad. Flera intervjupersoner tog upp att övertidsarbete hade ökat. Det gällde även för beordrad övertid. En av de intervjuade tog upp till exempel angående en ansträngande situation:

När någon kollega är sjuk och man måste dela schema. Det är redan proppfullt men man måste trycka in två- tre brukare till.

Timvikarier

Några intervjupersoner uppgav att det fanns många timvikarier. Enligt ordinarie personal som intervjuades hade de timanställda inte tillräcklig motivation för arbetet i hemtjänsten. Ibland infann sig språksvårigheter både hos brukare och hos personal. Enligt de intervjuade deltog inte de timanställda på arbetsplatsträffarna och de missade därför information direkt från chefen. De förväntades istället inhämta information från protokollen. De av intervjupersonerna som värdesatte bemötande och förhållningssätt som viktigt i arbetet tog upp att vissa av timvikarierna inte kunde yrkeskoden, till exempel när någon lagar mat med jackan på hos en äldre brukare. Ett annat exempel från en uppgiven intervjuperson var:

Det går så många olika personer till dementa. Många av dem gör det enkelt för sig. Känner mig uppgiven när jag ser att det inte har fungerat kvällen innan jag kommer, till exempel med mat eller medicin.

I intervjuerna framfördes det önskemål om utbildning för unga timvikarier, som inte har arbetat tidigare inom hemtjänsten. Det blev stressigt för ordinarie personal att lära ut till vikarier, till exempel vikten av att använda hjälpmedel.

Mycket eget ansvar

Intervjupersonerna kände stort ansvar för att komma ihåg allt som ingick i arbetsuppgifterna. En intervjuperson uttryckte detta enligt följande:

Det är så mycket att hålla i huvudet, avvikelser, dokumentering, medicinering, kontanter på ICA-kortet, ringa anhörig mm. Jag är orolig för att åka på semester för att jag tror inte att någon annan tar hand om mina brukare på rätt sätt.

Flera av intervjupersonerna uppgav att de kände ansvar för att ha kontroll över att alla har fått hjälp. Oron över att ha glömt något uppgavs som en av de vanligaste orsakerna till att tankar stannar kvar efter arbetstiden. Även missnöjda kunder och det egna missnöjet och känslan av otillräcklighet kunde stanna i tankarna länge.

En del av intervjupersonerna uppgav att de såg brukarnas egna önskemål och välmående som ett eget ansvar, ibland utanför de givna ramarna, till exempel att köra tvätten i 95 grader, vilket tar två timmar och extra besök för att hänga tvätten. Flera intervjupersoner berättade om deras engagemang för de ensamma och mindre bemedlade brukarna, till exempel att hjälpa dem genom att köpa kläder, kattmat mm.

Krävande och sjuka brukare

Hemtjänstpersonalen hade ofta hand om brukare med olika fysiska och psykiatriska diagnoser, demens och missbruk. De hade sällan tillräckliga erfarenheter eller kunskaper om dessa tillstånd. Det kunde bli svårt att hålla balans, när personalen hade omvårdnadsansvar och de såg att hjälpbehovet var större än den bedömda insatsen, till exempel som en intervjuperson förklarade att det kändes som om man aldrig blev klar hos en dement brukare. Samtidigt som det fanns krav att insatserna gjordes på en viss tid. När arbetet var fysiskt tungt hos en svårt sjuk person kunde det även ha en psykisk påverkan såsom stress, trötthet och irritation. Även situationer när brukaren inte själv förstod sitt hjälpbehov kunde väcka känslor av hjälplöshet. En intervjuperson gav följande exempel:

En dement farbror, en samlare med hus fullt av saker och flugor. Hur ska man hjälpa?
Ingen vill gå dit. Ingen fick göra något. Jag fick ta honom själv under tre år.
Han hade Alzheimers. Successivt efter 2,5 år duschade han.
Jag fick förtroendet och fick bära ansvaret. Han dog med värdighet.

Akuta händelser, skador, dödsfall

Det händer att brukare blir akut sjuka eller skadar sig och behöver då extra tillsyn och hjälp. Detta blev en belastning för personalen, som inte alltid informerades om vad som gällde. Några av intervjupersonerna uppgav att de gjorde extra besök hos sjuka brukare och ringde dem på kvällen. En intervjuperson beskrev en akutsituation enligt följande:

När någon är riktigt sjuk, vet man inte hur man ska bete sig. Då måste man själv bedöma och man är ingen läkare. Om brukare inte vill ha ambulans, då blir hen kvar hemma. Det finns ingen backup, trots att de påstår att det finns, men inte i praktiken. Alla har fullt upp med sitt. Inte heller kan man själv komma tillbaka dit igen. Anhöriga börjar trycka på i sådana situationer. Man åker till akuten och studsar tillbaka hem. Det görs ansökningar om boende, men det blir avslag och sen dör brukaren.

Sådana situationer beskrevs som en känsla av att vara utelämnad när personalen fick ta ansvar på egen hand vid viktiga beslut till exempel om en ambulans skulle kallas, medicinering och vid dödsfall. Det praktiska brukade fungera bra, men flera intervjupersoner uppgav att känslorna kom efteråt. En intervjuperson tog upp dilemmat med beslutandet enligt följande:

När det har varit larm och kunden har blivit sämre och så har andra teamet tagit larmet. Sedan har natten behövt åka till akuten. Då kommer tankarna "jag skulle ha åkt själv på larmet". Det är alla dessa beslut som ska fattas som stannar i tankarna.

Det upplevdes psykiskt ansträngande med dödsfall. Personalen fick många gånger ta hand om det praktiska. Dödsfall uppgavs ofta stanna i tankarna efter arbetet och gjorde det svårt att sova. En intervjuperson tog upp sin erfarenhet som exempel:

Det var psykiskt ansträngande vid senaste dödsfallet. Det var dåligt med handledning. Jag fick göra allt det praktiska själv och samtidigt springa till en annan vårdtagare emellan. Läkare ringde om dokumentation. Natten hade inte skrivit något. Jag visste inte. Tankar kom efteråt. Ingen frågade hur jag mårde.

Bristande stöd

Känslan av att vara utlämnad och att själv behöva själv fatta viktiga beslut var ofta kopplad till bristande stöd från arbetsledningen. Det kunde vara direkt, till exempel när en chef svarade vid frågan om hjälp att det får personalen klara själva. Det kunde vara indirekt när chefen var otydlig och inte tog ansvar för personalens arbetsmiljö. En intervjuperson gav följande exempel:

Jag kan bli arg på chefen, till exempel idag när vi fick en brukare hem från vården. Det blir så mycket information och vi blir stressade när vi inte vet vad vi ska göra. Chefen säger en sak och vårdcentralen säger en annan (och biståndsbedömaren har sin bedömning vad brukaren ska ha). Det finns inte material hos brukaren, men vi måste sköta det hela. Vi vill göra allt för vårdtagaren.

Flera av intervjupersonerna saknade handledning eller personalgruppsmöten för reflektion. Annars uppgavs kollegialt stöd som viktigt för många. Tid för dessa viktiga samtal togs ofta utanför arbetstiden.

Det positiva med arbetet i hemtjänsten

Intervjupersonerna fick inledningsvis frågan "Vad tycker du är positivt med att jobba i hemtjänsten?". Svaren som beskriver vad som är positivt med arbetet kunde sorteras i tre teman:

Att få träffa människor, att få hjälpa människor och att arbetet med människor ger belöning.

Majoriteten av intervjupersoner hade något positivt att säga om sitt arbete. Deras synpunkter handlade främst om arbetet med brukare och de egna känslorna och tankarna som detta väckte.

Personalen lyfte fram värdet av bemötande och det känslomässiga i mötet med brukarna. De tog upp ömsesidigheten i givande och tagande. De intervjuade uppgav att de fick sin belöning, när brukare var nöjda. Något, som enligt personalen, inte räknades varken av chefer eller av tidsberäkningssystemet. Brukarnas tacksamhet blev en kompensation för bristande stöd från ledningen. Det som genomsyrade svaren vad som var positivt i arbete i hemtjänsten var att personalen förmedlade sin känsla av att kunna sitt arbete och att de hade en ambition att göra ett bra arbete.

Majoriteten av intervjupersonerna tog upp att det som kan göra arbetet positivt är **att få träffa människor**. De uppgav att själva mötet med brukarna var positivt, men att det även innebar en möjlighet för att få göra något bra (för dem) varje dag. De intervjuade uppskattade variation i möten med brukare som kunde vara i olika åldrar, både yngre och äldre samt att möten skedde med olika slags människor, till exempel med pigga pensionärer, men också med brukare med olika fysiska och psykiska diagnoser, funktionsnedsättning eller missbruk.

Möjligheten att gå hem till brukare togs upp som en positiv faktor, vilket även bidrog till att kontakten blev mer personlig. Flera av de intervjuade hade tidigare arbetat i andra områden inom äldreomsorgen och tyckte att om man jämför så var de äldre piggare inom hemtjänsten.

De intervjuade som hade arbetat många år och haft samma brukare under en längre tid tog upp det positiva med möjligheten att den yrkesmässiga kontakten kunde förvandlas till en nära bekantskapsrelation. Till exempel svarade en av de intervjuade som hade arbetat 40 år:

Glädjen, möten med underbara människor: missbrukare, ”svårare” individer. Samma brukare under en lång tid, mycket kärlek. Man kommer människor mycket nära.

Utöver kontakt med brukare kunde kontakt och samarbete med arbetskamrater bidra till det positiva i arbetet. Att kunna tala med varandra innan arbetet, under luncherna och efter arbetet var viktigt för många av intervjupersonerna.

Intervjupersonerna tog upp **att hjälpa människor** kan göra arbetet positivt. Det kunde innebära att få hjälpa brukarna i deras eget hem och samtidigt bidra till att de kunde bo hemma längre. Ytterligare kunde det handla om att hjälpa brukarna att komma till rätta med problem i vardagen och att ge psykiskt stöd. En intervjuperson förklarade vad det positiva i att kunna hjälpa var:

Att göra dagen lättare, att vara ett redskap och förenkla livet för andra. Det känns bra. Förenkla livsstilen och vara där som stöd. Social samvaro.

Att arbete med människor ger belöning kan ses som positivt i arbetet. De intervjuade beskrev känslor av uppskattning, uppmuntran och bekräftelse i samband med att de själva hade gjort något bra eller medverkat till en förändring. Det kunde till exempel handla om att en pensionär kände sig nöjd eller att personalen fick följa en brukares tillfrisknande. Några av intervjupersonerna nämnde att de önskade kunna ge brukare känsla av trygghet och livsglädje. De flesta brukare var tacksamma. I mötet med de äldre hände det att personalen fick ta del av deras livshistoria och alla kortare episoder, vilket uppskattades av flera av intervjupersonerna. Ofta gällde omvårdnadskontakten de gamla och deras sista tid. Intervjupersonerna ville gärna medverka till att den tiden blev så bra som möjligt.

Anhörigstöd ansågs vara bra, men för de ensamma brukarna var personalen ett viktigt stöd. De som hade arbetat länge kände ofta alla brukare inom omsorgsområdet och de kunde gå till vem som helst, vilket gav en positiv känsla. En av de intervjuade berättade följande:

Jag älskar mitt jobb. Blir varm av frågan. Bara att jag får göra det. Hjälpa dem. Egoistiska skäl. Det är mycket som är fint. Jag har jobbat över 20 år. Yrket har valt mig. Med min erfarenhet och kunskap kan jag göra ett bra jobb. Vara deras ögon och öron t ex när man till exempel behöver ordna något. Att underlätta vardagen i livets slutskede. Det är drivkraften.

Flera av intervjupersonerna beskrev arbetet som fritt, meningsfullt och självständigt med eget ansvar. Friare och självständigare än arbetet på institution/vårdhem. I friheten ingick att man kunde vara ute i

friska luften. Tiden ute kunde ge behövd återhämtning mellan besöken. Det fanns dock andra intervjupersoner som inte tyckte att arbetet var fritt.

Arbetet med gamla upplevdes som socialt och meningsfullt. Vidare beskrevs arbetet som roligt, trevligt, flexibelt och väldigt varierande. Flera av intervjupersonerna hade ambition att deras arbete kom till nytta. En intervjuperson beskrev följande:

Man får röra på sig mycket. Det är dynamiskt. Ingen dag är den andra lik. Det händer mycket. Jag vill vara nära brukaren, göra skillnad och se resultat. Vissa saker kan man påverka på kort sikt och för några andra kan påverkan bli på lång sikt.

Arbetets påverkan på sömnen

Störd sömn är en viktig indikator för stress. De intervjuade fick svara på om det fanns någonting i arbetet som störde sömnen och om det fanns något som rörde arbetet i deras tankar när de inte kunde sova. De känslor och tankar som uppgavs vara kvar efter påfrestande händelser sammanföll med de tankar som störde sömnen, nämligen oro och omsorg om brukarna. Man kunde vara extra mån om en brukare eller hade funderingar om man hade glömt något eller inte hade hjälpt tillräckligt. Även brukare i palliativ vård/dödsfall kunde generera tankar som störde sömnen. Nedan följer en lista på ytterligare faktorer som kunde störa sömnen:

- Känsla av mycket ansvar. Till exempel när handdatorn ska tas hem för laddning glömmes en intervjuperson ibland att stänga av den och då kan brukare ringa hen på kvällen.
- Om en intervjuperson har glömt något så skickar hen sms på natten till sonasina arbetskamrater eller skriver minneslappar för sig själv.
- Om det har hänt något ovanligt och obehagligt, till exempel misär hos någon.
- Bråk i arbetsgruppen
- Att inte bli respekterad av chef och samordnare
- Tankar om tidregistrering. En intervjuperson uppger att införandet av GPS och Kom&Gå var en stor förändring som tog på hens heder. Hen började med sömntabletter och sover bara 4-5 timmar per natt. En annan intervjuperson kan vakna av tanken "Loggade jag ut på Kom&Gå".
- Om en intervjuperson jobbar kväll till 21.30 och börjar 7.30 på morgonen då sover hen inte så bra och inte tillräckligt.
- En intervjuperson har inga svårigheter att somna, men sover lätt, vaknar trött och känner sig inte utvilad.

Intervjupersonernas förslag till förbättringar

Intervjupersonerna lämnade förslag för viktiga förbättringar för personalen i hemtjänsten. Dessa tar bland annat fasta på bristande resurser i form av personal och tid och man önskade sig följande:

- Mer personal och mer tid hos brukarna.
- Schema med mer tid. Vissa brukare har det trångt och saknar anpassade hjälpmedel.
- Minska arbetsbelastningen och ge mer tid för förflyttning mellan brukarna.
- Mindre belastning med färre arbetsuppgifter. Mer tid i schemat och att man hinner ta rast på plats (i kontoret där man har rastrum) och inte ute på arbetsplatsen.
- Att man själv som kontaktperson kan göra grovplanering över veckan tillsammans med planeraren.
- Att vi kan bli mer delaktiga, till exempel i frågan vilka vi ska gå till.
- Bättre tidsplanering under helgerna.
- Att vi kunde vara mer flexibla, inte vara så styrda av klockan och (tids-)registreringen.
- Slippa att alltid var inloggad (ingen integritet).

- Om man bara inte hade tidsramarna, inte behövde passa tider efter dessa. Vi (som har arbetat länge) kan fixa med tiderna, lägga ihop så att det fungerar för alla och argumentera för det som nödvändigt.
- Att chefen månade om personal som visar god omsorg gentemot brukarna. Det enda som räknas är att man befinner sig 360 minuter per dag hos brukare för att få intäkter.
- Mer tid av biståndshandläggaren.
- Mer kunskap om vilka sjukdomar brukarna har och vilka mediciner de tar.
- Mer inflytande över införskaffande av hjälpmedel.
- Bättre löner och rättvisa löner. Att få uppskattning för det vad vi gör och att de (cheferna) ser vad vi gör.
- Att ha personalgrupper eller handledning. Det vore bra att ha tillgång till en handledare/någon som har tid avsatt (vid akuta händelser).
- 6-timmars arbetsdag.

5.4 Fokusgrupper med enhetschefer

Resultatet i fokusgrupperna analyserades genom tematisk analys.

Cheferna var eniga om att svagheter i ersättningssystemet är ett grundläggande problem då det påverkar ekonomin, vilket i sin tur påverkar möjligheterna att ge bra arbetsförhållanden. Det gäller både utformning av själva systemet och osäkerhet kring vilken ersättning man får. Förändringen för hemtjänsten kom med tidsregistreringen och det har påverkat på alla plan. Utmaningen i att få ekonomin att gå ihop var en central diskussion.

Nedan följer en presentation av de teman som framkom under diskussionerna.

Tid och schema

Cheferna ansåg att den precisa tidsbedömningen i dagens system skapar stress hos de anställda och påverkar möjligheten att skapa goda förutsättningar i arbetet för personalen. Det finns inte utrymme för marginaler i systemet, till exempel vid oförutsedda händelser.

Enhetscheferna menar att förflyttningstiden skapar mycket stress, att ha korrekta gångtider (förflyttningstider) är därför viktigt. Systemet bygger på att 80% av arbetstiden är effektiv, vilket arbetsgivarna starkt ifrågasätter att andra branscher klarar av.

Dubbelbemanningar styr i stor utsträckning schemat och påverkar arbetssituationen. Anledningen är dels den tid som beviljas, vilket endast är själva förflyttningstillfället (5–10 min), men också det schematekniska i att två personal ska vara på samma ställe en viss tid.

De små marginalerna gör hemtjänsten väderberoende. När det är mycket snö eller regn vet chefer såväl som personal att tidsschemat inte håller.

Det gör stor skillnad att ha bilar till förfogande för hur personalen ska hinna med förflyttningarna i större områden. Det är dock en ekonomisk fråga att ha bil och många gånger väljs bil bort på grund av ekonomi.

Ersättning/Biståndsbedömning

Många gånger räcker den beviljade tiden för att göra insatsen hos brukaren, men de ekonomiska kraven bidrar till stress. De små marginalerna medför att inte det finns ekonomi att ha personal som inte är hos kund. Schemalaggningsfrågan är en stor fråga och chefer gör, av ekonomiska skäl, schemaförändringar trots att de ur personalperspektiv inte vill detta. De kan påverka kostnaderna men inte intäkterna. Ett annat problem som lyftes var att bombesök eller akuta sjukhusvistelser inte ersätts. Enheterna står med utgifter i form av planerade insatser och personal men missar inkomsten.

En stor del arbete utförs utan att ersättning eftersom endast tid med brukare ersätts. Om den beviljade tiden överskrids med mer än en viss procent under en viss tid ersätts den inte, vilket innebär att oförutsedda händelser kan vara mycket kostsamma. Enheterna måste alltid ligga i fas och kontakta biståndsbedömare om tiden drar iväg, men menar att det är svårt att ha koll på alla minuter eftersom man har ansvar för så många. Det är därför vanligt att de ligger över i tid och som de beskriver det, "jobbar gratis" i en stor utsträckning.

Hela systemet bygger på att långa pass hos vårdtagare och korta avstånd emellan är lönsamt. Kvällar är särskilt svåra att få ihop, då det ofta är korta insatser men många förflyttningar. De som har geografiskt närhet går det bättre för, de som har för stora områden fungerar det inte lika bra för.

Cheferna är beroende av att kontakten fungerar med biståndshandläggarna. Bedömningen beror ofta på den individuella handläggaren även om tiden ges utifrån schabloner. Vissa chefer menar att van personal kan av beslutet utläsa vilken handläggare som står bakom beslutet. Olika bedömningar från olika handläggare skapar osäkerhet kring ersättning och cheferna ifrågasätter rättssäkerheten. Det finns en frustration i att biståndshandläggarna blir en motpart trots att alla jobbar för samma sak.

Bemanning

Hög personalomsättning och hög korttidssjukfrånvaro är ett problem. Utförarna måste ständigt nyrekrytera. Tillsvidareanställda stannar kvar i hög grad men det är en stor omsättning bland timvikarier. Många rekryterar ständigt och upplever att det är ett problem att hitta personal. Samtidigt måste de hitta en balans, för de har inte råd att ha för många. Om två-tre ärenden förloras måste de varsla personal. Det går inte att ha extra personal på schemat utan att ha särskilt stimulansmedel. Ytterligare ett problem är att många hoppar av efter introduktionen, de "pallar inte trycket". De konstaterade också att: "Att vara 60 år och jobba i hemtjänsten är svårt. Jättesvårt."

Ergonomi

Hemtjänstpersonalen besöker brukare i hemmet och det är inte ovanligt att vissa sover i låga sängar eller bäddsoffor. Det finns sällan tillräcklig med utrymme för hjälpmedel och ofta saknas städredskap. Det blir mer och mer vanligt med så kallade "samlare", d v s personer som sparar allt som tidningar, soppåsar mm. Hemmen behöver saneras men det finns ingen som ansvarar för sådant. Hemtjänstpersonalen ska in i detta och "städa". Dessa olika aspekter kan göra det utmanande att arbeta ergonomiskt.

Trots att det saknas förutsättningar (till exempel inte har råd med dammsugare) så gäller biståndsbeslutet och det blir en fråga för utföraren att lösa. Cheferna menade att det borde finnas vissa grundförutsättningar i hemmet för att få beslut om hemtjänst. Cheferna var medvetna om att personal hoppar över att använda hjälpmedel emellanåt för att spara tid.

Kvalitetsbrist/ samvetsstress

Det finns en motsättning mellan kvalitet och tidsbrist. När personalen inte hinner göra vad som behövs utifrån professionens bedömning, känner de samvetsstress. Stressen över förflyttningstider och icke upplevd kvalitet är det som stressar personalen mest enligt cheferna. De vill kunna erbjuda kvalitet gentemot brukarna, men cheferna frågar sig hur man ska kunna ge kvalitet om man inte har tid?

Kunskap/utbildning

Kompetensen är varierande hos hemtjänstpersonalen. Det finns såväl erfarna undersköterskor som nya vårdbiträden. Det finns tyvärr varken utrymme eller ekonomi för fortbildning eller tid för att dela erfarenheter och kunskaper. Reflektionstid saknas, det vill säga möjligheten att sitta ner tillsammans för att hitta gemensamma arbetsätt, ge varandra stöd och tips.Handledning finns inte heller trots behov, på grund av tid och pengar.

Några av cheferna påtalade gapet som finns gentemot sjukvården och hemsjukvården som är ett regionalt ansvar inom Stockholms län. Personalen får inte alltid kännedom eller kunskap om sjukdomstillstånd de i vissa fall behöver känna till.

Hemtjänsten har inte bara äldre brukare, utan alltfler personer under 65 år med psykisk ohälsa tillhör idag hemtjänsten. Få i personalgruppen har erfarenhet eller kunskap om denna grupp. Det upplevs vara en stor utmaning och kunskaper behövs.

Förbättringsområden

Cheferna vill att det satsas mer på personalen, som de anser vara en eftersatt grupp. I syfte att de som utförare ska kunna erbjuda en god kvalitet för brukaren måste personalen ha rimliga arbetsförhållanden.

Detaljstyrningen som ger snäva tidsmarginaler och orsakar stress hos personal vilket kan ge minskad kvalitet för brukaren, måste minskas. Ökade möjligheter att styra sin arbetsdag är viktigt, och cheferna önskar att personalen ska ha förutsättningar att utföra sitt jobb så de känner sig nöjda med utfört arbete och inte känner sig otillräckliga när de går hem.

Möjlighet till kompetensutveckling är centralt att förbättra. En del såg att det enda sättet att lyckas med detta var speciella bidrag i form av kompetensutvecklingspengar, då det inte finns utrymme i den ordinarie budgeten. Vidare behövs möjligheten att mötas i teamen för att dela erfarenheter och hitta gemensamma arbetssätt, det är också kompetenshöjande. I vissa kommuner har man satsat på webbutbildningar, men som det kan vara svårt för personalen att hinna med och då ska de sitta en och en.

Statusen behöver höjas. Cheferna tryckte på att personal arbetar utifrån sunt förnuft och är underbar. Ansvar i hemtjänsten är också till exempel större än på vård- och omsorgsboenden. Personalen tar stort ansvar, det är mestadels ensamarbete, många kontakter att hålla koll på och allt sker via telefon. Cheferna själva uttryckte att de måste ägna sig åt administration och inte ledning, vilket de skulle vilja göra i större omfattning. De vill kunna jobba för en bättre arbetsmiljö för personalen men hinner inte.

Trots att det har talats mycket om att verksamhetschefer måste ha färre anställda under sig är det fortfarande inte ovanligt att de har 45 tillsvidareanställda plus 25–30 timanställda, då fler mellanchefer kostar mycket pengar. Detta måste förändras. Bombesök behöver bli ersatta. Idag går utförarna med minus vid bombesök eller akut sjukhusvistelse. De står kvar med utgifter i form av planerad personal men går miste om inkomsten. Man menade att politikerna vill "massor" men vill inte betala för det, dvs obalans mellan krav och resurser.

5.5 Fokusgrupper med branschen och Arbetsmiljöverket

Deltagarna var intresserade av de kvalitativa data som presenterades. De var förstående och höll med om att de åtgärdsförslag som togs upp under presentationen var rimliga. Perspektiven breddades dock ytterligare. Generellt ansågs att det beskrivna ersättningssystemet bör ha spelat ut sin roll, och man hoppades att ett annorlunda system kan ta vid. Under tiden är det relevant att vidta åtgärder för att förbättra de nu rådande systemen. Resultatet presenteras nedan i form av en sammanställning av de frågor och teman som deltagarna tog upp till diskussion.

Organisatoriska utmaningar

Många av de svårigheter som finns kopplade till personalens arbetsförhållanden är relaterade till organisatoriska problem. Det är av stor vikt att alla arbetsuppgifter som ingår i hemtjänstarbetet synliggörs. Eftersom enbart utförd tid ersätts, ökar risken för att övriga arbetsuppgifter inte utförs i den utsträckning de skulle behövas. De blir inte heller riskbedömda. Enligt Arbetsmiljöverket var det under den tillsynsinsats som pågick i tre år mycket vanligt att osynliggjorda arbetsuppgifter

förekommer. Dessa uppgifter kan handla om bland annat handla om att städa egna lokalerna, tvätta arbetskläder, hämta mediciner, besiktiga bilar, låsa upp dörren när annan sjukvårdspersonal ska in, kontakt med anhöriga -vilket emellanåt kan vara både svårt och till och med upplevas hotfullt.

Om inte alla arbetsuppgifter synliggörs så kan det inte heller förväntas att kommunala tjänstemän högre upp i organisationerna känner till dem. Följden blir att de inte heller kan se helheten i arbetet och därmed inte budgetera för vad som faktiskt utförs.

Vissa utförare arbetar för att undersköterskornas kompetens används fullt ut, det vill säga att undersköterskor inte utför uppgifter såsom att städa eller handla. Istället vill man fokusera deras insatser dit kompetens behövs som mest. Detta innebär dock vissa problem. HR-chefen menade att det att USK- kompetens krävs framförallt på morgonen och eftermiddag/kväll, så det är svårt att erbjuda heltidsanställningar om arbetet planeras efter kompetens, vilket även SKR bekräftade. Personalkontinuiteten kan ännu mindre hållas optimal gentemot brukarna om en personal står för omsorg och en annan handlar.

Chefernas situation

Arbetsmiljöverkets representant menade att cheferna står inför ständiga konflikter mellan brukarrättigheter och att uppfylla kraven i arbetsmiljölagstiftningen och de saknar ofta handlingsutrymme att kunna agera. SKR hade uppfattningen att många kommuner jobbat hårt med chefsfrågan senaste tiden och att det idag är färre underställda per chef än tidigare, medan andra fortfarande hävdar att det finns mycket kvar att göra i den frågan.

Kommunal och det skyddsombud som var med påtalade att avsaknaden av skyddsombud på många arbetsplatser är ett problem. Dessutom har en stor del av de anställda tillfälliga anställningar och vågar inte alltid lyfta problem eller incidenter, av rädsla för att bli av med jobbet. Därmed framkommer inte bilden av hur det verkligen ser ut för de närmaste cheferna som i sin tur inte kan lyfta förhållandena vidare uppåt i organisationen. Problem och incidenter blir inte synliggjorda.

Introduktionens betydelse

Introduktionens betydelse lyftes av Arbetsmiljöverkets representant. Enligt Arbetsmiljölagstiftningen ska personal kunna medverka och vara delaktig i förebyggande arbetet. Om inte riskerna i arbetet tas upp redan under introduktionen är det i princip omöjligt för personalen att leva upp till lagstiftningskraven.

Vikarier

Strategier gällande vikarier togs upp. HR-chefen menade att vissa utförare har som strategi att alltid ta in vikarier, för att inte gå miste om intäkter. Om personalen på plats delar de scheman för de som är frånvarande och lägger till sina egna, går mycket tid-innanför-dörr (det vill säga möjlighet till intäkt) bort. Att alltid ha vikarier innebär en möjlighet att öka intäkterna.

Alternativa styrsystem

SKR arbetar inte med fokus på de förutsättningar som vanligen gäller i just Region Stockholm utan har bredare ingång med hela Sverige som utgångspunkt. Deras fokus var det nationella perspektivet snarare än det regionala. Diskussionerna blev därmed delvis utifrån ett annat perspektiv med möjligheten att helt byta ersättningssystem till ett mer tillitsbaserat arbetssätt i fokus. De ansåg dock att de åtgärdsförslag vi tog upp lät rimliga utifrån de kvalitativa och kvantitativa data som presenterades och bekräftade de problem vi såg i ersättningssystemen som majoriteten av utförarna i projektet verkade inom.

Goda exempel

Goda exempel på alternativa lösningar togs upp, till exempel blir första kontakten för en brukare i Eskilstuna ett rehabteam under 3–4 veckor, varefter en biståndsbedömning görs. Detta har minskat hemtjänsttimmar och sparat pengar. Eskilstuna har sagt upp avtal med privata utförare för att kunna bedriva detta. Även "Trygg hemgång" har införts i flera kommuner över landet. Detta innebär ett liknande upplägg som i Eskilstuna, där nya brukare först får en insats i ett antal dagar för att först därefter få ett mer korrekt biståndsbedömt beslut. Detta besparar både utförare och biståndshandläggare tid och arbetsinsats, då bedömningen på ett sjukhus ofta inte är korrekt och måste justeras efter en tid i hemmet.

Larm

Larmen påverkar de lokala förutsättningarna enligt HR-chefen. Vissa enheter har en specifik larmgrupp medan andra låter larmen gå till den ordinarie hemtjänstgruppen. Om en brukare larmar ofta kan det kasta omkull schemat för flera anställda. Har man dessutom ett stort geografiskt område blir konsekvenserna värre. Då kan det vara långa sträckor att ta sig till kontoret för att hämta nycklar, ta sig dit det larmat, tillbaka med nycklarna innan personalen är åter på sin ordinarie tur. Det finns kommuner där man påbörjat projekt med nyckelfri hemtjänst, bland annat för att underlätta detta.

Ersättningssystemet

Ett perspektiv utifrån förslaget på ersättning vid bombesök tillkom, nämligen att efterskydd saknas. Om en brukare som haft stora insatser går bort eller akut åker in på sjukhus under en period, står utföraren kvar med utgifter i form av personal som inte går att friställa genast. Ett efterskydd skulle kunna skydda mot detta ofrivilliga avbrott i budgeten, som annars kan bli mycket kostsamt för en utförare.

Språkkunskaper

Bristande språkkunskaper inom äldreomsorgen är ett problem enligt representanten från Vård- och omsorgscollege. Språkombud har visat sig fungera bra, men dels fungerar det bättre på boenden än inom hemtjänsten, som till stor del är ett ensamarbete, och del kostar språkombud mycket pengar. Anställningsbarheten är direkt kopplad till språk, krav på att kunna förstå, göra sig förstådd och dokumentera skriftligt. Missuppfattningar kan bli förödande.

6 Diskussion

Hemtjänstarbetet är komplext. Projektet har använt en bred och tvärvetenskaplig ansats för att kartlägga exponeringen i arbetet, jämföra exponering med andra yrkesgrupper, undersöka samband mellan exponering och hälsoutfall, och komma fram nycklexponeringsfrågor samt till åtgärdsförslag som bygger på individers och organisationers idéer. Projektet har också lett fram till mängd typer av resultat, som indikerat till exempel att exponeringen är hög i jämförelse med andra grupper, att tidsbrist är vanligt förekommande och är kopplat till framtida arbetsförmåga, samt att exponeringen hänger ihop med brister ersättningsystem för kompensation till utförare.

6.1 Enkäter

Totalt svarade 665 på baslinjeenkäten och 196 av dem även på uppföljningsenkäten. Svarsfrekvensen på basenkäten var ca 60 %. Det var förstås frivilligt att svara på enkäten, och vi kan därför inte vara säkra på att urvalet är helt representativt.

Eftersom enbart chefer på de hemtjänstbolag som varit villiga att delta i studien ingår går det inte att betrakta det insamlade materialet som helt slumpmässigt, exponering och utfall skulle förstås kunna vara annorlunda vid de enheter, där chefen valde att inte vara med. Trots det har vi visat att självskattade arbetsexponeringar och hälsomått varierar stort mellan enheter. Det går inte att med säkerhet säga om variationen skulle vara större eller mindre eller ha en annan magnitud om fler eller andra hemtjänstbolag varit med. Det visade sig också att när det gäller egenskattad sjukfrånvaro, rapporterade 12 procent av hemtjänstpersonalen att de hade haft sjukfrånvaro på 30 eller fler dagar under 12 månader, vilket är mycket nära närliggande yrkesgrupper inom vården och kan ses som ett tecken på att urvalet ändå är relevant och representativt för den här studien.

Däremot kan de samband vi presenterar mellan exponeringar och utfall betraktas som stabila eftersom de baseras på två variabler samtidigt som är från samma individ, alltså säkrare än frekvenstabeller som enbart visar en variabel i taget. Detta innebär att även om vi till exempel misstänker att de mer motiverade chefernas avdelningar ingår, blir sambanden ändå valida eftersom andelen anställda med hälsoproblem jämförs mellan de som har en hög arbetsmiljöexponering och de som inte har det. Med hjälp av våra longitudinella analyser blir även riktningen på sambanden valida, dvs. om en oddskvot i en av våra tabeller är signifikant över 1 så skulle ett annat urval också med hög sannolikhet visa en oddskvot över 1.

Med våra frekvenstabeller visas i de allra flesta hälsorelaterade jämförelser med andra grupper att hemtjänstpersonalens hälsa, arbetsförmåga etc. är sämre än i de flesta andra yrkesgrupper. Till exempel skattade 65 procent sin arbetsförmåga jämfört med arbetets fysiska krav som mycket god eller ganska god, jämfört med 91 procent i genomsnitt för sysselsatta inom olika näringsgrenar i Stockholms län. Likaså när det gäller att med tanke på sin hälsa tro sig kunna arbeta i sitt nuvarande yrke även om 2 år: 62 % i det aktuella projektet och 85 % i olika näringsgrenar.

När det gäller krav i arbetet ligger aktuell hemtjänstpersonal högst för tidsbrist för arbetsuppgifter. Att inte hinna med arbetsuppgifterna inom kringtiden visade sedan också samband med flera hälsoutfall, det togs också upp i intervjuerna.

Dock ser det ut att finnas en generellt hög arbetstillfredsställelse eller trivsel. Även om frågan i den aktuella enkäten inte är helt samma som den använda i referensmaterialet, så stämmer det med vad vi har hört i intervjuerna: man känner att man behövs och att arbetet är viktigt (se 5.3. och underrubrik: "Det positiva med arbetet i hemtjänsten"). Det har också framkommit tidigare i en rapport från Stockholms läns Äldrecentrum (Hjalmarsen et al, 2004) att de anställda tycker att arbetet känns viktigt och meningsfullt och att man får uppmuntran och uppskattning i jobbet.

Men arbetet är tungt på flera sätt. Några exponeringar såsom fysisk och psykisk omsorgstyngd, fysisk och psykisk ansträngning, samt att inte hinna med arbetsuppgifterna inom kringtiden, visade signifikanta samband med flera hälsoutfall, både i tvärsnittsanalyser och i de longitudinella analyserna.

6.2 Sms-frågor

Sammanfattningsvis fanns ett signifikant samband mellan självrapporterade besvär i rörelseapparaten under föregående 12-månadersperiod vid studiens början och svar i månatliga SMS-frågor avseende arbetspåverkan av besvär från ländryggen. Detta tyder på att klassificering vid ett tillfälle genom enkätfrågor på gruppnivå speglar besvärsförekomst på ett godtagbart sätt. Det fanns även ett samband mellan skattad arbetsförmåga och arbetspåvekan på grund av besvär i rörelseapparaten men här hade tiden för SMS-frågorna också en inverkan. En svaghet med analyserna är att frågorna inte var formulerade på samma sätt i baslinjeenkäten och i SMS-frågorna och att tidsperioderna inte var desamma. Då andelen deltagare i studien som anmälde sig som frivilliga för att besvara SMS-frågor var så begränsat kunde vi inte, som ursprungligen planerades, välja personer med olika karakteristika vid studiens start utan samtliga som anmälde sig kom att ingå i delstudien med SMS-frågor.

6.3 Tekniska mätningar

Arbetsställningar och arbetsrörelser

Trettiosex personer deltog i mätningarna. Vår plan var att rekrytera fler deltagare, men även om många först var positiva, visade det sig sen vara mycket svårt att finna möjliga tider för deltagande. Mätningarna pågick under en-tre (oftast tre) arbetsdagar, vilket gör att den totala mättiden ändå är lång i jämförelse med andra projekt. Tekniska mätningar har en hög precision i jämförelse med andra riskbedömningsmetoder, såsom självskattning och observation.

Även om ingen generell konsensus för gränsvärde gällande ryggens framåtböjning erhållits inom forskarvärlden så har flera studier funnit samband med ryggbesvär och långvarig framåtböjning av ryggen. Den uppmätta ryggbelastningen (90:e percentilen ryggböjning) för hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet överstiger med god marginal det riktvärde som presenterats av Kuiper et al. (2005) då ökad risk för arbetsrelaterade (icke-specifika) ländryggsbesvär tros föreligga. Enligt Kuiper et al. (2005) föreligger ett samband med ökad risk om ryggböjning överstiger 40° under mer än 30 minuter per dag. Detta kan jämföras med medelvärdet för nittiondepercentilen för hemtjänstpersonalen var 41°, vilket betyder att man under 10% av arbetstiden (dvs. 48 minuter för åtta timmars arbete) har böjt ryggen mer än 41°.

Vidare har Jansen et al (2004) funnit ett dos-responssamband för ökad risk för ländryggsbesvär vid förekomst av ryggböjning över 45° om detta förekommer mer än 1,5 timmar i veckan. Detta kan jämföras med 8% av arbetstiden (medelvärde, ej i tabell) för hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet, vilket motsvarar cirka 4,5 timmar per vecka. Enligt RAMP II metoden (Lind, Forsman, & Rose, 2020; Rose, Eklund, Nord Nilsson, Barman, & Lind, 2020), innebär en sådan belastning en risk för belastningsbesvär och att åtgärder för att minska belastningen rekommenderas. Utifrån detta underlag finns det vetenskapligt underlag (samband) som indikerar att den uppmätta ryggbelastningen vid ryggböjning för hemtjänstpersonalen är av en sådan magnitud att denna skulle kunna kopplas mot en ökad risk för besvär i rygg eller ländrygg.

De uppmätta medelvärdena för armbelastningen låg nära den åtgärdsnivå som presenterats av AMM Syd (Arvidsson, Dahlqvist, et al., 2017) där medelbelastningen ej skall överstiga 30° och toppbelastningen ej överstiga 60°. Även om gruppedelvärdet var strax under åtgärdsnivån så låg flera individer i våra mätningar över denna. För att få ett mått på den totala armbelastningen behöver andra faktorer även vägas in som exempelvis den externa kraft eller massa som hanteras, dess riktning och momentarm. Det är värt att notera att hemtjänstpersonalen i det aktuella projektet hade både

högre medelbelastning och toppbelastning jämfört med de frisörer som undersöktes av Wahlström et al. (2010). Wahlström et al. (2010) uppmätte en medelbelastning på 21,8°-22,5° och toppbelastning på 48,8° och 51,5°, vilket kan jämföras med en medelbelastning på 28,0° och toppbelastning på 59,5°.

Mätningar av arbetsställning i förhållande till egenskattad exponering

Inga positiva korrelationer mellan uppmätt och skattad exponering och skattad exponering upptäcktes. Två positiva korrelationer var nära ($p=0,06$) gränsen för signifikans:

- Median armvinkel och fysisk ansträngning
- Nittiondepercentilen armvinkel och psykisk ansträngning

Korrelationskoefficienterna var 0,3, vilket tyder på svaga samband. Det är tydligt att den uppmätta fysiska exponeringen inte kan uppskattas med de frågor som har använts.

Däremot identifierades (förvånande nog) några signifikanta negativa samband, dvs där hög belastning var kopplat till låg belastning. Dessa är svårtolkade, möjligen kan t.ex. en hög fysisk omsorgstyngd påverka situationen så att man inte hinner arbeta med t.ex. städning och sådant som resulterar i t.ex. framåtböjd rygg. En alternativ förklaring skulle kunna vara att man vid självskattning av fysisk belastning påverkas av andra aspekter man upplever negativa i arbetet, som t ex stress att inte hinna med arbetsuppgifter.

Pulsmätningar

Medelåldern för mätdeltagarna var 49 år. Det uppskattade konditionstalet, VO_{2max} , var i snitt 35 (ml/kg/min), vilket motsvarar medel, eller just över medel för kvinnor i den åldersklassen.

Resultaten från heldagspulsmätningarna visade att den relativa pulsbelastningen låg under den rekommenderade högsta nivån på 30-35 procent (rekommendation från International Labour organisation (ILO); Bonjer, 1971). Den relativa pulsbelastningen som i genomsnitt var 23 (sd = 6) %HRR (23 % av av den individuella kapaciteten), var just över 22 %HRR som vi nyligen har mätt för sjukhusstädare (Dahlqvist et al, 2017). Medeltalet i relativ syreupptagning för mätpersonerna under en hel arbetsdag var 27 % VO_{2max} är . Det ligger alltså var alltså under den rekommenderade nivån på 30-35 %. Standardavvikelsen var dock hög (sd=11), och några individer låg över den rekommenderade nivån. I Sverige finns det inga specifika gränsvärden när det gäller kardiovaskulär belastning speglade fysisk belastning. Dock skall teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Risken med att ligga högre är att kroppen och dess metabola system inte hinner återhämta sig innan det är dags för nästa arbetsdags belastning, i enkätstudien rapporterade också 52 procent otillräcklig återhämtning mellan arbetsdagar.

Bland de självrapporterade fysiska tyngsta arbetsmomenten under mätdagen nämns inköp/handling, dusch i trånga utrymmen och förflyttning med brukare. Det kan vara enstaka moment som innebär en mer kortvarig fysisk ansträngning, som därmed inte ger en ökad puls över större delen av dagen.

Pulsmätning i förhållande till egenskattad fysisk ansträngning

När vi beräknade korrelationen mellan uppmätt och skattad exponering, så fanns vi ingen inga signifikanta korrelationer mellan puls och egenskattad fysisk belastning. För fysisk ansträngning var korrelationskoefficienten var 0,15, och p-värdet var = 0,4. Liksom för arbetsställningar är det tydligt att den uppmätta fysiska exponeringen inte kan uppskattas med de frågor som har använts. Däremot är det möjligt att den självskattade belastningen kan spegla en negativ eller positiv upplevelse av arbetet, vid analys i den longitudinella delen av projektet visade rapportering av hög fysisk ansträngning vid baslinjen en koppling till en negativ förändring av hälsan vid uppföljning ett år senare.

6.4 Intervjuer

Som det är idag ställs hemtjänstpersonalen inför krav att hantera olika typer av människor med olika beteenden, tillstånd och sinnesstämningar, när de arbetar i deras hemmiljö. Arbetsmiljön i brukarnas hem är inte alltid optimal, till exempel kan det vara trångt och inte vara möjligt att använda hjälpmedel. Det finns krav på personalen att de ska klara av att hantera brukare med olika diagnoser. Många gånger även utan särskilda kunskaper om dessa sjukdomar. Detta minskar möjligheten att ha kontroll över sin arbetssituation. Det finns vetenskapligt underlag för att höga krav i kombination med låg kontroll kan orsaka psykisk ohälsa, främst depression (SBU, 2014a).

En viktig faktor för hälsan på arbetet är att vara på rätt jobb, d v s en känsla av kompetens för sitt arbete. Enligt Sandmark (2011) behöver inte känslan av att vara på rätt jobb överstämna med den formella kompetensen som personen har för sitt arbete. Känslan kan också bero på om arbetsinsatsen bekräftas av chefen, medarbetare eller patienter/brukare. Det som tydligt kommer fram i intervjuerna var att personalen i hemtjänsten förmedlade sin känsla av att kunna sitt arbete och att de hade en ambition att göra ett bra arbete. Den rådande ekonomiska styrningen och detaljplaneringen med tidsregistrering föreföll dock varken främja upplevelsen av ett gott arbetsresultat eller personalens arbetsmiljö. Mycket av tacksamhet och nöjdhet hos brukarna tycktes mer bero på "det extra" som personalen gjorde d v s deras obetalda, osynliga arbetsinsatser.

En tolkning skulle kunna vara att hemtjänstpersonalen för att uppleva att de gör ett bra jobb och att brukarna blir nöjda "satsar" sin egen arbetsmiljö med mer stress i arbetet till följd. Detta skulle på sikt kunna utgöra en risk för att arbetsrelaterad ohälsa.

6.5 Fokusgrupper

Enhetscheferna hade ett begränsat handlingsutrymme när det gällde att kunna ge personalen goda arbetsförhållanden och enhetscheferna kunde oftast inte påverka intäkterna utan enbart kostnaderna. Det är inte givet att all personal känner till vad enhetschefen kan påverka eller inte. Det kan leda till att personal förlägger sitt missnöje kring arbetsförhållandena till chefen. Därutöver kan det naturligtvis även finnas missnöje med enhetschefen som person eller kring dennes oförmåga att vara en kompetent ledare.

I Arbetsmiljöverkets inspektionsrapport (2020) om hemtjänsten slår man fast att första linjens chefer hade ett stort antal underställda samt en hög arbetsbelastning.

I en rapport från Äldrecentrum (Hjalmarson et al, 2004) intervjuades 20 enhetschefer för att få en utförlig bild av arbetssituationen inom äldreomsorgen (både hemtjänst och äldreboende) i Stockholm. Flertalet hade en stor, ibland övermäktig arbetsbörda och som kunde sätta spår i form av hälsoproblem eller trötthet. Det framgick även att arbetet kändes viktigt och meningsfullt och att man fick uppmuntran och uppskattning i jobbet. Oklarheter om uppdraget fanns i förhållande till hälso- och sjukvården och mellan beställarenheten och utförarna i vissa stadsdelar. Kortsiktiga politiska beslut och diffusa politiska mål försvårade planeringen i arbetet. Samtliga intervjuade enhetschefer berättade om en tajt budget som till exempel inte lämnade utrymme för den kompetensutveckling som personalen skulle behöva. Delade meningar rådde om enhetscheferna kunde leda verksamheten mot de uppsatta målen utifrån de medel de hade till sitt förfogande. Hinder kunde vara den ansträngda ekonomin, hög korttidsfrånvaro och en sjunkande kunskapsnivå inom personalgrupperna. Resultatet från Äldrecentrums intervjustudie stämmer väl överens med resultaten från de intervjuer som gjordes med enhetscheferna i vår studie, 15 år senare. Även resultaten i intervjuer med nio enhetschefer i en tidigare hemtjänststudie 2013 från Karolinska Institutet ger samma bild (Målqvist et al, 2014).

6.6 Identifiering av två prediktiva frågor

Många faktorer påverkar en anställds tilltro till eller önskan om att kunna arbeta kvar i yrket eller på en viss arbetsplats. Hälsan är en av dessa faktorer, och för ett hållbart arbetsliv är det av stor betydelse att arbetet inte ska påverka en anställds hälsa negativt. Ett syfte med detta projekt är därför att kunna ge förslag på två frågor som visats ha samband med en negativ hälsoutveckling vid uppföljning ett år senare. Eftersom syftet var att ta fram två enskilda frågor som lätt skulle kunna adderas till t ex medarbetarenkäter har vi här inte beaktat de index vi redovisat ovan i resultatdelen då dessa är sammansatta av flera frågor. Utifrån signifikanta samband (som kvarstått efter justering för eventuella confounders) med hälsorelaterade variabler i uppföljningsenkäten finner vi starkast stöd för nedanstående två frågor.

*Hinner du göra arbetsuppgifterna (dokumentation, möten, vara kontaktperson mm) inom kringtiden utan att känna stress?
(Svarsalternativ: Alltid, Oftast, Sällan, Aldrig)*

Denna fråga uppvisade signifikant samband med att vid uppföljningen ett år senare rapportera en upplevelse av att arbetet försämrat hälsan samt att tillhöra gruppen med 15 till 29 dagars sjukskrivning det senaste året jämfört med 0-14 dagars sjukskrivning. I båda fallen har resultaten justerats för hur de medverkande rapporterade dem i baslinjeenkäten och det är alltså en negativ förändring som resultaten speglar.

Hur ansträngande upplever du vanligtvis ditt arbete?

-Fysiskt ansträngande

-Psykiskt ansträngande

(Svarsalternativ: 0-14 med skriftlig information t ex 1 – Mycket, mycket lätt och 14 – Mycket, mycket ansträngande)

Delfrågan om fysisk ansträngning uppvisade, i motsvarande analyser som ovan beskrivits för frågan om arbetsuppgifter inom kringtiden, ett signifikant samband med att vid uppföljningen rapportera försämrad såväl fysisk som psykisk arbetsförmåga samt smärta från fler områden på kroppen är de som inte rapporterat fysiskt ansträngande arbete i baslinjeenkäten. Psykiskt ansträngande arbete uppvisade samband med sämre fysisk arbetsförmåga och burnout vid uppföljningen.

6.7 Viktiga faktorer för att stanna respektive lämna arbetet i hemtjänsten

I baslinjeenkäten svarade 37 procent att de inte trodde eller var osäkra på om de skulle kunna arbeta kvar om två år med tanke på sin hälsa. 48 procent angav att det inte kändes som att de skulle kunna arbeta kvar inom hemtjänsten fram till ålderspensionen (65 år).

Ett index gjordes av de två frågorna där de som trodde att de skulle arbeta kvar utifrån bägge frågorna delades in i gruppen "stanna". De som svarat att de inte trodde sig kunna arbeta kvar på den ena eller båda frågorna hamnade i gruppen "lämna". Av de 6 svarande var det 40 procent som tillhörde gruppen "stanna" och lämna-60 procent som tillhörde gruppen "lämna".

Jämförelsen mellan grupperna visade att man i gruppen "lämna" genomgående rapporterade sämre arbetsförhållanden. Däremot rapporterade man inte högre grad av omsorgstyngd jämfört med gruppen "stanna". Istället var det högre krav i form av hög fysisk och psykisk ansträngning, tidsbrist och bristande chefsstöd som rapporterades av en större andel i gruppen "lämna". Dessa skillnader var statistiskt säkerställda. I kommunals rapport "Personal som stannar" (Wondemneh, 2018) var viktiga faktorer för personal som tror att de ska sluta inom tre år liknande: höga krav/låg kontroll, stor tidspress, begränsade möjligheter till återhämtning samt mycket små möjligheter att påverka arbetsbelastningen.

Upplevelsen av hög fysisk och/eller psykisk ansträngning i arbetet kan naturligtvis även handla om ålder, kondition och personliga egenskaper. Omkring hälften i gruppen "lämna" angav hög fysisk och psykisk omsorgstyngd, hög fysisk och/eller psykisk ansträngning i arbetet och tidsbrist. En något lägre andel uppgav bristande chefsstöd (43%). I gruppen "stanna" låg rapporteringen av hög omsorgstyngd på en liknande nivå som i gruppen "lämna", medan drygt en tredjedel på de övriga nämnda områdena rapporterade liknande nivå som i gruppen.

Det kan finnas skäl till att stanna kvar inom hemtjänsten som inte har med arbetsförhållandena eller välbefinnandet och hälsan att göra, till exempel brist på andra arbeten eller otillräcklig utbildning för andra arbeten. Om hemtjänstarbetet ska fungera för fler anställda längre upp i åldrarna behöver bemanning, fysisk arbetsmiljö och tid/handlingsutrymme ses över. Det var dock fler bland de yngre som befann sig i gruppen "lämna" jämfört med i gruppen "stanna", vilket också är en indikation på att åtgärder behövs för att öka attraktionskraften för hemtjänstyrket.

Vi vet inte om de svarande i gruppen "stanna" och "lämna" faktiskt kommer att stanna eller sluta, men resultaten visar att majoriteten (60%) av de svarande vid en viss tidpunkt trodde sig lämna hemtjänstarbetet i förtid på grund av för hög arbetsbelastning och/eller olika besvär kopplade till arbetet. Den prediktiva validiteten hos frågan om man tror sig kunna stanna kvar i 2 år, har undersökt av Lundin och medarbetare (2017); man kom fram till att den kan användas som prediktor för om man är kvar eller inte.

Faktorerna som var vanligt att man rapporterade i Stanna-gruppen ger en vägledning om vad som är viktigast för att tro sig stanna kvar ända fram till ålderspensionen inom hemtjänsten.

De vanligaste sambanden inom gruppen "stanna" var låg/lagom fysisk och psykisk ansträngning, att hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden, att själv kunna bestämma arbetstakten och att kunna varva ner under lunchen. I tvärsnittundersökningen är dock all data insamlad vid samma tillfälle. Det gör att vi inte kan uttala oss om vilken faktor som är den som primärt påverkat den andra vid identifierade samband mellan olika faktorer. Det skulle till exempel kunna vara så att en önskan att lämna sitt arbete (oavsett orsak) leder till att man ser mer negativt på arbetet och rapporterar med negativa arbetsförhållanden. I de longitudinella analyserna finner vi dock stöd för att till exempel frågan om fysisk ansträngning predicerar negativ hälsoutveckling i form av smärta från fler delar av kroppen, lägre skattning av fysisk arbetsförmåga och ökad risk att rapportera att inte känns som att man vill arbeta kvar på nuvarande arbetsplats om fem år vid uppföljning ett år senare.

Hög fysisk ansträngning kan både handla om stor arbetsmängd per tidsenhet så den anställde måste hinna uträtta mycket i ett högt tempo, och/eller att det är många tunga fysiska arbetsmoment med besvärliga arbetsställningar som behöver utföras.-Det var till 3,6 gånger vanligare att de som rapporterade hög psykisk ansträngning och svårt att sova på grund av tankar på arbetet fanns i gruppen "lämna". Detta är en stark indikator på att många anställda både behöver mer tid och ökat handlingsutrymme samt stöd i form av handledning, fortbildning och annan support för att kunna bemöta sjuka brukare och brukare med psykisk ohälsa på ett professionellt sätt utan att själva riskera drabbas av till exempel stressrelaterad problematik framöver. Likaså var hög fysisk ansträngning kopplat till besvär i nacke, axlar och ländrygg, som man trodde orsakades av nuvarande arbete. Detta är ytterligare ett skäl för att ge utrymme för personalen att få möjlighet till fysisk vila, inte minst hos de utförare som har många brukare med olika former av besvär och sjukdomar. Detta ger även möjlighet att utveckla verksamheten genom att ta fram gemensamma arbets- och förhållningssätt för personalen. Anställda som ofta besöker samma brukare har extra behov att få tid till att skapa ett gemensamt arbetssätt.

Den faktorn som verkade viktigast, i gruppen "stanna", var att hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress (3,4 ggr vanligare i "stanna" än i "lämna"). Det är en indikation på att om man hade tillräcklig tid för att ta hand om de kringuppgifter som behövdes gällande brukarna

ökade nöjdheten med sitt utförda arbete. Tillräcklig tid för arbetsuppgifter inom kringtiden hade också påverkan på det egna välbefinnandet i form av påverkad sömn på grund av tankar på arbetet.

Det var dubbelt så vanligt att ha möjlighet att varva ner under lunchen i Stanna-gruppen. Det är både ett tecken på egenkontroll och ett tecken på en lagom arbetsmängd att kunna varva ner under lunchen. Förutsättningen för att kunna vila är att man själv måste ha möjlighet att till viss del styra hur länge man utsätter sig för stress och hög arbetsbelastning eller om man fått ett rimligt schema med både möjlighet till återhämtning mellan arbetspassen och mellan brukarna under dagen. Återhämtning kan delas in i fysiolgisk och mental återhämtning, vilka inte är helt separerade utan det finns ett samband mellan dem (Risberg & Stenberg, 2016).

I stanna-gruppen var det nästan dubbelt så vanligt bland dem som rapporterade hög psykisk ansträngning i arbetet att ha axelbesvär jämfört med de som rapporterade låg psykisk ansträngning i arbetet. En bristfällig psykosocial arbetsmiljö kan bidra till besvär i rygg (SBU, 2014b), nacke såväl som axlar (SBU, 2012). Låg/lagom psykisk ansträngning kan till exempel handla om hög egenkontroll, d v s att man känner att man råår över sin arbetssituation i tillräcklig omfattning och att man upplever tillräckligt stöd och tillräcklig egen kompetens.

Styrformernas påverkan på arbetsmiljön inom hemtjänsten

Hemtjänsten är en stor och viktig verksamhet, men den är komplex och svårstyrd. Den situation som råder idag, med en åldrande befolkning och en arbetskraftsbrist är kritisk och åtgärder krävs på flera plan för att nå en långsiktigt hållbar hemtjänst.

Kommunerna har ansvar för hemtjänsten. Därför ser förutsättningarna i form av ersättningssystem ser olika ut i olika delar av landet. Den kommunala styrningen har ett stort inflytande över varför arbetsförhållandena gestaltar sig olika mellan olika utförare. Den lokala styrningen kan endast i viss mån dämpa skillnader i exponeringen av krävande arbetsförhållanden mellan de anställda inom en enhet.

Kommunerna har ansvar för hemtjänsten. Därför ser förutsättningarna i form av ersättningssystem ser olika ut i olika delar av landet. Den kommunala styrningen har ett stort inflytande över varför arbetsförhållandena gestaltar sig olika mellan olika utförare. Den lokala styrningen kan endast i viss mån dämpa skillnader i exponeringen av krävande arbetsförhållanden mellan de anställda inom en enhet.

Våra resultat talar för att det finns faktorer inom den kommunala styrningen som påverkar arbetsförhållandena för personalen negativt och som inte den enskilda utföraren har möjlighet att påverka. Enkätresultaten, som visar en stor variation av den fysiska och psykiska belastningen mellan olika utförarenheter, och information från gruppintervjuer ger ett starkt stöd för detta.

Förutsättningarna för att kunna konkurrera med kvalitet i hemtjänsten skiljer sig åt mellan enheter hos olika utförare. Enheter inom kommuner med beställar-/utförarmodell är interna resultatenheter både avseende kommunala och privata utförare, det vill säga enhetschefen har eget budget- och personalansvar. De fungerar på många sätt som egna företag förutom att de inte kan påverka priset för sina tjänster samt får vissa givna förutsättningar utifrån den kommunala styrningen. Vid denna delegering av ansvar men med begränsade befogenheter, är det viktigt att kommunen synliggör vilka förutsättningar man ger hemtjänstenheterna för att klara sitt uppdrag. Enhetscheferna behöver få en möjlighet att göra sig hörda när de märker att det finns svårigheter att klara uppdraget på grund av inadekvata förutsättningar. Det är även viktigt att synliggöra hur personalen uppfattar sin möjlighet till kvalitet vid utförande av sitt arbete hos både kommunala och privata utförare. Detta innebär även uppföljning av sjukskrivningar och personalomsättning.

Resurseffektivitet, d v s att man använder befintliga resurser i så hög utsträckning som möjligt, har länge varit – och är fortfarande – det dominerande sättet att styra en verksamhet (Modig & Åhlström,

2011), inklusive äldrevården. Resurseffektivitet och att vara en attraktiv arbetsgivare riskerar att stå i motsatsställning till varandra. Resurseffektivitet riskerar att leda till underbemanning inom resurssmå organisationer. Därför vore det önskvärt med en uppföljning av arbetsmängden per enhet inom respektive utförare, till exempel via en verksamhetscontroller. En del utförare i vår undersökning har optimerat resurseffektiviteten genom att ha många korttidsanställda och som tas in när det är arbetstoppar eller vakanser. Om en brukare/kund avlider är det även effektivt att inte ha tillsvidareanställd personal när intäkterna sjunker.

Arbetsmiljöverket skriver i sin projektrapport (2020) att tidsstyrningen, det vill säga att inte kunna påverka sin arbetstid och oväntade situationer som uppstår hos kund eller mellan kunder, är faktorer som påverkar arbetsbelastningen mycket. I våra enkätresultat är det tydligt att just låg egenkontroll kopplat till tidsbrist rapporterades av en hög andel på nästan alla 18 enheter. Att inte hinna förflytta sig mellan brukarna utan att känna stress rapporterades av 61 procent och att inte hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress rapporterades av 64 procent. Att inte hinna varva ner under lunchen var 57 procent. Detta är en indikator på låga möjligheter till egenkontroll och nedvarvning, vilket på sikt också bör leda till en låg resurseffektivitet. Kortsiktig resurseffektivitet kan generera improduktiva kostnader såsom sjukfrånvaro och personalomsättning om för få anställda ska utföra för stor arbetsmängd på för kort tid. Därför är sådana kostnader viktiga att synliggöra i uppföljningen för att kontrollera att inte vissa utförare eller enheter konstant är underbemannade.

Motsatsen till resurseffektivitet är flödeseffektivitet, där fokus läggs på den "enhet" som förädlas i systemet, i hemtjänsten fall är enheten brukaren/kunden (Modig & Åhlström, 2011). Flödeseffektiviteten kvantifieras genom att mäta tiden från det att ett behov identifierats till dess att det är tillgodosett. Flödeseffektivitet borde vara ett starkt argument för att förflyttningstiden ska minimeras inom hemtjänsten för att öka flödeseffektiviteten, inte genom att minimera den i den dagliga tidsplaneringen, vilket är vanligt idag. Resurser till fortskaffningsmedel såsom bilar, mopeder och elcyklar bör kunna minska förflyttningstiden.

Det finns risk att som anställd i hemtjänsten hantera motstridiga krav i arbetet (t ex för lite beviljad tid i förhållande till brukares behov) genom att betrakta sitt arbete som endast ett utförande av standardiserade tjänster. Till exempel att enbart se de standardiserade tjänster man är ålagd att utföra och utifrån beviljad tid kontra att till sträva efter att bygga en relation med brukarna. Det kan också innebära att personal aldrig utför en extra tjänst som brukare ber om eftersom de inte är inlagda i dagsschemat och inte heller intäktsgenererande.

Ritzer har myntat begreppet "McDonaldisering" (1983) utifrån hur man arbetar inom hamburgerkedjan McDonalds. Detta begrepp utgår från fyra sammanlänkande principer och styrningen och uppföljningen av många kommuners hemtjänstverksamheter kan passa in i dessa principer: effektivitet, mätbarhet, förutsägbarhet och kontroll. Motsatsen till dessa principer är att istället utgå från brukarnas behov i stunden och ha tid att utveckla en relationsbyggande kommunikation. Dessa värden är det som styr meningsfullheten och arbetsglädjen, enligt de intervjuer som gjordes i projektet och enligt tidigare forskning visat (se t ex Högqvist, 2013; Forsman m fl, 2020). Ur ett styrningsperspektiv kan Ritzers principer te sig lockande att bygga upp en verksamhet utifrån, men utmaningen ligger i att integrera dessa båda perspektiv.

BUM-modellen avser att skilja beställning och utförande åt och vid dess införande var avsikten att detta skulle öka rättssäkerheten, det vill säga minska risken för jäv, dvs om biståndsbedömning och utförande fanns inom samma verksamhet (SOU, 2008). Vi har sammanställt exempel på skillnader med olika former av biståndsbedömning utifrån intervjuerna och publikationer (Hjalmarson, 2014; Ljung & Ivarsson, 2017; Målqvist m fl, 2014; Kraus, 2008), se Tabell 24. Biståndsbedömning med och utan BUM. Kommuner med enbart en utförare samt anslagsfinansiering har inte BUM medan man vid prestationsbaserad ersättning har BUM.

Tabell 24. Biståndsbedömning med och utan BUM

Biståndsbedömning med BUM	Biståndsbedömning utan BUM
<ul style="list-style-type: none"> • Biståndsbedömning i form av myndighetsutövning och beställare • Förutsättning för privata utförare • Strävan att försvåra subjektiv bedömning och öka brukarnas rättssäkerhet • Risk för otillräcklig dialog mellan biståndsbedömare och utförare • Risk för överbelastning för biståndshandläggarna med många utförare • Risk för stor diskrepans mellan biståndsbedömning och brukares reella behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Biståndsbedömning och hemtjänst inom samma verksamhet • Risk för subjektiv bedömning och därigenom mindre rättssäkerhet för brukarna • Avsiktlig dialog mellan biståndsbedömare och utföraren • Enklare tillvägagångsätt för att få en överensstämmelse mellan biståndsbedömning och brukares behov

Hemtjänstarbetets detaljstyrning, tidsstyrning och uppdelade arbetsuppgifter (insatserna, till exempel dusch 15 minuter, bäddning 3 minuter) kan underlätta till viss del genom att den sätter gränser för vad personalen ska hjälpa till med. I de fall där biståndsbedömningen inte matchar brukarnas behov med rätt beviljad tid, ges antingen inga tidsmarginaler alls eller för stora sådana (personalen "behöver" dröja sig kvar den beviljade tiden ut för att utföraren ska få intäkterna), ger ett mycket begränsat handlingsutrymme för personalen. Tidigare kunde personalen i kraft av sin kompetens att sätta de gränser och fördela tiden där den mest behövdes med hänsyn till brukarnas dagsform, men idag har tidsstyrningen på minutnivå kraftigt minskat handlingsutrymmet i arbetet.

Resurseffektivitet har ifrågasatts i flera år från olika håll och den politiska viljan har signalerat att den offentliga sektorn ska gå mot en mer tillitsstyrd organisation på sikt, se regeringens tillitsreform (Dir. 2016:51). Idag finns, enligt Tillitsdelegationen, insikt om att styrningen och ledningen av välfärdssektorn behöver utvecklas i en mer tillitsbaserad riktning, och att kommunerna behöver släppa på en del av sin kontroll och lita på professionalitet och kompetens hos personalen (SOU 2019:43). Nödvändigheten att bygga upp stödjande strukturer för frontpersonalen lyfts fram i en debattartikel om NPM och tillitsstyrning i SvD (Björk m fl, 2020). Resultaten från vårt projekt kan vara relevanta i den diskussionen.

Prestationsbaserad ersättning kontra anslagsfinansiering: skillnad för personalen?

En majoritet av de medverkande enheterna ersattes utifrån utförd tid, men två enheter finansierades via anslagsfinansiering. Utifrån de intervjuade enhetscheferna i detta projekt fanns det några faktorer som skiljde sig åt mellan respektive ersättningsform, se Tabell 25.

Tabell 25. Egenskaper, som enligt de intervjuade chefer, skiljer sig mellan de två ersättningsformerna.

	Prestationsbaserad ersättning	Anslagsfinansiering
Fördelar	Ersättning följer med nya brukare	Möjlighet att äska för ökade anslag under budgetåret
Nackdelar	Små marginaler Risk för orättvis ersättning Risk för bristande arbetsförhållanden och arbetsvillkor	Ersättning följer inte med nya brukare Risk för bristande arbetsförhållanden och arbetsvillkor

Att synliggöra alla arbetsuppgifter vid prestationsbaserad ersättning respektive anslagsfinansiering

Arbetsmiljöverkets inspektioner mellan åren 2017 till 2019 visade att det utfördes ett stort antal arbetsuppgifter inom hemtjänsten som inte var synliggjorda och därigenom inte heller ersatta

(Arbetsmiljöverket, 2020). Man nämner förflyttningen mellan brukarna, städning av egna lokaler samt receptuttag och transport av prover. I vår undersökning var det tydligt att förflyttningstiden och arbetsuppgifterna inom kringtiden genererade stress bland en hög andel av de svarande. I Arbetsmiljöverkets ovan nämnda rapport nämns även införandet av digitala lösningar hos de anställda utan att säkerställa kunskapen kring dessa, som en osynliggjord arbetsuppgift, det vill säga personalen fick lära sig dessa på egen hand.

Kommuner som ersätter utifrån utförd tid behöver synliggöra alla arbetsuppgifter som ingår i hemtjänsten. Idag ersätter man enbart för den tid som personal är hemma hos brukare och menar att övrig tid ingår i den tiden. Det innebär att storleken på timpriset har en avgörande betydelse för att kostnader för all arbetstid ger en rimlig balans mellan intäkter och kostnader per enhet. Våra enkätresultat visar att det finns en stor variation mellan enheter avseende att inte hinna utföra alla insatser på den beviljade tiden (mellan 8% och 54 %). Detta indikerar att den beviljade (potentiellt ersatta) tiden inte är tillräcklig. Enheter som har många brukare med stora och särskilda behov riskerar att ha en högre andel osynliggjorda arbetsuppgifter eftersom kringuppgifterna tenderar att öka med hög omsorgstyngd.

Digitaliseringen underlättar uppföljningen eftersom det går att se andelen brukartid och kringtid i systemen. Med kännedom om storleken på det geografiska upptagningsområdet bör kommunen kunna kontrollera, på en tillräckligt acceptabel nivå, att produktiviteten (andel utförd tid av den beviljade tiden) ligger tämligen jämnt varje månad och hur stor andel utförd tid som vanligen registreras. Via uppföljningen kan kommunen bedöma att variationen av inrapporterad tid utifrån brukartid och förflyttningstid inte är anmärkningsvärt stor mellan månaderna. Om så är fallet kan enhetschefen kontaktas för att ge skälet till detta. Ett sådant arbetssätt skulle kunna minska den del av enhetschefernas arbetstid som går åt till att försöka få ersättning för nödvändiga men inte beviljade utförda tjänster. De intervjuade enhetscheferna menade att det tog en stor del av deras arbetstid varje månad.

Vid anslagsfinansierad ersättning, då kommunen enbart har en utförare, kan kommunen följa upp andel förflyttningstid av personalens arbetstid för att undersöka om en hög andel förflyttningstid orsakas av underbemanning. Otillräcklig bemanning innebär att befintlig personal får så många brukare att besöka så andelen förflyttningstid blir en stor del av deras arbetstid. Ett skäl kan vara att det tillkommit nya brukare men man har inte fått nya anslag för detta. Omsorgstyngden behöver också följas upp vid anslagsfinansierad verksamhet. Detta för att ge tidsutrymme åt arbetsuppgifterna inom kringtiden, som ofta ökar med hög omsorgstyngd. Om övertidsersättningen ökar kan det vara ett tecken på otillräcklig bemanning.

Höga krav i arbetet

I denna undersökning definierades höga krav som hög fysisk och psykisk omsorgstyngd samt hög fysisk och psykisk ansträngning i arbetet.

En hög andel rapporterade hög psykisk omsorgstyngd vilket kan ha sin orsak i att man ger insatser till extra många brukare med psykisk ohälsa eller att ett fåtal/enstaka brukare upplevdes som särskilt krävande. Om man som personal då inte har någon form av handledning eller något diskussionsutrymme kring detta innebär det sannolikt en upplevelse av otillräcklighet och utsatthet. Det borde vara angeläget för kommunen att ha kännedom om i vilken utsträckning personalen hos de verksamma hemtjänstenheterna anser sig ha tillräcklig kompetens för att bemöta och i förekommande fall hantera brukare med psykisk ohälsa. Även bland undersköterskorna kan man anta att det behövs särskild kompetensutveckling avseende brukare med psykisk ohälsa, eftersom undersköterskeutbildningen huvudsakligen är en medicinsk omvårdnadsutbildning. I en tidigare studie (Målqvist & Lundin, 2015) angav 24 procent att de ansåg att arbetsplatsen sällan eller aldrig hade god kvalitet på de levererade tjänsterna till brukare med psykisk ohälsa.

Hög fysisk och psykisk ansträngning i arbetet varierade också mellan enheterna och rapporterades i högre utsträckning än hög fysisk omsorgstyngd, men på liknande nivå som hög psykisk omsorgstyngd. Hög ansträngning i arbetet är en bred fråga och svarsresultaten kan vara svåra att tolka innebörden av. En tolkning är att man måste ta i mycket för att klara sina arbetsuppgifter, antingen fysiskt och/eller mentalt. Det kan stå för att man inte kan välja eget arbetstempo och mängden energi som går åt. Det kan stå för kompetensbrist och/eller krävande möten med brukare som lider av psykisk ohälsa men även andra okända faktorer.

Låg egenkontroll i arbetet

Låg egenkontroll i arbetet i form av tidsbrist var ofta förekommande. Det var också en hög variation mellan olika enheter, se Figur 21. Rapporteringen av att inte hinna förflytta sig mellan brukarna utan att känna stress hade ett spann mellan 19 procent och 82 procent mellan olika enheter.

Att inte hinna arbetsuppgifterna inom kringtiden rapporterades i genomsnitt av 64 procent. Detta är en stark indikation på att de arbetsuppgifter som inte är direkt kopplade till brukarna är bristfälligt synliggjorda inom hemtjänsten, vilket även tas upp i Arbetsmiljöverkets inspektionsrapport (Arbetsmiljöverket, 2020).

Den genomsnittliga rapporteringen av bristande tidsutrymme för diskussioner med chef och arbetskamrater om händelser hos brukare med chef och/eller arbetskamrater var 55 procent. Drygt hälften av de svarande hade alltså sällan eller aldrig tid för att diskutera problematiska och glädjefyllda händelser hemma hos brukarna. Detta är särskilt allvarligt eftersom hemtjänsten huvudsakligen är ett ensamarbete. Bristen på detta tidsutrymme innebär både ett arbetsmiljöproblem och en riskfaktor för brister i omsorgskvaliteten.

Stöd från enhetschefen

Som nämnts tidigare pekar resultaten i denna rapport på att enhetscheferna hade ett begränsat handlingsutrymme när det gällde att kunna ge personalen goda arbetsförhållanden. Både resultaten från intervjuerna med enhetscheferna och enkätresultatet pekar mot detta. Men återigen finns en stor variation mellan enheterna avseende rapporteringen av bristande chefsstöd, bristande handledning, fortbildning och support samt att det saknas vikarier. Enhetscheferna kan inte påverka intäkterna utan enbart kostnaderna. Det är inte givet att all personal känner till vad enhetschefen kan påverka eller inte. Det kan leda till att personal förlägger sitt missnöje kring arbetsförhållandena hos chefen. Sen kan det naturligtvis även finnas missnöje med enhetschefen som person eller kring dennes förmåga att vara en kompetent ledare.

I Arbetsmiljöverkets inspektionsrapport (2020) slår man fast att första linjens chefer hade ett stort antal underställda samt en hög arbetsbelastning. I en rapport från Stockholms läns Äldrecentrum (Hjalmarson et al, 2004) intervjuades 20 enhetschefer för att få en utförlig bild av arbetssituationen inom äldreomsorgen (både hemtjänst och äldreboende) i Stockholm. Ett ytterligare syfte var att ta reda på vad som uppfattades som goda förutsättningar, respektive vad som försvårade eller i värsta fall gjorde ett gott ledarskap med stöd och ledning för personalen omöjligt. Det varierade mellan relativt rutinmässiga uppgifter och svåra verksamhetsproblem att reda ut. Det rörde antingen brukarna, personalen eller verksamheten i stort. Flertalet hade en stor, ibland övermäktig arbetsbörda och som kunde sätta spår i form av hälsoproblem eller trötthet.

I Äldrecentrums rapport framkom dock, att arbetet kändes viktigt och meningsfullt för de anställda och att man fick uppmuntran och uppskattning i jobbet. Kortsiktiga politiska beslut och diffusa politiska mål försvårade planeringen i arbetet. Samtliga av Äldrecentrum intervjuade enhetschefer berättade om en tajt budget som till exempel inte lämnade utrymme för den kompetensutveckling som skulle behövas till personalen. Delade meningar rådde om enhetscheferna kunde leda verksamheten mot de uppsatta målen utifrån de medel de hade till sitt förfogande. Hinder kunde vara den ansträngda ekonomin, hög korttidsfrånvaro och en sjunkande kunskapsnivå inom personalgrupperna

Resultatet från ovanstående intervjustudie stämmer väl överens med resultaten från de intervjuer som gjordes med enhetscheferna i vår studie, 15 år senare. Likaså med de nio enhetschefer som intervjuades år 2013 i en tidigare hemtjänststudie från Karolinska Institutet (Målvqvist et al, 2014).

Stockholms stads kommunala utförare deltog med åtta enheter i undersökningen och av dessa rapporterade sju enheter de mest krävande arbetsförhållandena och vid fem av dessa rapporterades även de högsta andelarna bristande arbetsförmåga i förhållande till de krav som arbetet ställde. Uppgifterna är justerade för ålder och antal år i hemtjänsten, så detta kan vara en indikator på att obalansen mellan de krav som ställs samt de resurser som ges är särskilt stor inom den kommunen.

Bristande återhämtning

Resultaten för frågorna om otillräcklig återhämtning mellan arbetsdagar samt att inte hinna varva ner under lunchen visade att dessa viktiga faktorer också hade en stor variation mellan enheterna. På frågan gällande otillräcklig återhämtning mellan arbetsdagar rapporterade 52 procent detta. Drygt hälften av de svarande angav alltså att de upplevde otillräcklig återhämtning mellan arbetsdagar. När det gällde möjligheten att varva ner under lunchen rapporterades det av 57 procent.

Stressforskningens rön pekar mot att bristande återhämtning är en nyckelfaktor för att förklara stressrelaterad ohälsa (Lundberg, 2005). Att drygt hälften av de svarande rapporterade otillräcklig återhämtning är en stark indikator på att arbetsbelastningen behöver minskas.

Våra resultat bekräftar tidigare undersökningar (Målvqvist et al, 2014; Szebehely et al, 2017; Kommunal, 2017) och är ytterligare en indikation på att hemtjänstyrket genererar en hög andel besvär bland personalen. Risken för sjukskrivningar och hög personalomsättning har varit stor under en längre tid och successivt har det egna beslutsutrymmet minskats.

Vid en samlad bedömning av arbetsbelastningen hos de enheter som var mest respektive minst exponerade för hög arbetsbelastning (se Figur 21) var det inom områdena låg egenkontroll och otillräcklig återhämtning som de största skillnaderna fanns, med andra ord sådant som berörde tidsbrist och obalans mellan påfrestande arbete och tid för vila. Dessa områden handlar i sin tur om underbemanning. Underbemanning kan bero att resultatenheten måste spara kostnader och därför inte kan bemanna efter behov eller så kan det handla om höga sjukskrivningstal och/eller om svårigheter att rekrytera ny personal eller vikarier. Genomsnittet för alla svarande låg högt avseende rapporteringen av arbetsförhållandena generellt, det vill säga omkring hälften angav höga krav, låg egenkontroll, bristande stöd och otillräcklig återhämtning. Dessa resultat stärker den bild som ges i media angående tidsbrist och hög arbetsbelastning inom hemtjänsten.

I vilken utsträckning man rapporterade hög ansträngning i arbetet har stor betydelse för att orka arbeta kvar inom hemtjänsten över tid. I våra resultat framkommer att ju högre andel svarande per enhet som angav hög ansträngning i arbetet, desto högre andel angav även bristande återhämtning mellan arbetsdagar. Nästan hälften av samtliga svarande rapporterade hög fysisk och/eller psykisk ansträngning i arbetet medan drygt var femte rapporterade bristande återhämtning.

Generellt var det tidsbrist som hade de högsta svarsandelarna och berör den delen av personalens arbetstid som ersätts indirekt, via den tid personalen är hemma hos brukarna. Men resultaten för tidsbrist vid de två enheterna som hade anslagsfinansiering skiljde sig inte från de övriga. Det var upp till drygt 60 procent på flera enheter som även angav att de besökte för många brukare per dag, vilket både kan vara ett tecken på att det är krävande att dagligen relatera till ett stort antal brukare, men kan också vara ännu ett tecken på tidsbrist och ett för högt arbetstempo.

Centrala faktorer för långtidsfriskhet, definierat som låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro, är resurser som gör det möjligt att göra ett gott arbete (balans mellan mål och resurser), nöjdhet med kvaliteten i det egna arbetet (balans mellan kvalitet och kvantitet) och stöd från chefen (Aronsson & Lindh 2004, Aronsson & Blom 2010).

Kommunala styrningens påverkan på personalens förutsättningar

Det här projektet indikerar att den kommunala styrningen påverkar förutsättningarna för personalen att utföra sitt arbete med goda arbetsförhållanden. Den kommunala styrningen i form av typ av ersättningsystem samt andra riktlinjer ger konsekvenser för hur personalens arbetsförhållanden gestaltar sig och begränsar möjligheten att påverka på lokal nivå.

Vår undersökning visar även att förutsättningarna för att kunna konkurrera med kvalitet i hemtjänsten skiljer sig åt mellan olika enheter. Vissa enheter har goda förutsättningar för att kunna leverera god kvalitet på sina tjänster, medan andra enheter har sämre förutsättningar för att leverera god omsorgskvalitet. Personalen kan ändå sträva efter att leverera god omsorgskvalitet hos brukarna, men med risk för en stressig arbetssituation och som påverkar det egna välbefinnandet och hälsan. Med stressad personal ökar även risken för att misstag görs, vilket inte bara ökar skaderisken för personalen, utan också riskerar att försämma omsorgskvaliteten.

Vår undersökning visar att en hög andel av personalen på alla enheter angav att arbetsuppgifterna utanför brukarnas hem genererade höga stressnivåer och liten möjlighet att varva ner.

Flera av projektets resultat pekar mot att en stor del av personalen har alltför krävande arbetsförhållanden. Det är både en resursfråga och en ledarskapsfråga. Arbetsförhållanden som vår forskning och tidigare forskning visat öka risken för arbetsrelaterad ohälsa och som finns inom hemtjänsten är:

- fysiskt tungt arbete med besvärliga arbetsställningar
- ofta strikt tidsstyrning av arbetet
- högt arbetstempo
- ensamarbete
- kontaktyrke

För att bättre anpassa belastningen för anställda i fysiskt tunga jobb rekommenderar forskningen (Arbetsmiljöverket, 2016) att låta de anställda själva reglera arbetstakten, utforma arbetsplatser så att man kan arbeta störningsfritt, ge tillfälle till fysisk träning, gärna på arbetstid, och att anpassa kraven. I Arbetsmiljöverkets föreskrift 2015:4 står det att arbetsgivaren ska vidta åtgärder för att motverka att arbetsuppgifter och arbetssituationer som är starkt psykiskt påfrestande leder till ohälsa hos arbetstagarna. Detta betyder att arbetsgivaren också behöver veta vilka arbetsuppgifter som faktiskt är psykisk påfrestande och även ha resurser till extra stöd.

Arbetsmiljöverket har även en föreskrift angående ensamarbete (1982:3) där det står att vid ensamarbete som innebär fysisk isolering avses en situation där den som utför arbetet inte på arbetsplatsen kan få kontakt med andra människor utan att använda ett tekniskt kommunikationshjälpmedel. Med social isolering avses en situation där den som utför arbetet befinner sig bland andra människor, men där förhållandena är sådana att han inte kan räkna med deras hjälp i en kritisk situation. Detta är också ett arbetsvillkor för personalen i hemtjänsten och kan innebära en extra utsatthet.

Både under den nu pågående pandemin, men även tidigare via Arbetsmiljöverkets inspektionsrapport (2020), har brister i äldrevården uppdagats. Samtidigt som brister blivit tydliga vill SKR att de anställda inom äldreomsorgen ska arbeta kvar minst ett par år efter pensionsåldern för att minska de stora rekryteringsbehov som finns många år framåt. Våra resultat och våra åtgärdsförslag förväntas kunna bidra till de omfattande åtgärder som behöver genomföras för att fler äldre ska kunna arbeta kvar. Vår förhoppning är att denna rapport kan bidra till att kommunerna ser ett behov av att följa upp de förutsättningar respektive hemtjänstenhet inom kommunen har för att kunna leverera god omsorgskvalitet och för enhetscheferna att kunna erbjuda goda arbetsförhållanden. Det är i mötet mellan personalen och brukaren som omsorgskvaliteten uppstår.

7 Åtgärdsförslag

Resultaten visar på områden i hemtjänstpersonalens arbetsmiljö som är i behov av förbättring. Här presenteras åtgärdsförslag och vilka arbetsmiljöaspekter respektive förslag kan förväntas påverka. Förslagen baseras, förutom på resultaten i detta projekt, också på tidigare forskning och utredningar (Målvqvist et al, 2014; Szebehely et al, 2017; Ljung & Ivarsson-Westerberg, 2017; Arbetsmiljöverket, 2013; 2019; 2020).

Åtgärdsförslag 1: Ersättningssystemet behöver möjliggöra tillräcklig bemanning i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras

Sextiofyra procent rapporterade att de sällan eller aldrig hann arbetsuppgifterna inom kringtiden utan att känna stress. Trettiosex procent ansåg att det sällan eller aldrig vanligen fanns tillräckligt med tid för att hinna ge den hjälp som beviljats brukaren, se Figur 7. Det är en hög andel i jämförelse med andra yrkesgrupper, gällande "att sällan eller aldrig ha tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter".

Att inte hinna med var vanligt i Lämna-gruppen, medan tvärtom att hinna med var 3,4 ggr vanligare i Stanna-gruppen. Otillräcklig tid för arbetsuppgifter inom kringtiden påverkade sömnen på grund av tankar på arbetet. I gruppen "lämna" var sambandet mellan att inte kunna bestämma arbetstakten och sömnsvårigheter på grund av tankar tydligare än i "stanna"-gruppen.

De som vid basenkäten inte hann arbetsuppgifterna inom kringtiden, hade signifikant mer sjukskrivning vid uppföljningen, jämfört med de som svarat att de hinner. Det var ett kraftigt och signifikant samband vid uppföljningen med "att arbetet hade försämrat hälsan"

Ersättningssystemets utformning, där kringtiden ingår i ersättningen för den tid som personalen befinner sig hemma hos brukare gör att utföraren ofta vill minimera den tiden och maximera tiden hemma hos brukarna. Detta får konsekvenser för personalen i form av stress. Tidsstyrning på minutbasis innebär att personalen ofta inte kan bestämma arbetstakten själva. Om tidsstyrningen inte stämmer med brukarnas behov måste personalen ändå gå efter tidsstyrningen.

Användandet av utförd tid innebär att kundvärdet endast genereras när personal befinner sig hemma hos brukare. Vi föreslår att definitionen av kundvärdet/kärnverksamheten breddas. Ersättningssystemet och/eller timpriset behöver med andra ord möjliggöra tillräcklig bemanning i förhållande till det som ska utföras, ersättningen borde innefatta även förflyttning mellan brukare och kringuppgifter.

Många aktiviteter som krävs för en effektiv och välfungerande verksamhet inom en hemtjänstenhet är idag osynliggjorda, vilket även blivit tydligt vid Arbetsmiljöverkets inspektionsinsats gällande hemtjänsten (Arbetsmiljöverket, 2019). Genom att bredda begreppet kundvärde tror vi att fler arbetsuppgifter kan bli synliggjorda. Arbetsuppgifterna inom kringtiden som utförs av personalen har också ett värde för kunden, till exempel apoteksbesök och kontakter med anhöriga.

Åtgärdsförslag 2: Extra ersättning vid hög omsorgstyngd

Fyrtiotre respektive 47 procent rapporterade hög fysisk respektive hög psykisk omsorgstyngd.

Det var ett signifikant samband mellan hög fysisk omsorgstyngd och besvär i nacke och i ländrygg. Hög fysisk omsorgstyngd visade också ett signifikant longitudinellt samband med antal smärtlokalisationer. Hög fysisk omsorgstyngd var också vanligare i Lämna-gruppen än i Stanna-gruppen.

Brukare med högre grad av omsorgstyngd kan förutom att det är en större risk för oförutsedda händelser (inklusive icke-finansierade insatser) och fler arbetsuppgifter inom kringtiden också innebära

samordningskrav med andra insatser såsom hemsjukvården och vårdcentralen, liksom större krav på organisationen att schemalägga dubbelbemanningar, vilket ökar förflyttningstiden. Det behöver inte vara omsorgstyngden i sig som kräver högre ersättning utan vad en hög omsorgstyngd för med sig. Även ökat behov av handledning och fortbildning för de i personalstyrkan som besöker dessa brukare borde bli aktuellt och ställer krav på mer resurser.

Vårt förslag till definition av hög grad av omsorgstyngd är:

- i) brukare med minst fyra besök per dag och med behov av både service och personlig omvårdnad och
- ii) brukare med särskilda behov till exempel demens eller annan psykisk ohälsa.

Förslaget gällande hög omsorgstyngd har haft konsensus hos de tre fokusgruppträffarna inom detta projekt med deltagare från arbetsgivare, arbetsgivarorganisationer och fackförening samt hos åtta enhetschefer i ett tidigare projekt (Målvist et al, 2014).

Åtgärdsförslag 3: Rätt att ansöka om extra ersättning om man har stort geografiskt område (även om området ej är landsbygd)

Sextioen procent rapporterade att de sällan eller aldrig hann förflytta sig mellan brukarna utan att känna stress, det ingick i indexet Tidsbrist som var signifikant vanligare i Lämna-gruppen än i Stanna-gruppen. I intervjuerna förklarades att förflyttningstiderna ofta är för korta. Det finns inga marginaler för oväntade händelser. Enligt intervjupersonerna hinns inte allt med, de måste själva prioritera mellan de förutbestämda arbetsuppgifterna. Tidsbristen ansågs påfrestande både för personalen och för brukarna. Intervjupersonerna kunde uppleva en känsla av otillräcklighet, när brukarna var missnöjda.

Vid fokusgruppsintervjuerna med enhetscheferna gavs exempel på enheter som hade behov av fler bilar men eftersom det inte var landsbygd inom området gavs ingen extra ersättning, och därför fanns inget utrymme för detta i budgeten trots att förflyttningstiderna hade kunnat minskas.

Ett sätt att minska stress vid förflyttning och hög arbetstakt är att ge extra ersättning till bilar vid stora geografiska upptagningsområden men också ge möjlighet att öka effektiviteten i arbetet.

För en utförare med ett stort upptagningsområde blir den andel av personalens arbetstid som går till förflyttningstid (transporttid mellan brukare) större än den tid av arbetsdagen som personalen utför värdeskapande insatser för brukare. Då endast "tid innanför dörren" ger ersättning, blir möjligheten till inkomst mindre för utförare med ett stort geografiskt område, jämfört med om transporttiderna kan hållas korta. Vi har också sett att stora geografiska områden per automatik innebär högre andel förflyttningstid, särskilt med otillräckligt antal fortskaffningsmedel.

Ett alternativ för kommunerna är att ge resurser till de kommunala utförare som verkar i stora geografiska upptagningsområden, det vill säga inte kan bestämma storleken själva, så att de kan ha flera mindre arbetscentraler, vilket kan vara svårt att ha råd med i dagsläget (privata utförare har möjlighet att välja storleken på sina områden). Detta skulle troligen även kunna förbättra möjligheten till bättre personalkontinuitet för brukarna då detta skulle kunna prioriteras framför korta transportsträckor för det anställda mellan besöken hos brukarna.

Åtgärdsförslag 4: Ersätt besök som avbokas akut och avbokade besök vid akut sjukhusvistelse för brukarna

Vid fokusgruppsintervjuerna med enhetscheferna gavs fler exempel på hur utformningen av ersättningsystemet slog hårdare mot de enheter som hade många brukare med hög omsorgstyngd. Det ges ingen ersättning om brukare tackar nej vid dörren, vilket var vanligare bland brukare med demens. Likaså ges ingen ersättning vid avbokade besök pga akut sjukhusvistelse, vilket också var vanligare bland sjuka brukare.

Ett bombesök innebär ett besök som avbokas i dörren. Personal uppmanas ringa till kontoret för att om möjligt snabbt hinna lägga in ett annat intäktsbringande uppdrag. Det är ett stressmoment för personalen samtidigt som det är ett ekonomiskt avbräck som arbetsgivarna inte rår på. Underskott i budgeten riskeras och försämrar i sin tur möjligheten att upprätthålla tillräcklig bemanning och även möjligheten att kunna erbjuda fler tillsvidareanställningar.

Enhetscheferna var helt eniga om det är orimligt att bombesök inte ersätts. Att behöva omplanera till inkomstbringande besök innebär även att de administrativa kostnaderna ökar.

Åtgärdsförslag 5: Skapa förutsättningar för ett mångsidigt och förebyggande arbete gällande personalens fysiska arbetsmiljö.

Ryggens framåtböjning var hög och ligger i toppen jämfört med ett antal tidigare uppmätta yrkesgrupper. Den uppmätta ryggbelastningen var av en sådan magnitud att den kan öka risken för besvär i rygg eller ländrygg. Även armbelastningen var relativt hög i vår undersökning.

De som i basenkäten klassats ha hög fysisk omsorgstyngd hade 4.3 gånger större risk att uppleva 3-4 smärtlokaliseringar, istället för 0-2 smärtlokaliseringar, i uppföljningsenkäten jämfört med de som klassats ha låg fysisk omsorgstyngd.

*De som vid basenkäten haft högst fysisk ansträngning hade 5,9 gånger större risk att **inte** tro sig kunna arbeta kvar om fem år vid uppföljningsenkäten jämfört med de med låg fysisk ansträngning.*

Många arbetsmoment inom hemtjänsten innebär ogynnsamma arbetsställningar, där personalen arbetar med framåtlutad eller vriden rygg, vid allt från personförflyttningar (inte sällan i trånga utrymmen) till att sätta på stödstrumpor och städa. Samtidigt som arbetet kan vara fysiskt tungt tillkommer ofta en tidspress, som är ytterligare en riskfaktor.

Arbetsmiljöverkets kunskapssammanställning (Wåhlin, Stigmar, Nilsing Strid, 2019) om säkra personförflyttningar visar att enstaka utbildningstillfällen inte har någon egentlig effekt. För att nå en minskad risk för belastningsskador måste flera åtgärder vidtas, där vikten av att arbeta aktivt och förebyggande med ergonomi måste vara en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet (Arbetsmiljöverket, 2001). Personalen måste ha tillräcklig kunskap inte bara om hur sjukdomstillstånd kan påverka den fysiska förmågan hos brukare, men också om hjälpmedel och inte minst om riskbedömningar för att kunna planera en säker förflyttning. Eftersom hemtjänsten till största del är ett ensamarbete där det är svårt att nå kollegor är det extra viktigt.

Arbetsgivaren är ansvarig för arbetsmiljöarbetet och i det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår att regelbundet göra riskbedömningar av olika arbetsmoment för att utifrån dessa utföra nödvändiga arbetsmiljöåtgärder. Vid planering av åtgärder behöver arbetsgivaren ha ett helhetsperspektiv som inkluderar medarbetarna, tekniken och organisationen.

För personalens arbetsmiljö inte ska åsidosättas på grund av centrala förutsättningar kan en mer övergripande lösning vara att kommunen centralt tillhandahåller resurser i form av till exempel arbetsterapeuter och ergonomer. Dessa skulle kunna göra riskbedömningar och föreslå åtgärder vilket också skulle minska risken för att brukare väljer en annan utförare om det ställs krav på förändringar i hemmet, som till exempel en höj- och sänkbar säng, vilket skulle drabba personalen hos den utföraren.

Nedan presenteras några förslag, utifrån Arbetsmiljöverkets kunskapssammanställning (Wåhlin et al, 2019) för att förbättra de fysiska förutsättningarna för personalen.

- Säkra tillgång till, och ge rätt utbildning i användande av nödvändig arbetsutrustning.
- Utbilda medarbetare till tränare i förflyttningskunskap (peer coaching).
- Tillhandahåll tid och/eller utrymme för friskvård, då fysisk träning har en förebyggande effekt mot- och positiv effekt på besvär.
- Använd participativ ergonomi, där både medarbetare och chefer ska vara delaktiga.

- Tydliggör för personalen att detta är viktiga frågor och att de ska vara levande i det dagliga arbetet.

Åtgärdsförslag 6: Verka för ett ökat organisatoriskt- och psykosocialt stöd för personalen

Bristande chefsstöd rapporterades av en större andel i gruppen "lämna" jämfört med gruppen "stanna".

Det var dubbelt så vanligt bland dem som hade möjlighet att varva ner under lunchen att tro sig arbeta kvar inom hemtjänsten.

Intervjuerna om psykisk belastning visade att känslan av att vara utelämnad och att ensam behöva fatta viktiga beslut var ofta kopplad till bristande stöd från arbetsledningen.

Enhetschefer har bristande handlingsutrymme eftersom en så stor del av förutsättningarna för hemtjänsten beslutas av den kommunala styrningen. Detta kan leda till att enhetschefer med enheter med många brukare med hög omsorgstyngd, stort geografiskt område och otillräckligt timpris, har små möjligheter att skapa goda organisatoriska- och psykosociala arbetsförhållanden för sin personal.

Nedan listas förslag att arbeta på beroende på respektive lokala förutsättningar, för att öka det organisatoriska- och psykosociala stödet för personalen.

- Undersök i vilken utsträckning personalen känner stöd. Även om det varken finns ekonomiska eller tidsmässiga resurser för till exempel möten kring brukare, teamutveckling mm, så kan enhetschefen tydliggöra vad som ligger inom de egna befogenheterna och inte, samt vara tydlig med att se och uppmuntra personalens goda arbete.
- Undersök hur de anställda upplever arbetsbelastningen vad gäller den fysiska och psykiska omsorgstyngden respektive ansträngningen och sträva efter att försöka fördela arbetsbelastningen bland personalen. Se förslag på två frågor att använda, under rubrik 6.6 i denna rapport.
- Lunchen ska vara ett avbrott och ge tid för återhämtning, men också bryta arbetet och ge variation. Att kunna varva ner under lunchen är både ett tecken på egenkontroll och på en lagom arbetsmängd.
- Vid budgetunderskott, motivera med för lite möjlighet till intäktsgenererande arbetstid på grund av de givna förutsättningarna (stort geografiskt upptagningsområde, många kringarbetsuppgifter, många bombesök), om så är fallet.
- Skapa ett nätverk för enhetschefer som finns inom samma organisation för att driva gemensamma frågor uppåt i organisationen.

Åtgärdsförslag 7: Säkra att biståndsbedömning och verklighet överensstämmer

De intervjuade enhetscheferna tog upp att verklighet och biståndsbedömda beslut alltför ofta inte stämde överens. De såg detta som ett stort problem och menade att biståndsbedömarna ofta inte såg brukarnas reella behov då de endast träffade denne en gång.

Insatser hos brukaren har en biståndsbedömd tid som ofta utgår från förutbestämda tidsschabloner, men kan ökas eller minskas utifrån hur biståndshandläggaren bedömer brukarens behov.

De intervjuade enhetscheferna menade också, att tillsammans med prestationsbaserad ersättning och beställar-/utförarmodell (BUM), är det vanligt att brukarnas reella behov och biståndsbedömningen inte stämmer överens då den strukturen inte uppmuntrar dialog mellan beställare och utförare. Detta bekräftas i tidigare studier (Målqvist et al, 2014; Ljung & Ivarsson-Westerberg, 2017). Vid anslagsfinansiering finns inte en lika skarp uppdelning mellan beställning och utförande eftersom man enbart har en utförare i egen kommunal regi. Många utförare i en kommun kan även försvåra

möjligheten till dialog på grund av hög arbetsbelastning för biståndshandläggarna, enligt enhetscheferna.

Antalet kommuner med någon form av "Trygg hemgång" har ökat de senaste åren. Med "Trygg hemgång" avses ett mellansteg mellan vistelse på sjukhus och återgång hem med omsorgsplanering och hemtjänst. Enligt en rapport från Äldrecentrum (Hjalmarson et al, 2019) grundas behovet på att individer har ett stort och föränderligt behov av mer omfattande vård och omsorgsinsatser den första tiden efter sjukhusutskrivning. En rapport från SKL beskriver att en specialiserad verksamhet som hanterar utskrivning och hemgång kan avsevärt korta ledtider och möjliggöra en smidigare utskrivningsprocess (SKL, 2017).

Ett sätt att spara tid för både biståndsbedömare och enhetschefer samt förbättra förenligheten mellan brukarnas behov och biståndsbedömningen kan vara att de inlogningar som görs i samband med besök hos brukarna följs upp varje månad via de digitala systemen och att utföraren kontaktas vid större avvikelser, istället för att enhetscheferna ska kontakta biståndsbedömarna och försöka argumentera för varför de ska få betalt för vissa insatser.

Ersättning vid dubbelbemanning måste också säkras. Idag ersätts 5 minuter extra vid dubbelbemanning. På den tiden (fem minuter) ska en personal komma till brukaren, ta av sig ytterkläder, hälsa, utföra dubbelinsatsen och därefter ta på sig ytterkläderna igen och förflytta sig till platsen för nästa insats. Detta var enhetscheferna helt eniga om att det inte är rimligt, tiden som ersätts vid dubbelbemanning måste öka.

Åtgärdsförslag 8: Omfördela resurser – begränsa antalet utförare

Omkring hälften av alla svarande rapporterade höga krav, tidsbrist (se ovan), låg egenkontroll, bristande stöd och otillräcklig återhämtning – faktorer som kan påverka hälsan negativt.

Detta signalerar en obalans mellan de krav som ställs och de resurser som tillhandahålls. Ett sätt att öka resurserna på utförarnivå är att begränsa antalet utförare i kommunen. Att istället öka resurserna för utförarna, och därigenom även för personalen, kan genom ökad bemanning och bättre stöd till exempel i form av fortbildning, handledning och support förebygga sjukskrivningar och hög personalomsättning.

I Stockholms stad har man idag till exempel omkring 100 hemtjänstutförare, vilket innebär höga administrationskostnader, hög arbetsbelastning för biståndshandläggarna, omfattande uppföljningar av omsorgskvaliteten om så sker hos alla utförare och rimligen mycket förflyttningstid pga. utspridda brukare. Tanken är att brukarna ska kunna välja mellan utförare, men frågan är om ett stort antal utförare inte istället försvårar valet för gamla och sjuka och kan medföra för brukarna svåröverskådliga negativa konsekvenser som t ex långa transportsträckor och stressad personal.

8 Kunskapspridning

Genomförda insatser för att resultaten ska komma till praktisk användning

Projektet och generella resultat samt enhetsspecifika resultat har presenterats på de 19 medverkande enheterna.

Projektresultat har presenterats och åtgärdsförslag har diskuterats i fokusgruppsmöten med enhetschefer, samt med branschen och Arbetsmiljöverket.

Projektet och resultat har presenterats vid flera internationella konferenser, se nedan.

Publikationer, presentationer och annan spridning inom projektets ram

Article manuscript

Occupational safety and health factors associated with sleep problems among home care personnel. 2020. Lindholm M, Målvist I, Alderling M, Hillert L, Lind C, Reiman A, Forsman M. Submitted for publication.

Rapporter, Centrum för Arbets- och miljömedicin, Region Stockholm

Målvist I, Bergman Rentzhog A. 2020. Viktiga faktorer för att stanna eller lämna sitt arbete inom hemtjänsten. Manus.

Målvist I, Bergman Rentzhog A. 2020. Åtgärder för att behålla och rekrytera personal – i hemtjänsten. Manus.

International Conference Abstracts

Hillert L, Alderling M, Lind C, et al. Do we need repeated measurements for reliable classification of case status regarding musculoskeletal pain? Occupational and Environmental Medicine. 2019;76(Suppl 1):A35-A36. doi: 10.1136/OEM-2019-EPI.96

Yang L, Målvist I, Alderling M, Lind C, Bergman Rentzhog A, Forsman M. 2019. Psychosocial health risk factors and perceived work ability in the home care sector. International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care. March 24–27. Chicago

Lindholm M, Målvist I, Alderling M, Hillert L, Reiman A, Forsman M: 2019. Occupational safety and health challenges of home care personnel. 2019. Proceedings of the Vision Zero Summit 2019 12–14 November 2019 Helsinki, Finland. pp. 159-162

Lundin A, Målvist I, Forsman M. Client-related Burnout measured with the Copenhagen Burnout Inventory and self-reported exhaustion. Construct and criterion validity among Swedish Home-Care Personnel. Proceedings of the Fifth International Conference on Wellbeing at Work. PEROSH, Paris, May 22-24. 2019. p. 46.

Forsman M, Alderling M, Målvist I, Hillert L, Bergman Rentzhog A, Lind C. 2019. Leadership quality and self-assessed work ability in the home-care sector. Proceedings of the Fifth International Conference on Wellbeing at Work. PEROSH, May 22-24. 2019. p. 97.

Lindah Norberg A, Målvist I, Alderling M, Lundin A, Hillert L, Forsman M. 2019. Burnout and the burden of care among home-care personnel. Proceedings of the Fifth International Conference on Wellbeing at Work. PEROSH, Paris, May 22-24. 2019. p. 122.

Målvist I, Alderling M, Hillert L, Forsman M. 2019. Correlations between work demands-control-support and home-care workers' self-ratings of not being able to work until retirement. Proceedings of the Fifth International Conference on Wellbeing at Work. PEROSH, Paris, May 22-24. 2019. p. 177.

Lundin A, Målvist I, Forsman M. 2019. Client-related Burnout measured with the Copenhagen Burnout Inventory and self-reported exhaustion. Construct and criterion validity among Swedish Home-Care Personnel. Proceedings of the Fifth International Conference on Wellbeing at Work. PEROSH, Paris, May 22-24. 2019. p. 46

Master Thesis

Al Qais D. 2018. Physical Exposure Assessments and Association with Health among Home Care Workers. Master degree thesis in medical engineering, 30 credits, KTH, Stockholm

9 Referenser

- Almqvist, R. (2006). *New Public Management - om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Arbetsmiljöverket. (1982). *Ensamarbete*. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling 1982:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2001). *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling 2001:1.
- Arbetsmiljöverket. (2015). *Social och organisatorisk arbetsmiljö*. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling 2015:4. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2016). *Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar*. Kunskapssammanställning 2016:8. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2018a). *Arbetsmiljön 2017*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:2.
- Arbetsmiljöverket. (2018b). *Arbetsorsakade besvär 2018*. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:3.
- Arbetsmiljöverket. (2020). *Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtida äldreomsorg*. Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arvidsson, I., Dahlqvist, C., Enquist, H., & Nordander, C. (2017). *Åtgärdsnivåer mot belastningsskada*. Arbets- och miljömedicin Syd.
- Arvidsson, I., Greemark Simonsen, J., Dahlqvist, C., Axmon, A., Karlson, B., Björk, J., & Nordander, C. (2016). Cross-sectional associations between occupational factors and musculoskeletal pain in women teachers, nurses and sonographers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17:35 DOI: 10.1186/s12891-016-0883-4.
- Arvidsson, I., Greemark Simonsen, J., Granqvist, L., Enquist, H., Andersson, J., & Renglin, J. (2017). *Arbetsmiljö och hälsa hos personal inom hemvård och särskilt boende - Exempel från två kommuner*. Arbets- och miljömedicin Syd.
- Bartelink, V., Lager, A. (2019). *Folkhälsorapport 2019*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm.
- Bonjer, F.H. (1971). Energy expenditure. In Parmeggiani L. ed. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labour Organisation, 187-197.
- Dahlqvist C, Barkstedt V, Enquist H, Fan X, Rhén I-M, Löfqvist L, Nordander C, Forsman M. 2017. Är jobbet för tungt? Företag och anställda bör nu klara av mätningen själva – test av ny precis och kostnadseffektiv kartläggning – i städbranschen. AFA slutrapport dnr. 150181. Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Stockholm
- Finansdepartementet. (2018). *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik (SOU 2018:38)*. Stockholm: Norstedts Juridik offentliga publikationer.
- Finansdepartementet. (2019). *Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten (SOU 2019:43)*. Stockholm: Norstedts Juridik offentliga publikationer.
- Fogelholm, M. (2010). Physical activity, fitness and fatness: Relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review. *Obesity Reviews*, 11(3), 202-21. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00653.x

Forsman M., Dahlqvist C., Yang L., Wahlström J., Hansson G.-Å. 2015. Ny förenklad metod för heldagsmätningar av arbetsställningar och rörelser för huvud, nacke, rygg och överarmar - validitet och användbarhet. Karolinska Institutet. Slutrapport AFA-projekt Dnr. 120237

Försäkringskassan. (2018). Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivning längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken. Rapport 2018:2. Stockholm: Försäkringskassan.

Glise, K., Hadzibajramovic, E., Jonsdottir, I.H., Ahlberg, G. (2010). Self-reported Exhaustion: A Possible Indicator of Reduced Work Ability and Increased Risk of Sickness Absence Among Human Service Workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(5), 511-20. Appendix doi: 10.1007/s00420-009-0490-x.

Haglund, A. (2018, 25 juni). Fler än 100 000 nya undersköterskor behövs. *Affärsliv*. Hämtad från <https://www.affarsliv.com/nyheter/fler-an-100000-nya-underskoterskor-behovs-om5349764.aspx>

Hjalmarson, I. (2014). *Vem ska bestämma i hemtjänsten?* Rapport 2014:2. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Hjalmarson, I., Meinow, B., Norman, E., Johansson, L. (2019). *Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande - om insatser från äldreomsorgen efter sjukhusvistelse*. Rapport 2019:1. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Hjalmarson, I., Norman, E., & Trydegård, G-B. (2004). *Om man ska vara stöttepelare åt andra behöver man stå stadigt själv*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160. Översatt version hämtad från: http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2013/08/Work_Ability_Index_Formular_1_1.pdf.

Jansen, J. P., Morgenstern, H., & Burdorf, A. (2004). Dose-response relations between occupational exposures to physical and psychosocial factors and the risk of low back pain. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(12), 972–979. doi:http://dx.doi.org/10.1136/oem.2003.012245.

Jorgensen, K. (1985). Permissible loads based on energy expenditure measurements. *Ergonomics*, 28(1), 365–369. doi: 10.1080/00140138508963145.

Krause, N., Brand, R. J., Arah, O. A., Kauhanen, J. (2014). Occupational physical activity and 20-year incidence of acute myocardial infarction: results from the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(c), 124–139. doi: 10.5271/sjweh.3476.

Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 438-449.

Kuiper, J. I., Burdorf, A., Frings-Dresen, M. H. W., Kuijer, P. P. F. M., Spreeuwers, D., Lötters, F. J. B., & Miedema, H. S. (2005). Assessing the work-relatedness of nonspecific low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(3), 237–243.

Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., et al. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-7.

Liljegren, M. (2008). *Health at Work : The Relationship between Organizational Justice, Behavioral Responses, and Health* (PhD dissertation). Institutionen för medicin och hälsa. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-11663>.

Lind, C. M., Forsman, M., & Rose, L. M. (2020). Development and evaluation of RAMP II - a practitioner's tool for assessing musculoskeletal disorder risk factors in industrial manual handling. *Ergonomics*, 63(4), 477-504. doi:10.1080/00140139.2019.1710576.

- Ljung, M., & Ivarsson-Westerberg, A. (2017). *När målstyrning blev detaljstyrning – arbetsvillkor och administrativa rutiner i hemtjänsten*. Stockholm: Södertörns högskola, Förvaltningsakademien.
- Lundin, A., Leijon, O., Vaez, M., Hallgren, M., Torgén, M. (2017). Predictive validity of the Work Ability Index and its individual items in the general population. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 45(4):350-356.
- Målvqvist, I., Andersson, M., Hejninger, T., Johansson, U., Bjurström, E., & Åborg, C. (2014). *Att skapa förutsättningar för en hållbar hemtjänst*. AFA-rapport dnr 100089. Uppsala: Uppsala universitet.
- Risberg, A., Risberg, C., & Sternberg, I-M. (2016). *Stress, prestation och återhämtning*. Örnsköldsvik: Kunskap till hälsa.
- Rose, L. M., Eklund, J., Nord Nilsson, L., Barman, L., & Lind, C. M. (2020). The RAMP package for MSD risk management in manual handling – A freely accessible tool, with website and training courses. *Applied Ergonomics*, 86, 103101. doi:10.1016/j.apergo.2020.103101.
- Sandmark, H. (2011). *Perspektiv på kvinnors hälsa på arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2012). Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar. Nacken och övre rörelseapparaten. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 21
- SBU. (2014a). Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. (SBU-rapport nr 223). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU. (2014b). Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 227.
- Shimaoka, M., Hiruta, S., Ono, Y., Nonaka, H., Wigaeus Hjelm, E., & Hagberg, M. (1997). A comparative study of physical work load in Japanese and Swedish nursery school teachers. *European Journal of Applied Physiology*, 77(1–2), 10–18. doi: 10.1007/s004210050293.
- Smolander, J., & Louhevaara, V. (2011). Muscular Work. Hämtad från: Encyclopedia of Occupational Health and Safety. <http://www.iloencyclopaedia.org/component/k2/item/487-muscular-work>.
- Socialdepartementet. (2008). *LOV att välja – Lag Om valfrihetssystem* (SOU 2008:15). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska Centralbyrån, SCB. (2020). Yrken i Sverige. Hämtad 200528 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/yrken-i-sverige/>
- Sykes, K., Roberts, A. (2004). The Chester step test- a simple yet effective tool for the prediction of aerobic capacity. *Physiotherapy*, 90(200), 183-187.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2014). *Välfärdstjänsternas utveckling 1980-2012*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2015). *Program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. (2017). Trygg hemgång för effektivare och säkrare och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Szebehely, M., Stranz, A., & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Wahlström, J., Mathiassen, S. E., Liv, P., Hedlund, P., Ahlgren, C., & Forsman, M. (2010). Upper arm postures and movements in female hairdressers across four full working days. *The Annals of occupational hygiene*, 54(5), 584-594.

Westerlund, A., Brandt, L., Harlid, R., Åkerstedt, T., & Lagerros, Y. (2013). Using the Karolinska Sleep Questionnaire to identify obstructive sleep apnea syndrome in a sleep clinic population. *The Clinical Respiratory Journal*, 8(4). Appendix DOI:10.1111/crj.12095.

Wondemneh Y. (2018). Personal som stannar – en rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen. Stockholm: Kommunal.

Wu, H-C., Wang, M-J. J. (2002). Relationship between maximum acceptable work time and physical workload. *Ergonomics*, 45(4), 280–289. doi: 10.1080/00140130210123499.

Wåhlin, C., Stigmar, K., Nilsing Strid, E. (2019). *Säkrare personförflyttningar. Åtgärder i arbetsmiljön för medarbetare inom hälso- och sjukvård samt omsorg*. Kunskapssammanställning 2019:6. Stockholm: Arbetsmiljöverket.