

SESSION 4.E

Sjuk och/eller frisk

21 maj

11.15 - 12.00

SAL: 307

Ordf. fil.dr Mikael Ottosson

Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa

i kommunal vård och omsorg

INGEMAR ÅKERLIND, CECILIA LJUNGBLAD OCH FREDRIK GRANSTRÖM

AKADEMIN FÖR HÄLSA, VÅRD OCH VÄLFÄRD, MÄLARDALENS HÖGSKOLA

KONTAKTPERSON: PROFESSOR INGEMAR ÅKERLIND, TFN 021-10 73 47, INGEMAR.AKERLIND@MDH.SE

Bakgrund

Sverige har en lång tradition när det gäller arbetsmiljöarbete. Genom tillämpad forskning och lokalt arbetsmiljöarbete har riskerna för fysiska skador på grund av olycksfall och kemisk exponering reducerats och belastningsskadorna minskats. Trots dessa framsteg har den arbetsrelaterade ohälsan, som bl.a. visar sig i sjukfrånvaro, inte minskat utan snarare tilltagit under flera perioder under de senaste decennierna. De insatser som gjorts tycks inte ha varit tillräckliga för att åstadkomma en hållbar utveckling av hälsan i arbetslivet. Man har därför på många håll börjat komplettera det traditionella arbetsmiljöarbetet med hälsofrämjande interventioner riktade till såväl individer, grupper som hela organisationen (Källestål, Bjurvald, Menckel *et al.*, 2004; Åkerlind, Schunder & Frick, 2007). Det behövs dock mer kunskap om vilken betydelse sådana mer omfattande strategier har för de anställdas hälsa och sjukfrånvaro.

Forskningen om hälsa och sjukfrånvaro i arbetslivet handlar till stor del om att kartlägga och analysera skillnader med sikte på att upptäcka åtgärdbara orsaker. Oftast studeras skillnader mellan sociala grupper (yrke, utbildning, social klass, kön, etnicitet, ålder m.m.) samt förändringar över tid. Men det kan också finnas en påfallande variation inom olika grupperingar (t.ex. branscher, företag, kommuner, regioner) som inte tycks kunna förklaras av kända riskfaktorer (Szücs, Hemström & Marklund, 2003). Bakgrunden till projektet är de påfallande och relativt stabila skillnaderna i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner (Riksförsäkringsverket, 2003). Skillnaderna i befolkningen kan delvis förklaras av den stora variationen i näringsstruktur, socioekonomi och demografi. Ännu större kommunala skillnader har påvisats när det gäller långtidsfrånvaron hos den egna personalen (Hemström, 2001). Dessa skillnader är mer svårförklarade eftersom det gäller en mer homogen grupp

med likartade uppdrag och arbetsuppgifter över hela landet. Kommunerna har dock stor frihet i hur de vill organisera sin verksamhet och sin personalpolitik. Därför är det särskilt intressant att undersöka om sådana skillnader kan kopplas till skillnader i hälsa och sjukfrånvaro. Studien motiveras också av att kommunerna generellt har ett sämre hälsoläge och högre sjukfrånvaro än andra arbetsgivare. Det har genomförts ett stort antal förebyggande och hälsofrämjande projekt och interventioner i olika kommuner, men kunskapen om effekter och ”best practice” fortfarande är begränsad. Vi är särskilt intresserade av vilken betydelse arbetsgivarens insatser i fråga om ledarskap och organisation har i jämförelse med regionala sociodemografiska och kulturella skillnader som arbetsgivaren inte kan påverka. Enligt Dellve, Karlberg och Allebeck *et al.* (2006) kan yttre socioekonomiska skillnader beträffande arbetsmarknad och attityder till sjukfrånvaro endast förklara en mindre del av den stora variationen i sjukfrånvaro mellan anställda i olika kommuner. De menar att mycket tyder på att interna faktorer som ledarskap, verksamhetsstyrning och organisation har minst lika stor betydelse. Sådana åtgärder kan innebära såväl **individorienterade insatser** (möjliggöra deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och friskvård) som att **organisera arbetet** och styra verksamheten på ett mer hälsofrämjande sätt (Chu, Breucker, Harris *et al.*, 2000; Shain & Kramer, 2004).

Syftet med detta projekt är att studera variationen i hälsa och sjukfrånvaro mellan olika arbetsplatser i relation till skillnader i arbetsorganisation, ledarskap och verksamhetsstyrning för att klarlägga om arbetsgivare med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen. Här ingår t.ex. effekter av ett aktivt personalinriktat arbete med hälsofrämjande insatser i organisationen. Det behövs mer kunskap om hur mycket av hälsan som kan påverkas genom organisatoriska åtgärder och vilka åtgärder som är effektivast.

Metod

Ett slumpmässigt urval av 60 av Sveriges 290 kommuner genomfördes. Ett frågeformulär med fokus på ledarskap, organisationskultur och klimat, rollförväntningar, grupparbete, socialt stöd och interaktion, krav och kontroll, distributiv rättvisa, empowerment, hälsofrämjande åtgärder och självskattad hälsa skickades ut till ett representativt urval av 15 000 anställda inom kommunal vård och omsorg om äldre och funktionshindrade i de 60 kommunerna. Svarsandelen var 58,4 procent. En ny databas med aggregerade data från frågeformuläret samt registerdata om invånarantal, inkomstnivå samt sjukfrånvaro hos de anställda i de 60 kommunerna konstruerades.

Bivariata korrelationer mellan de oberoende variablerna och de två beroende variablerna hälsa och sjukfrånvaro beräknades. Ett urval av variabler testades sedan som prediktorer av kommunernas hälso- och sjukfrånvaronivå i en strukturell ekvationsmodell (SEM) för att belysa såväl direkta effekter som indirekta effekter via medierande variabler. Valet av oberoende variabler baserades på signifikanta bivariata korrelationer, resultat från tidigare forskning samt egna hypoteser.

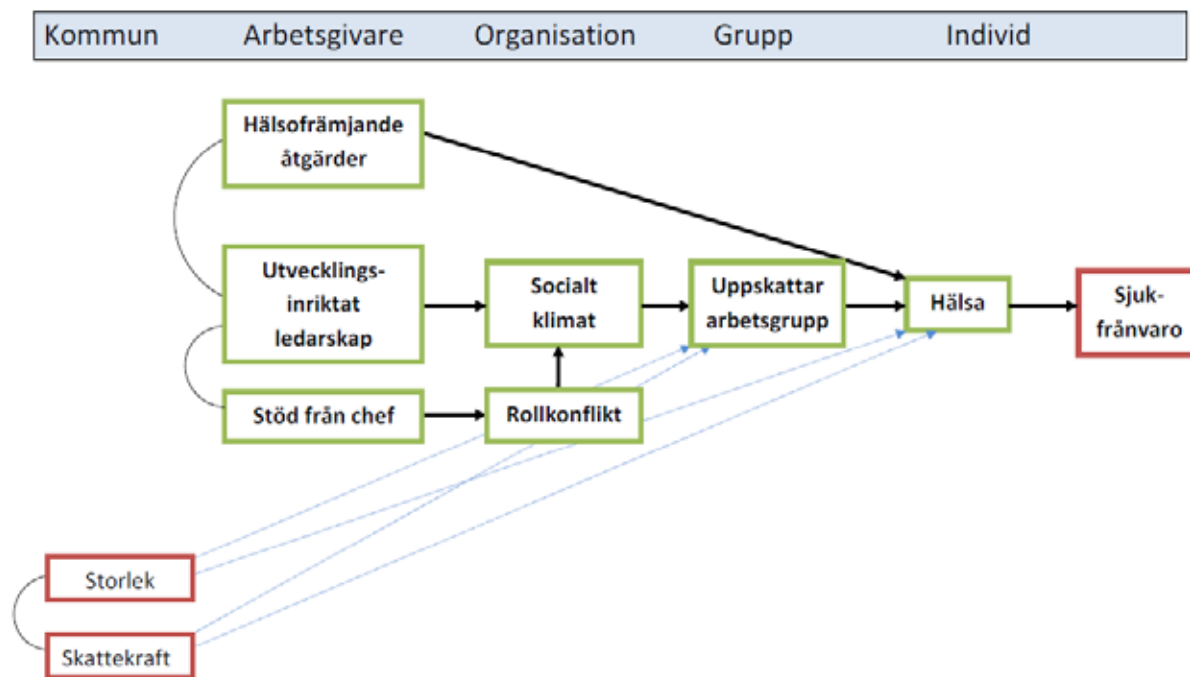
Resultat

Den slutliga modellen (se figur) visar att den självskattade hälsan och sjukfrånvaron i de olika kommunerna påverkas dels **direkt** av hur mycket man satsat på konkreta hälsofrämjande åtgärder som riktar sig till individer och grupper och dels **indirekt** av ledarskapet och organisationsklimatet i kommunen.

Exempel på hälsofrämjande åtgärder är individuell hälsobedömning, medicinsk hälsokontroll, livsstilriktad rådgivning, friskvård, stödsamtal individuellt eller i grupp, arbetsmiljöutbildning och arbetsanpassning. Ingen enskild åtgärd framträder som viktigare än någon annan, utan det är bredden i utbudet och i vilken utsträckning det utnyttjas av de anställda som har betydelse.

Det indirekta sambandet mellan ledarskap och sjukfrånvaro medieras via faktorer på organisations- och grupp-nivå. Om medarbetarna tycker att de har ett utvecklingsinriktat ledarskap, där de får uppskattning för sina arbetsprestationer, uppmuntras att delta i viktiga beslut samt får hjälp att utveckla sina färdigheter, så upplever de också att de har ett positivare socialt klimat på arbetsenheten och att de trivs bättre i arbetsgruppen samt att de har en bättre hälsa, vilken i sin tur är kopplad till lägre sjukfrånvaro. Om de tycker att de vid behov får stöd

och hjälp av sin närmaste chef så upplever de mindre av de rollkonflikter som vård- och omsorgsarbetet ofta medför, som att inte ha tillräckliga resurser för att utföra arbetet så bra som man önskar och att uppleva oförenliga krav från olika personer (t.ex. brukare, anhöriga, arbetskamrater, arbetsgivare och media). Då upplever de också ett bättre socialt klimat, trivs bättre i arbetsgruppen, upplever bättre hälsa och har lägre sjukfrånvaro.



Not: Kommunstorlek (antal invånare) och skattekraft (inkomstnivå i kommunen) är med i modellen för att kontrollera att inte sådana faktorer påverkar resultatet.

Slutsatser

Resultaten visar att det finns tydliga samband mellan arbetsgivarfaktorer och medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro. Det finns alltså starka skäl för att tillämpa en medveten och aktiv hälsofrämjande strategi där man styr verksamheten så att man både har ett brett utbud av konkreta hälsofrämjande åtgärder och ett utvecklingsinriktat ledarskap. Resultaten är i linje med aktuella teorier om hälsofrämjande arbetsplatser, men dessa har tidigare inte har kunnat styrkas genom studier av skillnader mellan många olika arbetsgivare. Resultaten har stor relevans för arbetsgivarens verksamhetsstyrning och ledning i kommunal verksamhet. En viktig kommande forskningssuppgift blir att undersöka hur dessa slutsatser kan anammas av arbetsgivare med hög sjukfrånvaronivå och mindre grad av hälsofrämjande strategi i sin verksamhetsstyrning.

Referenser

- Chu C, Breucker G, Harris N *et al.* (2000). Health promoting workplaces - international settings development. *Health Promotion International* 15: 155-167.
- Dellve L, Karlberg C, Allebeck P *et al.* (2006) Macro-organisational factors, the incidence of work disability and work ability among the total work force of HCWs in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 34: 17-25.
- Hemström, Ö. (2001). *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*. Delstudie 1.1 i Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm: SOU.
- Källestål C, Bjurvald M, Menckel E *et al.* (Red.). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Rapport R 2004:32. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Socialdepartementet. (2002). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande av HpH-utredningen*. SOU 2002:5. Stockholm: Socialdepartementet.
- Riksförsäkringsverket. (2003). *Regionala skillnader i sjukskrivning - Hur ser de ut och vad beror de på?* Stockholm: Riksförsäkringsverket, Enheten för analys.
- Shain M & Kramer DM. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine* 61, 643-648.
- Szücs S, Hemström Ö & Marklund S. (2003). *Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Åkerlind I, Schunder S, Frick K. (2007) *Health and work organization*. In U Johanson, G Ahonen, R Roslender (Eds.), *Work Health and Management Control*. Stockholm: Thomson Fakta.