

**Psykosocialt mående hos undersköterskor i kommunal hemtjänst-
jämförelse mellan norsk och svensk personal.**

Författare: Niklas Anderberg

Handledare: Frida Eek

Projektarbete vid Företagsläkarutbildningen Arbets- och miljömedicin Uppsala Universitet

2012/2013

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning

Inledning

Syfte

Undersökt grupp och metod

Resultat

Diskussion

Referenser

SAMMANFATTNING

Syftet med detta arbete var att kartlägga upplevd arbetsbelastning och stress hos två grupper undersköterskor i hemsjukvården, varav den ena i Sverige och den andra i Norge, samt att kartlägga om någon skillnad förelåg mellan de undersökta grupperna.

Frågeställningar: Hur upplevs arbetsbelastningen och stress hos en grupp undersköterskor i kommunal hemtjänst i Sverige, där vi vet att stora organisatoriska förändringar genomförts samtidigt som kraven ökat sedan 90-talet, kontra hos en grupp undersköterskor i kommunal hemtjänst i Norge, där vi vet att man inte genomfört liknande besparingar inom kommunal hemtjänst.

Metod: 20 undersköterskor i kommunal hemtjänst i en mindre svensk kommun samt 20 undersköterskor i en mindre norsk kommun fick frågeformulär om psykosocial hälsa, QPS-Nordic Short samt SCI-93. Mätmetoder: Validerade formulären SCI-93 samt QPS-Nordic 34+. Tyvärr saknades godkänd norsk översättning på SCI-93, varför endast det svenska SCI-93 formuläret delades ut till den norska gruppen. Avsaknad på översättning till norska resulterade i att svarsfrekvensen på SCI-93 blev mycket låg, endast 3 formulär från den norska gruppen, vilket ledde till att kartläggningen av de norska undersköterskorna med SCI-93 respektive jämförelsen inte kunde utföras.

Studien är kvantitativ med deskriptiv presentation.

Resultat: I den svenska undersköterskegruppen upplevde 70% av undersköterskorna att arbetsmängden är så ojämnt fördelad att den hopar sig ganska ofta/mycket ofta jämfört med 45% i den norska undersköterskegruppen. I den svenska undersköterskegruppen upplevde 55% att de ganska ofta/mycket ofta har för mycket att göra jämfört med 10% i den norska undersköterskegruppen där 55% upplevde att de mycket sällan/ ganska sällan har för mycket att göra. Stressnivån mätt enligt SCI-93 visade att 80% av undersköterskorna i den svenska gruppen låg på en förhöjd stressnivå. Hela den svenska undersköterskegruppens genomsnittliga SCI-total poäng låg på 46.

Diskussion: I kartläggningen observerades att den svenska gruppen undersköterskor upplevde en större arbetsbelastning än undersköterskorna i den norska gruppen. Studien indikerade att nedskärningarna kan ha haft ett pris i form utav ökad upplevd arbetsbelastning, då 80% av de svenska undersköterskorna hade en förhöjd stressnivå. Tyvärr saknades resultat avseende detta på den norska undersköterskegruppen, vilket sannolikt berodde på att någon norsk översättning av SCI-93 inte fanns att tillgå vid studiens genomförande, varför svarsfrekvensen blev för låg för att kunna redovisas. I dagsläget saknas regelverk för hur låg bemanningen i hemtjänsten får vara i förhållande till arbetsbelastningen. Mot bakgrund av studiens resultat och forskning inom området borde det framstå som önskvärt att man fastställer en miniminivå för bemanning.

INLEDNING

Idag är stress ett mycket aktuellt ämne och få betvivlar att ett övermått av stress kan förorsaka kroppslig ohälsa och psykisk ohälsa. Stressreaktioner är ett skydd för oss och utan dem skulle vi människor inte överleva (1). Stress kan anses vara en obalans mellan miljöns krav och individens tillgångar (2). Såväl akut livshotande stress som långvarig men inte livshotande stress kan ge upphov till psykisk ohälsa. Typen av ohälsa beror på typen av stress: posttraumatiskt stressyndrom efter livshotande händelser, utmattningsdepression efter långvarig stress (3).

Europa har den högsta andelen äldre befolkning i världen, och Sverige är ett av länderna i världen med den högsta andelen av befolkningen äldre än 65 år, endast passerat av Italien som sedan år 2000 blev det demografiskt äldsta landet i världen (mer än 18% av befolkningen är 65 år eller äldre) (4). En ökad andel äldre befolkning är förenat med ett ökande vårdbehov och därmed ökande kostnader (5).

I de skandinaviska länderna organiseras äldreomsorgen på ett likartat decentraliserat sätt där kommunerna har ett huvudansvar för hemtjänsten som har ett omfattande ansvar mot konsumenten/vårdtagaren (6). Kommunen tillämpar s.k. substitution där kommunen `tar över` ansvar avseende omhändertagandet för vilket familjen brukat utföra (medicinutdelning, matleveranser, tvätt, städ samt ställ) (7).

När lågkonjunkturen slog till i den svenska ekonomin i början av 1990-talet, upphörde en period av mer än 50 år av kontinuerlig expansion och reformer inom välfärdssektorn. Den ekonomiska nedgången har lett till rationaliserings- och besparingsåtgärder i de flesta delar av välfärdsstaten i både kommun såväl som stat (8).

Norge har högst BNP per capita bland de nordiska länderna (9) och har haft en stark ekonomisk utveckling sedan 90-talet. Norge verkar vara avvikande bland de nordiska länderna (som ökat sin konkurrenskraft genom nedskärningar och besparingar), Norge har blivit en stor exportör av olja och har därmed, på kort sikt, inte haft samma tryck på sig att vara konkurrenskraftigt inom övriga samhällssektorer (10). Ekonomiskt kan man konstatera att Sverige halkat något efter grannlandet Norge vilket lett till flera år av statliga såväl som kommunala besparingar. Detta har lett till omorganisationer samt rationaliseringar av bl.a. den kommunala hemtjänsten i Sverige vilket vårt grannland Norge till stor del varit förskonat ifrån.

Under samma tidsperiod som detta skett har man kunnat notera att stressrelaterade symtom och sjukdomar ökat i Sverige. Stress och stressrelaterade sjukdomar har ökat i det svenska samhället vilket idag ses som ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige (11). Detta riskerar att leda till att de som ska vårda tvingas till sjukskrivning pga stressrelaterad sjukdom. Samhället är inte rustat för att klara det ökade behovet av vård som följsjukdomar av långvarig stress ger (12). Det finns empiriskt stöd för att personalneddragningar kan leda till psykisk ohälsa och ökad sjuklighet, i en studie av svenska

landsting, där storleken på personalneddragningen i början av 1990-talet var signifikant relaterad till antalet långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa fem år senare (13).

ISM (Institutet för stressmedicin) har publicerat en rapport där man studerat ledarskap och stress i politisk styrd verksamhet. Man har visat att formella krav och hård styrning, brist på stöd och möjlighet till tillitsfull kommunikation är utmärkande drag i arbetstagarens upplevelse av sin vardag (14)

SYFTE

Syftet med denna undersökning var att kartlägga den psykosociala arbetsmiljön avseende upplevd arbetsbelastning och stress i två undersköterskegrupper, en i Sverige och en i Norge samt att kartlägga om det fanns någon skillnad mellan de undersökta grupperna avseende dessa variabler.

De konkreta frågeställningarna som studien vill besvara var:

- 1 Hur upplevdes den psykosociala arbetsmiljön avseende arbetsbelastning i den svenska respektive norska undersköterskegruppen.
- 2 Fanns det en skillnad i upplevd arbetsbelastning mellan den svenska och norska undersköterskegruppen?
- 3 Hur upplevdes den psykosociala arbetsmiljön avseende stress i den svenska respektive norska undersköterskegruppen?
- 4 Fanns det någon skillnad i upplevd stress mellan de undersökta grupperna?

METOD

UNDERSÖKT GRUPP

I studien undersöktes en grupp, 20 undersköterskor inom hemtjänsten i en mindre kommun i Jönköpings län med ett invånarantal på c:a 9000, och en grupp norska motsvarande undersköterskor, 20 s.k. hjelpepleiere i hjemmetjenesten, i en liten kommun i Troms fylke med ett invånarantal på c:a 2000.

GENOMFÖRANDE

De studerade yrkesgruppernas chefer har fått tillsänt sig 20 enkäter till respektive yrkesgrupp och dessa har sedan delats ut till medarbetarna av chefen vid en arbetsplatsträff där de fylldes i och skickades in via bifogade frankerade svarskuvert. All information behandlades konfidentiellt.

INSTRUMENT

För att undersöka den psykosociala arbetsmiljön avseende inflytande på arbetet användes ett validerat formulär, QPS-Nordic 34+, för att studera olika faktorer i arbetet så som inflytande på arbetet, arbetsmässigt stöd, ledning och psykosocialt mående, som antagits av det Nordiska Ministerrådet och som finns översatt till både norska och svenska för att kunna användas på respektive yrkesgrupps språk (15).

Ett ytterligare formulär kopplades till varje enskilt QPS-formulär, SCI-93, instrumentet Stress and Crisis Inventory, skattningsskala av autonom dysfunktion avsåg att mäta fysiska stressymtom (16). Delskalan består av 35 frågor som skattas i intervallet 0-4. den totala poängen kan variera mellan 0-140. Enligt upphovsmännen innebär nivå <25 ingen autonom dysfunktion. Stressnivå >25 – autonom dysfunktion - innebär begränsning i olika grad av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering. Stressnivå 26-50 viss begränsning. Stressnivå 51-75 betydande begränsning, kan hålla sig kvar i arbete eller återkomma i tidigare arbete eventuellt på deltid, svårighet att som arbetslös komma i arbete inom ett år. Stressnivå 76-100 stor begränsning, svårt att över huvud taget klara ett arbete. Vid stressnivå >105 har patienten uppenbara kliniska besvär som hinder för rehabilitering. Patienten är i behov av medicinsk eller psykiatrisk behandling innan någon rehabiliteringsplanering kan ske (17). Tyvärr saknades godkänd norsk översättning på SCI-93, varför endast det svenska SCI-93 formuläret delades ut till den norska gruppen. Avsaknad på översättning till norska resulterade i att svarsfrekvensen på SCI-93 blev mycket låg, endast 3 formulär från den norska gruppen, vilket ledde till att kartläggningen av de norska undersköterskorna med SCI-93 respektive jämförelsen inte kunde utföras, och den fjärde frågeställningen därmed inte kunde besvaras.

BEARBETNING AV DATA

Inkomna enkätsvar matades in i Excel formulär där sedan grafisk presentation av svaren kunde hämtas ut. Resultaten är presenterade i absoluta tal eller i procent av antal respondenter. I de 34 frågorna till QPS-Nordic 34+ har svaren slagits ihop till 3 grupper (s.k. reducerad skala, 1-3). Varje fråga/skala har 5 svarsalternativ, där varje alternativ motsvarar en skalpoäng där den ursprungliga skalan är 1-5, som kan reduceras till 3 alternativ genom att summera ytterlighetsalternativen 1 och 2 samt 4 och 5. Resultatpresentation rekommenderas som hela procentfördelningar, medelvärden och medianer. I QPS-Nordic 34+ definieras arbetsbelastning primärt som en funktion av kvantitativa arbetskrav (15) vilket 2 frågor i formuläret mäter:

1. Är arbetsmängden så ojämnt fördelad att den hoppar sig?
2. Har du för mycket att göra?

Dessa frågor har använts för att besvara hur undersköterskorna upplevt sin arbetsbelastning.

RESULTAT

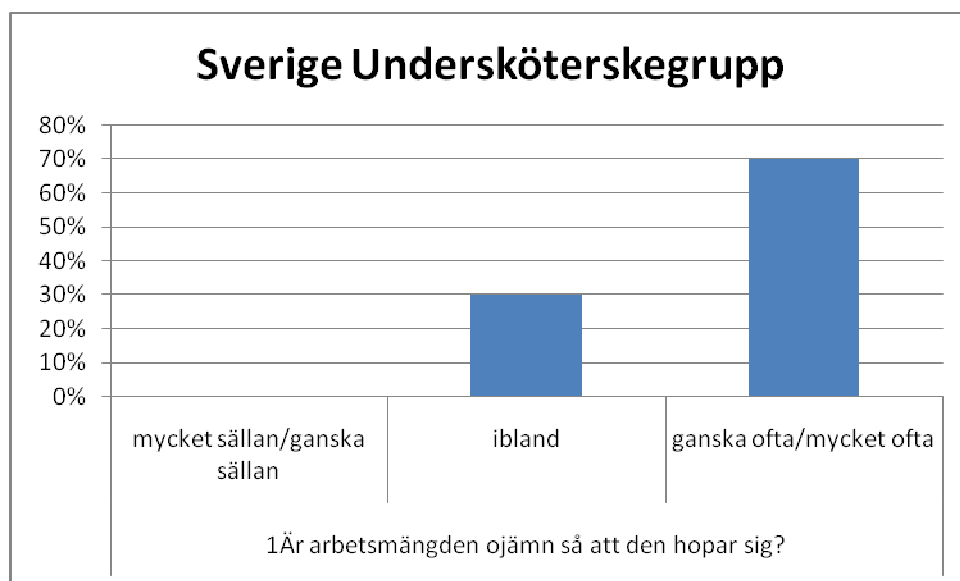
Avseende gruppernas sammansättning avseende ålder och kön, låg medelvärdet på åldern 4 år lägre i den svenska gruppen än i den norska och den norska gruppen bestod endast av kvinnor (tabell 1).

Tabell 1. Gruppernas sammansättning avseende ålder och kön.

Undersköterskor	Sverige	Norge
Antal	(n=20)	(n=20)
Ålder (medel;min-max)	45,9; 27-62år	50,2; 24-68 år
Andel kvinnor/män (%)	k 90/ m 10	k 100/ m 0

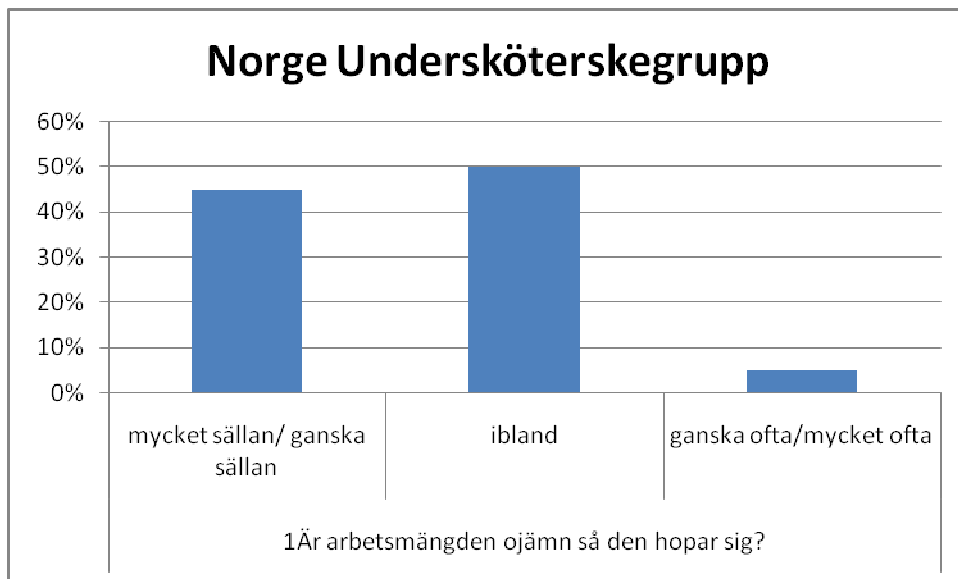
Utifrån intervju med respektive grupps chef kan konstateras att arbetsuppgifterna för de olika ländernas studerade yrkesgrupper var i stort sett de samma med leverans av mat, städning, eventuellt hjälp med ställ, påklädning och tvättning, medicinutdelning samt omsorg.

I den svenska undersköterskegruppen upplevde 70% av undersköterskorna att arbetsmängden är så ojämnt fördelad att den hopar sig ganska ofta/mycket ofta och att 30% att den hopar sig ibland (figur 1a)



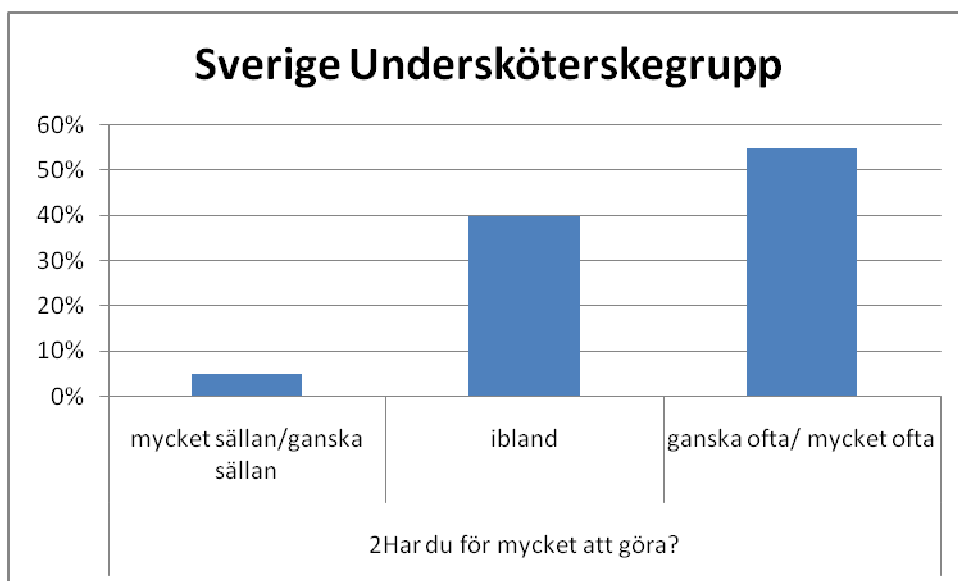
Figur 1a. Är arbetsmängden så ojämn att den hopar sig (Sverige)?

I den norska undersköterskegruppen upplevde 50% av undersköterskorna att arbetsmängden är så ojämnt fördelad att den hopar sig ibland samt 45% tycker att den hopar sig mycket sällan/ganska sällan (figur 1b).



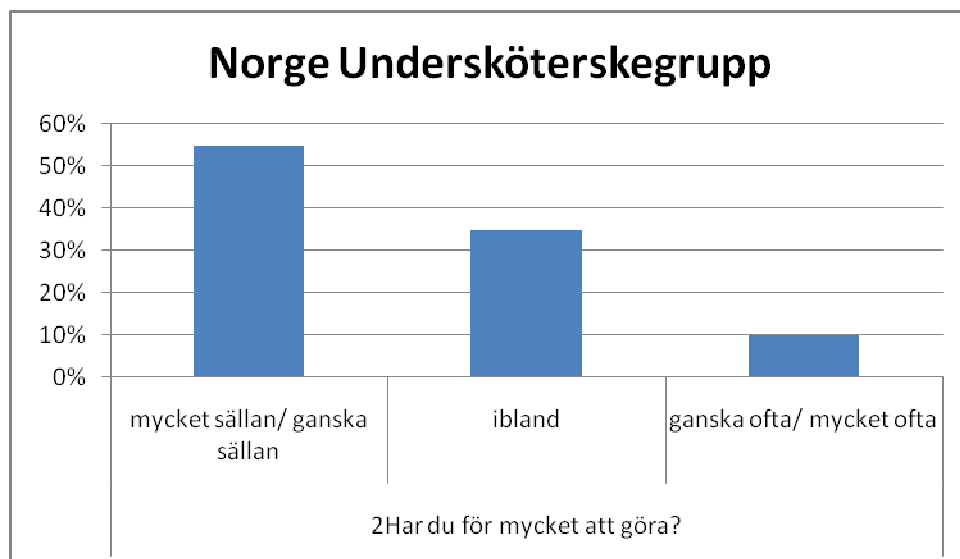
Figur 1b. Är arbetsmängden så ojämn att den hopar sig (Norge)?

I den svenska undersköterskegruppen upplevde 55% att de ganska ofta/mycket ofta har för mycket att göra, samt 40% att de har det ibland (figur 2a).



Figur 2a. Har du för mycket att göra (Sverige)?

I den norska undersköterskegruppen upplevde 10% att de ganska ofta/ mycket ofta har för mycket att göra samt 55% att de mycket sällan/ ganska sällan har för mycket att göra (figur 2b)..



Figur 2b. Har du för mycket att göra (Norge)?

Stressnivån mätt enligt SCI-93 visade att endast 20% av undersköterskorna i den svenska gruppen låg under 25p, vilket betecknas som en normal stressnivå. Alla de 16 övriga låg på en förhöjd stressnivå. Hela gruppens genomsnittliga SCI-total poäng låg på 46 (tabell 2), vilket indikerar en viss begränsning i arbetsförmågan och viss svårighet att hålla sig kvar i arbete. 8 stycken undersköterskor låg över 50p i SCI-93 (tabell 2). Då svarsfrekvensen på denna del av enkäten var för låg i den norska gruppen kunde ingen kartläggning av stressnivån i Norge utföras. Inte heller kunde den fjärde frågeställningen, om skillnad mellan de undersökta grupperna besvaras.

Tabell 2. Stressnivån enligt SCI-93 svenska undersköterskegruppen.

Undersköterskor	Sverige	Sverige
SCI-93 poäng	(n=20)	procent
< 25p	4	20
25-49p	8	40
50-74p	5	25
75-99p	2	10
100-	1	5
Medelvärde; lägst-högst	46; 11-106p	

DISKUSSION

I kartläggningen observeras att undersköterskorna i den svenska gruppen upplevde en större arbetsbelastning än sina norska kollegor. I den svenska gruppen svarade 55% av undersköterskorna att de ganska ofta/mycket ofta har för mycket att göra (figur 2a) medan endast 10% av deras norska kollegor svarade att de ganska ofta/mycket ofta har för mycket att göra (figur 2b). På frågan om de tyckte att arbetsmängden är så ojämnt fördelad att arbetet hopar sig så tyckte 70% av de svenska undersköterskorna att den är det ganska ofta/mycket

ofta (figur 1a) medan endast 5% av de norska undersköterskorna upplevde det ganska ofta/mycket ofta (figur 1b).

Samtliga nordiska länder har haft en svagare ekonomisk utveckling sedan 90-talet och flera har ökat sin konkurrenskraft genom nedskärningar och besparingar (9). Norge som tack vare sin stora export av olja inte har behövt öka sin konkurrenskraft kortsiktigt på samma sätt, är ett undantag bland de nordiska länderna (10). Studien indikerar att nedskärningarna kan ha haft ett pris i form utav ökad upplevd arbetsbelastning, då 80% av de svenska undersköterskorna hade en förhöjd stressnivå (tabell 2). Tyvärr saknades resultat avseende detta på den norska undersköterskegruppen, vilket sannolikt berodde på att någon norsk översättning av SCI-93 inte fanns att tillgå vid studiens genomförande, varför svarsfrekvensen blev låg och endast 3 stycken SCI-93 inkom från den norska gruppen. Underlaget ansågs då för litet att dra några slutsatser av och av etiska anledningar bör ej så få svar redovisas. I retrospektiv kan konstateras att en översättning av SCI-93 formuläret till norska borde ha gjorts innan formuläret skickades till den norska undersköterskegruppen. En ytterligare begränsning i undersökningen var att inte formulären delades ut slumpmässigt utan genom s.k. convenience sample det riskerade att leda till bristande representativitet, sk selektionsbias, vilket ökade risken för att resultatens tillförlitlighet skulle kunna minska. För att förvissa sig om generaliserbarhet, skulle studien kunna ha lagts upp genom att antingen ha slumpat fram många undersköterske individer ur en stor population, alternativt genomfört klusterurval, dvs slumpat fram ett antal olika avdelningar, och bjudit in samtliga undersköterskor på respektive avdelning. och sedan skulle helst så många som möjligt deltagit. Studiegruppernas storlek på endast 20 individer får betecknas som små vilket får ses som en begränsning då även det riskerar att minska generaliserbarheten, genom att det finns en risk att den svenska gruppen som studerats bara råkar vara väldigt stressad pga en dålig chef eller pga att något annat traumatiskt har hänt i gruppen, dvs genom förhållanden som alltså inte är representativa för svenska undersköterskegruppen som helhet. En ytterligare begränsning i studien är att någon statistisk analys inte har gjorts och att bara deskriptiva data presenteras. Om ovan beskrivna förutsättningar hade varit tillgodosedda hade dessutom statistisk analys krävts med inferentiell eller analytisk statistik, och presenterat statistik med konfidensintervall samt signifikansberäkning för att generalisering av resultaten ska kunna göras. Under tidsperioden från 1990-talet och in i 2000-talet har man kunnat notera att stressrelaterade symptom och sjukdomar ökat i Sverige. Stress och stressrelaterade sjukdomar har ökat i det svenska samhället vilket idag ses som ett av de största folkhälsoproblem i Sverige (11). Detta riskerar att leda till att de som ska vårda tvingas till sjukskrivning på grund av stressrelaterad sjukdom. Samhället är inte rustat för att klara det ökade behovet av vård som följsjukdomar av långvarig stress ger (12). Det finns empiriskt stöd för att personalneddragningar kan leda till psykisk ohälsa och ökad sjuklighet, i en studie av svenska landsting, där storleken på personalneddragningen i början av 1990-talet var signifikant relaterad till antalet långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa fem år senare (13). I ljuset av detta bör man ställa sig frågan om/när man passerar den punkt då ohälsan och sjukligheten bland personalen kostar mer än de vinster man får genom att minska personalen men låta arbetsuppgifterna kvarstå eller i vissa fall ökas, i effektiviseringssyfte. Finns det rent av en gräns för hur effektiv en personalgrupp kan bli där ökad effektivitet istället riskerar att bli ökad ohälsa samt

sjukfrånvaro? Studien visar att undersköterskorna i den svenska gruppen har fått stressymtom i sådan grad att det innebär viss begränsning i deras arbetsförmåga.

I dagsläget saknas regelverk för hur låg bemanningen i hemtjänsten får vara i förhållande till arbetsbelastningen, mot bakgrund av ovanstående resonemang bör det framstå som önskvärt att man fastställer en miniminivå för att undvika att man passerar den punkt där arbetsbelastningen blir så hög att personalen blir sjuk av att omöjligt kunna prestera upp till allt för höga krav.

Studien är för liten för att dra några långtgående slutsatser, fler och större studier behövs för att beforska området ytterligare, och då skulle möjligen ytterligare slutsatser angående bemanning kunna ligga till grund för diskussioner avseende regelverk för miniminivå. Studiens deskriptiva ansats gör dessutom att det inte går att generalisera resultaten till större populationer.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. Grossi G. (2004) I Balans. Bonnier Fakta.
2. Perski A. (2002) Ur Balans. Bonnier Fakta.
3. Åsberg M. (2011) Psykiskt sjuk av stress. Läkartidningen nr 36 vol 108 p1680-1683.
4. Kinsella K, Velkoff, V. (2001). An Aging World: 2001. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; U.S. Census Bureau, series P95/01-1.
5. Fölster S. SOU 1996:163. Behov och resurser i vården - en analys. In Swedish. ("Needs and Resources in the Care Sector — An Analysis"). Report from HSU 2000 (Funding and Organisation of Health Services and Medical Care), Reports of the Government Commissions SOU 1996:163. Stockholm: Fritzes.
6. Nadine G, Wienke GW, *et al.* (2011). Home **care** in Europe: a systematic literature review BMC Health Serv Res. 2011; 11: 207-210.
7. Johansson L, Sundstrom G, *et al.* (2003) State provision down, offspring's up: The reverse substitution of old-age care in Sweden. Ageing and Society. 2003;23:269–280.
8. Bergmark A. (2000) Solidarity in Swedish welfare--standing the test of time? Health Care Anal. 2000;8(4):395-411.
9. Fleurbaey M. (2009) International Comparisons of Living Standards by Equivalent Incomes. Scandinavian Journal of Economics; 2009, Vol. 111 Issue 3, p597-624.
10. Podobnik B, Horvatić D, *et al.* (2012) The competitiveness versus the wealth of a country. Sci Rep. 2012; 2: 678.
11. Currie, C, Roberts, C, *et al.* (2004). Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children study International report from the 2001/2002 survey (Report no. 4). Copenhagen: WHO Europé.

12. Währborg, P. (2009). Stress och den nya ohälsan. Stockholm: Natur och Kultur.
13. Bryngelson A, Mittendorfer Rutz E, *et al.* (2011) Reduction in personnel and long-term sickness absence for a psychiatric disorder among employees in Swedish county councils: an ecological population-based study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* Volume 53, Issue 6, June 2011, Pages 658-662
14. Skagert K, Dellve L, *et al.* (2004) Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Göteborg 2004; Institutet för stressmedicin (ISM)
15. Dallner M, Lindström K, *et al.* (2000) Användarmanual för QPS-Nordic - Frågeformulär om psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet utprovat i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Arbetslivsrapport nr 2000:19 issn 1400-8211
16. Nyström C, Nyström O. (1996). Skattad stress verifierar fysiska stressymtom. *Läkartidningen*, **93**, 2583-2584.
17. Berit Krafft, Curt Nyström, *et al.* (2002) Stressreaktion och välfärdsdata. *Läkartidningen* nr41/2002.