

# Rapport 2000:8

Stress och belastning  
i vård och omsorg



Arbetskyddsstyrelsen

# *Stress och belastning i vård och omsorg*

*Verksgemensamt tillsynsprojekt 1998 och 1999*

*Rapport 2000:8*



Heléne Harder  
Ester Svärd  
Anna Wigforss  
Karin Hedén, proj.ledare

Rapporten är tillgänglig på Arbetarskyddsstyrelsens hemsida [www.arbssky.se](http://www.arbssky.se) "Förlag och video"

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1 Bakgrund	5
1.1 Förändringar inom vård och omsorg under 90-talet	5
1.2 Statistik	6
1.3 VP 97-99	6
1.4 Beslut om VOO-projektet	7
2 Projektet	8
2.1 Projektplan	8
2.2 Projektorganisation	8
2.3 Genomförande	9
2.4 Yrkesinspektionens tillsynsinsatser	10
3 Resultat	14
3.1 Psykosociala arbetsmiljöfaktorer	14
3.1.1 Arbetsmängd	14
3.1.2 Arbetsinnehåll	15
3.1.3 Tillgång till stöd och handledning	15
3.1.4 Hot- och våldssituationer	16
3.1.5 Ensamarbete	16
3.2 Belastningsergonomiska arbetsmiljöfaktorer	16
3.2.1 Lokaler	17
3.2.2 Utrustning	18
3.2.3 Arbetsteknik, samverkan, instruktion och träning	18
3.2.4 Personalplanering, bemanning och tid	19
3.2.5 Lokalutnyttjande	19
3.2.6 Vårdmål och arbetsmiljölagen	19
3.2.7 Datoranvändning	20
3.2.8 Övrigt	20
3.3 Särskilda personalgrupper	20
3.3.1 Arbetsledare i kommunala omsorgsverksamheter	21
3.3.2 Sjuksköterskor i kommunala omsorgsverksamheter	21
3.3.3 Läkarsekreterare, läkare,	23
3.3.4 Yrkesgrupper som inte uppmärksammats ....	23
3.4 Övriga verksamhetsanslutna frågor	23
3.5 Internkontroll	25
4 Yrkesinspektionens synpunkter på projektet	27
4.1 Synpunkter på styrformen och projektarbetsformen	27
4.2 Synpunkter på kravställandets och hur det utvecklats	28
3 Synpunkter på vad som kunde gjorts bättre	28
4 Spridning av information	29
4.5 Effektutvärdering	29
5 Diskussion	30
5.1 Måluppfyllelse	30
5.2 Tillsynsresultat	31
5.3 Framtida tillsynsinsatser	33
5.4 Slutsatser	34

## Bilagor

Arbetskadestatistik belastningsskador	Bil. 1
Utdrag ur Arbetsmiljöundersökningarna 1995 och 1997	Bil. 2
Förteckning över Yrkesinspektionens rapporter	Bil. 3
Utdrag ur Arbetarskyddsverkets Samordnade Arbetsställeregister	Bil. 4
Översikt över yrkesinspektionens insatser	Bil. 5
Utveckling Arbetsjukdomar inom hälso- och sjukvård	Bil. 6
Referenser	Bil. 7
Litteratur	Bil. 8

## Sammanfattning

Ett verksgemensamt projekt "Tillsyn avseende negativ stress och belastningsergonomi inom vård- och omsorgsarbete oavsett vårdgivare" har bedrivits inom Arbetskyddsverket under åren 1998 och 1999. Samtliga yrkesinspektionsdistrikt har deltagit. Närmare 2000 inspektioner har genomförts. Det finns stora och utbredda problem inom områdena belastningsergonomi och negativ stress. Krav har ställts på att inrätta eller ändra rutiner, upprätta handlingsplaner och bygga upp internkontrollsystem

Projektets slutsatser:

Arbetsgivarna inom vård och omsorg står inför en utmaning att vända utvecklingen, då de annars möter svåra rekryteringsprobleme. Detta kan bl.a. ske genom att

- ställa upp realistiska vårdmål i förhållande till resurserna
- utarbeta och välja strategier för att bryta den negativa utvecklingen
- inrätta rutiner och system för att hålla kontroll på arbetsmiljön
- genomföra utbildningar om arbetsmiljöansvar
- bättre samordna resurser och rutiner mellan kommuner och landsting.

Arbetskyddsverket har viktiga framtida uppgifter att

- uppmärksamt följa utvecklingen av arbetsmiljön inom vård och omsorg
- fortsätta se till att arbetsmiljölagen med tillhörande regelverk följs
- ta tillvara de erfarenheter som vunnits i VOO-projektet och föra dem vidare till beslutsfattarna
- genom fortsatta metoddiskussioner utveckla och effektivisera tillsynen inom vård- och omsorg
- använda den kunskap som skapas i viktiga principärenden.

## Inledning

Denna rapport är en beskrivning av bakgrund, insatser, resultat och slutsatser samt tankar om framtida tillsynsarbete med anledning av projektet "Tillsyn avseende negativ stress och belastningsergonomi inom vård- och omsorgsarbete oavsett vårdgivare". Projektet har drivits under verksamhetsåren 1998 och 1999.

## 1. Bakgrund

### 1.1 Förändringar inom vård och omsorg under 90-talet

Såväl den landstingskommunalt drivna sjukvården som de primärkommunalt drivna omsorgerna om äldre och fysiskt och psykiskt funktionshindrade personer har genomgått stora förändringar under 90-talet. Antalet vårdplatser inom offentlig och privat sjukvård i den slutna vården har minskat. År 1988 fanns det totalt 112.094 sjukhus- och vårdplatser i landet inom landsting och motsvarande, RFV (Staten) och i privat regi. År 1996 var motsvarande antal vårdplatser 49.468 vilket är en minskning med 62.626 vårdplatser. Av dessa överfördes ungefär 31.000 vårdplatser till kommunal verksamhet i samband med ÄDEL-reformens genomförande. Totalt har vårdplatserna minskat med drygt 31.000 platser under perioden 1988-1996.

En stor del av den omvårdnad som tidigare skedde inom landstingens sjukvård omhändertogs nu av primärkommunerna. Det har inneburit stora omställningar för såväl landstingen som primärkommunerna. Platsbristen inom slutenvården och de kortare vårdtiderna har lett till nya höga krav på omvårdnad och sjukvård i kommunernas omsorg. De kortare vårdtiderna med hög patientomsättning har lett till en högre belastning på den slutna vården. Nedskärningar i budget och rationaliseringsåtgärder inom sjukvården under framför allt decenniets första hälft har lett till omorganisationer och uppsägningar.

Genom Ädelreformen 1992 fick primärkommunerna det samlade ansvaret för service och vård för äldre och handikappade och blev genom reformen skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och dagverksamheter.

1994 trädde lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i kraft. Lagen innehåller bestämmelser om särskilt stöd och särskild service åt personer som behöver omfattande hjälp med den dagliga livsföringen. Med den nya lagen tillkom de personliga assistenterna som en helt ny yrkesgrupp.

Psykiatireformen genomfördes 1995 och kommunerna fick då omsorgsansvar för personer som behandlats inom den psykiatriska vården. Ett resultat av reformen är att slutenvårdsplatserna inom den psykiatriska vården har minskat. År 1991 fanns det 12.960 slutenvårdsplatser och 1996 var platsantalet 7.276.

Nya styr- och driftsformer har införts såväl inom landsting som kommuner och privat eller kollektivt driven sjukvård och omsorg har ökat under perioden. Slu-

tenvårdsplatserna inom den privata hälso- och sjukvården har ökat. 1988 fanns 7.500 platser i privat regi 1994 hade platsantalet ökat till 10.875.

Parallellt med dessa förändringar fördes en debatt i medierna om vårdens innehåll och besparingarnas/nedskärningarnas betydelse för vårdens kvalitet inom den offentliga verksamheten. Privat verksamhet granskades mer sällan fram till de sista åren på 90-talet då flera uppmärksammade fall slogs upp i media. Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen har följt debatten som oftast har beskrivit en stark oro från vårdtagare och anhöriga vad gäller såväl tillgängligheten till sjukvård och omsorg som dess kvalitet. Personalens situation har mestadels beskrivits som en oro att inte kunna ge god vård och att inte kunna följa de intentioner och krav som avses i Hälso- och Sjukvårdslagen. Personalens situation och brister i arbetsmiljön uppmärksammades mer sällan i början men mot slutet av decenniet har allt större uppmärksamhet riktats mot brister i arbetsmiljön.

Av iakttagelser i den vanliga tillsynsverksamheten, rapporter från skyddsombud och av telefonsamtal från enskilda blev Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen tidigt uppmärksamma på problemen. Den statistik som beskriver arbetsmiljön och arbetsskadestatistiken pekade också på att arbetsmiljöförhållandena inom sjukvård och omsorg var otillfredsställande. Inom flera yrkesinspektionsdistrikt drevs tidigt tillsynsinsatser riktade mot olika delar av landstingens och kommunernas vård och omsorg.

## 1.2 Statistik

Av statistiken i Informationssystemet om Arbetsskador (ISA) framgår att kvinnor som arbetar med omsorg och sociala tjänster utsätts för en betydligt högre risk vad gäller allvarliga arbetsolyckor jämfört med samtliga näringsgrenar. Inom hälso- och sjukvården och äldre- och handikappomsorgen var under 1995 det totala antalet anmälda belastningsskador för kvinnor 3.386 stycken och år 1998 3793 stycken (bilaga 1).

Av Arbetsmiljöundersökningarna 1995 och 1997 framgår att sjuksköterskor, eller andra som arbetar med hälso- och sjukvård i högre grad än genomsnittet anser att de har alldeles för mycket att göra. De anser också att de har för litet inflytande över när arbetsuppgifter skall göras och över arbetets uppläggning. Sjuksköterskor och motsvarande anser i högre grad än andra att de för de mesta inte får stöd och uppmuntran från chefer medan undersköterskegruppen i detta avseende ligger bättre till än genomsnittet. Av samma undersökning framgår att såväl undersköterskor och sjukvårdsbiträden som vårdbiträden inom äldre och handikappomsorg och hemvårdare svarat ja på frågan om de flera gånger om dagen måste lyfta mer än 15 kg. (bilaga 2).

## 1.3 VP 97-99

I Arbetarskyddsstyrelsens verksamhetsplan för 1997 till 1999 prioriterades belastningsergonomi och negativ stress. De mål som angavs för de båda områdena var

- Andelen arbetstagare med ensidigt upprepat arbete ska minska påtagligt. Ingen yrkesgrupp eller bransch ska öka andelen arbetstagare med sådana arbeten.
- Andelen arbetstagare med påfrestande arbetsställningar ska minska påtagligt.
- Andelen kvinnor som dagligen lyfter bördor på 15 kg eller mer ska minska med minst 25 procent.
- Andelen arbetstagare som utsätts för negativ stress i arbetet ska minska.
- Arbetsgivarna ska ha rutiner som säkerställer att chefer med nödvändiga befogenheter tidigt får information om begynnande psykisk överbelastning och behov av arbetsanpassning hos personalen.

#### **1.4 Beslut om ”VOO-projektet”**

För att kunna uppnå målen i Verksamhetsprogrammet stod det klart att insatser måste ske mot verksamheter med en hög andel kvinnor där arbetsförhållandena medför belastningsergonomiska problem och där den psykiska belastningen är stor. Vård och omsorg var sådana områden. Allt detta sammantaget ledde till projektet ”Tillsyn av belastningsergonomi och negativ stress inom vård och omsorg oavsett vårdgivare” (förkortat ”VOO-projektet”). Beslut om projektet togs i december 1997. Alla distrikt utom ett anmälde sitt intresse. Det sista distriktet efteranmälde under projektets gång. Projektet var upplagt så att det fanns en stor frihet att välja inriktning för distrikten. Det var emellertid ett problem för distrikten i samband med projektstarten att en stor del av distriktens planering redan var klar vid tiden för anmälan till projektet. Det gjorde att distriktens insatser kom att skilja sig åt mer än vad som hade behövt vara fallet med en bättre samordning i planeringen.

## 2 Projektet

### 2.1 Projektplan

Avsikten med projektet var att genom att följa och stödja tillsynsverksamheten, inrikta tillsynsarbetet mot de aktuella problemområdena. Avsikten var också att ta tillvara erfarenheter och utifrån dem utveckla tillsynsformer och sprida goda idéer och exempel mellan distrikten. För att kunna beskriva brister och ställa tydliga krav som gav goda effekter av tillsynen fanns behov av att tydligare definiera och beskriva problemområdena. Under -98 och -99 skulle tillsyn, i lokala projekt eller i annan form bedrivas, med utgångspunkt från vad som förväntades komma fram i samarbetet mellan distrikten och styrelsen. För att få en kraftsamling på området behövde insatserna samordnas på lämpligt sätt.

I projektplanen specificerades följande mål:

- Intensifiera arbetet med tillsynen inom vård och omsorg
- Inrikta tillsynsarbetet mot de aktuella problemområdena
- Ta tillvara erfarenheter från tillsynsarbetet
- Tydligare definiera och beskriva områdena - särskilt negativ stress

### 2.2 Projektorganisation

Uppdragsgivare till projektet var 1997 dåvarande chefen för avdelningen för medicinska och sociala frågor, Anders Englund. Efter omorganisationen har chefen för avdelningen Central Tillsyn varit uppdragsgivare vilket fram till den 31 januari 2000 var Ann-Christin Svärd och därefter Bernt Nilsson.

Projektet har haft en central ledningsgrupp bestående av Karin Hedén (projektledare), Heléne Harder, Ester Svärd och Anna Wigforss. I projektets inledning har också Gunvor Peterson, Per Lindberg och Birgitta Hübinette deltagit i denna grupp. I projektets slutskede har Kurt Baneryd medverkat.

På distrikten har funnits lokala kontaktpersoner och projektledare. I vissa fall har kontaktpersoner och projektledare varit samma person. I projektets inledning var dessa personer Pia Johansson (Borås), Tomas Isaksson (Falun), Håkan Asterhall (Göteborg), Annette Andersson (Linköping), Åsa Sjöström Ross (Luleå), Ingrid Holst (Malmö), Gunni Ekdahl (kontaktperson) Claes Frisk (projektledare) (Stockholm), Kerstin Forsman (Umeå), Anna-Lisa Ternelius (Växjö) och Jörgen Bohman (Örebro).

Under projektets gång har organisationsförändringar på distrikten, anställningsförhållanden och deltagande i projektet förändrats, så att det i sitt slutskede såg ut på följande sätt: Pia Johansson (Göteborg/Borås), Tomas Isaksson (Falun), Kerstin Andersson (Göteborg), Barbro Göransson (Härnösand), Annette Andersson (Linköping), Åsa Sjöström Ross (Luleå), Ingrid Holst (Malmö), Gunni Ekdahl och Claes Frisk (Stockholm), Roger Mattson (Umeå), Anna-Lisa Ternelius (Växjö) och Jörgen Bohman (Örebro).

Förutom dessa personer har ett stort och varierande antal inspektörer från de olika distrikten deltagit såväl i centrala möten som i inspektionsverksamheten.

En annan utveckling under projektet var att deltagarna redan i början kom att uppmärksamma de personliga assistenternas problem och de svårigheter i tillsynen som finns för denna grupp. Det gjorde att denna del skildes av från huvudprojektet och en särskild grupp bildades för att fördjupa sig inom området. Inom denna projektdel har kontakter etablerats med Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, vidare har två arbetskonferenser anordnats. Syftet med konferenserna har bland annat varit att kartlägga den lagstiftning som styr LSS-verksamheterna. Vidare har olika organisationsformer identifierats genom den tillsyn som bedrivits. Kontakter med intresseföreningar har också tagits. Ester Svärd ledde denna grupp som också bestod av Heléne Harder, Ingrid Holst, Tomas Isaksson, Åsa Sjöström Ross, Anna-Lisa Ternelius, Gunni Ekdahl och Pia Johansson.

### 2.3 Genomförande

Den 15 januari 1998 möttes projektledningsgruppen och distriktsrepresentanterna för ett uppstartsmöte. Mål och medel presenterades och eftersom arbetsformerna var fria och inriktningen på distriktens projekt olika, var det angeläget att var och en fick tillfälle att presentera sina tankar och planer. En viktig del i projektet var erfarenhetsutbyte och utbyte av idéer för tillsynen och då särskilt inom området som rörde negativ stress. Medel fanns avsatta för att olika gruppkonstellationer så att de som deltog i projektet själva kunde bestämma när de skulle kunna mötas för erfarenhets- och kunskapsutbyte, diskussioner kring kravnivåer, kravformuleringar, strategier och metoder.

Under projektets gång har sammanlagt fem möten hållits med projektledningsgrupp och distriktsrepresentanter. Två särskilda möten har hållits med gruppen som fördjupade sig i den problematik som gällde de personliga assistenterna.

Mellan första och andra mötet skedde förankring på distrikten. Deltagarna var olika lyckosamma i detta arbete och meddelade också att omorganisationer, personförändringar och otydlighet i mandatet ibland lade hinder i vägen. Så småningom inkom emellertid distrikten med beskrivningar av sina projekt och tankar. En del var mycket välavgränsade och tydligt strukturerade projekt medan andra distrikt avsåg att i sin vanliga tillsyn rikta in sig mot belastningsergonomi och negativ stress och i sin registrering i Arbetarskyddsverkets Samordnade Arbetsställerregister, SARA, markera att inspektionen ingick i VOO-projektet. Det skilde också hur projekten organiserades på distrikten. Till del hängde detta samman med distriktens är olika organiserade. En del är t.ex geografiskt uppdelade medan andra kan vara uppdelade efter branschområden eller indelade i inspektörslag.

Distrikten var redan från start olika långt komna i sin planering och något distrikt var redan i full färd med sina inspektioner. Några signalerade att de redan var försenade på grund av engagemang i andra projekt som rörde sjukvården.

Vid de fem möten som arrangerats med projektledning och distriktsrepresentanter/projektledare har förutom direkt kompetenshöjande inslag deltagarna getts tillfälle att stämna av sina tankar. Deltagarna har delgetts material och underlag inom sakområdena belastningsergonomi och negativ stress och de har för varandra presenterat olika tillsynsmetoder och diskuterat deras för- och nackdelar.

Endast vid två tillfällen har möjligheten att utbyta erfarenheter mellan olika distrikt utnyttjats. Det ena tillfället gällde inspektionsmetodik inom Länssjukvården och det andra var inriktat mot omsorger och sociala tjänster. Ingen utnyttjade möjligheten att tillkalla utifrån kommande expertis till distriktet för kompetenshöjning inom området.

Ett bibliotek lades upp i Arbetarskyddsverkets interna nätverk där distrikten kunde lägga in t.ex. checklistor, intervjuformulär och kravformuleringar som kunde utnyttjas av andra distrikt.

Projektledningsgruppen fanns tillgänglig för diskussion och stöd om så önskades.

För redovisningen begärdes dels kvantitativa uppgifter om antalet inspektioner, ergonomikrav, krav som rör negativ stress, inspektörer som är inblandade i projektet och förbrukade mandagar. Dels begärdes kvalitativa uppgifter exempel på tydliga och väl formulerade krav, krav som gett god effekt, metoder där man använt nya grepp, fått bra genomslagskraft och god spridningseffekt. Även redovisning av exempel på misslyckade insatser efterlystes för att få kunskap om vad som bör undvikas vid framtida liknande insatser.

En närmare beskrivning av de olika distrikternas insatser följer nedan.

## **2.4 Yrkesinspektionens tillsynsinsatser**

Samtliga distrikt har deltagit i projektet. De flesta av distrikten har bedrivit tillsynen i ett eller flera lokala projekt. Två distrikt har inte formulerat lokala projektplaner, inspektörerna har i stället tagit upp frågor om belastningsergonomi och negativ stress i den löpande tillsynen.

I detta avsnitt följer en kort sammanfattning av de olika tillsynsinsatserna, syftet är att ge en överblick av vilka tillsynsinsatser som genomförts inom projektets ram under åren 1998 och 1999 samt att kort beskriva de arbetssätt som använts. Underlaget till sammanfattningen är de projektplaner och rapporter över genomförd tillsyn som yrkesinspektionen utarbetat. För mer detaljerad beskrivning hänvisas till de olika delrapporterna. Se förteckning över rapporter. (bilaga 3).

*Yrkesinspektionen i Borås* (numera Göteborg) har genomfört ett omfattande tillsynsprojekt mot den kommunala äldre- och handikappomsorgen. Man har genomfört systeminspektioner i alla kommuner i dåvarande Älvsborgs- och Skaraborgs län (numera ingående i Västra Götalands län). Den använda tillsynsmetoden är en variant av den systeminspektionsmetod som utvecklats på yrkesinspektionen i Göteborg; benämnd SI-500. Systeminspektionerna inleds med en förberedande

kontakt med den högsta förvaltningsledningen. Därefter fortsätter inspektionerna med intervjuer med underställd personal, ofta yrkesgrupper, och vidare uppåt i hierarkin. Intervjuerna kompletteras med fysisk inspektion på enskilda arbetsplatser vid behov. Vid ett avslutande möte redovisas sedan de funna bristerna och vilka krav som kommer att ställas, för politiker och förvaltningsledning. Yrkesinspektionen i Borås hade initialt utarbetat frågelistor för att använda vid inspektionerna, senare övergick man till en form av halvstrukturerade intervjuer.

*Yrkesinspektionen i Falun* har genomfört tillsynen i flera olika delprojekt. Ett av delprojekten är den tillsyn som riktats mot s.k. LSS-verksamheter (verksamheter som drivs med stöd av Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade, som trädde i kraft 1994). Projektet kan beskrivas som ett pilot- och kartläggningsprojekt av dessa verksamheter med syfte att fånga upp olika arbetsmiljöproblem för yrkesgruppen personliga assistenter. Tillsynen inleddes med ett tillsynsmeddelande där kravet var att arbetsgivaren skulle svara på 14 enkätfrågor. Svaren följdes upp med inspektioner. Vid inspektionerna användes en checklista med sammanlagt 29 frågor/frågeområden.

Ett annat delprojekt har varit inriktat mot belastningsolycksfall. Inkomna anmälningar om inträffade belastningsolycksfall har returnerats till aktuell arbetsplats tillsammans med kravet att olyckan skulle utredas. Tillsammans med dessa pendelbrev har arbetsgivaren erhållit information om en möjlig analysmetod. Analysmetoden är en vidareutveckling av riskanalysmetoden ASA (ArbetsSäkerhetsAnalys), som yrkesinspektionen i Falun utvecklat tillsammans med upphovsmannen. Yrkesinspektionen gick senare igenom analysen tillsammans med arbetsgivaren och företrädare för de anställda.

Ett tredje delprojekt riktades mot vård och omsorg. Vid dessa inspektioner intresserade sig yrkesinspektionen främst för frågor om negativ stress. För att snabbt få en uppfattning om arbetsförhållandena användes en enkät som de anställda svarade på i samband med besöket. I denna projektdel besöktes även några vårdcentraler.

I ett fjärde delprojekt riktades tillsynen mot kommunernas särskilda boendeformer. Tillsynen omfattade områdena belastningsergonomi, negativ stress och internkontroll.

*Yrkesinspektionen i Göteborg* har genomfört stora systeminspektioner inom hälso- och sjukvården. Vid inspektionerna har systeminspektionsmetoden SI-500 använts. Vidare har inspektioner genomförts mot de kommunala omsorgsverksamheterna. Inspektionerna har genomförts inom den löpande tillsynen.

*Härnösandsdistriktet* hade uppmärksammat de angivna målområdena i tillsyn som genomförts innan VOO-projektet inleddes. Den tillsyn som bedrivits inom VOO-projektets ram är riktad mot tre stora sjukhuskliniker och mot målområdena negativ stress och belastningsergonomi samt internkontroll av arbetsmiljön. Tillsynen har genomförts i form av intervjuer med klinik-/områdeschefer och berörda fackliga organisationer. Ett frågeunderlag som utvecklats av yrkesinspektionen i Här-

nösand har använts vid inspektionerna. Efter det att inspektionerna genomförts kallade yrkesinspektionen till ett möte med såväl landstingspolitiker som landstingsledning. Vid mötet redovisades resultat av de i VOO-projektet ingående inspektionerna samt av tidigare genomförda inspektioner.

*Yrkesinspektionen i Linköping* har deltagit med fyra olika delprojekt.

I ett delprojekt riktades tillsynen mot frågor om hot och våld vid psykiatrikliniker, akutmottagningar och vårdcentraler. Arbetsmetoden har beskrivits som detaljinspektioner som kompletterats med systeminspektioner vid behov. Ett annat delprojekt har berört belastningsergonomi vid sjukhem och servicehus med tillhörande hemtjänstområden samt hygienutrymmen vid geriatrisk- och ortopedkliniker. I ett tredje delprojekt har man gjort uppföljningar av arbetsgivarens internkontroll av arbetsmiljön på sjukhuskliniker och i öppen hälso- och sjukvård. Vidare har man vid ett fjärde delprojekt inriktat tillsynen mot organisatoriska, psykologiska och sociala frågor i gruppboende.

Yrkesinspektionen i Linköping har genomfört flera tidigare projekt inom dessa områden och använde sina tidigare erfarenheter i tillsynen vid de nu beskrivna projekten.

*Yrkesinspektionen i Luleå* har haft två delprojekt. Det ena projektet är inriktat mot psykisk belastning för arbetsledare inom äldre- och handikappomsorgen. I inspektionerna ingår tre moment. Först träffar yrkesinspektionen första linjens arbetsledare vid en av deras ordinarie träffar. Vid detta möte används en skriftlig enkät, som skall besvaras enskilt av arbetsledarna. Enkäten sammanställs och därefter görs intervjuer med arbetsledare. Resultatet av enkätsammanställningen och intervjuerna redovisas vid sammankomst med den person som har det direkta ledningsansvaret för arbetsledarna. Enkätfrågorna kommer delvis från det s.k. PROSA-projektet och är anpassade för detta tillsynsprojekt av yrkesinspektionen i Luleå.

Det andra delprojektet är inriktat mot ryggolycksfall inom äldreomsorgen. I detta projekt används anmälda belastningsolycksfall som underlag för urval i tillsynen.

*Malmödistriktet* har riktat sin tillsyn mot kommunernas vård- och omsorg, samt mot entreprenörer inom samma områden. Tillsynen inriktades mot de prioriterade områdena belastningsergonomi och negativ stress samt lokaler och internkontroll av arbetsmiljön. Varje inspektörslag har planerat för sin egen tillsyn.

Olika tillsynsmetoder har använts i de olika lagen, allt från Makro-inspektioner (systeminspektionsmetod utvecklad på Malmö-distriktet) som omfattat hela kommuner till enstaka besök inom en verksamhet. Distriktet har använt checklistor med tillhörande ”nycklar” som har använts vid inspektionerna. Enkätunderlaget kommer från PROSA-projektet

*Yrkesinspektionen i Stockholm* har gjort inspektioner inom två olika områden nämligen sjukhuskliniker och sjukhusansluten hemsjukvård (SAH). Ett av målen med projektet var att utveckla en checklista för ergonomitillsynen samt att pröva

checklistan vid inspektioner. Även psykosociala arbetsmiljöfaktorer och frågor om arbetsgivarens internkontroll har tagits upp vid inspektionerna.

*Umeådistriktet* har genomfört tre rapporterade tillsynsaktiviteter. Ett av projekten är ett pilotprojekt där tre berörda myndigheter (Länsstyrelsen, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet och Yrkesinspektionen) genomfört tillsyn tillsammans. Tillsynen genomfördes på tre boende-enheter och en vårdcentral i Umeå kommun. Ett annat projekt riktades mot kommunernas äldreomsorgsverksamheter. Detta delprojekt hade inletts redan 1993, de inspektioner som nu genomförs är till övervägande delen uppföljningar av tidigare genomförda inspektioner. En tredje tillsynsinsats har genomförts mot hälso- och sjukvården. Tillsynen avser stora systeminspektioner. Yrkesinspektionen i Umeå har använt den systeminspektionsmetod som utvecklats på distriktet i samarbete med Umeå universitet, Projektstött Systeminspektion (PSI)

*Yrkesinspektionen i Växjö* har uppmärksammat första linjens arbetsledare inom kommunernas vård och omsorgsverksamheter i sin tillsyn. Tillsynen har varit inriktad mot såväl belastningsergonomi (främst data-arbetsplatser) som negativ stress. En cirkulärskrivelse med begäran om vissa förhandsuppgifter t.ex organisationsform och fördelning av ansvar i arbetsmiljöfrågor, skickades till förvaltningarna innan inspektionverksamheten inleddes. Ett förslag till en inspektionsmodell har utvecklats och en checklista att använda som inspektionsstöd har tagits fram av distriktet.

*Örebrodistriktet* har genomfört inspektioner mot de prioriterade områdena och verksamheterna inom den löpande tillsynen. Exempel på tillsynsinsatser är inspektioner inom primärvårdens vårdcentraler, inspektioner inom äldreomsorgen samt inspektioner inom LSS-verksamheter. Stora inspektioner har genomförts vid tre sjukhuskliniker. Vid dessa inspektioner har ett man utgått från ett validerat enkätformulär använts. Formuläret är vidareutvecklat av en av inspektörerna i samband med en universitetsutbildning.

Sammanfattningsvis har de flesta av de större tillsynsinsatserna som beskrivits i sammanfattande rapporter och som genomförts av yrkesinspektionen berört kommunernas äldre- och handikappomsorger och LSS-verksamheterna. En sammanställning över rapporterna finns i bilaga 4.

Totalt har närmare 2000 inspektioner genomförts inom projektet. Av Arbetarskyddsverkets samordnade arbetsställeregister framkommer att det varit en mycket kraftig ökning av antalet inspektioner inom vården och omsorgen mellan åren 1995 och 1999 (bilaga 5) Till exempel har Boråsdistriktet genomfört 460 inspektioner och 5 inspektörer har varit engagerade i projektet. Andra distrikt har lagt upp inspektionsverksamheten så att ett stort antal inspektörer engagerats i projektet. I Malmö har t.ex. 18 inspektörer med 305 inspektioner och i Växjö 10 inspektörer med 147 inspektioner varit engagerade. Det framgår också att krav ställda inom områdena belastningsergonomi, psykosociala frågor och internkontroll ökat mycket kraftigt.

### 3. Resultat

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av de inspektionsresultat som yrkesinspektionen beskrivit i sina projektrapporter, i inspektionsmeddelanden samt vid projektledningsgruppens besök på distriktet. Avsnittet är indelat i följande områden. Under punkterna 3.1 och 3.2 redovisas yrkesinspektionens fynd vad gäller de prioriterade områdena negativ stress och belastningsergonomi. Under punkt 3.3 redovisas särskilda yrkesgrupper som enligt yrkesinspektionens erfarenheter i stor utsträckning har särskilda risker på grund av stor arbetsmängd, oklar organisation, oklara förväntningar på arbetsinsats och bristande stöd. Under punkten 3.4 redovisas några verksamhetsformer där yrkesinspektionen inom projektets ram har genomfört ett antal inspektioner och där de genomförda inspektionerna visar att en större och mera sammanhållen tillsynsinsats kan vara aktuell för framtiden. Under punkten 3.5 redovisas konstaterade brister i arbetsgivarnas internkontroll av arbetsmiljön samt tänkbara orsaker till konstaterade brister.

#### 3.1 Psykosociala arbetsmiljöfaktorer

##### 3.1.1 Arbetsmängd

Alla YI-distrikt beskriver en kraftigt ökad arbetsmängd inom hela vård- och omsorgssektorn. Ökningen gäller samtliga yrkeskategorier med arbetsledare och sjuksköterskor i kommunal äldreomsorg som särskilt belastade grupper. Personalen uppger att de har fått alltmer att göra på grund av personalminskningar och fler arbetsuppgifter. De beskrivna konsekvenserna är svårigheter att leva upp till verksamhetsmålen och besvär i form av trötthet, stresssymptom och oro för felhandlingar.

Den stora arbetsmängden är en följd av tre allmänna förändringar inom vård- och omsorgssektorn. Dels har ÄDEL-reformen och det ökande antalet vårdbehövande äldre medfört större vårdtyngd inom såväl äldreomsorg som hemtjänst. Dels har fler administrativa uppgifter tillförts på grund av ändrade verksamhetsregler. Samtidigt har de besparingskrav som ställts i både kommuner och landsting medfört personalminskningar och mer platta organisationer. Inom äldreomsorgen har arbetsledare numera ansvar för mycket stora personalgrupper.

Yrkesinspektionen har ställt krav på arbetsgivarna att undersöka personalens fysiska och psykiska arbetsbelastning och bedöma om arbetsmängd och arbetsinnehåll står i överensstämmelse med gällande bemanning. Krav har i många fall ställts på signalsystem och fungerande rutiner för att systematiskt bedöma arbetsbelastningen, både för hela personalgrupper och enskilda individer. Krav har även ställts på rutiner för anpassning av bemanning och lokalutformning till vårdbehoven. Vidare har i flera fall ställts krav på rutiner för att kunna prioritera arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning.

### 3.1.2 Arbetsinnehåll

Arbetsinnehållet i äldreården har förändrats avsevärt genom ÅDEL-reformen och det ökande antalet äldre i samhället. De som flyttar till särskilda boendeformer har blivit allt äldre och mer vårdbehövande. Äldreomsorgen har därmed blivit alltmer präglad av sjukvård, samtidigt med att nya grupper med t ex psykiska sjukdomstillstånd och demens har tillförts. Även hemtjänsten som tidigare i huvudsak varit serviceinriktad, är nu i första hand inriktad på omvårdnad och sjukvårdsinsatser.

Detta har inneburit nya arbetsuppgifter, nya krav på kunskaper och utökat ansvar för undersköterskor och vårdbiträden. En ny yrkesgrupp har tillkommit, de personliga assistenterna.

Förändringarna har medfört ökade krav och förväntningar på omsorgspersonalen från både äldre och anhöriga och från politiker. Samtidigt har personalens möjligheter att själv påverka sin arbetssituation minskat genom den ökade arbetsmängden och de stora personalgrupperna. De konsekvensbedömningar som gjorts har i allmänhet gällt enbart vårdtagares situation och sällan beaktat de konsekvenser för personalens arbetssituation, som förändringarna medfört.

Den ökade arbetsbelastningen inom hälso- och sjukården visar sig i en kraftig ökning av arbetssjukdomar orsakade av organisatoriska eller sociala faktorer. Särskilt de arbetssjukdomar som krävt mer än 14 dagars sjukfrånvaro har ökat mycket kraftigt enligt Arbetarskyddsstyrelsens statistik (bilaga 6).

Yrkesinspektionen har ställt krav på undersökning av kompetensbehoven och på åtgärder för att fylla de funna kompetensbristerna, bl a stöd i form av arbets- och handledning. Vidare har krav ställts på fungerande rutiner för internkontroll och på konsekvensanalyser av arbetsmiljöförhållanden efter genomförda omorganiseringar.

### 3.1.3 Tillgång till stöd och handledning

Genom de stora personalgrupperna inom den kommunala omsorgen är stödet från arbetsledningen i allmänhet mycket bristfälligt. Flera distrikt rapporterar att arbetsledare med fullt omvårdnads-, personal- och budgetansvar har mellan 50 och 90 underställda. Det förekommer arbetsledare som har personalansvar för 160 personer. Den personalstödjande delen av arbetsledningen är på dessa arbetsplatser kraftigt eftersatt liksom bevakningen av arbetsmiljöfrågorna. S k självstyrande grupper har vidare införts på många håll. Detta ökar den psykiska arbetsbelastningen för den underställda personalen.

Handledning förekommer i mycket begränsad omfattning. Sjuksköterskor har oftast svårt att hinna med att handleda övrig omvårdnadspersonal på den egna arbetsbördan. Endast ett fåtal kommuner har inventerat och analyserat personalens behov av handledning. Omsorgspersonalens utbildning är dessutom på många håll

otillräcklig i förhållande till verksamhetsbehoven. Många saknar t ex utbildning för vård av dementa och psykiskt sjuka.

### **3.1.4 Hot- och våldssituationer**

Hot och våld har blivit ett alltmer uppmärksammat arbetsmiljöproblem både inom psykiatrisk öppenvård och inom kommunal omsorg i och med att grupper med psykiska funktionsstörningar har tillkommit. Drygt hälften av alla anmälda arbets-skador som uppkommit genom våld inträffar inom vården, där äldreomsorgen är ett högriskområde.

Omsorgspersonalens utbildning för att möta detta är på många håll bristfällig. Vidare är de handlingsplaner mot hot och våld som ofta finns centralt i kommunerna inte kända i verksamheterna och inte anpassade till riskerna vid de olika arbetsplatserna. Kartläggning av hot- och våldsrisker sker i allmänhet inte systematiskt och kontinuerligt. Personalen anmäler inte heller alla händelser och incidenter, ibland p g a rädsla för att detta kan slå tillbaka mot vårdtagarna.

### **3.1.5 Ensamarbete**

Ensamarbete är vanligt förekommande i omsorgsverksamhet, framför allt nattetid. Det förekommer både inom de särskilda boendeformerna och inom hemvården. Den psykiska belastning detta medför har ökat genom de svårigheter att rekrytera sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal, som förekommer i flertalet kommuner.

Yrkesinspektionen har ställt krav på riktlinjer för ensamarbete och för hur arbetsuppgifterna skall prioriteras vid ensamarbete.

## **3. 2 Belastningsergonomiska arbetsmiljöfaktorer**

De brister som identifierats domineras helt av dem som hör samman med omvårdnad av vårdtagare då vårdgivarna hjälper till med förflyttningar och lägesändringar i sängen samt förflyttningar till och i toalett- och hygienrum. Ett annat område som uppmärksammas men i mindre utsträckning hör samman med datoranvändning. Dessutom har några andra företeelser observerats t.ex. att omorganisationer och nedskärningar har medfört att vårdpersonal sköter även transporter, rengöring av sängar och ibland även matlagning utan att bemanningen ökat i motsvarande grad vilket gör att den totala fysiska belastningen har ökat och tiden för återhämtning har minskat.

Att brister i datoranvändningen fått mindre uppmärksamhet behöver inte betyda att de ergonomiska problemen med datoranvändning är mindre i vården än på andra ställen i arbetslivet. Det kan förhålla sig så att de ergonomiska bristerna i samband med omvårdnad är så dominerande att vårdpersonalen inte uppfattar att det finns brister också vid bildskärmsarbetet.

De föreskrifter som rör ergonomiska brister i vård och omsorg återfinns i ”Belastningsergonomi AFS 1998:1”, ”Omvårdnadsarbete i enskilt hem AFS 1990:18” och ”Arbetslokaler AFS 1995:3”. Då projektet inleddes gällde fortfarande föreskrifterna i ”Arbetsställningar och Arbetsrörelser AFS 1983:6” som den 1 juli 1998 ersattes av AFS 1998:1. De föreskrifter som rör arbete vid bildskärm återfinns i ”Arbete vid bildskärm AFS 1998:5” (före i april 1999, AFS 1992:14).

I AFS 1998:1 förtydligades i föreskrifterna på flera sätt vad som gäller vid omvårdnad av personer. I tredje paragrafen står t.ex. uttryckligen att personförflyttningar som kräver kraftutövning skall ordnas på ett sådant sätt att arbetstagarna inte utsätts för hälsofarliga eller onödigt tröttande belastningar.

Av den modell för bedömning av lyft, som återfinns i föreskrifterna, kan man dra slutsatsen att om man ensam, utan tekniska hjälpmedel, lyfter en vuxen person överskrider man alltid gränsen för ett riskfritt lyft.

I kommentardelen finns förtydligat faktorer som har betydelse för att komma tillrätta med de belastningsergonomiska risker som finns vid omvårdnad. Där nämns rymliga och välplanerade lokaler, ändamålsenlig och lättillgänglig utrustning, att vårdpersonalen har god arbetsteknik och kan samverka med varandra och med vårdtagarna på ett bra sätt, vikten av god personalplanering och tillräcklig bemanning, att lokalerna inte nyttjas över den kapacitet de är planerade för, instruktion och träning i tillräcklig omfattning samt inte minst tillräckligt med tid för uppgifterna. I föreskriftens kommentardel anges också att om dessa förutsättningar är uppfyllda behöver manuella lyft av personer normalt inte förekomma inom vård och omsorg; det går att förflytta personer utan att lyfta dem.

De belastningsergonomiska problemen skiljer sig åt i omfattning men inte till karaktär mellan sjukhusvård, omvårdnad i särskilda boenden och i enskilda hem. Även om brister i sjukhusvården i detta projekt inte sammanställts i rapportform i samma utsträckning som för omsorgen framgår att problemen är störst i de särskilda boendena och i de enskilda hemmen.

Nedan följer en sammanställning av vanliga risker och brister som yrkesinspektionen funnit och exempel på krav som ställts utifrån de funna bristerna.

### **3.2.1 Lokaler**

Så gott som alla distrikt har anmärkt på för trånga toalettutrymmen vilket gör att arbetstagarna får arbeta i vridna och böjda arbetsställningar under samtidig kraftutövning. Detta är vanligare förekommande i omsorg och handikappvård men det finns fortfarande trånga toalett- och hygienutrymmen inom sjukhusvården och då särskilt vid äldre sjukhus. Det är anmärkningsvärt att det fortfarande 8 år efter ÅDEL-reformen, i en del kommuner förekommer särskilda boenden med toalettutrymmen som inte är anpassade till det faktiska hjälp- och omvårdnadsbehov som existerar.

Det förkommer att vårdssalar i den slutna vården inte uppfyller de krav på fritt utrymme på båda sidor om sängen som behövs för att kunna utföra vårduppgifter på ett för kroppen skonsamt sätt.

Ett mycket vanligt problem är bristande utrymme vid vård i enskilda hem. Platsbristen i sjukhusvården gör att vårdtagare med stora hjälpbehov skrivs ut till hemmen. Biståndshandläggaren bedömer enbart vårdtagarens behov av hjälp och assistans och har inget arbetsmiljöansvar. Arbetsledaren i hemtjänsten hinner vanligen inte göra någon arbetsmiljöbedömning i de situationerna. Det är också vanligt att arbetsledarna är omedvetna om att de har ett sådant ansvar. Det tillhör undantagen att förvaltningar har klargjort att vård i hemmet inte är möjlig av arbetsmiljöskäl. Sådana skäl kan t.ex. vara brist på utrymme.

### **3.2.2 Utrustning**

Flera distrikt påpekar att det saknas lyfthjälpmedel och annan utrustning. Det gäller på sina ställen även sjukhusvården och är vanligt i omsorgen och de särskilda boendena. I omsorgen och de särskilda boendena påpekas från flera distrikt bristande rutiner och långa väntetider när behov av t.ex. lyfthjälpmedel eller höj- och sänkbara sängar uppstår. Det förekommer att flera avdelningar, t.o.m. då de är belägna på olika plan, delar på lyfthjälpmedel.

Yrkesinspektionen har på flera håll ställt krav på rutiner för underhåll då man funnit lyftar och sängar som inte fungerat.

Behoven av hjälpmedel kan förändras fort. När vårdtagare kommer tillbaka till boendet efter en sjukhusvistelse så kan behovet av lyfthjälpmedel eller annan utrustning ha förändrats utan att hemkomsten förberetts med att införskaffa de hjälpmedel som behövts eller man har gett personalen arbetsinstruktioner om hur arbetet med vårdtagaren ska bedrivas under de nya förutsättningarna. Det finns uppgifter om att personer hunnit skada sig innan hjälpmedel är på plats. T.o.m. årslånga väntetider har rapporterats.

### **3.2.3 Arbetsteknik, samverkan, instruktion och träning**

En brist som påtalas mycket ofta från distrikten är att arbetstagarna saknar kunskaper och färdigheter i god arbetsteknik. Det är inte ovanligt att vikarier som helt saknar kunskaper i arbetsteknik anlitas. Träningen upprepas alltför sällan och intervall på flera år har rapporterats. Yrkesinspektionen efterlyser rutiner för inventering av personalens kunskaper och för att säkerställa att kunskaperna hålls aktuella. Det finns undantag där förvaltningar har regelbundna utbildningar med t.ex. fortlöpande utbildning för ryggombud.

Alltför ofta saknas preciserade kunskaper och färdigheter i god arbetsteknik i de specifika och aktuella förflyttningssituationer man har på arbetsplatsen. Det är, särskilt i hemtjänsten, vanligt förekommande att personalen inte fått tillräckliga instruktioner om vilken specifik lyft- och förflyttningsteknik som kan användas hos den enskilde vårdtagaren.

### 3.2.4 Personalplanering, bemanning och tid

Yrkesinspektionen har registrerat en del rårider brist på balans mellan arbetsuppgifter och bemanning och att det saknas metoder för att systematiskt följa arbetsbelastningen.

Man saknar vidare rutiner för anpassning av vårddyngden i förhållande till bemanning och lokalernas utformning och konstaterar att vårddyngdsmätningar och riskanalyser behöver utvecklas för att tillsätta de resurser som verksamheten kräver. I den situation som råder har man ställt krav på rutiner för prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning.

Yrkesinspektionen bedömer att stress och tidspress i arbetet ökar personalens ”riskbeteende” i samband med förflyttningssituationer. Exempelvis kan tidsbrist göra att den metodik och de instruktioner som finns inte tillämpas eller att det inte finns tid att vänta på en arbetskamrat som kan vara behjälplig i förflyttningssituationen.

Bemanningsituationen under särskilt kvällar och helger rapporteras medföra att det är svårt eller omöjligt för tjänstgörande personal att hjälpa varandra i förflyttningssituationer.

Vid inspektionsbesök har framkommit att det i vissa delar av vården och omsorgen är relativt vanligt att arbetstagare måste utföra lyft och förflyttningar av vårdtagare ensamma och utan hjälpmedel.

### 3.2.5 Lokalutnyttjande

Det är vanligt, särskilt i överbeläggningssituationer, att sängar placeras på ett sådant sätt som lokalerna inte planerats för t.ex. genom att korridorer och behandlingsrum tas i anspråk. Krav har ställts från yrkesinspektionen på systematisk riskanalys avseende belastningsergonomiska risker för de platser som utnyttjas för placering av sängar. Arbetsgivaren skall sedan utifrån resultaten från riskanalysen bestämma var det går att placera sängar så att personalen kan hjälpa vårdtagarna utan att behöva riskera skador av påfrestande arbetsställningar.

Det finns också exempel på krav gentemot arbetsgivaren att planera, organisera och leda arbetet på ett sådant sätt att alla de patienter som läggs in vid klinikkens vårdavdelningar, placeras på ett för ändamålet avsett vådrum. Arbetsgivaren ålades att organisera arbetet så att det inte ens tillfälligt, var nödvändigt att placera sängar i korridorer, på expeditioner, i behandlingsrum, i bad-/dusch-utrymmen eller i dagrum.

### 3.2.6 Vårdmål och Arbetsmiljölagen

Man har också rapporterat intressekonflikter vad gäller vårdmål och arbetsmiljö så att rehabiliteringspersonal hindrar vårdpersonal att använda lyfthjälpmiddel med följd att riskfyllda situationer uppstår

I rehabiliteringssyfte kan rehabiliteringspersonal ordinera att personalen skall gångträna vårdtagaren i naturliga förflyttningssituationer i vardagen. Den många gånger begränsade bemanningen medför att personalen utför sådan träning under stress och tidspress. I stället för att låta vårdtagaren göra en tidskrävande förflyttning själv så ingriper personalen och utför förflyttningen av vårdtagaren på ett sådant sätt att de utsätter sig för direkta belastningsskaderisker. Det är viktigt att klargöra vem som har arbetsmiljöansvaret, att den personen tar det ansvaret i diskussioner som kan uppstå med rehabiliteringspersonalen och gör en korrekt avvägning mellan vårdmål och arbetsmiljökrav.

### **3.2.7 Datoranvändning**

Datoriseringen är utbredd inom vården. Datorarbetsplatserna har inte anpassats till denna utveckling. Stora brister beträffande bildskärmars och tangentbords placering har kunnat konstateras. Ofta har de placerats in där bildskärm och tangentbord precis ryms vilket medför att arbetsplatsen blir för grund och smal och det saknas utrymme för datormus och avlastning av armar och händer. På vissa sjukhus har t.ex. medicinvagnar utrustats med portföljdatorer, placerade ovanpå vagnarna.

### **3.2.8 Övrigt**

Ändrad verksamhet och ändrade behandlingsmetoder med utrymmeskrävande teknisk utrustning som placerats i gamla lokaler medför att arbetstagarna arbetar i obekväma arbetsställningar.

Dålig förståelse mellan yrkesgrupper kan resultera i att hjälpmedel inte används trots att de finns tillgängliga.

Exempel på arbetsuppgifter som tillförts vårdpersonalen är källsortering, tvätt-säcktransport och sängtvätt. Det är bra med varierade arbetsuppgifter men de bör vara av varierad belastningsgrad. Vårdpersonal borde snarare tillföras arbetsuppgifter med lägre belastning t.ex. i sittande arbetsställning.

## **3.3 Särskilda personalgrupper**

Yrkesinspektionen har kunnat konstatera att det är vanligt förekommande att personalgrupper inom de inspekterade verksamhetsområdena uppgett att arbetsmängden ökat och att det är svårt att hinna med de definierade arbetsuppgifterna inom utsatt tid. Det finns personalgrupper som skiljer sig från övriga då de förutom stor arbetsmängd också har ett stort ansvar att under tidspress fatta viktiga beslut som rör vårdtagare, personal eller ekonomiska frågor.

Inom projektets ram har yrkesinspektionen konstaterat att särskilt arbetsledare och sjuksköterskor inom kommunal omsorg har extremt hög arbetsbelastning. Vid tidigare genomförda tillsynsprojekt har yrkesinspektionen konstaterat att läkare i olika verksamheter och på olika nivåer har en arbetssituation som innebär att de

inte hinner med sitt arbetet inom utsatt tid och att de ofta skall fatta snabba beslut som rör människors liv och hälsa under extrem tidspress.

### **3.3.1 Arbetsledare i kommunala omsorgsverksamheter**

Med arbetsledare menas här den chefskategori som arbetar närmast omsorgsverksamheterna och som har det direkta arbetsledaransvaret för vård- och omsorgspersonalen. Flera distrikt har intresserat sig för arbetsledarna inom de kommunala omsorgerna. Trots att organisationerna ser olika ut och att antalet underställda varierar beskrivs stor arbetsmängd i förhållande till tillgänglig tid som ett gemensamt problem för arbetsledarna. Många arbetsledare har stora chefsområden, i s.k. platta organisationer förekommer det att arbetsledare har upp till 160 underställda. Under sig har de då självstyrande grupper, men i dessa grupper är det inte vanligt att det finns någon med personalansvar utan detta ansvar ligger hos arbetsledarna. Stora chefsområden förekommer i förvaltningar där det finns s.k. beställarutförarorganisation (biståndsbedömningen utförs av tjänstemän i stabsfunktion, medan linjeorganisationen har att leverera de tjänster som beställts). Det vanligaste är dock att arbetsledare har 50-90 underställda. Till detta kommer kontakter med vårdtagare och anhöriga.

Ett annat problem för arbetsledarna inom omsorgerna är att rekrytera vikarier vid semester- och sjukfrånvaro (ansvaret för att ringa in vikarier ligger ibland på de självstyrande grupperna), många arbetsledare lägger ned mycket kraft och tid på att anskaffa ersättare vid frånvaro. De personalvårdande uppgifterna som att ge råd och stöd eller att genomföra medarbetarsamtal är ofta svåra att hinna med. Återkommande omorganisationer medför merarbete och oro i organisationerna, ofta har omorganisationerna också medfört ökade administrativa uppgifter. Ett problem är att arbetsledarna har enmansfunktioner, vilket innebär att de inte har några ställföreträdare och att ingen vikarie går in vid sjukfrånvaro eller annan ledighet. Förutom den ökande andelen vårdtagare med sjukvårdsbehov har nya kategorier av omsorgstagare kommit till genom politiska beslut, det är inte alltid som kompetensen hinner utvecklas innan en vårdreform skall genomföras, exempel på nya omsorgstagargrupper är personer med psykiatrisk diagnos, psykiskt handikappade samt att antalet missbrukare i öppen vård har ökat.

### **3.3.2 Sjuksköterskor inom kommunala omsorgsverksamheter**

Inom kommunernas äldreomsorg har yrkesinspektionen kunnat konstatera att sjuksköterskorna är en personalgrupp som har särskilda problem i sin yrkesutövning bland annat på grund av att det ofta är otydligt hur det medicinska ansvaret förhåller sig till linjeorganisationen i övrigt. I samband med att hemsjukvården och sjukhemsvården fördes över till kommunerna blev kommunerna ansvariga för sjukvården inom dessa vårdformer och kommunerna blev huvudmän för nya yrkesgrupper. För många kommuner har det varit svårt att integrera den medicinska och den sociala kompetensen i verksamheterna vilket lett till otydliga beslutsvägar och oklar rollfördelning. Det är inte ovanligt att det förekommer konflikter mellan olika yrkesgrupper t.ex. mellan sjuksköterskor och hemtjänstassistenter (motsvarande) på grund av organisatoriska oklarheter.

De senaste årens utveckling av åldersstrukturen hos befolkningen tillsammans med de medicinska framstegen gör att allt fler diagnoser kan behandlas allt högre upp i åldrarna, samtidigt har vårdtiderna inom slutenvården blivit kortare. Allt färre sjuksköterskor skall ansvara för den medicinska vården av allt fler och allt sjukare vårdtagare. Sjuksköterskorna har svårt att hinna handleda övrig omvårdnadspersonal i medicinska frågor. Det kärva rekryteringsläget som råder i stora delar av landet leder dessutom till att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor till såväl nyinrättade tjänster som till vikariat vid sjuk- eller semesterfrånvaro vilket gör att problemet är svårhanterligt för kommunerna. Resultatet blir att sjuksköterskorna i många kommuner har en stor arbetsmängd. En konsekvens av detta är i sin tur att många oroar sig för felhandlingar och för att bli anmälda till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

### 3.3.3 Läkarsekreterare, läkare

*Läkarsekreterarnas* arbetsmiljö har i någon mån uppmärksammats inom projektet. Deras arbete har förändrats genom datoriseringen. Ett problem är att antalet läkarsekreterare minskats då man antagit att datoriseringen skulle medföra rationaliseringsvinster. I själva verket har deras arbete ofta komplicerats på grund av dåligt fungerande datasystem och dåligt utvecklade programvara.

*Läkarnas* arbetsmiljö inom primärvården har uppmärksammats inom ramen för VOO projekt. Yrkesinspektionen har genom intervjuer med läkare kunnat konstatera att den psykiska arbetsbelastningen är hög och att det är svårt för dem att hinna med de ålagda arbetsuppgifterna inom rimlig tid. Läkarnas arbetsförhållanden har emellertid fått relativt liten uppmärksamhet inom ramen för VOO-projektet. Genom att flera distrikt tidigare haft tillsynsprojekt där de särskilt uppmärksammat läkarnas arbetsförhållanden har vi ändå en god kännedom om läget.

Yrkesinspektionen i Härnösands distrikt genomförde en enkätundersökning av läkarnas arbetsmiljö i november 1996. Genom enkätundersökningen kunde yrkesinspektionen konstatera att det fanns en tydlig riskgrupp med för höga krav och för liten kontrollmöjlighet. Gruppen bestod av ungefär 25 % av de läkare som besvarat enkäten. Man kunde inte urskilja något säkert mönster utan läkare i riskzonen fanns inom olika verksamheter. Man kunde inte heller se några tydliga skillnader mellan könen.

Yrkesinspektionen i Växjö genomförde 1998 en omfattande intervjuundersökning, då läkares arbetsmiljö i Blekinge och Småland kartlades. Bland resultaten kan noteras att 128 av 138 intervjuade läkare uppgav att de inte hann med sina ålagda arbetsuppgifter inom den tilldelade arbetstiden. Vad gäller möjligheterna att påverka och planera det egna arbetet ansåg 53 av de intervjuade läkarna att de sällan eller aldrig hade möjlighet till detta, 27 ansåg att de hade möjlighet att påverka arbetet ibland. Ungefär 77 % av de intervjuade läkarna har otillräcklighetskänslor och tycker inte att de har möjlighet att utföra ett fullgott arbete.

Yrkesinspektionen i Göteborg har genomfört flera stora systeminspektioner inom den slutna

Hälso- och sjukvården under 1998 och 1999. Från dessa inspektioner rapporterar yrkesinspektionen att läkargruppen är en yrkesgrupp, som är mycket utsatt för arbetsmiljöfaktorer som kan framkalla negativ stress. Exempel på faktorer som iakttagits är utanförskap, stor arbetsmängd och bristande kontroll över den egna arbetssituationen.

Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten från undersökningarna pekar mot att läkarnas psykosociala arbetsmiljö inte är bättre än övriga yrkesgruppers.

### **3.3.4 Yrkesgrupper som inte uppmärksammats...**

Yrkesgrupper som inte uppmärksammats systematiskt eller i någon större omfattning inom projekten är sådana yrkesgrupper som inte är så stora och som ofta arbetar utanför linjeorganisationen och som på olika sätt utgör stödfunktioner till den rena vård- och omsorgspersonalen. Exempel på sådana yrkesgrupper är psykologer, kuratorer, sjukgymnaster, vaktmästare, receptionister m.fl. yrkesgrupper.

## **3.4 Övriga verksamhetsanknutna frågor**

Flera av de genomförda tillsynsinsatserna berör kommunal äldre- och handikappomsorg.

Verksamheter, organisationsformer och brister i såväl konkreta arbetsmiljöfrågor som i deras internkontroll av arbetsmiljön är väl beskrivna i flera rapporter, vilket förklarar att även denna sammanfattande rapport mest beskriver arbetsmiljön i den kommunala äldre- och handikappomsorgen..

Även de s.k. LSS verksamheterna är väl beskrivna. I flera andra verksamheter som inspekterats inom projektets ram och där det inte genomförts så stort antal inspektioner finns det indikationer som tyder på allvarliga brister i arbetsmiljön. I detta avsnitt görs en sammanfattning av de verksamheter där det inom ramen för detta projekt gjorts inspektioner och där det kan behövas ytterligare insatser bl.a. för att inhämta mer kunskaper om verksamhetsformerna, hur de är organiserade och hur arbetsmiljöfrågorna hanteras.

Yrkesinspektionen i Stockholm har uppmärksammat *sjukhusanknuten hemsjukvård* (SAH), som är en verksamhetsform som är relativt ny och som verkar öka i omfattning. Verksamhetsformen innebär att personal som tillhör en specialklinik ger medicinsk vård i hemmet till vårdtagare som inte är medicinskt färdigbehandlade men som skrivits ut från kliniken. Personalgruppen är särskilt utsatt för belastningsergonomiska risker då de har en omfattande utrustning att transportera, särskilt i Stockholm kan det vara svårt att hitta parkeringsplatser inom rimligt avstånd till den adress som skall besökas. Utrustning och utrymmen hos de enskilda vårdtagarna är inte alltid anpassad till de arbetsmoment som utförs, vilket kan medföra belastningsergonomiska risker. Personalen är också utsatt för särskilda risker för hot och våld då de rör sig ensamma under hela dygnet i trappuppgångar och andra utrymmen med medicinväskor m.m. som kan vara intressanta att vilja komma åt för vissa grupper.

Inom *primärvården* har vårdcentraler besökts av ett par distrikt. Bakgrunden är att det kommit signaler om att arbetsförhållandena är påfrestande för personalen. Även primärvården har fått förändrade arbetsförhållanden på grund av de vårdreformer som genomförts och andra vårdformers omorganisationer påverkar arbetsförhållandena. Yrkesinspektionen i Falun har beskrivit följande faktorer som stressframkallande inom primärvården:

- Orimlig arbetsmängd i förhållande till arbetstiden
- Svårigheter att leva upp till de målsättningar och krav som ställs på verksamheten
- Ökade krav från patienter och anhöriga
- Ökade krav och förväntningar från politiskt håll
- Små möjligheter att själva påverka arbetssituationen

Situationen är densamma för alla personalgrupper inom primärvården.

*Sjukhuskliniker* har besökts av flera distrikt. Upprepade omorganisationer är en faktor som skapar oro och otrygghet i anställningen. Inom sjukhusklinikerna har en omfattande omorganisation genomförts när underskötersketjänster konverterats till sjukskötersketjänster. Stödfunktioner till linjeorganisationen har försvunnit eller minskat i syfte att kostnads-effektivisera verksamheten. Exempel på sådana stödfunktioner som minskat eller försvunnit helt är bäddcentraler, badavdelningar, vaktmästarfunktioner, kuratorsverksamhet, sjukgymnastisk verksamhet m.fl. De uppgifter som sköts av dessa funktioner har inte försvunnit utan sköts av omvårdnadspersonal på avdelningarna. Den rådande bristen på vårdplatser medför överbeläggningar och merarbete för läkarna då de skall lägga in patienter. Det råder brist på vissa personalgrupper i hela landet. Exempel på läkarspecialister som det råder brist på är röntgenläkare, anestesiläkare och psykiatriläkare. Det är också svårt att rekrytera sjuksköterskor i hela landet.

*LSS-verksamheterna* är nya verksamheter som uppstod då Lag om Stöd och Service till vissa funktionshindrade trädde i kraft 1994. Samtidigt uppstod en ny yrkesgrupp, nämligen de personliga assistenterna. Verksamheterna drivs mestadels i kommunal regi, men det finns också kooperativ som driver sådan verksamhet. Lagen medger också att förmånstagaren anställer personliga assistenter och är arbetsgivare för dem. När en arbetstagar arbetar i arbetsgivarens hem gäller inte Arbetsmiljölagen utan Lag om arbetstider m.m. i husligt arbete från 1970. Kraven i denna lag skiljer sig något från kraven i Arbetsmiljölagen. När det gäller tillsynen är det svårare att inspektera och att nå arbetsgivaren (jämför omvårdnadsarbete i enskilt hem). Särskilt svårt kan det bli om det uppstår konflikter mellan arbetsgivare och arbetstagar. De speciella förhållandena som råder inom dessa verksamheter ledde till att det skedde en ”avknoppning” inom VOO-projektet och att LSS-projektet blev ett eget projekt.

Denna projektdel fortsätter under år 2000 och kommer att avrapporteras när projektet är genomfört. Yrkesinspektionen i Falun har genomfört ett stort antal inspektioner och kartlagt de olika organisationsformerna. Såväl resultatet av inspektionerna som organisationsformerna finns beskrivna i en rapport från distriktet.

### 3.5 Internkontroll

Yrkesinspektionen har kunnat konstatera ett antal övergripande frågor som är relaterade till brister i verksamheternas internkontroll av arbetsmiljön och som medför att verksamheterna får bristfälliga underlag för sina beslut vad gäller åtgärder för att förbättra arbetsmiljön.

Vanligast är bristande kunskaper om kraven i arbetsmiljölagstiftningen och bristande kunskaper om vilka faktorer i arbetsmiljön som kan orsaka ohälsa eller olycksfall.

Det är också vanligt att chefer och arbetsledare inte känner till att de olika lagstiftningar som styr verksamheterna gäller parallellt. I stället är det en vanlig uppfattning att socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdslagens krav på vårdtagarens integritet och självbestämmande står över arbetsmiljölagens krav på en tillfredsställande arbetsmiljö för de anställda.

Det saknas ofta mål för arbetsmiljöarbetet. Det är också vanligt att organisationer som har angivit mål för arbetsmiljöarbetet inte lyckats föra ut dem i verksamheterna så att underställda chefer och anställda känner till dem.

Det är vanligt förekommande att chefer är oklara på vilket ansvar de har i arbetsmiljöfrågor. De tvingas genom de offentliga besparingskraven att prioritera budgetmålen så starkt att dessa skymmer såväl verksamhetsmål som arbetsmiljömål.

Inom såväl omsorgerna som hälso- och sjukvården har det genomförts ett stort antal omorganisationer av olika skäl. I samband med förändringar i verksamheterna är det vanligt att konsekvensbedömningar inte analyserar förändringarna i arbetsmiljön.

När omorganisationer planeras är det ovanligt att man också planerar för hur man skall följa upp vilka konsekvenser för arbetsmiljön förändringarna har medfört.

Ohälsa och olycksfall utreds inte konsekvent och i tid. En vanlig brist är att man väntar för länge innan man utreder klagomål på arbetsmiljön. Signalsystemen är inte systematiska och genomtänkta vilket gör att de signaler som ändå kommer fram riskerar att feltolkas och uppfattas som allmänt missnöje snarare än konkreta brister i verksamheten.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de inspekterade verksamhetsområdena fått många krav på att förbättra sin internkontroll av arbetsmiljön. Yrkesinspektionen har noterat ett antal omständigheter som kan utgöra en förklaring till att det interna arbetsmiljöarbetet fungerar så bristfälligt som det tycks göra. Exempel på sådana omständigheter är:

- Ofta förekommande omorganisationer, där frågor om hur arbetsmiljöarbetet skall bedrivas har låg prioritet.
- Vissa organisationsformer; exempel på organisationsformer där arbetsmiljöarbetet fungerar bristfälligt är s.k. platta organisationer, med låg chefstäthet och ett stort antal underställda. Här har yrkesinspektionen noterat att avstånden

mellan de olika nivåerna i organisationen ökar. Det blir färre kontakter mellan de olika nivåerna oftast på grund av tidsbrist.

- Så kallad tudelad förvaltning inom kommunernas äldreomsorger är en annan organisationsform där yrkesinspektionen noterat att arbetsmiljöfrågorna ofta blir eftersatta. Tudelad förvaltning innebär att biståndsbedömningen görs av tjänstemän i stabsfunktion medan linjeorganisationen skall leverera de beställda tjänsterna. I sådana organisationer är det vanligt förekommande att en systematisk bedömning av arbetsförhållandena för de anställda helt uteblir då ingen tilldelats det formella ansvaret.
- Chefer och arbetsledare har bristande kunskaper när det gäller arbetsmiljöfrågor. De känner i allt för liten utsträckning till arbetsmiljöreglerna och deras innehåll. Det är vanligt att risker på grund av brister i arbetsmiljön underskattas. Även de fackliga företrädarna är sämre informerade nu än förr, vilket gör att den roll som kravställare och pådrivare som de tidigare fyllt har tunnats ut. Det förekommer att fackliga företrädare (arbetsplatsombud) inte har klart för sig att de samtidigt också är skyddsombud.

## 4. Yrkesinspektionens synpunkter på projektet

Vid projektplaneringen var utgångspunkten att varje yrkesinspektionsdistrikt skulle utgå från sin egen planering när det gällde det egna distriktets medverkan i projektet. Varje yrkesinspektionsdistrikt skulle avgöra vilka verksamheter inom vård och omsorg man skulle rikta sin tillsyn emot. Vidare skulle varje yrkesinspektionsdistrikt avgöra vilka resurser man ville avsätta för tillsynen samt vilka arbetsformer man ville tillämpa. Däremot skulle tillsynen riktas mot de prioriterade områdena negativ stress och belastningsergonomi eller endera av dem beroende på vad som varje enskilt distrikt bedömde som angeläget utifrån val av tillsynsområde och vilken tillsyn som tidigare förkommit.

Syftet med tillsynen skulle vara att bidra till att uppnå målområdena för negativ stress och belastningsergonomi i VP 97-99 genom att intensifiera tillsynen. Den centrala projektledningens roll skulle vara att samordna, följa och stödja yrkesinspektionens insatser. Vidare skulle den centrala projektledningsgruppen anordna mötesarenor för erfarenhetsutbyte och främja kontakter mellan distrikten. Det var en medveten strategi från projektledningsgruppens sida att välja en arbetsmetod som innebar en mjuk styrning, ett av skälen för detta var att underlätta för distriktet att delta utifrån sin egen planering, ett annat skäl var att ”låta tusen blommor blomma” och man därigenom skulle kunna dra nytta av varandras erfarenheter.

I samband med besök på några av distrikten har den centrala projektledningsgruppen försökt fånga de olika distriktens och projektdeltagarnas åsikter om olika delar av projektet. Besök har genomförts på sex distrikt medan två distrikt har fått frågorna och diskuterat i inspektörsgruppen innan de avgett sina svar. Två distrikt har inte delgivit några åsikter av olika skäl t.ex. att projektgruppen hade upplösts och inte hade bokat in fler träffar. Följande frågeställningar har diskuterats:

- synpunkter på projektarbetsformerna
- om kravställandet förändrats i någon riktning
- vad som kunde gjorts bättre i projektet

### 4.1 Synpunkter på styrformen och projektarbetsformen

Det har framkommit olika åsikter om projektarbetsformen/styrformen. Några distrikt har sagt att en hårdare styrning kunde ha inneburit att man inte kunnat delta, då distriktens egen planering var fastlagd när VOO-projektet presenterades. Något distrikt har uppfattat projektarbetsformen som mycket positiv och menat att den egna kreativiteten uppmuntrats. Någon har sagt att det är en fördel med friheten att utforma detaljerna i tillsynen efter det egna distriktets behov mot bakgrunden att distriktet är olika sinsemellan och att man är i olika fas i tillsynen.

Två distrikt har varit direkt negativa till styrformen och framfört att det skulle ha behövts en mycket tydligare beställning från ASS och en tydligare styrning av projektet. Samma distrikt har också tyckt att en hårdare styrning t.ex. mot ett speciellt vårdområde hade kunnat innebära att vi inom AV hade kunnat uttala oss om brister i arbetsmiljön med större träffsäkerhet och att vi kunnat diskutera och sam-

ordna kravnivåer på ett bättre sätt. Alla har tyckt att det varit ”naturligt” att inrikta sig på de prioriterade områdena negativ stress och belastningsergonomi eftersom det är de problem som är vanligast i vården och omsorgen. Sammantaget har flera distrikt varit positiva till projektarbetsformen/styrformen än som varit direkt negativa, det innebär emellertid inte att de som varit positiva inte haft kritiska synpunkter och idéer om förbättringar.

De lokala projektledarnas roll borde förtydligas såväl inom distriktet som i förhållande till Arbetarskyddsstyrelsen. Rollerna måste vara möjliga att förena, man behöver t.ex. klargöra projektledarnas mandat och hur mycket tid som får avsättas till uppgiften.

#### **4.2 Synpunkter på kravställandet och hur det utvecklats under projektiden**

Av SARA-uttag för inspektionsverksamheten för halvåret 1997, 1998 och 1999 framgår att kravställandet ökat markant när det gäller belastningsergonomi och psykosociala frågor inom aktuella näringsgrenar. Det var intressant att höra vilken uppfattning inspektörerna hade om orsakerna till detta och om man ansåg att det fanns några samband med projektet. Även här fick vi olika svar. Några hade inte uppfattat någon skillnad i sitt kravställande medan andra tyckte att det är givet att man blir bättre på att identifiera brister och att ställa krav när man inspekterar med fokus på två särskilda områden såsom skett inom projektet. Någon sade att de hade börjat ta upp nya frågor som inte hade kommit upp vid tidigare inspektioner och att man hade förslag på nya skrivningar. Det är bra att vara en lokal projektgrupp och diskutera frågor i gruppen, men utvecklas tillsammans. Några tyckte att de gått från krav på bättre rutiner enligt AFS 1992:6 om internkontroll av arbetsmiljön till mera detaljerade och precisa krav på åtgärder både vad gäller belastningsergonomi och krav på åtgärder mot negativ stress. Någon inspektörsgrupp uttalade behovet av att vara mer precis och utvecklad i sitt kravställande för att kunna få uppföljningsbara svar och bra åtgärder.

#### **4.3 Synpunkter på vad som kunde gjorts bättre i projektet**

Under projektiden framkom att det fanns olika önskemål och förväntningar på projektet, som inte infriats. Frågan om vad som kunde ha gjorts bättre i projektet ställdes till deltagande inspektörer. Här ges en sammanfattning av de synpunkter som framkommit:

- Det hade underlättat kommunikationen om man upprättat en nulägesanalys tillsammans (lokala och centrala projektledare)
- Det skulle ha underlättat arbetet om distrikten kunnat få behovsanpassat stöd utifrån de behov som fanns på de enskilda distrikten hade under projektets gång.
- Målstyrning är bra och ger bättre engagemang än detaljstyrning, men det förutsätter också att målen är tydligt beskrivna.
- Vi hade behövt ha återkommande utvärderingar av vår egen arbetsprocess under arbetets gång (avser det verksgemensamma arbetet inom VOO-projektet).

- De lokala projektledarnas roll borde förtydligas såväl inom distriktet som i förhållande till Arbetarskyddsstyrelsen. Rollerna måste vara möjliga att för-ena, man behöver t.ex. klargöra projektledarnas mandat och hur mycket tid som får avsättas till uppgiften.
- Det hade varit en fördel att ha återkommande måldiskussioner och att diskutera och analysera huruvida vi var på rätt väg. Det kanske hade krävts fler projektledningsmöten som visserligen skulle ha tagit tid och resurser men som kunde ha gett bra utdelning.
- Vi kunde ha fått fler exempel på kravformuleringar.

#### **4.4 Spridning av information från de gemensamma projektledningsmötena till övriga i projektarbetsgruppen.**

Under projekttiden har ett antal verksgemensamma projektledningsmöten arrangerats. Innehållet har varierat mellan de olika mötena, men oftast har något kompetenshöjande inslag funnits med på dagordningen. Exempel på sådana inslag är att föreläsare engagerats för att informera om aktuell forskning inom de prioriterade områdena, vidare har aktuella vetenskapliga artiklar och rapporter distribuerats på olika sätt. En fråga som aktualiserats under projektets gång är hur informationen bearbetas under konferensdagarna och hur den förs vidare till övriga projektmedlemmar på distriktet. Det tycks finnas ett behov av en systematisk kompetensinventering och utveckling av en metod för distriktsvis anpassad kompetenshöjning inom dessa prioriterade områden. Inom projektets ram fanns medel avsatta för att möjliggöra samverkan mellan distriktet, det fanns också medel avsatta för att t.ex. anlita föreläsare på enskilda distrikt om man tyckte att det fanns behov av detta. Vidare fanns ett erbjudande från dåvarande Avdelningen för Medicinska och Sociala frågor (numera delar av Organisatoriska och Medicinska enheten inom Central Tillsyn) att enskilda handläggare kunde anlitas som stöd. De möjligheter som stod till buds har utnyttjats i relativt liten omfattning. Projektledningsgruppen har inte på ett systematiskt sätt bildat sig någon uppfattning om skälet till detta, men i något fall har det visat sig att det är tidsbrist på grund av omorganisation på distriktet som varit hindrande.

#### **4.5 Effektvärdering**

Medel har avsatts till effektvärdering av den genomförda tillsynen. Utvärderingen kommer att genomföras under senare delen av år 2000 i samarbete med avdelningen för verksamhetsutveckling (VUS).

## 5. Diskussion

### 5.1 Måluppfyllelse

De mål som rör belastningsergonomi och psykosociala frågor i Arbetarskyddsstyrelsens Verksamhetsplan för åren 1997- 1999 (VP 97-99) ställdes upp som övergripande effektmål för projektet. Formuleringarna i målen har sin utgångspunkt i vissa frågor i Arbetsmiljöundersökningen 1995. Avsikten var att följa utvecklingen via Arbetsmiljöundersökningarna som genomförs vartannat år.

Sedan projektet inleddes finns siffror att tillgå endast för år 1997 (bilaga 2). Projektet hade då knappast startat. Av siffrorna från år 1997 kan man utläsa att situationen förvärrats sedan 1995. Av Yrkesinspektionens rapporter kan också utläsas att problemen är mycket stora och knappast har minskat under projekttiden. Det skulle därför förvåna om de effektmål som sattes upp i VP 97 – 99 är uppfyllda vad gäller sektorerna vård och omsorg, så att de går att avläsa i den Arbetsmiljöundersökning som avser år 1999.

Många av de krav som ställts mot verksamheterna innefattar krav på att t.ex. inrätta eller ändra rutiner, upprätta handlingsplaner och uppbyggnad av internkontrollsystem. Effekter av dessa krav kommer inte att kunna ses inom en så snar tidsrymd som den Arbetsmiljöundersökningen för år 1999 kommer att beskriva.

Det finns också helt andra krafter utanför Arbetarskyddsverkets kontroll som verkar i en motsatt riktning mot de krav som ställs från Yrkesinspektionen. Sparbe- tning, rationaliseringar, ändrad åldersstruktur i personalgrupperna, allt äldre och sjukare vårdtagare, vårdreformer och s.k vårdgarantier, är exempel på företeelser som påverkar arbetsmängd, arbetsinnehåll, arbetstakt, tillgänglig tid och tillgänglig kompetens.

Det finns skäl att ompröva den typ av målsättningar som sattes upp i VP 97-99. För att kunna avläsa några effekter inom områden som kräver insatser av arbetsgivarna som löper över flera år behövs andra mätverktyg. En särskild effektutvärdering av VOO-projektet med mer riktade frågeställningar finns inlagd i Arbetarskyddsverkets planering.

Utöver målen i VP 97-99 specificerades att insatserna skulle intensifiera tillsynen gentemot vård och omsorg, tillsynen skulle inriktas mot områdena belastningsergonomi och negativ stress, erfarenheter skulle tillvaratas och områdena skulle definieras tydligare. Inom projektet har närmare 2000 inspektioner genomförts. Av den inspektionsstatistik som presenteras i Arbetarskyddsverkets Samordnade Arbetsställeregister (SARA) (bilaga 5) framgår att antalet inspektioner ökat dramatiskt och detsamma gäller ställda krav rörande belastningsergonomi och psykosociala faktorer. Den extrema ökningen för krav gällande psykosociala faktorer inom omsorgen som kan ses mellan 1998 och 1999 skall till en del tillskrivas den kampanj mot hot och våld som drevs hösten 1999. Under projektets gång har fler och mer specificerade funktionskrav kommit att ställas mot reella brister vad gäller psykosociala frågor och belastningsergonomi än tidigare. De mål som sattes

upp om intensifiering av tillsynen, inriktning mot målområdena och att målområdena skulle definieras tydligare måste därmed anses uppfyllda.

Ytterligare mål för projektet var att genom erfarenhetsutbyte utveckla inspektionsmetoderna och att utveckla kravställandet inom de prioriterade områdena. Vad gäller arbetsmetoder har de olika distrikten beskrivit sina respektive projektupplägg vid de gemensamma mötena. På denna punkt har projektet förhoppningsvis bidragit till utveckling och erfarenhetsåterföring. Vad gäller utveckling av kravställandet framgår det av SARA-statistiken att antalet krav inom de prioriterade områdena har ökat. En rimlig tolkning är att förmågan att identifiera problem och ställa krav har ökat under projekttiden. Det innebär emellertid inte att det inte skulle finnas behov av ytterligare utveckling av såväl problemidentifiering som kravställandet.

Arbetskyddsverket bildar sin uppfattning om förhållandena inom vården och omsorgen bl.a. på de närmare 2000 inspektioner som genomförts inom projektet. Dessa har genomförts vid olika typer av verksamhet inom vård och omsorg varför det kan diskuteras hur heltäckande Arbetskyddsverkets bild är. Det skall framhållas att problemen inom vård och omsorg är ett sedan länge känt problem inom Arbetskyddsverket och har varit föremål för diskussioner vid upprepade tillfällen vid verkets interna konferenser och utbildningar. Också i VOO-projektet har erfarenheter stämts av mellan distrikten. Sammanlagt sju möten om vardera en dag (fem för VOO-projektet och två för LSS-delen) har genomförts där kontaktpersonerna vid distrikten och projektledningen vid Arbetskyddsstyrelsen har deltagit. Under projekttiden har parallellt med projektet bildats rikstäckande nätverk för yrkesinspektörer med tillsyn inom dels vården dels omsorgen. Erfarenheterna från dessa nätverk finns samlade i särskilda rapporter. Olika yrkesinspektionsdistrikt har tidigare drivit egna projekt och komplicerade inspektioner på stora sjukvårdsinrättningar har överklagats till Arbetskyddsstyrelsen.

Projektet har kommit att fokuseras på kvinnor i vård och omsorg och deras arbetsvillkor. Skälet är att kvinnorna är helt dominerande inom dessa sektorer. De män som finns i vården finns företrädesvis inom psykiatrin, som inspekterats i ringa omfattning i detta projekt. Av arbetsskadestatistiken framgår dock att män som arbetar i psykiatrin anmäler flest arbetsskador på våld och hot bland enskilda yrkesgrupper. I forskningsrapporter finns också indikationer att män utsätts för höga belastningsrisker i samband med patientförflyttningar. Männerna är emellertid för få för några säkra sådana uttalanden.

## **5.2 Tillsynsresultat**

I projektet har konstaterats en hög och ökande arbetsbörda inom vård och omsorg såväl fysiskt som psykiskt och en utbredd upplevelse av hög arbetstakt, tidspress, otillräcklighet och stress. Mellanchefer och sjuksköterskor är särskilt utsatta för negativ stress och hemtjänstpersonal för hög risk för belastningsskador.

Den ökade arbetsbördan för samtliga yrkeskategorier samtidigt med nya krav och förväntningar från såväl omsorgstagare och patienter som anhöriga och politiker

har under 90-talet gett vård- och omsorgspersonal en avsevärt tyngre arbetssituation. I och med att varken organisationsformer eller program för kompetensutveckling har anpassats till de nya kraven, har de psykosociala arbetsmiljöproblemen vuxit både i antal och styrka. Följderna visar sig i form av ett kraftigt ökat antal stressrelaterade arbetssjukdomar med lång sjukskrivning under de två senaste åren. (bilaga 6)

Enligt arbetsskadestatistiken står vård och omsorgssektorerna för mer än hälften av de allvarliga belastningsolycksfallen bland kvinnor (1998). De belastningsergonomiska problemen inom omsorgen är alltså stora. Yrkesinspektionen har iakttagit bristande rutiner i "vårdkedjan" och oklarheter i arbetsmiljöansvaret när vårdtagare skrivs ut från sjukvården för att i stället erbjudas service och omsorg av kommunerna.

De tjänster som varit socialtjänstens traditionella – att bistå med service i den miljö som åldringen eller den handikappade vistas i på servicemottagarens villkor – ställs på hårda prov när allt tyngre vårdande uppgifter skall utföras i bostäderna. Med hänvisning till vårdtagarens integritet tar man inte tag i de arbetsmiljörisiker som uppträder med ett ökat vårdbehov. Vårdtagarnas allt större behov av fysisk hjälp har inte i följts upp med de åtgärder i de enskilda bostäderna som behövs för att vårdgivarna/arbetstagarna skall skyddas på det sätt som avses i Arbetsmiljölagen. Med den växande och allt tyngre vård som bedrivs i särskilda boenden och i enskilda hem finns skäl att efterfråga vilken strategi vårdgivarna har för att möta denna problematik.

Ett mycket stort problem är att många av dem som har driftansvar och arbetsmiljöansvar saknar insikt om det dubbla ansvaret att uppfylla såväl Hälso- och Sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, Lagen om Stöd och service till vissa funktionshindrade som Arbetsmiljölagen. Det finns ett omfattande informations- och utbildningsbehov för att rätta till dessa brister.

En av orsakerna till de ökade stressbesvären är det mycket stora antalet direkt underställda till varje arbetsledare inom den kommunala omsorgsverksamheten. De omöjliggör ett systematiskt arbetsmiljöarbete enligt reglerna för internkontroll. Arbetstagare som behöver påtala problem för sin närmaste chef får t ex inte tillträde till denne. Chefer har inte heller några möjligheter att föra individuella samtal, när de har ansvar för ett hundratal anställda. Att personal inom omsorgen ofta arbetar ensamma förstärker ytterligare behovet av tillgängliga arbetsledare.

Det finns brister inbyggda i organisationerna i form av att ansvar förlagts till personer som inte råder över resurserna. Det saknas samtidigt system för att föra information om bristerna uppåt i organisationen till beslutsfattarna. Det är vanligt att de beslut som tas om neddragningar, omorganisationer ändrad vårdinriktning eller s.k. vårdgarantier inte följs upp av information till allmänheten om konsekvenserna. Resultatet blir att de som ska behandla och vårda får hantera oro och ilska hos vårdtagare och anhöriga när t.ex. väntan på akutmottagningen blir lång eller vårdtagare blir hemskickade innan förhållandena hunnit anpassas. Förutom sin vårdande uppgift får de också ägna dyrbar tid åt att förklara de politiska besluten.

De har inte heller stöd i rutiner eller policys när de måste prioritera mellan olika uppgifter.

Av projektets titel framgår att tillsynen kunde ske inom såväl privat som offentlig sektor. Avsikten med detta var inte att jämföra privat och offentlig sektor utan att öppna möjligheten att inspektera vård- och omsorgsorganisationer ”oavsett vårdgivare”. Endast några få privata vårdgivare har inspekterats. Dessa återfinns inom LSS-verksamheten och omsorgen.

### 5.3 Framtida tillsynsinsatser

I projektet har inte läkarnas arbetsförhållanden varit föremål för särskild uppmärksamhet. Av arbetsmiljöundersökningarna (bilaga 2) och det projekt som tidigare genomförts av Yrkesinspektionen i Växjö, framgår emellertid att läkarnas situation är mycket allvarlig vad gäller riskkällor för negativ stress. Detta har också observerats av yrkesinspektörer vid inspektioner och det har också kommit Arbetarskyddsverket till del via påringningar från enskilda läkare och kontakter vid t.ex. mässor. Det finns skäl att efterfråga vilka strategier vårdgivarna har för att möta dessa problem och för Arbetarskyddsverket att beakta i det framtida tillsynsarbetet.

Den genomförda tillsynen har visat att det finns stora brister i arbetsmiljön inom såväl hälso- och sjukvården som inom de kommunala omsorgsverksamheterna och att personalen utsätts för en orimlig arbetsbelastning såväl fysiskt som psykiskt. Arbetsskadestatistiken visar att antalet anmälda stressrelaterade belastningssjukdomar med lång sjukskrivningstid (mer än 15 dagar) mer än fördubblats under senare delen av 1990-talet. Detsamma gäller arbetssjukdomar orsakade av organisatoriska eller sociala faktorer i arbetsmiljön.

1998 tillsatte regeringen en vårdkommission med uppdrag att kartlägga bland annat rekryteringsbehovet inom vård- och omsorgssektorn de närmaste tio åren samt att analysera villkor som påverkar rekryteringen till vård- och omsorgsyrkena. Vidare skulle kommissionen utarbeta en förslagsdel som bland annat skulle syfta till att föreslå åtgärder för att motverka den kommande bristsituationen inom vårdyrkena (särskilt beträffande män och ungdomar).

Vårdkommissionen konstaterar att en stor andel av de yrkesverksamma inom vård- och omsorgssektorn går i pension inom de närmaste tio åren och att antalet invånare över 80 år beräknas öka från 429.664 till 524.538 mellan åren 1997 och 2020 samt att antalet invånare över 90 år kommer att öka från 58.658 till 99.074 under samma period. Det kommer att finnas ett omfattande rekryteringsbehov inom de närmaste tio åren. Samtidigt är det ett minskande antal unga som söker sig till vårdutbildningarnas olika nivåer trots att den framtida sysselsättningen inom området anses vara god.

Av vårdkommissionens rapport framgår att det är viktigt att förbättra arbetsmiljön, finna nya organisationsformer och förbättra ledarskapet för att kunna attrahera den yngre arbetskraften i konkurrens med andra verksamheter. Erfarenheterna

från VOO-projektet styrker dessa iakttagelser. Med tanke på den situation som nu råder är det en angelägen uppgift för Arbetarskyddsverket att fortsätta tillsynsarbetet inom vård- och omsorgsverksamheterna och ställa krav på förbättrat arbetsmiljöarbete. Det är också angeläget att noga följa läget inför framtiden.

#### 5.4 Slutsatser

Stora och utbredda brister har iakttagits vad beträffar belastningsergonomi, negativ stress och internkontroll inom vården och omsorgen.

Arbetsgivarna inom vård och omsorg står inför en utmaning att vända utvecklingen, då de annars möter svåra rekryteringsprobleme. Detta kan bl.a. ske genom att

- ställa upp realistiska vårdmål i förhållande till resurserna.
- utarbeta och välja strategier för att bryta den negativa utvecklingen
- inrätta rutiner och system för att hålla kontroll på arbetsmiljön
- genomföra utbildningar om arbetsmiljöansvar
- bättre samordna resurser och rutiner mellan kommuner och landsting.

Arbetarskyddsverket har viktiga framtida uppgifter att

- uppmärksamt följa utvecklingen av arbetsmiljön inom vård och omsorg
- fortsätta se till att arbetsmiljölagen med tillhörande regelverk följs
- ta tillvara de erfarenheter som vunnits i VOO-projektet och föra dem vidare till beslutsfattarna
- genom fortsatta metoddiskussioner utveckla och effektivisera tillsynen inom vård- och omsorg
- använda den kunskap som skapas i viktiga principärenden

**Utdrag ur ISA-statistiken för åren 1995 -1998. Belastningsskador i Hälso- och sjukvård samt Äldre och handikappomsorg. Kvinnor.**

**Ngr 851 Hälso- och sjukvård**

	1995	1996	1997	1998
Totalt antal belastnings- skador	1591	1409	1388	1613
Belastningssjukdomar	805	672	652	877
Belastningsolycksfall	786	737	736	736
Allvarliga belastningsolyckor	178	153	153	159
Medeltal sjukdagar	140	152	141	134
Relativ frekvens allvarliga ningsolycksfall (sjkskr >30 dgr)	0,62	0,57	0.60	0,62 belast- (skattat)
Antal förvärvsarbetande	285.076	270.402	254.880	255.644

**Ngr 85.311 Vård och service till boende i servicehus o.d. samt 85.323 Äldre- och handi-  
kappomsorg.**

	1995	1996	1997	1998
Totalt antal belastnings- skador	1795	1838	1884	2180
Belastningssjukdomar	597	538	577	758
Belastningsolycksfall	1198	1300	1307	1422
Allvarliga belastningsolyckor	258	254	316	324
Medeltal sjukdagar	148	155	155	131
Relativ frekvens allvarliga belastningsolycksfall (sjkskr >30dgr)	1.43	1,38	1,73	1,67
Antal förvärvsarbetande	179.829	183.896	183.028	193.768

**Samtliga näringsgrenar, kvinnor**

	1995	1996	1997	1999
Allvarliga belastningsolyckor	768	711	810	869
Medeltal sjukdagar	150	156	155	136

## Utdrag ur Arbetsmiljöundersökningarna 1995 och 1997

P. g. a att underlaget för läkare är för litet för att särredovisas, har svaren för 1995 och 1997 slagits samman.

	1995/1997	1995	1997
<b>"Har alldeles för mycket att göra"</b>			
Läkare	83%	--	--
Sjuksköterskor	69%	68%	71%
Undersköterskor och sjukvårdsbiträden	61%	56%	66%
Vårdbiträden inom äldre och handikappomsorg	54%	52%	56%
Samtliga svarande	56%	53%	59%
<b>"för litet inflytande över när arbetsuppgifter skall göras och över arbetets uppläggning"</b>			
Läkare	73%	--	--
Sjuksköterskor	80%	77%	85%
Undersköterskor och motsvarande yrkesgrupper	73%	73%	73%
Vårdbiträden inom äldre och handikappomsorg	60%	61%	58%
Samtliga svarande	45%	44%	46%
<b>"får för det mesta inte stöd och uppmuntran från chefer"</b>			
Läkare	54%	--	--
Sjuksköterskor	35%	37%	31%
Undersköterskor och motsvarande yrkesgrupper	30%	29%	31%
Vårdbiträden inom äldre och handikappomsorg	33%	34%	33%
Samtliga svarande	36%	36%	36%
<b>"Måste flera gånger om dagen lyfta mer än 15 kg"</b>			
Läkare	0%	--	--
Sjuksköterskor	26%	25%	27%
Undersköterskor och sjukvårdsbiträden	48%	47%	50%
Vårdbiträden inom äldre och handikappomsorg	34%	34%	36%
Samtliga svarande	18%	19%	17%

Arbetskyddsstyrelsen  
VOO-projektet

#### Rapporter från Yrkesinspektionsdistrikten

Yrkesinspektionen i Göteborg, Kommunal vård och omsorg, Ett tillsynsprojekt i före detta Skaraborgs och Älvsborgs län, Pia Johansson, Gertie Samuelsson, Berit Agevik-Magnusson, Stefan Lennartsson, Per Bergendahl, Pia Hurtih, Rose-Marie Quadt, 2000

Yrkesinspektionen i Falun , Sammanfattning av Faludistriktets tillsynsinsatser inom ramen för det Centrala tillsynsprojektet – ”Negativ Stress och belastningsergonomi inom vård- och omsorgsarbete oavsett vårdgivare”, Thomas Isaksson, 2000

Yrkesinspektionen i Falun, Personlig Assistans ett yrke i gränslandet till det privata, Birgitta Hermansson-Ylvén projektsamordnare, 2000

Yrkesinspektionen i Falun, Belastningsskador – Riskanalys, Birgitta Hermansson-Ylvén projektsamordnare, 1999

Yrkesinspektionen i Härnösand, Tillsyn avseende negativ stress och belastningsergonomi i sjukvården, Barbro Göransson, Efva Åström, Johnny Jonasson, Sture Näsmo, 2000

Yrkesinspektionen i Linköping, Tillsyn avseende negativ stress och belastningsergonomi inom vård- och omsorgsarbete oavsett vårdgivare, Anette Andersson projektledare, 1999

Yrkesinspektionen i Luleå, Belastningsskaderisker och negativ stress inom äldreomsorgen i Norrbotten, Åsa Sjöström Ross, Agneta Björk, Birgitta Nilsson, 2000

Yrkesinspektionen i Malmö, Tillsynsprojekt avseende negativ stress och belastningsergonomi inom vård- och omsorgsverksamheten, Ingrid Holst projektledare, 2000

Yrkesinspektionen i Stockholm, Tunga lyft inom vården, Claes Frisk, projektledare, Gunni Ekdahl, Lena Westling, 2000

Yrkesinspektionen i Umeå, Gemensam tillsyn ”ett pilotprojekt”, Länsstyrelsen i Västerbotten, Yrkesinspektionen i Umeå (Kerstin Forsman) och Socialstyrelsens Regionala tillsynsenhet i Umeå, Länsstyrelsens tryckeri, 1999

Yrkesinspektionen i Umeå, Äldreomsorgen i Västerbottens län 1993 – 1999. Kjell-Ove Mattson, Roger Strömqvist, Elisabeth Åkerlund och Marianne Eriksson, 2000

Yrkesinspektionen i Växjö, Arbetssituationen för första linjens chefer inom kommunernas Vård – och omsorgsverksamhet, Anna-Lisa Ternelius projektledare, 2000

Andra rapporter från Yrkesinspektionen:

Yrkesinspektionen i Härnösand "Läkares arbetsmiljö i Västernorrlands och Jämtlands län",  
Maj-Lis Andersson, Barbro Göransson, 1996

Yrkesinspektionen i Växjö "Läkares psykosociala arbetsmiljö", 1999 Handläggare Arne  
Harrysson

Arbetarskyddsverkets nätverk för omsorg, Lena Birgersson Yrkesinspektionen i Malmö.  
"Kommunal Omsorg i Sverige", 2000

Yrkesinspektionen i Göteborg, Pär Bergendahl, Jörgen Conradsson, Kerstin B. Andersson,  
"Nulägesbeskrivning av arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet inom Hälso- och Sjukvården. Rapp-  
ort från Yrkesinspektionernas nätverk för hälso- och sjukvård, 1999

	BO	FA	GÖ	LI	LU	HÄ	MA	ST	UM	VÄ	ÖR
	str/erg	str/erg	str/erg	Str/erg	str/erg	str/erg	str/erg	str/erg	str/erg	str/erg	str/erg
Äldreomsorg	X X		X X	X	X X		X X		X X	X X	X X
LSS		X X									
Grupp, utveckl.				X					X X		X X
Sjukhus, kliniker		X X	X X	X X		X X		X X	X X		
Sjukhus, hemsjuk								X X			
Psyk. Öppenvård				X							
Vårdcentraler		X X									

## Statistikutdrag från Samordnat Arbetsställeregister vid Arbetarskyddsverket, SARA

VOO-projektet drevs åren 1998 -1999.

Genomförda inspektioner och vissa ställda krav inom **näringsgren 851 Hälso- och sjukvård**. Inspektionsverksamheten i "Ambulansprojektet" som bl.a var inriktat på belastningsergonomi och "Tandvårdsprojektet" som var inriktat på härdplaster avslutades sista december 1998.

	1997	1998	1999	Förändring 97 -99
Antal krav	2245	4310	5425	142% (~2,5 ggr)
Antal IM med krav	702	1107	819	17% (obs ökn. -98)
Antal besök	1557	2154	1526	-2%
Antal IM/100 besök	45	51	54	20%
Antal krav som rör:				
Medicinska frågor	69	71	31	-55%
Belastningsergonomi	206	317	841	308% (~4 ggr)
Psykosociala frågor	271	659	1397	415% (~5 ggr)
Rehab. och anpassning	53	68	61	15 %
Internkontroll	702	1159	1964	180% (~3 ggr)

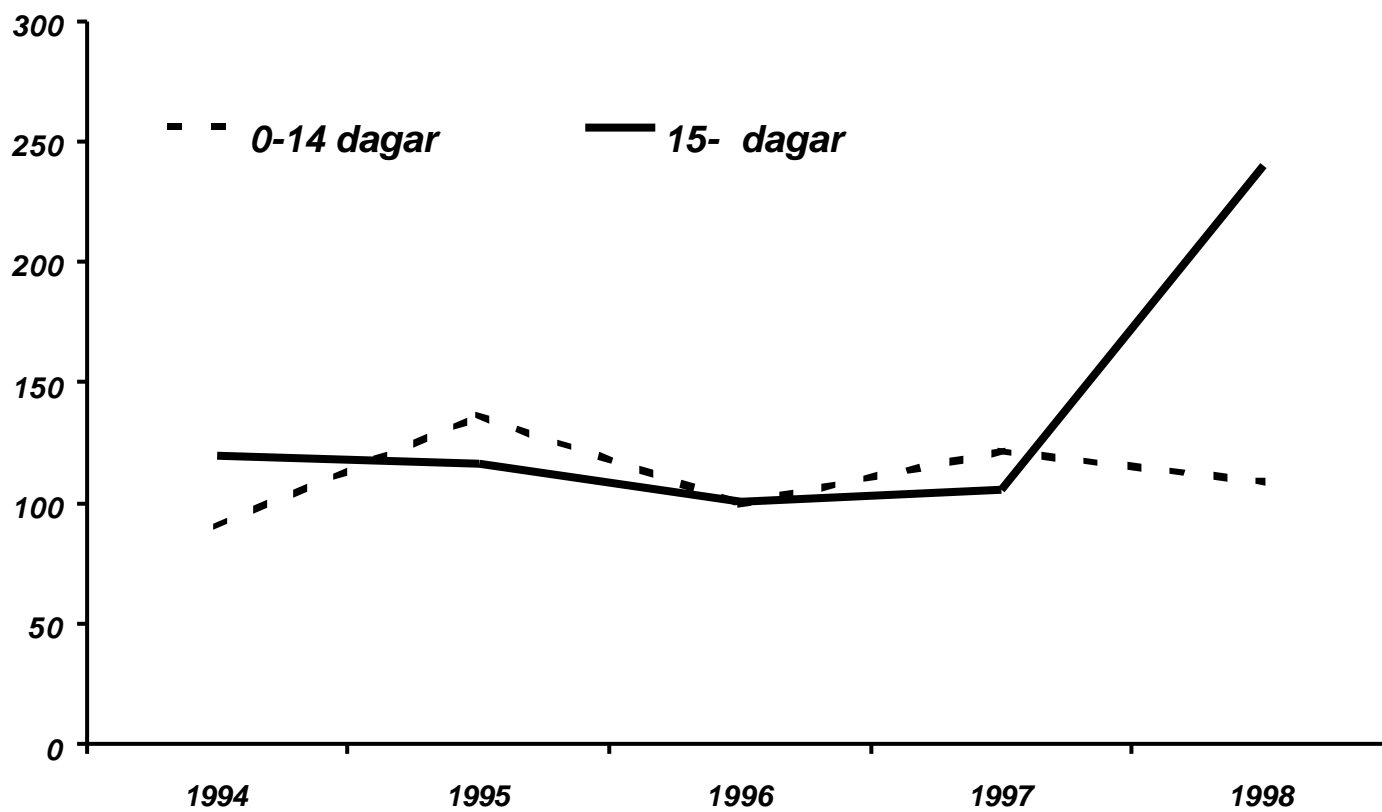
Genomförda inspektioner och vissa ställda krav inom **näringsgrenarna 853 Vård och omsorg**.

	1997	1998	1999	Förändring 97 -99
Antal krav	1977	3888	7061	257% (~3,5 ggr)
Antal IM med krav	558	809	1486	166% (~2,5 ggr)
Antal besök	1015	1156	2305	127% (~2 ggr)
Antal IM/100 besök	55	70	64	16%
Antal krav som rör:				
Medicinska frågor	9	15	44	389% (~5 ggr)
Belastningsergonomi	204	412	898	340% (~4,5 ggr)
Psykosociala frågor	371	906	2687	624% (~7 ggr) *
Rehab. och anpassning	45	101	81	80 % (~1,5 ggr)
Internkontroll	699	1489	2272	225% (~3 ggr)

\* I den kampanj mot hot och våld inom bl.a. omsorgen, som drevs hösten 1999 registrerades 1364 krav.

**Anmälda arbetssjukdomar orsakade av organisatoriska eller sociala faktorer inom hälso- och sjukvård, efter sjukfrånvaro**

Antal fall



## Referenser

Arbeidstilsynets 2. Distrikt, Beboere och bemanning ved Oslos sykehus uke 39, Rapport Oslo, 1996

Arbeidstilsynet, Tunge løft og bruk av tekniske hjelpemidler i alders- og sykehjem, Aksjonsdag 1998, Sluttrapport, Oslo nov.1999

Arbejdstilsynet, Vejledning om inretning af ældreboliger for fysiskt plejekrevende, At-cirkulaeskrivelse Nr 3/1997

Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, Negativ stress i arbetet - De mest utsatta yrkena, Information om utbildning och arbetsmarknad, 1997:1

Arbetarskyddsstyrelsen, Rapport 1998:12, Våld och hot i arbetet

Eklund, I., Jädert-Rafstedt, M-L., Vårdande kvinnor och tekniska män, Arbetarskyddsstyrelsen, Miljön på jobbet nr 1, 1998

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Stress at work: causes, effects and prevention, Office for official publications of the European Communities, 1994

Gustavsson, R., Scebehely, M., Äldreomsorgens förändringar och kvinnors hälsa, sid 255 - 280 i Kön och ohälsa ur ett folkhälsoperspektiv, Östlin, P., Danielsson, M., Didrichsen, F., Härenstam, A., (red.), Studentlitteratur, Folkhälsoinstitutet, 1996

Hugemark A., Motstridiga tendenser i handikappomsorgen - professionalism versus personlig assistans, Kap 7 i Lindqvist, R., (red) "Organisation och välfärdsstat" Studentlitteratur, 1997

Hällström, T., Psykisk ohälsa - könsskillnader, sid 127 -148 i Kön och ohälsa ur ett folkhälso-perspektiv, Östlin, P., Danielsson, M., Didrichsen, F., Härenstam, A., (red.), Studentlitteratur, Folkhälsoinstitutet, 1996

Järholm, B.(red.), Arbetsliv och hälsa - en kartläggning, Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet, Rådet för Arbetslivsforskning, 1996

Korreman, G., Arbejdsliv og personløft - sikkerhedsarbejde i kampanjeperspektiv. Mitvejsevaluering af "Handlingsplan om personløft 1995 - 2000", Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed, 1999

Landsorganisationen i Sverige, Arbetsmiljöns utveckling, Skyddsombudens erfarenheter, En enkätundersökning bland LO's skyddsombud,1997

Landsorganisationen i Sverige, Färre - och hårdare jobb, En enkätundersökning bland LO-s medlemmar om arbetsmiljön, 1997

Levenstam, A-K., Patientklassificering- en möjlighet att sätta patienten i focus, Beskrivning av Zebra-systemet, Lasarettet i Lund, 1989

- Ljungberg, C., Lövgren, M., Strandberg, T., Kartläggning av vårdtyngdsmätning, NU-sjukvården Älvsborgs Län, 1996
- NHR Hjälpmedelscenter Väst, Kombinationer Personlyftar och Lyftselar, 1999 - 2000
- Rinnan, T., Sylwan, U., Hjälpens Utsatthet, Psykiska påfrestningar i Social Omsorg, Natur och Kultur, 1994
- Sjöberg, U., Handläggning av LSS-frågor, Norstedts Juridik AB, 1996, andra upplagan 1999
- Socialstyrelsen, Personlig Assistent - ett yrke med speciella förutsättningar, art. Nr. 1997-49-5
- Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdstatistisk årsbok, 1998
- Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 18/91, Socialtjänstlagen - Arbetsmiljölagen, maj 1991
- Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 6/99, Beläggningssituationen på medicinkliniker i januari 1999, mars 1999
- Stockholms Läns Arbetshälsorapport 1999, Stockholms Läns Landsting, Yrkesmedicin, 1999
- Statens Offentliga Utredningar 1995:5, Vårdens svåra val, Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, 1995
- Statens Offentliga Utredningar 1996:133, Jämställd vård, Olika vård på lika villkor, Huvudbetänkande, 1996
- Statens offentliga utredningar 1999:6, God vård på lika villkor? Om statens styrning av hälso- och sjukvården, slutbetänkande av HSU 2000
- Statistiska Centralbyrån, Valfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975 -1995, Levnadsförhållanden Rapport 91, 1997
- Statistiska meddelanden, Arbetsmiljön 1997, Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, Am 68 SM 9801
- Statistiska meddelanden, Arbetsorsakade besvär 1998, Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, AM43 SM 9801
- Statistiska meddelanden, Arbetsorsakade besvär 1999, Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, AM43 SM 9901
- Statistiska meddelanden, När kroppen tar stryk, En undersökning av påfrestningar och besvär i arbetet 1995/96, Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska Centralbyrån, 1997
- Statskontoret, Perspektiv på Rehabilitering, 1997:27
- Stockholms Stad, Äldreinspektörernas årsrapport 1999, Äldreberedningens kansli, Avdelningen för medborgarservice, Stadsledningskontoret

## Litteratur

Ahlberg-Hultén, G., Psychological Demands and Decision Latitude within Health Care Work, Thesis Department of Psychology Stockholm University, 1999

Ahlberg-Hultén, G.K., Theorell, T., Sigala, F., Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel, *Scandinavian J Work Environment Health*, 1995; 21:435 -9.

Aronsson, G., Astvik, W., Kilbom, Å., Nygård, C-H., Petersson, N., Torgén, M., Vårdbiträde i öppen hemtjänst och vid servicehus, *Arbete och Hälsa* 1994:32

Astvik, W., Aronsson, G., Specialister eller generalister? Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst och boendestödsverksamhet.

Bruhin, C., Musculoskeletal symptoms among home care personnel, Risk factor analyses, *Arbetslivsinstitutet och universitetet i Umeå*, 1998

Fahlgren, M., Wiktorin, C., Bernmark, E., Energiomsättning vid sjukvårdsarbete - jämförelse mellan beräknade och uppmätta värden, *Nordisk Fysioterapi*, volym 1 1997.

Folkman, S., Lazarus, R. S., *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York, 1984

Engkvist, I-L., Events and Factors Involved in Accidents Leading to Overexertion Back Injuries among Nursing Personnel, *Arbete och Hälsa*, 1997:30

Engkvist, I-L., Accidents leading to over-exertion back injuries among nursing personnel, *Arbete och Hälsa*, 1999:20

Gustafsson, R.Å., Szebehely, *Äldreomsorgens förändringar och kvinnors hälsa. Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, Östlin P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G., (red), *Studentlitteratur*, 1996.

Hagberg et al, Ryggolycksfall i sjukvård, *Arbete och Hälsa*, 1996:6

Josephson, M., Work factors and musculoskeletal disorders - An epidemical approach focusing on female nursing personnel, *Arbete och Hälsa*, 30 1998.

Kjellberg, K., Methods for description, analysis and assessment of work technique in manual handling tasks, *Arbete och Hälsa*, 17 1998.

Krönmark, I., Den personliga assistentens arbetssituation - en intervjustudie, *Nordisk Fysioterapi*, 166 - 171, 1997:1

Laflamme, L., Menckel., Strömberg, A., Age-related overexertion injuries among Swedish nursing auxiliaries over a 10 year period, 139-148 *Work* 8, 1997

Lagerström, M., Hagberg, M., Kolare, S., Frisk rygg i sjukvården - En kunskapsöversikt, *Arbetsmiljöinstitutet*, 1994

Lagerström, M., Wennmark, M., Hagberg, M., Wigaeus Hjelm, E., Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel, *Int Arch Occupational Environment Health*, 1995 68: 27-35.

Lagerström, M., Hansson, T., Hagberg, M., Ländryggsbesvär i sjukvårdsarbete, *Arbete och Hälsa*, 1997:22.

Lagerström, M., Hansson, T., Hagberg, M., Work-Related low-back problems in nursing, *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 449-469, 1998:24 (6)

Michélsen, H., Löfvander, I., Eliasson, G., Schulman, A., Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården, Yrkemedicinska enheten Norrbacka, Stockholm, Rapport 1999:6

Marras, W.S., David, K.G., Kirking, B.C., Bertsche, P.K., A comprehensive analysis of low-back disorder risk and spinal loading during transferring and repositioning of patients using different techniques, *Ergonomics* 1999, vol. 42, no. 7, 904 - 926.

Parmsund, M., Mentalskötares Arbetsituation, Rapport från Yrkesmedicinska Enheten vid Nordvästra sjukvårdsområdet, Stockholms Läns Landsting, Karolinska Sjukhuset 1997.

Pingel, B., Robertsson, H., Yrkesidentitet i sjukvård, position, person och kön, *Arbete och Hälsa*, 1998:13

Rossen, J., Ondt i ryggen. Trods flere hjælpemidler belaster sygehjælperne i dag ryggen mere end tidligere, visar ny undersøgelse, *Arbejds miljø*, 4 1995.

Theorell, T., (ansv. utg.) Psykosocial Stress hos kvinnor med hjärtsjukdom, Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin (IPM), Karolinska Sjukhuset, Stockholm, 1996

Theorell, T., Sjuk av Stress, *Forskning och Framsteg*, nr 3 1998

Westerholm, P., Psykisk arbetsskada - skadlig inverkan - samband med arbete, *Arbete och Hälsa*, 1996:14

Yrkesinspektionen, Örebro distrikt, "Ohälsa och negativ stress i ett arbetsliv i förändring", 1998