

En kartläggning av arbetsmiljö och hälsa hos undersköterskor, sjuksköterskor och läkare i den offentliga hälso- och sjukvården

En kartläggning av arbetsmiljö och hälsa hos undersköterskor, sjuksköterskor och
läkare i den offentliga hälso- och sjukvården

Rapport 2023:12

ISBN 978-91-89747-41-8

Publicerad år 2023

Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Telefon: 026-14 84 00, E-post: info@mynak.se

www.mynak.se

En kartläggning av arbetsmiljö och hälsa hos undersköterskor, sjuksköterskor och läkare i den offentliga hälso- och sjukvården

Förord

Denna rapport är en del i avrapporteringen av regeringsuppdraget ”Att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal” (dnr. S2021/06572 [delvis]).

Hälso- och sjukvården utgör ett viktigt fundament för välfärdssamhället och därför är en ökad förståelse för arbetsmiljösituationen och hälsan hos medarbetarna i denna sektor angeläget för samhället i stort. Att bibehålla god kvalitet och skapa en hållbar, hälsosam och trygg arbetsmiljö för medarbetarna är i sin tur avgörande för kompetensförsörjning och för att behålla kompetensen inom sektorn.

Arbetsmiljörisker, friskfaktorer och hälsa kan dock se olika ut hos olika grupper inom hälso- och sjukvården. Det är därmed viktigt att uppmärksamma hur arbetsmiljön och hälsan ser ut inom olika yrken. Denna kunskap kan även vara till stöd för arbetsmiljöarbete och prioriteringar inom sektorn.

I denna rapport har Myndigheten för arbetsmiljökunskap i en enkätstudie kartlagt hur arbetsmiljön och hälsan ser ut för ett representativt urval från tre stora yrkesgrupper, nämligen undersköterskor, sjuksköterskor (inklusive barnmorskor och röntgensjuksköterskor) och läkare. Förvisso arbetar andra viktiga yrkesgrupper också inom hälso- och sjukvården men urvalet är baserat på att de inkluderade yrkeskategorierna ändå utgör en betydande majoritet av dem som arbetar inom sektorn.

Vi hoppas med denna rapport kunna ge en ökad kunskap om arbetsmiljön och den arbetslivsrelaterade hälsan hos undersköterskor, läkare och sjuksköterskor i Sverige. Vi hoppas också att detta kan vara ett stöd och en vägledning för att utveckla och skapa ett hälsofrämjande arbetsmiljöarbete för personalen inom hälso- och sjukvården.

Författarna till rapporten är Emma Brulin, leg. sjuksköterska, och docent i arbets- och miljömedicin, Enheten för arbetsmedicin, Institutet för miljömedicin vid Karolinska Institutet, samt Britta Elsert Gynning, doktorand i arbets- och miljömedicin, Enheten för arbetsmedicin, Institutet för miljömedicin vid Karolinska Institutet.

Författarna till kunskapssammanställningen har själva valt sina teoretiska och metodologiska utgångspunkter och är ansvariga för resultaten och slutsatserna som presenteras i rapporten.

Professor Kristina Alexandersson har på uppdrag av Myndigheten för arbetsmiljökunskap kvalitetsgranskat rapporten. Ansvarig processledare vid myndigheten har varit filosofie doktor Thomas Nessen och ansvarig kommunikatör var Kristin Nylander.

Jag riktar ett stort tack till såväl våra externa forskare och kvalitetsgranskare som medarbetare på myndigheten som bidragit till att ta fram denna värdefulla rapport. Rapporten publiceras på myndighetens webbplats och i myndighetens rapportserie.

Gävle, november 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nader Ahmadi', with a stylized flourish at the end.

Nader Ahmadi, Generaldirektör

Rapporten är författad av:

Emma Brulin, docent i arbets- och miljömedicin, Enheten för arbetsmedicin, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, leg. sjuksköterska.

Britta Elsert Gynning, doktorand i arbets- och miljömedicin, Enheten för arbetsmedicin, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Sammanfattning

Regeringen har gett Myndigheten för arbetsmiljökunskap i uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal. Bakgrunden till uppdraget är ambitionen att erbjuda alla ett hållbart, tryggt och hälsosamt arbetsliv genom bland annat en god arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett samhällsviktigt uppdrag att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador på lika villkor för alla i befolkningen. En förutsättning för att kunna utföra detta uppdrag är en god hälsa och arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens personal.

Syftet med rapporten var att kartlägga samt öka kunskapen om läkares, sjuksköterskors (inklusive barnmorskor och röntgensjuksköterskor) och undersköterskors hälsa samt att identifiera potentiella risk- och friskfaktorer i dessa gruppers arbetsmiljö. Rapporten riktar uppmärksamheten särskilt mot de grupper som löper en hög risk för ohälsa och lågt välbefinnande, detta för att synliggöra riskfaktorer i arbetsmiljön som bör prioriteras. Denna rapport kan användas i det systematiska arbetsmiljöarbetet av bland annat arbetsgivare, chefer, skyddsombud och andra förtroendevalda.

Följande två frågeställningar formulerades:

- Hur skattar svenska läkare, sjuksköterskor och undersköterskor sin organisatoriska och sociala arbetsmiljö samt hälsa och välbefinnande?
- Vilka organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer identifieras som kan vara viktiga att följa upp i ett systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen?

Metod

Som underlag för denna rapport sammanställdes data från den longitudinella undersökningen om arbetsmiljö och hälsa inom hälso- och sjukvården i Sverige (LOHHCS) från 2022. LOHHCS-kohorten innehåller ett representativt urval av yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var verksamma i Sverige. Sammanställningen av data för denna rapport begränsas till de som rapporterade att de var verksamma inom kommunal och regional hälso- och sjukvård. Det insamlade materialet bestod av 6 492 individer: 2 232 läkare (34 %), 2 456 sjuksköterskor (38 %) och 1 804 undersköterskor (28 %). Då analytiska kalibreringsvikter applicerades bestod det slutliga analytiska urvalet av 253 873 individer: 33 144 läkare (13 %), 86 160 sjuksköterskor (34 %), och 134 568 undersköterskor (53 %).

LOHHCS-enkäten har frågor inom fyra områden: 1) yrkesbakgrund, 2) arbetsmiljö, 3) hälsa, och 4) demografi. Område 1 innehåller yrkesspecifika frågor medan område 2, 3 och 4 har samma frågor oavsett yrkesgrupp. Validerade och egenformulerade frågor och instrument hämtade från bland

annat Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Effort Reward Imbalance (ERI), Bern Illegitimate Task Scale, skalan Obalans mellan arbete och privatliv samt Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) används för att mäta hälsa och välbefinnande samt den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Data sammanställdes i form av förekomst eller medelvärde och presenterades med ett så kallat trafikljussystem för att synliggöra vilka faktorer som med stor sannolikhet utgör risk för ohälsa om de inte åtgärdas. Varje arbetsmiljöfaktor fick för varje yrkesgrupp ett medelvärde som jämfördes mot ett referensvärde. Grönt innebar att värdet var bättre än de referensvärdena, gult betydde att värdet motsvarade de referensvärdena och orange och rött innebar att värdet var sämre än de referensvärdena. Rött innebär att faktorn utgör en potentiell risk för ohälsa.

Resultat

Resultaten visade att bland yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var verksamma inom den svenska kommunala och regionala sjukvården i Sverige hade tre av tio symtom på stressrelaterad ohälsa och nästan hälften övervägde att lämna arbetet.

De tre studerade yrkesgrupperna hade sämre värden för organisatorisk och social arbetsmiljö jämfört med referensvärdena för arbetsmarknaden i stort för faktorerna obalans mellan arbetet och privatlivet, obalans mellan ansträngning och belöning, känslomässiga krav samt socialt stöd från överordnad.

Det fanns variationer mellan och inom yrkesgrupperna. Läkarna rapporterade hög grad av kvantitativa krav medan sjuksköterskorna rapporterade hög grad av känslomässiga krav. Undersköterskorna rapporterade inga sådana krav men låg grad av inflytande och kontroll i arbetet och sämre självskattad hälsa än läkare och sjuksköterskor.

Resultaten visade även att det finns skillnader inom yrkesgrupperna. Läkare och sjuksköterskor i början av sin karriär samt läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som i snitt arbetade mer än 45 timmar per vecka rapporterade undermåliga organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön jämfört med läkare och sjuksköterskor med längre erfarenhet och kortare arbetsveckor. Individer som var 58 år eller äldre hade betydligt bättre värden än referensvärdena på de flesta faktorer.

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor rapporterade hög grad av social gemenskap i arbetet. Sjuksköterskorna rapporterade även hög grad av socialt stöd från kollegor och av kontroll i arbetet. Läkarna rapporterade högre inflytande över arbetet.

Trots att det finns en nolltolerans mot hot och våld inom hälso- och sjukvården hade nästintill 40 % av alla individer i studien upplevt någon form av hot eller våld under de senaste 12 månaderna. Undersköterskor var den yrkesgrupp som upplevde störst förekomst av hot och våld och bland de undersköterskor som

utsatts för hot och våld upplevde nära 70 % att det påverkat dem i deras arbete. En majoritet av det hot och våld som angetts i rapporten hade anmälts till chef eller skyddsombud, en betydande del förblev däremot oanmält.

Slutsats

De tre studerade grupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor upplevde i stor utsträckning sämre organisatorisk och social arbetsmiljö än arbetsmarknaden i stort. En stor del av läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna upplevde stressrelaterad ohälsa och hade övervägt att lämna arbetet. Resultaten visar också att det finns skillnader både mellan och inom yrkesgrupperna i hur de upplevde organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön.

Denna rapport ökar kunskapen om hur yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom kommunal och regional hälso- och sjukvård upplevde sin arbetsmiljö och sin hälsa. Den visar även på potentiella risker i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Resultaten kan användas som ett stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet i syfte att uppnå ett mer hållbart arbetsliv inom hälso- och sjukvård.

English Summary

The government has tasked the Swedish Agency for Work Environment Expertise to gather and compile information on workplace risks and health-promoting factors among healthcare professionals. The background for this assignment was the ambition to offer everyone a sustainable, safe, and healthy working life, including a good work environment.

Healthcare professionals have a socially important task of medically preventing, investigating and treating diseases and injuries on equal terms for everyone in the population. A prerequisite for carrying out this task is good health and working conditions for healthcare staff.

This report aimed to increase the knowledge concerning the health of physicians, registered nurses (including midwives and radiographers) and assistant nurses along with identifying potential risks and health factors in the organizational and social work environment of these groups. The report pays particular attention to groups at high risk of ill health and low well-being and to highlight the risk factors in the work environment that should be prioritized. This report can be used in systematic work management to improve the work environment by employers, managers, safety representatives and other elected representatives.

The following two questions were formulated:

- How do physicians, registered nurses and assistant nurses working in Sweden assess their organizational and social work environment and health and wellbeing?
- Which organizational and social work environment factors are identified that can be important to follow up through systematic work management to improve the work environment at the workplace?

Method

For this report, data was compiled from the longitudinal occupational health survey in healthcare in Sweden (LOHHCS) from 2022. The LOHHCS cohort contains a representative sample of the occupational groups of physicians, registered nurses and assistant nurses who were active in Sweden. The compilation of data for this report is limited to those who reported working in municipal and regional health care. The collected material consisted of 6 492 individuals, 2 232 physicians (34%), 2 456 registered nurses (38%), and 1 804 assistant nurses (28%). When analytical calibration weights were applied, the final analytical sample consisted of 253 873 individuals, 33 144 doctors (13%), 86 160 nurses (34%), and 134 568 assistant nurses (53%).

The LOHHCS questionnaire covers four areas: 1) professional background, 2) work environment, 3) health, and 4) demographics. Area 1 includes profession-

specific questions, while areas 2, 3, and 4 have the same questions regardless of the occupational group. Validated and self-formulated questions and instruments from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), effort-reward imbalance, Bern Illegitimate Task Scale, work-life imbalance and Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) are used to measure health and well-being as well as the organizational and social work environment.

Data were compiled in the form of a prevalence or a mean value and presented using a traffic light system to highlight which factors are most likely to pose a risk of ill health if not addressed. Each work environment factor received an average value for each occupational group, which was compared to a reference value for the labor market in general and developed in previous research. Green indicated that the value was better than the reference values, yellow meant the value matched the reference values, and red indicated that the value was worse than the reference values and may constitute a potential risk factor for ill health.

Results

The results showed that among the occupational groups physicians, registered nurses and assistant nurses working in the Swedish municipal and regional health care system in Sweden, three out of ten had symptoms of stress-related ill health and almost half were considering leaving work.

The three occupational groups had worse values for organizational and social work environment compared to the reference values for the labor market concerning factors of work-life imbalance, effort-reward imbalance, emotional demands and social support from superiors.

There were variations between and within occupational groups. Physicians reported high levels of quantitative demand while registered nurses reported high levels of emotional demand. Assistant nurses also reported low levels of influence and control at work. Assistant nurses also reported poorer self-rated health than physicians and registered nurses.

The results also showed that there are differences within occupational groups. Early career physicians and registered nurses, and physicians, registered nurses and assistant nurses who worked on average more than 45 hours per week, reported poor organizational and social conditions in the work environment compared to individuals with more experience. Individuals aged 58 or older had significantly better values than reference values on most factors.

Physicians, registered nurses and assistant nurses reported high levels of social cohesion at work. Registered nurses also reported high social support from colleagues and control at work. Physicians reported influence over work.

Conclusion

The three occupational groups of physicians, registered nurses and assistant nurses largely experienced a poorer organizational and social work environment

than the labor market as a whole. A large proportion of the physicians, registered nurses and assistant nurses experienced stress-related ill health and had considered leaving the profession. The results also show that there are differences both between and within occupational groups in how they experienced organizational and social conditions in the work environment.

This report increases knowledge about how physicians, registered nurses and assistant nurses working in municipal and regional health care experienced their work environment and their health. It also shows potential risks in the organizational and social work environment. The results can be used to support systematic work environment management to achieve a more sustainable working life in healthcare.

Innehåll

Sammanfattning.....	7
English Summary.....	10
1. Inledning.....	14
Hälsa och välbefinnande.....	15
Självskattad hälsa.....	16
Symtom på utmattning.....	16
Vilja att lämna arbetet.....	17
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön.....	17
Obalans mellan ansträngning och belöning.....	18
Krav/kontroll/stödmodellen.....	19
Obalans mellan arbetsliv och privatliv.....	19
Moralisk stress.....	20
Illegitima arbetsuppgifter.....	20
Risk- och friskfaktorer i arbetet.....	21
Att identifiera risker i arbetsmiljön.....	22
Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i Sverige.....	23
2. Metod.....	25
Urval och datainsamling.....	25
Kategorisering av individer i LOHHCS-kohorten.....	26
Mätinstrument.....	27
Hälsa och välbefinnande.....	28
Organisatoriska och sociala faktorer i arbetsmiljön.....	28
Bearbetning av data.....	30
Referensvärden och medelvärde för variabler från COPSQ.....	30
Medelvärde för den svenska hälso- och sjukvården.....	31
Referensvärden från vetenskapliga artiklar och gränsvärden.....	31
Presentation av data och identifikation av risker i arbetet.....	31
3. Resultat.....	33
Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön inom kommunal och regional hälso- och sjukvård.....	33
Hälsa och välbefinnande.....	33
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön.....	34
Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön inom yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.....	36
Läkare.....	36
Sjuksköterskor.....	38
Undersköterskor.....	40
Hot och våld på arbetet.....	42
4. Diskussion och slutsatser.....	45
Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön: rapportens resultat i relation till nationell och internationell forskning.....	45
Risker i arbetsmiljön.....	46
Skyddande och främjande faktorer i arbetsmiljön.....	48
Hot och våld på arbetsplatser.....	48
Rapporten som underlag för arbetsmiljöarbete inom kommunal och regional hälso- och sjukvård.....	49
Metodologiska diskussioner.....	51
5. Referenser.....	52
6. Bilagor.....	58

1. Inledning

Ett viktigt uppdrag för hälso- och sjukvården är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador på lika villkor för alla i befolkningen. En förutsättning för att kunna utföra detta uppdrag är en god arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens personal. Forskningen visar att en undermålig arbetsmiljö och stressrelaterad ohälsa bland personalen bidrar till sämre vårdkvalitet och patientsäkerhet (1–3). Exempelvis kan symtom på utmattning bland personal inom hälso- och sjukvården innebära högre risk för felbehandling och vårdskador (1–3). Individer med symtom på utmattning uppvisar ofta mental och emotionell distansering (4) vilket kan bidra till nedsatt empatisk förmåga i relation till patienter (5). Mellanmänskliga relationer påverkas även negativt (5), vilket i sin tur kan bidra till konflikter på arbetsplatsen (6–8). Det kan även leda till minskad produktivitet, vilket kan bidra till ökad arbetsbelastning för kollegor. Sammantaget kan en arbetsmiljö som bidrar till stressrelaterad ohälsa för personalen i hälso- och sjukvården bli mycket kostsamt för arbetsgivaren och samhället (9,10).

Regeringen har gett Myndigheten för arbetsmiljökunskap i uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal. Bakgrunden till uppdraget är ambitionen att erbjuda alla ett hållbart, tryggt och hälsosamt arbetsliv genom bland annat en god arbetsmiljö.

För denna rapport gjordes en sammanställning av data från en omfattande enkätundersökning genomförd år 2022 bland yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor (inklusive barnmorskor och röntgensjuksköterskor) och undersköterskor i Sverige av forskare vid Karolinska Institutet. Rapporten riktar särskilt fokus mot hälsa och välbefinnande, den sociala och organisatoriska arbetsmiljön samt erfarenhet av hot och våld inom den svenska kommunala och regionala hälso- och sjukvården.

Målgruppen för denna rapport är arbetsgivare, chefer, skyddsombud och andra förtroendevalda inom kommunal och regional hälso- och sjukvård. Rapporten kan ses som en inledande undersökning av den sociala och organisatoriska arbetsmiljön på gruppnivå och kan utgöra ett underlag och stöd vid det systematiska arbetsmiljöarbetet (11). I rapporten identifieras vilka faktorer i arbetsmiljön som utgör en risk för ohälsa och bör prioriteras för vidare undersökning på arbetsplatsnivå.

Syftet med rapporten är att kartlägga samt öka kunskapen om läkares, sjuksköterskors och undersköterskors arbetsmiljö och hälsa samt att identifiera potentiella risk- och friskfaktorer i dessa gruppers arbetsmiljö.

Frågeställningarna lyder:

- Hur skattar svenska läkare, sjuksköterskor och undersköterskor sin organisatoriska och sociala arbetsmiljö samt hälsa och välbefinnande?
- Vilka organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer identifieras som kan vara viktiga att följa upp i ett systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen?

I resterande del av inledningen av rapporten definieras och beskrivs hälsa och välbefinnande samt teorier och modeller för risk- och friskfaktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. I det efterföljande metodavsnittet presenteras tillvägagångssättet. I resultatdelen presenteras först de övergripande värdena för hälsa och välbefinnande samt risk- och friskfaktorerna i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön för de tre yrkesgrupperna. Detta följs av att varje yrkesgrupp presenteras separat utifrån demografiska och arbetsrelaterade faktorer. I slutet av resultatdelen presenteras de studerade yrkesgruppernas upplevelse av hot och våld inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården i Sverige. För att göra resultaten tydliga har vi tagit hjälp av ett trafikljussystem (med undantag för området hot och våld) som guidar läsaren till vilka organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer som kan prioriteras i ett systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen. I diskussionsdelen diskuteras resultaten i relation till nationell och internationell vetenskaplig forskning. Vi presenterar även områden som arbetsgivare, chefer, skyddsombud och andra förtroendevalda på berörda arbetsplatser skulle kunna arbeta vidare med för att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Hälsa och välbefinnande

Arbetsplatsen är en av de arenor där stora delar av den svenska befolkningen spenderar en stor del av sin tid under sitt arbetsföra liv. Arbetsplatsen, arbetsmiljön samt kollegorna har därmed en stor inverkan på individens mående och hälsa (12).

Begreppet hälsa är brett och kan betyda olika saker i olika sammanhang. Denna rapport utgår från världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa som ett holistiskt begrepp. WHO (13) beskriver hälsa som "...ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välmående och inte endast som avsaknaden av sjukdom eller handikapp" ["Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"] (s. 1). En övergripande utgångspunkt är att hälsa består av två dimensioner, välbefinnande och hälsa, som har samband med varandra men inte är varandras motsats. En person kan exempelvis uppleva lågt välbefinnande trots att hen har god psykisk såväl som fysisk hälsa (13). Likaså kan en person som är fysiskt eller psykiskt sjuk uppleva ett gott välbefinnande. Med andra ord är hälsa inte endast individens upplevelse av sitt välbefinnande eller förekomsten av psykiska och fysiska sjukdomar, utan det är en kombination av olika faktorer som är i samspel med varandra (14).

För att kunna undersöka och mäta hälsa samt arbetsrelaterat välbefinnande krävs det följaktligen att en kombination av flertalet faktorer undersöks. I denna rapport mäts hälsa och välbefinnande hos läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården i Sverige genom självskattad hälsa, symtom på utmattning, samt vilja att lämna arbetet.

Självskattad hälsa

Självskattad hälsa är arbetstagarens upplevelse eller värdering av sin samlade generella hälsa och används i många svenska befolkningsundersökningar, till exempel Folkhälsan i Sverige (15). År 2022 skattade drygt 70 % av svenskar i åldern 16–84 att de hade bra eller mycket bra hälsa (15). Kvinnor, äldre samt individer utan eftergymnasial utbildning skattade sin hälsa sämre än män, yngre och individer med eftergymnasial utbildning. I forskning har självskattad hälsa visat sig ha ett starkt samband med individens framtida fysiska och psykiska hälsa (16).

Symtom på utmattning

I denna rapport används termen utmattning¹ endast som ett teoretiskt begrepp utan klinisk innebörd. Utmattningssyndrom är den kliniska diagnosen som kan ställas vid symtom på utmattning och har diagnosklassifikationen F43.8 enligt ICD-10 (17).

För att diagnosen utmattningssyndrom (F43.8) ska kunna fastställas ska, enligt Socialstyrelsen, följande fem kriterier uppfyllas (18):

- fysiska och psykiska symtom på utmattning i minst två veckor med en symtomutveckling på minst sex månader. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- markant reducerad psykisk energi och uthållighet med lång återhämtningstid.
- minst fyra av följande symtom upplevda varje dag under en tvåveckorsperiod: koncentrationssvårigheter eller försämrat minne, reducerad kapacitet att hantera krav eller tidspress, sömnsvårigheter, emotionell instabilitet och irritabilitet, påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet och Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- symtomen beror ej på psykologiska effekter av olika substanser eller fysisk sjukdom.
- om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

1 Översatt från engelskans *burnout*.

Utmattning som vi mäter i denna rapport måste särskiljas från det kliniska begreppet utmattningssyndrom.

Utmattning som teoretiskt begrepp är ett multidimensionellt koncept och definieras ofta utifrån fyra olika huvuddimensioner: utmattning², emotionell nedsättning, kognitiv nedsättning samt mental distansering (19). Det finns även tre sekundära dimensioner och symtom: psykologisk ångest med sömnproblem och oro, psykosomatiska besvär i form av fysiska åkommor såsom bröstsmärtor och huvudvärk samt depressiv sinnesstämning med en känsla av maktlöshet, skuld och besvikelse på sig själv (19). Enligt Schaufeli och Taris (4) är utmattning inte ett tillstånd utan utgörs av en symtomutveckling över tid. De menar att långvarig stressbelastning leder till extrem fysisk och mental trötthet som i sin tur leder till nedsättningar i kognitiva processer och känsloregleringsprocesser, till exempel svårigheter att koncentrera sig och komma ihåg saker, svårigheter att kontrollera sina egna känslor eller känna empati. För att hantera situationen utvecklas känslomässig distansering vilket innebär att arbetet inte längre känns meningsfullt och att man blir cynisk och undviker kontakt med andra. Detta blir ett kontraproduktivt och ineffektivt hanteringssätt och leder till ännu mer trötthet varpå den negativa spiralen förstärks.

Utmattning är ofta vanligare inom yrkesgrupper som är patient- och klientorienterade. Inom dessa yrken kan utmattning bland annat medföra cynism i form av avskärmning och avtrubbnings gentemot patienter och klienter samt en känsla av försämrade arbetsprestation och otillräcklighet (20).

Vilja att lämna arbetet

Tidigare vetenskapliga studier undersöker arbetstagares vilja att lämna arbetet³ som ett mått på välbefinnande i arbetet (21–23). Studier har visat att viljan att lämna arbetet är förknippad med ökad sjukfrånvaro, minskad arbetsprestation, lågt arbetsengagemang samt låg arbetstillfredsställelse (22–24). En bristfällig arbetsmiljö ökar risken att anställda inom hälso- och sjukvården vill lämna arbetet (25). Forskning visar att de läkare och sjuksköterskor som rapporterar att de överväger att lämna arbetet, lämnar arbetet i större utsträckning än de som inte uppger att de överväger att lämna sitt jobb (26–28).

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

Enligt Arbetsmiljöverket omfattar den organisatoriska arbetsmiljön villkor och förutsättningar för arbetet inom områdena

- ledning och styrning
- kommunikation

2 Huvuddimensionen utmattning översatt från engelskans *exhaustion*.

3 Från engelskans *turnover intention*.

- delaktighet
- handlingsutrymme
- fördelning av arbetsuppgifter
- krav, resurser och ansvar.

Den sociala arbetsmiljön handlar om villkor och förutsättningar för arbetet och inkluderar

- socialt samspel
- samarbete
- socialt stöd från chefer och kollegor.

Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön regleras i lag och finns specificerad i Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 2015:4 (29). Det bör noteras att denna rapport endast fokuserar på organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer och *inte* den fysiska arbetsmiljön inkluderat exempelvis tunga lyft, arbete med kemikalier etcetera.

Inom arbetslivsforskningen har flera teorier och modeller utvecklats som används för att förklara och förstå det komplexa förhållandet mellan arbete och hälsa. Några av dessa teorier och modeller används i denna rapport för att undersöka den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom den svenska kommunala och regionala hälso- och sjukvården och beskrivs i detalj nedan. Mer detaljerad information om mätinstrumenten och hur de anpassats till denna rapport finns i metodavsnittet och i bilaga A.

Obalans mellan ansträngning och belöning

Modellen obalans mellan ansträngning och belöning⁴ (30), ofta benämnd ERI både på svenska och engelska, utgår ifrån principen att prestation förväntas bemötas med en belöning. Enligt ERI-modellen finns det en sorts psykologiskt kontrakt som i jobbsammanhang baseras på att det finns en samstämmighet mellan en individs arbetsinsats och någon form av ersättning eller vinst i form av pengar, uppskattning, utvecklingsmöjligheter eller anställningstrygghet (31). Antagandet inom ERI-modellen är att dessa kontrakt sällan är symmetriska, med andra ord: det finns nästintill alltid en obalans mellan arbetstagarens insats och vinst. Om en negativ obalans uppstår, det vill säga om insatsen anses för hög för den belöning som ges, kan arbetstagaren uppleva besvikelse och en känsla av att bli orättvist behandlad eller inte vara uppskattad. Det är dessa upplevelser av återkommande höga krav med återkommande låga belöningar som riskerar att skapa ansträngning hos individen. Enligt ERI kan denna ansträngning få negativa konsekvenser i form av ökad stressnivå, vilket i det långa loppet försämrar hälsan (30).

Flera översiktsartiklar visar att obalans mellan ansträngning och belöning ökar risken för både fysisk och psykisk ohälsa (32,33).

4 Översatt från engelskans *Effort Reward Imbalance model (ERI)*.

Krav/kontroll/stödmodellen

Ett arbete består oftast av en stor mängd krav. För att kunna hantera de krav som en arbetsplats ställer på sina medarbetare är en förutsättning, enligt Karasek och Theorell (34), att medarbetaren även måste ges en viss nivå av kontroll och självbestämmande. Detta utgör krav/kontrollmodellen.

Utifrån huvuddimensionerna krav och kontroll på arbetsplatsen finns det fyra olika situationer som individen kan ställas inför:

- avspänd (låga krav–hög kontroll)
- aktiv (höga krav–hög kontroll)
- passiv (låga krav–låg kontroll)
- spänd (höga krav–låg kontroll).

Yrken eller arbetssituationer som är avspända eller passiva förknippas med ostimulerande arbetsmiljöer. Ett arbete som är aktivt innebär hög aktivitet och engagemang på arbetsplatsen. En spänd arbetssituation med höga krav men låg kontroll på arbetet är förknippat med både stress och överbelastning. Enligt Karasek och Theorell (34) kan kontroll och självbestämmande vara buffrande på skadliga effekter vid situationer med högt ställda krav.

Det finns olika former av krav i arbetet. En del krav är *kvantitativa* såsom att jobba under tidspress eller stor arbetsmängd. Andra krav är *känslomässiga*, såsom att ofta hantera känslomässiga reaktioner hos andra. Exempel på olika former av kontroll är i vilken mån individen kan styra över sina arbetsuppgifter eller övergripande jobbaktiviteter samt känslan av meningsfullhet på arbetet. Inom kontroll inkluderas även individens möjlighet till att använda specifik yrkeskompetens samt inflytande i beslutsfattande (35).

Krav/kontrollmodellen har senare kommit att utvidgas och gått från att vara en tvådimensionell modell till att bli tredimensionell med socialt stöd som den tredje dimensionen. Socialt stöd på arbetet är en faktor som vid stressande situationer kan fungera buffrande och minska det överhängande stresspåslaget. Om individen befinner sig i en spänd situation kan socialt stöd i form av stöttande kollegor, chefer, arbetsmiljö och familj således buffra en del av obalansen mellan krav och kontroll (31).

Sambanden mellan krav/kontroll/stöd och stressrelaterad och annan mental ohälsa har gott empiriskt stöd (32,33).

Obalans mellan arbetsliv och privatliv

En central del för människans psykiska välmående är en upplevelse av balans i livet, det vill säga att få ihop det så kallade livspusslet. Balans är något som bland annat bygger på att en individs alla olika livsroller är i samspel. Dessa livsroller går oftast att finna antingen i privatlivet (exempelvis barn, partner, förälder, vän) eller i arbetslivet – två livsdelar med inbördes förhållande som sällan går att skilja från varandra. Det uppstår ibland situationer där krav och åtaganden inte alltid går hand i hand och därmed riskerar att gå i konflikt med varandra och skapa en obalans i livspusslet (36,37).

Obalans mellan arbetsliv och privatliv kan ta två olika riktningar, antingen från arbetet till privatlivet eller från privatlivet till arbetslivet (38). Faktorer som kan orsaka obalans är dels individuella (partner, partners yrke, barn boendes hemma, hög yrkesstatus), dels strukturella (den organisatoriska och sociala arbetsmiljön i form av krav/kontroll/stöd och ERI, övertid, osociala tider) (39). I denna rapport analyseras endast obalans från arbetet till privatlivet då det har visat sig ha starkast signifikans inom arbetsorienterade samhällen som Sverige (40).

Konsekvenserna av obalans i livet riskerar bland annat att leda till stress, förhöjt blodtryck och sämre skattat välbefinnande. Sammantaget är det alltså konsekvenser som påverkar individers fysiska och psykiska välmående och som i det långa loppet ökar risken för utmattning, hjärt- och kärlsjukdomar samt ökat alkoholintag (39). Studier visar även att individer som upplever obalans från arbetet till privatlivet har en ökad risk för sjukskrivning (41).

Moralisk stress

Teorin om moralisk stress bygger på den motstridighet som kan uppstå mellan personliga (moraliska och etiska) värderingar och professionella/institutionella krav (42). Det vill säga att en individ kan ha moraliska åsikter om vad som borde göras i en viss situation, vilka kan vara motstridiga gentemot existerande förväntningar på vad individen ska och kan göra utifrån sin yrkesroll (43).

Moralisk stress handlar om den konflikt som kan uppstå hos en individ och den stress det leder till när individen tar ett moraliskt beslut som hen anser är det "rätta" och som ska skydda patienten och ge god vård, men där genomförandet av detta beslut hindras av institutionella eller organisatoriska barriärer såsom policyer, tidsbegränsningar, medicinska beslut med mera (42,44). Denna konflikt kan leda till känslor av frustration, ilska och ångest hos individen, framför allt när det handlar om beslut och handlingar som berör andra, exempelvis inom vårdyrken där det är patienten och dennas vård som är i fokus (42,45). Moralisk stress kan i det stora hela leda till en upplevelse av motsägelsefulla krav och motstridiga moraliska principer där individens känsla av kontroll och autonomi försvagas (46).

Forskning visar att det finns ett samband mellan moralisk stress och ohälsa och funderingar på att lämna arbetet bland personal inom hälso- och sjukvården (47).

Illegitima arbetsuppgifter

Illegitima arbetsuppgifter är sådana uppgifter som anses ligga utanför en anställds huvuduppgift och profession eller uppgifter som inte förväntas utföras av en specifik roll (48,49). Med andra ord behöver uppgiften i sig inte vara svår eller ogrundad utan den blir illegitim när den går bortom förväntningarna i en yrkesroll. En uppgift kan ses som legitim för en yrkesroll men illegitim för en annan. Uppgiften är kontextuell och det är vem den ges till, samt dennes roll och förväntningar som påverkar uppfattningen av uppgiften.

Illegitima arbetsuppgifter kan delas upp i två kategorier: onödiga uppgifter och oskäliga uppgifter. Onödiga uppgifter är sådant som rollinnehavaren anser

inte behöver göras, alternativt skulle kunna undvikas om saker organiserades annorlunda. Oskäligen uppgifter är sådant som borde göras av någon annan, uppgifter som ligger utanför rollinnehavarens yrkesroll (48,49).

Många individer identifierar sig genom sin yrkesroll, framför allt i yrken som kräver högre utbildning och där misslyckanden kan få sociala konsekvenser, exempelvis inom olika vårdyrken (22,50). Att utföra illegitima arbetsuppgifter kan påverka såväl individen, dennes självbild och välbefinnande som organisationen, dess effektivitet och status. Individen riskerar att bli stressad i förhållande till att yrkesrollens kärnuppgifter bortprioriteras vilket ökar ansträngningen samt kraven att klara av de legitima uppgifterna parallellt med de illegitima. Likaså är en god hälsa och välbefinnande baserat på en god självbild där en välmående personal är en grund för en effektiv organisation (50). Då många identifierar sig med sin yrkesroll riskerar dessa personers självbild – och därmed även hälsa – att försämrats. Illegitima uppgifter gör det svårare att uppnå yrkesrelaterade mål samt leder till att yrkesrollens status och identitet ifrågasätts när uppgifter utanför yrkesrollen blir standard. Detta bidrar till ohälsa (48–50).

Forskning indikerar att mängden illegitima arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården har ökat över tid (48,51,52). Forskning visar även att det finns ett samband mellan illegitima arbetsuppgifter och ohälsa (23), arbetsmotivation och önskan att stanna i arbetet (28).

Risk- och friskfaktorer i arbetet

Baserat på ovan nämnda teorier och modeller samt aktuell empiri har man inom forskningen identifierat faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som kan ha en mer eller mindre negativ eller positiv inverkan på arbetstagares hälsa, så kallade risk- och friskfaktorer.

En riskfaktor är en omständighet eller ett förhållande som eventuellt kan ha en skadlig påverkan på hälsan och välbefinnandet (12). Inom arbetslivet innebär det mer specifikt arbetsmiljöfaktorer som skapar påfrestningar som för individen kan leda till ohälsa, lågt engagemang och sjukskrivning. Organisatoriskt kan riskfaktorer innebära en arbetsmiljö präglad av långa arbetstider, tillfälliga anställningar, dåligt ledarskap och dåliga HR-strategier (53).

Riskfaktorer utgörs av omständigheter och förhållanden i arbetet som är psykiskt ansträngande exempelvis (53–55):

- höga krav tillsammans med låg kontroll
- rollkonflikt
- obalans mellan ansträngning och belöning
- obalans mellan arbetsliv och privatliv
- otydliga mål
- hot, hot om våld och våld.

Friskfaktorer å andra sidan beskrivs enklast som omständigheter och förhållanden som främjar eller vidmakthåller hälsa eller förebygger ohälsa (56). En friskfaktor kan vara antingen en enskild komponent eller bestå av intrikata situationer och omständigheter (53).

Exempel på friskfaktorer är (53,54):

- inkluderande ledarskap
- hög grad av kontroll
- rimlig arbetsbelastning
- tydliga mål
- balans mellan ansträngning och belöning
- stöd.

Risk- och friskfaktorer beskrivs ibland som varandras direkta motsatser. Det stämmer ofta, men det finns även undantag, exempelvis krav i arbetet. Låga krav återfinns ofta i yrken med monotona arbetsuppgifter med låg kontroll och lågt inflytande medan höga krav återfinns i yrken med höga stressnivåer vilket har belagda samband med psykisk ohälsa (56). Med andra ord är både låga och höga krav potentiella riskfaktorer. Således finns det starkt interrelaterade risk- och friskfaktorer som är varandras motsats men det finns även risk- och friskfaktorer som är unika och självständiga som inte nödvändigtvis har en interrelaterad motsats (56). Dessutom kan vissa faktorer upp till en viss nivå och under vissa förhållanden (exempelvis höga krav med starkt stöd från överordnad) upplevas som positiva utmaningar som främjar personlig utveckling och engagemang (57).

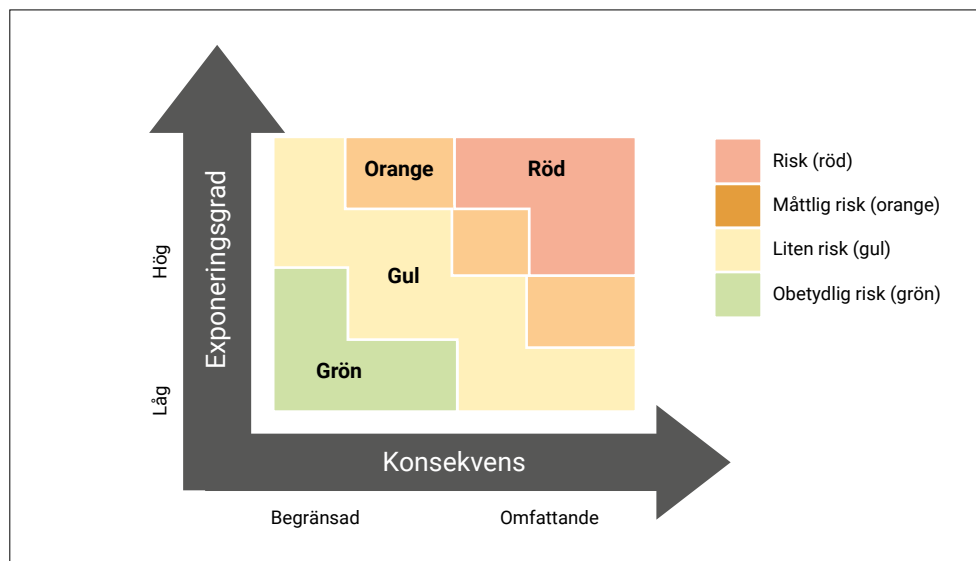
Att identifiera risker i arbetsmiljön

Som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet ska risker i arbetsmiljön identifieras, bedömas, åtgärdas och kontrolleras (11). För att identifiera risker behöver en undersökning av arbetsmiljön göras, vilket regleras i Arbetsmiljöverkets författningssamling. Undersökningen görs på olika sätt beroende på typ av risk. För att identifiera organisatoriska och sociala risker i arbetet ställs frågor till arbetstagarna om hur de upplever sin arbetsmiljö.

Arbetsmiljöverket beskriver begreppet risk som sannolikheten för att en farlig händelse eller exponering ska inträffa, där konsekvenserna av om det inträffar kan bli olika former av skador eller ohälsa (11). Det innebär att en riskfaktor inte per se utgör en fara för ohälsa. I stället innebär exponering för en riskfaktor att det finns en ökad sannolikhet att utveckla både fysisk och psykisk ohälsa (32,33).

Med utgångspunkt i detta använder denna rapport ett så kallat trafikljussystem för att presentera vilka faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som med stor sannolikhet utgör risk för ohälsa om de inte åtgärdas. Trafikljussystem används ofta i så kallade riskmatriser vid riskbedömningar av arbetsplatser (figur 1). Riskmatriser används för att bedöma riskens betydelse utifrån sannolikheten att exponeras (förekomst och duration) och konsekvensen av att exponeras.

Figur 1. Riskmatris utifrån exponering, alternativt avsaknad av exponering, och konsekvens.



De faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som klassas som riskfaktorer har ett vetenskapligt fastslaget samband med ohälsa. Om förekomsten är låg är sannolikheten lägre att ohälsa utvecklas och konsekvenserna är begränsade. Är förekomsten i stället hög ökar sannolikheten att ohälsa utvecklas och att konsekvenserna blir mer omfattande, exempelvis en längre tids sjukskrivning för stressrelaterad ohälsa.

Friskfaktorer kan, när de finns på plats, främja hälsa. En hög grad av exponering för dessa faktorer är därför bra; omvänt kan avsaknaden av exponering för friskfaktorer leda till ohälsa. Exempelvis kontroll, inflytande och stöd har identifierats som viktiga friskfaktorer. Samtidigt visar forskning att avsaknaden av kontroll, inflytande och stöd ökar sannolikheten att den exponerade utvecklar ohälsa (33). Kontroll, inflytande och stöd blir därmed en risk i arbetsmiljön. På så sätt kan man applicera även friskfaktorer till riskmatriser.

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i Sverige

Enligt siffror från svenska yrkesregistret arbetade det ungefär 39 000 läkare, 110 000 sjuksköterskor och 173 000 undersköterskor i Sverige 2020/2021.⁵ I denna rapport fokuserar vi endast på de läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var yrkesverksamma inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige 2021. Gruppen läkare inkluderar individer från underläkare till överläkare inom samtliga specialiteter. Sjuksköterskor inkluderar även specialistutbildade sjuksköterskor, barnmorskor samt röntgensjuksköterskor (det sistnämnda är en egen utbildning och inte en specialistutbildning).

⁵ Svenska Yrkesregistret är ett släpande register och har inga årsaktuella data. Det innebär att de data som fanns att tillgå 2022 under LOHHCS datainsamling gällde läkare, sjuksköterskor och undersköterskor registrerade i YREG 2020/2021.

Gruppen undersköterskor är svår att definiera i yrkesregistret då det så sent som sommaren 2023 blev en skyddad yrkestitel. I denna rapport ingår även skötare, vårdbiträden etcetera i gruppen undersköterskor.

Hälso- och sjukvårdspersonal är bland de yrkesgrupper som i störst utsträckning är sjukskrivna för ohälsa relaterat till arbetet (58,59). Sjukfrånvaron bland sjuksköterskor och undersköterskor har länge varit hög medan sjukfrånvaron bland läkare varit lägre. På senare år har dock sjukfrånvaron bland läkare ökat, speciellt bland kvinnliga ST-läkare. Den ökade stressbelastningen på hälso- och sjukvårdspersonalen under covid 19-pandemin antas kunna leda till ökad ohälsa och sjukskrivning samt att personal slutar (60). Underlaget som denna rapport bygger på samlades in under våren och hösten 2022, det vill säga i slutet av och strax efter pandemin.

2. Metod

För rapporten används data från den longitudinella studien om arbetsmiljö och hälsa i hälso- och sjukvården i Sverige (LOHHCS) 2022. Nedan presenteras vilka som är med i studien, hur data samlats in och hur vi har bearbetat data för presentation i denna rapport.

Urval och datainsamling

LOHHCS-kohorten⁶ består av ett representativt urval av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor verksamma i Sverige. Urvalet är draget från svenska yrkesregistret samt utbildningsregistret och genomfördes av Statistiska centralbyrån (SCB). Urvalet från yrkesregistret är draget med ett randomiserat stratifierat urval⁷ baserat på vilket sjukvårdsadministrativt⁸ område personerna arbetade inom. Urvalet från utbildningsregistret gjordes för att fånga de sjuksköterskor och läkare som tagit examen men ännu inte registrerats i yrkesregistret. Detta urval utgjorde ett eget stratum.

Enkäten skickades till 24 000 läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (8 000 i vardera gruppen). Totalt 556 individer plockades bort från urvalet för att de flyttat utomlands, dött eller hade hemlig adress. Totalt svarade 7 845 personer. För denna rapport inkluderas endast de läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som uppgav att de arbetar inom kommunal och regional hälso- och sjukvård. Då vi exkluderat alla som inte arbetade inom kommunal och regional hälso- och sjukvård kvarstod 6 492 individer: 2 232 läkare (34 %), 2 456 sjuksköterskor (38 %) och 1 804 undersköterskor (28 %).

Eftersom LOHHCS data är baserade på ett representativt urval räknade SCB ut kalibreringsvikter⁹ för kohorten. Kalibreringsvikter gör att resultaten nedan ger en mer sann bild av arbetsmiljön och hälsan och välbefinnandet för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som är verksamma i Sverige. Det totala analytiska urvalet bestod av 253 873 individer. I bilaga B presenteras demografiska data med och utan kalibreringsvikter. I de vidare analyserna samt resultaten som presenteras i rapporten är kalibreringsvikter anpassade.

6 Kohort är liktydigt med de läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som finns med i studien.

7 Urvalsmetod där populationen först delas in (stratifieras) i grupper av element kallade strata. Ur varje stratum dras sedan ett slumpmässigt urval.

8 Administrativa sjukvårdsregioner består av ett kommunalförbund med sjukvårdshuvudmän som samverkar kring utnyttjandet av regionens sjukvårdsresurser. De sex sjukvårdsregionerna är Norra, Mellansverige, Stockholm, Sydöstra, Västra samt Södra.

9 En metod för att förbättra kvaliteten i statistiken då kalibreringsvikter tar hänsyn till att olika grupper i samhället är olika benägna att svara på enkäter. Vikterna kompenserar för en övertäckning under datainsamlingen så att analyserade data bättre stämmer överens med den faktiska studiepopulationen.

Kategorisering av individer i LOHHCS-kohorten

Begreppet yrkesgrupper används i denna rapport för att beskriva de tre professionerna läkare, sjuksköterskor (där även barnmorskor och röntgensjuksköterskor inkluderas) och undersköterskor. För att kunna beskriva skillnader mellan och inom de tre yrkesgrupperna ytterligare användes fem individuella kategorier: kön, ålder, arbetslivserfarenhet, ledningsgruppsansvar och arbetstimmar. För läkare undersöktes även skillnader mellan rang och för sjuksköterskor och undersköterskor undersöktes skillnaden mellan regional och kommunal verksamhet. Nedan samt i bilaga B beskrivs hur vardera individuell kategori är uppdelad.

Kön är män och kvinnor. Information om kön är hämtad från SCB:s register och är därmed inte självrapporterad. En majoritet av studiedeltagarna var kvinnor, med störst andel (90 %) inom undersköterskegruppen. Mest jämn könsfördelning fanns inom läkargruppen (48 % män och 52 % kvinnor).

Åldersgrupper är uppdelat i fyra ålderskategorier: 21–36 år, 37–47 år, 48–57 år samt 58–76 år baserat på procentuella kvartiler. Läkares ålder sträckte sig mellan 25 och 76 år, sjuksköterskors mellan 23 och 69 år och undersköterskors mellan 21 och 68 år. Information om ålder är hämtad från SCB:s register. Studiedeltagarna var generellt jämnt fördelade över de fyra ålderskategorierna med störst variationer inom läkargruppen.

Arbetslivserfarenhet är antal år inom yrket och är uppdelat i tre kategorier: under 5 år av arbetslivserfarenhet, 5 till 15 år, samt över 15 år. Hälften (50 %) av alla studiedeltagare hade en arbetslivserfarenhet inom sitt yrke på över 15 år. Andelen med lång erfarenhet var störst bland undersköterskegruppen (52 % hade en arbetslivserfarenhet på över 15 år) och lägst inom läkargruppen (42 % hade en arbetslivserfarenhet på över 15 år).

Ledningsansvar innebär att individen har ett ledningsansvar inom ramen för sin tjänst. Grupperingarna utgår ifrån om individen är chef med personalansvar, chef utan personalansvar alternativt inte har något ledningsansvar. För läkare och sjuksköterskor ingår även medicinska ledningsuppdrag, det vill säga medicinskt ledningsansvar (MLA) eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Största delen av studiedeltagarna hade inget ledningsansvar.

Arbetstimmar är uppdelat i tre kategorier: genomsnittligt arbete under 36 timmar/vecka, 36 till 45 timmar/vecka samt mer än 45 timmar yrkesarbete per vecka. Denna uppdelning av arbetstimmar är konstruerad med hänsyn till arbetstidens upplägg inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården i Sverige där det finns olika heltidsnormer (exempelvis arbetar vissa färre timmar per vecka då de arbetar nattsift). Den största andelen av studiedeltagarna, oavsett yrke, arbetade 36–45 timmar per vecka. Det var vanligast inom läkargruppen (38 %) att arbeta mer än 45 timmar per vecka medan 30 % av sjuksköterskorna och 38 % av undersköterskorna arbetade färre än 36 timmar per vecka.

Rang gäller endast för läkare och är uppdelat i tre kategorier: läkare under träning, specialister och överläkare. Läkare under träning inkluderar underläkare före AT¹⁰, AT-läkare, legitimerade underläkare och ST-läkare¹¹. Specialister inkluderar endast läkare med färdig specialistutbildning. Överläkare inkluderar biträdande överläkare och överläkare. Över lag var fördelningen av rang jämn inom läkargruppen även om det var flest läkare under utbildning (37 %).

Anställningsplats gäller endast för sjuksköterskor och undersköterskor och är uppdelat i kategorierna regional (det vill säga om anställningen är inom regional hälso- och sjukvård) och kommunal (det vill säga om anställningen är inom kommunal hälso- och sjukvård). För sjuksköterskor var det vanligast att vara anställd i regional verksamhet (81 %) medan det för undersköterskor var vanligast att arbeta i kommunal verksamhet (70 %).

Mätinstrument

LOHHCS-enkäten består av fyra delar: yrkesbakgrund, arbetsmiljö, hälsa och demografi. Stor del av frågorna som inkluderades i LOHHCS är baserade på olika mätinstrument utvecklade för att undersöka den organisatoriska och sociala arbetsmiljön för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Samtliga mätinstrument och verktyg baseras på de teorier och modeller som presenteras i bakgrunden och är tidigare testade och validerade och används regelbundet i vetenskapliga sammanhang. I denna rapport sammanställs data från en del av dessa instrument och verktyg. Mer detaljerad information om de inkluderade mätinstrumenten, svarsalternativ och hur dessa kodades samt instrumentens källor går att finna i bilaga A.

Flera av de mätinstrument som används i denna rapport är hämtade från Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)¹². COPSOQ är ett väletablerat och validerat verktyg som mäter väsentliga aspekter av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och vilar på en vetenskaplig grund. I sin helhet består COPSOQ av 76 frågor som är uppdelade i 33 dimensioner som berör arbetsmiljön, vilka i sin tur är uppdelade på 7 områden. Samtliga 76 frågor i COPSOQ har fem svarsalternativ. Vardera av de fem svarsalternativen tilldelas ett värde: 0, 25, 50, 75 eller 100. De frågor som tillhör en dimension slås samman så att dimensionen får ett medelvärde mellan 0 och 100. Fem av de sju områdena i COPSOQ används i LOHHCS-enkäten och finns presenterade i denna rapport.

Dessa områden är

- självskattad hälsa
- krav i arbetet (kvantitativa och känslomässiga krav)
- obalans mellan individ och arbete

10 Allmäntjänstgöring (AT) kompletterar läkarnas grundutbildning och är nödvändigt för legitimation. Studenter som började på ett svenskt läkarprogram efter den 1 juli 2021 kommer inte att göra AT för att få legitimation. AT-läkare är de läkare som för tillfället genomför sin AT.

11 En legitimerad läkare som vill ansöka om specialistkompetensbevis behöver göra en specialiseringstjänstgöring (ST). Under denna tid är de ST-läkare.

12 Läs mer om COPSOQ, dess utformning och praktiska användningsområden på www.COPSOQ.se.

- relationer och ledarskap (det vill säga socialt stöd från överordnad, socialt stöd från kollegor och social gemenskap i arbetet)
- kränkande beteende (det vill säga hot och våld).

Övriga validerade verktyg och frågor som används i denna rapport är KEDS (61), ERI (30) och Illegitima arbetsuppgifter (62). Därtill använder vi verktygen Viljan att lämna arbetet (22,63) och Moralisk stress (42,43,64). De har inte validerats i publicerade studier men använts i andra studier (ibid.).

Hälsa och välbefinnande

Självskattad hälsa mättes genom att deltagarna fick svara på hur de i allmänhet upplevde sin hälsa. Frågan om självskattad hälsa har hämtats från COPSQQ (65,66).

Utmattning mättes med ett frågebatteri från Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS (61). Instrumentet kan ge en indikation på om en individ har inga, milda, eller svårare symtom på utmattning och därmed bör erbjudas medicinska åtgärder. KEDS används ofta kliniskt som en del i en anamnes för att sätta diagnosen utmattningssyndrom. KEDS som omfattade nio frågor. Dessa nio frågor berör individens koncentrationsförmåga, minne, kroppsliga uttrötthet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelse av krav samt irritation och ilska. Svaren på frågorna summerades till ett värde mellan 0 och 54 där högt värde indikerar större risk för utmattning. I linje med Beser m.fl. (61) valdes gränsvärdet 19 eller över som en indikation på utmattning.

Viljan att lämna arbetet, som fungerar som ett mått på arbetsrelaterat välbefinnande, mättes genom att deltagarna fick besvara frågan *Hur ofta de senaste månaderna har du övervägt att söka ett annat jobb?* De som svarade att de övervägt att lämna sitt arbete flera gånger de senaste dagarna, veckorna eller månaderna under året kategoriserades som "överväger att lämna arbete" medan individer som svarade att de övervägt att lämna arbetet någon gång de senaste 12 månaderna eller aldrig kategoriserades som "överväger inte att lämna arbete".

Organisatoriska och sociala faktorer i arbetsmiljön

Nedan beskrivs kort faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som studeras i denna rapport samt hur de hanteras i rapporten. En mer detaljerad översikt över alla faktorer och mätinstrument presenteras i bilaga A.

Obalans mellan ansträngning och belöning mättes genom det validerade verktyget Effort Reward Imbalance (ERI) (30). ERI baseras på uträkningen av en kvot mellan ansträngning och belöning. Ansträngning och belöning mättes genom tre respektive sju frågor där svaren slogs samman till ett genomsnittligt värde mellan 1 och 4 var för sig. När kvoten mellan ansträngning och belöning¹³

13 Uträkning av kvot mellan ansträngning och belöning: Då ansträngning och belöning mäts med olika antal frågor används en korrigeringsfaktor (correction factor = c). Korrigeringsfaktorn beräknas genom att dividera antalet föremål inom belöning med antalet föremål inom ansträngning, alltså 3 dividerat med 7 vilket är lika med 0,42857143. Formeln som uträkningen av ERI utgår ifrån är ER-Ratio = effort score/(reward score x c).

överstiger 1,0 indikerar det en obalans (det vill säga att ansträngningen är större än belöningen).

Belöning i arbetet utgår endast ifrån det totala indexet baserat på de sju frågorna som berör belöning i arbetet enligt ERI-skalan (30). För denna rapports tydlighet gjordes indexet om för att motsvara COPSOQ-graderingen men med justering för fyra svarsalternativ med poängen 0; 33,3; 66,6 och 100.¹⁴

Kvantitativa krav (COPSOQ) mättes med tre frågor om en möjlig obalans mellan arbetsuppgifternas omfång och den tid som är tillgänglig för att utföra dessa. *Känslomässiga krav* (COPSOQ) mättes med en fråga om hur ofta den svarande upplevde sig behöva hantera andra människors personliga problem.

Kontroll i arbetet mättes genom åtta frågor som berörde deltagarnas möjligheter att påverka sina arbetspass samt i vilken utsträckning de själva kan styra sin arbetsdag. *Inflytande* mättes med tre frågor som berörde att ha tillräckligt med tid för patientmöten och frihet att fatta kliniska beslut. *Meningsfullhet* mättes genom en fråga om hur nöjda deltagarna är med sitt jobb. För denna rapports tydlighet gjordes alla svaren (om kontroll i arbetet, inflytande samt meningsfullhet) om för att motsvara graderingen som görs för COPSOQ.

Socialt stöd från överordnad, socialt stöd från kollegor och social gemenskap i arbetet (COPSOQ) mättes med en fråga vardera. Den svarande fick skatta hur denne upplevde stöd från sina chefer och kollegor samt gemenskap.

Obalans mellan arbetet och privatlivet (38) mättes med fem frågor som berör i vilken omfattning arbetet inverkar på privatlivet. För denna rapports tydlighet gjordes summeringen om för att motsvara graderingen för COPSOQ.

Moralisk stress (64) inkluderade fem frågor som berörde olika former av etiska dilemman och moralisk stress som individen möter i sin yrkesroll. För denna rapports tydlighet gjordes svaren om för att motsvara graderingen för COPSOQ.

Illegitima arbetsuppgifter (62) presenteras för dimensionerna *oskäligen uppgifter* och *onödiga uppgifter*. För oskäligen uppgifter inkluderades fyra frågor om exempelvis hur ofta deltagarna ansåg att de behövde utföra arbetsuppgifter som de menade kunde utföras av någon annan. Onödiga uppgifter inkluderade fyra frågor om exempelvis hur ofta deltagarna har arbetsuppgifter de undrar över om de egentligen alls behöver göras. För denna rapports tydlighet gjordes svaren om för att motsvara graderingen för COPSOQ.

Upplevelsen av våld och hot inom hälso- och sjukvården mättes genom en enskild fråga om hur ofta deltagaren under de senaste 12 månaderna hade blivit utsatt för våld, hot om våld eller hot på sitt arbete. Svarsalternativen delades upp i två kategorier: alla svarsalternativ som indikerade någon form av

14 COPSOQ utgår från att svaren på deras mätinstrument går från 0 till 100 och vardera svarsalternativet tilldelats poäng: 0, 25, 50, 75 eller 100. För de variabler som inte tillhör COPSOQ har vi anpassat poängen för svarsalternativen så att de går från 0 till 100.

upplevelse av våld och hot de senaste 12 månaderna blev en kategori (1) och de som svarat att de aldrig upplevt hot och våld en kategori (0).

Alla som svarat att de upplevt hot och våld det senaste året fick även en fråga om vem eller vilka som utsatt dem för detta, med andra ord vem som var förövaren. Det fanns fyra svarsalternativ, och det var möjligt att ange flera av dem. Svarsalternativen var "patient", "närstående", "annan sjukvårdspersonal" och "annan person". Dessa alternativ grupperades till "endast intern förövare" vilket inkluderar annan sjukvårdspersonal, "endast extern förövare" vilket inkluderar patienter, närstående och annan person samt "både intern och extern förövare" som inkluderar de deltagare som angett sig utsatta av både exempelvis patienter och annan sjukvårdspersonal.

Vidare tillfrågades de svarande om det upplevda våldet har anmälts till chef eller skyddsombud samt om personen som utsatts känts sig påverkad av våldet. Frågan om huruvida hot och våld hade anmälts besvarades med tre svarsalternativ. Huruvida den svarande känt sig påverkad av våldet hade fyra svarsalternativ som sträckte sig från "i mycket stor utsträckning" (1) till "inte alls" (4). Alternativ 1 och 2 slogs samman och bildade gruppen "stor påverkan" medan alternativ 3 och 4 behölls intakta.

Bearbetning av data

Data sammanställdes genom att först beräkna medelvärdet¹⁵ för respektive instrument (se bilaga A) för varje individ som svarat på enkäten. I sammanställning av data beräknades ett medelvärde för den studerade gruppen (exempelvis medelvärde för självskattad hälsa för samtliga kvinnliga läkare). För de instrument som kommer från COPSOQ eller har anpassats till COPSOQ kan medelvärdet ligga mellan 0 och 100.

Data har sammanställts så att läsaren ska kunna få en uppfattning om huruvida resultatet är bättre eller sämre i förhållande till ett referensvärde antingen för arbetsmarknaden i stort eller i relation till hela LOHHCS-kohorten. Det innebär att det självskattade värdet jämförs gentemot ett referensvärde.

Referensvärden och medelvärde för variabler från COPSOQ

För COPSOQ har det tagits fram referensvärden för respektive dimension för den svenska arbetsmarknaden som helhet (65). Dessa referensvärden är baserade på genomsnittligt värde för ett urval av arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden 2018. Referensvärdena ska inte betraktas som de rätta eller bästa värdena utan syftar till att underlätta förståelsen av de värden vi presenterar.

¹⁵ För balans mellan ansträngning och belöning beräknades en kvot som beskrivs för ERI ovan.

Det varierar mellan olika dimensioner huruvida det är önskvärt att medelvärdena är låga eller höga. Det önskade värdet för varje dimension (lågt respektive högt) är därför inkluderat i presentationen av resultatet.

Medelvärde för den svenska hälso- och sjukvården

Då vissa av de organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorerna som inkluderades i denna rapport inte är del av COPSQ har i stället ett medelvärde för den svenska hälso- och sjukvården sammanställts och använts som referensvärde. För att göra det mer överblickbart för läsare används samma poängsystem för dessa frågor som för COPSQ.

Detta inkluderar skalor som mäter följande faktorer:

- viljan att lämna arbetet
- moralisk stress
- illegitima arbetsuppgifter innehållandes oskäligen och onödiga uppgifter
- belöning i arbetet
- kontroll, inflytande och meningsfullhet i arbetet.

Referensvärden från vetenskapliga artiklar och gränsvärden

Utmattning som mäts genom KEDS hanteras så som rekommenderat av Beser m.fl. (61) med ett kliniskt värde som tagits fram i forskning. ERI-kvot skiljer sig från övriga faktorer i rapporten och är inte anpassad till COPSQ. I en publicerad artikel uppgavs att medel ERI-kvot för en generell population av svenska arbetstagare var 1,1 (67), vilket användes som referensvärde för denna rapport.

Presentation av data och identifikation av risker i arbetet

De organisatoriska och sociala arbetsmiljöförhållandena som undersöks i rapporten presenteras utifrån risk- och friskfaktorer.

Sammanställning av data presenteras med hjälp av ett så kallat trafikljussystem (tabell 1). Trafikljussystem används i rapporten för att synliggöra graden av exponering för respektive arbetsmiljöfaktor och om risken utgör låg, medel eller hög sannolikhet för ohälsa (figur 1).

Med utgångspunkt i trafikljussystem identifieras vilka faktorer som med stor sannolikhet utgör risk för ohälsa om de inte åtgärdas.

Detta görs i tre steg:

- Medelvärdet för en viss faktor jämförs med referensvärdet för samma värde (se ovan angående referensvärde).

- Skillnaden mellan medelvärde och referensvärde räknas ut.
- Baserat på storleken och riktningen (bättre eller sämre) på skillnaden får värdet färgen grön, gul, orange eller röd i enlighet med tabell 1.

Enligt COPSOQ utgör en skillnad på mer än 5 en märkbar skillnad. I bilaga C presenteras hur värdena för grönt, gult, orange och rött har kodats för varje faktor.

Tabell 1. Klassificering av medelvärden enligt trafikljussystem.

	Skillnad på medelvärde och referensvärde^a samt riktning	Exponering för arbetsmiljöfaktorn	Sannolikhet att exponeringen bidrar till ohälsa
Grön	Skillnaden från referensvärdet är mer än 5 i riktningen bättre än referensvärdet	Låg grad exponering för riskfaktorer	Begränsad
		Hög grad exponering för friskfaktorer	
Gul	Skillnaden från referensvärdet är upp till 5 och medelvärde är varken bättre eller sämre än referensvärdet	Måttlig grad exponering för risk- och friskfaktorer	Liten
Orange	Skillnaden från referensvärdet är mer än 5 och mindre än 10 i riktningen sämre än referensvärdet	Medelhög grad exponering för riskfaktorer	Måttlig
		Medellåg grad exponering för friskfaktorer	
Röd	Skillnaden från referensvärdet är mer än 10 i riktningen sämre än referensvärdet	Hög grad exponering för riskfaktorer	Hög
		Låg grad exponering för friskfaktorer	

^a I enlighet med rekommendationer från COPSOQ (65) som beskriver relationen mellan ett medelvärde och referensvärde.

Faktorn obalans mellan ansträngning och belöning är baserad på en kvot och antar ett värde över eller under 1. Om medelvärde är detsamma som referensvärdet (1,1) färgas den gul. Om medelvärde är lika med eller högre än 1,2 får värdet en röd färg. Medelvärden lika med eller under 1,0 får en grön färg.

Faktorerna utmattning, överväger att lämna arbetet och hot och våld presenteras som förekomst, dvs. andelen med symptom på utmattning, andelen som överväger att lämna arbetet och andelen som upplevt hot och våld. För dessa faktorer används inte trafikljussystem.

Färgkodningarna ger därmed en indikation på faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som uppvisar bättre eller sämre värden i relation till ett referensvärde. Medelvärde kan inte jämföras mellan olika faktorer. Däremot kan resultatet användas för jämförelser mellan yrken och grupper för samma faktor.

De värden som i resultatet är markerade med rött bör undersökas vidare för att fastställa eventuella åtgärder eller förändringar i enlighet med ett systematiskt arbetsmiljöarbete. De värden som i resultatet är markerad med orange bör ses som alarmerande då de riskerar att bli röda.

3. Resultat

I följande avsnitt redovisas först resultat för hälsa och välbefinnande samt organisatorisk och social arbetsmiljö för grupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Därefter presenteras resultaten för individuella kategorier inom varje yrkesgrupp.

Resultatet presenteras i tabeller och i text. I tabellerna har samtliga värden (med undantag för utmattning, viljan att lämna arbetet och obalans mellan ansträngning och belöning) fått färgen grön, gul, orange eller röd. Faktorerna utmattning och viljan att lämna arbetet presenteras som förekomst, och faktorn obalans mellan ansträngning och belöning presenteras som medelvärde utifrån ERI-kvoten (se metodavsnitt för detaljer). I löpande text beskrivs tabellernas innehåll med emphasis på de resultat som har ett rött värde och som därmed identifieras utgöra en potentiell risk för ohälsa.

Resultaten kan användas som en inledande undersökning av arbetsmiljön inom kommunal och regional hälso- och sjukvård och som underlag i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön inom kommunal och regional hälso- och sjukvård

Av tabell 2 går att utläsa att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom kommunal och regional hälso- och sjukvård generellt har sämre medelvärden för hälsa och för faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön jämfört med arbetsmarknaden i helhet (referensvärdena).

Hälsa och välbefinnande

Vad gäller hälsa och välbefinnande visar tabell 2 att självskattad generell hälsa är markerad med rött, vilket innebär ett sämre värde jämfört med referensvärdena för den svenska arbetsmarknaden. Nästan en tredjedel av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige har milda till svåra symtom på utmattning (31 %) och 43 procent överväger ofta att lämna arbetet.

Hälsa skiljer sig mellan yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Undersköterskornas värde för självskattad hälsa är rödmarkerade medan sjuksköterskors och läkares är orange- respektive gulmarkerade. Förekomst av utmattning är högre bland undersköterskor än läkare och sjuksköterskor och en större andel överväger att lämna sitt arbete.

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

Alla tre yrkesgrupper hade sämre värden i förhållande till referensvärdena för faktorerna obalans mellan ansträngning och belöning, krav i arbetet, obalans mellan arbetet och privatlivet samt socialt stöd från överordnad (indikerat med rött eller orange i tabell 2). Det innebär att exponeringen för dessa faktorer är relativt hög och att risk för ohälsa föreligger. Det fanns vissa skillnader mellan yrkesgrupper. Medan kvantitativa krav var sämre i relation till referensvärdet bland läkare, var känslomässiga krav sämre i relation till referensvärdet bland sjuksköterskor. Undersköterskorna hade låg grad av kontroll och inflytande i arbetet i relation till referensvärdet för hela LOHHCS-kohorten.

Alla tre yrkesgrupper rapporterar en betydande obalans mellan ansträngning och belöning. Samtliga tre yrkesgrupper i denna rapport har mer obalans än den generella arbetsmarknaden (indikerat med värden över 1,1). Värdet för obalans mellan ansträngning och belöning är för läkare 1,2, för sjuksköterskor 1,4 och för undersköterskor 1,5.

Förekomsten av moralisk stress skiljer sig för de tre yrkesgrupperna. Läkarna har lägre medelvärde jämfört med referensvärdet för totala LOHHCS-kohorten, medan undersköterskorna har högre medelvärde. Vad gäller illegitima arbetsuppgifter finns endast marginella skillnader mellan de tre yrkena för förekomst av oskäligen uppgifter. Däremot rapporterar läkare högre förekomst av onödiga arbetsuppgifter än både sjuksköterskor och undersköterskor.

Tabell 2. Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

■ = Grön ■ = Gul ■ = Orange ■ = Röd

	Önskat värde	Total	Läkare	Sjuk-sköterskor	Under-sköterskor	Referens-värde
Andel (%)		100	13	34	53	
Hälsa och välbefinnande						
Självskattad hälsa	H	51 ■	59 ■	53 ■	47 ■	61 ^b
Utmattning (%)	L	31	21	30	36	
Viljan att lämna arbetet (%)	L	43	34	44	46	
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön						
Obalans mellan ansträngning och belöning (ERI-kvot)	L	1,4 ■	1,2 ■	1,4 ■	1,5 ■	1,1 ^c
Kvantitativa krav	L	45 ■	54 ■	46 ■	42 ■	41 ^b
Känslomässiga krav	L	56 ■	53 ■	60 ■	54 ■	47 ^b
Obalans mellan arbete och privatliv	L	54 ■	55 ■	52 ■	54 ■	40 ^b
Moralisk stress	L	66 ■	62 ■	66 ■	68 ■	67 ^d
Oskäligen uppgifter	L	50 ■	50 ■	49 ■	51 ■	50 ^d
Onödigen uppgifter	L	51 ■	55 ■	50 ■	50 ■	51 ^d
Socialt stöd från överordnad	H	64 ■	66 ■	63 ■	63 ■	75 ^b
Socialt stöd från kollegor	H	83 ■	83 ■	86 ■	81 ■	80 ^b
Social gemenskap i arbetet	H	88 ■	86 ■	90 ■	87 ■	80 ^b
Kontroll i arbetet	H	36 ■	32 ■	44 ■	31 ■	37 ^d
Inflytande i arbetet	H	57 ■	66 ■	62 ■	50 ■	57 ^d
Meningsfullhet i arbetet	H	66 ■	69 ■	69 ■	63 ■	66 ^d
Belöning i arbetet	H	50 ■	50 ■	49 ■	50 ■	50 ^d

^a Markerar om det önskade värdet ska vara högt (H) eller lågt (L)

^b Referensvärde för arbetsmarknaden som helhet (65)

^c Referensvärde för ett urval från den svenska arbetsmarknaden (67)

^d Referensvärde för samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor beräknat från LOHHCS-kohort

Den sociala gemenskapen för alla tre yrkesgrupper är bättre än referensvärdena. Bland sjuksköterskorna var även värdena för socialt stöd från kollegor samt kontroll och inflytande i arbetet bättre än referensvärdena. Detta är faktorer som kan vara hälsofrämjande om de finns tillgängliga på arbetet. Stöd i arbetet kan utgöra en friskfaktor i arbetet så exponering för socialt stöd är bra.

Sammanfattning hälso- och sjukvården

- En tredjedel av de yrkesverksamma läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna i Sverige hade milda till svåra symtom på utmattning.
- Arbetsmiljön för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom hälso- och sjukvården karaktäriseras av fler riskfaktorer i arbetet jämfört med för arbetstagare på den övriga arbetsmarknaden.
- Undersköterskor har över lag en låg hälsa och välbefinnande med särskilt låga värden för upplevelsen av kontroll och inflytande i arbetet.
- De studerade yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården upplevde lågt stöd från överordnade jämfört med arbetstagare på den övriga arbetsmarknaden.

Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön inom yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor

I följande avsnitt presenteras resultat för skillnader inom respektive yrkesgrupp. Resultatet presenteras utifrån de fem individuella kategorierna kön, ålder, arbetslivserfarenhet, ledningsgruppsansvar och arbetstimmar (se metodavsnittet). För läkare beskrivs även skillnader för rang och för sjuksköterskor och undersköterskor beskrivs skillnader mellan kommun och region.

Läkare

Resultat för hälsa, välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för läkarna presenteras i sin helhet i tabell 3.

Hälsa och välbefinnande

Värdena för självskattad hälsa är i linje med referensvärdet för samtliga grupper av läkare med undantag för kvinnliga läkare och läkare i åldrarna 48 till 57 år. Dessa två grupper skattar sin hälsa som något sämre än referensvärdet.

Förekomst av milda till svåra symtom på utmattning varierar, från 14 procent för läkare över 58 år till 29 procent bland läkare i åldrarna 48–57 år. Förekomst av milda till svåra symtom på utmattning är högre för kvinnliga läkare (26 %) jämfört med manliga läkare (15 %).

Andelen som funderar på att lämna arbetet varierar mellan grupper av läkare. Större andel av läkare under utbildning och som är tidigt i sin karriär, i åldern 21–36 år, samt läkare som i genomsnitt arbetar mer än 45 timmar i veckan, funderar på att lämna arbetet jämfört med övriga grupper.

Tabell 3. Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för läkare.

■ = Grön ■ = Gul ■ = Orange ■ = Röd

Läkare	Referensvärde	Önskat värde	Kön		Ålder				Rang			Arbetslivs- erfarenhet			Ledningsansvar			Arbetsstimmar		
			Män	Kvinnor	21-36	37-47	48-57	58+	Läkare under träning	Specialister	Överläkare	< 5år	5-15 år	> 15 år	MLA	Chef med/ utan personal	Inget	< 36 timmar	36-45 timmar	> 45 timmar
Andel (%)			48	52	30	33	18	19	40	26	36	20	38	42	17	5	79	11	50	40
Hälsa och välbefinnande																				
Självskattad hälsa	61 ^b	H	62	55	61	58	54	60	59	59	57	59	59	58	58	59	59	60	60	56
Utmattning (%)		L	15	26	18	22	29	14	21	24	19	20	21	20	21	18	21	24	19	22
Viljan att lämna arbetet (%)		L	32	36	41	37	34	16	38	38	26	37	40	27	29	32	35	27	30	40
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön																				
Obalans mellan ansträngning och belöning	1,1 ^c	L	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1	1,3	1,3	1,1	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1	1,2	1,4
Kvantitativa krav	41 ^b	L	51	56	51	58	59	46	52	58	53	51	54	54	56	63	53	46	51	59
Känslomässiga krav	47 ^b	L	51	54	57	55	51	43	57	56	46	56	56	48	52	55	53	51	52	54
Obalans mellan arbete och privatliv	40 ^b	L	52	58	58	58	58	42	58	55	52	59	57	51	53	57	55	40	50	64
Moralisk stress	67 ^d	L	56	68	64	61	63	57	63	63	60	63	63	60	62	62	62	64	61	63
Oskälliga uppgifter	50 ^d	L	48	52	55	51	50	41	52	52	46	54	51	47	50	52	50	41	48	55
Onödiga uppgifter	51 ^d	L	56	54	59	56	54	48	58	56	52	58	57	52	55	58	55	50	54	58
Socialt stöd från överordnad	75 ^b	H	68	64	65	66	65	69	65	67	66	65	66	66	69	66	65	69	67	63
Socialt stöd från kollegor	80 ^b	H	85	81	85	85	79	80	85	82	82	86	85	80	82	78	83	83	84	82
Social gemenskap i arbetet	80 ^b	H	87	85	86	88	84	84	85	85	86	85	87	85	87	83	86	83	86	86
Kontroll i arbetet	37 ^d	H	35	29	25	31	31	45	26	33	37	26	29	38	38	32	31	52	34	24
Inflytande i arbetet	57 ^d	H	69	64	61	65	69	74	61	64	74	60	64	71	72	73	65	69	67	65
Meningsfullhet i arbetet	66 ^d	H	70	68	67	67	68	76	67	66	73	66	67	72	73	71	68	75	70	65
Belöning i arbetet	50 ^d	H	51	50	50	50	51	52	49	50	51	50	49	52	53	51	50	54	50	50

^a Markerar om det önskade värdet ska vara högt (H) eller lågt (L)

^b Referensvärde för arbetsmarknaden som helhet (65)

^c Referensvärde för ett urval från den svenska arbetsmarknaden (67)

^d Referensvärde för samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor beräknat från LOHHCS-kohort

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

I tabell 3 presenteras faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön för grupper av läkare, och några påtagliga skillnader framträder. De läkare som arbetade färre än 36 timmar i veckan eller var över 58 år hade över lag bättre värde eller på samma nivå som referensvärdena. Det innebär att de skattar sin arbetsmiljö som relativt god jämfört med övriga läkare.

Det förefaller som att de flesta grupper av läkare rapporterar relativt hög till hög exponering för obalans mellan ansträngning och belöning, kvantitativa och känslomässiga krav, obalans mellan arbetet och privatlivet samt socialt stöd från överordnad, det vill säga medelvärdena för faktorerna är sämre än referensvärdena (orange och röd). Samtidigt upplever många läkare inflytande över arbetet jämfört med referensvärdet för hälso- och sjukvården i stort.

Kvinnliga läkare, yngre läkare, läkare med mindre än 15 års arbetserfarenhet men framför allt läkare som arbetar mer än 45 timmar i veckan rapporterade genomgående sämre arbetsmiljö än andra grupper läkare. Det innebär att de exponeras för fler negativa faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Sjuksköterskor

Resultat för hälsa, välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för sjuksköterskorna, inklusive barnmorskor och röntgensjuksköterskor, presenteras i sin helhet i tabell 4.

Hälsa och välbefinnande

De flesta värdena för självskattad hälsa bland grupperna av sjuksköterskor är något till mycket sämre än referensvärdet (markerade med orange och rött). Unga sjuksköterskor, sjuksköterskor i början av sin karriär samt sjuksköterskor som arbetar mer än 45 timmar per vecka har sämst värde för självskattad hälsa.

Förekomsten av symtom på utmattning varierar från 20 procent bland manliga sjuksköterskor till 47 procent bland sjuksköterskor som arbetar mer än 45 timmar i veckan. Det är dock få sjuksköterskor som arbetar mer än 45 timmar i veckan.

Viljan att lämna arbetet minskar med ålder och erfarenhet av yrket. Bland sjuksköterskor i åldersgruppen över 58 år var viljan att lämna arbetet mindre än bland andra grupper sjuksköterskor.

Bland sjuksköterskor i början av sin karriär skattade fyra av tio att de har symtom på utmattning och sex av tio övervägde att lämna arbetet. Samma grupp har även låg självskattad hälsa.

Tabell 4. Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för sjuksköterskor.

■ = Grön ■ = Gul ■ = Orange ■ = Röd

sjuksköterskor	Referensvärde	Önskat värde	Kön		Ålder				Anställning		Arbetslivs- erfarenhet			Ledningsansvar*			Arbetsstimmar		
			Män	Kvinnor	21–36	37–47	48–57	58+	Regionalt	Kommunalt	< 5år	5–15 år	> 15 år	MAS	Chef med/ utan personal	Inget	< 36 timmar	36–45 timmar	> 45 timmar
Andel (%)			12	89	30	26	24	20	81	19	20	32	48	5	4	91	30	65	5
Hälsa och välbefinnande																			
Självskattad hälsa	61 ^b	H	57	53	50	53	55	57	53	53	47	53	56	55	58	53	55	53	46
Utmattning (%)		L	20	32	35	33	28	22	30	30	38	33	26	25	26	31	27	31	47
Överväger att lämna arbetet (%)		L	46	43	59	44	39	26	44	42	62	50	32	43	31	44	36	45	64
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön																			
Obalans mellan ansträngning och belöning	1,1 ^c	L	1,3	1,4	1,6	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3	1,6	1,4	1,3	1,5	1,3	1,4	1,3	1,4	1,8
Kvantitativa krav	41 ^b	L	40	47	49	46	46	41	45	49	53	46	43	50	51	46	41	48	57
Känslomässiga krav	47 ^b	L	60	60	63	62	59	54	60	58	63	62	57	64	61	60	58	61	64
Obalans mellan arbete och privatliv	40 ^b	L	48	53	60	52	49	44	53	48	65	53	46	51	53	52	46	54	67
Moralisk stress	67 ^d	L	54	67	67	65	63	66	66	66	67	67	63	68	71	65	66	66	66
Oskäliga uppgifter	50 ^d	L	46	50	57	49	46	41	50	48	58	51	44	51	48	49	45	50	59
Onödiga uppgifter	51 ^d	L	53	50	55	52	47	45	50	52	57	52	47	54	52	50	47	51	57
Socialt stöd från överordnad	75 ^b	H	66	63	62	64	64	64	63	64	62	64	63	63	70	63	65	63	54
Socialt stöd från kollegor	80 ^b	H	86	86	86	87	86	85	86	84	85	87	86	84	88	86	87	86	80
Social gemenskap i arbetet	80 ^b	H	90	90	91	90	90	88	91	88	90	90	90	89	92	90	90	90	85
Kontroll i arbetet	37 ^d	H	36	45	35	45	48	48	38	61	30	45	48	45	44	44	45	44	33
Inflytande i arbetet	57 ^d	H	66	62	55	64	67	66	62	66	51	62	67	64	65	62	64	62	53
Meningsfullhet i arbetet	66 ^d	H	68	69	62	70	72	73	68	71	61	67	73	68	73	68	71	68	55
Belöning i arbetet	50 ^d	H	49	49	48	49	49	49	49	49	48	49	50	50	53	49	48	49	49

^a Markerar om det önskade värdet ska vara högt (H) eller lågt (L)

^b Referensvärde för arbetsmarknaden som helhet (65)

^c Referensvärde för ett urval från den svenska arbetsmarknaden (67)

^d Referensvärde för samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor beräknat från LOHHCS-kohort

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

Obalans mellan ansträngning och belöning, känslomässiga krav, obalans mellan arbetet och privatlivet samt socialt stöd från överordnad har sämre medelvärden än referensvärdena och utgör risker för flera av grupperna av sjuksköterskor (röda och orange värden).

Nyexaminerade sjuksköterskor i början av sin karriär inklusive de i åldersgruppen 21 till 36, rapporterar sämre organisatorisk och social arbetsmiljö jämfört med sina äldre och mer erfarna kollegor. Flera faktorer är sämre än referensvärdena för arbetsmarknaden i stort eller för LOHHCS-kohorten. Obalans mellan ansträngning och belöning uppgår till 1,6 för dessa grupper och de rapporterar lägre grad av kontroll och inflytande i arbetet.

Det förefaller som att sjuksköterskor som arbetar inom kommunal verksamhet rapporterar något bättre arbetsmiljö än sjuksköterskor som arbetar inom regional verksamhet. Sjuksköterskor verksamma inom kommunal verksamhet rapporterar betydligt mer kontroll i arbetet vilket är en viktig friskfaktor.

Med undantag för sjuksköterskor i början av sin karriär har många grupper av sjuksköterskor rapporterat att de har gott stöd och god gemenskap samt kontroll och inflytande i arbetet.

Undersköterskor

Resultat för hälsa, välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för undersköterskor presenteras i sin helhet i tabell 5.

Hälsa och välbefinnande

Värdena för självskattad hälsa bland de flesta grupperna av undersköterskor är rödmarkerade och långt sämre än snittet för hela den svenska arbetsmarknaden.

Andelen undersköterskor med milda till svåra symtom på utmattning är över lag hög och varierar mellan 27 % för manliga undersköterskor och ungefär 43 % bland undersköterskor i åldersgruppen 21–47 år. Förekomsten av utmattning är även hög bland de undersköterskor som i snitt arbetar mer än 45 timmar per vecka.

Likasa är andelen som ofta överväger att lämna arbetet hög bland undersköterskor. Bland unga undersköterskor och undersköterskor som arbetar mer än 45 timmar i veckan är andelen som överväger att lämna arbetet över 60 %. Andelen är lägst bland de som är över 58 år.

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

Bland undersköterskor var värdena för faktorerna obalans mellan ansträngning och belöning och obalans mellan arbetet och privatlivet samt i viss utsträckning socialt stöd från överordnad sämre än referensvärdena. Över lag har undersköterskorna fler gula medelvärden än både läkare och sjuksköterskor.

Grupperna undersköterskor som arbetar mer än 45 timmar i veckan och i viss utsträckning undersköterskor i åldrarna 21–36 år rapporterar sämre organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön än andra grupper.

Undersköterskor som arbetade inom kommunal hälso- och sjukvård har fler organisatoriska och sociala riskfaktorer i arbetet jämfört med undersköterskor inom regional verksamhet.

Tabell 5. Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön för undersköterskor.

■ = Grön ■ = Gul ■ = Orange ■ = Röd

Undersköterskor	Referensvärde	Önskat värde	Kön		Ålder				Anställning		Arbetslivs- erfarenhet			Chef med/ utan personal	Inget	Arbetstimmar		
			Män	Kvinnor	21-36	37-47	48-57	58+	Regionalt	Kommunalt	< 5 år	5-15 år	> 15 år			< 36 timmar	36 - 45 timmar	> 45 timmar
Andel (%)			10	90	23	23	29	25	30	70	10	38	52	3	97	37	58	6
Hälsa och välbefinnande																		
Självskattad hälsa	61 ^b	H	53	46	44	47	47	50	49	46	46	45	48	55	47	45	48	52
Utmattning (%)		L	27	37	43	43	33	24	36	36	40	40	32	32	36	35	36	39
Överväger att lämna arbetet (%)		L	46	46	64	49	44	30	39	49	53	54	39	44	46	45	45	62
Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön																		
Obalans mellan ansträngning och belöning	1,1 ^c	L	1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,2	1,5	1,4	1,5	1,7
Kvantitativa krav	41 ^b	L	44	42	47	43	41	38	39	43	46	44	40	43	42	40	43	48
Känslomässiga krav	47 ^b	L	48	55	59	56	53	50	52	55	47	56	55	43	54	54	54	59
Obalans mellan arbete och privatliv	40 ^b	L	50	55	59	57	53	49	49	56	56	58	51	49	54	52	55	59
Moralisk stress	67 ^d	L	61	69	68	69	68	68	65	69	70	67	69	56	68	68	67	79
Oskäligen uppgifter	50 ^d	L	53	51	58	53	49	43	46	53	54	56	47	49	51	48	52	57
Onödigen uppgifter	51 ^d	L	54	50	55	52	50	46	46	52	51	54	48	54	50	48	51	58
Socialt stöd från överordnad	75 ^b	H	64	63	58	66	65	64	69	61	64	63	64	65	63	63	65	54
Socialt stöd från kollegor	80 ^b	H	78	82	83	81	79	83	84	80	80	80	83	76	81	82	81	82
Social gemenskap i arbetet	80 ^b	H	84	88	90	86	86	89	88	87	88	86	88	85	87	88	87	88
Kontroll i arbetet	37 ^d	H	38	31	30	36	29	30	33	31	38	31	30	51	31	33	32	25
Inflytande i arbetet	57 ^d	H	50	50	47	50	51	52	56	47	46	49	52	62	50	50	51	44
Meningsfullhet i arbetet	66 ^d	H	61	63	58	62	63	67	69	60	60	60	65	72	63	63	64	54
Belöning i arbetet	50 ^d	H	50	50	51	50	50	49	52	49	50	50	50	50	50	49	51	46

^a Markerar om det önskade värdet ska vara högt (H) eller lågt (L)

^b Referensvärde för arbetsmarknaden som helhet (65)

^c Referensvärde för ett urval från den svenska arbetsmarknaden (67)

^d Referensvärde för samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor beräknat från LOHHCS-kohort

Hot och våld på arbetet

Nedan följer en sammanställning av förekomsten av upplevt hot och våld bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom svensk kommunal och regional hälso- och sjukvård. Först redovisas för alla tre yrkesgrupperna förekomsten av hot och våld, vem som var förövaren, om våldsaktionen anmälts till chef eller skyddsombud och i vilken utsträckning situationen med hot eller våld påverkat den svarande (tabell 6). Därefter följer en sammanställning av förekomst av hot och våld uppdelat på kön och efter arbetsplats för alla tre yrkesgrupperna (tabell 7).

Förekomst av hot och våld på arbetet

Nära 40 % av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom svensk kommunal och regional hälso- och sjukvård uppgav att de upplevt situationer med hot och våld på arbetet de senaste 12 månaderna (tabell 5). Fler undersköterskor har upplevt hot och våld på arbetet jämfört med sjuksköterskor och läkare.

Av de som rapporterade att de upplevt situationer med hot och våld på arbetet de senaste 12 månaderna uppgav över 98 procent att förövaren var en patient eller en anhörig till en patient. Lite drygt 1 procent uppgav att våldet de upplevt kom från en kollega eller chef inom hälso- och sjukvården. Proportionerligt fler läkare och undersköterskor angav att förövaren var en kollega eller chef jämfört med vad sjuksköterskorna angav (2 procent för läkare och undersköterskor och 1 procent för sjuksköterskor).

Ungefär en tredjedel av de som hade upplevt situationer med hot och våld på arbetet de senaste 12 månaderna rapporterade att de gjort en anmälan varje gång de utsatts. Ungefär lika många uppgav att en del händelser anmälts och andra inte. Det var mer vanligt att situationer med hot och våld anmälades bland undersköterskor än bland läkare och sjuksköterskor. Dryga 60 % av läkarna som upplevt situationer med hot och våld rapporterade att händelserna inte hade anmälts.

De som i enkäten svarade att de upplevt situationer med hot och våld på arbetet tillfrågades även om i vilken utsträckning situationerna påverkat dem i deras arbete. De flesta svarade att händelsen påverkat dem i liten utsträckning (52 %). Över lag uppgav undersköterskor i större utsträckning att situationer med hot och våld påverkat dem i stor eller liten grad jämfört med de andra två yrkesgrupperna. Läkare uppgav sig vara minst påverkade av situationer med hot och våld, även om över 50 % av läkarna känt sig påverkade i viss utsträckning av de situationer de upplevt.

Tabell 6. Förekomsten av hot och våld, totalt och per yrkesgrupp.

	Totalt	Läkare	Sjuksköterskor	Undersköterskor
Upplevt	40 %	21 %	37 %	46 %
Ej upplevt	60 %	79 %	63 %	54 %
Förövare av hot och våld^a				
Endast internt	1 %	2 %	1 %	2 %
Endast externt	98 %	98 %	99 %	98 %
Både internt och externt	0 %	1 %	0 %	0 %
Om situationen med hot och våld anmälts till chef/skyddsombud^a				
Ja, alla gånger	32 %	21 %	27 %	35 %
Ja, men inte alla gånger	29 %	15 %	23 %	34 %
Nej	39 %	64 %	49 %	31 %
Påverkad av situationen med hot och våld^a				
Stor påverkan	13 %	4 %	7 %	17 %
Liten påverkan	52 %	49 %	54 %	52 %
Ingen påverkan	35 %	47 %	39 %	31 %

^a Inkluderar endast individer som svarat att de upplevt hot och våld.

Förekomst av hot och våld för kvinnor och män på olika arbetsplatser

När yrkesgrupperna i stället delades upp efter arbetsplats och efter kön ändrades mönstret till viss del. Något större andel kvinnor än män har upplevt situationer med hot och våld på arbetsplatsen de senaste 12 månaderna. Bland läkarna och undersköterskorna var förekomst av hot och våld jämnt fördelat mellan män och kvinnor. Ungefär hälften av de manliga sjuksköterskorna hade upplevt hot och våld på arbetsplatsen, vilket var betydligt större andel än bland de kvinnliga sjuksköterskorna.

Tabell 7. Förekomsten av hot och våld bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (endast exponerade), sorterade efter yrke och kön.

	Totalt		Läkare		Sjuksköterskor		Undersköterskor	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Totalt	35 %	41 %	21 %	21 %	49 %	36 %	42 %	47 %
Kommun	38 %	46 %	Ej aktuellt	Ej aktuellt	34 %	29 %	39 %	49 %
Region	34 %	36 %	21 %	21 %	51 %	37 %	51 %	40 %

Bland manliga sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar inom regional hälso- och sjukvård uppgav över 50 % att de upplevt situationer med hot och våld de senaste 12 månaderna jämfört med sina kvinnliga kollegor där 37–40 % upplevt detsamma.

För undersköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård var förekomsten av hot och våld på arbetsplatsen högre bland kvinnor än bland män. Bland undersköterskor som arbetar regionalt upplevde däremot män fler situationer med hot och våld än kvinnor.

Det är viktigt att poängtera att det är förhållandevis få män som är undersköterskor och sjuksköterskor jämfört med läkare där könsfördelningen är mer jämn (Se bilaga B).

4. Diskussion och slutsatser

Syftet med rapporten var att kartlägga samt öka kunskapen om organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön och hälsa och välbefinnande bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige. Syftet var även att identifiera potentiella risker i dessa gruppers arbetsmiljö.

Rapporten riktar sig till chefer, skyddsombud, beslutsfattare och andra ansvariga för arbetsmiljön inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige. Målet är att resultaten som sammanställs i rapporten ska fungera som underlag för det systematiska arbetsmiljöarbetet och för vidare diskussion och reflektion om arbetsmiljö och hälsa och välbefinnande på arbetsplatser inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige.

Med hjälp av ett trafikljussystem visualiserar vi i rapporten vilka faktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som utgör risker och som behöver ytterligare bedömning och undersökning. Rapporten ger även en indikation på hur olika faktorer kan vara en högre eller lägre risk bland grupper av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

I följande stycke kommer vi diskutera resultaten i relation till nationell och internationell vetenskaplig forskning. Därefter beskriver vi hur rapportens resultat kan användas i praktiken och följas med syfte att implementeras i det systematiska arbetsmiljöarbetet inom hälso- och sjukvården.

Hälsa och välbefinnande samt organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön: rapportens resultat i relation till nationell och internationell forskning

Resultaten i denna rapport visade att bland yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom den svenska kommunala och regionala hälso- och sjukvården hade tre av tio milda till svåra symtom på utmattning och många skattade sin hälsa som låg, speciellt bland undersköterskorna. Symtom på utmattning och lågt skattad hälsa som inte hanteras och förebyggs kan leda till ytterligare ohälsa, sjukdom och senare sjukskrivning. Lidwall med flera (68) identifierade att anställda inom vården, som ett verksamhetsområde inom servicesektorn, hade högre risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa jämfört med anställda i andra verksamhetsområden inom samma sektor.

Resultaten som presenteras i denna rapport om hälsa bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i den svenska hälso- och sjukvården går i linje med internationella forskningsresultat (55,69–71). WHO betonar att den

mentala hälsan hos sjukvårdspersonal hotas av ett globalt arbetsmiljöproblem i form av stress och underbemanning, vilket har blivit tydligare i efterdyningarna av covid-19-pandemin (72–74). Trots att myndigheterna har deklarerat covid-19-pandemin som över är hälso- och sjukvården pressad till följd av exempelvis inflation, långa vårdköer (relaterat till att verksamheter pausades under pandemin) och personalbrist.

O'Connor m.fl. (3) och West med flera (75) skriver att utmattning till följd av bristfälliga arbetsförhållanden inom hälso- och sjukvården är ett växande globalt problem. Undermålig arbetsmiljö är även relaterad till en större benägenhet att lämna arbetsplatsen och ibland även yrket (75–77). Av resultaten i denna rapport framgår att en tredjedel av läkarna och nästan hälften av undersköterskorna har övervägt att lämna sitt arbete under den senaste månaden. Detta mönster av att vilja lämna arbetet är dock inte specifikt för Sverige, utan även globalt har man uppskattat att det år 2030 kommer att saknas uppemot 15 miljoner anställda inom sjukvården (78). I Sverige skattas för undersköterskor inklusive vårdbiträden ett underskott om 14 000 anställda per år inom kommunal vård och omsorg (79). När personal slutar eller blir sjukskrivna finns risken att det skapas en negativ spiral. Arbetsbelastningen för de som är kvar ökar och arbetsförhållanden försämras, vilket kan leda till att fler slutar eller blir sjukskrivna. Det är viktigt att sådana negativa spiraler bryts i tid.

Risker i arbetsmiljön

För arbetstagare som exponeras för riskfaktorer i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön – exempelvis obalans mellan ansträngning och belöning, krav i arbetet, obalans mellan arbetet och privatlivet, moralisk stress och illegitima arbetsuppgifter – är sannolikheten högre att utveckla ohälsa och lågt välbefinnande (32,33). Exponering för dessa faktorer utgör på så sätt risker i arbetsmiljön, som i enlighet med arbetsmiljölagen och arbetsmiljöverkets föreskrifter ska bedömas och åtgärdas.

De organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer som genomgående utmärkte sig i denna rapport var obalans mellan ansträngning och belöning samt obalans mellan arbetsliv och privatliv. Forskning visar att läkare i Sverige som upplever en obalans mellan ansträngning och belöning har en 11 gånger större sannolikhet att visa symtom på utmattning än de läkare som inte upplever obalans (80). Både internationell och nationell forskning har identifierat obalans mellan arbete och privatliv som en riskfaktor för psykisk ohälsa bland sjukvårdspersonal (53,75,81,82) och en riskfaktor för sjukskrivning (41). Även det sociala stödet från chefer och organisationen var lågt för samtliga studerade yrkesgrupper och kategorier inom respektive yrkesgrupp, jämfört med hur det ser ut på arbetsmarknaden i stort. Förlust av eller brist på socialt stöd kan leda till en ökad benägenhet att lämna arbetet och öka risken för utmattning (1).

Rapportens resultat indikerar att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kan vara exponerade för olika risker i arbetsmiljön. Läkare upplevde hög grad av kvantitativa krav medan sjuksköterskorna rapporterade höga känslomässiga krav. Detta mönster av att olika yrkesgrupper upplever sin arbetsmiljö olika, även om de

arbetar på samma arbetsplats, bekräftas också i en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (12). I rapporten betonar SBU, för hälso- och sjukvården specifikt men även för den arbetsföra befolkningen över lag, att olika yrken har olika arbetsuppgifter och därmed olika kravbilder i arbetet (12). Forskning indikerar att risker i arbetsmiljön även kan variera mellan olika avdelningar och enheter (83). Arbetet på en psykiatrisk avdelning kan skilja sig i utformning och innehåll jämfört med arbetet på en intensivvårdsavdelning. För att åtgärda risker behövs insatser som är designade utifrån yrkets behov men även specifikt för de individer som finns på den arbetsplatsen.

Denna rapport visar även på betydande variationer, inte bara mellan yrken utan även inom yrken. Rapporten visar att de som arbetar mer än 45 timmar per vecka, oavsett yrkeskategori, konsekvent har fler organisatoriska och sociala arbetsmiljöfaktorer som utgör högre risk för ohälsa. Bland läkarna är andelen som skattar att de arbetar mer än 45 timmar i veckan betydligt större än bland sjuksköterskor och undersköterskor. Samtidigt visar forskning att långa arbetsveckor i sig ökar risken för fysisk och psykisk ohälsa (84,85,86), olyckor (87) och sömnproblem (88,89) liksom risken att uppleva obalans mellan arbetslivet och privatlivet (90).

En annan grupp som påvisade höga önskade värden i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är yngre och nyexaminerade läkare och sjuksköterskor. Det finns omfattande svensk forskning som följt sjuksköterskestudenter i övergång till arbetslivet och de första åren i yrket (6,7,91). Dessa studier visar att det är en stressfylld period (92) och att de som i början av sin karriär rapporterar mental ohälsa i högre grad även rapporterar utmattning och sjukskrivning i senare skede av sin karriär (7,91). Det finns betydligt färre studier om unga läkare, men de som finns indikerar en liknande situation för denna grupp (93).

Det är viktigt att belysa att kombinationen av flera riskfaktorer kan öka risken för ohälsa. Exempelvis kan kombinationen av höga krav och låg kontroll och inflytande bidra till ohälsa (94). Läkare rapporterade i rapporten höga krav, låg kontroll men högt inflytande, sjuksköterskor höga krav och hög kontroll och inflytande i arbetet och undersköterskorna rapporterade något sämre värden än referensvärdena för krav, kontroll och inflytande i arbetet. Vid vidare undersökning av arbetsmiljön är kombinationen av olika riskfaktorer viktig att beakta.

De sociala och organisatoriska faktorerna samt de kategorigruppsindelningar som lyfts fram i denna rapport är endast en del av de faktorer i arbetsmiljön som utgör en risk för ohälsa. Forskning visar exempelvis att den fysiska arbetsbelastningen är omfattande inom hälso- och sjukvården och att muskuloskeletala besvär är utbredd (95). Likaså har tidigare svenska studier påvisat att personer med nattarbete och skiftarbete har högre risk för diabetes (96), hjärt-kärlsjukdom (97) och vissa cancerformer (98). De läkare och sjuksköterskor som saknar möjlighet till återhämtning både på och mellan arbetspass löper högre risk att felbehandla patienter, råka ut för olyckor, och utveckla mental ohälsa (3,99).

Skyddande och främjande faktorer i arbetsmiljön

Socialt stöd, kontroll, inflytande och meningsfullhet i arbetet kan skydda mot exponering för organisatoriska och sociala risker i arbetsmiljön och fungera som främjande för arbetstagares hälsa. Forskning har bland annat betonat att tillgången till resurser på arbetet kan vara viktigare för hälsan än avsaknaden av potentiella riskfaktorer såsom höga krav, låg kontroll och stress (100).

Resultaten i denna rapport visar att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom kommunal och regional hälso- och sjukvård förefaller uppleva hög grad av socialt stöd från kollegor och social gemenskap jämfört med arbetsmarknaden i övrigt. Detta gäller för alla de tre studerade yrkesgrupperna, men framför allt för sjuksköterskorna. Socialt stöd är viktigt på en arbetsplats eftersom det kan fungera som en buffert mot potentiella riskfaktorer (12,31,54). Goda relationer mellan sjukvårdspersonal har bland annat kunna relateras till en vilja att stanna inom sitt yrke (77). Arbetsklimatet gynnas av en hög grad av socialt stöd och gemenskap på arbetsplatsen (101). Det är därmed viktigt att möjliggöra för anställda inom hälso- och sjukvården att skapa och vidmakthålla goda sociala relationer.

Vad resultaten i denna rapport också visar, och som har stöd i vetenskaplig litteratur, är att första linjens chefer inte får det stöd eller de resurser de behöver för att kunna agera som stödjande chefer (102,103). En arbetstagares välmående och arbetsprestation är beroende av en ömsesidighet mellan arbetstagaren och den organisation som denna arbetar i (103). Det innebär att även om arbetstagarna befinner sig i en stark social gemenskap med ett starkt stöd från kollegor hjälper de skyddande faktorerna endast till den grad systemet och arbetsklimatet tillåter.

Hot och våld på arbetsplatser

Resultaten i rapporten visar att nära 40 % av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården har upplevt hot och våld på arbetet under de senaste 12 månaderna. Det var främst patienter eller patienters närstående som utsatte personalen för hot och våld. Tidigare vetenskaplig litteratur pekar på att hot och våld är vanligt förekommande inom vården (104–106). Det stora antalet situationer med hot och våld kan delvis förklaras av vårdpersonalens yrkesroll, där patientkontakt utgör en central del av arbetet och innebär risk för att möta stressade och aggressiva patienter samt deras anhöriga (104). Undersköterskor är den yrkesgrupp som rapporterar flest händelser med hot och våld, vilket bekräftar tidigare forskning som beskriver att undersköterskor ofta utsätts för klösningar, slag och sparkar från patienter och klienter (104).

Det finns en betydande variation när det gäller anmälningar av händelser med hot och våld till chefer eller skyddsombud. En studie visar att då händelser med hot och våld inte anmäls bidrar det till en normalisering av hot och våld inom vården (105). Det kan bidra till en samhällssyn att hot och våld är en del av att arbeta inom hälso- och sjukvården. Trots att det eventuellt skett en normalisering uppger en majoritet av vårdpersonalen som har upplevt händelser med hot och våld att det har påverkat dem i deras arbete.

Det finns en påvisad koppling mellan upplevelsen av hot och våld på arbetsplatsen, ökad risk för utmattning och lägre tillfredsställelse med arbetet (106). På lång sikt ökar detta risken för att fler väljer att lämna arbetet eller yrket, vilket skulle förvärra den redan befintliga vårdkrisen (3,75–78).

För att motverka normalisering och förekomst av hot och våld inom vården krävs relevant utbildning, tydliga säkerhetsrutiner och förebyggande åtgärder på varje vårdinrättning (104,106). Det är viktigt att det råder nolltolerans mot hot och våld, oavsett vem förövaren är, och att riskbedömningar görs för att identifiera när, var och hur hot och våld kan uppstå.

Föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö lyfter även att arbetet ska vara fritt från kränkande särbehandling. I en pågående studie (107) visar forskarna exempelvis att kvinnliga läkare och sjuksköterskor födda utanför Europa uppger högre andel kränkande felbehandling på arbetet i form av identitetsbaserade trakasserier och osynliggörande jämfört med sina kollegor.

Rapporten som underlag för arbetsmiljöarbete inom kommunal och regional hälso- och sjukvård

Hur organisatoriska och sociala faktorer på arbetet påverkar hälsa och välbefinnande hos arbetstagare har sammanställts i olika svenska rapporter genom åren, och alla dessa rapporter har återkommande understrukt vikten av arbetsmiljöns utformning för att skapa en hälsosam arbetsplats (12,53,54). När det gäller arbetstagare inom hälso- och sjukvården har tidigare forskning undersökt både på individ- och gruppnivå hur sjukvårdspersonalens arbetsvillkor, såsom arbetstider, arbetskrav, arbetsbelastning och socialt stöd, kan påverka personalens välbefinnande och grad av utmattning (1,3,75,101,108). Mot bakgrund av detta har kunskapsunderlaget i denna rapport tagits fram för att identifiera vilka faktorer i den sociala och organisatoriska arbetsmiljön som utgör risker i arbetet för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården i Sverige.

Hur kan denna rapport användas för vidare arbete? Resultaten i denna rapport är presenterade på gruppnivå och visar att faktorer inom den organisatoriska och sociala arbetsmiljön skiljer sig såväl mellan som inom de undersökta yrkesgrupperna. Olika grupper har med andra ord olika erfarenheter och behov. Rapporten kan därför utgöra ett underlag att utgå ifrån. För att arbeta vidare behöver en undersökning av arbetsmiljön göras på arbetsplats- eller verksamhetsnivå för att identifiera aktuella problemområden eller risker. En undersökning av arbetsmiljön bör föregås av att syftet och målet med undersökningen tydliggörs.

Att skapa förbättringar av de organisatoriska och sociala förhållandena i arbetsmiljön är en process där olika nivåer i arbetet involveras. Det är viktigt att se till helheten där organisation, arbetstagare och patienter samspelar med

varandra. För att skapa en hållbar hälso- och sjukvård där personalen har god hälsa och vill stanna på arbetet och i yrket krävs ett organisatoriskt och systematiskt arbete över tid.

Data är insamlade under våren och hösten 2022. Under våren 2022 pågick fortfarande covid 19-pandemin för att sedan klinga av under sommaren. En del besvarade därmed enkäten medan sjukvården fortfarande var under pandemiberedskap. Samtidigt vet vi att sjukvården varit under hög press även efter pandemin. Under pandemin har planerad vård stått tillbaka för den akuta vården, vilket har lett till att köer har växt. Efter pandemin ökade förekomsten av andra virus och en del sjukhus fick gå upp i höjd beredskap (109). Under 2023 har inflationen slagit hårt mot sjukvården och många regioner går back ekonomiskt (110). Samtidigt står hälso- och sjukvården inför omfattande utmaningar som exempelvis ökad efterfrågan, åldrande befolkning, ökade kostnader och framtida pandemier. För att klara utmaningarna måste hälso- och sjukvården rikta resurser för att personal ska behålla hälsan och vilja stanna på sitt arbete och i sitt yrke.

Flertalet studier och en del rapporter har testat och sammanställt effektiva interventioner för hälso- och sjukvården (101,111). Interventionernas effektivitet beror dock på hur väl de är anpassade och implementerade i organisationer som karaktäriseras av komplexa adaptiva system (112–114) såsom hälso- och sjukvården. Effektiviteten och utfallet är även beroende av hur väl alla relevanta intressenter och alla nivåer av organisationen är integrerade i samtliga faser av en förändring.

Det finns omfattande litteratur som beskriver hur intervention och implementering kan genomföras och utvärderas på ett systematiskt sätt genom ett samspel mellan organisation, arbetstagare och patienter (111). Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Arbetsmiljöverket, Prevent och Suntarbetsliv¹⁶ har utvecklat ett antal lättanvända checklistor och guider för att förenkla det systematiska arbetsmiljöarbetet för arbetsgivare.

När det gäller åtgärder för att minska risken för att händelser med hot och våld uppstår finns det mycket material och resurser som har utvecklats specifikt för hälso- och sjukvården. Forskningen betonar vikten av relevant utbildning, tydliga säkerhetsrutiner och förebyggande åtgärder mot hot och våld (55). Det finns även verktyg för att förebygga hot och våld att tillgå via Suntarbetsliv som tillhandahåller stöd för ett fungerande arbetsmiljöarbete i form av checklistor och praktiskt arbete (115).

Metodologiska diskussioner

Att jämföra rapportens resultat mot referensvärden medför både möjligheter och begränsningar. Den främsta möjligheten är den att kunna sätta resultaten i ett större perspektiv. Ett medelvärde om 35 får liten betydelse om det inte går

¹⁶ En ideell organisation som drivs av fackliga organisationer tillsammans med Sveriges kommuner och regioner samt Kommunala företagens arbetsgivarorganisation. Har i uppdrag att samla in kunskap om förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser inom arbetsmiljöområdet.

att jämföra med något. För flertalet värden jämför vi med arbetsmarknaden i stort via COPSOQ. COPSOQ är skapat för användning inom både forskning och riskbedömning på arbetsplatser. I en vetenskaplig studie har därför referensvärden tagits fram i en svensk kontext som ger en indikation om ett medelvärde för en viss faktor är bättre eller sämre (65). För att beräkna dessa referensvärden användes tvärsnittsdata från ett urval av svenska arbetstagare från olika sektorer och branscher och deras validitet och reliabilitet har bekräftats (65). För de värden där vi inte har använt COPSOQ har vi i den utsträckning det är möjligt använt vetenskaplig litteratur med en studiepopulation från den svenska arbetsmarknaden eller från en svensk kontext. I de fall vi inte hittade några referensvärden har vi skapat sådana genom att använda data om samtliga individer i LOHHCS-kohorten. Detta är en begränsning eftersom dessa referensvärden inte validerats och endast baseras på data från hälso- och sjukvården.

Data som rapportens resultat bygger på är hämtade från ett representativt urval av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var verksamma i Sverige. SCB har med hjälp av sina register räknat ut kalibreringsvikter för vårt representativa urval. När vi använder dessa vikter ökar generaliserbarheten och vi kan med god säkerhet säga att resultaten motsvarar läget inom kommunal och regional hälso- och sjukvård i Sverige.

Nyckelpunkter för en hållbar hälso- och sjukvård

- Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom den svenska kommunala och regionala hälso- och sjukvården upplever i stor utsträckning en sämre organisatorisk och social arbetsmiljö jämfört med den svenska arbetsmarknaden i stort. Det är viktigt att erkänna och adressera denna utmaning för att främja välbefinnande och trivsel inom hälso- och sjukvårdsyrken.
- Det finns olika förutsättningar för olika grupper, med tydliga skillnader i upplevelser både mellan och inom yrkena. För att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är det nödvändigt att anpassa interventioner för att möta målgruppens och kontextens specifika behov. Detta kräver insatser på både organisatorisk nivå och på grupp- och individnivå.
- Riskgrupper kan identifieras inom de studerade hälso- och sjukvårdsyrkena. Faktorer som ålder, arbetslivserfarenhet och arbetstimmar tycks vara starka bestämmande faktorer för hur en individ upplever sin arbetsmiljö, oavsett yrke.
- Insatser för att hantera hot och våld bör särskilt riktas mot arbete som innebär direktkontakt med patienter, där framför allt undersköterskor utgör en grupp med särskilda behov av stöd. Genom att erbjuda lämpligt stöd och implementera förebyggande åtgärder kan man skapa en tryggare arbetsmiljö för dessa yrkesutövare.

5. Referenser

1. Teoh KRH, Hassard J, Cox T. Doctors' working conditions, wellbeing and hospital quality of care: A multilevel analysis. *Safety Science*. 2021;135:105115.
2. Teoh KRH, Hassard J, Cox T. Doctors' perceived working conditions and the quality of patient care: a systematic review. *Work & Stress*. 2019;33(4):385–413.
3. O'Connor DB, Hall LH, Johnson J. Job Strain, Burnout, Wellbeing and Patient Safety in Healthcare Professionals. I: Montgomery A, van der Doef M, Panagopoulou E, Leiter MP, redaktörer. *Connecting Healthcare Worker Well-Being, Patient Safety and Organisational Change* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citerad 24 maj 2023]. s. 11–23. (Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being). Tillgänglig vid: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-60998-6_2
4. Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*. 2005;19(3):256–62.
5. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel A. Job Demands–Resources Theory: Ten Years Lat-er. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2023;10(1):25–53.
6. Gustavsson JP, Hallsten L, Rudman A. Early career burnout among nurses: Modelling a hypothesized process using an item response approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(7):864–75.
7. Rudman A, Arborelius L, Dahlgren A, Finnes A, Gustavsson P. Consequences of early career nurse burnout: A prospective long-term follow-up on cognitive functions, depressive symptoms, and insomnia. *EclinicalMedicine*. 2020;27:100565.
8. Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturb-ances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian J Psychology*. 2015;56(6):626–36.
9. Hassard J, Teoh KRH, Visockaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2018;23(1): 1–17.
10. Teoh K, Hassard J, Blake H. Why Health Care Employers Should Promote Health: The Cost of Ill Health at Work. I: Blake H, Stacey G, redaktörer. *Health and Wellbeing at Work for Nurses and Midwives*. 1:a uppl. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2022.
11. Arbetsmiljöverket. Systematiskt arbetsmiljöarbete. AFS 2001:1.
12. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom [Internet]. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014 feb [citerad 28 september 2022] s. 1–526. Report No.: 223. Tillgänglig vid: https://www.sbu.se/contentassets/800ad7aecf9146c795d3a89c7a957048/arbetsmiljo_depression_2014.pdf
13. World Health Organization. Basic documents [Internet]. 49th ed. Geneva: World Health Organization; 2020 [citerad 28 september 2022]. 238 s. Tillgänglig vid: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339554>
14. Socialstyrelsen. Begrepp inom området psykisk hälsa [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 [citerad 28 september 2022] s. 24. Report No.: Version 2020. Tillgänglig vid: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-området-psykisk-halsa.pdf
15. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigeten; 2023. Report No.: 23052.
16. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *The Lancet*. 19 januari 2022;2022(359).
17. Socialstyrelsen. Rekommendationer och indikatorer. Socialstyrelsen; 2017 [citerad 05 mars 2023]. Utmattningssyndrom. Tillgänglig vid: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>
18. Institutet för stressmedicin ISM. Västragötalandregionen - Institutet för stressmedicin. 2023 [citerad 27 juni 2023]. Diagnostik Utmattningssyndrom. Tillgänglig vid: https://www.vgregion.se/ov/ism/stress--rad-och-behandling/for_vardgivare/diagnostik/

19. Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *IJERPH*. 2020;17(24):9495.
20. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. juni 2001;86(3):499–512.
21. Cotton JL, Tuttle JM. Employee Turnover: A Meta-Analysis and Review with Implications for Research. *The Academy of Management Review*. januari 1986;11(1):55.
22. Thun S, Halsteinli V, Løvseth L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):407.
23. Kilponen K, Huhtala M, Kinnunen U, Mauno S, Feldt T. Illegitimate tasks in health care: Illegitimate task types and associations with occupational well-being. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(13–14):2093–106.
24. Gillet N, Fouquereau E, Coillot H, Cougot B, Moret L, Dupont S, m.fl. The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(5):1208–19.
25. Vu-Eickmann P, Li J, Müller A, Angerer P, Loerbroks A. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the pro-fession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*. juli 2018;91(5):643–54.
26. Cohen G, Blake RS, Goodman D. Does Turnover Intention Matter? Evaluating the Usefulness of Turnover Intention Rate as a Predictor of Actual Turnover Rate. *Review of Public Personnel Administration*. 01 september 2016;36(3):240–63.
27. Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *The European Journal of Public Health*. 01 augusti 2011;21(4):499–503.
28. Ahlstedt C, Moberg L, Brulin E, Nyberg A. Do illegitimate tasks matter for registered nurses' work motivation? A cross-sectional study based on a nationally representative sample of Swedish nurses. *International Journal of Nursing Studies Advances*. oktober 2023;100159.
29. Arbetsmiljöverket. Organisatoriskt och social arbetsmiljö. Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4.
30. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Biedhammer I, m.fl. The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work. *Social Science & Medicine*. 2004;(58):1483–99.
31. Aronsson G, Hellgren J, Isaksson K, Johansson G, Sverke M, Torbiörn I. Arbets- & organisationspsykologi: individ och organisation i samspel. Vol. 2013. Stockholm: Natur & Kultur; 2012.
32. Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 01 oktober 2021;47(7):489–508.
33. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, m.fl. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. april 2017;74(4):301–10.
34. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, N.Y.: Basic Books; 1990.
35. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (–Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*. 2010;24(1):1–35.
36. Greenhaus J, Allen T, Spector P. Health Consequences of Work–Family Conflict: The Dark Side of the Work–Family Interface. I: *Research in Occupational Stress and Well-being*. 2006. s. 61–98.
37. Greenhaus J, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*. 1985;10(1):76–88.
38. Fisher GG, Bulger CA, Smith CS. Beyond work and family: A measure of work/nonwork interference and enhancement. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2009;14(4):441–56.

39. Engman F, Nordin A, Hagqvist E. Obalans mellan arbetet och privatlivet bland offentliganställda: betydelsen av kontroll och socialt stöd på arbetsplatsen. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017;94(5):610–22.
40. Lidwall U, Marklund S, Voss M. Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*. 2010;20(6):676–81.
41. Hagqvist E, Lidwall U, Leineweber C. Is work–life interference a risk factor for sickness absence? A longitudinal study of the Swedish working population. *European Journal of Public Health*. 2022;32(3):398–401.
42. Corley MC. Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. november 2002;9(6):636–50.
43. Cronqvist A, Lützén K, Nyström M. Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(5):405–13.
44. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
45. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*. mars 2004;58(6):1075–84.
46. Lützén K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral Stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics*. 2003;10(3):312–22.
47. Karakachian A, Colbert A. Nurses' Moral Distress, Burnout, and Intentions to Leave: An Integrative Review. *Journal of Forensic Nursing*. juli 2019;15(3):133–42.
48. Aronsson G. Onödiga och oskäligen arbetsuppgifter bland läkare. *Läkartidningen*. 2012;109(48):2216–9.
49. Semmer N, Jacobshagen N, Meier LL, Alfring A, Beehr TA, Kälin W, m.fl. Illegitimate tasks as a source of work stress. *Work & Stress*. 2015;29(1):32–56.
50. Aronsson G, Mellner C. Illegitima arbetsuppgifter och identitet - en introduktion. *Arbets-marknad och arbetsliv*. 2016;22(3/4):28–46.
51. Bejerot E, Hasselblad H. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. 2011;5.
52. Bejerot E, Gustavsson M, Hasselblad H, Kankkunen TF, Ekberg K. Occupational Control on Drift—National and Local Intervention in Clinical Work at Emergency Departments. *Professions and Professionalism*. 24 april 2017;7(2):e1765–e1765.
53. Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Arbetsmiljö och psykisk hälsa. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2021. Report No.: 2021:4.
54. Eva Vingård. En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro [Internet]. Stockholm: FORTE; 2020 [citerad 28 september 2022] s. 20. Tillgänglig vid: <https://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv-2020.pdf>
55. Chakraborty S, Mashreky SR, Dalal K. Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *J Public Health-Heidelberg*. 2022;30(8):1837–55.
56. Arbetsmiljöverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Friskfaktorer som kan mätas och följas över tid. Solna & Gävle: Arbetsmiljöverket & Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2021 s. 48. Report No.: 2021:2; 2021:1.
57. Crawford ER, LePine JA, Rich BL. Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*. september 2010;95(5):834–48.
58. Försäkringskassan. Stressrelaterade sjukskrivningar ökar igen efter pandemin [Internet]. Försäkringskassan; 2022 [citerad 27 oktober 2022]. Tillgänglig vid: https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas/!ut/p/z1/04_Sj9CPyky-sy0xPLMnMz0vMAfljo8ziLQI8TDy8Dlx8Ddy8jQwCfZ3dLUxDPY1dnE30w8EK-DHAARwP9KEL6o8BKTDxcnA3dnQ283b083QwcQ4L8TD2NfA0Ngo2hCvBY-UZAbYZDpqKglAP7D_6l!/#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos-f43
59. Lidwall U. Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser [Mental disorder sick leave - A register study of the Swedish working population in ages 20 to 69 years]. [Internet]. Stockholm: Försäkringskassan; 2020 [citerad 22 december 2022]. Report No.: 19. Tillgänglig vid: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7fc616c01814e-179a9f329/1656660446139/sjukfranvaro-i-psykiatriska-diagnoser-socialforsakrings-rapport-2020-8.pdf>

60. Hagqvist E, Kerstin Ekberg, Lidwall U, Nyberg A, Landstad BJ, Wilczek A, m.fl. The Swedish HealthPhys Study: Study Description and Prevalence of Clinical Burnout and Major Depression among Physicians. *Chronic Stress*. 2022;6:1–8.
61. Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren Å, Åsberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014;55(1):72–82.
62. Jacobshagen N. Illegitimate tasks, illegitimate stressors: Testing a New stressor-strain concept. Bern: University of Bern; 2006.
63. Cotton JL, Tuttle JM. Employee Turnover: A Meta-Analysis and Review with Implications for Research. *The Academy of Management Review*. januari 1986;11(1):55.
64. Forde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*. 01 juli 2008;34(7):521–5.
65. Berthelsen H, Westerlund H, Bergström G, Burr H. Validation of the Copenhagen Psycho-social Questionnaire Version III and Establishment of Benchmarks for Psychosocial Risk Management in Sweden. *IJERPH*. 2020;17(9):3179.
66. Burr H, Berthelsen H, Moncada S, Nübling M, Dupret E, Demiral Y, m.fl. The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Saf Health Work*. december 2019;10(4):482–503.
67. Leineweber C, Eib C, Bernhard-Oettel C, Nyberg A. Trajectories of effort-reward imbalance in Swedish workers: Differences in demographic and work-related factors and associations with health. *Work & Stress*. 2020;34(3):238–58.
68. Lidwall U, Bill S, Palmer E, Olsson Bohlin C. Mental disorder sick leave in Sweden: A population study. *WOR*. 2018;59(2):259–72.
69. Taylor C, Mattick K, Carrieri D, Cox A, Maben J. 'The WOW factors': comparing work-force organization and well-being for doctors, nurses, midwives and paramedics in England. *British Medical Bulletin*. 21 mars 2022;141(1):60–79.
70. Schneider A, Weigl M. Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. Van Bogaert P, redaktör. *PLoS ONE*. 04 juni 2018;13(6):e0197375.
71. Broetje S, Jenny GJ, Bauer GF. The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. *Front Psychol*. 31 januari 2020;11:84.
72. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citerad 30 maj 2023]. 64 s. Tillgänglig vid: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
73. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the health work-force [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citerad 30 maj 2023]. 56 s. Tillgänglig vid: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250047>
74. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. Geneva: World Health Organization; 2020 dec s. 1–33.
75. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018;283(6):516–29.
76. Eriksson A, Jutengren G, Dellve L. Job demands and functional resources moderating assistant and Registered Nurses' intention to leave. *Nurs Open*. mars 2021;8(2):870–81.
77. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, m.fl. Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*. 2019;27(5):946–54.
78. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):1–12.
79. Wahlgren J. SKR: Kommunerna behöver 14 000 nya undersköterskor och vårdbiträden – varje år. *SVT Nyheter* [Internet]. 27 april 2021 [citerad 14 maj 2023]; Tillgänglig vid: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/orebro/skr-var-bild-ar-att-manga-kommuner-anvant-mojligheten>
80. Christiansen F, Elsert Gynning B, Lashari A, Johansson G, Brulin E. Associations Between Effort-Reward Imbalance and Burnout Among Swedish Physicians.
81. Lee YW, Dai YT, McCreary LL. Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *Journal of Nursing Management*. 2015;23(4):521–31.

82. Elsert Gynning B, Christiansen F, Lidwall U, Brulin E. Work-life conflict and associations Impact of work-life and life-work interference on burnout: A longitudinal study of male and female physicians in Sweden. Submitted.
83. Menghini L, Balducci C. The Importance of Contextualized Psychosocial Risk Indicators in Workplace Stress Assessment: Evidence from the Healthcare Sector. *IJERPH*. 22 mars 2021;18(6):3263.
84. Rivera AS, Akanbi M, O'Dwyer LC, McHugh M. Shift work and long work hours and their association with chronic health conditions: A systematic review of systematic reviews with meta-analyses. Beiki O, redaktör. *PLoS ONE*. 02 april 2020;15(4):e0231037.
85. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, Fransson EI, Alfredsson L, m.fl. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *The Lancet*. oktober 2015;386(10005):1739–46.
86. Watanabe M, Yamauchi K. The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(6):679–88.
87. Matre D, Skogstad M, Sterud T, Nordby KC, Knardahl S, Christensen JO, m.fl. Safety incidents associated with extended working hours. A systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 01 september 2021;47(6):415–24.
88. Virtanen M, Kurvinen T, Terho K, Oksanen T, Peltonen R, Vahtera J, m.fl. Work Hours, Work Stress, and Collaboration Among Ward Staff in Relation to Risk of Hospital-Associated Infection Among Patients. *Medical Care*. mars 2009;47(3):310–8.
89. Wong K, Chan AHS, Ngan SC. The Effect of Long Working Hours and Overtime on Occupational Health: A Meta-Analysis of Evidence from 1998 to 2018. *IJERPH*. 13 juni 2019;16(12):2102.
90. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Wang H, m.fl. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2020. *Mayo Clinic Proceedings*. 2022;97(3):491–506.
91. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. april 2014;51(4):612–24.
92. Flinkman M, Salanterä S. Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*. 2015;23(8):1050–7.
93. Brulin E, Henriksson K, Landstad BJ. An impaired learning environment: Resident physicians' experience of the transition to pandemic care during the first wave of the COVID-19 pandemic in Sweden. *Front Psychol*. 2023;13:1090515.
94. Thapa DR, Stengård J, Ekström-Bergström A, Areskoug Josefsson K, Krettek A, Nyberg A. Job demands, job resources, and health outcomes among nursing professionals in private and public healthcare sectors in Sweden – a prospective study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):140.
95. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(2):635–48.
96. Viklund A, Andersson T, Selander J, Kader M, Albin M, Bodin T, m.fl. Night and shift work patterns and incidence of type 2 diabetes and hypertension in a prospective cohort study of healthcare employees. *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2023 [citerad 15 augusti 2023]; Tillgänglig vid: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=4104
97. Kader M, Selander J, Andersson T, Albin M, Bodin T, Härmä M, m.fl. Night and shift work characteristics and incident ischemic heart disease and atrial fibrillation among healthcare employees – a prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(7):520–9.
98. Gustavsson P, Bigert C, Andersson T, Kader M, Härmä M, Selander J, m.fl. Night work and breast cancer risk in a cohort of female healthcare employees in Stockholm, Sweden. *Occup Environ Med*. 2023;80(7):372–6.
99. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. Harris F, redaktör. *PLoS ONE*. 2016;11(7):e0159015.

100. Marzocchi I, Ghezzi V, Di Tecco C, Ronchetti M, Ciampa V, Olivo I, m.fl. Demand –Resource Profiles and Job Satisfaction in the Healthcare Sector: A Person-Centered Examination Using Bayesian Informative Hypothesis Testing. *IJERPH*. 05 januari 2023;20(2):967.
101. Nilsen P, Fernemark H, Seing I, Skagerström J. Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2023 s. 1–51. Report No.: 2023:7.
102. McVicar A. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of stress. *J Nurs Manag*. 2016;24(2):E112–36.
103. Nyberg A, Westerlund H, Magnusson Hanson LL, Theorell T. Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scand J Public Health*. 2008;36(8):803–11.
104. Hallberg U. Hot och våld inom vård och omsorg. Solna: Arbetsmiljöverket; 2011 s. 47. Report No.: 2011:16.
105. Jakobsson J, Axelsson M, Örmön K. The Face of Workplace Violence: Experiences of Healthcare Professionals in Surgical Hospital Wards. *Nursing Research and Practice*. 2020;2020:1–10.
106. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, m.fl. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2020;51(101381):1–8.
107. Forsheden Sidoli E, Elsert Gynning B, Blindow K, Cedstrand E, Sabbath E, Brulin E. Workplace mistreatment of Swedish health care workers: Prevalence, perpetrators, and across profession, sex, and birth country. Submitted.
108. Jönsson S. Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians - a follow-up study: Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(2):236–44.
109. Två regioner och ett sjukhus ännu i höjd beredskap. [citerad 13 november 2023]; Tillgänglig vid: <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/patientsakerhet/tva-regioner-och-ett-sjukhus-annu-i-hojd-beredskap/>
110. Mellgren F. Inflation slår "extremt" mot vården: "Tufft". *Svenska Dagbladet* [Internet]. 27 februari 2023 [citerad 13 november 2023]; Tillgänglig vid: <https://www.svd.se/a/rl55de/inflation-slar-mot-sjukvard-810-miljarder-back-for-regioner>
111. Teoh KRH, Dhensa-Kahlon R, Christensen M, Frost F, Hatton E, Nielsen K. Organisational Wellbeing Interventions: Case Studies from the NHS [Internet]. London: Birkbeck University of London; 2023 [citerad 15 augusti 2023] s. 1–57. Tillgänglig vid: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Organisational_Interventions_to_Support_Staff_Wellbeing_in_the_NHS.pdf
112. Abildgaard JS, Saksvik PØ, Nielsen K. How to Measure the Intervention Process? An Assessment of Qualitative and Quantitative Approaches to Data Collection in the Process Evaluation of Organizational Interventions. *Front Psychol*. 2016;7:1–10.
113. Heijkants CH, van Hooff MLM, Geurts SAE, Boot CRL. A team level participatory approach aimed at improving sustainable employability of long-term care workers: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2022;22:984(1): 1–9.
114. Noyes J, Booth A, Moore G, Flemming K, Tunçalp Ö, Shakibazadeh E. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2019 [citerad 14 augusti 2023];4(1). Tillgänglig vid: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000893>
115. Suntarbetsliv. Säkerhetsdialogen. 2023 [citerad 14 augusti 2023]. Checklistor och stöd. Tillgänglig vid: <https://sakerhetsdialogen.suntarbetsliv.se/checklistor-och-stod/>

6. Bilagor

Bilaga A: Beskrivning av inkluderade mätinstrument, deras källor, svarsalternativ samt interna validitet (Cronbach's Alpha) och kodning.

Bilaga B: Kategorisering av individer i LOHHCS kohorten för var yrkesgrupp uppdelat efter demografiska och arbetsrelaterade faktorer.

Bilaga C: Hälsfaktorer färgkodning baserat på referensvärde.

Bilaga A

Beskrivning av inkluderade mätinstrument, deras källor, svarsalternativ samt interna validitet (Cronbach's Alpha) och kodning.

Skala	Källa	Antal frågor	Svarsalternativ	Chronbach's alpha ¹	Hur svaren presenteras/ kodats i rapporten
Självskattad hälsa	COPSOQIII ²	1	5-gradig skala som sträckte sig från "Utmärkt" till "Dåligt"	Ej aktuellt	Enligt COPSOQIII
Utmattning (KEDS)	Beser m.fl. (1)	9	6 symptom-relaterade svarsalternativ	0,92	Kategoriserades till binär variabel som representerade en grupp med individer med ett medelvärde lika med 19 eller över, samt en grupp för individer med ett medelvärde på 18 eller lägre
Viljan att lämna	Ej aktuellt	1	5-gradig skala från "Varje dag" till "Aldrig"	Ej aktuellt	Modifierad för att motsvara COPSOQIII. Kategoriserades därefter om till en binär variabel som representerade över (kategori 1) och under (kategori 2) studiepopulationens medelvärde på 38.2.
Kvantitativa krav	COPSOQIII	4	5-gradig skala från "Alltid" till "Aldrig"	0,847	Enligt COPSOQ
Känslo-mässiga krav	COPSOQIII	1	5-gradig skala från "Alltid" till "Aldrig"	Ej aktuellt	Enligt COPSOQ
Obalans mellan arbetet och privatlivet	Fisher m.fl. (2)	5	5-gradig skala från "Inte alls" till "Nästan hela tiden"	0,93	Modifierad för att motsvara COPSOQIII
Moralisk stress	LEFO (3)	5	4-gradig skala från "Inte stressande" till "Mycket stressande", Svarsalternativ 5: "Inte aktuellt"	0,79	Modifierad för att motsvara COPSOQIII
Illegitima arbetsuppgifter	Bern Illegitimate Task Scale (BITS) (4)	Oskäligen uppgifter: 4 Onödiga uppgifter: 4	5-gradig skala från "Mycket ofta" till "Aldrig"	Oskäligen uppgifter: 0,840 Onödigen uppgifter: 0,770	Modifierad för att motsvara COPSOQIII
Obalans mellan ansträngning och belöning ERI	Siegrist m.fl. (5)	Ansträngning: 3 Belöning: 8	4-gradig skala	Ansträngning: 0,786 Belöning: 0,770	Presenteras på 2 sätt: - ERI-kvot - Belöning är modifierad för att motsvara COPSOQIII (0 – 33,3 – 66,6 – 100)
Socialt stöd från överordnad	COPSOQIII	1	5-gradig skala från "Alltid" till "Aldrig/Nästan aldrig"	Ej aktuellt	Enligt COPSOQIII
Socialt stöd från kollegor	COPSOQIII	1	5-gradig skala från "Alltid" till "Aldrig/Nästan aldrig"	Ej aktuellt	Enligt COPSOQIII

Fortsättning bilaga A.

Skala	Källa	Antal frågor	Svarsalternativ	Chronbach's alpha ¹	Hur svaren presenteras/ kodats i rapporten
Social gemenskap i arbetet	COPSOQIII	1	5-gradig skala från "Alltid" till "Aldrig/ Nästan aldrig"	Ej aktuellt	Enligt COPSOQIII
Kontroll i arbetet	Ej aktuellt	8	5-gradig skala från "I mycket hög grad" till "I mycket liten grad"	0,908	Modifierad för att motsvara COPSOQIII
Inflytande	LEFO (3)	3	5-gradig skala från "I mycket hög grad" till "I mycket liten grad"	0,779	Modifierad för att motsvara COPSOQIII
Meningsfullhet	Ej aktuellt	1	5-gradig skala från "Mycket nöjd" till "Mycket missnöjd"	Ej aktuellt	Modifierad för att motsvara COPSOQIII

¹ Ett mått på hur väl de enskilda uppgifterna i ett test eller frågeformulär mäter samma sak.

² Läs mer om COPSOQ, dess utformning och praktiska användningsområden på www.COPSOQ.se

Referenser för mätinstrument

1. Besør A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren Å, Åsberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. Scandinavian Journal of Psychology. 2014;55(1):72–82.
2. Fisher GG, Bulger CA, Smith CS. Beyond work and family: A measure of work/nonwork interference and enhancement. Journal of Occupational Health Psychology. 2009;14(4):441–56.
3. Forde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. Journal of Medical Ethics. 01 juli 2008;34(7):521–5.
4. Jacobshagen N. ILLEGITIMATE TASKS, ILLEGITIMATE STRESSORS: TESTING A NEW STRESSOR-STRAIN CONCEPT. Bern: University of Bern; 2006.
5. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Biedhammer I, m.fl. The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work. Social Science & Medicine. 2004;(58):1483–99.

Bilaga B

Kategorisering av individer i LOHHCS-kohorten för var profession uppdelat efter demografiska- och arbetsrelaterade faktorer med kalibreringsvikter.

Kategorisering	Kommunal och regional hälso- och sjukvård	Läkare	Sjuksköterskor	Undersköterskor
Demografi				
Andel	100% (253.873)	13% (33.144)	33%(86.160)	53% (134.568)
Kön				
Män	15%	48%	12%	10%
Kvinnor	85%	52%	89%	90%
Ålder				
21–36	26%	30%	30%	23%
37–47	25%	33%	26%	23%
48–57	26%	18%	24%	29%
58+	23%	19%	20%	25%
Födelseland				
Inom Sverige	80%	71%	92%	75%
Inom Europa	10%	21%	5%	10%
Utom Europa	10%	8%	3%	15%
Arbete				
Arbetserfarenhet				
< 5 år	15%	20%	20%	10%
5-15 år	36%	38%	32%	38%
> 15 år	50%	42%	48%	52%
Ledningsgruppsansvar*				
MLA	2%	17%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
MAS	2%	Ej aktuellt	5%	Ej aktuellt
Chef med personal	3%	5%	4%	3%
Inget	92%	79%	91%	97%
Arbetsstimmar per vecka				
< 36h	31%	11%	30%	37%
36-45h	59%	50%	65%	58%
> 45h	10%	40%	5%	6%
Rang (endast läkare)				
Läkare under träning	38%	38%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Specialister	26%	26%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Överläkare	36%	36%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Anställningsplats				
Region	43%	100%	81%	30%
Kommun	57%	Ej aktuellt	19%	70%

* Möjligt att inneha flera roller

Bilaga B

Kategorisering av individer i LOHHCS-kohorten för var profession uppdelat efter demografiska- och arbetsrelaterade faktorer utan kalibreringsvikter.

Kategorisering	Kommunal och regional hälso- och sjukvård	Läkare	Sjuksköterskor	Undersköterskor
Demografi				
Andel	100% (253.873)	13,1% (33.144)	33,9%(86.160)	53,0% (134.568)
Kön				
Män	20,8%	43,1%	10,1%	7,6%
Kvinnor	79,2%	56,9%	89,9%	92,4%
Ålder				
21–36	24,8%	31,6%	26,3%	14,3%
37–47	25,4%	33,0%	25,2%	16,4%
48–57	24,2%	17,2%	24,3%	32,6%
58+	25,6%	18,2%	24,2%	36,7%
Födelseland				
Inom Sverige	86,20%	81,3%	92,3%	84,0%
Inom Europa	8,50%	13,6%	5,0%	7,1%
Utom Europa	5,30%	5,2%	2,7%	8,9%
Arbete				
Arbetserfarenhet				
< 5 år	16,10%	21,9%	17,5%	6,9%
5-15 år	32,60%	38,4%	29,7%	29,3%
> 15 år	51,30%	39,7%	52,7%	63,8%
Ledningsgruppsansvar*				
MLA	1,8%	15,6%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
MAS	5,4%	Ej aktuellt	4,8%	Ej aktuellt
Chef med personal	3,8%	4,7%	4,2%	2,3%
Inget	88,8%	80,3%	90,4%	97,2%
Arbetsstimmar per vecka				
< 36h	27,30%	14,0%	30,1%	39,9%
36-45h	57,50%	51,0%	65,0%	55,2%
> 45h	15,30%	35,0%	4,9%	4,9%
Rang (endast läkare)				
Läkare under träning	40,8%	40,8%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Specialister	31,1%	31,1%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Överläkare	28,1%	28,1%	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Anställningsplats				
Region	26,80%	100,0%	80,8%	29,6%
Kommun	73,20%	Ej aktuellt	19,2%	70,4%

*Möjligt att inneha flera roller.

Bilaga C

Hälsosfaktorer färgkodning baserat på referensvärde.

Självskattad hälsa (ref. 61.3)

Grön > 66

Gul 56–66

Orange 50–55

Röd < 50

Organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön

Önskat värde: Högt

Kvantitativa krav (ref. 40.9)	Känslomässiga krav (ref 46.8)	Obalans mellan arbetet och privat- livet (ref. 39.7)	Moralisk stress (medel 66.6)	Oskäligen uppgifter (medel 49.7)	Onödiga uppgifter (medel 50.9)
Grön < 36	Grön < 42	Grön < 35	Grön < 62	Grön < 45	Grön < 46
Gul 36–46	Gul 42–52	Gul 35–45	Gul 62–72	Gul 45–55	Gul 46–56
Orange 47–52	Orange 53–58	Orange 46–52	Orange 73–78	Orange 56–61	Orange 57–62
Röd > 52	Röd > 58	Röd > 52	Röd > 78	Röd > 61	Röd > 62

Önskat värde: Lågt

Socialt stöd överordnad (ref. 75.3)	Socialt stöd kollega (ref. 80.2)	Social gemenskap (ref. 79.9)	Kontroll i arbetet (medel 36.7)	Inflytande i arbetet (medel 57.1)	Meningsfullhet i arbetet (medel 65.7)	Belöning i arbetet (medel 49.6)
Grön > 80	Grön > 85	Grön > 85	Grön > 42	Grön > 62	<i>Grön > 71</i>	<i>Grön > 55</i>
Gul 70–80	Gul 75–85	Gul 75–85	Gul 32–42	Gul 52–62	<i>Gul 61–71</i>	<i>Gul 45–55</i>
Orange 64–69	Orange 69–74	Orange 69–74	Orange 26–31	Orange 46–51	<i>Orange 55–60</i>	<i>Orange 39–44</i>
Röd < 64	Röd < 69	Röd > 69	Röd < 26	Röd < 46	<i>Röd < 55</i>	<i>Röd < 39</i>



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-89747-42-5