

Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg

Ingemar Åkerlind, Cecilia Ljungblad och Fredrik Granström
Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola

Bakgrund

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

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

Studien motiveras också av att kommunerna generellt har ett sämre hälsoläge och högre sjukfrånvaro än andra arbetsgivare. Det har genomförts ett stort antal förebyggande och hälsofrämjande projekt och interventioner i olika kommuner, men kunskapen om effekter och "best practice" fortfarande är begränsad. Vi är särskilt intresserade av vilken betydelse arbetsgivarens insatser i fråga om ledarskap och organisation har i jämförelse med regionala sociodemografiska och kulturella skillnader som arbetsgivaren inte kan påverka. Enligt Dellve, Karlberg och Allebeck *et al.* (2006) kan yttre socioekonomiska skillnader beträffande arbetsmarknad och attityder till sjukfrånvaro endast förklara en mindre del av den stora variationen i sjukfrånvaro mellan anställda i olika kommuner. De menar att mycket tyder på att interna faktorer som ledarskap, verksamhetsstyrning och organisation har minst lika stor betydelse. Sådana åtgärder kan innebära såväl **individorienterade insatser** (möjliggöra deltagande i hälsofrämjande aktiviteter och friskvård) som att

organisera arbetet och styra verksamheten på ett mer hälsofrämjande sätt (Chu, Breucker, Harris *et al.*, 2000; Shain & Kramer, 2004).

Syftet med detta projekt är att studera i vilken utsträckning variationen mellan olika kommuner beträffande kommunanställdas hälsa och sjukfrånvaro kan förklaras av:

1. **Inre** faktorer på arbetsplatsen som arbetsorganisation, ledarskap och verksamhetsstyrning inkl. hälsofrämjande åtgärder
2. **Yttre** regionala strukturella faktorer som sociodemografi, arbetsmarknad m.m. samt attityder och normer kring sjukfrånvaro ("absence culture").

Avsikten är att klarlägga om arbetsgivare med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen. Det behövs mer kunskap om hur mycket av hälsan som kan påverkas genom organisatoriska åtgärder och vilka åtgärder som är effektivast.

Metod

Medarbetarenkät

Ett slumpmässigt urval av 60 av Sveriges 290 kommuner genomfördes. Ett frågeformulär med fokus på ledarskap, organisationskultur och klimat, rollförväntningar, grupparbete, socialt stöd och interaktion, krav och kontroll, distributiv rättvisa, empowerment, hälsofrämjande åtgärder och självskattad hälsa skickades ut till ett representativt urval av 15 000 anställda inom kommunal vård och omsorg om äldre och funktionshindrade i de 60 kommunerna. Svarsandelen var 58,4 procent. En ny databas med aggregerade data från frågeformuläret samt registerdata om invånarantal, inkomstnivå samt sjukfrånvaro hos de anställda i de 60 kommunerna konstruerades. Bivariata korrelationer mellan de oberoende variablerna och de två beroende variablerna hälsa och sjukfrånvaro beräknades. Ett urval av variabler testades sedan som prediktorer av kommunernas hälso- och sjukfrånvaronivå i en strukturell ekvationsmodell (SEM) för att belysa såväl direkta effekter som indirekta effekter via medierande variabler. Valet av oberoende variabler baserades på signifikanta bivariata korrelationer, resultat från tidigare forskning samt egna hypoteser.

Arbetsgivarenkät

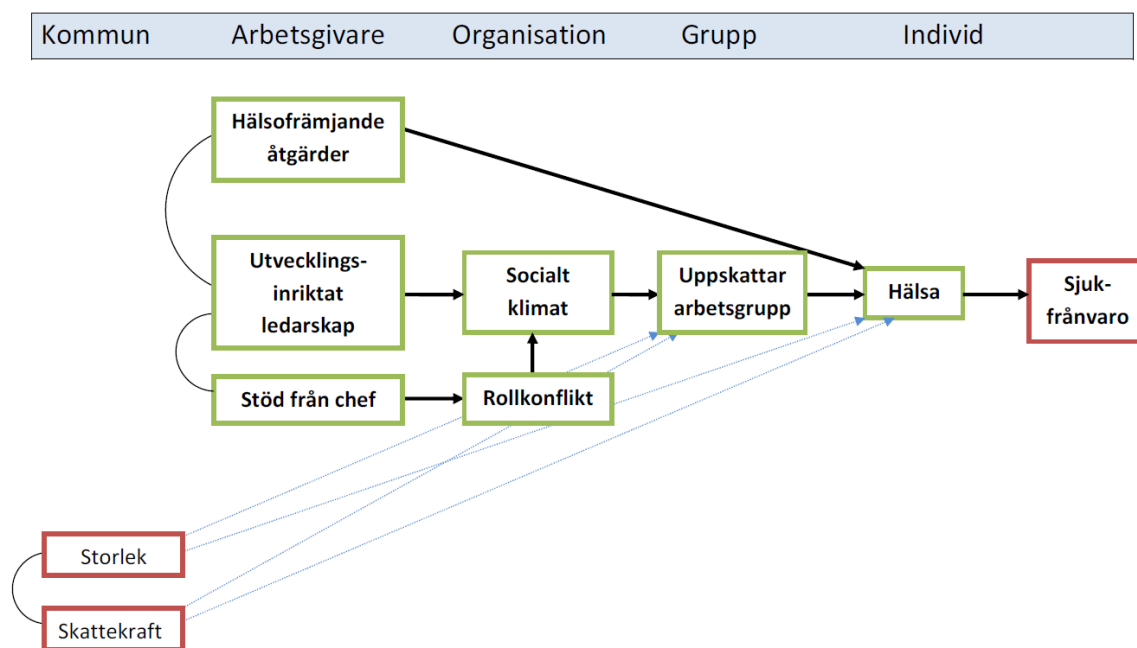
En annan enkät skickades till den högsta chefen inom förvaltningen för vård och omsorg i samma kommuner. Den enkäten omfattade 1/ grundläggande fakta om organisationen, 2/ verksamhetsstyrning, 3/ hälso- och arbetsmiljöarbete samt 4/ företagshälsovård. Samband mellan enkätdata och aggregerade data om personalens hälsa och sjukfrånvaro analyserades med hjälp av icke-parametrisk statistik.

Resultat

Medarbetarenkät

Redan de första preliminära bivariata analyserna med aggregerade data på kommunnivå visade att i kommuner med låg sjukfrånvaro anger personalen bättre självskattad hälsa samt mer restriktiva attityder till när man har rätt att vara sjukskriven. Självskattad hälsa är i sin tur kopplad till en rad indikatorer på psykosociala arbetsmiljö, organisation och ledarskap, alltså faktorer som arbetsgivaren borde kunna påverka genom en medveten och aktiv hälsofrämjande strategi. Den strukturella ekvationsmodelleringen visar nu i en första modell med fokus på **inre** faktorer att dessa psykosociala arbetsmiljöfaktorer kan struktureras i en teoribaserad modell som medierande faktorer på olika förklaringsnivåer (Arbetsgivare/Ledning - Organisation/Arbetsenhet - Arbetsgrupp - Individ). Ett urval av variabler har testats som prediktorer. Valet av oberoende variabler baserades på signifikanta bivariata korrelationer, resultat från tidigare forskning samt egna hypoteser.

Den slutliga modellen (se figur 1) visar att den självskattade hälsan och sjukfrånvaron i de olika kommunerna påverkas dels **direkt** av hur mycket man satsat på konkreta *hälsofrämjande åtgärder* som riktar sig till individer och grupper och dels **indirekt** av *ledarskapet och organisationsklimatet* i kommunen.



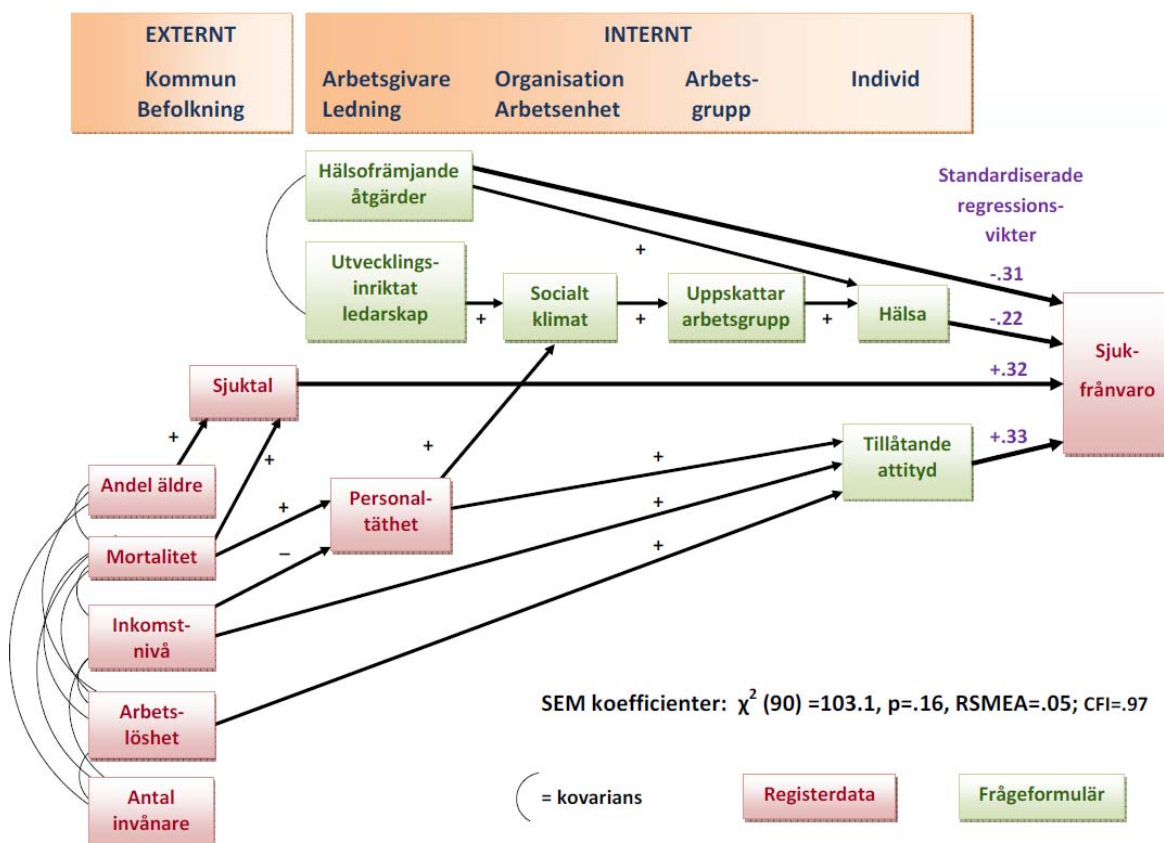
Figur 1. Modell 1 med inre faktorer på arbetsplatsen (samt kommunstorlek och skattekraft som kontrollvariabler)

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

Det indirekta sambandet mellan *ledarskap* och sjukfrånvaro medieras via faktorer på organisations- och gruppnivå. Om medarbetarna tycker att de har ett utvecklingsinriktat

ledarskap, där de får uppskattning för sina arbetsprestationer (feedback), uppmuntras att delta i viktiga beslut (delaktighet) samt får hjälp att utveckla sina färdigheter (kompetensutveckling), så upplever de också att de har ett positivare socialt klimat på arbetsenheten och att de trivs bättre i arbetsgruppen samt att de har en bättre hälsa, vilken i sin tur är kopplad till lägre sjukfrånvaro. Om de tycker att de vid behov får stöd och hjälp av sin närmaste chef så upplever de mindre av de rollkonflikter som vård- och omsorgsarbete ofta medför. Rollkonflikt operationaliseras här som att vara tvungen att utföra saker som man tycker skulle göras annorlunda, att inte ha tillräckliga resurser för att utföra arbetet så bra som man önskar och att uppleva oförenliga krav från olika personer (som t.ex. brukare, anhöriga, arbetskamrater, arbetsgivare och media). Mindre av sådana rollkonflikter är i sin tur relaterade till bättre socialt klimat, bättre trivsel i arbetsgruppen, bättre hälsa och lägre sjukfrånvaro.

I nästa steg i analysen har vi lagt till **yttre** strukturella områdesfaktorer som sociodemografi, arbetsmarknad m.m. samt attityder kring sjukfrånvaro som inte var relaterade till övriga enkätfrågor med däremot till områdesfaktorerna (se figur 2). Det visar sig då att sjukfrånvaronivån hos de anställda också påverkas av lokala strukturella faktorer bortom arbetsgivarens kontroll såsom sjukfrånvaro i befolkningen (rensat för anställda inom vård och omsorg) och attityder till sjukfrånvaro, vilka i sin tur påverkas av strukturella områdesfaktorer som åldrande befolkning, hög mortalitet och arbetslöshet.



Figur 2. Modell 2 med yttre strukturella områdesfaktorer samt attityder kring sjukfrånvaro.

Arbetsgivarenkät

Resultaten visar att varken antalet chefer och anställda eller antalet anställda per chef var relaterat till hälsa och sjukfrånvaro. Inte heller kommunernas ambitionsnivå när det gäller kvalitetsarbete och verksamhetsstyrning i allmänhet hade något samband med utfallsmåtten. Däremot fanns tydliga samband mellan personalens självskattade hälsa och vissa aspekter av kommunens insatser beträffande hälso- och arbetsmiljöarbetet. När det gäller ledningens organisatoriska stöd för personalens hälsa var genomförandet av lokala hälsoprojekt särskilt viktigt. Även förekomsten av särskilt utsedda resurspersoner för hälsoarbetet (samordnare, hälsoutvecklare, hälsoombud, friskvårdsinspiratörer) hade betydelse. Det samma gäller utbudet av konkreta hälsofrämjande åtgärder som riktar sig till individer. Det fanns dessutom en god överensstämmelse mellan arbetsgivarnas och medarbetarnas rapportering om utbudet, vilket ytterligare understryker dess betydelse. Däremot hade inte förekomsten av skriftlig policy för hälsofrämjande arbete eller olika former av chefsstöd i hälso- och arbetsmiljöarbetet någon betydelse (med undantag för konsultstöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet). Alla kommuner var anslutna till företagshälsovård. Förekomsten av rutiner för behovsinventering och uppföljning av företagshälsovårdens insatser var relaterad till lägre sjukfrånvaro.

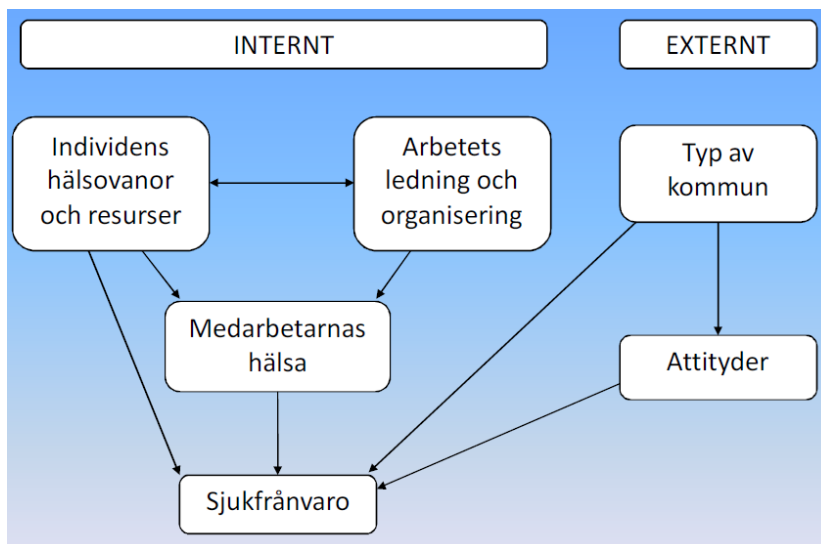
Undersökningen visar alltså att en hel del av den stora variationen i personalens hälsa mellan olika kommuner kan relateras till arbetsgivarens sätt att organisera hälso- och arbetsmiljöarbete. Kommuner med ett mer aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen, vilket i sin tur är relaterat till lägre sjukfrånvaro. Såväl individorienterade insatser (brett utbud av hälsofrämjande aktiviteter) som organisatoriskt stöd (lokala hälsoprojekt och resurspersoner för kompetensstöd och samordning i hälsoarbetet) har betydelse. Ett mer genomtänkt och målinriktat sätt att använda företagshälsovården har dessutom ett direkt samband med lägre sjukfrånvaro. Undersökningen visar alltså att det finns starka skäl för arbetsgivarens att tillämpa en medveten och aktiv hälsofrämjande strategi. Resultaten är i linje med aktuella teorier om hälsofrämjande arbetsplatser, men dessa har tidigare inte har kunnat styrkas genom studier av skillnader mellan många olika arbetsgivare.

Diskussion

Det verkar alltså som "utarmade" utflyttningskommuner med dålig arbetsmarknad inte bara har högre sjukfrånvaro i befolkningen utan även bland de kommunanställda, trots att dessa kommuner faktiskt har högre personaltäthet. Detta resultat reser nya frågor. Håller man i dessa kommuner sysselsättningen uppe genom en relativt högre personaltäthet i den egna verksamheten som är ortens största arbetsgivare? Finns det en negativ selektion i kommunens befolkningsammansättning så att starka och friska personer redan har sökt sig bort till andra kommuner med större valmöjligheter? Innebär högre personaltäthet att mindre sjuknärvaro bland de anställda? Innebär den sämre arbetsmarknaden en inlåsnings effekt för de kommunanställda så att de inte har något alternativ till sjukfrånvaro om de inte orkar med det tunga vårdarbetet? Resultaten visar också att bakom den mer tillåtande attityden till sjukfrånvaro i kommuner med hög sjukfrånvaro så finns det faktiskt en högre mortalitet som antagligen beror på den klassiska bestämningsfaktorn för ohälsa: sämre socioekonomiska förutsättningar dvs. större fattigdom i kommunen.

Det mesta av denna strukturella påverkan är relaterad till allmänpolitiska frågor som ligger utanför den kommunala arbetsgivarens kontroll. Men det är då viktigt att konstatera att arbetsgivarens åtgärder faktiskt har betydelse oberoende av detta och kvarstår som viktiga bestämningsfaktorer för medarbetarnas hälsa och indirekt för sjukfrånvaron. Betydelsen av ett brett utbud av hälsofrämjande åtgärder som personalen också utnyttjar snarare förstärks när omgivningsfaktorerna läggs till i modellen. Nu framkommer även ett direktsamband med sjukfrånvaro. Sammantaget gör den direkta och indirekta (via hälsa) kopplingen till sjukfrånvaro att hälsofrämjande åtgärder blir den enskilt viktigaste prediktorn (standardiserad regressionsvikt = .41)

Resultatet kan mer förenklat sammanfattas i form en utökad modell utifrån Shain och Kramer 2004 (Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. Occupational and Environmental Medicine 2004;61:643-8) (se figur 3).



Figur 3. Resultatsammanfattning i form en utökad modell utifrån Shain & Kramer (2004).

Slutsatser

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

Referenser

Chu C, Breucker G, Harris N *et al.* (2000). Health promoting workplaces - international settings development. *Health Promotion International* 15: 155-167.

Dellve L, Karlberg C, Allebeck P *et al.* (2006) Macro-organisational factors, the incidence of work disability and work ability among the total work force of HCWs in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 34: 17-25.

Hemström, Ö. (2001). *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*. Delstudie 1.1 i Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm: SOU.

Källestål C, Bjurvald M, Menckel E *et al.* (Red.). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Rapport R 2004:32. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Socialdepartementet. (2002). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande av HpH-utredningen*. SOU 2002:5. Stockholm: Socialdepartementet.

Riksförsäkringsverket. (2003). *Regionala skillnader i sjukskrivning - Hur ser de ut och vad beror de på?* Stockholm: Riksförsäkringsverket, Enheten för analys.

Shain M & Kramer DM. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine* 61, 643-648.

Szücs S, Hemström Ö & Marklund S. (2003). *Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner*. Solna: Arbetslivsinstitutet.

Åkerlind I, Schunder S, Frick K. (2007) *Health and work organization*. In U Johanson, G Ahonen, R Roslender (Eds.), *Work Health and Management Control*. Stockholm: Thomson Fakta.

Presentationer

1. Åkerlind I, Larsson R, Ljungblad C. Self-rated health and absence culture are independent determinants of Swedish municipalities' rates of employee sickness absence. *The 14th European Congress of Work and Organizational Psychology*. Santiago de Compostela, Spanien, 2009.
2. Ljungblad C, Larsson R, Åkerlind I. Municipalities with a broader repertory of workplace health promotion measures have a better state of employee health and sickness absence. *The 6th Nordic Health Promotion Research Conference*. Göteborg, 2009.
3. Åkerlind I, Ljungblad C, Granström F. Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg. *Arbetsliv i förändring*. Nationell FALF-konferens, Malmö, 2010.
4. Åkerlind I, Ljungblad C, Granström F. Workplace health promotion and absence culture are more important than structural factors as determinants of local differences in sickness absence among social care employees in Swedish municipalities. *The 3rd European Public Health Conference*, Amsterdam 2010.
5. Åkerlind I. Bra vårdchefer ger friska anställda. *Vårdalinstitutets konferens Organisation & Ledarskap. Mellancheferens roll inom hälso- och sjukvård/vård och omsorg*. Göteborg 25-26 november 2010.
6. Åkerlind I. Bra vårdchefer ger friska anställda. Om verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg. *SPID-nätverkets möte*. Stockholm 1 december 2010.