

Långtidssjukskrivna inom Landstinget i Östergötland 2002

Diagnoser, arbetsförhållanden och rehabiliteringsbehov

Lena Strindlund
Kerstin Ekberg



Institutionen för hälsa och samhälle
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING
Telefon: 013-222000 (vx)



LINKÖPINGS UNIVERSITET

Department of Health and Society
Linköpings universitet
S-581 83 LINKÖPING, SWEDEN
Phone: +46 13 222000

Hälsouniversitetet
Filosofiska Fakulteten
Tekniska högskolan

IHS Rapport 2004:1

Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering

Långtidssjukskrivna inom Landstinget i Östergötland 2002

Diagnoser, arbetsförhållanden och rehabiliteringsbehov

Lena Strindlund
Kerstin Ekberg

IHS Rapport 2004:1

Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering

Denna rapport kan beställas av Berit Ivarh, 013-22 4573.

Omslag: Sussanne A. Larsson, Tomas Hägg och Dennis Netzell

Layout: Sussanne A. Larsson

Tryckeri: UniTryck, Linköpings universitet

IHS Rapport 2004:1

ISSN 1652-1994

Institutionen för hälsa och samhälle (IHS) bedriver forskning, utbildning och uppdragsverksamhet om förhållanden som är relaterade till individers, grupper och befolkningens hälsa.

Verksamheten bygger på och ska vidareutveckla medicinska, humanistiska, samhällsvetenskapliga och tekniska kunskaper.

Följande avdelningar ingår i IHS:

Allmänmedicin

Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)

Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR)

Sjukgymnastik

Socialmedicin och folkhälsovetenskap

Tema hälsa och samhälle (Tema H)

Adress:

Institutionen för hälsa och samhälle

Linköpings universitet

581 83 LINKÖPING

Besöksadress:

IHS

Hälsans Hus, ingång 15

Vid Universitetssjukhuset

Linköping

Tel vxl:

013-22 20 00

Hemsida:

<http://infoweb.unit.liu.se/ihs/>

INNEHÅLL

FIGURFÖRTECKNING.....	3
TABELLFÖRTECKNING.....	4
SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND.....	7
SYFTE	11
METOD.....	12
MATERIAL	13
Svarsfrekvens.....	13
Sjukskrivningsdiagnoser	13
Åter i arbete.....	14
Yrkesindelning	14
STATISTISK BEARBETNING OCH ANALYS.....	16
RESULTAT.....	17
Bakgrundsfaktorer.....	17
Självskattad hälsa	17
Sjukskrivning.....	20
Sjukskrivningsdiagnos.....	20
Sjukskrivningstid.....	21
SAMBAND MELLAN SJUKSKRIVNING OCH ARBETE	23
Vilka förhållanden i arbetet bidrog till sjukskrivningen?.....	24
Fysisk arbetsmiljö	25

Arbetsbelastning.....	25
Ledarskap	27
Organisation.....	29
ÅTGÄRDER.....	32
Chef/arbetsledningen.....	32
Övriga aktörer.....	33
Försäkringskassan	33
Sjukvården.....	34
Östgötahälsan.....	34
FRAMTIDEN - FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÅTERGÅNG I ARBETE.....	35
Hjälp och stöd.....	37
Arbetsplatsrelaterade förhållanden	38
Relation till arbetsplatsen/chefen.....	43
Arbetsförmåga	45
Förslag på förändringar för förbättrad arbetsmiljö.....	45
Fysisk arbetsmiljö	46
Arbetsbelastning.....	46
Ledarskap	48
Arbetsklimat.....	51
Organisation.....	52
REHABILITERING TILLBAKA I ARBETE.....	54
Respekt för ohälsa.....	54
Arbetsledningen.....	54
Rutiner.....	55
Vidgade möjligheter till arbetsträning/omplacering.....	55
Bättre samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna	56
Sociala mötesplatser	56
Andra reflektioner	56
DISKUSSION	58

REFERENSER	64
------------------	----

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1. Självsfattad hälsa (SF-36) hos långtidssjukskrivna respektive ej sjukskrivna landstingsanställda.....	18
Figur 2. Självsfattad hälsa (SF-36) i respektive diagnosgrupp.....	18
Figur 3. Självsfattad hälsa (SF-36) i respektive yrkesgrupp	19
Figur 4. Självsfattad hälsa (SF-36) hos långtidssjukskrivna och gruppen som "återgått i arbete".	20
Figur 5. Fördelning av diagnoser inom respektive kvalifikationsnivå (%).	21
Figur 6. Andel inom respektive diagnosgrupp som anser att arbetet är orsaken till sjukskrivningen.....	23
Figur 7. "Vilka arbetsförhållanden anser du ha orsakat din ohälsa?" Fördelning av svarscommentarer i fyra arbetsplatsrelaterade områden.	24
Figur 8. Andel (%) inom respektive diagnosgrupp som anser att chefen är insatt i hantering av långtidssjukskrivningar.....	33
Figur 9. Andel (%) inom respektive diagnosgrupp som anser att de har respektive inte har fått stöd och hjälp från Östgötahälsan under sjukskrivningen.	34
Figur 10. Förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete. Procent av alla långtidssjukskrivna (SIFO 2002).....	36
Figur 11. Betydelsefulla eller avgörande insatser från olika aktörer i form av hjälp och stöd för återgång i arbete (%).	37
Figur 12. Andel (%) som anser att hjälp och stöd har stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete.....	38
Figur 13. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med <i>besvär i rörelseorganen</i> (%).	39
Figur 14. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med <i>psykiska besvär</i> (%).	39
Figur 15. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med <i>övriga besvär</i> (%)	40

Figur 16. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med <i>multidiagnoser</i> (%).....	41
Figur 17. Andel i diagnosgrupperna som bedömer ökad lust och vilja att arbeta som viktig/avgörande för återgång i arbete.....	42
Figur 18. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för gruppen med låg respektive med hög kvalifikationsnivå (%).	43
Figur 19. Fördelning (%) mellan diagnosgrupper av de som inte känner sig välkomna tillbaka av sin chef	44
Figur 20. Fördelning mellan långtidssjukskrivna och de som återgått i arbete i om man känner sig välkommen tillbaka i arbetet av sin chef.	44
Figur 21. Fördelning av svarskommentarer i fyra arbetsplatsrelaterade områden till frågan.....	46

TABELLFÖRTECKNING

Tabell 1. Antal och andel (%) personer uppdelat efter sjukskrivningsdiagnoser i fyra olika diagnosgrupper*	14
Tabell 2. Antal och andel (%) långtidssjukskrivna personer i yrkesgrupperna ("hög" respektive "låg" kvalifikationsnivå)*, samt som återgått i arbete.....	15
Tabell 3. Fördelning av sjukskrivningstid mellan gruppen som fortfarande är långtidssjukskrivna och de som återgått i arbete (%).	22

SAMMANFATTNING

Studien ingår som en del i projektet "Arbetsplatsen, arbetsledaren och den sjukskrivne - förutsättningar för samverkan med FK i arbetslivsinriktad rehabilitering". Projektet är en del i samverkansavtalet mellan försäkringskassan och landstinget i Östergötland och syftar på sikt till att identifiera hinder och goda lösningar för framgångsrik rehabilitering tillbaka till arbete av sjukskrivna inom landstinget.

Studien bygger på det enkätmaterial som landstinget skickade till samtliga 392 långtidssjukskrivna (>6 månader) medarbetare hösten 2002. Totalt 79% besvarade enkäten.

En dryg tredjedel var sjukskrivna på grund av en kombination av psykiska och somatiska besvär, en fjärdedel på grund av psykiska besvär enbart och en femtedel på grund av besvär i rörelseorganen enbart. Andelen med psykiska besvär var högst bland yrkesgrupper med hög kvalifikationsnivå, medan besvär i rörelseorganen var vanligare i gruppen med låg kvalifikationsnivå. Mer än hälften hade varit sjukskrivna i mer än 1.5 år. Den självskattade hälsan, mätt med SF-36, var mycket låg bland de långtidssjuka, i detta avseende fanns inga större skillnader mellan hög- och lågkvalificerade grupper.

Två tredjedelar av de långtidssjuka anger att arbetet helt eller delvis är orsaken till sjukskrivningen, i gruppen med psykiska besvär uppger 90% att arbetet är orsaken. Analys av svaren i en öppen fråga om vilka förhållanden i arbetet som bidragit till sjukskrivningen angavs en hög arbetsbelastning som hänför sig till bemanningsproblematik och små möjligheter till återhämtning som viktiga orsaksfaktorer. Många av de långtidssjuka uppger brister i ledarskapet som en starkt bidragande faktor till ohälsa. Brister i organisation av arbetet skapar oklarheter, som i sin tur leder till stress och hög arbetsbelastning.

Mindre än hälften av de långtidssjuka uppger att arbetsledningen genomfört några åtgärder för att främja återgång i arbete. Inte heller försäkringskassan upplevs ha arbetat målinriktat för att främja arbetsåtergång, endast en tredjedel har fått en rehabiliteringsplan.

För gruppen med psykiska besvär är framför allt minskad stress, ändrade arbetsuppgifter och kortare arbetstid viktiga förutsättningar för återgång i arbete. Gruppen med besvär i rörelseorganen anger att mindre kroppsligt tungt arbete, förändrade arbetsuppgifter och kortare arbetstid är betydelsefullt. Cirka 40% av de långtidssjukskrivna uppger att de skulle kunna arbeta på hel- eller deltid.

Undersökningsgruppen var sjukskrivna då de besvarade enkäten. Detta kan innebära att man har en ökad benägenhet att tillskriva arbetsplatsen större orsak till ohälsan, än om man varit i arbete. De långtidssjukas upplevelse av arbetsledning och organisation och av hur de fått hjälp och stöd från olika aktörer har emellertid betydelse för hur man ser på sina möjligheter till återgång i arbete. Upplevelser av bristande engagemang och stöd under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan öka hindren för återgång i arbete.

Kommentarerna i enkäten gav en bild av vilka förhållanden som är viktiga att utveckla för att etablera en rehabiliteringsprocess som möjliggör för de långtidssjuka att återgå i arbete. Till dessa förhållanden hör:

- Respekt för ohälsan
- Arbetsledningens förhållningssätt och agerande
- Rutiner på arbetsplatsen vid sjukskrivning och rehabilitering
- Vidgade möjligheter till arbetsträning och omplacering
- Bättre samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna
- Sociala mötesplatser för långtidssjukskrivna

BAKGRUND

Denna undersökning ingår som en del i projektet "Arbetsplatsen, arbetsledaren och den sjukskrivne - förutsättningar för samverkan med FK i arbetslivsinriktad rehabilitering". På sikt är syftet att identifiera hinder och goda lösningar för framgångsrik rehabilitering tillbaka till arbete av sjukskrivna inom landstinget. Projektet är en del i samverkansavtalet mellan försäkringskassan i Östergötland och landstinget i Östergötland.

Sedan 1997 har både de korta och de långa sjukskrivningarna ökat. Totalt sett står sjukfrånvaron för 800 000 årsarbeten vilket innebär att 14 % av den arbetsföra befolkningen inte är aktiv på arbetsmarkanden på grund av ohälsa (SOU 2002:5). Under det senaste året har korttidssjukskrivningarna minskat i omfattning medan långtidssjukskrivningarna har fortsatt att öka. Antalet sjukskrivna över ett år har ökat med 30 % per år sedan 1997 (SOU 2002:5). Vartannat pågående sjukfall har pågått i över ett år (RFV 2003). Antalet långtidssjukskrivna beräknades 2003 till 136 000 vilket är en ökning på 15 % från 2002. Av dessa var 65 % kvinnor och 35 % män (RFV 2003). Ny månadsstatistik för augusti månad 2003 visar på en svag nedgång av långtidssjukskrivningarna för första gången på flera år (RFV 2003).

Kvinnor har generellt högre sjukfrånvaro, både korttids- och långtidssjukfrånvaro, än män (SOU 2003:13). Den självrapporterad arbetsrelaterade sjukfrånvaron har ökat under perioden 1996-2002. Kvinnornas andel har ökat med 5.6 % till 12.8 % och för männen är motsvarande ökning 2.5 % till 8.7 % (SOU 2003:13).

Sjukfrånvaron skiljer sig åt mellan olika sektorer på arbetsmarknaden. Högst sjukfrånvaro finns inom kommunal sektor, följt av landstingssektorn (Hemström 2002). Sjukfrånvarostatistik från landstingsförbundet för november 2002 visar att andelen sjukfrånvarande under minst 30 dagar i följd var 7.3 % av de anställda, vilket är en ökning med 0.1 % från 2001. Kvinnor var i högre grad sjukskrivna än män, 8 % respektive 4 %. Av dem som var sjukskrivna i november 2001 var hälften fortfarande sjukskrivna i november 2002, medan 25 % hade återgått i arbete och resterande hade sjukbidrag, avslutat sin anställning eller var lediga av annan orsak. Männen hade i något större utsträckning än kvinnorna återgått i arbete (Landstingsförbundet 2003).

Landstinget i Östergötland ingår som ett av de tolv landsting som liksom riksgenomsnittet uppvisar en ökning. Den totala sjukfrånvaron i landstinget i Östergötland uppgick under 2002 till närmare 8 %, varav långtidssjukfrånvaro (>30 dagar) utgjorde 3.6%. Långtidssjukfrånvaron ökade således från 1998 (1.9%) med drygt 85% (LiÖ 2003).

Besvär i rörelseorganen har totalt sett varit den främsta orsaken till långtidssjukskrivningar inom landstingen. År 2002 var 40.7 % av kvinnorna och 33.7 % av männen sjukskrivna för denna diagnos. Sedan 1999 har dock andelen besvär i rörelseorganen minskat och istället har andelen långtidssjukskrivna med psykiska besvär ökat. Psykiska besvär är totalt sett den näst största sjukskrivningsdiagnosen och för män den vanligaste diagnosen. År 2002 var 35.5 % av männen och 36.4 % av kvinnorna sjukskrivna för psykiska besvär (Landstingsförbundet 2003).

Sjukfrånvaro är ett komplext fenomen som inte enbart orsakas av medicinskt diagnostiserbara ohälsotillstånd. Åtgärder för att minska sjukfrånvaro har i en aktuell litteratursammanställning (Andersson et al 2003) visats hänföra sig främst till andra än de rent medicinska. Behovet av mer forskning om hur arbetsplatsfaktorer på grupp- och organisationsnivå påverkar den enskildes frånvaro har påtalats. Det finns ett direkt samband mellan organisationsklimat och sjukfrånvaro som inte förklaras av hälsofaktorer. Flera studier har visat att organisationsförändringar, och särskilt hur man hanterar oron i samband med dessa, är förknippade med ökad sjukfrånvaro. Under 1990-talet genomgick svenskt arbetsliv omvälvande förändringar. Bakgrunden var den ekonomiska krisen och den ökade internationella konkurrensen. Det nya arbetslivet som växte fram har kommit att präglas av ökad arbetsbelastning, tidspress och ökade kvalifikationskrav. För många anställda har förändringarna inneburit en ökad arbetsrelaterad ohälsa med ökade sjukskrivningar som följd (Wikman 2000, Marklund 2000, Socialstyrelsen 2001, Ekberg och Barajas 2000). En aktuell litteraturöversikt om psykisk ohälsa och sjukfrånvaro visar att brist på kontroll och delaktighet, dåligt socialt stöd, oklarheter beträffande ledarskap och roller är kopplat till hög sjukfrånvaro (Gatchel et al 2003).

Den snabba ökningen i sjukfrånvaro som skett sedan 1997 har bland annat förklarats med ökad stress på grund av de allmänna förändringarna i näringsstruktur och arbetsorganisation (snabbare förändringstakt, större krav på flexibilitet) och särskilt neddragningarna i offentlig sektor som lett till ökade arbetsbelastning i kvinnodominerade vård- och omsorgsyren.

(Näringsdepartementet 2001). Kvinnor har påverkats dubbelt då neddragningarna av den offentliga servicen även har ökat behovet av oavlönat vård- och omsorgsarbete i privatlivet. Arbetsmiljön utvecklades särskilt negativt för anställda i kommuner och landsting. Det gäller särskilt personal inom vård, skola och omsorg där ett flertal studier har belyst de försämrade arbetsförhållanden och sambanden med ohälsa och sjukfrånvaro. Anställda inom vård och omsorg har ökat sin sjukfrånvaro markant under slutet av 90-talet (Bäckman & Edling 2000).

Under 90-talet minskade antalet anställda inom hälso- och sjukvården från drygt 400 000 till cirka 250 000 (Landstingsförbundet 2003). Lagen om anställningsskydd ledde till att neddragningarna drabbade främst yngre personal genom principen "sist in- först ut". Hälso- och sjukvården genomgick också strukturella förändringar som ett resultat av att man införde mer effektiva behandlingsmetoder som har kortat ned antalet vårddagar, samt ökad användning av informationsteknologi (IT) (Landstingsförbundet 1999).

Personalminskningarna har i första hand drabbat yngre medarbetare vilket har förstärkt den allmänna demografiska förändringen mot en allt äldre arbetskraft. Detta har lett till att den första generationen kvinnor som förvärvsarbetat hela livet står utan "påläggskalvar" i ett åldersskede då man har ökade behov av avlastning i arbetet (Alexandersson 2000, Gonäs et al 2001, Yassi et al 1995).

Det var främst den psykosociala arbetsmiljön som försämrades under 90-talet, framför allt för kvinnor, medan den fysiska miljön förbättrades (Marklund & Toomingas 2000). Högre nivåer av sjukfrånvaro har dels samband med fysiska faktorer såsom tunga arbetsuppgifter, statiska arbetsställningar och repetitiva rörelser och dels med psykosociala aspekter såsom höga krav och låg kontroll och bristande stöd från omgivningen (Göransson et al 2002, Socialstyrelsen 2001, SOU 2003:13, Vingård och Hagberg 2000). De fysiska påfrestningarna anses kunna förklara minst lika mycket sjukfrånvaro som tidigare men det är främst de psykosociala förhållandena såsom höga arbetskrav som förklarar ökningen av sjukfrånvaron (SOU 2003:13).

Den försämrade psykosociala arbetsmiljön innebär att fler människor upplever höga krav i arbetslivet. Arbetstempo och tidspress har ökat och detta gäller framför allt för kvinnor inom vård och omsorg (SOU 2003:13, Bejerot och Aronsson 2000) De ökade kraven i arbetslivet har medfört att de anställda

arbetar mer. Den faktiska arbetstiden ökade från 1995 till 1999 med i genomsnitt en timme/vecka. I gruppen 60-64 år ökade den med 2.5 timmar/vecka bland både kvinnor och män. Stressen visar sig även i att fler anställda arbetar övertid, arbetar in sin lunch eller tar med arbetet hem (Aronsson et al 1999) .

Förändringarna har även visat sig i en ökad arbetsrelaterad trötthet. Resultat från SCB:s arbetsmiljöundersökningar visar att personal inom offentlig sektor och med människor som arbetsobjekt är särskilt utsatta. Framför allt sjuksköterskor framstod som en utsatt grupp för symtomen kroppsligt trött, håglös, svårigheter att koppla bort tankarna på arbetet, svårigheter att sova, som har ökat under 1990-talet (Bejerot & Aronsson 2000).

Inom landstingen har den försämrade arbetsmiljön med minskad personalstyrka och omorganisationer inneburit ökade krav och stress för personalen (Socialstyrelsen 2001). Undersökningar visar att andelen som arbetar under hög anspänning, d.v.s. höga krav och lite inflytanden har ökat. Under 1997 arbetade 37 % av kvinnorna inom offentliga sektorn under sådana förhållanden och 25 % av männen. I gruppen sjuksköterskor arbetade 59 % under hög anspänning (Tegsjö et al 2000). Även läkare har lyfts fram som en yrkesgrupp som arbetar under särskilt hög anspänning (Bejerot & Aronsson 2000).

För att finna verkningsfulla åtgärder för att främja återgång i arbete för dem som är sjukskrivna är det väsentligt att ta reda på hur de sjukskrivna själva upplever vad som bidragit till deras sjukskrivning liksom vilka man har synpunkter på åtgärder som kan underlätta återgång i arbete.

SYFTE

Denna studie syftar till en fördjupad analys av den enkät som Landstinget i Östergötland skickade till sina långtidssjuka anställda 2002. En frågeställning är om sjukskrivna med olika diagnoser/besvär uppger skillnader i orsak till sin sjukskrivning. En andra frågeställning är om det är skillnader i de åtgärder som vidtagits beroende på vilka besvär den sjukskrivne har. Slutligen syftar studien till att belysa vilka åtgärder eller förhållanden som långtidssjukskrivna uppger som betydelsefulla för återgång till arbete.

METOD

Ett frågeformulär skickades till alla långtidssjuka (> 6 månader sjukskrivning) vid landstinget i Östergötland. Frågeformuläret omfattade frågor om bakgrund, självskattad hälsa, sjukskrivning, arbete, åtgärder och vilka faktorer som har betydelse för återgång i arbete, totalt 37 frågor. En del av dessa frågor hämtades från Arbetslivsinstitutets (ALI) studie "Vilja och villkor" (SOU 2002:5) respektive från Riksförsäkringsverkets Undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning (HALS), (RFV 2003:3), samt från frågebatterier i formulär som används vid Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR). Enkäten består också av två öppna frågor som berör arbetsrelaterade orsaker till sjukskrivningen samt förslag på åtgärder för att motverka sjukskrivningar.

För självskattad hälsa användes frågeformuläret SF-36. Formuläret består av 36 frågor inom åtta delområden som berör fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Frågornas svar kodas om till en poängsumma som överförs till ett index för varje delskala. I föreliggande rapport jämförs resultaten för de långtidssjukskrivna med resultaten från landstinget i Östergötlands personalenkät 2002.

MATERIAL

Landstinget i Östergötland (LiÖ) identifierade de personer som i september månad 2002 varit sjukskrivna mer än sex månader, totalt 392 personer. Antalet anställda inom LiÖ var vid samma tidpunkt ca 12 000 (exakt siffra ej möjlig att få) vilket innebär att ca 3.3 % var långtidssjukskrivna. Enkätutskick och datainsamling hanterades av Sifo och ägde rum under perioden 2002-09-23–10-31. Under denna period hann 44 personer som identifierats som långtidssjukskrivna återgå i arbete. Enkäten besvarades anonymt med svarsbekräftelse samt två postala påminnelser.

Svarsfrekvens

Av de 392 personer som ingick i undersökningen besvarade 309 enkäten, vilket motsvarar 79 %. Kvinnorna dominerar bland dem som besvarat enkäten med 92 % av alla svarande. Den öppna frågan som berörde arbetsrelaterade orsaker till sjukskrivningen, besvarades av 169 (54%) personer med en eller flera kommentarer. På den andra öppna frågan som handlade om förslag på åtgärder för att motverka sjukskrivningarna, svarade 130 personer (42%) med ett eller flera förslag.

Sjukskrivningsdiagnoser

Indelningen efter diagnos följer Riksförsäkringsverkets HALS-studie och består av femton olika diagnosalternativ. Vissa av diagnoserna är mindre vanliga varför flera av grupperna är små till antalet. Sjukskrivningsorsakerna har i denna studie delats in i tre större diagnosgrupper på samma sätt som är gjort i HALS-studien samt en fjärde grupp för blandade besvär. Personer som tillhör grupp 1 har enbart besvär i rörelseorganen, de som tillhör grupp 2 har enbart psykiska besvär och personerna i grupp 3 har enbart övriga besvär. De personer som inte tillhör en renodlad diagnosgrupp utan är sjukskrivna för besvär som överlappar grupperna hamnar i en blandgrupp med så kallade multidiagnoser, grupp 4 (Tabell 1).

Tabell 1. Antal och andel (%) personer uppdelat efter sjukskrivningsdiagnoser i fyra olika diagnosgrupper*.

Besvär i rörelseorganen n = 65 (21%)	Psykiska besvär n = 79 (26%)	Övriga besvär n = 54 (18%)	Multibesvär n = 109 (35%)
-Besvär i nacke, axlar, skuldror och/eller armar - Ryggbesvär - Ledbesvär - Allmän/svår värk (ex fibromyalgi)	- Psykiska besvär (t.ex. oro, nedstämdhet, depression) - Utbrändhet (utmattningsdepression, stress) - Missbruksproblem	- Mag- och/eller tarmbesvär - Hjärt- och kärlbesvär, högt blodtryck - Hudbesvär - Lungbesvär - Cancer - Huvudvärk, migrän - Graviditetsbesvär	Ex: - Ryggbesvär och utbrändhet - Psykiska besvär och hudbesvär - Allmän/svår värk, psykiska besvär och mag- och/eller tarmbesvär

* 2 personer har ej uppgivit diagnos

Som sjukskrivningsorsak uppgavs 576 olika besvär av de 307 långtidssjukskrivna vilket i genomsnitt ger knappt två sjukskrivningsorsaker per person. Den vanligaste diagnosgruppen var multidiagnoser som stod för 35 %. Därefter fördelade sig de renodlade diagnosgrupperna relativt jämnt på övriga besvär (18 %), besvär i rörelseorganen (21 %) och psykiska besvär (26%).

Åter i arbete

Totalt 44 personer som identifierades som långtidssjukskrivna hade vid enkätens utskick helt eller delvis återgått i arbete. De identifierades genom att de på frågan "Tror du att du kommer tillbaka i arbete igen?" svarade att de var tillbaka i arbete, helt eller delvis.

Yrkesindelning

Yrkesindelningen i enkäten följde samma indelning som i Landstinget i Östergötlands personalenkät med 12 stycken yrkesgrupper. Yrkesgrupperna grupperades i denna studie enligt Standard för svensk yrkesklassificering, SSYK 96. Klassificeringen bygger dels på typ av arbete (yrkesområde) dels på

kvalifikationer (kvalifikationsnivå) som krävs för utförande av arbetet. Flera yrkesgrupper har relativt få individer varför en kategorisering gjordes till två huvudgrupper som skiljer sig åt avseende arbetsuppgifter och utbildningsnivå och som namngavs "hög kvalifikationsnivå" och "låg kvalifikationsnivå" (Tabell 2).

Tabell 2. Antal och andel (%) långtidssjukskrivna personer i yrkesgrupperna ("hög" respektive "låg" kvalifikationsnivå)*, samt som återgått i arbete.

Yrkesgrupp	Hög	Återgått i arbete n (%)	Yrkesgrupp	Låg	Återgått i arbete n (%)
	kvalifikationsni vå Sjukskrivna n (%)			kvalifikationsn ivå Sjukskrivna n (%)	
Chef	3 (1)	2 (1)	Läkarsekr.	17 (6)	4 (1)
Läkare	9 (3)	3 (1)	Assistent	9 (3)	2 (1)
Tandläkare	5 (2)	1 (1)	Undersköter ska	102 (33)	12 (4)
Lärare	2 (1)	0	Tandsköters ka	13(4)	2 (1)
Sjuksköters ka	78 (25)	12 (4)	Köksperson al	7 (2)	0
Psykolog, AT, ST	13 (4)	3 (1)			
Tekniker/in g.	8 (2)	2 (1)			
Totalt	116 (38)	23 (7)		148 (48)	20 (7)

*2 personer har ej har angett yrke.

STATISTISK BEARBETNING OCH ANALYS

En jämförande analys genomfördes mellan subgrupperna i "diagnosgrupper", "yrkesgrupper" och "återgått i arbete". För att identifiera skillnader mellan subgrupper användes Chi²-test, även om undersökningen kan betraktas som en totalundersökning och alla skillnader mellan grupperna är reella.

Svaren på de öppna frågorna avidentifierades av SIFO. Därefter gjordes en innehållsanalys av svaren. För att få en förståelse för innehållet läses sammanställningen igenom flertalet gånger. Därpå analyserades varje enskilt svar och innehållet klassificerades i olika ämnesområden. Antalet svarskommentarer per person varierade, liksom formen på svaren. Vissa svarade kort med ett enstaka ord medan andra var mera beskrivande. Kommentarer som berörde samma ämnesområde grupperades ihop och bedömdes som en kommentar medan kommentarer som berörde olika ämnesområden bedömdes som enskilda kommentarer. Således kunde en respondent ha fem kommentarer inom fem olika områden medan en annan respondent endast hade en kommentar inom ett område. Avslutningsvis slogs delområdena samman till fyra olika kategorier för de båda öppna frågorna; fysisk arbetsmiljö, arbetsbelastning, ledarskap och organisation.

RESULTAT

Bakgrundsfaktorer

Två tredjedelar av de långtidssjukskrivna är sjuksköterskor och undersköterskor, som utgör de två största yrkesgrupperna inom landstinget. Av de långtidssjukskrivna är 78 % över 45 år. I gruppen 35-44 år är andelen 17 % och i gruppen 25-34 år 5 %. Ingen är under 24 år. Flertalet har en lång anställning inom landstinget bakom sig. Två tredjedelar har arbetat mer än 20 år och 91 % mer än 11 år. Återstående 9 % har arbetat mindre än 10 år.

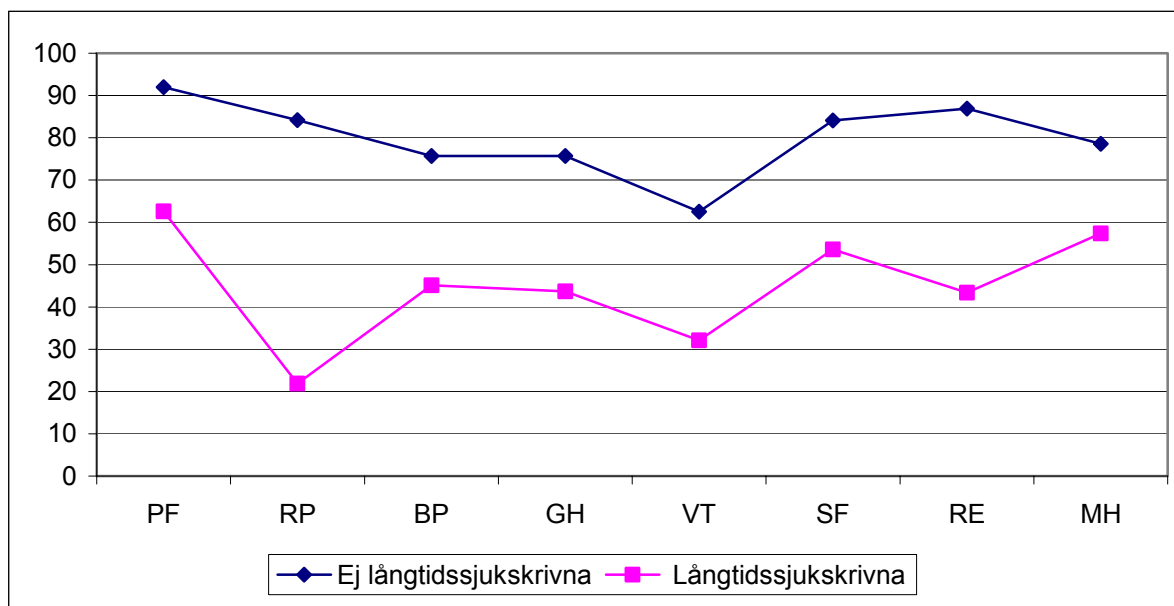
Hälften arbetade heltid innan insjuknandet och hälften deltid. Övervägande delen, 83 %, arbetade dagtid, 8 % natt och 7 % både dag och natt.

Den typiska långtidssjukskrivne landstingsanställda är således en kvinnlig undersköterska eller sjuksköterska, minst 45 år som anställdes under 1970-1980 talen.

Inga säkerställda skillnader i bakgrundsfaktorerna framkommer mellan diagnosgrupperna, mellan yrkesgrupperna respektive mellan gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande är sjukskrivna.

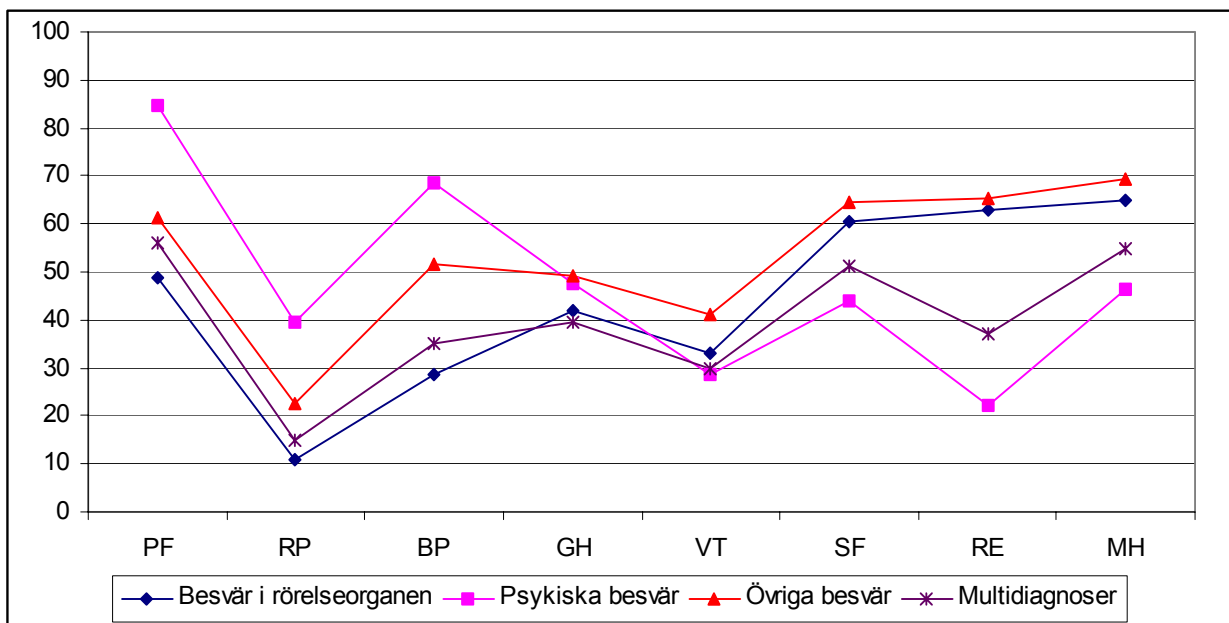
Självskattad hälsa

Den självupplevda hälsan har skattats med SF-36. De långtidssjukskrivna har i genomsnitt en mycket låg självskattad hälsa, jämfört med övriga landstingsanställda i LiÖ:s personalenkät 2002.



Figur 1. Självskattad hälsa (SF-36) hos långtidssjukskrivna respektive ej sjukskrivna landstingsanställda

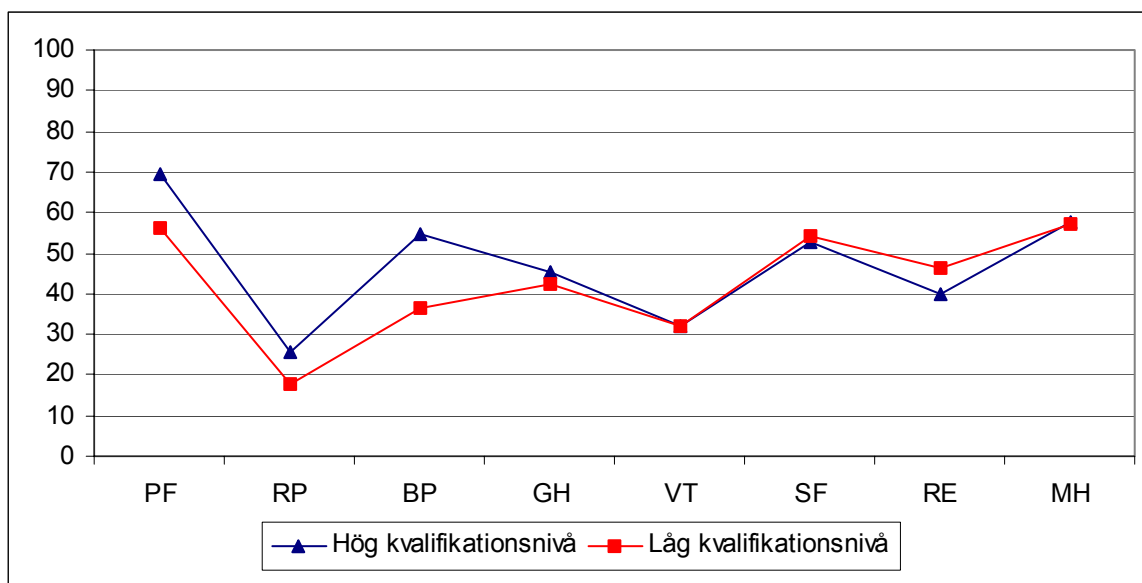
De långtidssjuka uppger en sämre hälsa i samtliga delskalor, skillnaderna är störst i de två skalor som mäter rollfunktion, d.v.s. fysisk rollfunktion och emotionell rollfunktion (Figur 1).



Figur 2. Självskattad hälsa (SF-36) i respektive diagnosgrupp

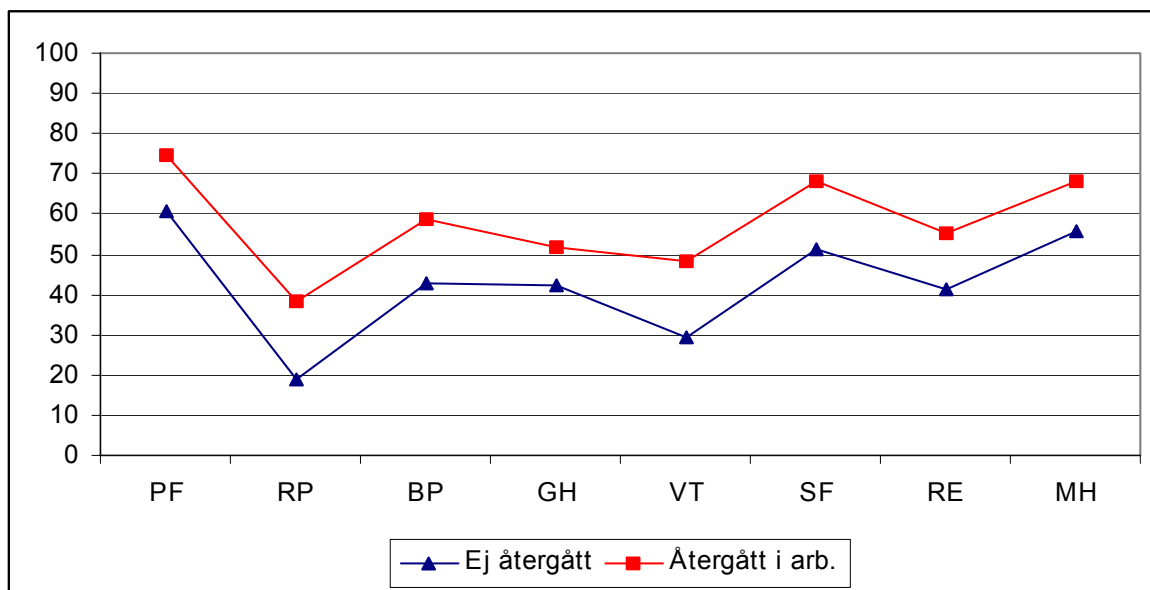
Om man jämför de olika diagnosgruppernas självskattade hälsa (Figur 2) får man en tydlig bekräftelse på sjukskrivningsdiagnoserna.

Gruppen med besvär i rörelseorganen upplever sämst fysisk hälsa medan de däremot rapporterar bättre psykisk och social hälsa. Personerna med psykiska besvär anser sig ha relativt god fysisk hälsa men ligger lägst i skalorna för vitalitet och psykosocial hälsa. Gruppen med övriga besvär rapporterar främst en sämre fysisk hälsa men mår bäst psykiskt. Personerna med multidiagnoser rapporterar sin hälsa som mycket dålig i samtliga dimensioner i SF-36 (Figur 2).



Figur 3. Självskattad hälsa (SF-36) i respektive yrkesgrupp

Gruppen med lägre kvalifikationsnivå har lägre självskattad hälsa i främst de fysiska delskalorna, medan grupperna är relativt lika i övriga delskalor (Figur 3).



Figur 4. Självsfattad hälsa (SF-36) hos långtidssjukskrivna och gruppen som "återgått i arbete".

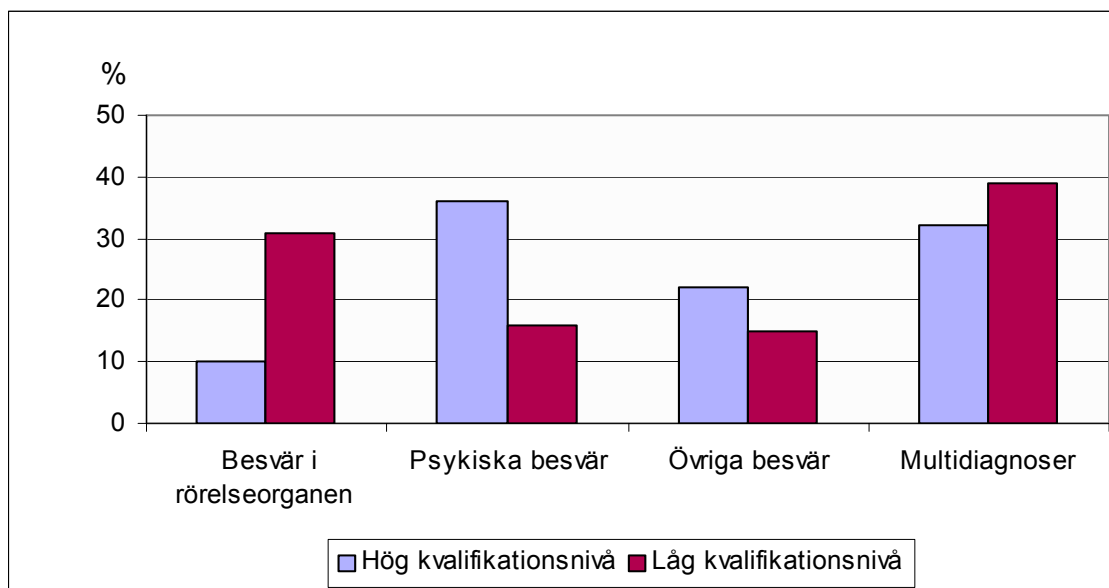
Gruppen som återgått i arbete rapporterar generellt mycket bättre hälsa inom samtliga delskalor av SF-36 jämfört med dem som fortfarande är långtidssjukskrivna (Figur 4).

Sjukskrivning

Området sjukskrivning beskrivs med frågorna "För vad är du sjukskriven?", "Har du andra besvär än de som du är sjukskriven för?" samt "Hur länge har du varit sjukskriven?"

Sjukskrivningsdiagnos

De fem vanligaste sjukskrivningsorsakerna var utbrändhet (38 %), besvär i nacke/axlar /skuldror/armar (30 %), ryggbesvär (24 %), ledbesvär (22 %) och psykiska besvär (22 %) (SIFO 2002).



Figur 5. Fördelning av diagnoser inom respektive kvalifikationsnivå (%).

Gruppen med hög kvalifikationsnivå är i högre omfattning sjukskrivna för psykiska besvär och multidiagnoser medan gruppen med låg kvalifikationsnivå i högre grad drabbas av besvär i rörelseorganen och multidiagnoser (Figur 5). Gruppen som återgått i arbete skiljer sig inte från dem som fortfarande är sjukskrivna med avseende på sjukskrivningsdiagnoser.

Sjukskrivningstid

Drygt en fjärdedel (28 %) hade varit sjukskrivna i mindre än ett år. Mer än hälften (55 %) hade varit sjukskrivna mellan ett och tre år och 16 % i mer än tre år (SIFO 2002)

I gruppen som hade återgått i arbete hade 44 % varit sjukskrivna mindre än ett år jämfört med 26 % bland dem som fortfarande var långtidssjukskrivna. Endast 5 % av dem som återgått i arbete hade varit sjukskrivna mer än tre år (Tabell 3). Det är ingen skillnad mellan de fyra diagnosgrupperna respektive mellan grupperna med olika kvalifikationsnivå avseende sjukskrivningstid.

Tabell 3. Fördelning av sjukskrivningstid mellan gruppen som fortfarande är långtidssjukskrivna och de som återgått i arbete (%).

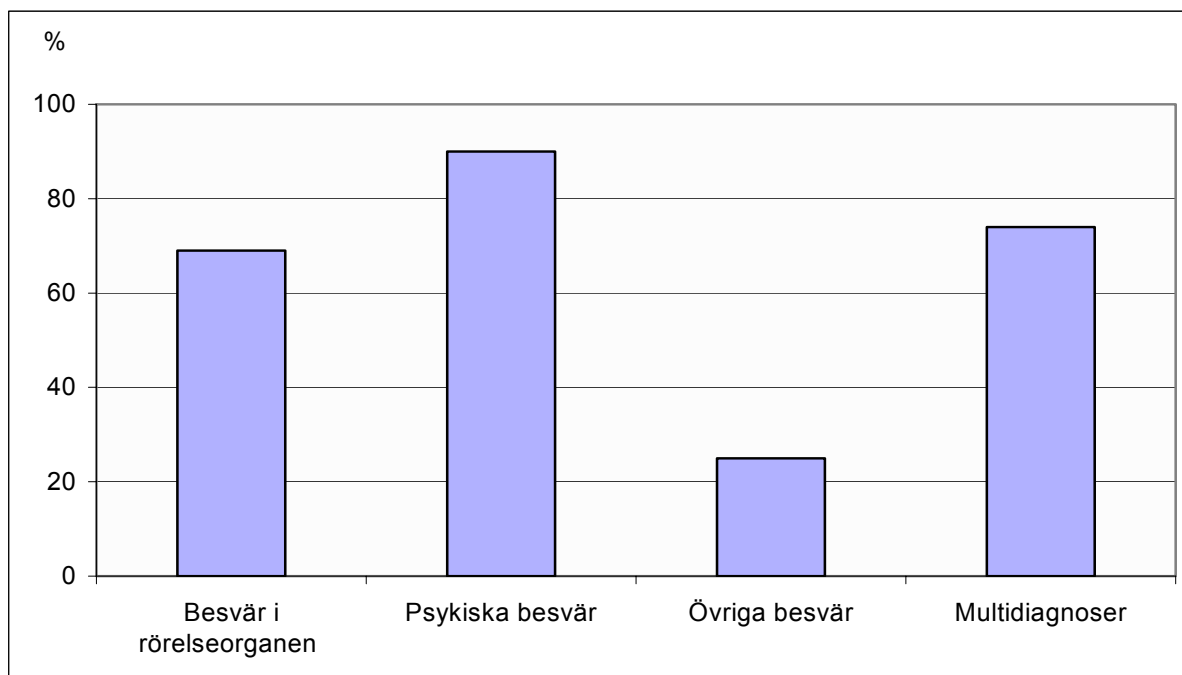
Sjukskriv- ningstid	Långtidssjuk- skrivna		Åter i arbete	
	n	(%)	n	(%)
< 1 år	68	(26)	19	(44)
1-1.5 år	55	(21)	9	(21)
1.5- 3 år	93	(35)	13	(30)
> 3 år	47	(18)	2	(5)

SAMBAND MELLAN SJUKSKRIVNING OCH ARBETE

Frågor kring arbetets betydelse för sjukskrivningen inleds med frågan "Anser du att din sjukskrivning är orsakad av förhållanden på arbetet?" För de långtidssjukskrivna som svarar ja följer två ytterligare frågor, "Påpekade du dessa förhållanden för din chef eller arbetsgivare innan du blev sjukskriven?" samt en öppen fråga "Vilka förhållanden på arbetet har orsakat din ohälsa?"

Två tredjedelar av de långtidssjukskrivna anser att arbetet helt eller delvis är orsaken till sjukskrivningen. Av dessa förlägger 29 % orsaken helt till arbetet medan 38 % bedömer att arbetet till viss del är orsaken. Drygt två av tio (22 %) ser inte arbetet som orsak till sjukskrivningen (SIFO 2002).

En stor majoritet i gruppen med psykiska besvär, 90 %, uppger arbetet, helt eller delvis, vara orsaken till sjukfrånvaron. Även personer med multidiagnoser (74 %) och besvär i rörelseorganen (69 %) förlägger i hög grad sjukskrivningsorsaken till arbetet. I gruppen med övriga besvär bedömer 25 % att sjukskrivningen är orsakad av arbetet (Figur 6).



Figur 6. Andel inom respektive diagnosgrupp som anser att arbetet är orsaken till sjukskrivningen.

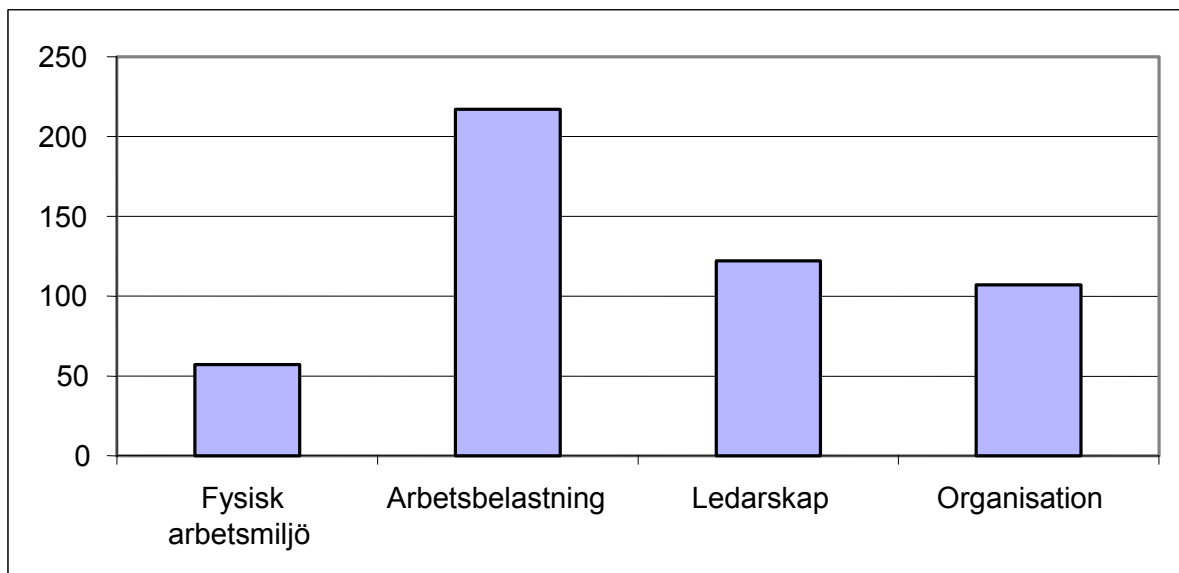
Det fanns inga säkerställda skillnader mellan grupperna med hög/låg kvalifikationsnivå eller mellan de som återgått i arbete och de som fortfarande var sjukskrivna avseende arbetets betydelse för sjukskrivningen.

Av de som ansåg att förhållanden på arbetsplatsen var orsaken till sjukskrivningen hade 73 % påpekat detta för sin chef medan 21 % undvek, fick ingen möjlighet eller ville inte berätta (SIFO 2002).

Vilka förhållanden i arbetet bidrog till sjukskrivningen?

De långtidssjukskrivna som ansåg att förhållanden på arbetsplatsen var orsak till deras ohälsa ombads beskriva vilka dessa förhållanden var i löpande text med egna ord. Frågan besvarades av 169 långtidssjukskrivna (54 %) med en eller flera kommentarer. Totalt framkom 503 kommentarer kring ohälsosamma arbetsförhållanden.

Svarskommentarerna grupperades i fyra områden; fysisk arbetsmiljö, arbetsbelastning, ledarskap och organisation (Figur 7). Oftast bedöms orsakerna ligga på organisationsnivå med bristande organisation, ledarskap och framför allt en ohälsosam arbetsbelastning.



Figur 7. "Vilka arbetsförhållanden anser du ha orsakat din ohälsa?"
Fördelning av svarskommentarer i fyra arbetsplatsrelaterade områden.

Nedan beskrivs de olika områdena med citat från de skriftliga svaren för att belysa innehållet.

Fysisk arbetsmiljö

Fysisk arbetsmiljö som orsak till ohälsan handlar om lyft, arbetsställningar, fysiskt ansträngande arbete, exponering av kemiska ämnen samt undermåliga arbetslokaler.

De flesta av kommentarerna inom kategorin fysisk arbetsmiljö berör lyft. Tunga patientlyft betonas liksom ensamlyft som ett resultat av underbemanning och ökad arbetsbörda. Många långtidssjukskrivna framhåller även statiska, enformiga och obekväma arbetsställningar som förklaringar till ohälsan, där bristande utrustning ibland ses som bidragande orsak. Andra kommentarer ser fysiskt tunga och krävande arbetsuppgifter som orsak till ohälsan.

"Många ensamlyft p.g.a. för mycket att göra, har inte tid att invänta hjälp"

"Ensamlyft av patienter p.g.a. kort om personal"

"Arbetsställningen vid patientarbete. Utrustningens utformning och placering"

Några kommentarer berör otillfredsställande lokaler.

"Allergi p.g.a. dåliga lokaler, reagerar med nästäppa, huvudvärk, torra slemhinnor, törst."

"Dålig fysisk arbetsmiljö med ständiga byten av arbetsrum"

Ett fåtal långtidssjukskrivna har utsatts för exponering av kemiska ämnen i arbetet och ser detta som orsak till ohälsan.

"Lösningsexponering och narkosexponering"

"Antingen p.g.a. kvicksilver eller användningen av lustgas"

Arbetsbelastning

De långtidssjukskrivna förlägger en stor del av orsakerna till sin sjukdom till olika former av arbetsbelastning. Det är alltså fråga om är en obalans mellan arbetsbelastning och resurser vilket medför stress och bristande möjligheter för återhämtning. De svar som ingår i denna kategori omfattar underkategorierna stress, bemanning, arbetsbörda och återhämtning. Underkategorierna går in i varandra och är ibland svåra att skilja åt, vilket är naturligt då de egentligen hör ihop i det vardagliga arbetet.

Arbetsbörda och bemanning

Många långtidssjukskrivna rapporterar om underbemannade arbetsplatser där personalen inte räcker till för arbetsuppgifterna och där det uppstår en obalans mellan arbetsuppgifterna och resurserna. Ett problem som framkommer är att bemanningen ofta är beräknad utifrån ett bättre utgångsläge med mindre vårdkrävande patienter. De långtidssjukskrivna ger uttryck för Landstinget i Östergötland som en arbetsplats där arbetsbördan successivt har ökat under åren. De beskriver en obalans mellan verksamhetens uppdrag och tillgängliga resurser vilket innebär att färre personer skall göra fler saker på kortare tid.

"Stressig arbetsmiljö p.g.a. att personalstyrkan var för låg för så sjuka patienter. Personalstatus är beräknad utifrån mindre sjuka patienter."

Ytterligare ett stressmoment är att underbemanningen ger sämre vårdkvalitet genom att den befintliga personalen inte räcker till. På arbetsplatser där patienterna är svårt sjuka eller döende blir detta särskilt sårbart.

"Vi är underbemannade i förhållanden till vårdefterfrågan, vilket går ut över kvaliteten på arbetet."

"Hinner aldrig utföra sitt arbete till belåtenhet."

Många av kommentarerna handlar om svårigheter för ordinarie personal att ta ut ledigheter p.g.a. bemanningssvårigheter vilket innebär försämrade återhämtningsmöjligheter och skapar konflikter mellan arbetsliv och privatliv. Bemanningssvårigheter innebär även ökad arbetsbörda för befintlig personal. Dels saknas det resurser för att ta in vikarier och dessutom finns det inga vikarier att tillgå. Ordinarie personal får istället arbeta dubbelt eller kallas in på lediga dagar för att täcka icke närvarande kollegors arbetsuppgifter.

"Svårt att få semester, inte råd med vikarier. Fick inte ledigt för varken bröllop, dop, konfirmation, knappast ens vid begravning av nära anhörig"

Erfarenheten hos personalen är av stor betydelse för arbetsbelastningen. Flera kommentarer berör bristande kompetens och rutin hos vikarier eller ny personal vilket innebär ökad arbetsbörda för den befintliga personalen. Andra kommentarer handlar om hög personalomsättning och rundgång bland ny och oerfaren personal vilket medför fler arbetsuppgifter och ökat ansvar för den ordinarie personalen.

"Fått jobba mycket med vikarier, jag som är ordinarie får då jobba 150 %"

Den höga arbetsbördan och stressiga arbetsmiljön medförde att flera av de långtidssjukskrivna försökte hinna med arbetet utanför arbetstid. Resultatet blir att gränsdragningen mellan arbete och fritid suddas ut vilket anses vara en bidragande orsak till ohälsa.

"För mycket arbete, får ta med hem kvällar, nätter och helger."

"Att arbeta gratis åt landstinget i genomsnitt 7 timmar /v under flera år och ändå aldrig räcka till."

"Arbetsdagar från 05.00 till 22.00. Busstid upptogs av arbete och även hemma på kvällarna och helgerna."

Återhämtning

Den höga arbetsbördan i kombination med bristande bemanning försämrar möjligheterna till vila och återhämtning. Många av de långtidssjukskrivna redogör för svårigheter att hinna ta raster under arbetstid p.g.a. den stressiga arbetsmiljön. Flera kommentarer berörde svårigheter att få längre perioders vila för återhämtning, där ledigheter ofta avbröts p.g.a. bemannings-svårigheter. Andra kommentarer kring återhämtning berörde arbetspassens utformning där många upplevde för långa och intensiva arbetspass med för få möjlighet till raster och vila.

"Mycket svårt att äta lunch ibland, man värmer maten 2-3 ggr för att man blir störd under lunchen."

"Ledighet mycket ofta avbruten av telefonsamtal från arbetet, semester ofta störd och avbruten av arbetet."

"Tung jourbörda, lång verklig veckoarbetstid + dag och nattarbete samtidigt, långa sammanhängande arbetspass - 32 timmar."

"Nattpass är tio timmar långa och många gånger hann man knappt fika eller äta. Resulterade i att efter dessa alltför intensiva arbetspass var det svårt att sova och koppla av och kroppen värkte."

Ledarskap

Många av de långtidssjukskrivna ser bristande ledarskap med allt vad det innebär som orsak till ohälsan. Det handlar om chefer som inte har de rätta egenskaperna eller upplevs sakna beteenden för ett framgångsrikt och hälsofrämjande ledarskap. Chefen anses också ha en stor betydelse för arbetsplatsklimatet.

Chef/ledarskap

Många kommentarer är precisa i vad det är i ledarskapet som är dåligt. Chefskap och kompetens anses viktigt och flera rapporterar om chefer som är okunniga och inte har rätt sorts kompetens för sina arbetsuppgifter.

"Bör ha utbildning som beteendevetare eller liknande"

"Inte alltid läkare som ska vara klinikchef, det är alltför stora krav som spänns över för stort område vad gäller personalfrågor."

Några har erfarenheter av "låt-gå" ledarskap där chefen inte upplevs klara av att leda personalen. Ytterligare en aspekt av ett svagt ledarskap är chefer som är konfliktradda. Ett resultat av detta bristande ledarskap blir att informella chefer utses vilket kan ha negativa effekter för arbetsgruppen.

"Dåligt ledarskap vilket resulterar i "små" chefer bland sjuksköterskor, mycket negativt."

"Svag chef som inte vågade gå in och hjälpa till att lösa konflikter bland annat."

Å andra sidan rapporterar flera av de långtidssjukskrivna om chefer som är alltför auktoritära.

"Det fungerar ej med den chef som finns på arbetsplatsen. Lyssnar inte till personalen, skäller, kritiserar, beskyller för saker man är oskyldig till. Duktig på att prata omkull och vända på saker till sin egen fördel. Säger olika saker från den ena till den andra gången. Inte konsekvent. Omöjligt att arbeta med en chef som man inte har något förtroende för. Hon är dominant och har stor makt."

"Inkompetent och maktfullkomlig ledning. Bristande etik och moral gentemot medarbetare, verksamhet och skattebetalare."

Många av de långtidssjukskrivna uttrycker frustration över chefer som inte lyssnar till personalen och inte ger respons på synpunkter och önskemål eller klagomål. Flera kommentarer berör brister i stöd från chefer i hur arbetet skall prioriteras. Flera av kommentarerna kring dåligt ledarskap handlar om chefer som inte prioriterar kommunikation med sin personal och där POU-samtal är sällsynt.

"Att gång på gång larma till sin chef om situationen och hur man mår och inte få respons är otroligt stressande och kränkande. Chefen och klinikchefen ser inte att man arbetar för hårt och för mycket. Till slut glömmar man äta sin lunch och fika för att hinna med och kroppen larmar"

"Inget stöd från chefen vad som skulle prioriteras."

"Utvecklingssamtal flera år sedan p.g.a. chefens brist på tid"

Andra kommentarer berör formen av ledarskap där flera har chefer som fokuserar på produktionen snarare än personalen.

"Chefer med oförmåga till inkännande och som tagit mer hänsyn till ekonomiska nedskärningar än till personalens bästa."

"Chefer som lyssnar dåligt, bara arbete, tänker inte på att man har familj och hem."

Belöning

Många av de långtidssjukskrivna saknade både yttre och inre belöning från sina chefer och arbetsgivare och såg det som en bidragande förhållanden till upplevelser av otillräcklighet och ohälsa. Bristande inre belöning handlade för många om att de inte blivit bekräftade och fått feedback för det arbete de gjort. Detta leder till en känsla av otillräcklighet. Kommentarererna kring bristande yttre belöning handlar om otillräcklig påfyllning av nya kunskaper och bristande satsningar på personalens friskvård. Andra berörde dålig lön och individuell lönesättning som negativa faktorer för hälsan.

"Ingen feedback överhuvudtaget, varken positiv eller negativ från överordnade. Leder till att man bara jobbar hårdare och hårdare - till slut brast hela jag!"

"Ingen uppmuntran från arbetsledningen, man känner att man aldrig räcker till"

Arbetsplatsklimat

Ett dåligt ledarskap i kombination med en stressig arbetsmiljö påverkar arbetsplatsklimatet på ett negativt sätt. Många av de långtidssjukskrivna rapporterar om arbetsplatser som präglas av oro, konflikter och avsaknad av arbetsglädje.

"Misstänksamhet mot varandra"

"Ingen bra stämning i personalgruppen p.g.a. uppsägningar som gammal personal gjort. De var helt enkelt trötta på att arbeta utan lyhördhet från ledningen."

Organisation

Många kommentarer om vilka förhållanden de långtidssjukskrivna anser vara orsak till ohälsa handlar om bristande organisation med omorganisationer, förändringar och besparingar. Andra synpunkter berör struktur och organisation av arbetet.

Omorganisationer och förändringar

Flera av de långtidssjukskrivna rapporterar om ständiga omorganisationer och förändringar. Förhållanden som orsakar ohälsa genom att de ökar stressen och kraven på personalen. Svårigheterna att hantera förändringar accentueras genom bristande framförhållning och dålig information kring förändringarna.

"Ständiga omorganisationer och rotationsscheman ger otrygghet och ökad stress. Man får ingen arbetsro."

"Dålig information om förändringar och framtida planering."

"Vi har verkligen arbetat med effektivisering och slimmat arbetssätten och utbildat personalen, men det går inte att pressa in mer."

Struktur och organisation av arbetet

Ledarskapet påverkar organisationen av arbetet, i termer av samordning, roller och ansvar. Oklarheter leder till stress. Många av kommentarerna handlar om oklarheter i vad som görs, hur det görs samt vem som gör vad. Främst verkar det handla om dåligt organiserade arbetsrutiner där följderna blir ökad stress genom att arbetsuppgifterna utförs ostrukturerat och splittrat. Avsaknad av kontinuitet i arbetet är påtagligt. Den dåliga organisationen av arbetsrutiner försämras av bristande framförhållning i planeringen av arbetet.

"Oklarheter om arbetets innehåll och roll"

"Splittring vad gäller arbetsrum, arbetsuppgifter, arbetsrotation, scheman."

"Kortsiktiga, oplanerade lösningar, kanske p.g.a. att alla har för stor arbetsbörda."

En följd av bristande arbetsrutiner är dålig introduktion vid nyanställning. Dåligt organiserade arbetsrutiner och dålig introduktion kan medföra ökad risk för personalen att göra fel i arbetet p.g.a. oklarheter i hur arbetet skall utföras, vem som gör vad osv.

"Dålig information när jag började på US. Fick själv ta reda på det mesta och improvisera mycket för att arbetet skulle fungera."

"En ständig otrygghetskänsla och ängslan över att göra fel är vanlig."

Av kommentarerna framkommer brister på olika nivåer i Landstinget i Östergötland som organisation och arbetsplats. Landstinget i Östergötland uppfattas vara för hierarkisk och inte särskilt välfungerande.

"För stor hierarki."

"Organisationen i landstinget är trög."

Vad gäller LiÖ:s personalpolitik framförs missnöje från flera håll. Många upplever att arbetsgivaren inte värdesätter sin personal med de unika egenskaper och kunskaper varje individ har utan betraktar personalen som utbytbar.

"En organisation som signalerar att varje människa är utbytbar - vi kör slut på dig och skaffar sedan en ersättare."

Mål och riktlinjer anses av många vara diffusa vilket försvårar arbetet på olika nivåer.

"Oklara mål från den politiska ledningen."

"Mycket otydliga, opreciserade och höga krav."

Andra kommentarer kring organisationen handlar om begränsat inflytande och minimala påverkansmöjligheter av arbetet. Dessutom rapporteras om begränsat kontrollutrymme i kombination med höga och ökade krav från arbetsgivaren vilket inte främjar hälsan. Belysande exempel på detta är tidsregistrering där personalens arbetstid kontrolleras och registreras.

"Mycket liten möjlighet att påverka sin arbetssituation."

"Delaktighet och medbestämmande är i stort sett utrotat, har man åsikter så syns det omedelbart i lönekuvertet."

"Ökade åtagande...känsla av vanmakt."

"Tidsregistrerar allt arbete mot kund - stressen sprider sig lätt."

Flera av de långtidssjukskrivna tar upp avsaknad av handledning som bidragande orsak till sin ohälsa.

"Avsaknad av handledning där jag kunnat ventilera de egna upplevelserna av det mycket tunga arbetet."

"Ingen möjlighet att bearbeta känslor som kom upp."

ÅTGÄRDER

Frågorna som handlar om vilka åtgärder de långtidssjukskrivna har fått eller får under sin sjukskrivning lyder "Har din chef gjort en rehabiliteringsutredning kring din situation?", "Var du delaktig i utredningen?", "Har försäkringskassan utarbetat en rehabiliteringsplan för dig?", "Upplever du att du under din sjukskrivning har fått den hjälp och det stöd du behövt/behöver från din chef, arbetskamrater, Östgötahälsan, försäkringskassan, sjukvården?" samt "Anser du att din chef är insatt i hur man hanterar långtidssjukskrivningar?".

Chef/arbetsledningen

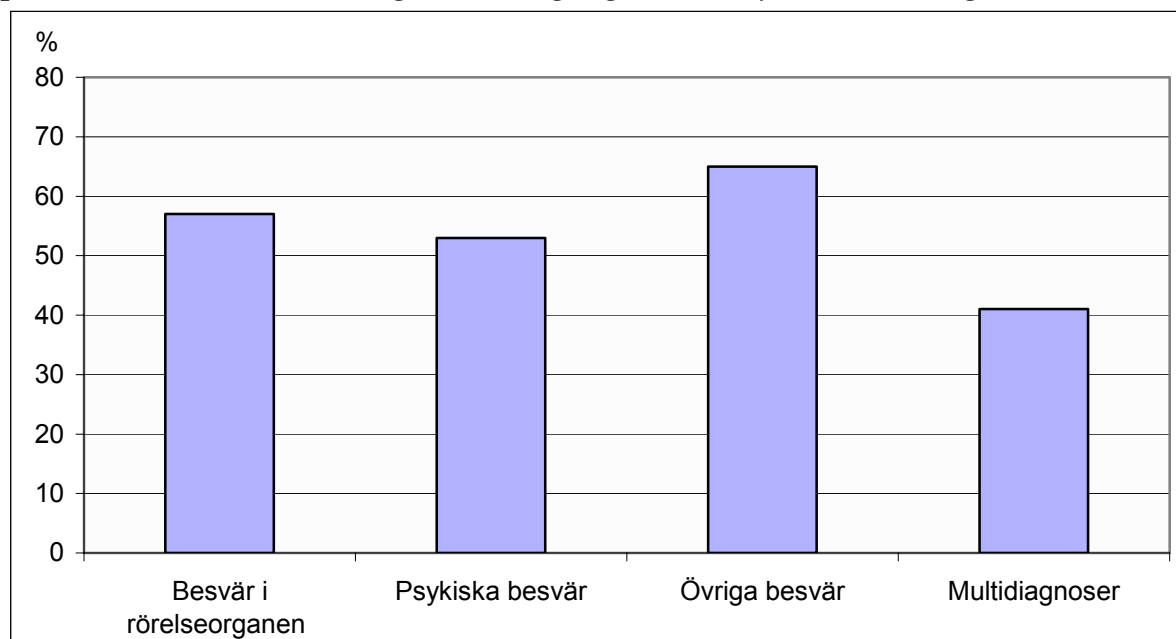
Personerna i undersökningen har varit långtidssjukskrivna i sex månader eller längre. Av dessa har 42 % fått en rehabiliteringsutredning gjord av sin chef medan 44 % inte har fått det och 11 % vet inte. Färre av de långtidssjukskrivna i åldrarna 55 år eller äldre har fått en rehabiliteringsutredning. Av dem som fått en rehabiliteringsutredning uppgav 94 % att de varit delaktiga i utredningen (SIFO 2002).

Personer med psykiska besvär har i något högre grad (50 %) än övriga grupper fått en rehabiliteringsutredning gjord av sin chef. Personer med övriga besvär är den grupp som i lägst grad blivit utredd (39 %). Skillnaderna är dock inte stora. För yrkesgrupperna var gruppen med låg kvalifikationsnivå delaktiga i rehabiliteringsutredningen i 96 % av fallen jämfört med 86 % för gruppen med hög kvalifikationsnivå. Inga skillnader fanns mellan gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande var sjukskrivna i detta avseende.

Av de långtidssjukskrivna upplever hälften (50 %) att de har fått hjälp och stöd från sin chef medan 43 % anser att de inte har fått det (SIFO 2002). Denna fördelning ser lika ut oberoende av diagnos eller yrkesindelning.

Ungefär hälften av de långtidssjukskrivna (52 %) anser att chefen är insatt i hur man hanterar långtidssjukskrivningar och andra hälften (48 %) att chefen inte är det (SIFO 2002). Mellan gruppen med hög kvalifikationsnivå och gruppen med låg kvalifikationsnivå finns inga skillnader i detta avseende. Mellan diagnosgrupperna framkommer skillnader då personer med övriga

besvär i högst grad (65 %) är nöjda med sina chefers kunskaper medan personerna med multidiagnoser i lägst grad är nöjda (41 %) (Figur 8).



Figur 8. Andel (%) inom respektive diagnosgrupp som anser att chefen är insatt i hantering av långtidssjukskrivningar.

I gruppen som återgått i arbete anser 71 % att chefen är insatt i hantering av långtidssjukskrivningar jämfört med 48 % av dem som fortfarande är långtidssjukskrivna.

Övriga aktörer

Försäkringskassan

Drygt hälften av de långtidssjukskrivna (58 %) upplever att de har fått hjälp och stöd från försäkringskassan och endast en tredjedel (32 %) av de långtidssjukskrivna har fått en rehabiliteringsplan gjord. Det är färre i åldrarna 55 år eller äldre som har fått en rehabiliteringsplan gjord (SIFO 2002).

Personer med psykiska besvär har i något högre grad (40 %) än övriga grupper fått en rehabiliteringsplan gjord av FK. Personer med övriga besvär är den grupp som i lägst grad (21 %) fått denna åtgärd. Skillnaderna mellan diagnosgrupperna är dock relativt små. Det fanns inga skillnader i om

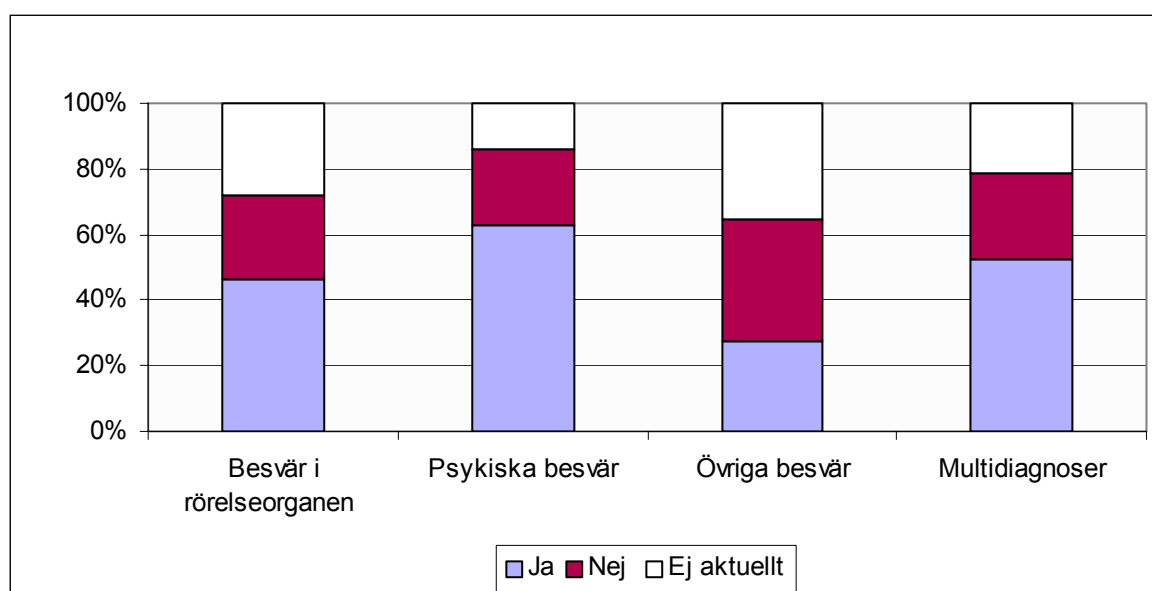
rehabiliteringsplan har gjorts eller inte mellan grupperna med olika kvalifikationsnivå eller mellan gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande är sjukskrivna. Det fanns inga skillnader vare sig mellan kvalifikationsnivå, diagnosgrupperna eller för de som återgått i arbete avseende hur man upplevde hjälp och stöd från FK.

Sjukvården

Sjukvården är den aktör som flest långtidssjukskrivna (68 %) anger sig ha fått hjälp och stöd ifrån (SIFO 2002). Inga avvikelser framkom vid jämförelser mellan grupperna avseende dessa insatser.

Östgötahälsan

Knappt hälften av de långtidssjukskrivna (48 %) anser att de har fått hjälp och stöd från Östgötahälsan (SIFO 2002). Mellan yrkesgrupperna samt gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande var sjukskrivna fanns inga skillnader i upplevelse av Östgötahälsans insatser. Personer med psykiska besvär upplever i högre grad (63 %) att de har fått hjälp och stöd från Östgötahälsan, följt av multidiagnoser (52 %) och rörelseorganen (46 %) jämfört med övriga besvär (28 %). Gruppen med övriga besvär anser däremot i högst grad att stödet därifrån inte är aktuellt (Figur 9).

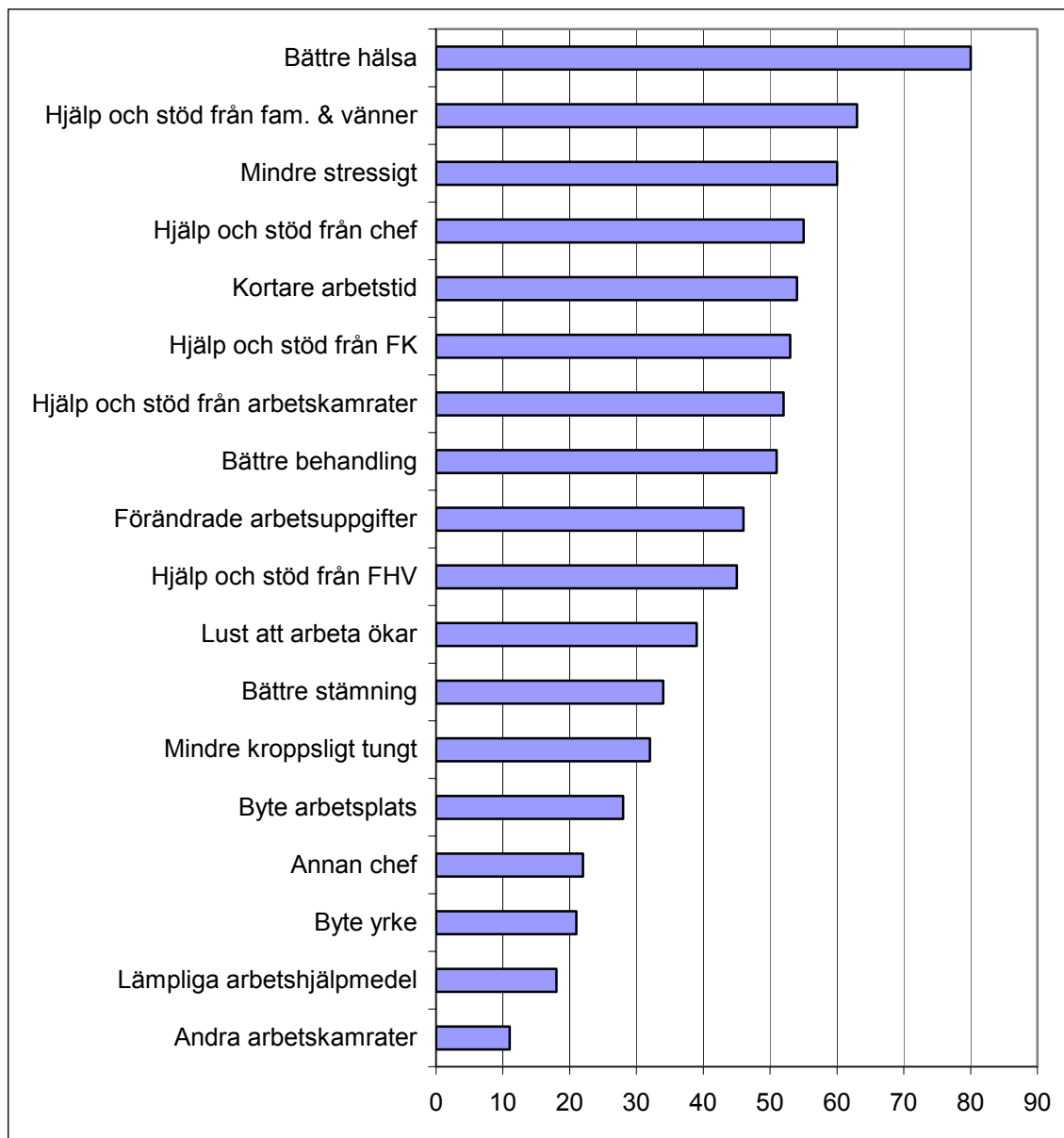


Figur 9. Andel (%) inom respektive diagnosgrupp som anser att de har respektive inte har fått stöd och hjälp från Östgötahälsan under sjukskrivningen.

FRAMTIDEN - FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÅTERGÅNG I ARBETE

Frågorna som berör framtiden lyder "Vilken betydelse har nedanstående förhållanden för att du skulle kunna komma tillbaka till arbete?" (18 frågor), "Om du själv skulle kunna bestämma över din arbetsituation hur mycket skulle du kunna arbeta just nu?", "Saknar du din arbetsplats?", "Om det skulle bli aktuellt för dig att återgå i arbete, känner du dig då välkommen av din – chef, -arbetskamrater?", "Tror du att du kommer tillbaka i arbete igen?" samt "Skulle du vilja bli förtidspensionerad utifrån hur det är just nu?".

Den viktigaste faktorn för att kunna börja arbeta igen anses vara förbättrad hälsa, vilket 80 % av de långtidssjukskrivna uppger. Som näst betydelsefullt bedöms hjälp och stöd från familj och vänner (63 %). Därefter kommer arbetsplatsrelaterade förhållanden som mindre stress (60 %), hjälp och stöd från chef (55 %) samt kortare arbetstid (54 %) (SIFO 2002) (Figur 10).



Figur 10. Förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete. Procent av alla långtidssjukskrivna (SIFO 2002).

Samtliga långtidssjukskrivna är överens om att förbättrad hälsa är den mest betydelsefulla faktorn. Mellan diagnosgrupperna framkommer dock påtagliga skillnader i vilka faktorer som anses betydelsefulla för återgång i arbete.

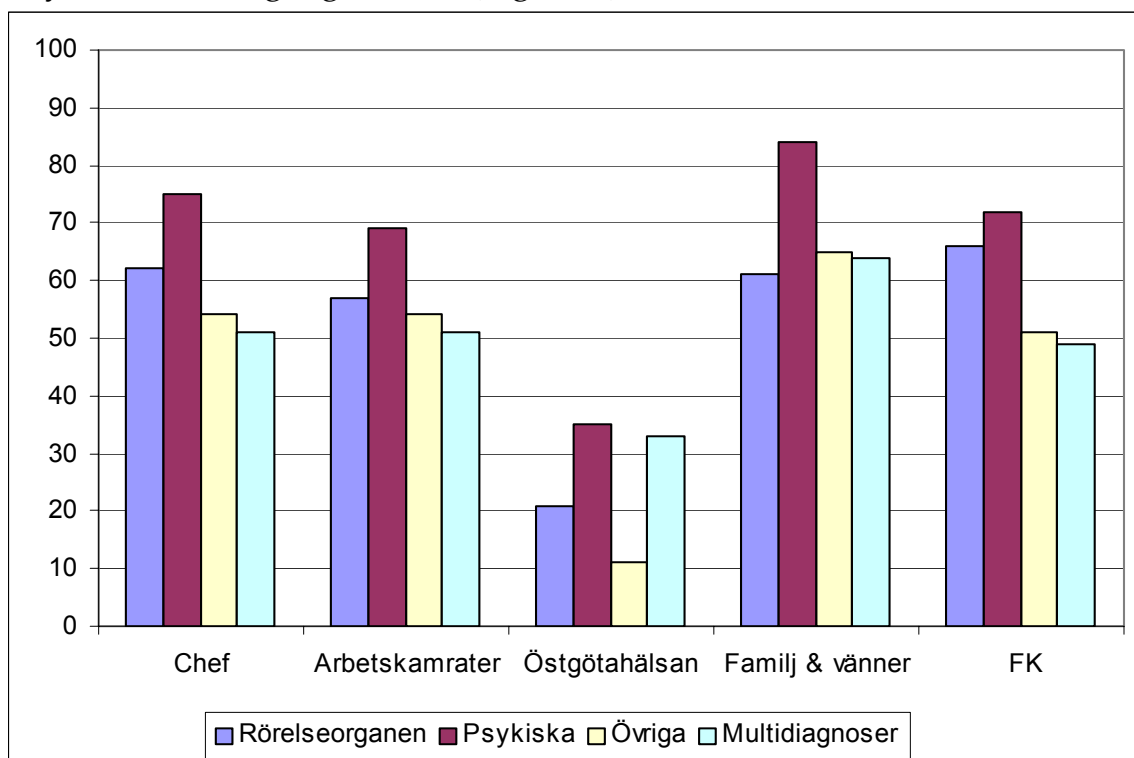
Hjälp och stöd

Hjälp och stöd från familj och vänner, chef, försäkringskassan, arbetskamrater och Östgötahälsan anses olika betydelsefulla för återgång i arbete beroende på diagnos.

Personerna med psykiska besvär skattar alla former av hjälp och stöd från samtliga aktörer högst jämfört med de andra diagnosgrupperna. Stöd från familj och vänner bedöms som mest avgörande, därefter chefen, försäkringskassan och arbetskamraterna.

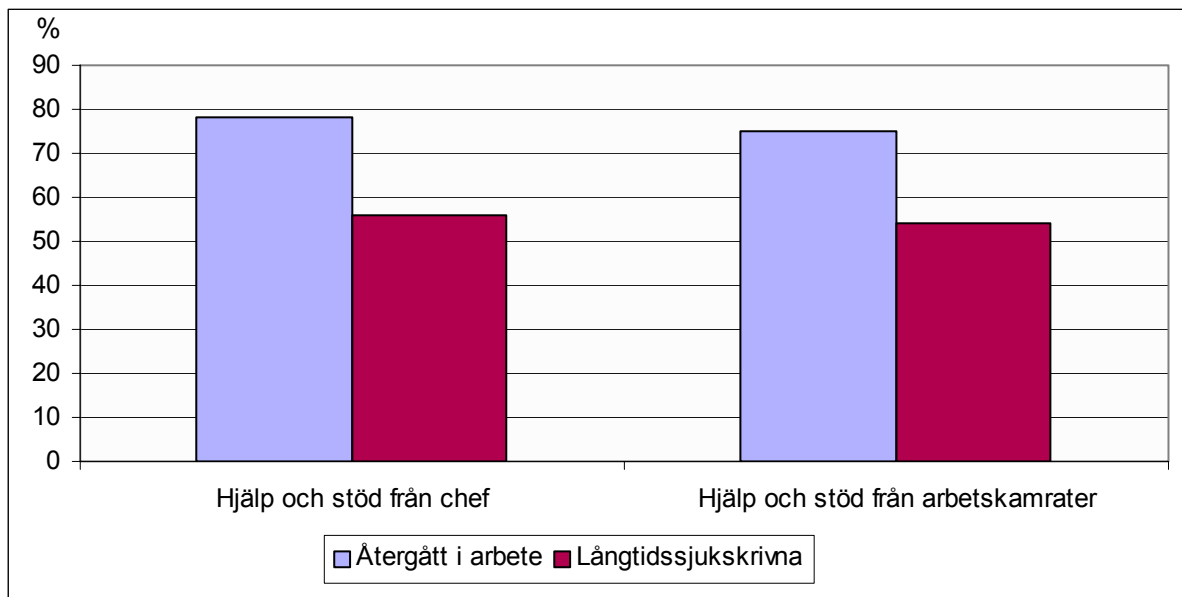
För gruppen med fysiska besvär är hjälp och stöd från försäkringskassan viktigast tätt följt av stöd från chef, familj och vänner samt arbetskamrater.

Personerna med övriga besvär och multidiagnoser värdesätter stöd och hjälp från familj och vänner högst. Stöd från chef, försäkringskassan och arbetskamrater anser ungefär hälften vara betydelsefullt. Samtliga diagnosgrupper anser att hjälp och stöd från Östgötahälsan är av mindre betydelse för återgång i arbete (Figur 11).



Figur 11. Betydelsefulla eller avgörande insatser från olika aktörer i form av hjälp och stöd för återgång i arbete (%).

Gruppen som återgått i arbete bedömer hjälp och stöd från chef och arbetskamrater som mer betydelsefullt än de som fortfarande är långtidssjukskrivna (Figur 12).



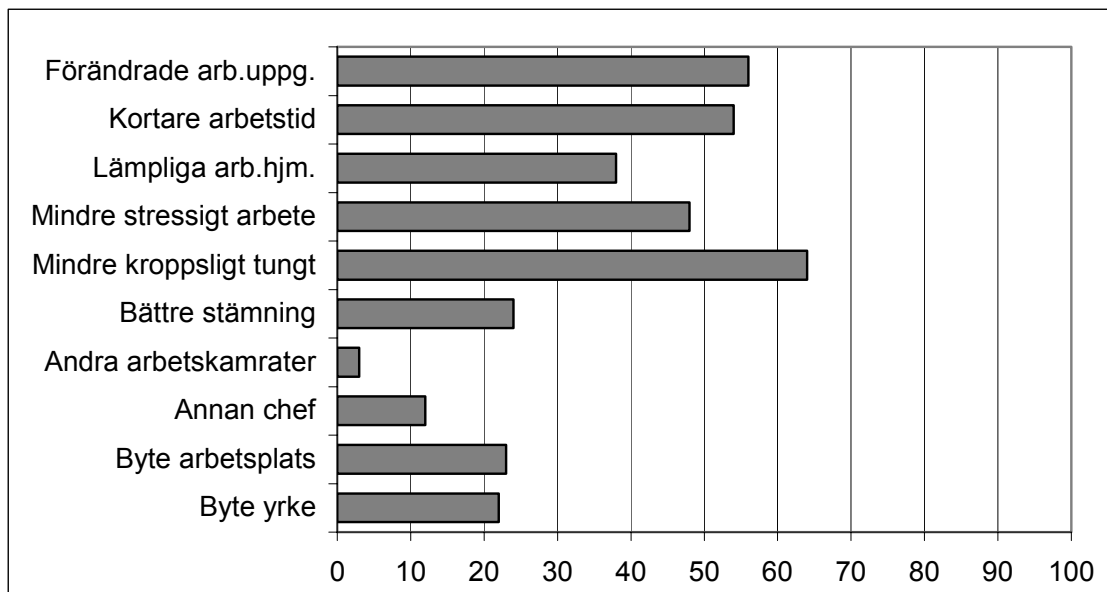
Figur 12. Andel (%) som anser att hjälp och stöd har stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete.

Gruppen med hög kvalifikationsnivå anser i högre grad (68 %) än gruppen med låg kvalifikationsnivå (52 %) att hjälp och stöd från chefen är av mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete. För de övriga aktörerna fanns inga skillnader beroende på kvalifikationsnivå.

Arbetsplatsrelaterade förhållanden

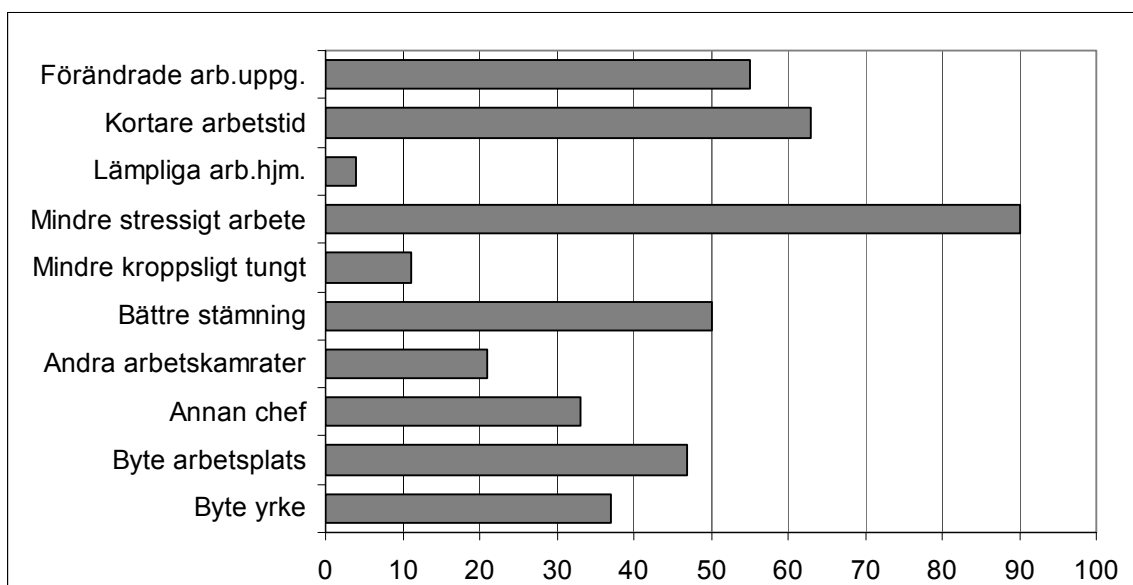
Psykosociala och fysiska förhållanden på arbetsplatsen bedöms vara olika betydelsefulla för återgång i arbete beroende på sjukskrivningsdiagnos.

Gruppen med besvär i rörelseorganen betonar mindre kroppsligt tungt arbete, förändrade arbetsuppgifter, kortare arbetstid samt lämpliga arbetshjälpmiddel som betydelsefulla faktorer för återgång i arbete (Figur 13).



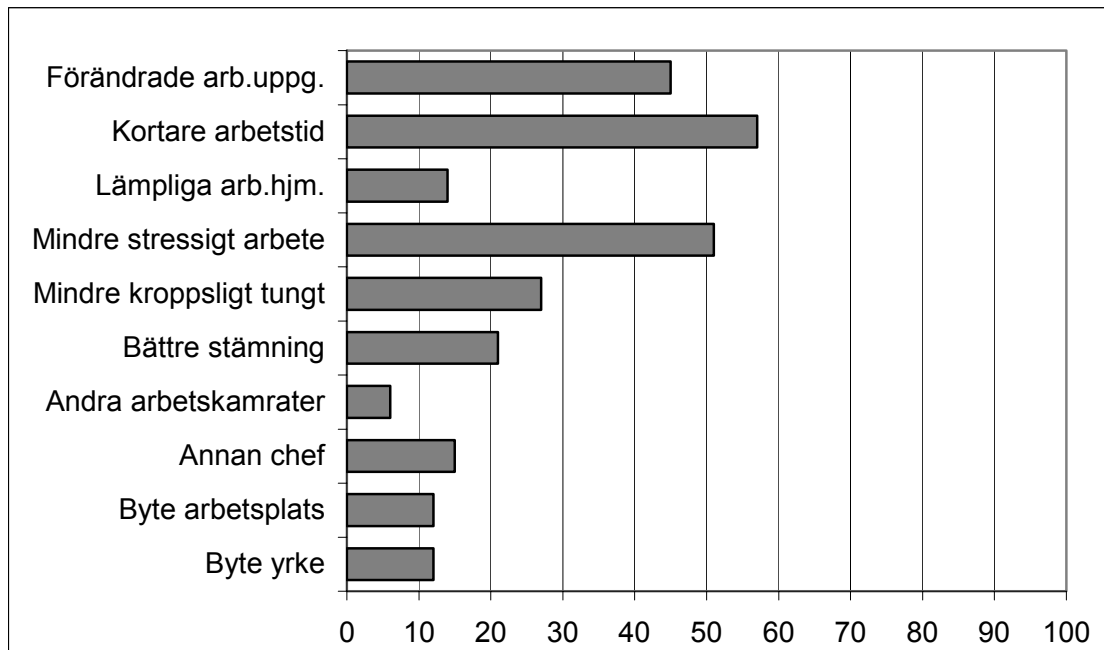
Figur 13. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med *besvär i rörelseorganen* (%).

Gruppen med psykiska besvär betonar mindre stressigt arbete som den viktigaste åtgärden för att möjliggöra återgång i arbete. Minskad arbetstid, förändrade arbetsuppgifter samt bättre stämning på arbetsplatsen är andra förhållanden som i hög grad anses betydelsefulla. Jämfört med de andra diagnosgrupperna anser de i högst grad att byte av yrke och arbetsplats samt andra arbetskamrater eller chef kan vara avgörande för återgång (Figur 14).



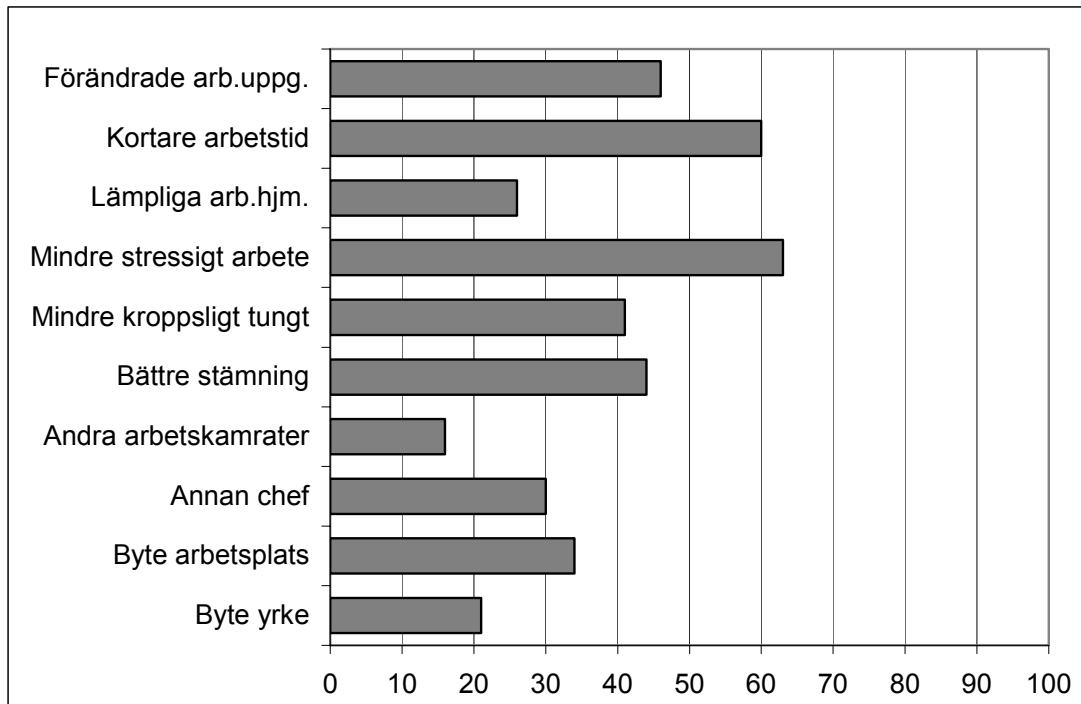
Figur 14. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med *psykiska besvär* (%).

De personer som är sjukskrivna för övriga besvär betonar främst möjligheten att ha kortare arbetstid, arbeta under mindre stress samt få förändrade arbetsuppgifter (Figur 15).



Figur 15. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med *övriga besvär* (%).

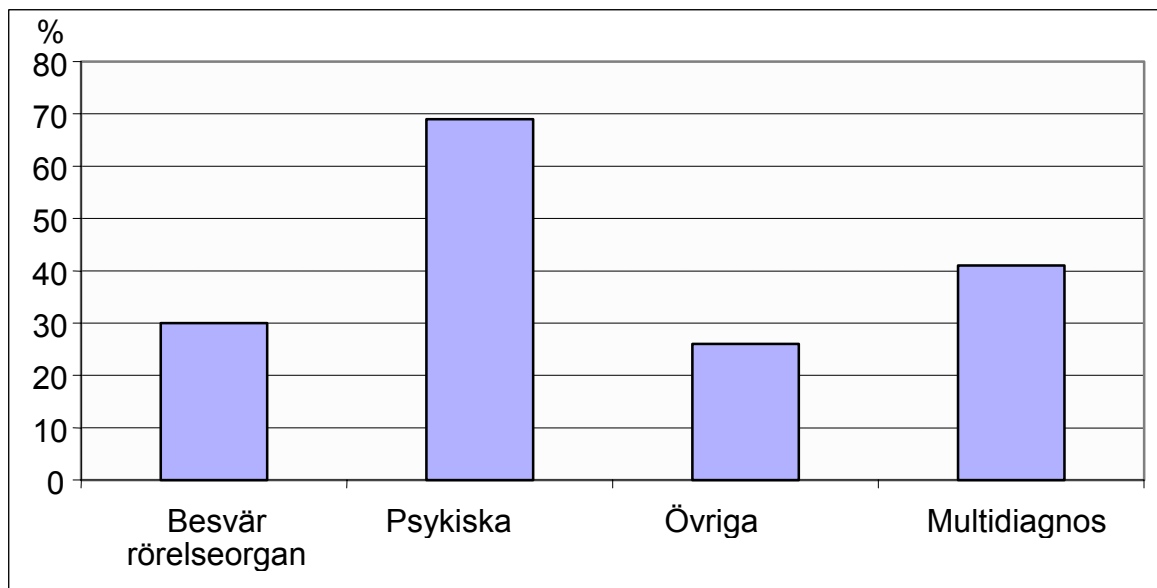
Personerna med multidiagnoser (Figur 16) hamnar i regel mellan värdena för de med psykiska besvär och rörelseorganen vilket är naturligt då de är till stor del är en kombination av dessa diagnoser. Det medför att de anser att det skulle underlätta återgång om arbetsförhållanden förbättrades avseende minskad arbetstid, stress, förändrade arbetsuppgifter men även mer fysiska förbättringar såsom lämpliga arbetshjälpmedel och mindre kroppsligt tungt arbete.



Figur 16. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för personer med *multidiagnoser* (%).

Dessutom ser en del inom denna grupp att bättre stämning samt byte av arbetsplats, yrke eller andra arbetskamrater eller chef som en möjlighet för att komma tillbaka.

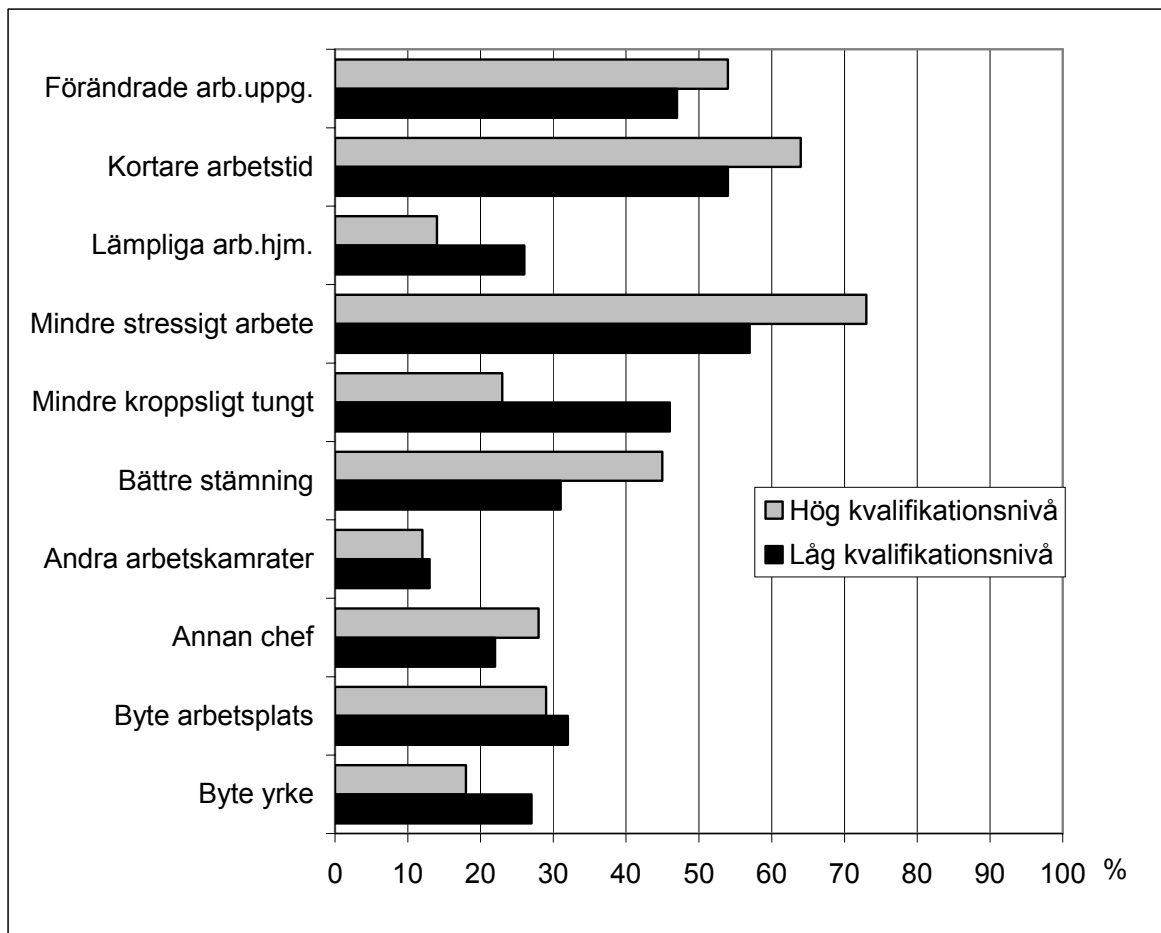
En ökad lust och vilja att arbeta anser 39 % av de långtidssjukskrivna vara viktigt eller avgörande för återgång i arbete (SIFO 2002). Personer med psykiska besvär anser i högre grad än andra diagnosgrupper att detta är ett viktigt förhållande (Figur 17).



Figur 17. Andel i diagnosgrupperna som bedömer ökad lust och vilja att arbeta som viktig/avgörande för återgång i arbete.

Gruppen med hög kvalifikationsnivå framhäver mindre stress, kortare arbetstid, förändrade arbetsuppgifter samt bättre stämning som arbetsplatsrelaterade förhållanden med stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete. Gruppen med låg kvalifikationsnivå betonar i högre grad mindre kroppsligt tungt arbete, lämpliga arbetshjälpmedel samt byte av arbetsplats och yrke som väsentligt för att möjliggöra återgång i arbete (

Figur 18).

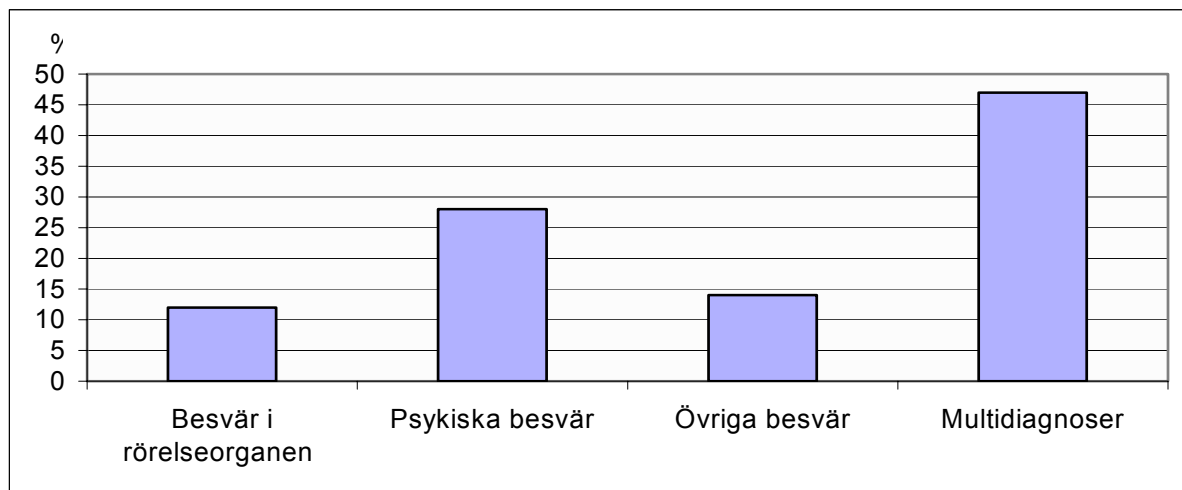


Figur 18. Arbetsplatsrelaterade förhållanden av stor/mycket stor eller avgörande betydelse för återgång i arbete för gruppen med låg respektive med hög kvalifikationsnivå (%).

Relation till arbetsplatsen/chefen

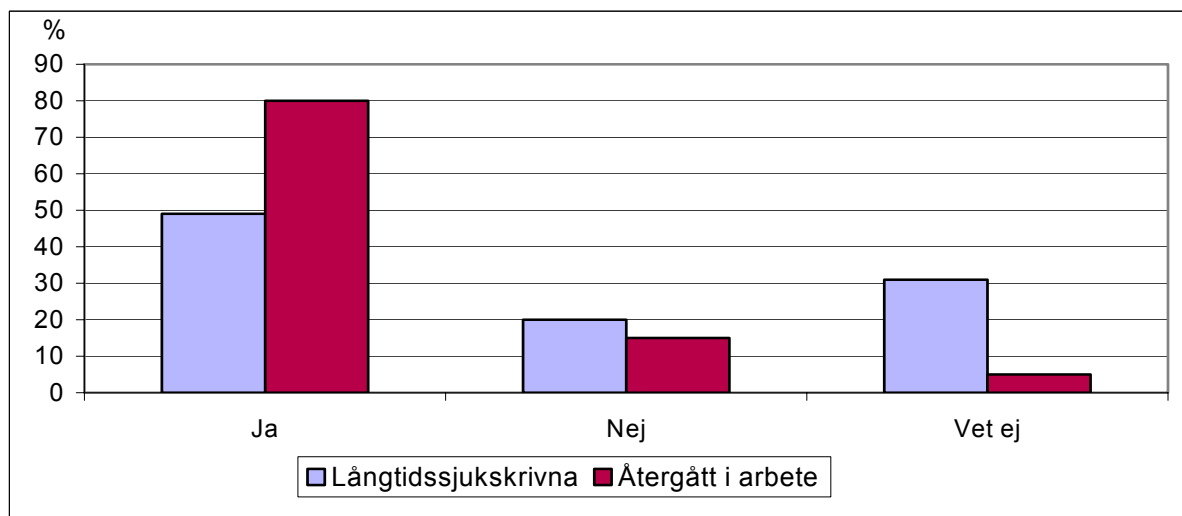
Drygt hälften av de långtidssjukskrivna (55 %) saknar sin arbetsplats medan en tredjedel (33 %) inte gör det. Hälften av de långtidssjukskrivna känner sig välkomna tillbaka av sin chef och arbetsgivare, 19 % gör det inte och 31 % känner sig osäkra eller har inte svarat. Något fler (68 %) känner sig välkomna tillbaka av sina arbetskamrater (SIFO 2002).

Personer med multidiagnoser och psykiska besvär är överrepresenterade bland de som svarat att de inte känner sig välkomna tillbaka av sin chef (Figur 19).



Figur 19. Fördelning (%) mellan diagnosgrupper av de som inte känner sig välkomna tillbaka av sin chef .

Gruppen som återgått i arbete har i högre grad (80 %) känt sig välkomna tillbaka i arbete av sin chef än de som fortfarande är långtidssjukskrivna (49 %). En tredjedel (31 %) av dem som fortfarande är sjukskrivna är osäkra på om de känner sig välkomna tillbaka av sin chef (Figur 20).



Figur 20. Fördelning mellan långtidssjukskrivna och de som återgått i arbete i om man känner sig välkommen tillbaka i arbetet av sin chef.

Det fanns inga skillnader mellan diagnosgrupperna, kvalifikationsnivå eller för gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande är långtidssjukskrivna avseende om man saknade sin arbetsplats och om man kände sig välkommen tillbaka av sina arbetskamrater.

Arbetsförmåga

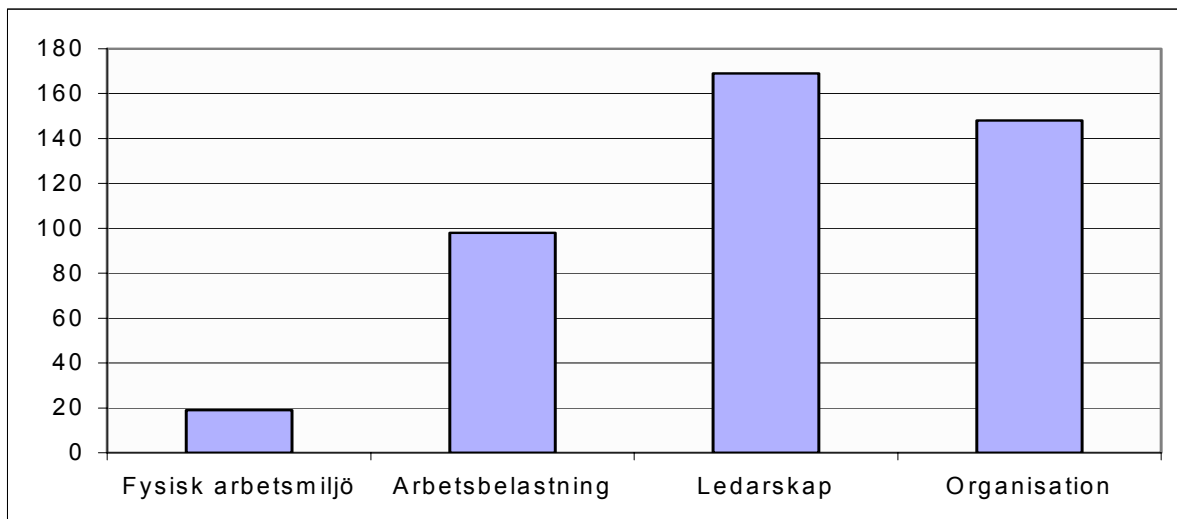
Av de långtidssjukskrivna uppger 56 % att de inte skulle kunna arbeta alls medan 39 % anser att de skulle kunna arbeta i någon form om de själva kunde bestämma över sin arbetssituation avseende arbetsuppgifter och arbetstid. Det innebär att 4 av 10 personer som går långtidssjukskrivna på heltid har arbetsförmåga för heltid eller deltid (SIFO, 2002).

En tredjedel (35 %) av de långtidssjukskrivna tror att de kommer att börja arbeta igen, på nuvarande eller annan anställning, inom ett år. En mindre andel (15 %) bedömer att de kommer att vara sjukskrivna i ytterligare minst ett år. En tredjedel (32 %) tror inte att de kan eller är tveksamma till om de kommer börja arbeta igen (SIFO, 2002).

Resultatet för arbetsförmåga skiljer sig inte åt mellan diagnosgrupperna, kvalifikationsnivå eller för gruppen som återgått i arbete och de som fortfarande är långtidssjukskrivna.

Förslag på förändringar för förbättrad arbetsmiljö

Som sista fråga i enkäten efterfrågades förslag på förbättringar och förändringar för minskad ohälsa och sjukfrånvaro. Frågan besvarades av 130 långtidssjukskrivna (42 %) med totalt 436 förslag vilket motsvarar drygt tre förslag per person. Förslagen har delats in i fyra områden; fysisk arbetsmiljö, arbetsbelastning, ledarskap och organisation. Fysisk arbetsmiljö fick minst antal förslag. Istället hamnar förslagen på organisationsnivå där ledarskap har fått flest förbättringsförslag följt av områdena organisation och arbetsbelastning (Figur 21).



Figur 21. Fördelning av svarskommentarer i fyra arbetsplatsrelaterade områden till frågan

Har du förslag på åtgärder som du anser skulle kunna förbättra arbetsmiljön på din arbetsplats, öka hälsan och/eller minska sjukskrivningarna?

Fysisk arbetsmiljö

De långtidssjukskrivna ger förslag på mer och bättre arbetstekniska hjälpmedel och utrustning. Andra förslag handlar om ergonomi och fysisk aktivitet. Ytterligare förslag berör arbetslokaler där bättre ventilation, arbetsplatser med fönster och dagsljus samt större lokaler som gör arbetet mer lättarbetat förordas.

Arbetsbelastning

De långtidssjukskrivnas förslag på förändringar avseende arbetsbelastning delades upp i underkategorierna bemanning, arbetsbörda och återhämtning för att minska arbetsbelastningen.

Bemanning

Många av de långtidssjukskrivna kommenterar att personalbemanningen måste öka för att minska stressen och arbetsbördan. Förslagen kring bemanningsproblematiken handlar om att tillsätta vakanta tjänster och ta in vikarier eller poolpersonal vid behov för att avlasta ordinarie personal.

Önskemål framförs om mer manlig personal samt kompetent personal. Andra förslag som framkommer för att minska ohälsan på arbetsplatsen är att undvika att ringa in ledig ordinarie personal. Den tidskonflikt som uppstår då man har möjlighet att utöva friskvård leder till att sådana aktiviteter snarare kan bli en belastning än en tillgång.

"För att bli bättre hjälper inte kurser i stresshantering eller fysisk träning på arbetstid. Är det ett sjukt tillstånd att bli stressad av en ohållbar arbetssituation eller är det kroppens försvarsmekanismer som träder in... Att lämna sina arbetsuppgifter för att gå på gympa eller stresskurser ger ännu mer stress eftersom arbetsuppgifterna finns kvar när man kommer tillbaka. Det leder till ännu mer och övertidsarbete. För att vända trenden behövs på många arbetsplatser mer personal så att arbetstakten sänks."

Arbetsbörda

Många förslag från de långtidssjukskrivna handlar helt enkelt om att minska stressen. De önskar ett lugnare arbetstempo med en rimlig arbetsbelastning. Andra förslag betonar vikten av ökad bemanning och minskad arbetsbörda för att komma till rätta med arbetsbelastningen.

"Mindre stress och tidspress för samtliga yrkeskategorier vilket skulle ge bättre samarbete och större möjligheter att ta hänsyn till varandra och stötta varandra."

"Bättre anpassning av organisation och resurser till patienternas behov är nödvändig för att skapa en rimlig arbetssituation och förhindra ohälsa."

Återhämtning

Återhämtning handlar både om kortsiktig vila och pauser under arbetet samt längre perioder med återhämtning mellan arbetspassen. Flera av de långtidssjukskrivna ger förslag på hur arbetstiderna kan förbättras och förkortas och därigenom minska ohälsan. Andra förslag berör personalkategorier med jourssystem där minskad arbetstid eller avskaffande av jour föreslås som lösning på jourproblematiken. Möjligheter att påverka sin arbetstid genom flextid tas upp som förhållanden som gynnar hälsan.

"Jobba endast var tredje helg."

"Så länge som jourverksamhet ingår i arbetstiden, borde det ej vara tillåtet att jobba 100 %. Eller rättare sagt, en 100 % tjänst skulle vara lika med 75 % plus jour. Då skulle möjligheterna att orka vara större."

"Bättre arbetstider där individen kan påverka sin arbetstid."

Återhämtning handlar också om att det måste finnas möjlighet att ta rast under arbetspassen. Dessutom måste det finnas möjligheter att ta ut semester och annan ledighet för att tillåta längre perioders återhämtning mellan arbetspassen och för att personalen skall få en balans mellan arbete och fritid.

"Själoklart bevilja semester vid önskemål."

"Man måste orka ha en fritid, annars är det ju ingen mening med att leva"

Ledarskap

De långtidssjukskrivna ger många förslag till hur ledarskapet kan förbättras för att främja hälsa och minska sjukskrivningarna på arbetsplatserna. Kategorin ledarskap har flest kommentarer inom förslagsområdet. Förslagen berör underkategorierna chef/ledning samt belöning och arbetsklimat, där ledningen anges ha en betydelsefull roll.

Chef/ledning

Av förslagen framkommer att de långtidssjukskrivna anser att ett bra ledarskap är av högsta betydelse för att öka hälsan och minska sjukskrivningarna. Flera förslag handlar kort och gott om att byta ut befintliga, icke fungerande chefer. För att få välfungerande chefer rekommenderas att cheferna tillsätts utifrån kompetens och ledaregenskaper istället för på andra grunder. För befintliga chefer efterfrågas ökad kunskap i personalfrågor och psykosocial arbetsmiljö. Framförallt föreslås kurser i stressrelaterade besvär för ökad förståelse för orsak-verkan sammanhang.

"En bra chef är en av de viktigaste sakerna för att kunna förbättra arbetsmiljön, inte minst den psykosociala."

"Stresshanteringsutbildning för cheferna som inte verkar veta något om orsak - verkan och följer av stress"

" Viktigaste akuta åtgärden - utbildning för chefer i den komplexa symtombild vid kollaps efter långvarigt hårt arbete "utbrändhet". Den drabbade har inte förlorat sin intelligens eller sina känslor, men många utvecklar en allergi emot stress som ger livslång sårbarhet. Det går aldrig att komma tillbaka på samma premisser som tidigare. "

Med tanke på negativ stress och den inverkan den har på omgivningen betonas vikten av att cheferna själva inte stressar och är negativa förebilder för personalen.

"Bra chefer som inte är sönderstressade"

De långtidssjukskrivna vill ha chefer som är lyhörda och som lyssnar på personalen. Vidare framkommer önskemål om att chefen skall vara engagerad och insatt i personalens arbetsuppgifter för att kunna förstå sin personal. Ett sätt att vara engagerad i sin personal är att regelbundet ha POU-samtal, och att se till att dessa leder till förändring.

"Vara lyhörd för personalens arbetsituation så att man inte hela tiden behöver känna sig överkörd."

"Chefer behöver vara insatt i mängden av personalens arbetsuppgifter - de vet ofta inte vad vi gör."

"Alla måste ha en egen utvecklingsplan. Jag har aldrig haft ett utvecklingssamtal med en chef på tidigare arbetsplatser inom landstinget!"

Ett personalinriktat ledarskap eftersträvas med medmänskliga chefer som ser till personalens resurser, även äldre medarbetares kompetens snarare än fbrister. I tider av kontinuerliga neddragningar betonas vikten av att chefen har en framtidstro som kan förmedlas till personalen.

"Se personalen inte bara som kuggar i ett maskineri utan se de mänskliga värdena igen! Uppmuntra och beröm de bitarna. Alla har samma mänskliga värde, prestationer ska inte premieras som idag - bort med fula ord som kompetensstege. Sånt ökar bara stress och prestationsångest."

"Ledningen måste bli medveten om att en 50-åring arbetar på ett annat sätt än en 25-åring. Man kan inte ställa samma krav på arbetstempo från dem, dock kan man ställa kravet på kvalitén på arbetet är högt och att man arbetar åt samma håll. Människor är inte maskiner och fungerar inte heller som sådana. Om fler blir sjukskrivna på samma arbetsplats är det dags att titta på organisationen och arbetssätt så man kan förebygga i framtiden."

Förutom att vara engagerad i sin personal framkommer önskemål om chefer som är engagerade i verksamheten och som driver utvecklingen framåt. Flera av de långtidssjukskrivna efterfrågar ett starkt och tydligt ledarskap med chefer som tar ansvar och som är rättvisa.

"Chefer som vill driva utvecklingen av verksamheten framåt."

"Chefer som tar ansvar vid dåligt fungerande samarbete med enheter."

Sammanfattningsvis ger följande citat en god bild av hur de långtidssjukskrivna anser att en chef skall vara för att öka hälsan på arbetsplatsen och minska sjukskrivningarna.

"Egenskaper som en bra chef ska ha... ärlighet, tolerans, trohet, omtänksamhet, ödmjukhet, värme, empati står högst upp på listan. Dessutom måste man vara rättvis och behandla alla efter lika förutsättningar. Dessutom måste man vara rak. Om detta hade varit verklighet på vår klinik hade säkert arbetsklimatet varit bättre och så även hälsan hos de anställda."

"En bra chef måste behandla alla lika, kunna se och lyssna på personalen, stötta och uppmuntra, se och bekräfta problemen, hantera konflikter när de uppstår, och inte sticka huvudet i sanden. Ta signalerna på stress på allvar."

Belöningar

De långtidssjukskrivna ger förslag på hur chefer och arbetsgivaren skall ge mer belöning, både inre och yttre till personalen. Vad får personalen tillbaka av arbetsgivaren för sin arbetsinsats? Förslagen på inre belöning handlar om att cheferna bör bli bättre på att uppskatta och bekräfta personalen för att främja hälsan på arbetsplatserna. Förslag på hur sjukskrivningarna kan minskas handlar om engagerade chefer som kommer ihåg och bekräftar sjukskriven personal. Det framkommer också önskemål om ökad uppskattning från den politiska ledningen.

"Att veta att man är uppskattad och har betydelse för helheten betyder mycket. Att inte vara utbytbar eller en besparingsåtgärd utan att man behövs för de unika egenskaper man har."

"Signaler från andra än bara från patienterna att man är saknad och efterfrågad sedan man blivit sjukskriven skulle förbättra självförtroendet och bidra till att komma tillbaka i arbete fortare."

"Tänk om den politiska ledningen kunde berömma sin personal i massmedia istället för att ständigt kritisera den."

De långtidssjukskrivna ger en mängd olika uppslag på hur chefer och arbetsgivaren genom yttre belöning kan belöna sin personal och därmed främja hälsan. En stor del av förslagen handlar om friskvård med bl.a. träning på arbetstid, massage, viktningsgrupper, rökslutargrupper och hälsoprofiler på företagshälsovården. Belöningar behöver dock inte vara kopplade till friskvård utan vara hälsofrämjande på andra sätt.

Andra förslag i kampen för att främja hälsan på arbetsplatserna är att öka kunskapen bland personalen kring hälsa och stress. Möjligheter till kompetensutveckling genom kurser och föreläsningar innebär också en form av belöning.

"Stresshanteringsutbildning för alla"

"Mera utbildning inom hälsoområdet."

"Kompetensutveckling inom yrket."

"Tillräcklig och bra kvalitet på utbildningar för det vi förväntas klara av."

Önskemål framkommer om en högre lön som står i relation till det arbete som utförs.

"Pengar är inte allt men rimlig lön i förhållande till kompetens och ansvar och arbetsinsats skulle i alla fall kännas bättre."

Arbetsklimat

I detta avsnitt redovisas förslag på hur man skall skapa ett gott arbetsklimat och därmed främja hälsan, där chefen och ledningen har en betydande roll för huruvida detta kan uppnås. Goda arbetsmiljöer med hälsofrämjande klimat förbättrar möjligheterna till rekrytering av ny personal.

De långtidssjukskrivna efterfrågar arbetsplatser med ett "bry-sig-om klimat", där chef och personal mår om och respekterar varandra. Chefer bör verka för att svetsa samman personalen för att skapa gruppgemenskap. För att uppnå ett positivt arbetsklimat och gruppgemenskap betonas vikten av att personalen får tid att umgås och ha trevligt.

"Stanna upp och bry sig lite grann. Det kan drabba någon annan nästa gång. Man märker inte själv förrän det är för sent. Hjälpas åt att sätta gränser när man egentligen inte har tider över, eller om man egentligen inte orkar mer just nu."

"Trivselpengar för gemensamma aktiviteter för att öka kamratskap och höja stämningen. Att man trivs och har roligt tillsammans gör att det blir lättare att orka med."

Chefer har också en betydelsefull roll i att påverka attityderna på arbetsplatsen och motverka olika former av mobbning och kränkningar.

"Tillåt inga kränkningar, låt inte cynism och destruktivt gnäll sprida sig. Våga stoppa det."

"Stoppa mobbning och utfrysning - bort med vassa armbågar och fram med ödmjukhet, visa medkänsla, skapa tillit och tänk positivt."

Organisation

De långtidssjukskrivna framför många förslag på hur LiÖ:s organisation kan förbättras och därigenom främja hälsan hos personalen.

Personalpolitik

Åtskilliga förslag på förbättringar berör LiÖ:s personalpolitik. De långtidssjukskrivna efterfrågar en humanare människosyn där olikheter och nedsatt arbetskapacitet respekteras. Flera förslag på ändrad personalpolitik och människosyn framförs för äldre personal med nedsatt arbetskapacitet. Uppmaningar framförs till LiÖ som arbetsgivare och organisation om att stanna upp och inse att gränser för vad personalen orkar med är nådd. I flera fall betonas att förbättringsförslagen behöver genomföras nu och inte skjutas på framtiden.

"Viktigt skapa en atmosfär som tillåter att alla inte alltid är på topp."

"Arbeta med att förebygga det machoideal som finns, d.v.s. att det är bra att arbeta mycket övertid och kvällar. Det måste finnas en ökad acceptans för att alla inte kan arbeta lika mycket i alla skeden i livet."

"Det måste finnas förändringar i tjänsten från 55 eller 60 års ålder."

Flera förslag på hur arbetsmiljön kan förbättras handlar om ökad insyn i organisationen där olika former av aktörer med utifrån perspektiv anlitas.

"Låt politiker skaffa konsulter som är oberoende att granska förutsättningarna för en förändrad organisation."

"Att LiÖ:s politiker och tjänstemän gör uppföljningar av hur hälsobudgeten och olika policydokument genomförs ute i verksamheterna."

Organisation av arbetet

En stor del av förslagen inom området organisation handlar om strukturella förändringar på olika nivåer. De långtidssjukskrivna tar fram flera olika områden som är viktiga att bejaka för att skapa en god arbetsmiljö. En aspekt som betonas är arbetsro. Dessutom framhålls betydelsen av att ha tid för eftertanke och samtal i personalgruppen.

"Arbetsro...inte bli störd av annat"

"Måste finnas tid för eftertanke inom arbetets ramar så att arbete är arbete och fritid får bli just fritid."

Andra viktiga förhållanden som framkommer är möjligheterna att påverka sin arbetssituation och vara delaktig i beslut.

"Låt personalen ta del av och vara med i utvecklingsarbetet och ge dem tid och möjlighet för det."

Flera förslag handlar om att organisationen bör ta tillvara på de befintliga resurserna d.v.s. personalens kunskap men också i högre grad erbjuda kompetensutveckling. En annan åtgärd som efterfrågas är tillgång till handledning och mentorskap.

"Underlätta möjligheterna att utvecklas inom vården och ta vara på motivationen innan den försvinner helt."

"Ta vara på varje unik medarbetares kompetens, låt individen komma till sin rätt och utveckla intressen och förmågor."

"Handledning på egna arbetsplatsen, regelbundet till alla."

De långtidssjukskrivna efterfrågar tydligare och gemensamma mål att arbeta efter. De betonar vikten av mer genomarbetade rutiner i organisationen. Förslag framförs kring bättre strukturer och ökad framförhållning vid planering av arbete. De understryker också betydelsen av ramar och riktlinjer för hur arbetet skall utföras, vem som gör vad och vem som har ansvar. Detta gäller särskilt för nyanställda där behovet av ramar och riktlinjer är särskilt stort.

"Se över rutiner på och mellan kliniker."

"Formerna för samarbete måste ges en chans innan nya omorganisationer blir aktuella."

"Klara ansvarsområden"

"Ramar och riktlinjer så att varje medarbetare kan känna sig trygg i sitt arbete - undviker då onödiga diskussioner."

REHABILITERING TILLBAKA I ARBETE

Avslutningsvis redovisas olika synpunkter på vilka åtgärder som krävs för att underlätta återgång i arbete. Synpunkterna avser ledarskapets roll och arbetsplatsens rutiner vid sjukskrivningar. De långtidssjuka har även konkreta förslag på ökad flexibilitet avseende vilka arbetsplatser man kan återgå till och behov av bättre samverkan mellan aktörerna i rehabiliteringsprocessen. Vi redovisar jämförelsevis många citat i detta avsnitt, då de på olika sätt belyser den mest avgörande frågan i denna undersökning – vad krävs för att man skall komma tillbaka till arbete?

Respekt för ohälsa

Flera av de långtidssjukskrivna beskriver svårigheter med att vara deltidssjukskriven p.g.a. underbemänningsproblematiken. Sjukskrivningen blir ett stressmoment istället för avlastning då det saknas personal som avlastar arbetsbördan och den sjukskrivne istället får utföra samma arbetsuppgifter på kortare tid.

"Vikarier vid sjukdom fungerade dåligt- vid min 50 % sjukskrivning ingen vikarie på övriga 50 % vilket gjorde att jag gick upp till 75 % tjänstgöring för att få det mindre stressigt- ledde till heltidssjukskrivning.

"Fick ett intyg på att jag inte fick arbeta mer än mina procent. Enhetschefen tog ej hänsyn till detta. Värktablett, jobba, jobba."

Arbetsledningen

Ledningens förhållningssätt är betydelsefullt. Några av de långtidssjukskrivna rapporterar om chefer som uppvisat dåligt ledarskap under sjukskrivning och arbetsträning.

"Dålig uppbackning, stöttning av chef under arbetsträning, känner mig motarbetad, psykisk terror. Önskar hjälp."

"Ej kontaktad någon gång vid sjukskrivningens början. Min namnskylt togs ned andra veckan. Förd bakom ryggen av ledningen."

"Ingen stöd av min chef vid arbetsträning, snarare mobbning."

Förslagen som framkommer handlar om att chefen skall vara engagerad i den sjukskrivne och i rehabiliteringen. Genom rätt utbildning kan cheferna få ökad kunskap i hantering av rehabiliteringsärenden.

"Viktigt att chefen ringer hem och tar kontakt, det är chefen som ska ta kontakt, inte någon annan i gruppen för att inte verka påträngande, tror man det är man inne på fel väg."

"Chefen ska underlätta att komma tillbaka till arbete och informera om vilka åtgärder som kan sättas in. Som det är nu vet chefen mycket lite."

"I första hand lyssna på vad den långtidssjukskrivne har att säga."

"Bemötande empati från chefer, åk hem till den som är sjuk, att bry sig!"

Rutiner

Bristen på rutiner är särskilt framträdande inom rehabiliterings och sjukskrivningsärenden. De långtidssjukskrivna framför önskemål om tydligare rutiner och handlingsplaner där arbetsgivaransvaret tydliggörs. I förslagen betonas vikten av att kontakten med arbetsplatsen bibehålls och uppmuntras.

"Det ska finnas en ram där man i stort har en handlingsplan med olika rehabiliteringsåtgärder, som sedan ska anpassas individuellt med möjlighet till större flexibilitet vad gäller att byta arbetsplats, ändra arbetstider samt arbetsuppgifter."

"Vårdenheten ska ha krav på sig att ha regelbunden kontakt med den sjukskrivne. När man mår dåligt orkar man inte själv hålla kontakten. Man får inge info. Om vad som händer på arbetsplatsen, blir inte bjuden till personal eller julfester. Man glöms helt enkelt bort. Det känns som om det inte har någon betydelse för arbetsgivaren om man kommer tillbaka."

"Besök på arbetsplatsen, information, delta i nyheterna."

"Det måste på tidigt stadium finnas ett rehabiliteringsprogram där man utgår ifrån att den som är sjuk bäst känner begränsningarna - tillit och förtroende från bägge håll."

"Gör en handlingsplan så att närmsta chef vet hur man ska möta och bemöta den sjukskrivne, se till att alla i närmaste arbetsgruppen får ökad kunskap i frågan."

"Att arbetsgivaransvaret tydliggörs, på min klinik handskas man "vårdslöst" med långtidssjukskrivna".

Vidgade möjligheter till arbetsträning/omplacering

För att öka återgång i arbete efter sjukskrivning efterfrågas ökad flexibilitet från landstinget för omplacering inom organisationen.

"Det finns bara kunskap och resurser om hur man ska komma tillbaka till den gamla arbetsplatsen."

"Landstinget borde som arbetsgivare kunna skjuta till med pengar och även arbeta för lättare överflyttning mellan klinikerna."

"Större flexibilitet vid arbetsplacering och omplacering."

"Få prova andra arbetsplatser inom eller utan enheten. LiÖ är för närvarande en stor arbetsgivare. Borde gå att hitta "lättare" arbete eller individanpassa tjänster."

Bättre samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna

Förslag framkommer på förbättrat samarbete med övriga aktörer såsom försäkringskassan och företagshälsovården för rehabiliterande och förebyggande insatser.

"Bättre samarbete mellan arbetsgivare och FK."

"FHV arbetar även med förebyggande åtgärder."

"Varje enhet skulle få regelbundna besök av sjukgymnast, arbetsterapeut (FHV) för att bedöma vad som kan förbättras i arbetsmiljön."

"FHV skulle kunna utnyttjas mer preventivt."

Sociala mötesplatser

Man framför önskemål om mötesplats med andra landstingssjukskrivna, ett sätt att bryta ensamhet och passivitet, att ge varandra socialt stöd och kanske även råd och tips.

"Skulle kanske kunna ha en grupp med andra som är sjukskrivna, vi skulle få göra något, ta promenader, gå och fika etc."

"Någonstans att träffas om man råkar bli långsjuk, gärna utanför sjukhusområdet, kanske någon lokal på kanslit."

Andra reflektioner

Utifrån omfattningen och innehållet i förslagen framgår det tydligt att det som tidigare gjorts inte varit tillräckligt. Istället återstår ett omfattande arbete för att minska ohälsa och sjukskrivningarna inom LiÖ.

"Det räcker inte med en årlig utflykt eller ett välutformat åtgärdsprogram på ett papper."

Avslutningsvis får följande citat belysa de långtidssjukskrivnas uppskattning av att ha fått möjlighet att förmedla sina synpunkter och upplevelser kring deras arbetsmiljö. ”

”Tack landstinget för att du ställde frågan!”

DISKUSSION

Studien visar att långtidssjukskrivna, som väntat, har en låg självskattad hälsa. Bland långtidssjukskrivna (>6 månader) anställda inom landstinget i Östergötland är kvinnor överrepresenterade, 92% av de långtidssjuka är kvinnor, medan 81% av de anställda är kvinnor. En förklaring till de höga sjukskrivningstalen bland äldre kvinnor inom offentliga sektorn ligger i den kohorteffekt som uppstått genom att en stor grupp kvinnor inträdde arbetsmarknaden och framför allt inom landstingskommunal verksamhet under 1970-talet. Gruppen har arbetat under liknande arbetsvillkor som successivt försämrats i takt med att ökad ålder medfört nedsatt arbetskapacitet (Marklund & Toomingas, 2000). Arbetsmiljöerna anpassas dessutom i mycket liten grad till äldres förutsättningar och behov (Marklund, 2000). En annan förklaring till den ojämlika ohälsan är kvinnors ökade arbetsbelastning på fritiden genom det obetalda arbetet vilket ger sämre möjligheter till återhämtning (Marklund, 2000).

Den vanligaste diagnosen var utbrändhet som 38 % angav som sjukskrivningsdiagnos. Detta är en mycket hög andel jämfört med andra studier av långtidssjukskrivna. Den psykiska ohälsan är dock hög inom offentliga sektorn. Personer som arbetar med människor som objekt, som har så kallade kontaktyrken anses löpa högre risk för att drabbas av utbrändhet och psykiska besvär. För de långtidssjukskrivna inom LiÖ handlar det om patientkontakten. Andra studier har visat samband mellan sjukskrivning och psykisk ohälsa, oavsett sjukskrivningsdiagnos. RFV-HALS påvisar att bland personer sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och för övriga besvär har 40 % av kvinnorna och en tredjedel av männen känt sig nedstämda minst två veckor under senaste året (RFV 2002:16).

Fler än hälften har varit sjukskrivna i mer än 1,5 år och nästan en femtedel i mer än tre år. Endast en dryg fjärdedel hade varit sjukskrivna under mindre än ett år. Denna andel överträffar rikets där vartannat sjukskrivningsfall varat mer än ett år (RFV 2000:11). Sjukskrivningslängden har samband med återgång i arbete. En större andel av de som varit sjukskrivna i mindre än ett år kunde återgå i arbete. Såväl inom forskning som empiri är det väl känt att tidiga insatser är betydelsefulla för att främja återgång i arbete vid sjukskrivning. För att minska andelen långtidssjuka krävs dels att man

förebygger sjukskrivning, dels att man tidigt åtgärdar de hinder för återgång i arbete som uppstår och sannolikt blir alltmer betydelsefulla ju längre sjukskrivningen varar.

Yrkesgrupperna med hög respektive låg kvalifikationsnivå skiljer sig i viss mån med avseende på sjukdomsbild. En högre andel i den förra gruppen har psykiska besvär och sämre emotionell rollfunktion i SF-36 än gruppen med låg kvalifikationsnivå. Besvär i rörelseorganen och sämre fysisk hälsa i SF-36 är vanligare bland yrkesgrupper med låg kvalifikationsnivå. Utbildningsnivå och socioekonomisk situation har i många studier visats ha betydelse för ohälsa och sjukskrivning (Vingård & Hagberg, 2000). Personer med lång utbildning har oftare tjänstemannayrken och mindre fysisk arbetsbelastning samt större möjligheter att påverka sin arbetssituation än personer med kortare utbildning som oftare har arbetaryrken och sämre arbetsmiljö (RFV 2003:3). Detta ger emellertid inte någon förklaring till den höga psykiska ohälsan bland högkvalificerade grupper.

Gruppen som återgått i arbete skattade sin hälsa högre än de som fortfarande är långtidssjukskrivna. Dock skattar de sin hälsa sämre än friska landstingsanställda som inte varit sjukskrivna vilket antyder att de fortfarande upplever nedsatt hälsa men ändå arbetar. Resultaten kan tolkas som att detta är en riskgrupp som behöver särskilt stöd för att deras arbetsförmåga skall bibehållas.

Närmare 70% uppger att arbetet helt eller delvis orsakat deras sjukskrivning. Det är värt att notera att 90% av dem med psykisk ohälsa uppger att arbetet är orsaken till deras besvär. I en undersökning av personer långtidssjukskrivna mellan ett år och ett och ett halvt år ansåg två tredjedelar, samma andel som inom LiÖ, att arbetet var orsaken (Göransson et al, 2002). Jämfört med andra studier där arbetsrelaterad sjukskrivning undersökts är LiÖ:s siffror höga. För sjukskrivna mer än 15 dagar förlägger 51 % orsaken till arbetet (RFV 2002:16). Undersökningarna om arbetsrelaterade besvär 1996-2002 och Arbetskraftsundersökningarna visar att 44 % av den totala sjukfrånvaron var arbetsrelaterad för kvinnor och 36 % för män (SOU 2003:13). Av dem som ansåg att förhållanden på arbetsplatsen var orsaken till sjukskrivningen påpekade två tredjedelar detta för sin chef innan de blev sjukskrivna. Liknande resultat har presenterats av Göransson et al (2002).

Resultaten ger en god bild av vilka förhållanden som bidragit till att man drabbats av långtidssjukskrivning. De främsta orsakerna till att man blir långtidssjukskriven förefaller vara arbetsbelastning, som i sin tur är nära relaterat till arbetsorganisation och ledarskap. En hög arbetsbelastning, såväl kvalitativt som kvantitativt uppstår av mer vårdkrävande patienter än vad bemanningen är planerad för, för få vikarier och arbete tillsammans med oerfaren personal. Vid hög arbetsbelastning är återhämtning nödvändigt. Många kommentarer tyder på att återhämtningsmöjligheterna har minskat. Det är svårt att vara deltidssjukskriven, svårt att få ledigt för familjehögtider och liknande, semesterperioden blir sönderdelad och många saknar möjlighet till lagstadgade pauser under arbetsdagen. De långtidssjukskrivas beskrivningar av arbetsbelastningen ger sammanfattningsvis en bild av en ständigt hög tidspress med regelbundet återkommande störningar i återhämtningsperioder och pauser.

Ledarskapets roll för en hälsofrämjande arbetsplats tydliggörs här i dess motsatts, ledningens betydelse för långvariga sjukskrivningar. Den frustration som speglas i många kommentarer visar den stora betydelse en arbetsledare har i sitt förhållningssätt för personalens hälsa och välbefinnande. Bristande ledarskap har samband med sämre arbetsplatsklimat, otydligheter i samordning av roller och ansvar och bristande långsiktighet och kontinuitet. Tillsammans skapar dessa förhållanden en stressande arbetssituation genom att man känner sig dåligt informerad och har bristande kontroll över arbetssituationen, otrygghet och i många fall känner sig orättvist behandlad. En studie av sjuksköterskor inom akutsjukvård visade att bristande stöd från arbetsgivaren i kombination med höga krav och stort ansvar gav utbrändhetssymtom (Berlin Ray, 1987). Dåligt socialt stöd har dessutom visats ha tydliga samband med sömnsvårigheter och olust att gå till jobbet (SOU 2003:13).

De långtidssjukskrivna i LiÖ beskriver arbetsförhållanden som präglas av höga krav genom hög arbetsbörda, underbemanning och låg kontroll i form av begränsade påverkansmöjligheter. Omfattande forskning har visat att begreppen krav och kontroll utgör centrala dimensioner av den psykosociala arbetsmiljön. Personer med höga krav och hög belastning i arbetet men låg kontroll och begränsat beslutsutrymme har spända arbeten som ger störst risk för negativ stress och sjukskrivning (Karasek & Theorell 1990, RFV 2003:3). Låg egenkontroll i arbetet är vanligare bland långtidssjukskrivna jämfört med normalbefolkningen. Lägst kontroll med små möjligheter att påverka hur och

vad som skall utföras i arbetet upplever långtidssjukskrivna kvinnor (RFV 2003:3). Stressforskning kring skadliga arbetsmiljöer har visat att socialt stöd från arbetsledare och kamrater förefaller minska riskerna att drabbas av en mängd olika sjukdomar. Samband har även visats mellan personer som får mycket stöd på arbetsplatsen och färre psykosomatiska besvär (Hedin, 1994). Stress av hög arbetsbelastning och höga krav ger inte lika allvarliga biverkningar när det finns socialt stöd från arbetsledare och kamrater (Karasek & Theorell, 1990). Ett bra socialt stöd på arbetsplatsen har visats ge lägre risk för långtidssjukskrivning (RFV 2003:3) och främja tillfrisknande hos personer som redan drabbats av sjukdom (Hedin 1994, Karasek & Theorell 1990). Tidigare studier av långtidssjukskrivna har även betonat vikten av att chefen ger stöd i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (Nordqvist et al 2000, Ockander 2001). Vikten av stöd från arbetsgivare för en framgångsrik rehabilitering har betonats i flera studier (Edlund 1994). Särskilt närmaste chefens stöd har visat sig vara betydelsefull för återgång i arbete (Hedin, 1994).

Undersökningsgruppen var sjukskrivna då de besvarade enkäten. Detta kan innebära att man har en ökad benägenhet att tillskriva arbetsplatsen större orsak till ohälsan, än om man varit i arbete. De långtidssjukas upplevelse av arbetsledning och organisation och av hur de fått hjälp och stöd har emellertid betydelse för hur man ser på sina möjligheter till återgång i arbete. Upplevelser av bristande engagemang och stöd under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan öka hindren för återgång i arbete.

De åtgärder som sätts in vid långvariga sjukskrivningar är ofta av utredningskaraktär. På arbetsplatsen skall en rehabiliteringsplan genomföras. Knappt hälften uppger att en sådan utredning gjorts, andelen är lägre i äldre åldersgrupper. Resultatet bekräftas av andra undersökningar som visat att rehabiliteringsutredningar saknas i 75 % av fallen samt att arbetsgivaren brister i att sätta in åtgärder i ett tidigt skede vilket anses vara avgörande för en framgångsrik rehabilitering (Svenning 1998), men långtidssjukskrivna upplever sig ofta få svagt stöd från arbetsgivaren (Edlund 2001). Orsakerna till arbetsgivarens brister i hanteringen av sjukskrivnings och rehabiliteringsärenden har förklarats med avsaknad av kompetens i området (Hane 1999). Resultatet antyder att chefens kunskap i rehabiliteringsfrågor påverkar återgång då en högra andel av dem som återgått i arbete jämfört med dem som fortfarande är sjukskrivna, anser att chefen är insatt. Andra studier

bekräftar detta genom att arbetsgivarens inställning bedöms vara avgörande för utfallet i rehabiliteringsärenden (Edlund 2000).

Gruppen med *psykiska besvär* betonar mindre stressigt arbete som den viktigaste åtgärden för att möjliggöra återgång i arbete. Andra betydelsefulla förändringar är minskad arbetstid, förändrade arbetsuppgifter samt bättre stämning på arbetsplatsen. För personer med psykiska besvär är det dessutom viktigt med en ökad lust och vilja att arbeta för att kunna återgå i arbete. De ser också att byte av yrke och arbetsplats och andra arbetskamrater eller chef kan vara avgörande för återgång i arbete. Dessa önskemål bekräftas i de rekommendationer som finns på att personer med utbrändhet inte i första hand skall återgå till sin tidigare arbetsplats utan att det istället är gynnsamt med återgång till annan arbetsplats eller yrke. Personer med psykiska besvär har i tidigare studier betonat behovet av minskad stress i arbetet och byte av social miljö (Göransson et al 2002). Chefer har i en tidigare studie angett att det är lättare att hantera arbetstagare med fysiska åkommor jämfört med arbetstagare med psykiska besvär som ofta kräver mer insatser och engagemang av chefen (Strindlund 2001).

Få, en tredjedel, uppger att man fått en rehabiliteringsplan gjord av försäkringskassan. Andra former av insatser kan emellertid ha gjorts, då en större andel uppger att de fått hjälp och stöd från försäkringskassan. Resultaten tyder dock på att det finns en risk för att ett målinriktat rehabiliteringsarbete ej genomförts.

Företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsärenden är i många fall oklar. Knappt hälften av de långtidssjukskrivna anser att de har fått hjälp och stöd från Östgötahälsan. Personer med psykiska besvär upplever i högre grad att de har fått hjälp och stöd från Östgötahälsan, vilket sannolikt kan hänföras till det s.k. Garuda-projektet. Även andra studier bekräftar emellertid att personer med psykiska besvär upplever att de fått stöd och hjälp av företagshälsovården (Hedin, 1994).

Fyra av tio av de långtidssjukskrivna inom LiÖ anser att de skulle kunna arbeta i någon form om de själva kunde bestämma över sin arbetssituation vad gäller arbetsuppgifter och arbetstid. I RFV-HALS anser sex av tio att de skulle kunna arbeta vilket är en högre andel jämfört med de långtidssjukskrivna i LiÖ, dock har denna grupp inte varit sjukskrivna lika

länge (RFV 2002:16). Siffrorna talar för deltidssjukskrivning eftersom de sjukskrivna förmedlar att de har någon form av arbetsförmåga.

Kommentarerna i enkäten gav en bild av vilka förhållanden som är viktiga för att etablera en god rehabiliteringsprocess. Till dessa förhållanden hör:

- Respekt för ohälsan
- Arbetsledningens förhållningssätt och agerande
- Rutiner på arbetsplatsen vid sjukskrivning och rehabilitering
- Vidgade möjligheter till arbetsträning och omplacering
- Bättre samverkan mellan rehabiliteringsaktörerna
- Sociala mötesplatser för långtidssjukskrivna

REFERENSER

Alexandersson K. (2000) *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Bilaga till sjukförsäkringsutredningen, Socialdepartementet SOU:2000:121;273-301ed. Stockholm.

Andersson A. et al (2003) *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning.* IHS Rapport 2003:1, Linköpings universitet, Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan i Östergötland.

Aronsson G., Gustavsson K. & Dallner M. (1999) *Sjuk och på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro.* Arbetsmarknad & arbetsliv, årg 5, nr 1.

Bejerot E. & Aronsson G. (2000) Psykiskt och fysiskt tröttande arbete - tendenser under 1990-talet. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000.* Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Berlin R. (1987) Supportive Relationships and Occupational Stress in the Workplace. I Albrecht och Adelman: *Communicating Social Support*, Sage publications, London.

Bäckman O. och Edling C. (2000) Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000.* Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Edlund C. (2001) *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering.* Institutionen för folkhälsovetenskap och klinisk medicin, Umeå universitet, Umeå.

Ekberg K och Barajas J. (2000) Hälsöfrämjande omorganisation - vilka är förutsättningarna? I Barklöf (red) *Magra organisationer i arbetslivet. Vägval?, En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer.* Rådet för arbetslivsforskning.

Gatchel RJ., Polatin PB., Noe C et al (2003) Treatment- and cost-effectiveness of early intervention for acute low-back pain patients: a one-year prospective study. *J Occup. Rehab.* 2003;13:1-9.

Gonäs L. och Bildt Thorbjörnsson C. (2001) *Könssegregering i arbetslivet*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Göransson S., Aronsson G och Melin B. (2000) *Vilja och villkor - en studie om långtidssjukskrivnas situation*. Bilaga i SOU 2002:5. Fritzes, Stockholm

Hane M. (1999) *Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet - samtal med 17 personer med erfarenhet*. Abonnemangsrapport 73, nov. Elanders, Göteborg.

Hedin U-C. (1994) *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom*. Avhandling vid Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, Göteborg.

Hemström Ö. (2002) *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*. Arbetslivsinstitutet. Bilaga 2:4 i SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Fritzes, Stockholm.

Karasek R. och Theorell T. (1990) *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic books, New York.

Kivimäki M. et al (2000) Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 7240, 971-975.

Landstinget i Östergötland (2003) Sjukfrånvarostatistik, LISA.

Landstingsförbundet (1999) *Landstingets personal 1999*. Stockholm.

Landstingsförbundet (2003) *Sjukfrånvaro i landstingen och regionerna 2002*. Stockholm.

Lundberg I. (2000) Arbetsmarknad, arbetsliv och psykisk ohälsa. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Marklund S. (2000) (red) *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Marklund S och Toomingas A. (2000) Ålderskillnader i arbete, arbetsmiljö och ohälsa. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Nordqvist C., Alexandersson K., Holmqvist C. (2000) Arbetsgivarens betydelse vid sjukskrivning - om att återgå i arbete. *Socialmedicinsk tidskrift* 77 (5) 429-437.

Näringsdepartementet (2001) *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv: en handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet*. Ds 2001: 29 ed. Fritzes/ Näringsdepartementet/Regeringskansliet, Stockholm.

Ockander M (2001) *A female perspective on health, disease and sickness absence*. Medical Dissertation no 699, Linköping University.

Riksförsäkringsverket. Månadsstatistik juli 2003.

Riksförsäkringsverket (2000) RFV Analyserar 2000:11. *Arbetsmiljöns betydelse på sjukfrånvaron och utbyte av arbete*.

Riksförsäkringsverket (2002) RFV Analyserar 2002:16. *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete*.

Riksförsäkringsverket (2003) RFV Analyserar 2003:3, *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*.

Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Epidemiologiskt centrum, Stockholm.

SOU 2002:5 *Slutbetänkande av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Fritzes, Stockholm.

SOU 2003:13 *Slutbetänkande av utredningen om analys av hälsa och arbete*. Fritzes, Stockholm

Strindlund L. (2001) *Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ur chefens perspektiv*. Magisteruppsats, Linköpings universitet, Linköping

Svenning M. (1998) *Rehabilitering - Idé och verklighet*. Studentlitteratur, Lund.

Tegsjö B., Hedin G. & Eklund E. (2000) *Kartläggning av magra organisationer*. Rådet för arbetslivsforskning. Stockholm.

Vingård E. & Hagberg M. (2000) Arbetsfaktorer och besvär från rörelseorganen. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Yassi A., Tate R., Cooper JE. et al (1995) Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: an evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-year pilot project. *Occup. Med.* 1995;45:209-14.

Wikman A (2000) Arbetslängd i yrken. I Marklund S. *Arbetsliv och hälsa 2000*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

IHS RAPPORTSERIE

- 2003:1 Andersson A, et al. *Vad är en god arbetslivsinriktad arbetsplats? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning.* IHS vid Linköpings universitet, Försäkringskassan och Landstinget i Östergötland.
- 2004:1 Strindlund L, Ekberg K. *Långtidssjukskrivna inom Landstinget i Östergötland 2002. Diagnoser, arbetsförhållanden och rehabiliteringsbehov.* Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering, IHS vid Linköpings universitet.