

Hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor i arbete trots ohälsa

En prospektiv studie av lokalvårdare/hemtjänstpersonal med jämförelsegrupper före och efter personalstödjande interventioner

Bodil Landstad
Kristina Schöldt

Jan Ekholm
Alf Bergroth

Syftet med studien är att belysa hur de som arbetar trots besvär upplever sin livskvalitet. Det är en prospektiv studie med jämförelsegrupper av lokalvårdares och hemtjänstpersonals hälsorelaterade livskvalitet före, under och efter personalstödjande intervention. Studien utgör en del av en större studie med övergripande syfte att undersöka olika effekter av förebyggande insatser som görs för arbetstagare som är i arbete trots besvär och där risk för återkommande sjukskrivning föreligger.

Bodil Landstad är samhällsvetare och verksam vid CSF, Mithögskolan, Östersund och doktorand vid Karolinska institutets institutionssektion för Rehabiliteringsmedicin, där Jan Ekholm är professor och Kristina Schöldt är docent. De två senare är även läkare med specialistkompetens i rehabiliteringsmedicin och verksamma vid Karolinska sjukhusets Rehabiliteringsmedicinska klinik, Stockholm. Båda är verksamma i CSF. Docent Alf Bergroth är utvecklingschef på Försäkringskassan i Stockholm och tillika föreståndare för CSF.

BAKGRUND

Att förbättra hälsan är ett högt prioriterat mål som varit vägledande för en rad olika reformer inom arbetslivsområdet. Bakom den nya socialförsäkringslagstiftningen som trädde i kraft 1992, låg analyser om vikten av tidiga insatser liksom arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av egna anställda. En grundläggande tanke i beredningens förslag var att den tidiga rehabiliteringen i största möjliga mån skulle bedrivas på arbetsplatserna [1]. Arbetsmiljökommisionen ansåg att orsakerna till det då höga ohälsotalet till viss del berodde på förhållanden på arbetsplatserna: brister i den fysiska arbetsmiljön och avsaknaden av rehabiliteringsrutiner [2]. Rapporten fick stor betydelse för diskussionen om hur

förebyggande insatser skulle utformas. Riksdagen beslöt att för tidsperioden 1990-1995 bilda Arbetslivsfonden med uppgifterna att dels finansiera åtgärder som syftade till att förbättra arbetsmiljön och arbetets organisation och dels att få till stånd tidig och aktiv rehabilitering på arbetsplatserna. Möjligheterna öppnades då för ett brett stöd till arbetsplatser för insatser delvis inriktade på enskilda långtidssjuka, men också insatser för att förebygga utslagning. Erfarenheter från utvärderingsstudier av Arbetslivsfondens verksamhet centralt har visat att en helhetssyn på arbetsmiljö, arbetsorganisation och rehabilitering gav bra resultat [3, 4, 5, 6].

I Sjuk- och arbetsskadekommitténs slutbetänkande 1996 föreslogs att möjligheter borde skapas för att vidga perspektivet till att betrakta alla individer på en arbetsplats som är i behov av insatser och sammanföra dessa i ett arbetsmiljö- och rehabiliteringsprogram. Kommittén ansåg att försäkringskassan skulle kunna delfinansiera genomförandet av åtgärdsprogram, särskilt i små företag. Försäkringskassan föreslogs även möjligheter att delfinansiera åtgärder för personer som har dokumenterade besvär med risk för återkommande sjukskrivning [7, 8]. Inom försäkringskassan håller en medvetenhet på att växa sig allt starkare att rehabiliteringsarbetet i mycket högre grad än tidigare, måste fokuseras på förebyggande insatser. Utvärderingen av en sådan insats beskrivs i Vinbergs uppsats i detta temanummer [9]. Projektet syftade till att effektivisera arbetet med rehabilitering genom att tillämpa en helhetssyn på arbetsmiljö och rehabilitering. Förebyggande insatser kombinerades därför med anpassning och rehabilitering. Grundtanken bakom AMoRE-projektet var att försäkringskassan skulle ta tillvara erfarenheter, metoder och kompetens som byggts upp inom Arbetslivsfonden. Av de projektansökningar som inkom till

AMoRE-projektet under våren 1996 valdes en arbetsplats inom lokalvård och en inom hemtjänst till föreliggande studie.

Arbetsmiljö och rehabiliteringsprogrammen skulle vända sig till alla på arbetsplatsen, dvs friska, arbetande med besvär, upprepat sjukskrivna och långtidssjukskrivna. I studien har de arbetstagare som var i arbete med besvär i rörelseorganen deltagit. Dessa två grupper av arbetstagare benämns i studien som interventionsgrupper. Interventionsgrupperna har under projektiden jämförts med referensgrupper med arbetstagare inom samma yrkeskår.

Lokalvårdare och hemtjänstpersonal

Yrkesgruppen lokalvårdare och hemtjänstpersonal är i en studie om yrke och långvarig sjukskrivning i Jämtlands- och Västernorrlands län identifierat som två av de 20 yrken där den relativa risken för långtidssjukskrivning är mycket hög [10]. I samtliga 20 högriskyrken var sjukdomar i rörelseorganen den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Sjukskrivningsorsakerna kunde hänföras till besvär i rörelseorganen för 66 % av kvinnliga lokalvårdare och för 59 % av kvinnlig hemtjänstpersonal [10]. Erfarenheter från Arbetslivsfondens speciella satsning på ett friskare arbetsliv för kvinnor - ALFA Q programmet - visade att målstyrda grupper, där personalen fick ta eget ansvar och där yrkesrollen breddades, var mycket utvecklande för både de anställda och organisationen [11]. Andra erfarenheter från Arbetslivsfondens verksamhet visade tydliga samband mellan förändrad arbetsorganisation och ökad produktivitet. Däremot påvisades inget samband mellan utbildning och produktivitet. Det kan betyda att utbildning, som inte är kopplad till arbetsorganisatoriska förändringar, inte bidrar till att öka produktiviteten [4].

Genomgående för de arbetsplatser inom lokalvårds- och hemtjänstområdet som beviljades medel från Arbetslivsfonden var: hög personalomsättning, vantrivsel, hög sjukfrånvaro och svag självkänsla. De allra flesta projekten redovisar efter projektperiodens slut minskad sjukfrånvaro, minskat antal arbetsskador, ökad trivsel och arbetsglädje samt stora besparingar både hos arbetsgivaren och inom socialförsäkringen [12]. För lokalvårdargruppen är det framför allt inom fem områden som arbetet rekommenderas att förändras: 1) Arbetstiden förläggs till dagtid i stället för till kvällstid; 2) Fler får möjlighet att arbeta heltid; 3) Från att ha varit ett utpräglat ensamarbete organiseras arbetet till att utföras i grupp; 4) Inrättande av kombinationstjänster

dvs med inslag av andra arbetsuppgifter inom t ex vaktmästeri, enklare kontorsgöromål och 5) Införande av självstyrande arbetsgrupper med eget budgetansvar [12].

Hemtjänst utförs i vårdtagarens eget hem vilket för hemtjänstpersonalen innebär hänsyn till vårdtagarens personliga integritet och ofta arbete i hem som inte är ergonomiskt anpassade. Inte sällan är det svårt att förena vårdtagarens rätt till att bestämma i sitt eget hem med hemtjänstpersonalens rätt till en arbetsmiljö med minimerad risk för ohälsa och olycksfall. Vårdtygden har även ökat pga att fler äldre med stort hjälpbehov bor i hemmet. Detta sammantaget har medfört att yrket har blivit mer fysiskt och psykiskt krävande. I de flesta arbetsplatsprogram inom hemtjänsten sker en fokusering på förändring från tidigare i hög utsträckning ett ensamarbete till att arbeta i grupp. När personalen övertog delar av planering, administration, anhörigkontakt etc kunde arbetsledarna ägna mer tid åt handledning, stöd, uppföljning, långsiktig planering och utvecklingsarbeten. Under åren 1991 -1995 genomförde Arbetsmiljöfonden en särskild satsning på forskning om hemtjänstens och hemsjukvårdens arbetsmiljö med stor betydelse för förändringsarbete inom sektorn [13, 14].

Hälsorelaterad livskvalitet

Under de sista årtionena har den upplevda hälsan fått allt större betydelse i diskussioner och undersökningar om olika gruppers- och enskilda individers hälsoläge. Ett instrument som utvecklats för att mäta hälsorelaterad livskvalitet i enkätform är SF-36. Den svenska versionen av denna enkät har utarbetats av Sullivan och medarbetare [15]. De utgår i sin definition av begreppet hälsorelaterad livskvalitet från det hälsobegrepp som definierats av WHO 1948 [16]: "Termen livskvalitet är, liksom hälsa, mångtydig och kan inte ges en distinkt definition. Båda begreppen avspeglar olika aspekter av välbefinnande, men livskvalitet har ett avsevärt bredare innehåll. Hälsorelaterad livskvalitet innebär en pragmatisk avgränsning och avser främst funktion och välbefinnande vid sjukdom och behandling".

SYFTE

Syftet med studien är att kartlägga eventuella effekter på hälsorelaterad livskvalitet av personalstödande interventioner för kvinnliga lokalvårdare och hemtjänstpersonal, som är kvar i arbete trots besvär/symtom. Följande specifika frågeställningar bearbetades:

1. Skiljer sig hälsorelaterad livskvalitet hos de undersökta grupperna före intervention jämfört med svensk

kvinnlig normalpopulation?

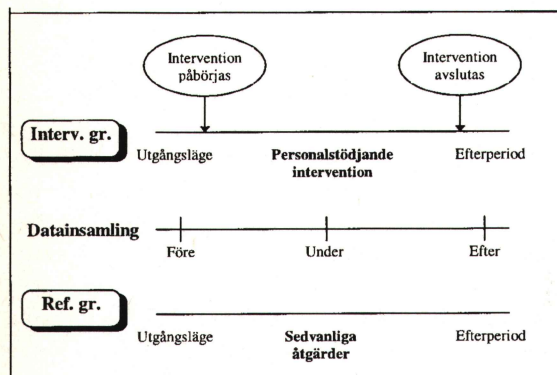
2. Kan effekter på hälsorelaterad livskvalitet av särskilda personalstödjande åtgärdsprogram påvisas hos interventionsgrupperna jämfört med referensgrupperna?

3. Kan förändringar ses på hälsorelaterad livskvalitet före- under intervention samt före-efter intervention inom interventions- respektive referensgrupperna hos lokalvårdarna och hemtjänstpersonalen?

MATERIAL OCH METOD

Studiens uppläggnig

Effekter av insatta åtgärder på arbetsplatserna studerades med hjälp av en modell uppbyggd i tre steg vilken innebar insamling av data före, under och efter intervention (*Figur 1*). Interventionstiden var olika för de två personalgrupperna som studerades. Interventionen pågick 12 månader i gruppen med lokalvårdare och 8 månader i gruppen med hemtjänstpersonal. Resultaten för interventionsgrupperna jämfördes med resultaten för referensgrupperna. Data från andra och tredje tillfället jämfördes även med data från före interventionerna i studien benämnt "före-under" respektive "före-efter".



Figur 1. Modell för uppläggnig av studien.

Urval

Två skilda arbetsplatser som skulle genomföra helhetsinriktade arbetsplatsprogram valdes till undersökningen. För att få så stort urval som möjligt, i enlighet med våra kriterier, krävdes en viss storlek på arbetsplatsen. Två kvinnodominerade arbetsplatser valdes, en inom lokalvårdsområdet och en inom hemtjänsten. Endast kvinnor har deltagit i studien. Jämförelser har gjorts med referensgrupper med arbetstagare inom samma yrkeskategorier och med besvär från rörelseorganen, men som inte fått denna speciella personalstödjande intervention utan haft sedvanligt personal-

stöd. Totalt deltog 99 arbetstagare i studien.

De kvinnor som ingick i grupperna var arbetstagare med besvär i rörelseorganen och där risk för återkommande sjukskrivningar kunde anses föreligga. Deltagandet i studien var frivilligt. Jämförelsen mellan grupperna pågick under ett år i lokalvårdsgruppen och 8 månader i hemtjänstgruppen. Referensgrupperna var jämförbara med interventionsgrupperna beträffande: kön, åldersfördelning inom gruppen, utbildningsnivå, branschtillhörighet (lokalvårdare, hemtjänstpersonal), liknande arbetsuppgifter, besvär i rörelseapparaten samt få eller inga sjukskrivningstillfällen för besvär i rörelseorganen året innan undersökningsperioden.

Deltagare i studien

Lokalvårdare. Interventionsgruppen bestod av 23 kvinnor. Gruppen valdes ut med hjälp av arbetsledningens kunskap om besvär och sjukfrånvaro. Genomsnittsålder i gruppen var 44.4 år (spridning 27-59 år). 61 % arbetade heltid. 65 % hade folk- eller grundskola som högsta grundutbildning. Referensgruppen bestod av 22 kvinnor. Alla lokalvårdare på arbetsplatsen fick först fylla i en enkät med några enkla frågor kring besvär och sjukfrånvaro. Gruppen valdes ut efter den information som framkom i formuläret enligt principer ovan. Genomsnittsålder i gruppen var 44.2 år (spridning 28-62 år). 50 % arbetade heltid. 73 % hade folk- eller grundskola som högsta grundutbildning.

Hemtjänstpersonal. Interventionsgruppen bestod av 25 kvinnor. Gruppen valdes ut med hjälp av företagshälsovårdens kunskap om besvär och sjukfrånvaro. Genomsnittsåldern var 43.1 år (spridning 29-56 år). 16 % arbetade heltid. 80 % hade folkhögskola- eller gymnasium som högsta grundutbildning. Referensgruppen bestod av 29 kvinnor. Gruppen valdes ut med hjälp av arbetsledningens kunskap om besvär och sjukfrånvaro. Genomsnittsåldern var 42.3 år (spridning 25-65 år). 28 % arbetade heltid. 59 % hade folkhögskola- eller gymnasium som högsta grundutbildning.

Enkät om hälsorelaterad livskvalitet (SF-36)

Det internationella mätinstrumentet SF-36¹ användes. Formuläret innehåller frågor om fysiskt, psykiskt och

¹ SF-36 Hälsoenkät är försedd med copyright knuten till Trust (MOT), Boston och till Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska sjukhuset för den svenska versionen. Tillåtelse att använda hälsoenkäten ges rutinmässigt till individer eller organisationer efter skriftlig förfrågan.

Tabell I. Hälsorelaterad livskvalitet uppdelad på åtta dimensioner beskrivna på engelska och svenska. Definition av lägsta och högsta skalpoäng inom varje dimension [15].

Dimension	Lägsta skalpoäng	Högsta skalpoäng
Fysisk funktion (Physical Functioning)	Mycket begränsad fysisk aktivitetsnivå, inklusive ADL, som att tvätta och klä sig.	Kan utföra alla former av fysisk aktivitet inklusive de mest ansträngande.
Rollfunktion-Fysisk (Role-Physical)	Problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.	Inga problem med att utföra arbetet eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa.
Smärta (Bodily Pain)	Mycket svår och i mycket hög grad handikappande värk/smärta.	Ingen värk/smärta och inga funktionsinskränkningar på grund av värk/smärta.
Allmän hälsa (General Health)	Värderar sitt hälsotillstånd som dåligt och tror att hälsan kommer att bli sämre.	Värderar hälsan som utmärkt.
Vitalitet (Vitality)	Känner sig trött och utsliten hela tiden.	Känner sig riktigt pigg och energisk hela tiden.
Social funktion (Social Functioning)	Omfattande och ofta förekommande störningar av det normala umgänget i och utanför hemmet på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.	Upprätthåller det normala sociala umgänget i och utanför hemmet utan störningar på grund av fysisk eller psykisk ohälsa.
Rollfunktion -Emotionell (Role-Emotionell)	Svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.	Inga svårigheter med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem.
Psykiskt välbefinnande (Mental Health)	Känner sig nervös och nedstämd hela tiden.	Känner sig harmonisk, lugn och glad hela tiden.

socialt hälsoläge. Hälsoläget, dvs upplevd hälsa, bedöms av de svarande själva. Frågeformuläret innehåller sammanlagt 36 delfrågor samlade till åtta dimensioner. De åtta dimensionernas benämning beskrivs på svenska och engelska i *Tabell I*. Resultatet anges med värden på standardiserade skalor inom varje dimension och kan därmed utformas som en profil. Skalorna är poängsatta enligt Likert's metod som innebär summering av svar med lika vikt. Definition av lägsta och högsta skalpoäng framgår även i *Tabell I*. Genom att en normering av SF-36 i befolkningen har genomförts kan jämförelser med normal svensk population göras [15].

Lokalvårdarnas personalstödande interventionsprogram

När arbetsmiljö- och rehabiliteringsprogrammet startade i januari 1996 hade redan de första stegen i utvecklingsprocessen grundlagts genom ett fackligt projekt som syftade till att öka effektiviteten och höja kvalitén inom den offentliga sektorn. En utgångspunkt för rehabiliteringsprogrammet var den oacceptabla nivån på sjukfrånvaron och den speciella prägel som känne-

tecknar yrkesgruppen - låg status och kvinnodominans. En kombination av åtgärder riktade mot enskilda individer samt ett omfattande förändrings- och utvecklingsarbete där alla på arbetsplatsen aktivt medverkade påbörjades. All personal på arbetsplatsen har deltagit i projektet, frisk som sjuk, man som kvinna. Som projektledare för rehabiliteringsprogrammet anställdes en kvinnlig beteendevetare.

Till projektledaren knöts en projektgrupp bestående av 7 utvalda lokalvårdare. Projektgruppen företrädde sina arbetskamrater och skulle efter att ha fångat upp synpunkter utforma ett personalstödande interventionsprogram. Projektledaren har under projektets gång haft enskilda samtal med de i personalgruppen som har önskat det. Innehållet i de enskilda samtalen har bl a kretsat kring personlig utveckling, självkänsla och arbetstillfredsställelse men också kring problem och funderingar av mer personlig karaktär. När utbildnings- och utvecklingsaktiviteter har genomförts har ersättare gått in och övertagit de ordinarie arbetsuppgifterna. Detta för att lokalvårdarna skulle få möjlighet att koncentrera sig på aktiviteterna och inte känna sig pressade över att

inte hinna utföra sitt arbete.

Grupputveckling. Tidigt under projektiden deltog alla i två utvecklingsdagar med syftet att stärka vi-känslan och tryggheten i arbetsgrupperna, att alla skulle delta och bli "synliga", stimulera till att ta ansvar, att gemensamt försöka hitta stolthet i yrkesrollen som lokalvårdare. Lokalvårdarna fick enskilt och i grupp ge sin syn på, och komma med förslag på, vilka insatser de bedömde vara viktiga i förändringsarbetet. Under hela projektiden har personalens önskemål varit vägledande för val av insatser.

Efter utvecklingsdagarna fortsatte arbetet med att utveckla arbetsgrupperna tillsammans med respektive sektionschef. Det arbetet har skett i nära samarbete med det fackliga projektet. Under projektiden har arbetsgrupperna övertagit ansvaret för arbetsfördelningen inom gruppen. Tidigare låg ansvaret på sektionscheferna.

Ledarskapsutveckling. Chefsutveckling har varit en del i projektet för att åstadkomma en förändring och utveckling av kulturen inom organisationen. Processen påbörjades under utvecklingsdagarna, där varje enskild chef fick ett antal mycket personliga frågeställningar att reflektera över. En individuell uppföljning genomfördes vid ett senare tillfälle. Chefsgruppen fick dessutom ett antal frågeställningar att reflektera över i grupp. En form av s k reflekterande team tillämpades. Chefsgruppen har sedan haft en utvecklingsdag där fokus lades på de känslor, tankar och den energi som anses styra människors handlande.

Massage. Alla anställda har fått möjlighet att bli masserade var tredje vecka av en massör som arbetat halvtid under projektåret.

Bättre städmetoder. Minskningen av personal har bidragit till att städytorna för varje lokalvårdare har blivit större. Med målsättning att minska antalet belastningsskador har nya städmetoder införts. Istället för den traditionella våtstädningsmetoden tillämpas numera torrstädning med den s.k. KBM-metoden.

Utbildning i golvvård. Alla lokalvårdarna har under fyra halvdagar genomgått en utbildning i golvvård.

Föreläsningar om kropp och själ. En rad föreläsningar i olika ämnen, med anknytning till kroppslig och själslig utveckling och välmående, har under interventionssperioden arrangerats i enlighet med lokalvårdarnas önskemål t.ex. om zonterapi och homeopati. Flera med mångåriga besvär påbörjade sedan behandling. Projektet betalade för de fem första behandlingarna och efter en utvärdering betalade den anställde hälften själv om vederbörande ville fortsätta behandlingarna. Föreläsning

om fotvård gavs och projektet betalade en fotvårdsbehandling på arbetstid för alla anställda.

Friskvårdsaktiviteter. Många olika frivilliga aktiviteter har genomförts för att stärka lokalvårdarnas fysiska och psykiska uthållighet t.ex. kurs i mental träning, kurs i rökavvänjning, viktväktarprogram under 12 veckor, färgrådgivning för att öka lokalvårdarnas självförtroende och självkänsla.

Utvecklande av förslagsverksamhet. Ledningen har aktivt stimulerat lokalvårdarnas uppfinningsrikedom och nytänkande genom att belöna goda förslag till förändringar.

Utarbetande av arbetsmiljöprogram. En arbetsgrupp bestående av enhetscheferna och de fackliga representanterna har tillsammans med personalchefen arbetat fram ett arbetsmiljöprogram i vilket det ingår bl a: långsiktiga mål för rehabiliteringsarbetet, rutiner vid sjukfrånvaro, rehabilitering, arbetsskador, tillbud, mobbning och kränkande särbehandling, introduktion av nya medarbetare och rutiner vid avveckling, alkohol- och drog-policy.

Utveckling av samverkan med andra myndigheter. Landstingshälsan, försäkringskassan och yrkesinspektionen har under projektiden deltagit i diskussioner om metodik och strategier i förändringsarbetet.

Hemtjänstpersonalens personalstödjande interventionsprogram

Aktiviteter har genomförts såväl på grupp- som individnivå. Målgrupp har i huvudsak varit alla anställda inom barn- och ungdomsförvaltningen och socialförvaltningen. 35 anställda med besvär i rörelseorganen valdes ut för en vistelse vid en ortopedisk rehabiliteringsenhet. När vissa aktiviteter har genomförts har ersättare gått in och övertagit de ordinarie arbetsuppgifterna. Ansvar för projektets praktiska genomförande har legat på personer inom de två förvaltningarna inom kommunen som har det dagliga ansvaret för personal, ekonomi och verksamhet. Personalchefen har haft ett samordningsansvar, medan socialchefen och skolchefen haft det övergripande ansvaret för rehabiliteringsprogrammet.

Vistelse vid ortopedisk rehabiliteringsenhet. 35 anställda, varav 25 från hemtjänsten, vistades två veckor på en ortopedisk rehabiliteringsenhet. Ett kriterium som var uppställt var att individerna skulle vara i arbete trots besvär i rörelseorganen, dvs i arbete utan ofta förekommande eller långvarig sjukfrånvaro.

Efter hälsoundersökning med utredning följde en be-

dömning omfattande diagnostik, prognos och behandlingsplan. I rehabiliteringsteamet ingick läkare, psykologer, sjukgymnaster, dietist och sjuksköterska. Efter utredningen följde undervisning och träning under vistelsen på enheten. Undervisningen omfattade bla anatomi, ergonomi, träningslära, stresshantering, avslappning, mental träning, smärtstillande mediciner, mobbing på arbetsplatsen, kris och krishantering, sömnstörningar och kostlära.

Varje person hade ett individuellt utformat träningsprogram omfattande bl a att träna hållning och balans, bassängträning, utomhusträning, stresshantering och avslappning.

Under vistelsen arbetade deltagarna med egna handlingsplaner som omfattade: vad individen själv skulle behöva förändra för att må bättre, förändringar som skulle behöva genomföras i den egna familjen och förändringar som skulle kunna genomföras i den egna arbetsmiljön.

Varje deltagare fick analysera sin egen arbetsmiljö. Under slutet av andra veckan anordnades träffar på den ortopediska rehabiliteringsenheten med deltagarnas arbetsledare, för att gå igenom planerna och diskutera konkreta lösningar på arbetsplatsen. Alla deltagarna fick ett utlåtande som innehöll smärtorsak/diagnos, utrednings- och behandlingsbehov. En av psykologerna följde upp deltagarnas handlingsplaner. Syftet med denna uppföljning var att hitta arbetsmetoder och former för att vidmakthålla nya vanor och beteenden.

Rygg- och friskvårdsombud. I projektansökan angavs en ambition om att de personer som deltog i rehabiliteringsenhetens två-veckors program i en förläng-

ning också skulle utbildas till rygg- och friskvårdsombud vid sina respektive arbetsplatser. Några månader efter vistelsen bjöd företagshälsovården in till en uppföljningsträff för att ge råd och konkreta tips på hur det går att arbeta med friskvård på den egna arbetsplatsen. Även arbetsledarna deltog vid denna träff.

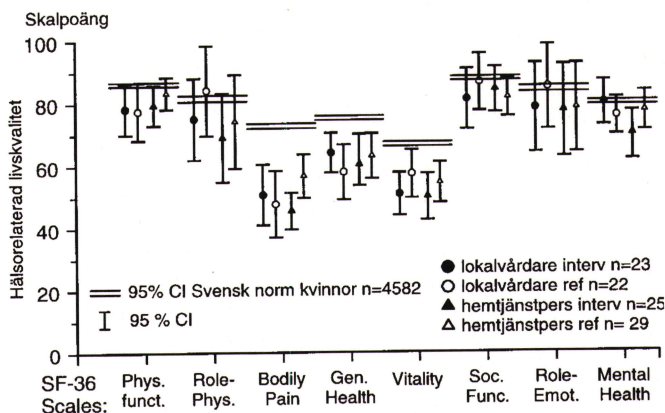
Utbildning av arbetsledare. Personalchefen har under fyra dagar utbildat chefer/ arbetsledare bl a beträffande deras rehabiliteringsansvar. Samtliga chefer/arbetsledare i kommunen har dessutom fått utbildning i livs- och stresshantering. Utbildningen har delvis sammanfallit med ett annat projekt som personalchefer drivit. I detta projekt ingår att genom tidiga utbildnings-, samråds- och verksamhetsutvecklingsinsatser skapa förutsättningar för att nyckelpersoner i kommunens, primärvårdens, arbetsförmedlingens och försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet skall få en bättre psykosocial arbetsmiljö. Förhoppningen är att arbetet på sikt kommer att bidra till bättre samordning och resultat i strävanden att uppnå en tidig och effektiv rehabilitering.

Kamratmassage. Alla anställda på de två förvaltningarna har under en dag fått undervisning i massage och därefter fått utöva de nyförvärvade kunskaperna på sina arbetskamrater. En förhoppning var att denna aktivitet skulle kunna utövas regelbundet på de olika arbetsplatserna.

Inköp av träningsutrustning. Träningsutrustning har köpts in till två arbetsplatser.

Livs- och stresshantering. Alla anställda har haft möjlighet att under en dag lyssna på en föreläsning om stress och stresshantering.

Skadeeffekter vid rökning och rökavvänjning. Informa-



Figur 2. Hälsorelaterad livskvalitet före intervention, uppdelad på åtta dimensioner (beskrivna nedom horisontella axeln, se figur 1) Skalpoäng (SF-36, medelvärde, 95% konf intervall) för alla undersökta grupper. Jämförelse med svensk kvinnlig normal population [15].

Tabell II. Hälsorelaterad livskvalitet (SF-36) uppdelad på åtta dimensioner för alla fyra grupperna. Skälpoäng (medelvärde samt därunder 95% konfidensintervall) före, under och efter intervention/sedvanliga åtgärder. Skälpoäng (medelvärde och 95% konf. intervall) för svensk kvinnlig normalpopulation (n=4582) [15].

SF-36 skalpoäng	Svensk kv. pop.		Lokalvårdare		Hemtjänstpersonal	
			intervention	referens	intervention	referens
Phys. Funct.	86,2 (85,6-86,8)	före	78,3 (70,1-86,4)	77,5 (68,3-86,7)	79,4 (73,0-85,8)	83,3 (78,2-88,4)
		under	77,4 (68,7-86,0)	78,9 (69,9-87,8)	83,4 (78,1-88,7)	81,2 (74,7-87,7)
		efter	78,5 (70,2-86,7)	81,8 (73,5-90,1)	82,8 (76,4-89,2)	82,9 (77,6-88,1)
Role-Phys.	81,6 (80,6-82,6)	före	75,0 (62,0-88,0)	84,1 (69,8-98,4)	69,0 (54,9-83,1)	74,1 (59,2-89,1)
		under	79,3 (63,8-94,9)	72,7 (56,0-89,5)	79,0 (67,2-90,8)	76,7 (64,6-88,9)
		efter	76,1 (59,6-92,5)	83,0 (68,3-97,6)	66,0 (51,8-80,2)	73,3 (58,7-87,9)
Bodily Pain	72,7 (71,9-73,4)	före	50,7 (41,0-60,5)	47,7 (37,1-58,4)	45,5 (39,6-51,4)	56,7 (49,7-63,6)
		under	53,5 (43,3-63,7)	57,3 (45,6-69,0)	51,0 (43,7-58,3)	53,7 (45,6-61,8)
		efter	50,6 (40,6-60,5)	61,4 (50,4-72,3)	49,1 (41,0-57,1)	57,6 (49,3-65,9)
Gen. Health	75,1 (74,5-75,8)	före	64,1 (57,8-70,4)	57,9 (49,1-66,6)	60,3 (53,6-67,0)	63,0 (55,8-70,2)
		under	68,3 (61,5-75,2)	66,3 (56,3-76,3)	65,0 (57,3-72,6)	69,1 (61,1-77,0)
		efter	68,5 (62,2-74,8)	68,8 (58,5-79,1)	62,5 (54,6-70,3)	67,3 (59,8-74,8)
Vitality	66,7 (66,0-67,4)	före	50,9 (44,0-57,7)	57,3 (49,6-64,9)	50,0 (42,6-57,4)	54,4 (48,0-61,0)
		under	60,2 (53,4-67,0)	56,4 (46,4-66,3)	51,0 (41,7-60,3)	59,5 (52,3-66,7)
		efter	57,6 (50,7-64,5)	56,6 (47,9-65,3)	46,4 (38,0-54,8)	60,3 (52,9-67,8)
Soc. Func.	87,5 (86,9-88,1)	före	81,0 (71,4-90,6)	86,4 (77,3-95,4)	84,0 (76,8-91,2)	81,5 (75,4-87,5)
		under	85,3 (77,7-92,9)	92,6 (84,3-100,9)	80,5 (72,2-88,8)	83,6 (74,8-92,4)
		efter	84,2 (77,3-91,2)	84,7 (74,4-94,9)	81,5 (74,0-89,0)	82,8 (72,9-92,6)
Role-Emot.	84,0 (83,1-85,0)	före	78,2 (64,0-92,3)	84,7 (71,3-98,2)	77,3 (62,6-92,0)	78,1 (64,0-92,2)
		under	79,6 (66,1-93,2)	78,7 (62,6-94,8)	87,9 (77,5-98,3)	87,3 (76,9-97,7)
		efter	85,4 (71,1-99,7)	77,2 (61,2-93,2)	82,6 (71,3-93,9)	82,7 (69,7-95,6)
Mental Health	79,6 (79,0-80,2)	före	79,7 (72,5-86,8)	75,5 (69,6-81,4)	69,8 (61,7-77,8)	77,1 (70,8-83,4)
		under	79,5 (74,5-84,5)	78,3 (64,7-83,0)	75,8 (68,4-83,3)	81,1 (75,4-86,8)
		efter	84,0 (78,6-89,4)	73,6 (62,7-84,5)	77,6 (69,2-86,0)	78,6 (72,2-85,0)

Tabell III. Statistisk beräkning (p-värden) av skillnader i skalpoäng mellan interventionsgrupp och referensgrupp i de åtta dimensionerna före interventioner/sedvanliga åtgärder.

SF-36 skalpoäng,	Lokalvårdare interv-ref	Hemtjänstpersonal interv-ref
Phys. Funct.	0,918	0,442
Role-Phys.	0,132	0,363
Bodily Pain	0,864	0,027
Gen. Health	0,322	0,459
Vitality	0,181	0,338
Soc. Func.	0,322	0,451
Role-Emot.	0,417	0,795
Mental Health	0,161	0,134

tion och utbildning om skadeeffekter vid rökning har givits och rökavvänjning har erbjudits de som önskat.

RESULTAT

Beskrivning av interventions- och referensgrupper före intervention

Lokalvårdare. Lokalvårdarnas interventions- och referensgrupper skiljde sig inte signifikant från varandra i skalpoäng i någon av de åtta hälsovariablerna före intervention/sedvanliga åtgärder (Tabell II, III, Figur 2). Grupperna var således lika.

Hemtjänstpersonal. Ingen skillnad förelåg mellan hemtjänstpersonalens interventions- och referensgrupper före interventionen i sju av hälsovariablerna (Tabell II, III, Figur 2). Hemtjänstpersonalens interventions- och referensgrupper var dock olika ($p=.027$) i dimensionen smärta där interventionsgruppen hade lägre skalpoäng för livskvalitet (45.5 vs 56.7), vilket innebär mer besvär av smärta jämfört med referensgruppen.

Hälsorelaterad livskvalitet före intervention jämförd med svensk kvinnlig population

Lokalvårdare. Före interventionen låg lokalvårdarnas interventionsgrupp statistiskt lägre i skalpoäng jämfört med svensk kvinnlig population inom de tre dimensionerna smärta (50.7 vs 72.7), allmän hälsa (64.1 vs 75.1) och vitalitet (50.9 vs 66.7) (Tabell II, Figur 2).

I referensgruppen var skalpoängen statistiskt lägre än svensk kvinnlig population inom samma dimensioner smärta (47.7 vs 72.7), allmän hälsa (57.9 vs 75.1) och vitalitet (57.3 vs 66.7) (Tabell II, Figur 2).

Hemtjänstpersonal. Före interventionen låg hemtjänstpersonalens interventionsgrupp statistiskt lägre inom

dimensionerna smärta (45.5 vs 72.7), allmän hälsa (60.3 vs 75.1), vitalitet (50.0 vs 66.7) och psykiskt välbefinnande (69.8 vs 79.6) jämfört med svensk kvinnlig population (Tabell II, Figur 2). Referensgruppen låg statistiskt lägre än kvinnlig population inom dimensionerna smärta (56.7 vs 72.7), allmän hälsa (63.0 vs 75.1) och vitalitet (54.4 vs 66.7) (Tabell II, Figur 2)

Effekter av interventionerna, jämförelse mellan interventions- och jämförelsegrupperna

Lokalvårdare. Ingen effekt av interventionen kunde påvisas för någon dimension framräknat statistiskt på skalpoängsdifferenser vid jämförelse mellan interventionsgrupp och referensgrupp varken före- eller efter intervention (Tabell IV, figur 2,3).

Tabell IV. Statistisk beräkning (p-värde) av skillnader mellan differenser mellan interventionsgruppen och referensgruppen före- eller efter intervention/sedvanliga åtgärder. Beräkningen utförd för lokalvårdare och hemtjänstpersonal för alla dimensioner $=p<.05$;*

SF-36 skalpoäng diff		Lokalvårdare interv-ref	Hemtjänstpersonal interv-ref
Phys. Funct.	före - under	0,945	0,239
	före - efter	0,688	0,302
Role-Phys.	före - under	0,060	0,133
	före - efter	0,249	0,897
Bodily Pain	före - under	0,342	0,092
	före - efter	0,077	0,739
Gen. Health	före - under	0,232	0,524
	före - efter	0,507	0,676
Vitality	före - under	0,115	0,496
	före - efter	0,222	0,052
Soc. Func.	före - under	0,962	0,266
	före - efter	0,725	0,190
Role-Emot.	före - under	0,472	0,722
	före - efter	0,160	0,671
Mental Health	före - under	0,607	0,601
	före - efter	0,682	0,225

Hemtjänstpersonal. För hemtjänstpersonalen påvisades ingen statistisk skillnad i skalpoängsdifferens mellan interventionsgruppen och referensgruppen för någon dimension vid jämförelse före- eller efter intervention (Tabell IV). Vid jämförelse före- eller efter påvisades en tendens till skillnad i differens ($p=.052$) för dimensionen vitalitet med ökad skalpoäng för referensgruppen (differens +5.9) jämfört med interventionsgruppen (differens -3.6) (Tabell IV).

Tabell V. Statistisk beräkning (p-värde) av skillnader mellan skalpoäng inom åtta dimensioner inom varje grupp, före-under och före-efter intervention/sedvanliga åtgärder. * $p < .05$; ** $p < .01$.

SF-36 skalpoäng		Lokalvårdare		Hemtjänstpersonal	
		intervention	referens	intervention	referens
Phys. Funct.	före - under	0,702	0,868	0,178	0,661
	före - efter	0,660	0,258	0,088	0,915
Role-Phys.	före - under	0,683	0,036 *	0,094	0,889
	före - efter	0,755	0,753	0,865	1,000
Bodily Pain	före - under	0,777	0,035 *	0,084	0,733
	före - efter	0,948	0,015 *	0,467	0,833
Gen. Health	före - under	0,317	0,016 *	0,106	0,042 *
	före - efter	0,217	0,004 **	0,263	0,176
Vitality	före - under	0,055	0,913	0,989	0,174
	före - efter	0,121	0,677	0,291	0,095
Soc. Func.	före - under	0,478	0,030 *	0,644	0,466
	före - efter	0,587	0,938	0,478	0,514
Role-Emot.	före - under	0,839	0,237	0,272	0,155
	före - efter	0,327	0,178	0,683	0,407
Mental Health	före - under	0,679	0,948	0,070	0,132
	före - efter	0,408	0,985	0,013 *	0,394

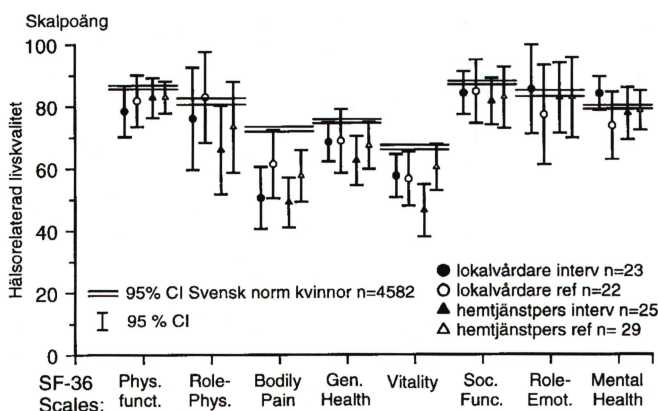
Före-under och före-efter jämförelser av interventionerna inom respektive grupp

Lokalvårdare. Inom lokalvårdarnas interventionsgrupp påvisades en tendens till statistiskt högre skalpoäng vid jämförelse före-under intervention inom dimensionen vitalitet (50.9 vs 60.2) ($p = .055$) (Tabell II, V). Ingen signifikant förändring skedde inom någon av de övriga hälsomåttens före-under eller före-efter intervention.

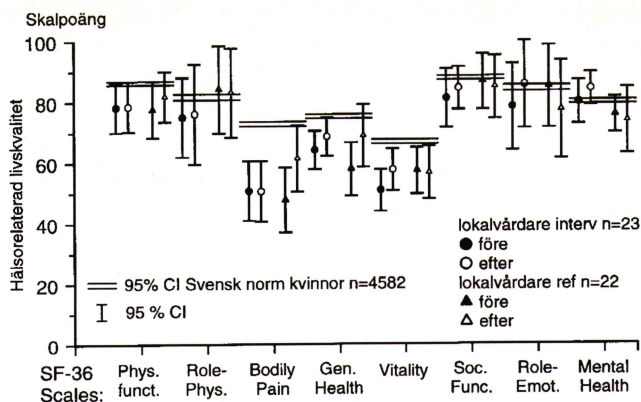
Inom referensgruppen påvisades statistiskt högre skalpoäng före-under sedvanliga åtgärder för dimensionerna smärta (47.7 vs 57.3) allmän hälsa (57.9 vs 66.3) och social funktion (86.4 vs 92.6) och statistiskt lägre skalpoäng för fysisk roll (84.1 vs 72.7) (Tabell II, V). En förändring före-efter sedvanliga åtgärder sågs

inom dimensionen allmän hälsa med statistiskt signifikant ($p = .004$) högre skalpoäng (57.9 vs 68.8) inom referensgruppen (Tabell II, V, Figur 4).

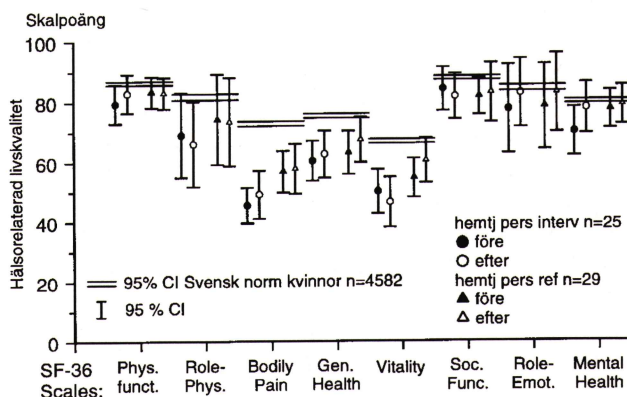
Hemtjänstpersonal. Inom hemtjänstpersonalens interventionsgrupp ökade inte skalpoängen statistiskt inom någon dimension vid jämförelse före-under intervention. Före-efter intervention sågs statistiskt högre skalpoäng ($p = .013$) för psykiskt välbefinnande (69.8 vs 77.6) hos interventionsgruppen (Tabell II, V, Figur 5). För hemtjänstpersonalens referensgrupp påvisades högre skalpoäng före-under sedvanliga åtgärder för allmän hälsa (63.0-69.1) men ingen högre skalpoäng kunde påvisas före-efter sedvanliga åtgärder inom någon av de åtta dimensionerna (Tabell V, Figur 5).



Figur 3. Hälsorelaterad livskvalitet efter intervention för alla undersökta grupper. I övrigt se figur 2.



Figur 4. Hälsorelaterad livskvalitet för lokalvårdarnas interventions- och referensgrupp, före respektive efter intervention. I övrigt se figur 2.



Figur 5. Hälsorelaterad livskvalitet för hemtjänstpersonalens interventions- och referensgrupp, före respektive efter intervention. I övrigt se figur 2.

Jämförelse med svensk normalpopulation efter intervention/sedvanliga åtgärder

Lokalvårdare. Efter intervention hade interventionsgruppen kvarstående signifikant lägre skalpoäng inom dimensionerna smärta (50.6 vs 72.7) och vitalitet (57.6 vs 66.7) men ej längre för allmän hälsa jämfört med svensk kvinnlig population (Tabell II, Figur 3).

Lokalvårdarnas referensgrupp hade efter sedvanliga åtgärder kvarstående sänkt vitalitet (56.6 vs 66.7) jämfört med kvinnlig normalpopulation men ej längre statistiskt signifikant lägre skalpoäng inom dimensionerna smärta och allmän hälsa (Tabell II, Figur 3).

Hemtjänstpersonal. Efter intervention låg interventionsgruppen statistiskt lägre i skalpoäng jämfört med svensk kvinnlig normalpopulation inom dimensionerna för smärta (49.1 vs 72.7), allmän hälsa (62.5 vs 75.1), vitalitet (46.4 vs 66.7) samt hade tillkommit lågt värde för

fysisk roll (66.0 vs 81.6) men ej längre lägre skalpoäng för psykiskt välbefinnande. Hemtjänstpersonalens referensgrupp hade fortsatt statistiskt lägre skalpoäng för smärta (57.6 vs 72.7) jämfört med svensk kvinnlig population men ej längre statistiskt signifikant lägre skalpoäng jämfört med normal svensk kvinnlig population inom dimensionerna allmän hälsa och vitalitet (Tabell II, Figur 3).

DISKUSSION OCH KONKLUSIONER

Låg livskvalitet relaterad till dimensionerna smärta, allmän hälsa och vitalitet har i denna studie visat sig gälla för både lokalvårdare och hemtjänstpersonal som arbetar trots besvär, jämfört med svensk kvinnlig normalpopulation. Det betyder att samtliga grupperna upplever smärtan som besvärlig och att den medför konsekvenser för både fysiska och psykiska aktiviteter, att

hälsotillståndet värderas som dåligt och i försämring, att man känner sig trött och utsliten. Hemtjänstpersonalens interventionsgrupp har även lägre livskvalitet relaterad till psykiskt välbefinnande, med känsla av nervositet och nedstämdhet.

Däremot kunde inte någon sänkt livskvalitet påvisas relaterad till att kunna utföra fysisk aktivitet (fysisk funktion), regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa (roll-funktion fysisk), upprätthålla normalt socialt umgänge på grund av fysisk eller psykisk ohälsa (social funktion), utföra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem (rollfunktion emotionell). Sammanfattningsvis har dock alla dessa 4 grupper väsentlig sänkning av livskvalitet som är relaterad till i huvudsak samma tre dimensioner.

Någon specifik effekt av de i detta projekt genomförda interventionerna på hälsorelaterad livskvalitet har inte kunnat påvisas i denna studie vid jämförelse av skillnader i differenser mellan interventions- och jämförelsegrupperna. Vår konklusion är att interventioner av detta slag inte är tillräckliga för att ändra de skalor som i föreläget låg under svensk norm, dvs dimensionerna smärta, allmän hälsa och vitalitet så att det når upp till svensk kvinnlig normalbefolkning.

Efter interventionen/perioden av sedvanliga åtgärder var den upplevda livskvaliteten något ändrad i de olika subgrupperna jämfört med kvinnlig normalpopulation. Lokalvårdarnas interventionsgrupp låg ej längre lägre än normalpopulationen i dimensionen allmän hälsa medan referensgruppen ej längre låg lägre i dimensionerna smärta och allmän hälsa. Det kan tyda på en viss förbättring av upplevd livskvalitet i både interventions- och referensgrupperna. Hemtjänstpersonalens interventionsgrupp låg ej längre lägre än normalpopulationen i dimensionen psykiskt välbefinnande medan referensgruppen ej längre låg lägre i dimensionerna allmän hälsa och vitalitet, tydande på viss förbättring av upplevd livskvalitet hos både interventions- och referensgrupperna.

Ekberg & Linton pekar i en artikel på svårigheter med att utvärdera effekter av interventioner [17]. Studier har visat att kontrollgrupper som får placebobehandling eller passiv behandling tenderar att skaffa sig annan behandling utanför projektens ram. Positiva effekter i en behandlingsgrupp kan ha sin grund i den s k Hawthorne-effekten, dvs. vara en effekt av den uppmärksamhet individen får, snarare än en effekt av den erhållna behandlingen.

Det är svårt att spekulera om vilka insatser i detalj,

eller vilka kombinationer av insatser som skulle behövas i ett åtgärdsprogram för att öka de skalor som i föreläget låg under svensk norm. Man skulle dock med fortsatt forskning kunna belysa hur olika innehåll i de vidtagna åtgärderna påverkar livskvalitetsdimensioner. Man kan t ex studera effekter av program som gjorts ännu mer specifika beträffande innehåll i relation till de anställdas besvär. Ytterligare studier skulle kunna göras av effekter av interventionsprogram som innehåller inslag med ännu kraftfullare åtgärder inom just de dimensioner som i denna studie visats vara låga. Det skulle möjligen kunna vara studier av t ex ytterligare åtgärder mot smärta i rörelseorganen (t ex ergonomi, arbetsteknik etc), åtgärder mot upplevelsen av dåligt hälsotillstånd/känslan av försämring samt åtgärder mot att känna sig trött och sliten (t ex specifika psykologiska insatser, träning efter analys av individuell träningsbehov).

Studien har haft ekonomiskt stöd från Rådet för arbetslivsforskning, MFR proj 5720, Karolinska institutet, Försäkringskassorna i Stockholm och Jämtland, Land- och Sjöfonden samt Helge Axelsson Johnsons Stiftelse, för vilket tack riktas. Varmt tack riktas till lab ass Lisbet Broman och Anna-Lena Bylund för analysarbete och bildframställning.

REFERENSER

1. SOU 1988:41. Tidig och samordnad rehabilitering. Rehabiliteringsberedningens betänkande, Stockholm.
2. *Alpenberg J, Karlsson, F* (1995): Effekter av arbetslivsfondens satsningar på småföretag. Forskarrapport. Föreningen för arbetarskydd, Stockholm
3. *Hetzler A, Eriksson K E, Wesser E* (1995): Arbetslivsinriktad rehabilitering. Forskarrapport. Föreningen för arbetarskydd, Stockholm.
4. *Johanson U* (1995): Sänkt sjukfrånvaro och snabb återbetalning. En företagsekonomisk utvärdering av rehabiliteringsprogram med ekonomiska bidrag från Arbetslivsfonden. Forskarrapport. Föreningen för arbetarskydd, Stockholm
5. SOU 1996:113 En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Slutbetänkande. Sjuk- och arbetsskadekommittén, Stockholm.
6. *Vinberg S*: Arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som utgångspunkt. En utvärderingsstudie av AMORE-projektet i Jämtlands län. Socialmedicinsk tidskrift 74, nr 8-9:400-405, 1997.
7. *Sullivan M, Karlsson J, Ware J* (1994): SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide. Göteborgs universitet.
8. *Osmanczyk E J* (1990): The Encyclopedia of The United Nations and International Relations. Taylor and Francis. New York.
9. *Ekberg K Linton S* (1994): Arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar. Rehabilitering inte entydigt positivt. Läkartidningen, volym 91, nr 10.

Fullständig referenslista kan fås genom författarna.