

Onda cirklar kan brytas

dokumentation från ett arbetsseminarium
kring psykosocial ohälsa mellan
forskare och praktiker

LOKA BRUNN 99-11-02

Konferensrapporten är författad av
Bengt-Åke Wennberg och Monica Hane

från Samarbetsdynamik AB

Konferensen är ett led i ett samverkansprojekt om psykosocial ohälsa i Örebro läns arbetsliv som initierats och drivs av den regionala samverkansgruppen

Onda cirklar kan brytas -
dokumentation från ett arbetsseminarium på Loka Brunn 99-11-02
mellan forskare och praktiker kring psykosocial ohälsa. Seminariet
arrangerades av den regionala samverkansgruppen i Örebro

ISBN 91 85396 65 6

Rapporten kan beställas från

Lilian Litzell
Försäkringskassan
Box 901. 701 21 Örebro, 019-6734187

eller

Samarbetsdynamik AB, e-mail: info@samarbetsdynamik.se
Box 120, 439 23 Onsala, 0300-61936
Ölsdalen 6173, 693 91 Degerfors, 0586 726121

Tryckt av Elanders Digitaltryck, Göteborg

© Författarna och Samarbetsdynamik AB 2000

Innehåll

Förord	3
Bakgrunden till konferensen	7
Ett arbetsmöte om praktikens vetenskapliga frågor om hälsa och ohälsa	11
Om kunskapsläget	19
Dokumentationens uppläggnig	25
1. En förfinad praxis baserad på ett moderniserat sjukdomsbegrepp	29
2. Ohälsans uppkomst i det nya arbetslivet	49
3. Människans behov av sammanhang	67
4. Anknytning och återknytning i arbetslivet	83
5. Ett hälsoskapande arbetsliv en utopi	99
6. Behovet av nya definitioner, begrepp och statistik	117
Författarnas efterord	129
Referenser	133
Bilagor	137

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Förord

Under våren 1998 väcktes frågan i den regionala samverkansgruppen i Örebro län om "vår tids sjukdomar och psykosociala problem". Bakgrunden var trenden med ökade sjukskrivningar hos Försäkringskassan och de psykosociala problem som uppmärksammats av Yrkesinspektionen vid inspektioner inom både privat och offentlig sektor.

Både företagen och den offentliga sektorn i Sverige genomgår omfattande strukturförändringar med rationaliseringar och omorganiseringar av arbetet. Företagen uppger att de måste producera mera för att klara den internationella konkurrensen. Villkoren för offentlig sektor har förvandlats från tillväxt till nedskärningar. Människor ger uttryck för att allt färre måste göra allt mer i dagens arbetsliv. Man kan också befara att pågående samhällsförändringar kommer att tangera gränserna för många människors förmåga att hantera tillvarons osäkerhet. Förändringarna är många och sker i en allt snabbare takt. Arbetarskyddsstyrelsens statistikrapporter speglar en oro över att utvecklingen i arbetslivet leder till att den psykosociala ohälsan ökar. Yrkesverksamma idag uppger en större otillfredsställelse och stress i arbetet. Arbetet intar en central roll i människans liv och har stor betydelse för självkänslan. Forskning under senare år visar att den psykosociala arbetsmiljön har stor betydelse för hälsan.

Mot bakgrund av denna utveckling har den regionala samverkansgruppen i Örebro län initierat ett samverkansprojekt. En arbetsgrupp har fått i uppdrag att utifrån en förstudie, som genomförts inom området psykosocial ohälsa, samla in kunskap om den psykosociala

ohälsans utbredning i Örebro läns arbetsliv samt föreslå och genomföra åtgärder. Målet med projektet är att förbättra hälsoläget och därigenom minska sjukskrivningarna samt minska tillströmningen av patienter till hälso- och sjukvården.

I projektets steg 1 har risk-branscher och riskgrupper inom arbetslivet i Örebro län kartlagts. Därutöver har en beskrivning av sjukfallsutvecklingen på sjukfall längre än 28 dagar i Örebro län med särskild inriktning på det psykosociala området genomförts. Arbetsgruppen har också försökt beskriva hur kropp, psyke och miljöfaktorer hör ihop och på vad vår tids stress, belastningar och påfrestningar beror, dvs riskfaktorer samt beskriva de faktorer som kan kompensera eller skydda mot ohälsa, dvs friskfaktorer.

En sammanställning av tidigare erfarenheter från projekt och studier inom området i Örebro län finns också framtagen.

De slutsatser som vi dragit från kartläggningen i projektet har vi önskat få belysta av forskare och praktiker inom området. Därför anordnades ett arbetsseminarium den 2 november på Loka Brunn med åtta inbjudna forskare. Vi ville också med seminariets hjälp få vägledning inför det fortsatta arbetet i projektet.

Vi vill härmed tacka de medverkande för deras insatser under dagen. Ett särskilt tack till Monica Hane som moderator och Bengt-Åke Wennberg som höll i pennan och gjort denna dokumentation möjlig. För innehållet i dokumentationen ansvarar Monica och Bengt-Åke och där inget annat anges i texten är det deras synpunkter som kompletterar forskarnas inlägg under seminariet.

Till sist får vi inte glömma arbetsgruppen med Lillemor Lundgren, Yrkesinspektionen, Britt Helleryd, Länsarbetsnämnden. Owe Svensson, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Iréne Bergstrand, Kommunförbundet, Anna Hertting, Samhällsmedicinska enheten och Sofia

Loodh, Yrkesmedicinska enheten vid Regionsjukhuset i Örebro som lagt ner mycket arbete på att förbereda seminariet.

Arbetet i projektet kommer att fortsätta bl.a med att sprida denna dokumentation. Den kan användas för fortsatta diskussioner om vad vi t.ex kan göra från de olika huvudmännens sida för att förbättra arbetsförhållanden, minska sjukskrivningar och utveckla behandlingsmetoder.

Åke Lindwall
Ordförande i styrgruppen

Lilian Litzell
Projektledare

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Bakgrunden till konferensen

Andra dagen som Åke Lindwall, Försäkringskassans direktör, var på sitt nya arbete knackade Christina Engman, tillsynsdirektör vid Yrkesinspektionen på för att förbereda en inspektion av arbetsmiljön vid kassan. Detta var i maj 1998 och en av de händelser som ledde fram till denna konferens på Loka Brunn - den 2 november 1999.

Christina Engman och Åke Lindwall ingår i vad som kallas Regionala Samverkansgruppen i Örebro län. Förutom dessa består gruppen av länsarbetsdirektören Agneta Roström, landstingsdirektören Ulf Marcusson, Kommunförbundets direktör Hans-Göran Högquist samt Anneli Fors från Försäkringskassan i Örebro.

Kontakterna mellan Christina Engman och Åke Lindwall ledde under 1998 fram till diskussioner i samverkansgruppen om ”vår tids sjukdomar” och hur dessa påverkade utvecklingen inom regionen. Man ansåg att en ökad kunskap om dessa skulle kunna leda till gemensamma och samverkande insatser från de olika verksamheterna, som på sikt gynnsamt skulle kunna påverka utvecklingen inom regionen.

Frågan om stressrelaterad ohälsa är av stor principiell betydelse för hela regionens utveckling. Inom Försäkringskassan tyckte man sig kunna se hur denna typ av ohälsa var synnerligen omfattande. Man såg också att helt nya yrkeskategorier drabbades. Man kunde även urskilja ovanliga kategorier, t.ex unga män, som tidigare inte funnits med i statistiken.

Statistiken visade också att antalet utbetalda dagar med sjukpenning, förtidspension eller sjukbidrag, från att stadigt ha minskat mellan

1992 och 1995, stigit brant från och med 1996 och att stigningen inte verkar ha mattats. Ur alla de samverkande organisationernas synpunkt var det därför mycket viktigt att fördjupa denna fråga för att försöka få grepp om vad som låg bakom det man observerade. Man tillsatte därför en arbetsgrupp som fick till uppgift att samla in kunskap om den psykosociala ohälsans utbredning i Örebro läns arbetsliv och om möjligt föreslå och genomföra åtgärder. Projektledare för gruppen var Lilian Litzell. Arbetet påbörjades hösten 1998 och har resulterat i tre rapporter som utgjorde grunden för konferensen. En kort beskrivning av respektive rapport återfinns i Bilaga 1.

Dessa rapporter utgick från information från "fältet" i form av statistik, enkäter och direkta intervjuer som man sammanställt och kommenterat. Den fråga som man som praktiker med anledning av sådana rapporter måste ta ställning till är om de data och slutsatser som presenterats i rapporterna är trovärdiga och generaliserbara, och därför kan ligga till grund för vidare diskussioner och analys och om de tolkningar som görs och de slutsatser som kan dras av sådana tolkningar är relevanta och rimliga.

Ett viktigt skäl till att initiera en arbetsgrupp kring psykosocial hälsa och ohälsa och att samla sig i denna konferens var således att försöka komma fram till om det man nu som praktiker såg och talade om verkligen var ett problem - kanske toppen på ett isberg - eller om det man såg var ganska naturliga och rimliga reaktioner på vardagliga förändringar och inte något som skulle blåsas upp och göras till ett stort problem.

Enligt Åke Lindwall hade de rapporter man tagit fram stärkt honom i hans uppfattning att vi här har att göra med en faktisk ökning av ohälsa som slår ut i sjukskrivningar och kostnader för samhället, även om många frågetecken återstår.

Arbetsgruppen hade i sin rapport sammanfattat situationen enligt följande:

- att resultaten från de olika datainsamlingsmetoderna visar en stor samstämmighet beträffande symptom på ohälsa och att det finns speciellt utsatta branscher och yrken.
- att den offentliga sektorn med skola, barn- och äldreomsorg samt vårdsektorn är särskilt utsatt för denna ”nya” ohälsa men att oroande tendenser också finns inom den privata sektorn som t.ex kundtjänstföretag, data/telebranschen samt detaljhandeln.
- att av alla de yrkesgrupper som är utsatta så verkar lärare vara särskilt drabbade.
- att man inom Örebroregionen tycks ha en liknande sjukfallsutveckling som i Värmland med en kraftig ökning av sjukdomsdiagnoser inom det psykosociala området och hänvisningar till angränsande problemområden.
- att det förebyggande arbetet inte tycks räcka till.
- att betydande ansvar för utvecklingen både nu och i framtiden måste läggas på ledning och arbetsgivare.
- att kunskapsläget inom området är oklart.

Därför såg man det här aktuella arbetsmötet mellan forskare och praktiker inom området som ett viktigt och naturligt nästa steg för att närma sig de frågor som arbetet dittills väckt.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Ett arbetsmöte om praktikens vetenskapliga frågor om hälsa och ohälsa

Frågan om datas trovärdighet och tolkningars generaliserbarhet är ett mycket aktuellt problem både för forskare och för praktiker; såväl inom naturvetenskaplig som i humanistisk och social forskning. I klassisk forskningsmetodik utgår man från att mätningar, och därmed data, i princip kan göras objektiva i den meningen att de skulle kunna beskriva verklighetens sanna natur och att sådana data skulle kunna ”finnas till” oberoende av vem som mäter och hur de mäts.

Sjukdom och ohälsa, särskilt om man vill relatera dessa begrepp till hur kostnader för dessa fenomen skall fördelas, är emellertid en definitionsfråga. Vad man talar om blir då vad som inom forskningen brukar kallas sociala konstruktioner. Samtal och begrepp bygger på konkreta observerbara fenomen men hur de tolkas och vilka sociala konsekvenser de leder till är beroende av vilken tolkningsmall man anlägger. I detta perspektiv på sjukdom och ohälsa finns således ingen entydig, allmängiltig, generell och sann kunskap om sjukdom och ohälsa. Några ideala mätningar och några objektiva data om sådana socialkonstruktivistiska begrepp kan aldrig presenteras.

Trots detta lever föreställningen kvar att vetenskapens uppgift just är att presentera sanna data och att forskare på en konferens som den som här dokumenteras entydigt skulle kunna förklara ”hur det är”. Denna ambition har man således tvingats att ge upp inom detta område såväl som inom i stort sett all annan vetenskap. Detta betyder emellertid inte att allt är lika sant eller sannolikt eller att man kan påstå vad som helst. Forskningens uppgift är att bidra till att man kan visa att

vissa tolkningar, ställningstaganden och bedömningar kan vara mer rimliga och realistiska än andra även om man aldrig kan påstå att de är sanna.

Detta avsteg från den klassiska vetenskapens ideal, där man sökte den absoluta sanningen, får stora konsekvenser för hur man både som praktiker och vetenskapare ser på resultatet av moderna vetenskapliga studier och hur dessa kan nyttjas av praktiker. Att man inte kan bortse från det faktum att alla mätningar och alla data är vad man kallar "teoriimpregnerade", dvs färgas av observatörens, mätarens, forskarens och tolkarens förförståelse och subjektiva föreställningar, gör att trovärdigheten inte enbart kan bedömas utifrån en sk klassisk metodologisk och kvantitativ ansats.

Dagens vetenskap kan därför inte längre, när vi vet vad vi vet om kunskapens osäkerhet, längre enbart luta sig mot metodboken. Forskaren måste därutöver göra sin presentation och sina egna slutsatser trovärdiga för de praktiker som skall använda dem. Att skapa trovärdighet för sina fynd så att de kan nyttjas allt säkrare av aktuella praktiker är således ett av de viktigaste kvalitetskriterierna för god forskning.

Ett sätt att göra detta är att göra det möjligt för läsaren/praktikern att förstå hur data samlats in och ta ställning till vad de visar. Ett annat sätt är att presentera en relevant och realistisk kontext, dvs sammanhang, i vilken resultaten blir meningsfulla och användbara. Ett tredje sätt är att forskaren för läsaren/praktikern visar att forskaren har tillräcklig egen erfarenhet inom området för att de tolkningar och slutsatser denne gör skall kunna uppfattas som rimliga och relevanta.

Om vi nu återvänder till konferensen och arbetsgruppens rapporter så nödgas vi konstatera att ingen forskning således kan förväntas ge konkreta svar på praktikernas frågor. All kunskap måste till slut ändå

leda till ett personligt ställningstagande i den aktuella situationen av de praktiker som är ansvariga för att åtgärder initieras och genomförs. Det är i ljuset av denna insikt som konferensen, dess presentationer och texten i denna dokumentation skall ses.

I arbetsgruppen har ingått Iréne Bergstrand, Kommunförbundet, Britt Helleryd, Länsarbetsnämnden, Anna Hertting, Samhällsmedicinska enheten vid Örebro läns landsting, Claes Mårten Ingberg, Medicin kliniken vid RSÖ, Eva Marklund, Primärvården, Sofia Lood, Yrkes- och Miljömedicinska kliniken vid RSÖ, Lillemor Lundgren, Yrkesinspektionen samt Owe Svensson och Maria Wirén Öberg som representerat företagshälsovården.

Konferensen förbereddes genom att både arbetsgruppen och den regionala samverkansgruppen diskuterade med konferensens moderator, Monica Hane, vilka frågor som framför allt var av intresse att få belysta tillsammans med forskarna under seminariet. En kondenserad version av dessa frågor, med en kraftig önskan om att de inte skulle hålla ett ”standardföredrag” utan istället anstränga sig att ta utgångspunkt i frågorna, skickades skriftligt vidare till de inbjudna forskarna. Brevet som före seminariet skickades till forskarna återfinns i Bilaga 2. Genom personliga samtal med moderatören före konferensen hade de olika föredragshållarna dessutom givits möjlighet att i viss mån koordinera sina framställningar med varandra.

Man tänkte sig emellertid inte att detta omfattande område, och arbetsgruppens frågor, skulle kunna behandlas sammanhängande och integrerat bara genom denna koordination eftersom varje enskilt föredrag dessutom av praktisk nödvändighet måste begränsas tidsmässigt. Av detta skäl bestämdes att denna dokumentation av seminariet skulle göras för att knyta samman de olika presentationerna.

Dokumentationen har strukturerats i sex olika avsnitt med utgångs-

punkt i de 25 olika frågor som på olika sätt ställdes inför och under konferensen. De olika frågorna finns återgivna som inledning till respektive kapitel. Vissa frågor kommer genom sin komplexitet att ingå i flera olika kluster. Dokumentationens upplägg beskrivs utförligare på sidan 25.

Antalet deltagare på konferensen var maximerat till 5 personer från var och en av de sex organisationer som engagerat sig i projektet, dvs Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden, Yrkesinspektionen, Landstinget, Kommunförbundet och Företagshälsovården. Dessutom var ett antal representanter för Universitet i Örebro inbjudna eftersom de där har planer på att utveckla både sin forskning och sin utbildning mot de frågor som konferensen behandlade. Deltagarlistan återfinns i Bilaga 3. Programmet återfinns på sidan 18.

De forskare inom området som bjudits in - och som hade möjlighet att delta - var:

Staffan Janson och Ulla-Britt Eriksson från Centrum för folkhälsoforskning (cff) vid Karlstads universitet. Staffan är docent och barnläkare med inriktning mot folkhälsoarbete. Ulla-Britt är sociolog och forskningsassistent och är också inriktad mot folkhälsoarbete. Båda har arbetat internationellt med motsvarande frågor. De arbetar nu i en projektgrupp om sex personer med ett uppdrag från Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden i Värmland att identifiera sektorer och branscher inom arbetslivet där den ökade ohälsan genereras. Deras projekt presenteras kortfattat i Bilaga 4. De valde att under konferensen framför allt fokusera de metodologiska överväganden de just nu brottas med i sitt projekt.

Gunnar Aronsson, professor vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm. Professuren finns inom området arbetslivets psykologi och han driver ett stort antal projekt kring det moderna arbetslivets nya risker. Gunnar har t.ex skrivit "Gränslöst arbete eller arbetets nya

gränser", "Effekter av bantade organisationer" och "Samhällsomvandling och arbetsliv: Omvärldsanalys inför 2000-talet". Gunnar valde att för sitt inlägg vid seminariet framför allt fokusera på en färsk empirisk studie av sjuknärvaron. Rapporten återfinns i referenslistan.

Kerstin Ekberg innehar landets första professur i Arbetslivsinriktad rehabilitering, placerad vid Institutionen för Hälsa och Miljö vid Hälsouniversitetet i Linköping. Kerstin arbetar nu främst med utgångspunkt i att belysa "en hälsofrämjande organiseringsprocess" vilket också var basen för hennes bidrag till seminariet. En preliminär rapport inom ramen för projektet "magra organisationer" återfinns i referenslistan. Kerstin har tidigare arbetat med forskning vid Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping kring rehabilitering och prevention, kring sjukfrånvaro och muskeloskeletala sjukdomar, kring stressens natur t.ex vid terminalarbete och kring kartläggning av hälsa och miljö inom det egna länet Östergötland.

Gunnel Ahlberg Hultén är filosofie doktor och anställd vid Yrkesmedicinska enheten vid Stockholms läns landsting. Hon har de senaste åren varit engagerad i två stora projekt, MOA och MUSIC, där man framför allt utvecklat ett nytt angreppssätt för arbetsmiljö- och folkhälsoundersökningar. Slutrapporterna heter "Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor?" respektive "Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor". Gunnel gav under konferensen en inblick i huvudresultaten från dessa studier med betoning på vad dessa studier säger om arbetsmiljön inom offentlig sektor. En sammanfattning av MOA-projektet återfinns också i referenslistan.

Lars-Gunnar Gunnarsson är överläkare vid Neurokliniken vid Regionsjukhuset och möter där patienter med den problematik han valt att kalla "hjärnstress". Lars-Gunnar arbetar för att försöka sammanlänka biologiska och psykosociala perspektiv på stress genom att både särskilja och integrera innebörden i psykologisk sårbarhet och biologisk sårbarhet. Underlaget för hans föredrag

"Hjärnstress - en fara för hälsan" finns som bild på sidan 39. Resultatet av hans forskning kommer inom kort i en antologi med Anna Hertting, Samhällsmedicin i Örebro, som huvudredaktör. Arbetsnamnet för boken är: "Smärta och trötthet - folkhälsoproblem som utmanar primärvården, skolhälsovården och arbetshälsovården."

Steven Linton är docent i psykologi och anställd vid Yrkes- och Miljömedicinska kliniken vid Regionsjukhuset i Örebro. Hans huvudsakliga forskning har gällt mekanismerna bakom kronisk smärta och inriktats mot utvärderingar av försök att medverka till att patienter trots sin smärta kan behålla sin livskvalitet. En inriktning i dag är att identifiera riskpatienter med syfte att förebygga långvariga smärttillstånd. Steven inriktade sitt anförande på att visa att "onda cirklar kan brytas" om vi alla bättre kan förstå den mytbildning som underbygger våra strategier för att möta det sjuka.

Sven Setterlind är docent, forskare, utbildare, handledare och organisationskonsult men arbetar även med att handleda enskilda fall och klienter inom ramen för företaget Stress Management Center i Karlstad. Sven har under många år varit engagerad i frågan om stress i arbetslivet och har på senare tid även forskat kring det som ibland kallas utbrändhet. Han har inom ramen för sin verksamhet utvecklat sex olika analysinstrument under rubriken SMC-Profilen©. Instrumenten är baserade på ett antal frågeformulär och avsedda att underlätta förändringsarbetet på alla nivåer i en organisation. Instrumenten används av ett stort antal certifierade användare och utnyttjas även i olika större forskningsprojekt.

Maria Wirén Öberg, socionom och beteendevetare vid Haluxa Arbetshälsovård i Örebro, arbetar framför allt med behandling och rehabilitering av personer som tagit skada av negativ stress. Maria arbetar också förebyggande med grupper som riskerar att drabbas av stress och utmattning genom att man inte kommer till rätta med påfrestningarna i sin arbetssituation. Maria har ingått i projektgruppen och är tillsammans med Lillemor Lundgren författare till

delrapporten "En jämförelse mellan tre gruppers arbetsvillkor i en kommun". För att ge ett exempel berättade Maria under seminariet om hur hon arbetar med grupper inom projektet Kvinnogladje.

Lilian Litzell, projektledare vid Försäkringskassan i Örebro har varit sammanhållande i den arbetsgrupp som tagit fram de olika delrapporterna i samverkansprojektets första fas. Lilian presenterade inledningsvis under seminariet de underlag som man arbetat fram inom projektet, de slutsatser som arbetsgruppen nu dragit och vilka frågor som man nu ser behov av att få bättre belysta. Dessa frågor är också basen för den struktur som använts för dokumentationen.

Programmet den 2 november på Loka Brunn, Loka, Grythyttan

10.00 - 10.30 Samling, kaffe etc.

10.30 - 10.40 Välkommen. Åke Lindwall, Försäkringskassan.

10.40 - 11.20 Utgångspunkter för dagen, tankar bakom upplägg och dokumentation osv. Därefter en kort presentation av alla.

11.30 - 11.45 Arbetsgruppen genom Lilian Litzell redogör för delprojekten och de handlingsalternativ som man nu överväger osv.

Studier av psykosocial ohälsa i en region

11.45 - 12.25 Ulla-Britt Eriksson och Staffan Janson från Centrum för Folkhälsovetenskap i Karlstad.

12.25 - 12.45 Kommentarer? Vilka ytterligare frågor skulle vi vilja lyfta upp inför eftermiddagen?

—

Det nya arbetslivets risker och potential

13.30 - 15.00 Gunnar Aronsson, Arbetslivsinstitutet, Stockholm, Kerstin Ekberg, Rikscentrum för arbetslivsriktad rehabilitering i Linköping, Gunnel Ahlberg Hultén, Yrkesmedicinska enheten, KS.

—

Psykisk och biologisk sårbarhet

15.30 -16.10 Lars Gunnar Gunnarsson, Neurologiska kliniken och Steven Linton, Yrkesmedicinska kliniken RSÖ.

16.10 - 16.40 Sven Setterlind, Stress Management Center, Karlstad. Maria Wirén Öberg, Haluxa Arbetshälsovård, Örebro.

16.40 - 16.55 Uppslag och reflektioner kring det fortsatta arbetet.

16.55 - 17.00 Avslutning. Christina Engman, Yrkesinspektionen.

Om kunskapsläget

Ur den inledande presentationen från deltagarna under konferensen framgick tre viktiga argument för ett fortsatt engagemang från samverkansgruppens medlemmar och dess organisationer. För det första är de samhällsekonomiska kostnaderna för dessa ohälsofenomen i stigande. De påverkar därmed med stor sannolikhet regionens utveckling. För det andra är det mänskliga lidandet stort och för det tredje så berör området samtliga parter i samarbetsgruppen både i deras egenskap av offentliga aktörer på området och i deras egenskap av stora arbetsgivare för utsatta yrkesgrupper.

Nu är emellertid inte den ohälsa som sjuktalen återspeglar något som visat sig just nu eller som är obekant för forskare, beslutsfattare eller gemene man. Inte heller de faktorer som tycks leda till ohälsans uppkomst är obekanta. Mycket av vad som sades på konferensen kan därför av många uppfattas som en repetition av vad man redan tycker sig veta. Trots detta så delar vi arbetsgruppens uppfattning att kunskapsläget inom området är oklart. Det finns därför anledning att här, innan vi går in på presentationerna under konferensen, göra en kort sammanfattning av vad som hittills gjorts och vad vi vet om dessa fenomen.

När det gäller själva ohälsoproblemet finns en omfattande forskning att bygga på. Viss forskning startade t.ex på Yrkesmedicinska Kliniken på RSÖ redan 1973, och 1978 års Företagshälsovårdsutredning har en bilaga om beteendevetenskapens roll för att förebygga psykosocial ohälsa. Ricardo Edström, läkare på Arbetarskyddsstyrelsen

och en av pionjörerna vid uppbyggnaden av Sveriges Företagshälsovård, pekade redan i slutet av 80-talet på vår okunskap om detta för sjukvården helt nya sjukdomspanorama. Förutom den välkände Bertil Gardell finns en mängd svenska forskare som ända sedan mitten av 70-talet gjort stora insatser på området. Till dessa hör inte minst Steven Linton och Sven Setterlind som medverkade på konferensen.

Steven Linton presenterade resultat från sin forskning kring uppkomsten av psykosocialt relaterade ryggsbesvär och hur dessa skulle kunna förebyggas redan 1989. Sven Setterlind började också sitt arbete kring stressrelaterade sjukdomar och ohälsa under 80-talet. Ytligt sett saknas det således varken forskning eller kunskap om de frågor som behandlades på konferensen.

Problemet tycks istället vara att den forskning som tidigare gjorts och den kunskap som faktiskt funnits sedan länge inte fått tillräckligt genomslag och spridning varken i samhället i stort, inom läkarvetenskapen, inom behandlingsområdet, i resonemangen om arbetsmiljön eller i forskarsamhället. Vi skall här presentera några synpunkter på denna fråga.

Ett skäl till att kunskapen inte fått spridning kan vara att den statistik som finns tillgänglig för övergripande beslut och insatser på samhällsplanet är alltför osäker och tolkningarna av den alltför oprecisa för att man i praktiken skall kunna hantera de frågor som man behöver beakta. Att det är så har man också vetat sedan länge. Birgitta Herloff vid Yrkesmedicinska kliniken i Göteborg har t.ex sedan närmare tjugo år tillbaka forskat kring statistik över sjukfrånvaron för att klargöra vad statistiken kan visa och vad den inte kan visa.

De stora förändringar som gjorts under 90-talet när det gäller ersättningsnivåer, sjuklöneperioder och riktlinjer för fastställande av vad som är sjukpenninggrundande skäl och arbetsrelaterade skador har

inte gjort statistiken enklare att tyda. Det har således egentligen ända sedan början av 80-talet varit tveksamt om den information som finns i socialförsäkringssystemen på det hela taget bildar ett relevant beslutsunderlag varken för hur kostnaderna skall fördelas mellan olika offentliga myndigheter eller mellan dessa och individen.

De diagnoser som finns i systemet verkar heller inte, med nuvarande kunskap om vår tids sjukdomspanorama, bilda en relevant bas för vilka åtgärder som skall vidtas. Detta har kanske inte spelat så stor roll så länge kostnaderna för systemet kunnat minskas med olika övergripande åtgärder. När dessa kostnader nu återigen börjar stiga så tättnar frågetecknen.

Vad statistiken egentligen visar är därför inte sjukdomspanoramat utan snarare medborgarnas, och företagens, benägenhet att, med rätt eller orätt, använda sjukdomsrelaterade argument för att få ersättning ur systemet. Det finns därför många olika alternativa möjligheter att tolka ökning och minskning av sjuktalen.

Man kan då å ena sidan tänka sig att den minskning man fick i början av 90-talet var en faktisk minskning av ohälsan som ledde till en minskad belastning på systemet och att den ökning man nu ser beror på en helt ny och tidigare obeaktad typ av ohälsoskapande faktorer.

Man kan emellertid också tänka sig, som Gunnar Aronssons redovisning på konferensen antyder, att ett stort antal personer under 90-talet av olika skäl har undvikit att belasta sjukförsäkringssystemet trots att de egentligen skulle gjort det. Det har uppstått vad Gunnar Aronsson kallar sjuknärvaro.

Om Gunnar Aronsson har rätt så finns det en tickande bomb i systemet som slår ut när utmattningen för tillräckligt många gått så långt att de i stort antal blir så sjuka att de inte längre kan gå till arbetet.

Man kan slutligen tänka sig att de förändringar vi uppmärksammar i statistiken inte alls speglar sjukdom och ohälsa utan snarare nya och kreativa lösningar för att få ut pengar från systemet som man tidigare inte kände till. Man kan tänka sig en mängd andra olika förklaringar och blandningar av alla dessa. Något entydigt svar kommer man kanske aldrig att kunna få. Vill man söka svaren enbart ur existerande statistik så bygger man således på en mycket osäker kunskapsbas.

En tillkommande osäkerhetsfaktor inom kunskapsområdet som försvårar tolkningen är att vad man vet om stressrelaterad ohälsa måste ställas i relation till hur människor påverkas av förhållandena både i privatlivet och i arbetslivet. Om förhållandena i samhället förändras så förändras också förutsättningarna för hälsa och ohälsa. Det kan då bli allt svårare att urskilja vad som hör till vad.

Det är därvid heller inte säkert att samma typ av samband mellan ohälsa och omvärldsfaktorer existerar i vår nya sociala situation som i den gamla. Det kan mycket väl hända att det nya sjukdomspanorama som vi idag måste ta hänsyn till på ett så avgörande sätt skiljer sig från det tidigare att existerande kunskaper och forskning blivit föråldrad och helt enkelt är oanvändbar. Dagens ohälsa och växande sjuktal kan således inte bara ses i ett rent biologiskt perspektiv eller med utgångspunkt från gamla tiders arbetsförhållanden.

Samtidigt finns det relativt god kunskap om de nya förhållanden i vilka människor måste leva i dagens samhälle. De har numera beskrivits relativt väl i ett stort antal forskningsrapporter och annan litteratur. Sambanden, dvs konsekvenserna av dessa förändringar när det gäller människors reaktioner, beteenden, hälsa och ohälsa är emellertid ännu relativt dåligt belysta vilket naturligtvis också bidrar till den osäkerhet som finns inom kunskapsområdet.

Beserat på denna kortfattade presentation av kunskapsläget kan man konstatera att den regionala samverkansgruppen har många svåra och komplicerade frågor att ta ställning till om man vill påverka situationen. Även om det finns bra och relevant forskning så svarar den bara på en bråkdel av alla de frågor som en praktiker och beslutsfattare måste ställa sig och ta ställning till.

Vi hoppas att vi i denna dokumentation skall kunna knyta samman presentationerna på konferensen med vad vi menar är känd och redan tidigare etablerad kunskap inom området så att samverkansgruppen och praktiker inom de olika organisationerna får ett så bra underlag som möjligt för sitt fortsatta agerande.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Dokumentationens uppläggning

En utgångspunkt både för konferensen och denna dokumentation är således att man knappast kan begära att forskarna på konferensen skall kunna ge precisa svar på de praktiska frågor som presenterades av arbetsgruppen. Området är alltför omfattande och frågorna alltför komplexa för att detta skulle vara möjligt.

Ambitionen var istället att forskarna utifrån sin forskning och sin egen kunnighet och erfarenhet skulle belysa aspekter av frågorna på ett

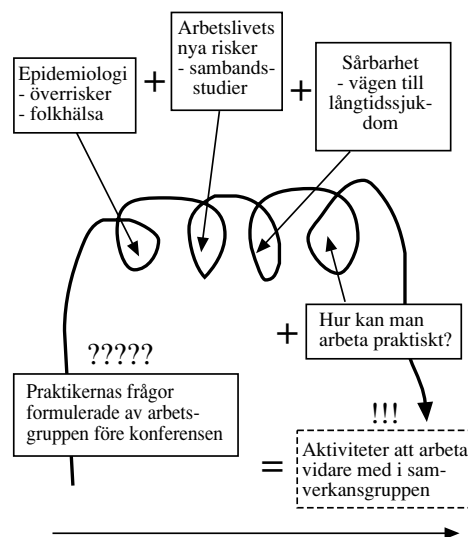


Bild 1. Konferensens uppläggning och röda tråd

sådant sätt att varje deltagare senare i sina respektive arbetsgrupper eller samverkansgrupper skulle kunna komma fram till mer välgrundade ställningstaganden kring dessa fenomen och till mer relevanta och realistiska beslut om vad som är möjligt att göra nu och i framtiden.

Konferensen ordnades därför på ett sådant sätt, se Bild 1, att föreläsarna grupperades i vad de forskningsmässigt och praktiskt hade sysslat med och därför önskade presentera. I denna dokumentation har vi sedan i efterhand försökt knyta samman presentationerna till en samlad "berättelse". Vi har därvid valt att försöka följa samma kriterier som gäller för modern forskning, dvs att inte som en utredare försöka svara direkt på frågorna utan att istället presentera ett underlag som kan göra det möjligt för varje enskild läsare att själv "se svaret", dvs se vilka insatser som denne i sin unika position och i sitt arbete kan göra för att medverka till mer önskvärda förhållanden.

Vi har valt att samla innehållet i sex olika kluster som tar utgångspunkt i de frågor som arbetsgruppen förberedde inför konferensen snarare än i presentatörernas yrkesmässiga eller forskningsmässiga intresseområden. Bild 2 belyser att varje föreläsare i sin presentation berörde många olika kluster och således också de frågor som arbetsgruppen ställde.

Arbetsgruppens frågor, som presenterades i konferensens inledning, har sorterats in i respektive kluster och redovisas i början av varje enskilt avsnitt av texten. Bild 2 ger en kortversion av dokumentationen, dvs de sex olika frågeklustren och de tänkbara områden för samverkansaktiviteter som vi tycker pekats ut genom föreläsarnas presentationer.

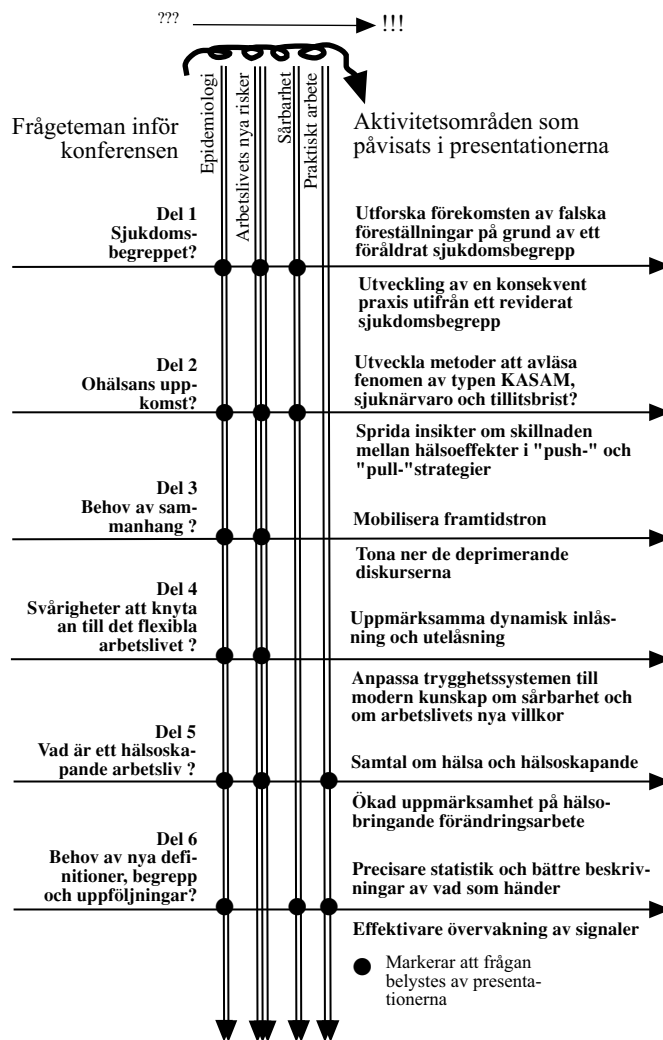


Bild 2. Dokumentationens uppläggning och koppling till arbetsgruppens frågor och konferensens presentationer

Denna sida har med avsikt lämnats tom

1

En förfinad praxis baserad på ett moderniserat sjukdomsbegrepp

- * Hur kan man se på problemområdet psykosocial ohälsa i arbetslivet?
- * Psykosociala besvär - vad menar vi skall uppmärksammas? Bakomliggande orsaker?
- * Ökade sjukskrivningar inom detta område, kan det delvis bero på att läkaren ändrat sitt sjukskrivningsmönster?
- * Personer som drabbas av ohälsosam stress och ogynnsam belastning har svårt att få ett bra omhändertagande i den traditionella vården. Hur får vi ett bättre och tidigare omhändertagande?
- * Hur kan dessa risker upptäckas i tid av dem som kan hjälpa till att mildra konsekvenserna?
- * Vi har sett helt nya grupper i statistiken som t.ex IT-folket och unga grabbar med ryggbesvär. Vad vet man om detta?
- * Är hälsoläget värre i dag än förr eller är det bara olika?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Kravet på samsyn och samförstånd

Ett viktigt problem, som Anna Hertting från Örebro Läns Landsting tog upp vid presentationen, tycks vara att existerande praxis inte är samstämmig med det moderna sjukdomsbegrepp som håller på att växa fram på grund av de nya kunskaperna om stress och ohälsa.

Vad man menar med sjukdom, dvs vad som är sjukdom, vad som skall behandlas, vad som skall ersättas, vad som är ett giltigt skäl för frånvaro på jobbet, vad som innebär risker för sjukdom och hur framtida sjukdom skall förebyggas skiljer sig åt från grupp till grupp och person till person. Att gemensamt diskutera och ta ställning till vad man menar när man talar om sjukdom, sjuktal och sjukkostnader och att diskutera en mer moderniserad syn på sjukdomsbegreppet är således en av de många viktiga arbetsuppgifter som vi tycker att konferensen visade på.

De frågor som ställdes kan ses som en konsekvens av att man saknar samsyn om sjukdomsbegreppet och att det invanda och traditionella begreppet inte längre är tillämpligt för hela det nya besvärspanorama som vi nu möter. Detta faktum belystes av flera föredragshållare. Lars-Gunnar Gunnarsson och Steven Linton från Regionsjukhuset presenterade t.ex den nya sjukdomen hjärnstress och frågan om uppkomsten av ryggbesvär. Gunnar Aronsson från Arbetslivsinstitutet talade t.ex om sjuknärvaro. Kerstin Ekberg från Linköpings Universitet förde fram hälsobegreppet som ett alternativ etc.

Att det sjukdomsbegrepp som skapat existerande praxis och som därför återspeglas i lagtext, förordningar, regelsystem och direktiv inte

längre är tillräckligt i ljuset av vad som händer i samhället och vad vi numera vet om människors hälsa och ohälsa har varit uppenbart sedan långt mer än tjugo år tillbaka för dem som arbetat praktiskt med ersättnings- och rehabiliteringsfrågor.

Denna insikt har emellertid ännu inte lett till att man gått på djupet med denna fråga. Detta tycks bero på att praxis är synnerligen konservativ och svår att påverka. Man har istället fortsatt ungefär som man alltid gjort men med konsekvensen att existerande kunskap och praxis inte alltid harmonierat med varandra.

Ett utvidgat sjukdomsbegrepp

Någon deltagare uppfattade att forskarna bara presenterade komparativa, dvs jämförande, resultat. Är vi då sjukare nu än förr? Nej, sedan sekelskiftet har stora insatser gjorts för att förbättra folkhälsan. Det finns många mått på att vi i dag är friskare än förr, t.ex medellivslängd, sjukdomspanorama, vårdkonsumtion etc. Vi är utan tvekan friskare nu.

Sjukvården är mer produktiv samtidigt som kostnaderna för den stiger eftersom allt fler åkommor och besvär kan behandlas och förebyggas. Trots att vi enligt traditionella mått är friskare i dag än förr ökar kraven på mer sjukvård. Detta är ett sätt att säga att sjukdomsbegreppet håller på att ändra karaktär. Vi är både friskare och sjukare. Vad vi uppfattar som sådan sjukdom och ohälsa som kan förebyggas och behandlas omfattar allt fler olikartade fenomen och svårigheter som människor möter i sitt liv.

Tittar man på sjukvårdens praxis kan man emellertid se att den stora förändringen är att de stora infektionssjukdomarna har utrotats, även om de delvis håller på att komma tillbaka, och att vi blivit bättre

på att skapa reservdelsmänniskor, dvs ersätta och komplettera olika organ som inte fungerar tillfredsställande. Den praxis som haft störst framgång är således den kirurgiska där tonvikten ligger på fysiska ingrepp och den medicinska där tonvikten ligger på behandling med mediciner. Det klassiska sjukdomsbegreppet är i hög grad influerat just av dessa discipliners framgångar.

Endast det som är behandlingsbart med kirurgi eller medicin har därför normalt kommit att betraktas som sjukdom i administrativ mening även om man naturligtvis kan lida av en mängd andra former av ohälsa och störningar i sitt liv. Psykoterapi och annan liknande behandling och vård har t.ex under lång tid inte betraktats som något som skall betalas av det allmänna utifrån samma regler som traditionell medicinsk och kirurgisk behandling. Vad sjukdom är, hur en sjuk lämpligen bör behandlas, vad som definieras som skador och problem för vilka människor skall ersättas och vilken samverkanspraxis som är lämplig bestäms således i hög grad av detta klassiska biomedicinska sjukdomsbegrepp.

I dag har emellertid andra dödsorsaker och annat lidande tagit de traditionellt medicinskt och kirurgiskt behandlingsbara åkommornas plats. I dag toppas dödstatistiken av t.ex hjärtinfarkt, hjärninfarkt och cancer. Dessa nya sjukdomar var ovanligare förr men uppfattas av vår tids människor som lika hotande och obehagliga som tidigare generationer uppfattade polio, tuberkulos, pest mm.

Sedan länge har många forskare och praktiker pekat på att dessa nya och mer moderna sjukdomspanorama inte följer samma mekanismer som de gamla traditionella sjukdomarna. Sjukdomen uppkommer således på ett annat sätt och den kan heller inte förebyggas eller botas efter samma mönster som de traditionella sjukdomarna. De moderna sjukdomarna bryter mot den praxis för förebyggande åtgärder och

behandling som man sedan länge vant sig vid och tillämpat både i hemmet och i sjukvården. Först därför något om detta.

Föreställningarna bakom de gamla och för alla välbekanta sjukdoms- och hälsobegreppen var att kroppen var i ett jämviktstillstånd. När detta jämviktstillstånd av hälsa rubbades och man blev sjuk så kunde det återställas genom att man utifrån tog bort störningen, se Bild 3.

Denna klassiska tankefigur återfinns vi i en mängd resonemang om hur man bör förebygga sjukdom, hur sjukdom skall behandlas och hur en patient skall rehabiliteras.

Modern biologisk forskning visar emellertid att denna tankefigur ofta kan leda resonemangen fel. Det finns visserligen en jämvikt men organismen upprätthåller denna med hjälp av en mängd finurliga regleringsmekanismer. Hälsa uppkommer således inte av jämvikten i

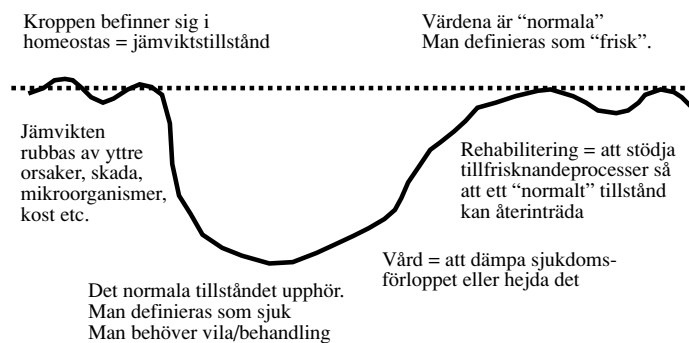


Bild 3. Det klassiska hälso- och sjukdomsbegreppet, dvs så som hälsa och sjukdom, vård, och rehabilitering i vardagslag definieras och så som dessa begrepp ofta användes i existerande praxis.

sig utan genom förmågan att upprätthålla den. Med hjälp av insikter om dessa regleringsmekanismer kan man belysa vår tids sjukdomar, deras uppkomst och hur de bör förebyggas och behandlas.

Bild 4 nedan illustrerar hur hälso- och sjukdomsbegreppen förändras genom insikten att kroppen själv aktivt söker upprätthålla ett jämviktsstillstånd och vad som händer när dessa regleringsmekanismer störs eller försvagas.



Bild 4. Ett utvidgat hälso- och sjukdomsbegrepp baserat på vad vi i dag vet om sk funktionsrubbingar där onormala, yttre och återkommande belastningar kan leda till att kroppen anpassar sig till påfrestningarna på ett sätt som på lång sikt leder till skador, funktionshinder och handikapp.

Om hjärnstress

En biologisk regleringsmekanism som passar in i detta utvidgade hälso- och sjukdomsbegrepp är den stressregleringsmekanism som Lars-Gunnar Gunnarsson berättade om. Sjukdomen yttrar sig som en störning av denna mekanism. Den belastning som orsakar denna störning har fått namnet "hjärnstress". Även om stressproblematiken säkert är relativt välkänd för många av läsarna av denna dokumentation finns det anledning att här inledningsvis rekapitulera en del av vad Lars-Gunnar Gunnarsson presenterade eftersom denna insikt ställer existerande praxis i ett helt nytt ljus. Sådant man tror hjälper kan istället innebära att sjukdomen och belastningen förvärras.

Kroppen är biologiskt konstruerad för att möta sådant som människan mentalt uppfattar kunna störa den stabilitet och jämvikt man strävar att upprätthålla. En sådan störning kan t.ex bestå i att man tror sig möta krav på att i en nära framtid tvingas hantera något som man inte har erfarenhet av att kunna klara.

Hjärnan signalerar då "fara". Inför denna fara aktiveras speciella system i kroppen som syftar till att göra kroppen beredd att antingen möta och konfrontera faran eller fly från den. Hjärnan blir mer alert, uppmärksamheten skärps, funktioner som inte behövs för att möta faran kopplas bort eller sätts på sparlåga, ämnesomsättningen ökar och varje cell i kroppen blir handlingsberedd. Detta är inget onormalt.

Kroppen är uppbyggd att fungera i en biologisk cykel där hanterandet av situationer som kräver anspänning växlar med perioder av vila och återhämtning. Det normala mönstret är således att den alarmberedskap som kroppen sätts i får ett utlopp och följs av en återhämtning när upplevelsen av fara försvinner. Under återhämtningsfasen förändras hormonbalansen för att återställa de störningar i den biologiska

balansen och läka eventuella skador som beredskapen skapat. Vissa hormoner ökar och andra dämpas.

En speciell reaktion, som studerats sedan slutet av 90-talet, inträffar när organismen inte kan möta störningen på ett normalt sätt, dvs när organismen trots aktiveringen, inte kan avvärja signalen om hot. Kvarstår meddelandet om hot så kan normal återhämtning inte uppkomma. Organismen får då signalen att det ligger utanför dess möjlighet att hantera hotet.

Organismen är fångad i en fälla, ställd mot väggen, och kan varken fly eller slåss. Denna situation har sin speciella stressreaktion med ett eget hormonellt mönster. Dessa för individen onormala stressreaktioner är numera mycket väl studerade både hos människor och djur.

Reaktionen består av en initial frustration som ersätts av känslor av uppgivenhet, maktlöshet och hjälplöshet. Dessa leder till försvarsmekanismer som syftar till att bevara kroppen under lång tid till dess hotet försvinner. Ett exempel på en sådan mekanism hos både människor och djur är passivisering. Kroppen "spelar död". En annan mekanism är att kroppen försöker göra sig osårbar, dvs det smärtekännande systemet slås ut. Människor har således biologiskt sett, liksom de flesta andra djur, utvecklat möjligheter att hantera även denna typ av extrema situationer men har till skillnad från dessa tillgång flera sofistikerade mekanismer av varierande karaktär och styrka.

Mekanismer och de stressreaktioner kopplade till extrema stressituationer är upplevelse- och hormonstyrda. De ligger därför normalt utanför individens medvetna viljemässiga kontroll. Om de situationer som aktiverar denna typ av reaktioner ofta upprepas, kan de reglermekanismer som styr aktivering och återhämtning komma i olag. Man kan t.ex hamna i ett kroniskt tillstånd av beredskap som inte går att bryta eller ett kroniskt tillstånd av passivitet och avskärmning som heller inte

går att bryta. Det finns också en mängd mellanformer. Alla leder till rent fysiologiska effekter som är ohälsosamma för kroppen. Bild 5 illustrerar Lars-Gunnar Gunnarssons resonemang.

Vad som förknippas med frustration och hjälplöshetskänsla och som leder till uppgivenhetsreaktioner är mycket individuellt. Det finns disponerande faktorer som t.ex anlag, personlighet, förvärvad coping-förmåga och tidigare trauman men det är också mycket olika vad man blir stressad av. Vad som för en person kan vara en allvarlig påfrestning behöver inte vara det för en annan.

Stressregleringsrubbnings uppstår således som en följd av påfrestningar över tiden. Man kan klara många stressiga situationer om man får möjlighet till återhämtning utan att detta påverkar reglermekanismen. Även utan återhämtning kan man under en lång tid klara sig utan att reglersystemet allvarligt rubbas även om dess effekt successivt försvagas, dvs att det inte tillåter kroppen en normal återhämtning och reparation av de skador som aktiveringen kan ha åstadkommit. Denna försvagning av hälsan kan göra att individen till slut möter den kritiska händelse som utlöser en allvarlig sjukdom. Denna händelse behöver således inte i sig vara särskilt dramatisk eller anmärkningsvärd. För att förstå sjukdomen måste man således på ett helt annat sätt än när det är fråga om en klassisk sjukdom eller olycka förstå att den blivit till under en lång tid. Den kan inte härledas till en enda enkel orsak som t.ex ett virus eller en yttre olycka.

Hjärnstress - en fara för hälsan

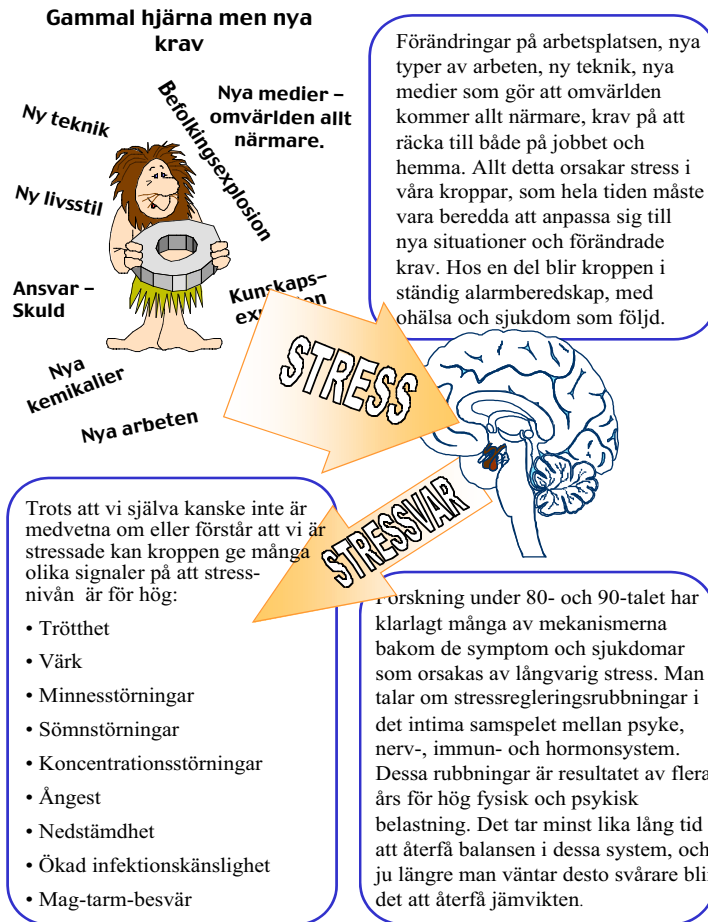


Bild 5. Lars-Gunnar Gunnarssons beskrivning av hjärnstress - innehåll och layout av Lars-Gunnar Gunnarsson, Neurokliniken, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro

Etiologin bakom "ont i ryggen"

Ett pedagogiskt exempel på en besvärsbild som följer denna annorlunda princip är vad man i vardagsspråk kallar "ont i ryggen". Att ha ont i ryggen är en sjukdom som under mer än tjugo år har studerats av Steven Linton. I början uppfattades ont i ryggen som en skada inom ramen för det traditionella sjukdomsbegreppet. En sådan benämning leder emellertid tanken fel. Alla människor får vid olika tillfällen ont i ryggen. I den mån man kan tala om skador så är detta en skada som normalt läks alldeles naturligt. Det är också en skada och ett besvär som de flesta människor har relativt lätt att återhämta sig från. Varje människa skaffar sig således ett eget sätt att hantera situationer där man riskerar att få ont i ryggen eller tillfällen då man råkat ut för detta.

När det gäller den typ av ont i ryggen som leder till ett allvarligt handikapp så kan man därför med stor säkerhet säga att handikappet i de flesta fall inte är ett traditionellt medicinskt problem. Handikappet har i de allra flesta fall uppstått som en följd av att personen valt att hantera situationen eller skadan på ett för kroppen onormalt sätt. De naturliga, normala, återhämtande och skyddande rörelsemönstren och reaktionerna har således av något skäl satts ur funktion och rubbats så att små skador förvärrats och utvecklats till ett större och bestående handikapp.

Den vanligaste anledningen till uppkomsten av ett sådant onaturligt och olämpligt beteende är vad Steven Linton kallar onda cirklar. Den onda cirkeln börjar vanligen med att man upptäcker att det gör ont och att man inte kan röra sig. Man blir rädd och blir dessutom rädd att få mer ont. Man undviker då vissa rörelser och utvecklar därmed dysfunktionella rörelsemönster. Dessa olämpliga mönster och reaktioner får följdverkningar både för kroppen i övrigt och för individens sociala

relationer eftersom de försvårar ett normalt liv. Personen får allt svårare att klara sig, bygger på med fler dysfunktionella mönster, blir allt mer frustrerad, utvecklar stressregleringsrubbnings och hamnar till slut i en depression.

De onda cirkelarna kan således liknas vid en nedåtgående spiral där utvecklingen mot ett ökat handikapp går gradvis. Små kontinuerliga förändringar i livsstilen utmynnar så småningom i en ökad psykosocial sårbarhet där en i och för sig bagatellartad händelse kan utlösa ett allvarligt sjukdomstillstånd.

Steven Linton budskap till konferensen är att omvärlden ofta, genom att utgå från det traditionella sjukdomsbegreppet, medverkar till att förstärka dessa onda cirkel, och därmed bidrar till personens begynnande ohälsa. Det finns således en mängd exempel på hur olämpliga insatser och bemötanden istället för att skapa konstruktiva rehabiliteringsmöjligheter aktiverar just de stressreaktioner som är det grundläggande problemet. Omvärlden - och inte bara personen själv - kan således kraftfullt bidra till en ökad passivisering och en förvärrad sjukdomsbild.

Steven Linton pekar emellertid också på att det är fullt möjligt att bryta cirkeln om rätt person går in vid rätt tidpunkt med rätt åtgärd just för den person det gäller. Ju tidigare dess bättre. Det gäller emellertid att förstå sig på den drabbades unika historia, bakgrunden till de reaktioner man observerar och naturen av de speciella dysfunktionella beteenden som personen utvecklat och som inte bara behöver vara kopplade till ryggbesvären. Generella rekommendationer som t.ex ökad motion eller morgongymnastik är meningslösa.

Nu uppstår således frågan vad man skall kalla det besvär som uppstått genom "den onda cirkeln". Är det en sjukdom? Egentligen är nog den relevanta beteckningen ett funktionshinder. Detta funktions-

hinder har inte uppstått på samma sätt som en traditionell sjukdom eller skada utan som en följd av en stressregleringsrubbing.

Diagnostiken slår också fel eftersom det faktum att man fått ont i ryggen inte behöver ha med ryggen att göra utan med att det uppkommit en stressregleringsrubbing av den typ vi här talat om. För andra personer kan en likartad stressregleringsrubbing yttra sig i helt andra symptom, besvär och fysiska sjukdomar. Helt olika sjukdomsdiagnoser kan i detta fall ha samma bakgrund. Å andra sidan kan likartade stressregleringsrubbingar ha uppstått på många olika sätt. Det är detta som gör frågan med stressrelaterade sjukdomar så komplicerad.

Lars-Gunnar Gunnarsson redovisade slutligen i sitt föredrag hur en kombination av både psykosociala och miljömedicinska belastningar kan vara kopplade till stressrelaterad ohälsa. Med en psykosocial utgångspunkt talar man om utbrändhet, tillitsbristsjukdomar, somatisering, teknostress och accelerationssyndromet. Med en mera klassisk medicinsk utgångspunkt formulerar man diagnoserna som kronisk trötthetssyndrom, fibromyalgi, funktionella tarmrubbingar, spänningshuvudvärk och andra somatiska sjukdomar.

Ett stort bekymmer med detta förändrade sjukdomsbegrepp, som vi nu skall behandla, är att det innefattar besvär som i viss mening kan sägas vara självförvållade. Besvären kan inte som förr utan vidare hänföras till exakta och entydiga yttre orsaker utanför individens kontroll, t.ex fysiska belastningar eller felaktiga arbetsställningar på arbetsplatsen. Man kan emellertid inte heller entydigt hänföra besvären till något som individen borde ha kunnat undvika eller hantera på egen hand eftersom det just är samspelet mellan individen och situationen som skapar stressreaktionerna.

Betydelsen av praxis

För att just nu komma vidare med presentationen från konferensen måste vi göra en kringgående rörelse och närmare beskriva vad vi menar med ”praxis”. Med praxis avser vi den samverkan som regelmässigt, och vanemässigt, tycks uppstå i och mellan olika verksamheter och mellan berörda människor.

Praxis styrs av människors förväntningar på varandra och överförs mellan människor genom att de aktiveras att delta i den. Praxis kan understödjas av regler, förordningar och direktiv men styrs inte av dem. Ny praxis kan uppkomma genom att nya förhållanden introduceras och nya regler och rutiner etableras. Man kan emellertid inte räkna med att uppifrån och utifrån skapa en önskvärd praxis eftersom praxis är en följd av hur människor i verksamheter anpassar sig till de nya förhållanden som etableras. Den praxis som uppstår efter en förändring kan således kraftigt skilja sig från den som man planerat för och/eller skulle vilja ha.

Ett exempel på en praxis är hur man som deltagare och föreläsare inordnar sig i de osynliga regler som finns för en konferens. För att en konferens skall fungera bör den således följa en för deltagarna välkänd mall som de lätt kan anpassa sig till. Det har visat sig vara mycket svårt att skapa nya konferensformer, även om de skulle kunna ge bättre utfall än traditionella konferenser av det enkla skälet att de nya formerna ofta skapar en alltför stor förvirring och därmed tids- och energiförlust som motverkar den eventuella effektivitetsökning man hoppats på.

Samma förhållanden gäller i arbetslivet. Leif Borgert presenterade 1992 en doktorsavhandling på Företagsekonomiska institutionen i Stockholm, i vilken han behandlade de försök som under en femårsperiod hade gjorts för att med olika ekonomiska styrmedel, koncept,

organisationsförändringar och olika uppföljningssystem påverka den faktiska verksamheten i själva vården, dvs vad vi här har kallat praxis.

Borgert kunde visa att verksamhetens praxis trots alla dessa pålagda förändringsförsök var förvånansvärt stabil. Man gjorde som man alltid hade gjort oberoende av om man arbetade i arbetslag, i en klinik, i en basenhet eller ett centrum och oberoende av vilka administrativa styrmedel och utbildningar som introducerats.

Det blev förstås bekymmersamt när man blev färre. Det tog också tid och energi från arbetet att sätta sig in i och anpassa sig till nya redovisningsrutiner och nya ledningsformer istället för att bekymra sig om patienterna. Ibland skapade införandet kaos eftersom ny personal kom till som inte hade tillräcklig erfarenhet och vana att klara vården på det gamla sättet och var alltför oerfarna och dåligt insatta i det nya för att göra detta mer effektivt - dvs så som det var tänkt.

Förändringarna uppifrån och utifrån bidrog således inte till ökad effektivitet. Den effektivitetsökning man mätte uppstod snarare som en följd av att personalen svarade upp till de nya kraven, eliminerade buffertar och sk ”slack”, tog på sig en ökad psykisk och fysisk belastning och fann nya och kreativa vardagslösningar på diverse problem snarare än att man funnit något genialt nytt ledningssystem.

Det fanns naturligtvis undantag där så inte var fallet. Leif Borgert kom emellertid till slutsatsen att en stor del av de förändringar som man talade om och presenterade som ”utveckling och nyheter” egentligen inte alls förändrade praxis. Presentationen av olika koncept, uppföljnings- och styrsystem gav ofta en falsk bild av vad förändringarna egentligen betydde i den faktiska verksamheten. Förändringarna verkade genomföras på ytan. Därför fick avhandlingen titeln ”Organisation som mode”.

Fenomenet sjuknärvaro

På samma sätt som det finns biologiska regleringsmekanismer så finns det också sociala. Fasthållandet av en praxis är just ett exempel på en sådan social reglermekanism. Också sociala regleringsmekanismer kan liksom de biologiska rubbas så att man håller fast vid en praxis som tidigare visat sig fungera men i den nya situationen är ineffektiv och ohälsosam och skapar stress och ohälsa.

Ur individens perspektiv är det omvärlden som erbjuder den praxis som denne måste anpassa sig till. Individen kan inte på egen hand bryta mot denna. En viss praxis kan således antingen erbjuda goda och hälsosamma villkor för individen att hantera pressande och stressande situationer och få den återhämtning som behövs, eller begränsa möjligheterna för individen att hantera stressande situationer och förleda denne att engagera sig i ett ohälsosamt beteende.

Om omvärlden, dvs chefer och arbetsgivare, missbrukar individens omedvetenhet om vilka risker som lurar och etablerar en praxis som leder till hälsorisker så har man dragit nytta av individens oförmåga att sätta gränser och oförmåga att säga nej. Då har det uppstått ett fenomen som kan kallas sjuknärvaro. Gunnar Aronssons studier av sjuknärvaro bygger således på misstanken att det i dagens arbetsliv förekommer en ohälsosam praxis som individen av olika skäl anpassar sig till och som leder till psykosocial ohälsa av den typ som diskuterades på konferensen.

Om arbetsgivaren medvetet utnyttjar en sådan praxis för att få anställda att "ställa upp" över sin förmåga och så att deras stressregleringsmekanismer rubbas så kan detta sägas vara en typ av missbruk av arbetskraften. Gunnar Aronsson har i sina studier funnit en ganska stor förekomst av sådana ohälsosamma förhållanden.

Gunnar Aronsson har t.ex funnit att

- arbetstagare ofta går till jobbet trots att man borde stanna hemma och återhämta sig som en följd av att man känner stor lojalitet med sina arbetskamrater eller dem man betjänar. Man upplever det svårt att lämna dessa "i sticket". Är buffertarna små och man vet att det är tätt på jobbet så ställer man upp.
- arbetstagare jobbar trots att man inte borde eftersom man vet att jobbet annars inte blir gjort. Skulle man stanna hemma så får man det etter värre när man kommer tillbaka till jobbet igen och får klagomål och förebråelser.
- arbetstagare jobbar för att de inte har råd med något annat. Man har så små marginaler att man tvingas att ta in varje krona och måste därför pressa sig längre än kroppen egentligen tål.

Gunnar Aronsson pekar här på en viktig och avgörande fråga när det gäller sjukdom och hälsa. Vad skall man uppfatta som normalt och etiskt försvarbart och vad är inte det? Fritar det faktum att personen arbetar "frivilligt" arbetsgivaren från dennes ansvar? Var går också gränsen för vad samhället skall åtgärda, vad individen själv måste ta konsekvenserna av och vad arbetsgivaren måste stå för? Här finns mycket att diskutera och ta ställning till. Är det t.ex rimligt, normalt och eftersträvanvärt att anställda offerar sin hälsa på en omöjlig arbetssituation? I ett samhällsperspektiv kanske vi måste se det som minst lika respektabelt att man när pressen upplevs för hård lämnar arbetskamrater, kunder, klienter, företag och samhälle i sticket och istället utnyttjar de bidrag och stödsystem man har rätt till. Vem har rätt att sätta sig till doms över sådana val och hur skall dessa domslut se ut?

Det verkar således vara viktigt att man inom regionen samarbetar för att få ett bättre underlag för att fastställa individens, arbetsgivarens och samhällets ansvar i dessa olika hänseenden. För att komma fram till välgrundade beslut krävs sannolikt en vidareutveckling och en precisering av sjukdomsbegreppet men också utveckling av en ”förfinad praxis”.

Vi använder begreppet förfinad praxis av det skälet att aktuell forskning visar att ny praxis tycks växa till sig ut ur den gamla. Vi talar därför vanligen om behovet av att skapa en förfinad praxis snarare än att förändra praxis. Genom att i det praktiska arbetet omvandla rutiner och arbetsformer i takt med en allt bättre beskrivning av vad vi i vår tid anser vara sjukdom, hälsa och ohälsa så tror vi således att det är möjligt att gemensamt utveckla en praxis som är i större harmoni med vad vi vet om hälsa och sjukdom, än den som finns i dag.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

2

Ohälsans uppkomst i det nya arbetslivet

- * Hur kan vi beskriva det moderna arbetslivets risker?
- * Hur kan dessa risker upptäckas i tid av dem som kan hjälpa till att mildra konsekvenserna?
- * Finns det vissa sätt att organisera och leda arbetet som motverkar hälsans utveckling i arbetslivet?
- * Behövs en ny ledningsstil och managementkultur i de nya plattare organisationerna?
- * Är det inte positivt att personalen får ökad delaktighet och frihet - t.ex att lägga egna scheman? Finns det risker i en sådan utveckling?
- * Slimmade organisationer har uppfattats positivt inom den privata industrin, jfr t.ex Volvo Kalmarverken - varför skulle det vara värre och sämre i den offentliga sektorn?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Den psykosociala arbetsmiljön

Som introduktion till detta avsnitt har vi valt att föra fram några av våra erfarenheter från vårt arbete tillsammans med Yrkesinspektionen och de svårigheter man där möter när det gäller att bedöma och ta ställning till det moderna arbetslivets risker och vilka åtgärder man kan kräva av arbetsgivaren.

Arbetsmiljölagen är tydlig när det gäller att lägga ansvaret på arbetsgivaren för hur arbetet organiseras och utformas. Ansvaret gäller således arbetsorganisation, rutiner, bemanning och annat som exponerar de anställda för risker eller påverkar deras möjligheter att undvika ohälsa. Ansvaret innefattar också ledarskap och annan påverkan av arbetsgivaren som kan medföra stress eller psykisk belastning av den typ som behandlats under denna konferens.

Arbetsgivaren har ansvar inte bara för de sjukdomsfall och skador som redan har inträffat utan även för risker som kan leda till framtida skador, dvs i detta fall även uppkomsten av hjärnstress, utmattning eller liknande fenomen. Det spelar därvid ingen roll om de anställda självmant utsatt sig för dessa risker eller inte. Samma typ av resonemang tillämpas på det psykosociala området som när det gäller vanligt fysiskt arbetarskydd. Arbetsgivaren är t.ex på det fysiska området skyldig att tillse att skyddsutrustning används och finns tillgänglig och att de anställda är utbildade i de skyddsfrågor som är aktuella.

Psykosociala belastningar i det traditionellt utformade arbetslivet har sedan länge varit relativt väl belysta. Paradoxalt nog visar sig emellertid många av de förändringar som i dag görs, där man hänvisar

till dessa kunskaper om vad som är ”det goda arbetet”, skapa nya belastningar och risker för ohälsa. Bakgrunden till dessa rubbningar i stressbalansmekanismerna, kan ännu bara anas och är till stora delar outforskade.

Allt tyder emellertid på att det moderna arbetslivet hos alla berörda parter från ledningen till den enskilde arbetstagaren kräver en mycket mer precis kunskap om det egna arbetets, arbetsplatsens och verksamhetens egna och ofta unika förhållanden, belastningar och risker för ohälsa. Den kunskap som forskas fram kan således inte lika lätt som förr generellt och storskaligt överföras i form av regler och rutiner utan måste av arbetsgivare och arbetstagare översättas och tillämpas på den lokala situationen och den egna verksamheten.

Allteftersom ny och mer preciserad kunskap om psykosociala belastningar växer fram och accepteras så kommer denna att leda fram till nya gränsdragningar, nya typer av observationer och bedömningar och nya krav från hälsovårdande myndigheter. Trots att frågorna kan verka komplexa och fenomenen svårfångade så är det emellertid viktigt att som introduktion till detta avsnitt påpeka att bedömningar på området psykosocial ohälsa och den etiska grunden bakom arbetsgivarens ansvar på detta område inte är principiellt skild från vad som gäller för den fysiska arbetsmiljön.

Vad behöver man veta om den egna verksamheten?

Man möter således i dag i varje enskild verksamhet helt andra praktiska problem än förr när det gäller att få tillräcklig kunskap om psykosociala fenomenens art och vilka möjligheter man har att observera

riskerna och motverka ohälsa. Genom ohälsans nya karaktär och genom att användningen av sjukdomsbegreppet varierar och ofta är oklar, så har det också blivit svårare att i varje enskilt fall bedöma var gränsen går mellan arbetsgivarens ansvar och den enskilde individens skyldigheter.

I det traditionella riskscenariot har det varit naturligt att se på fysisk exponering, dvs vilka slutsatser om risker man kunde dra från yttre förhållanden på arbetsplatsen som t.ex arbetsscheman, organisation, rutiner, arbetsförhållanden, kemikalier, utrustning etc. Inspektionen avsåg också andra ”yttre fakta” som t.ex förekomsten av skyddsutbildning och olika skyddsanordningar. När det gäller psykosociala belastningar så förhåller det sig, som framgått av Steven Linton och Lars-Gunnar Gunnarssons presentationer, annorlunda. Det avgörande för reaktioner på stress och hot är inte de yttre förhållandena i sig utan den enskilde individens upplevelse av dem.

Det finns naturligtvis yttre förhållanden som Yrkesinspektionen säkert kan bedöma som skrämmande och hotande för alla och envar, t.ex våld och hot på arbetsplatsen. I de flesta andra fall av psykosocial belastning är ställningstagandet emellertid betydligt svårare. Det är i stort sett omöjligt att luta sig mot yttre faktorer eller förhållanden. Det kan t.ex finnas kombinationer av långvariga påfrestningar och stressade situationer som skulle kunna vara ohälsosamma men där inte en ensstaka faktor är dominerande och betydelsefull. Det är lika svårt att utgå från individernas reaktioner och beteenden eftersom människor hanterar stress och psykisk press olika. Likvärdiga stressituationer kan således resultera i på ytan helt olika reaktioner, symptom och sjukdomar.

Det kan också på vissa arbetsplatser finnas kombinationer av förhållanden som för vissa individer, men inte för andra, på lång sikt

kan innebära hälsorisker och det kan slutligen på vissa arbetsplatser under ytligt sett helt "normala" förhållanden finnas individer som är särskilt sårbara för just de situationer som det är fråga om och som därför utsätts för hälsorisker.

Bara genom studier av den yttre "miljön" och av individers reaktionsmönster kan man således sällan fastställa om en arbetsplats är hälsovådlig ur psykosocial synpunkt eller om de reaktioner man observerar kan sägas vara en direkt följd av arbetets utformning och uppläggning. Problemet är således inte om arbetsgivaren är ansvarig för uppkomsten av psykosocial ohälsa utan av en mycket mer praktisk art, dvs hur man bäst kan gå tillväga för att definiera innehållet i detta ansvar och upptäcka eventuella risker.

Hur fastställer man sjuknärvaro?

Ett exempel på de nya svårigheterna är fenomenet sjuknärvaro. Hur kan man konstatera att en sådan förekommer och hur kan man veta om den innebär en risk för de anställda? Här kan man lära sig mycket av modern forskningsmetodik.

Gunnar Aronsson gav således i sin presentation inte bara en beskrivning av sjuknärvaro som fenomen utan också ett pedagogiskt exempel på hur man kan gå till väga för att fastställa förekomsten av och riskerna med sjuknärvaro.

Sjuknärvaro uppstår således när en arbetstagare väljer att gå till arbetet och arbeta trots att denne egentligen borde stannat hemma. Det är svårt att finna yttre kriterier för när detta sker - allt verkar ju på ytan vara "normalt". För att komma fenomenet mer in på livet måste man

förlita sig på utsagor från de enskilda individerna själva om hur de upplever sin arbetssituation. Vi tar särskilt upp denna fråga eftersom Yrkesinspektionen i sin nya inspektionsmetod använder samma princip och att det ibland reses tvivel om sådana svar kan anses vara trovärdiga och användbara och om en sådan datainsamling är vetenskapligt korrekt.

Gunnar Aronsson ställde således nedanstående fråga till ett representativt urval personer inom ramen för en stor intervjuundersökning som SCB regelbundet genomför:

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du gått till arbetet trots att Du med tanke på Ditt hälsotillstånd egentligen borde sjukskrivit Dig?

Han anser det fullt möjligt att få användbara och trovärdiga svar eftersom han vid andra undersökningar visat att den enskilde individens egen bedömning av sitt hälsotillstånd statistiskt sett är mer relevant än varje annan yttre diagnostisk metod.

Gunnar Aronsson nöjer sig emellertid inte med detta. Han ställer också kontrollfrågor om de symptom som man av tidigare forskning vet är relevanta. Han frågar således personerna om de har magproblem, känner olust, har svårt att sova, har ont i nacken och har varit trötta och håglösa. Jakande svar på sådana frågor och en stor förekomst av närvaro på jobbet trots att man egentligen inte anser sig orka eller själv menar att man borde varit hemma kan därför sägas vara en bra indikator på "sjuknärvaro". Den samlade datamängden, i kombination med vad man i övrigt vet och kan antaga om psykisk belastning och stress, ger således enligt Gunnar Aronsson en så rättvisande bild som möjligt av fenomenet sjuknärvaro.

Behovet av samtals- och upplevelsedata

Vad som skiljer datainsamlingen i denna typ av studier från andra mer traditionella "mätningar" är att man måste förlita sig på hur de berörda personerna beskriver att de upplever situationen. Vad de säger är visserligen subjektivt och kan förstås ifrågasättas. En tränad samtalsledare kan emellertid under förtroendefulla förhållanden genom att höra vad man väljer att tala om, hur man formulerar sig och hur samtalet går få en ganska god bild av om man på en viss arbetsplats riskerar utmattning och framtida skador.

De psykosociala förhållandena kan variera stort mellan arbetsplatser som i yttre mening och när det gäller fysisk belastning kan vara ganska lika. Orsaken är förstås att människorna är olika och anpassar sig på ett unikt sätt till de situationer de möter. Detta har lett till den slutsats som vi presenterade i början av detta avsnitt, dvs att det inte är möjligt att göra generella rekommendationer om "hur det skall vara" på en arbetsplats av en viss typ, på samma sätt som man kan ställa upp föreskrifter när det t.ex gäller kemiska gränsvärden. Vad som är fullt möjliga samverkansformer på en viss arbetsplats visar sig kanske inte vara möjliga på en annan.

Eftersom sådana generella rekommendationer inte kan ges så har man utfärdat föreskrifter om internkontroll. Internkontroll innebär att det åligger arbetsgivaren och ledningen att övertyga sig om att det sätt man leder och driver verksamheten på inte leder till risker för de anställdas hälsa. Arbetsgivaren måste således på eget initiativ undersöka psykosociala förhållanden. Man måste på samma sätt som Gunnar Aronsson samla, systematisera och bedöma upplevelse- och samtalsdata och sedan själv utifrån dessa data ta ställning till vad som är rimliga arbetsförhållanden och krav för de medarbetare man har.

Skillnaden mellan "push" och "pull"

Många forskare pekar på att det inte bara är hälso- och sjukdomsbegreppen som behöver nyanseras utan också motivationsbegreppet. Man har t.ex länge levt i föreställningen att arbete utförs som en följd av en yttre press - "push" - och att det är vissa former av denna "push" som därför är skadlig för människor. Så är det förstås fortfarande i den mån det finns personer med stor makt och en auktoritär stil.

Tiderna har emellertid förändrats. Patriarkaliska och auktoritära mönster är inte lika vanliga och fungerar inte lika bra i arbetslivet nu som de gjorde förr. Ledningsprinciperna bygger nu mer på vad som inom fackspråket kallas "pull". När man använder sig av "pull" bygger man sitt ledarskap på det faktum att medarbetare vill arbeta hårt av andra skäl än lönen eller att tillfredsställa chefen eller arbetsgivaren.

De ambitioner hos medarbetaren som man därvid medvetet utnyttjar är av en mängd andra slag vilka skapar en inre drivkraft eller ambition att delta i arbetet, t.ex plikt och ansvarskänsla, att inte svika sina kamrater, att känna ansvar för sina patienter eller sina klienter eller att vilja utvecklas och ta ansvar.

Inom IT-området, inom finansvärlden, inom massmedia och inom olika konsultbolag beskrivs således hur man där formar strukturer och karriärvägar som erbjuder ständigt nya utmaningar och expansion. Problemet är att man därvid ofta vänder sig till relativt unga personer med bristande arbetslivs- och livserfarenhet. Dessa kan då förledas att bortse från hälsa, familj och andra intressen i livet än jobbet. Man talar därför numera inom forskningen inte bara om "white and blue collar workers" utan även om "gold collar workers", dvs de som frivilligt arbetar ihjäl sig för sin arbetsgivare.

Psykisk ohälsa i de nya slimmade organisationerna

På samma gång som de nya arbetssystemen således tagit vara på kunskaperna om individens motivation, ökat friheten för de anställda och gett dem ett större ansvar så kan samma kunskap tillämpas på ett sätt som medför nya risker och nya former för missbruk av arbetskraften. Dessa moderna avarter på arbetsmarknaden kan vara minst lika allvarliga och skapa lika stora ohälsoproblem som de vi tidigare känt till. Förändringar till mer slimmade organisationer är inte någon trollkonst där kostnader och hälsorisker bara försvinner genom att man inför en ny organisation eller nya arbetsformer.

En stor mängd forskning verifierar att förändringar mot slimmade organisationer av den typ man ofta talar om, som t.ex Volvos olika försök, på gott och ont har påtagliga effekter och konsekvenser för arbetstagarna.

Ett exempel på en sådan förändring, som lett till helt nya arbetsförhållanden, är att personalkostnaderna minskats genom att buffertar i form av tidsreserver, personalreserver och materialreserver kunnat reducerats. Genom borttagandet av buffertar blir arbetet mer intensivt och man arbetar närmre varandra. Detta ökar exponeringen för psykosociala effekter.

Det skapas också gränslösa åtaganden som gör att man måste rycka in även utanför vad som tidigare var ett begränsat ansvarsområde. Därför kan man inte säga när arbetet egentligen tar slut. Man är alltid i tjänst och har alltid krav på sig att rycka in om det behövs. Man kan heller inte, med ett ökat ansvar för helheten, säga att problem som uppstår är ”någon annans bord”. Man tvingas att engagera sig i problemen vare sig de är lösbara eller inte.

Ofta saknar man som arbetstagare möjlighet att ta ställning till och bedöma rimligheten i de olika program och förändringsinsatser arbetsgivaren engagerar en i. Det är sant att en äkta delaktighet är hälsobringande och önskvärd eftersom den leder till möjligheter att få kontroll över och stabilisera den egna tillvaron och tillfredsställa egna behov. Allför ofta ges emellertid de anställda en falsk upplevelse av delaktighet som skapas genom att de förleds att överdriva sin egen roll eller förringa de eventuellt negativa konsekvenserna av vad de medverkar i, t.ex. rationaliseringar som gör att deras kamrater måste sägas upp eller far illa.

När de verkliga förhållandena uppdagas och det visar sig att vad man gjort inte har tillmätts den betydelse som förespeglats, att man inte fått det ökade inflytande man hoppats på eller att man medverkat till något som man uppfattar som negativt så leder detta till frustration och så småningom också till uppgivenhetskänslor.

Det nya arbetslivets spänningsfält

Vi återgår nu till presentationerna på konferensen. Dessa illustrerade många av de frågor kring det nya arbetslivet som vi berört i denna inledning. Gunnar Aronsson presenterade således i sin framställning några konkreta exempel på det nya arbetslivets spänningsfält.

Ett spänningsfält fanns enligt honom mellan flexibilitet, avreglering och trygghet. Trygghet och flexibilitet måste vandra hand i hand. En ökning av den ena kan inte uppnås utan att man också garanterar den andra. Ett annat spänningsfält fanns mellan frihet och tillit. En ökad frihet kräver också en ökad tillit i meningen pålitlighet, dvs att man kan

lita på att andras frihet också utnyttjas till något gott och produktivt. Arbetsgivaren har således ett ansvar att uppfylla sin del av det psykologiska kontrakt som de nya arbetsformerna innebär. Gör han inte det så skapas spänningar, problem och missförhållanden.

Även om således de nya arbetsformerna och arbetssätten fört mycket gott med sig och skapat en högre produktivitet så har de således medfört helt nya möjligheter för arbetsgivare att missbruka och "suga ut" sina arbetstagare. Allt detta måste sannolikt diskuteras mer öppet i det nya arbetslivet. Också här finner vi en brytning mellan kunskapsläget och existerande praxis.

Det måste sannolikt växa fram en helt ny praxis kring vad som från alla parter kan godtas och vad som inte kan godtas i arbetslivet. De psykologiska kontrakten mellan arbetsgivare och arbetstagare måste förnyas. Detta är något som man gemensamt inom samverkansgruppen kan ta initiativ till.

Det nya arbetslivets hälsorisker

Ytterligare konkreta exempel på de nya hälsoriskerna i arbetslivet gavs av Gunnel Ahlberg Hultén i hennes presentation av MOA-projektet (Moderna arbets- och livsvillkor för kvinnor och män). I MOA-projektet har man i samtalsform intervjuat ett urval av 203 personer, hälften kvinnor och hälften män, med syfte att skapa en ökad förståelse för hur dessa personer upplever sitt arbete och de nya förhållandena i arbetslivet. Denna studie skiljer sig från "vanliga" arbetsmiljökartläggningar genom att man velat gå på djupet och förstå dessa nya förhållanden och hur dessa påverkar arbetstagarna.

Man har därför också studerat de intervjuades arbetssituation, talat med deras chefer och branschföreträdare, samlat in svar med hjälp av enkäter, mätt personernas fysiska funktion och dessutom gjort direkta studier och mätningar av arbetsmiljön på arbetsplatsen. De intervjuade representerar 80 olika arbetsplatser som tillsammans har cirka 8000 anställda.

Syftet med denna grundliga genomgång har således varit att genom en fördjupad kunskap om dessa 203 utvalda personers specifika förhållanden urskilja vilka faktorer och förhållanden som i det moderna arbetslivet verkar kritiska för hälsan, vad man som arbetsgivare och fack behöver uppmärksamma och vad som bör ingå i de kartläggningar av den specifika psykosociala arbetsmiljön på varje arbetsställe. Detta var innan MOA startades ett relativt outforskat område. Gunnar Aronssons begrepp sjuknärvaro är således bara en av många tänkbara variabler som bör uppmärksammas.

MOA-projektet har lett fram till att man ur intervjuerna kunnat identifiera kluster av arbetsförhållanden och arbetsvillkor som man kan anta vara ”hyggliga” respektive ”dåliga”. MOA säger inget om direkta orsakssammanhang mellan yttre förhållanden och framtida risk för ohälsa men man anger åt vilket håll man som arbetsgivare, fack och arbetstagare bör söka sig fram för att förstå den egna arbetsmiljön.

Samtidigt som man identifierat vissa kluster har man också försökt fastställa i vilka av dessa det fanns speciella hälsoproblem. Man bör då naturligtvis komma ihåg att hälsoproblem av den typ vi här redovisar skapas över tid, dvs de ”växer till sig”. Det faktum att det inte vid tillfället för undersökningen förekom någon direkt ohälsa behöver därför inte betyda att några risker inte finns. De åtta kluster som identifierades framgår av bilden på nästa sida.

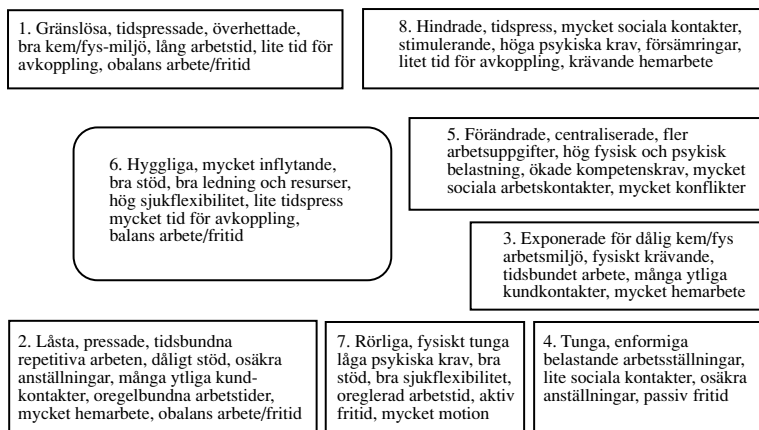


Bild 6. Kännetecken för de åtta typer av arbets- och livssituationer som identifierats i MOA-projektet. Bilden är hämtad ur "Nytt angreppssätt för arbetsmiljö- och folkhälsoundersökningar". MOA-projektet september 1999

Särskilt i fyra av ovanstående åtta grupper fanns hälsoproblem, nämligen de "hindrade", de "exponerade", de "låsta" och de med "tunga och enformiga arbeten". Den första av dessa grupper, de "hindrade", är speciellt intressant eftersom detta kluster representerar en helt ny riskgrupp jämfört med vad man tidigare vetat. Gunnar Ahlberg Hultén ägnade därför en del av sin presentation just åt denna grupp. Man hittar dessa personer främst inom den offentliga sektorn, vilket gör den extra intressant eftersom det är i denna sektor som man nu börjar uppmärksamma ökad sjukskrivning och risk för ohälsa.

Den hindrade gruppen har stora likheter med en av de grupper som enligt Gunnar Aronsson har hög sjuknärvaro. Gunnar Aronssons grupp är personer som i sitt arbete har att vårda, hjälpa, undervisa och ge service till andra människor. De har ett högt engagemang för sina kamrater, sina patienter eller sina klienter.

Den grupp MOA-projektet har identifierat har på samma sätt ett stort engagemang i sitt arbete. Deras hälsoproblem är att de känner sig hindrade att utföra sitt arbete väl och är starkt frustrerade av detta.

Gruppen karaktäriseras av:

- huvudsakligen personer inom offentlig sektor
- personer med sk människoyrken, dvs lärare, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, förskollärare, socialsekreterare och poliser
- arbetet medförde höga psykiska krav och tidspress
- man upplevde att man genom den senaste tidens förändringar fått försämrat inflytande, ökad belastning och sämre lön
- man ansåg sig möta ökade svårigheter att göra ett bra arbete till följd av resursbrist, försämrade arbetsförhållanden och bristande stöd
- man upplevde en hårdnande konkurrens och rivalitet internt i arbetet
- man levde med ökade samarbetssvårigheter och konflikter både anställda emellan och mellan anställda och ledning
- man kände osäkerhet inför om man skulle orka att fortsätta i yrket
- man hade stora hälsoproblem.

För att konkret illustrera hur senare tids organisationsförändringar kan ha bidragit till dessa reaktioner refererade Gunnel till resultat från MUSIC-projektet i Norrtälje. Man hade där studerat förändringar inom vårdarbetsmiljön 1988-1996. 1980 fanns det en stor andel biträden i vården och en relativt god balans mellan undersköterskor och sköterskor.

De kompetensutvecklings- och rationaliseringsprogram som genomförts fram till 1996 har emellertid starkt förändrat denna fördelning. 1996 fanns endast ett fåtal biträden kvar. Både andelen undersköterskor och andelen sjuksköterskor har emellertid ökat starkt på biträdesgruppens bekostnad. Problemet som då uppstått är att det inte samtidigt har utvecklats mer kvalificerade uppgifter för dem som vidareutbildat sig. Färre personer, framför allt undersköterskor, har trots sin utbildning fått göra ett ökat antal sk biträdesuppgifter.

Det visade sig från studien att sjuksköterskorna hade fått mer stimulerande arbeten medan övrig vårdpersonal hade fått mindre. Däremot hade sjuksköterskorna fått mindre stöd från kamrater och chefer än tidigare på grund av den höga arbetsbelastningen. Konsekvensen av förändringen hade gått åt fel håll. Man hade fått överhettade och ensamma sjuksköterskor och underutnyttjade och frustrerade undersköterskor.

MOA-projektet visar tydligt att jämförelsen med industrin och de motivations- och ansvarsproblem som fanns där haltar. Det är inte samma typ av arbetsförhållanden vi talar om och inte heller samma engagemang i sitt arbete. Arbetarna i den traditionella industrin arbetade innan de nya arbetsformerna i låsta och hierarkiskt detaljstyrda arbetsförhållanden. Man hade ofta tunga enformiga och belastande arbetsställningar och var exponerade för fysiska risker i form av dålig arbetsmiljö med tidsbundet arbete.

Den offentliga sektorns yrken, och i varje fall inte lärares och vårdpersonals arbetsförhållanden, har aldrig karaktäriserats av sådana förhållanden. Deras insatser har alltid styrts direkt av patienters, elevs och klienters krav. De har alltid fungerat i ett "pull-system". De förändringar som genomfördes på t.ex Volvo byggde på de motivationsproblem och de effektivitetsproblem som uppstod genom det gamla "push-systemet". Sådana lösningar kan inte utan vidare överföras till offentlig verksamhet.

Den privata verksamheten, i varje fall när det gäller traditionell produktion, är relativt väl studerad och genomlyst både när det gäller dess allmänna förhållanden och när det gäller förståelsen för den enskilda verksamhetens speciella särart och problem. Just i denna mening kan man förmoda att de personer som på den privata sidan beslutar om och tar ställning till vilka förändringar som kan och skall genomföras är relativt väl insatta i sin verksamhet.

Detta behöver inte vara fallet på den offentliga sidan. Offentliga verksamheter, och särskilt de arbetsförhållanden som MOA-projektet dragit fram, är väsentligt mer komplexa och svårgripbara än motsvarande verksamheter inom den privata industrin och tjänstenäringen.

Detta förhållande fritar förstås inte de offentliga arbetsgivarna från ansvaret att skapa rimliga och konstruktiva arbetsförhållanden för sina anställda men kan ligga bakom de skillnader mellan privat och offentlig sektor som man under konferensen diskuterade .

Denna sida har med avsikt lämnats tom

3

Människans behov av sammanhang

- * Skall vi ta det stora perspektivet eller "begränsa" oss till arbetslivet?
- * Vi har ofta återkommit till begreppet KASAM som en friskfaktor. Kan denna förmåga utvecklas i vuxen ålder? Vi har ofta diskuterat att vi i det fortsatta arbetet skulle vilja utgå från denna faktor, men i så fall hur?
- * Vi har också diskuterat behovet av att få igång dialogen på arbetsplatserna för att öka kunskapen om samspelet på arbetsplatsen. Vilken kunskap behöver i så fall ledningen för att få igång dialogen och är det en ledningsfråga?
- * Hur kan man förstå sig på kollektiv depression?
- * Kan skillnaden mellan neddragningar i privat och offentlig verksamhet bero på att kostnadsbesparande åtgärder och omställningar blir mer begripliga i en privat med hänsyn till förändringar i marknaden etc medan neddragningar i en offentlig saknar sådana yttre och tydliga motiv - behoven av verksamhet finns ju kvar?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Hälsa och regional utveckling

Staffan Janson inledde sin presentation av det så kallade Oval-projektet med en kurva som jämförde dödligheten i Värmland med övriga län. Denna kurva visade en samvariation mellan dödlighet och befolkningsutveckling. Personer i Värmland, som är ett avfolkningslän med en kraftigt nedåtgående förvärvsfrekvens hos både kvinnor och män, har statistiskt sett en klar överrisk att drabbas av för tidig död relativt andra län. Även om vissa kommuner och regioner avviker helt från mönstret är samvariationen som sådan emellertid enligt Staffan Janson så väl belagd att man här kan tala om en tendens som måste tas på allvar.

Hur kan man då tolka den motsägelsefulla variationen mellan olika kommuner? De effekter som vi ser i statistiken kan alltså inte enbart vara en följd av ett enda orsakssamband. Variationen kan t. ex istället vara effekten av att olika kommuner har anammat olika stabiliseringsmekanismer. Poängen med denna hypotes är att vi då kan peka på en faktor som påverkar hälsoläget och som dessutom skulle kunna påverkas av regionala beslutsfattare oberoende av om kommunen är en avfolkningskommun eller inte.

De stabiliseringsmekanismer som finns påverkas av existerande praxis. Det faktum att man i kommuner med en avtagande befolkning trots detta inte har "för tidig död" kan, om detta resonemang håller, visa på att man där har skapat en praxis som motverkar de negativa effekter som en dålig befolkningsutveckling annars skulle kunna medföra. Har man å andra sidan en "för tidig död" trots en god befolkningsutveckling så kan detta tyda på att beslutsfattare och politiker vidmakthåller en

praxis som påverkar hälsoläget negativt.

Syftet med detta resonemang är att illustrera att vad man läser ur statistiken inte bara kan användas för att förklara "hur det är" utan har förutsättningar att ge viktiga indikationer, som man kanske inte tidigare tänkt på, när det gäller vad som skulle kunna påverkas om man visste mer om de dynamiska fenomen som statistiken beskriver. Det är en sådan mer ingående kunskap om vad statistiken egentligen säger oss och vad som kan vara de djupare orsakerna till en eventuell ohälsa på lokal samhällsnivå som Oval-projektet syftar till att få fram.

Oval-projektet är av särskilt intresse för Örebroregionen eftersom många av de Bergslagskommuner som ingår i regionen har samma svaga näringslivsstruktur och låga utbildningsnivå som de som Oval-projektet studerar i Värmland. På dessa orter verkar många unga inte få någon fast anknytning till arbetsmarknaden. Utvecklingen i kommunen verkar skapa en ökad polarisering och spännvidd mellan olika grupper i samhället som i sin tur skapar stora sociala spänningar.

Man kan således med erfarenheter från Oval-projektet misstänka att dessa förhållanden i Örebroregionens kommuner slår ut i för tidig död och sjukdomar för äldre personer och kan leda till att ungdomar också där utvecklar handikapp i form av ryggbesvär redan vid 30 års ålder.

Kan hälsoläget påverkas på regional och kommunal nivå?

I detta avsnitt väljer vi således att se de ökade sjuktalen också som en effekt av samhällsfenomen och ställer oss frågan om det finns åtgärder på regional och kommunal nivå som skulle kunna påverka dessa. Ett viktigt skäl till att vi gör detta har presenterats i inledningen till detta

avsnitt. Det finns således i forskningen en stor mängd indikationer på att de problem som sjuktalen representerar inte enbart är rena arbetsmarknads- eller arbetslivsproblem. Den statistik som Staffan Janson presenterade är en sådan indikation.

Eftersom kunskapsläget är diffust kan det kring detta område, som ofta kallas samhällsmedicin eller folkhälsovetenskap, naturligtvis med rätt eller orätt spekuleras en hel del. En hypotes som dök upp under konferensen, men som delvis stöddes av Staffan Janson, var att man skulle kunna se fenomenet som en följd av en "kollektiv depression". Vi tar upp detta i denna dokumentation eftersom denna fråga också beskriver fenomen som många andra föreläsare berörde under konferensen.

Kollektiv depression är ett väl känt fenomen som beskrivits i en mängd forskning. Kollektiv depression, eller "universell hjälplöshet", uppstår när man genom andras beteende blir övertygad om att framtiden inte är något att hoppas på och att de sociala stödsystem man är beroende av inte kommer att fungera. Ett exempel på hur sådana övertygelser skapas och förstärks är t.ex när arbetsförmedlingarna i många Bergslagskommuner ger ungdomar rådet att flytta ut och söka sig bärning någon annanstans.

Sakligt sett gör arbetsförmedlingarna då en helt korrekt bedömning. Utifrån sin egen kunskap om läget kan de inte med gott samvete rekommendera någon ungdom att stanna kvar och vänta på ett arbete som kanske aldrig kommer. Rådet är således i sig både välgrundat och välment men medverkar till att skapa och förstärka en stämning av uppgivenhet. Denna sprids sedan mellan ungdomar och deras föräldrar, i skolan och på arbetsplatserna.

Det är fullt möjligt att som utomstående "höra" uppgivenheten i de samtal som förs. Uppgivenheten är i detta fall en typ av universell

hjämlöshet som är kopplad till destruktiva stressreaktioner av den typ Lars-Gunnar Gunnarsson redovisade. Reaktionerna är i sin tur relaterade till den sociala praxis och det samtalsmönster som etablerats. Olyckliga kombinationer kan naturligtvis i enskilda fall och för individer med förhöjd sårbarhet medverka till att skapa ökad ohälsa. Hur man i så fall skulle kunna påverka en sådan destruktiv praxis kan vara en viktig fråga att ytterligare behandla i samverkansgruppen.

Hur depression aktiveras och sprids

Vi vill i detta sammanhang återigen med kraft föra fram Lars-Gunnar Gunnarssons påpekande att samtal och handlingar som har sin grund i uppgivenhets- och rädsloreaktioner inte är viljemässigt styrda. De kan således inte ändras genom att man utifrån försöker muntra upp människor eller på annat sätt ”få dem att tänka positivt”.

Samtal och handlingar utgår dessutom från det kollektiva stämningssläge som finns och blir därmed ”smittsamma” i den meningen att de kan aktivera och förstärka latent uppgivenhetsreaktioner hos andra som inte från början hade dessa. När dessa sedan svarar med samma mynt så är den onda cirkeln i gång. Allt detta sker på ett åtminstone delvis omedvetet plan.

Steven Linton berättade i sin presentation om samtalet mellan en patient och en läkare där patienten är orolig och deprimerad inför sin sjukdom. En orolig och deprimerad patient är inställd på att höra sådant som passar de depressiva tankar denne bär på. Om då läkaren själv är osäker på vad patienten egentligen lider av och osäker på vad han kan eller bör säga till patienten så lyssnar patienten mer på läka-

rens oro än vad denne faktiskt säger. Läkarens sakliga information går förlorad, stämningsläget fångas upp och vad läkaren gör får en icke avsedd effekt som kan förstärka den onda cirkeln istället för att bryta den.

Också Sven Setterlind berörde samma tema. Han hade i sina skalor en faktor som berörde vardagens bekymmer och glädjeämnen. Enligt honom ökade stressen om man upplevde sig överhopad av bekymmer i vardagen och hade få glädjeämnen. I en avfolkningsbygd med bristande förvärvsfrekvens och myndigheter som aktivt söker ”aktivera” medborgarna och inte tillåter dem att slappna av, njuta av livet och ha roligt för de pengar de trots allt får som bidrag kan man mycket väl tänka sig att man med ett sådant beteende spär på de vardagliga problem personerna i alla fall bär med sig. Genom sitt agerande förstärker de stressen och problemen istället för att minska dem.

Det finns exempel där man medvetet och övertänt använder en helt motsatt strategi och praxis. Ett av våra sk Trygghetsråd väljer t.ex att i sina samtal med arbetslösa konsekvent minska det utifrån kommande trycket ”att skaffa jobb”, få personerna att i stället fundera på vad de nu kan göra med sin ökade frihet, uppmana dem att ta det lugnt och passa på att njuta av livet, finna sig själva och från denna plattform på ett mer balanserat sätt söka sig vidare på arbetsmarknaden. De har funnit denna strategi mycket mera hälsofrämjande än den konventionella ”aktiveringspolicyn” och minst lika framgångsrik i termer av hur många som efter en tid faktiskt återknyter till arbetslivet.

Vi möter här den konstruktiva sidan av övergången från "push" till "pull". Trygghetsrådet har således funnit att varje tänkbar ”push-strategi” ger dålig prognos och därför bör undvikas. Samma erfarenhet finns från en mängd andra program som syftar till att få in människor på arbetsmarknaden och ut ur sjukskrivning. Skälet till detta tycks vara

att "push-strategier" flyttar fokus från personen själv till de yttre faktorer som denne ser som oöverstigliga hinder. Därmed riskerar man att förstärka uppgivenhetskänslan och depressionen.

Trygghetsrådets program utgår istället från att det första steget är att medverka till att personens stressbalans harmonieras för att först därefter stegvis bidra till att personen själv tar itu med att hantera allt mer komplexa svårigheter. Något olämpligt brukar effekten kallas att man ger individen ökat självförtroende. En sådan beskrivning flyttar återigen fokus bort från individen och till yttre omständigheter, dvs programmet.

Självförtroende är inte något som programmet skapar eller som en handledare kan ge bort. Självförtroende är något individen skapar av sig själv och för sig själv. Däremot kan ett yttre program bidra till att reducera stressnivåerna och medverka till att personen lär sig att etablera en mera realistisk och sund hantering av de krav som denne upplever. I Avsnitt 5 återkommer vi till Maria Wirén Öbergs beskrivning av hur hon går till väga i ett sådant program. Vad som här är viktigt att poängtera är att samstämmiga forskarrapporter visar att dessa "skador" är allvarligare än många andra mera vanliga besvär. Att "komma tillbaka" efter en sk "utbrändhet" är enligt samstämmiga forskarrapporter en mycket långsiktig process.

Vad som också är av vikt att poängtera är således att omvärlden och dess praxis tycks ha stor betydelse för utvecklandet av detta besvärspanorama. Man kan här inte skilja arbetsliv från privatliv. Det är individens totala livssituation som räknas. Därför finns det med stor sannolikhet stora påverkansmöjligheter på regional och kommunal nivå.

Känslan "att känna sig hemma"

En viktig faktor som griper in i individens livssituation tycks vara dennes känsla "att känna sig hemma" någonstans. Detta har varit en faktor som inte uppmärksammats så mycket tidigare på samhällsnivå eftersom de flesta individer förr rörde sig relativt långsamt mellan ganska stabila sysselsättningar och bostadsorter. Under långa tider var man på samma jobb, studerade i samma skola, var hemma för att sköta familjen, ställde upp för barn och barnbarn etc. Uppbrott och nya främmande medlemmar var undantag i de allra flestas liv liksom stora händelser som bröt med den stabila vardagen .

Att hantera sådana störningar var dessutom relativt enkelt eftersom situationen i övrigt var stabil. I de allra flesta fall fanns tillräcklig tid för anpassning och omställning och individen fick oftast den sociala stöd som var nödvändigt. Vi menar därmed inte att allt var bra förr och att stabilitet är bättre än förändring. Vad vi vill peka på är endast att den psykiska belastning som det innebär "att inte känna sig hemma" tillhörde undantagen.

I dag är denna situation helt förändrad och denna belastning drabbar allt fler i vårt samhälle. Även om man får ett jobb så är detta inte fast och man kan inte lita på att varken jobbet eller arbetsplatsen kommer att finnas kvar särskilt länge vare sig det rör sig om offentlig eller privat anställning. Rörligheten i samhället och mellan olika jobb är i dag mycket stor. Man kan inte räkna med att man får grannar man känner igen eller som har känsla för bygden. Människor flyttar in och ut i allt hastigare takt och helt nya kategorier visar sig i samhället.

Mycket tyder emellertid på att det finns krafter som söker återskapa hemkänslan. Vi tycker oss således i avfolkningsbygder hos många kvarboende, och även bland nyinflyttade, spåra en hög grad av solida-

ritet med det "gamla" samhället och sin hembygd. Under konferensen nämndes som exempel på detta att människor inte gärna lämnar det ställe man betraktar som sin hemort, sin släkt och sina kulturella rötter utan vidare även om detta borde vara praktiskt och ekonomiskt rimligt. Detta verkar vara ett fenomen som på samhällsnivå kan liknas vid sjuknärvaro, dvs att man offerar sig själv för andra och "ställer upp" för att bevara "hemkänslan" och sammanhanget trots att man egentligen för länge sedan borde sökt sig sin utkomst någon annan stans. Detta tycks gälla både unga och gamla. Frågan är således vilka negativa effekter på hälsan som på sikt kan bli följden av denna mekanism om försöken blir fruktlösa och man är tvungen att "ge upp". Vi kan då återigen räkna med att möta samma uppgivenhetsreaktioner som Lars-Gunnar Gunnarsson berättade om på konferensen.

KASAM

KASAM betyder känsla av sammanhang. Denna övergripande salutogena faktor består i sin tur av tre komponenter:

- att man uppfattar livet och livshändelser som förnuftsmässigt begripliga och inte som kaos
- att man upplever att man har inflytande över sitt liv och inte är ett offer för olika omständigheter
- att man ser det meningsfulla även i svåra situationer så att de blir värda en känslomässig investering.

Begreppet har ursprungligen utvecklats av Aaron Antonovsky och finns ytterligare beskrivet i arbetsgruppens rapporter.

Den beskrivning Staffan Janson gör av situationen i Värmland och Bergslagen ger anledning att befara att många människor känner sin känsla av sammanhang hotad. Den värld de av tradition funnits i och den sociala praxis de tillsammans utvecklat är i så fall i otakt med vad som händer.

Gunnar Aronsson illustrerade detta i sitt föredrag med att peka på hur förändringar i makroekonomiska strukturer, samhällsprocesser, arbetsmarknad, facklig och politisk styrka och institutionella förhållanden kraftigt slår igenom på lägre nivåer på arbetsmarknaden och därmed också individernas hälsa på ett sätt som man tidigare inte behövt ta hänsyn till.

Detta kan synas en smula paradoxalt eftersom så många politiker och beslutsfattare klagar över att deras insatser inte får genomslag. Detta kan förstås med hjälp av praxisbegreppet. Insatserna får oftast inte de konsekvenser beslutsfattarna tänkt sig. Därför känner de sig maktlösa. De påverkar emellertid ofta på ett för beslutsfattarna okänt sätt de stabiliserande mekanismer som tidigare funnits. Besluten får därför nästan alltid kraftfulla konsekvenser på lägre nivåer men inte just de effekter som beslutsfattarna räknat med. En sak är säker, varje försök att bryta de stabiliserande mekanismerna bidrar kraftfullt till att förstöra KASAM.

Motstånd mot förändring och tröghet i de sociala systemen har av många uppfattats som något negativt som hindrar utveckling och anpassning till det nya. Modern forskning visar att vi i dag snarare hamnat i den andra ytterligheten. Vi behöver nya och mer kraftfulla stabiliserande faktorer.

Förr var familjen, jobbet och skolan en relativt skyddad, isolerad och stabil värld som inte så lätt kunde påverkas av främmande händel-

ser och inflytanden utifrån. Gränserna mellan olika sektorer fungerade som ett skydd för individerna och en stabiliserande faktor. Dessa gränser har numera brutits upp genom teknikens utveckling, globala förändringar, ekonomiska processer, avregleringar och politiskt styrda förändringar på ett sätt som ingen kan göra något åt. Gunnar Aronsson illustrerade detta med några exempel:

- den allt större integreringen och kopplingen mellan vård och omsorg där frågor om rehabilitering verkar hamna ”mellan stolarna”
- den allt ökade integreringen mellan vad vi förr kallade produktionens arbete och andra typer av arbeten som då kallades improduktiva eller indirekta. Nu är det nästan omöjligt att skilja det ena från det andra.
- den allt större sammanblandningen mellan arbetsmarknadsåtgärder och inre organisatoriska åtgärder i olika verksamheter. Man arbetar i projekt, i tillfälliga anställningar, i blandformer med anställning än här och än där, man är uthyrd till vissa ibland och andra ibland, man får ersättning från staten, kommunen, Ams eller till och med sin tidigare arbetsgivare för att arbeta för någon någon helt annanstans etc.
- den allt större integrationen mellan arbetslivets och privatlivets sfär där förmåner och arbetsformer blandas så att det inte som förr är möjligt att dra någon skarp gräns mellan vad individen måste ta ansvar för när det gäller arbetets sfär och vad arbetsgivaren måste ta ansvar för när det gäller individens privatliv. Aronsson kallade detta för ”psykologiska kontrakt”.

Få människor kan existera utan att i sitt liv ha fasta punkter och ett "hem". Det är från hemmet man bygger familj, håller kontakt med släkt och vänner och knyter sociala kontakter. Det är i och runt denna fasta punkt, som vi här preliminärt har kallat hem, som den önskvärda återhämtningen och nedvarvningen blir möjlig och praktisk. Det är svårt att se att det skulle finnas någon annan "plats" där den återhämtning som Lars-Gunnar Gunnarsson talar om skulle kunna bli lika effektiv.

Den kollektiva depressionen förvärras naturligtvis om man på denna plats, som är så nödvändig för hälsan, möter förhållanden och sociala krav som förstärker uppgivenhetsreaktionen. Om man t.ex känner sig negligerad eller utelåst från den gemenskap som man först och främst borde känna som sitt "hem" så är det inte svårt att se att sjukdomstalen kan öka.

En möjlighet att hantera dagens hälsorisker skulle således kunna vara att man gemensamt hjälptes åt att utveckla bostadsorten till den mentala plats dagens moderna människa kan söka sig till och där man återskapar KASAM. Här menar vi att det borde det vara möjligt att finna intressanta samarbetsuppgifter inom samverkansgruppen.

Regel- och bidragssystem som hot mot KASAM

Gunnar Aronsson tog också upp en annan fråga som har koppling till KASAM, nämligen frågan om arbetslivets och samhällets olika regel- och bidragssystem. Studier visar att människor som konfronteras med dessa system ofta upplever att den ena handen inte vet vad den andra gör. De kastas som "Svarte Petter" mellan olika institutioner där alla

strävar efter att minimera de egna kostnaderna och hålla den drabbade ifrån sig så mycket det är möjligt.

Utifrån varje enskild institutions perspektiv och det existerande regelverket kan säkert åtgärderna och gränsdragningarna upplevas både rimliga och berättigade. Utifrån den enskilda människan blir de emellertid oftast förvirrande och oförståeliga. De kan dessutom i många fall uppfattas kränkande. De direktiv och krav som ställs på individen kan t.ex vara omöjliga att uppfylla, kräva ett handlande som denne upplever oetiskt, enligt personen själv motverka det syfte som anges i bestämmelserna etc. Ofta negligeras den drabbades egna uppfattningar och förslag och man hänvisar enbart till regelsystemet utan ytterligare förklaringar och analyser. Att man på detta sätt blir offer för regelsystemet kan naturligtvis förstärka den psykosociala ohälsa vi behandlat på denna konferens.

Överskridandet av gränser och överlappningen av sektorernas olika områden är i detta fall inte en organisatorisk fråga som kan bestämmas av regering och riksdag. Varje annan uppdelning skulle sannolikt snabbt råka ut för samma koordineringsproblem eftersom det främst handlar om att anpassa många olika insatser till de unika svårigheter varje enskild individ brottas med.

Av samma skäl hjälper det inte att lösa integrationsproblemet genom att ordna en enda stor organisation där samordningsproblemet vertikalt flyttas upp på en allt högre nivå. Vad som däremot är möjligt är att frågorna inom ramen för existerande organisation och regelsystem hanteras av de berörda personerna själva, på ett sätt som stärker KASAM istället för att bryta sönder den.

Vi talar här således om en horisontell integration och ett horisontellt ansvarstagande snarare än ett vertikalt. Nyckeln till ett sådant horisontellt engagemang och ansvarstagande skulle kunna finnas i den kom-

munala och regionala samhörighet som trots allt spirar även i avfolkningsbygder. Inom varje lokal geografisk sfär borde det därför vara möjligt att hjälpa människor att meningsfullt knyta samman alla för dem nu allt mer förvirrande och disparata regelsystem och bestämmelser och finna en ny stabilitet.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

4

Anknytning och återknytning i arbetslivet

- * Hur ser vi på problemområdet psykosocial ohälsa i arbetslivet?
- * Hur kan vi beskriva det moderna arbetslivets risker?
- * Vi har också funderat över möjligheten att pröva olika metoder för att angripa problematiken med att både agera åtgärdsinriktat och förebyggande i en kommun och i ett privat företag. Kan det vara en inriktning på det fortsatta arbetet i projektet utifrån både det individinriktade perspektivet och arbetsplatsperspektivet? Finns det bra modeller att utgå från?
- * Är den traditionella tanken att det är viktigt att rehabiliteras in i samma jobb som man hade tidigare felaktig? Vad är Era erfarenheter kring detta?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Det aktuella arbetslivets natur

Samtliga föredragshållare kunde konstatera att den svenska ekonomin och arbetsmarknaden präglas av en ständig omvandling. Mycket av vad som görs både inom politiken och näringslivet syftar uppenbarligen främst till att parera redan pågående förändringar snarare än att åstadkomma dem. Denna väldiga omvandling och drivkrafterna bakom den är naturligtvis intressanta i sig, men vi vill här lyfta fram en annan fråga, nämligen att vi i resonemang och analyser ofta är så fast i ett statiskt tänkande att vi bortser från omfattningen av och dynamiken i de förändringsförlopp som pågår. Det gäller särskilt de fenomen som denna konferens handlar om, dvs individens koppling till arbetsmarknaden och dennes upplevelse av stabilitet och sammanhang i livet.

Många resonemang om hur man skall medverka till att berörda individer skall rehabiliteras in i arbetsmarknaden eller undvika att slås ut från den utgår från en klassisk syn på arbete. Man resonerar som om arbete vore något som alltid finns där ute, något som individen kan lämna och därefter fritt söka sig något annat eller något som uppstår när nya företag startar eller gamla expanderar. Detta är en orealistisk och falsk bild av arbetsmarknadens dynamik.

När man säger att det har skapats så eller så många arbetstillfällen eller att det nu finns så eller så många arbetslösa så talar man inte om förändringen utan ger en nettosiffra. Denna är resultatet av stora dynamiska förlopp som man aldrig refererar till. Bakom de statiska siffrorna av hur många jobb som skapats och hur många arbetslösa det finns döljer sig således en helt annan verklighet än vi normalt förestäl-

ler oss när vi talar om arbetsmarknaden. Per Davidsson har under flera år studerat dynamiken i svenskt näringsliv och därmed också dessa frågor. Utifrån hans forskning har Lennart Arvedsson och Bo Winander skrivit ett litet häfte i RALF:s serie "Nya jobb och företag" med titeln "Hur jobb blir till" som närmare beskriver dessa fenomen. Så här skriver de:

Hundratusentals människor lämnar varje år ett arbete och övergår direkt eller efter en tid till ett annat. Antalet människor som under ett år börjar på ett nytt jobb är så stort som ca 800 000. Under längre och kortare tid är många arbetssökande. Varje år kommer en ny årskull in bland de arbetssökande från skola och högskola. Många lämnar arbetskraften och övergår till pension, studier eller verksamhet utanför arbetslivet.

Varje år försvinner således hundratusentals jobb. Under goda år tillkommer det några fler men när jobb och arbetslöshetssiffror presenteras är det bara restposten som redovisas. Därmed döljs dynamiken. Detta faktum illustreras av följande siffror hämtade ur Davidssons material. Under perioden 1990 till 1993 uppstod ett underskott på 337 040 jobb. Detta underskott var följden av att vi förlorat 1 423 120 arbetstillfällen och att det tillkommit 1 086 080.

Skälet till att ta upp denna fråga här är att denna arbetsmarknadens stora dynamik förändrar arbetslöshetens natur. Bilden att man står i kö för och väntar på sin tur att komma in på arbetsmarknaden är olämplig. Det finns ingen kö och det finns inget att vänta på. Dagens arbetsmarknad är aldrig i vila. Där står man aldrig still. Den gamla statiska arbetsplatsen finns inte mer. Även när man har vad som kallas "ett fast jobb" tvingas man in i denna dynamik. Man är ständigt på väg i karriären även om man egentligen inte vill det.

Det finns inte längre statiskt väldefinierade arbetsplatser och arbetsutbud som förr. "Arbetet" flyttar sig ständigt. Den arbets-sökande måste fånga det - eller fångas av det - när det flyter förbi



Bild 7. Den dynamiska arbetsmarknaden fungerar annorlunda än den statiska

Den nya flexibiliteten

Så länge en person är innesluten i och aktivt medverkar i arbetslivets dynamik uppstår inga problem. Problemen uppstår när en person hamnar utanför dynamiken och är uteläst från den. Vi skall också i detta avsnitt beröra fenomenet när personen blir inlåst.

Om man inte är innesluten i arbetsmarknadens dynamik är man arbetslös. Som vi tidigare nämnt så skiljer sig emellertid denna typ av arbetslöshet från den som fanns i det gamla industrisamhället där det

Detta är varken någon särskilt ny eller uppseendeväckande upptäckt. De flesta i vårt samhälle känner till hur denna dynamik fungerar. Mera uppseendeväckande är kanske att våra arbetsmarknadssystem och den praxis de representerar ännu inte är anpassade till denna nya verklighet. Denna bristande anpassning kan vara en orsak till de negativa hälsoeffekter vi uppmärksammar.

fanns "fasta" jobb. Arbetslöshetens förbannelse i vår tid är inte att vara utan jobb utan att inte kunna anknyta till den karriärgång som krävs i systemet. När man utesluts ur sin yrkeskarriär och man blir "utanför" påverkas ens identitetsupplevelse på ett mycket negativt sätt.

Med kunskap om de reaktioner som följer med en sådan belastning kan man således anta att dagens dynamik i arbetslivet, om den leder till utelåsnings- eller inlåsnings effekter, skapar andra hälsorisker än vi tidigare räknat med och gör det angeläget att observera helt andra sjukdoms- och besvärsmönster än vi tidigare gjort. Detta var också en del av Gunnar Aronssons budskap till konferensen. Jobb står inte och väntar på människor. Människor står heller inte och väntar på jobb.

En svårighet med att uppmärksamma dessa dynamiska effekter är att många arbetsgivare är fast i den traditionella statiska bilden av arbetsmarknaden. Man får ibland intrycket att de hoppas på att det skall skapas något slag av "personallager" - en pool - från vilket man kan rekrytera den person man behöver precis som man skulle kunna rekrytera vilken vara eller reservdel som helst över internet.

I stället kan man nog likna det moderna arbetslivet vid en gigantisk danssalong där man letar partners efter ganska rituella mönster. För att få ett jobb man vill ha måste man vara på rätt plats vid rätt tid hos det företag som vill ha en. För att ett företag skall få tag på den de vill ha måste företaget vara med där sådana personer visar sig och söker kontakt. De som vill träffas måste delta i dansandet och vara aktiva medan arbetsmarknadens institutioner står för musiken och salongen.

Både arbetssökande och företag måste därefter, när de träffar rätt partner, vara beredda att gripa tillfället i flykten. Det är detta som kallas flexibilitet. En sådan flexibilitet när det gäller att söka och få jobb behövdes inte på den gamla goda tiden. Då kunde man sätta sig vid sidan av och vänta och se. Då hade man tiden på sin sida.

Fenomenet inlåsning

Den dynamik som håller en person kvar på arbetsmarknaden kan i olyckliga fall utvecklas till ett ekorrhjul som man inte kan ta sig ur och som därför skapar hjärnstress. Det är detta fenomen vi kallar inlåsning. Inlåsning uppstår när man upplever det svårt att överge ett stabilt jobb och släppa alla trygghetssystem för att ta en paus och återhämta sig, studera eller på annat sätt varva ner. Man inser att om man släpper jobbet är det en stor risk att man förlorar sina kontakter, missar den utveckling som man hade behövt följa och får stora svårigheter ”att komma igen”. Till detta kommer risken att man, om man överger jobbet, hamnar utanför de ordinarie trygghetssystemen. Därför är det sannolikt att många hänger sig kvar vid ett dåligt jobb betydligt längre än de egentligen borde. Det är också möjligt att många arbetsgivare missbrukar just denna situation och räknar med att det går att kräva mer av personen utan att denne protesterar.

Till detta kommer att man inte ens med dagens arbetsmarknadslagar kan vara riktigt säker på att få behålla jobbet om man inte hänger med i utvecklingen. Kunskaper blir snabbt föråldrade och får man av sin arbetsgivare inte möjlighet att uppdatera sin kompetens på nya områden är risken stor att det arbete man har helt enkelt "försvinner".

Många arbetstagare vill heller inte klaga eller ställa till bråk när pressen blir för stor eller de känner att de riskerar att förlora arbetet. De försöker istället simma lugnt och tänker att så länge de sköter sig så får de vara kvar. Denna inlåsning i ekorrhjulet kan bidra till den tystnad på dagens arbetsplatser som Gunnar Aronsson berättade om och som medför att många faktiska arbetsmiljörisker och ohälsfaktorer inte kommer upp på bordet trots att de finns där.

Inläsningseffekterna förvärras av att organisationer ser annorlunda ut i dag än de har gjort. I de stora organisationerna fanns det förr interna karriärvägar. Man kunde flytta runt utan att någonsin byta anställning. Det fanns fria ytor och många olika alternativ till förändrade anställningsformer. I dag är de flesta företag och verksamheter uppdelade på skilda enheter. Det är inte så enkelt att flytta mellan dem. Varje enhet är självständig, har ett eget ansvar för sin rekrytering och har få buffertar för att hantera personer som inte direkt kan vara ett bidrag till enhetens arbetsinsats.

Fenomenet utelåsning

Det finns många förhållanden på arbetsmarknaden som försvårar för individer som hamnat utanför dynamiken att anknyta till den. Ett sådant förhållande är själva anställningsförfarandet. Många arbetsgivare inser t.ex. att det är opraktiskt och oetiskt att anställa någon på ett långtidskontrakt när det mycket väl kan visa sig att man med kort varsel kan behöva reducera personalen, ändra organisationen eller byta verksamhet.

Många arbetsgivare har t.ex. anställningsstopp och har redan, efter tidigare neddragningar, en pool av personer som har rätt att få nya lediga jobb. Eftersom arbetsgivaren inte tycker att de "passar" för de jobb som dyker upp får de egentligen aldrig det jobb som de är berättigade till. Poolens existens hindrar emellertid effektivt en rekrytering som syftar till ett mera permanent anställningsförhållande.

För att lösa rekryterings- och kompetensproblemet förlitar sig arbetsgivaren då på korta och mycket tidsbegränsade sk. provanställningar. Denna praxis drabbar således både dem i poolen som borde ha

fått ett jobb och väntar på att få ett, och dem som vill försöka ta sig in i arbetsmarknadens dynamik. Alla låses effektivt ute. Provanställningar blir i dessa fall inte riktiga provanställningar eftersom man redan från början inser att det inte handlar om att ordna ett "fast" jobb.

Denna praxis passar väl in i den nya dynamiska och flexibla arbetsmarknaden och ger arbetsgivaren många kortsiktiga fördelar. Sk "just in time-anställningar" är således ofta en bra lösning på arbetsgivarens krav på flexibilitet. Det är emellertid ofta en dålig lösning för individen. De korta anställningsförhållandena ger varken den erfarenhet, insocialisering, kompetenstillskott eller de arbetsmarknadsmeriter man egentligen behöver. Man riskerar att med tiden bli mera utelåst än man var tidigare och man kan få allt svårare att återknyta till dynamiken. Efter ett antal resor in och ut ur olika företag kan många ge upp och därvid utveckla de stressymtom vi här talat om.

Bristande anställningsbarhet

En annan faktor som liknar utelåsningsfenomenet pekade Kerstin Ekberg på i sitt föredrag. I dagens avmagrande organisationer krävs en större mångkunnighet och en ökad kunskap om och överblick av verksamheten av den anställda. Den erfarenhetskunskap som behövs kan man inte få i utbildningssystemet. Denna kan man bara tillägna sig genom vad Kerstin Ekberg kallade insocialiseringsprocesser.

Få företag har emellertid i dagens pressade ekonomi tid och möjlighet till den genomgripande insocialisering som skulle behövas för att få in en "svår" person i systemet. Endast ett mycket litet urval av mycket alerta och redan kompetenta personer som man uppfattar som

"påläggskalvar" kan komma ifråga för en sådan investering. Övriga, dvs de som inte tillhör denna elit, hänvisas till helt andra anställningsformer och möjligheter.

Vi möter här ett fenomen som kan kallas bristande anställningsbarhet. Detta har således i detta fall inget att göra med den faktiska kompetensen eller yrkesskickligheten hos personen ifråga utan är en direkt följd av att arbetsplatsen inte har resurser för den insocialisering eller omställning som skulle krävas för att integrera personen i arbetet.

Även efter att man "kommit in" på en arbetsplats kan dessa dynamiska effekter skapa stora svårigheter. Ofta ställs numera krav på att man nästan omedelbart skall kunna gå in i arbetslaget och medverka till ökad produktivitet och lönsamhet. Ofta förknippas anställningen med att man måste "tjäna in" sin egen lön. Få arbetsgivare tar i dag som förr på sig stora kostnader för upplärning och introduktion - främst beroende på den starka dynamiken. Man kan varken räkna med att få behålla dem man utbildar eller att de uppgifter de skall utföra kommer att bestå. Detta faktum gör att personer som redan från början kan ha haft det svårt att komma in på arbetsmarknaden kan få det extra svårt när de väl får ett jobb. När man förr kanske hade något decennium på sig att bli accepterad och förstå sin nya miljö kan det i dag röra sig om ett halvår. Det är således tveksamt om den gamla tanken att man först skall utbilda sig för ett jobb för att sedan få en anställning håller streck i det nya dynamiska arbetslivet.

I många kommuner funderar man därför numera aktivt på att skapa olika former av brobyggningsfunktioner där samtliga de organisationer som ingår i samverkansgruppen samarbetar för att underlätta en nödvändig kompetensuppbyggnad och insocialisering och för att minska den akuta belastningen både på de verksamheter och på de individer som berörs.

De goda och onda cirkelarna

Det finns goda cirklar också på detta område. De som är inne i en professionell karriär, dvs i den dynamik som finns inom den egna professionen, kan ofta lätt gå ut och in i nya jobb. Deras anställningsbarhet bygger sällan enbart på deras formella utbildning utan på de meriter de skaffat sig genom de arbeten de haft. Genom att vara känd som en värdefull medarbetare kan man överbrygga en del problem i de mer formella tillsättningsförfarandena. Deras karriär verkar således styras av samma mekanismer som de som gäller för skådespelare, konstnärer eller författare. De får nya jobb genom att referera till sina verk - inte i första hand till sin utbildning eller formella meriter. Så har det kanske alltid varit och detta är naturligtvis också en utmärkt modell för många fler.

Den onda cirkeln uppstår när man petas ut ur denna "normala" yrkeskarriär och skall in i en "ny sväng". Då får plötsligt, så som vårt samhälle fungerar, utbildning och formella meriter en alldeles orimligt stor betydelse. Då ställs det plötsligt och oväntat upp kraftfulla hinder som skapar stora svårigheter för den som "petats ut ur sin karriär" att ta sig in i en ny "god cirkel". Dessa svårigheter genereras ofta av den traditionella struktur som finns på arbetsmarknaden, vilken har lett till att många kategorier värnar om just sina "goda cirklar", dvs de egna medlemmarnas meriterings- och anställningsmöjligheter.

Vidmakthållandet av de "goda" cirkelarna för den egna gruppen medverkar då till att skapa "onda" cirklar för andra grupper som inte är "inne". Om den som hamnat utanför inte har pengar eller tid att lägga på omfattande studier eller den formella certifiering som yrkesförbunden kräver så kan denne knappast komma ifråga trots att personen kanske har lång erfarenhet och egentligen är väl meriterad.

En praxis som fungerade väl i en statisk arbetsmarknad har i detta fall den negativa effekten att det finns de som blir uteslutna från arbetsmarknadens dynamik på helt andra grunder än deras faktiska kompetens och deras möjlighet att göra ett bra jobb. Självklart leder sådana ofullkomligheter i systemet till frustration och besvikelse hos enskilda individer och kan till slut också medföra psykisk ohälsa.

Utslagning på grund av samarbetssvårigheter

Det finns också rent arbetsmässiga skäl som kan göra att man riskerar att bli utesluten från arbetsmarknadens dynamik. I MOA-projektet, presenterat på konferensen av Gunnel Ahlberg Hultén, karaktäriserades arbetsförhållandena hos det kluster som kallades ”de hindrade” av en ökande inre rivalitet och stora samarbetssvårigheter både mellan anställda och mellan anställda och chefer. Dessa samarbetssvårigheter har sannolikt inte någon grund i personligheter eller bristande förmåga att samarbeta utan förklaras av bristande resurser och dåliga organisatoriska förutsättningar för att göra ett arbete som arbetstagarna var nöjda med.

Det är lätt att förstå att ett tillitsfullt samarbete kan vara svårt att upprätta om man känner sig inlåst i jobbet, hotad i sin anställning och utan möjligheter att röra på sig till andra alternativ. Den utmattning som blir följd av att ständigt konfronteras med dessa problem kan så småningom leda till utslagning.

Bitterheten är ofta ömsesidig. När personen blir "sjuk" så uppfattas detta ofta som konstigt. Man kan till och med hävda att personen simulerar och med vilje undviker att "ställa upp". Belastningen ökar på de övriga vilket skapar en irriterad stämning. En ond cirkel startar och

relationsstörningarna är ett faktum. I arbeten som ingår i det hindrande klustret är det således tveksamt om en utslagen person kan komma tillbaka till samma typ av jobb. Arbetssituationen i det nya jobbet skulle ha samma karaktär som i det gamla. Risken är stor att just den stress återigen aktiveras som personen en gång blev sjuk av.

Ett dystert budskap

Budskapet som växte fram under konferensen var på sätt och vis ganska dystert när det gäller arbetsmarknadens funktionssätt. I en gammaldags statisk arbetsmarknadsmodell har arbetsmarknadens aktörer både tid och möjlighet att etablera en mängd olika åtgärder för att slussa människor mellan yrken och geografiska regioner. Man kan planera att överföra personer från ställen där det fattas arbetskraft till ställen där det finns behov av arbetskraft. Då kan man också underlätta för dem som har svårt att få jobb.

I det dynamiska skeende som nu pågår kan en sådan överblick som gör sådana transfereringar möjliga inte skapas. Det är omöjligt att hålla ordning på alla flöden som pågår och försöka leda dem i olika riktningar. Arbetsmarknadsåtgärderna hamnar på efterkälken och det finns risk att man främst kommer att få ägna sig åt vad som oftast kallas ”rest-posten”, dvs de som redan hamnat så långt utanför dynamiken att de har mycket små möjligheter att komma in i den igen.

Så som vi här försökt visa så kan således en oförmåga hos arbetsmarknadens aktörer att anpassa sin praxis till den nya dynamik som redan finns i arbetsmarknaden leda till att de nya hälsoriskerna med hjärnstress etc inte uppmärksammas i tid.

Först när de aktuella personerna drabbas och visar kraftiga sjukdomssymptom så blir de ett "fall" för åtgärder och då är det oftast för sent.

Kanske är individerna klokare än vi tror?

Den ökade sjukskrivningen från och med 1997 kan förstås ha många förklaringar. En spektakulär förklaring, som dock ligger i linje med det resonemang som här förts, är att de höga sjuktalen delvis är en följd av en mycket klok strategi från befolkningens sida.

Många i befolkningen kanske redan har förstått de mekanismer vi hittills presenterat. De har därmed också förstått att arbetsmarknadens nuvarande funktionssätt är så vådligt för den egna hälsan att man gör klokt i att hålla sig undan när det blir alltför stressande och påfrestande. Det är inte osannolikt att några då använder sjukskrivningen för att tillfälligt återhämta sig och därigenom klara sin hälsa.

Om denna "klokskap" skulle sprida sig så sitter samhället på en tickande bomb. Ett stort antal människor tvingas då, som arbetslivet fungerar, välja bort detta och istället gå in i ett bidragsberoende. Om det dessutom skulle visa sig att det nya besvärspanoramata beror på en utbrändhet, som är en följd av hjärnstress, så är situationen dyster. Det är svårt att se hur de personer som då blivit utslagna skulle vilja eller kunna ansluta sig till just den arbetsmarknadsdynamik som gjort dem sjuka. Vi återkommer till dessa tankar i Avsnitt 5, som behandlar hälsofrämjande arbetsformer.

De nya kraven på samhällets trygghetssystem

Resonemangen som här förts, även om de grundas på kända fakta, studier och forskarnas presentationer, är naturligtvis i viss mening spekulativa. De är emellertid tillräckligt välgrundade för att inte kunna negligeras och kräver vidare och fördjupade analyser. Konferensen syftade ju också till att lyfta fram de frågor där kunskapsläget fortfarande är okart men där man bör söka ytterligare insikt och kunskap. Det verkar således med utgångspunkt från dessa resonemang vara nödvändigt för deltagarna i samverkansgruppen att närmare sätta sig in i den regionala arbetsmarknadens funktionssätt och studera dess påverkan på enskilda individers hälsa om man vill få ett vidgat perspektiv på sjuktalen och deras uppkomst. Det verkar också vara nödvändigt att man tar sig tid att djupare och bättre förstå vilka dynamiska processer som ligger bakom de krav på flexibilitet som i dag ställs både på arbetsgivare och arbetstagare. Detta var en av de frågor som Gunnar Aronsson tog upp i sin presentation.

Flexibilitet innebär att ge upp kontroll. När man ger upp sin kontroll så måste, enligt Gunnar Aronsson, tilliten ta vid. Som en direkt följd av kontrollförlust och krav på flexibilitet skapas således tillitsproblem. Tillit har tre olika aspekter - självtillit, tillit till andra personer och tillit till institutioner och system. Gunnar Aronsson behandlade i sitt föredrag främst tilliten till institutioner och system.

Krav på flexibilitet kan inte av arbetsmarknad och samhälle ensidigt riktas mot den enskilde arbetstagaren eller medborgaren. Om man skall kunna räkna med att arbetstagare och medborgare skall utveckla den ökade flexibilitet och rörlighet som behövs i dagens arbetsliv så krävs enligt Gunnar Aronsson motprestationer från arbetsgivare och samhälle när det gäller tilliten till institutioner och system.

Arbetsstagaren och medborgaren måste således, om denne skall förväntas ge upp en del av sin kontroll för att bli mer flexibel, kunna räkna med aktivt stöd och förutsägbarhet från de institutioner och de personer i dessa som han genom att släppa kontrollen blir beroende av. Han måste således kunna känna tillit till att trygghetssystemen inte sviker honom när han engagerar sig i dynamiken.

Budskapet från Gunnar Aronsson var således att den nya dynamiska arbetsmarknaden inte bara ställer krav på individen. Den ställer också nya och större krav på samhällets trygghetssystem och arbetsgivares ansvar än vad som finns i dag. Dessa nya trygghetssystem måste utformas så att de underlättar för både företag och individer att vara tillräckligt flexibla men de måste också samtidigt garantera varje individ den trygghet som gör en sådan flexibilitet möjlig.

5

Ett hälsoskapande arbetsliv - en utopi?

- * Finns det vissa sätt att organisera och leda arbetet som främjar eller motverkar hälsans utveckling i arbetslivet?
- * Vi har också diskuterat behovet av att få igång dialogen på arbetsplatserna för att öka kunskapen om samspelet på arbetsplatsen. Vilken kunskap behöver i så fall ledningen för att få igång dialogen och är det en ledningsfråga?
- * Vi har också funderat över möjligheten att pröva olika metoder för att angripa problematiken med att både agera åtgärdsinriktat och förebyggande i en kommun och i ett privat företag. Kan det vara en inriktning på det fortsatta arbetet i projektet utifrån både det individinriktade perspektivet och arbetsplatsperspektivet? Finns det bra modeller att utgå från?
- * Är de nya problemen en följd av en ledarskapsfråga, t.ex att ledningen kommit längre från "golvet"? Skall vi i stället tala mer om ett närvarande ledarskap?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Dialogen om hälsa och ohälsa

Som nämndes tidigare så blir upplevelsedata och samtalsdata allt viktigare som underlag för bedömningar och ställningstaganden både när det gäller att kunna bedöma enskilda individers sårbarhet och existerande risker för uppkomsten av skadlig stress i verksamheter och samhälle. Samtals- och upplevelsedata måste tolkas och förstås av människor till skillnad från andra rent tekniska mätdata där mätinstrumentet ofta kan tala om vad det handlar om.

Vi möter här således en skillnad mellan traditionella "mätningar" och den typ av data som t.ex Gunnar Aronsson samlar. Denna skillnad kan illustreras med ett exempel från medicinen. I klassisk medicinsk forskning är det viktigt att utifrån och objektivt kunna diagnostisera och beskriva en viss sjukdom. Man vill kunna fastställa hur denna sjukdom yttrar sig, vilka behandlingsmöjligheter som finns och vad som kan göras för att förebygga den. Det kan också vara av värde att förstå dess etiologi, dvs hur den uppkommer. Man utgår då från ett traditionellt klassiskt perspektiv på datainsamling och klassificering.

I forskning och analyser av fenomen där man måste använda sig av upplevelse- och samtalsdata måste förståelsen för fenomenet vidgas. Vid sidan av den yttre beskrivningen, dvs den medicinska diagnosen, så måste man också skapa vad vi här för enkelhetens skull kan kalla en inre beskrivning. Man måste kunna beskriva vad det innebär att ha en sjukdom eller vissa besvär. Hur känner sig patienten när denne drabbas, vad upplever sig patienten kunna göra eller inte göra etc. Sådana beskrivningar är viktiga för att underlätta för patienten att själv hantera

sin sjukdom och veta när den förbättras och när den håller på att förvärras.

Att få insikt om sin sjukdom och skaffa sig en egen kunskap om den är förstås viktigt för varje patient. I många fall tvingas man som patient till detta utan hjälp utifrån men det är inte nödvändigt att på detta sätt lämna patienten i sticket. Modern forskning som bygger på samtals- och upplevelsedata inriktas normalt på att just få fram "innebörder". Istället för att bara försöka beskriva vad en sjukdom "är" så söker man komplettera kunskapen med vad det kan innebära att ha sjukdomen.

En sådan forskning ger ett viktigt bidrag till samspelet mellan patient och behandlare. Behandlaren är hjälpt av att ha ett språk som gör det möjligt att vägleda patienten i dennes sjukdom och som underlättar för behandlaren att förstå vad patienten uttrycker. Ett sådant samtal gör det möjligt att snabbare och mer precist komma fram till rätt insats. Patienten är hjälpt av att kunna se sina symptom och reaktioner i ljuset av den samlade kunskap som läkarvetenskapen har eftersom han då kan anpassa sitt handlande efter de behandlingar som är möjliga att genomföra.

När man under konferensen talade om psykosocial ohälsa så använde många en terminologi och ett beskrivningssätt som bygger på den diagnostiska ansatsen. Samtidigt konstaterade nästan alla samstämmigt att problemen när det gäller just denna typ av psykosocial ohälsa inte är att beskriva diagnosen eftersom konsekvenserna av hjärnstress kan yttra sig så olika för olika människor. Förhållandet, att man håller på att få t.ex hjärnstress, måste därför kunna upptäckas av den enskilde patienten själv.

Ett stort bekymmer med dessa nya sjukdomstillstånd och ohälsor faktorer är således att den drabbade och dennes omvärld inte tycks

förstå vad de reaktioner som man uppvisar egentligen innebär. Den process som till slut leder till psykisk utmattning uppfattas därför varken av den enskilde eller dennes omvärld som något farligt förrän det är för sent, eftersom yttre beteenden och de fysiologiska reaktionerna kan se så olika ut. Problemet är således inte arbetssituationen i sig utan att ingen uppmärksammat symptomen medan processen pågått.

Passivitetet kan förklaras av omedvetenhet och okunskap. Vanligare är nog att varken omvärlden eller individen vill veta vilka risker som finns. Det kan till och med finnas de som aktivt, fast kanske ändå oreflekterat, motverkar att kunskapen om detta sprids. Detta är ett klassiskt dilemma. De som främst behöver bli medvetna om riskerna är oftast de som är svårast att övertyga.

För att förstå detta dilemma kan vi gå tillbaka till den basala mekanismen bakom t.ex hjärnstress, som ju bestod i att bygga upp ett försvar mot känslan av hjälplöshet och vanmakt. Alla försök att utifrån berätta om risker och faror kommer bara att förstärka denna känsla och öka försvaret och därmed också stressnivån. Stressnivån kan först minskas när personerna ifråga känner att de har möjlighet att behärska situationen. Därför blir samtal byggda på en kunskap om innebörder snarare än på yttre diagnoser så viktig. Innebörder kan människor känna igen och ta ställning till medan diagnoser är yttre bedömningar som ofta blir obegripliga i den egna världen.

Därför räcker det inte med enbart diagnostisk kunskap om dessa fenomen. Kunskapen måste också genom moderna forskningsmetoder fördjupas till dess det är möjligt att knyta an till människors egna erfarenheter och upplevelser. Först då kan man skapa en gemensam plattform och föra välgrundade resonemang även med dem som är oinitierade och okunniga om dessa fenomen. Först då kan samtalen medföra att alla kan hjälpas åt att motverka riskerna.

Att använda samtal som metod för ökad insikt

Sven Setterlind har under tjugo års tid intresserat sig för denna typ av nya beskrivningar, dvs vad det innebär för människor att uppleva skadlig stress. I de skalor och instrument som han arbetat fram finns ett språk inbyggt, som både är vetenskapligt grundat men som också verkar vara möjligt att relatera till individens reaktioner och dennes upplevelse av sin omvärld.

Under konferensen berättade Sven Setterlind om sin ambition att låta dessa instrument bilda basen för ett samtal i verksamheten om både inre upplevelser av stress och de yttre förhållanden som kan orsaka dessa. Tanken med instrumenten är att man genom dessa inte i onödan och på ett olämpligt sätt skall aktivera försvarsmekanismer och motstånd. Genom feedback i form av stressprofiler och andra hjälpmedel kan samtalet fördjupas och individen kan också själv uppfatta faran. Samtalen kan sedan föras i allt vidare cirklar i företaget.

Gemensamma innebörder kan emellertid inte formuleras genom färdiggjorda skalor och frågeformulär, hur väl genomarbetade och vetenskapliga de än är. Formulären speglar alltid en redan färdig tankestruktur, frågor och texter är ofta förenklade och förkortade. De kan därför inte fånga det djup som krävs för att man skall kunna nå en person med budskapet och skapa ökad insikt om fenomenet. Det är i stället i konkreta samtal där en handledare kan fånga upp den djupare kunskap som ligger bakom de markeringar som gjorts på skalorna som det är möjligt att ge dessa en mening för den drabbade.

I den utbildning som Maria Wirén-Öberg berättade om på konferensen hade hon således målsättningen att till deltagarna, bland annat med hjälp av de fördjupade kunskaper om stress och stressreaktioner som fanns i Sven Setterlinds material, förmedla en sådan kunskap.

Grunddragen i det som Maria Wirén Öberg förmedlar i sina kurser är:

- vad stress innebär så att deltagaren känner igen den hos sig själv
- ökad kunskap om vad de reaktioner deltagaren upplever har för biologisk bakgrund
- möjligheter för deltagaren att förstå varför just hon blir stressad, när och av vad
- möjligheter för deltagaren att utforska varför denne reagerar som hon gör i olika situationer
- olika alternativ som deltagaren kan välja för att hantera eventuell stress och nedstämdhet som t.ex mental träning, avslappning, Qi gong etc
- möjligheter att reflektera över vad deltagaren själv skulle kunna påverka i sin omgivning och i sitt liv som skulle kunna minska yttre psykiska belastningar
- gemensamma aktiviteter och alternativa sysselsättningar som gör det möjligt för deltagaren att ensam eller tillsammans med de andra komma igång igen och finna ny inspiration och livslust som t.ex musik, fysiska övningar, samtal, konstnärligt skapande, massage
- övningar som underlättar för deltagaren att återfå en känsla av helhet och sammanhang
- viktig historisk och omvärldskunskap för att kunna orientera sig i tillvaron och förstå vad som händer

Samtal i familjen, på arbetsplatsen, i kommunen, i regionen och i samhället

Innebörder är alltid individuella och unika. Ingen annan än personen själv kan någonsin veta hur det "känns" och vad man "upplever". Personen själv har alltid tolkningsföreträde. Empati kan därför aldrig vara förmågan att krypa in i andras känslor och upplevelser.

Däremot är det fullt möjligt att skapa ett "språk" som medför att det går att slå en bro mellan människor i ett samtal. I samtalet kan allt flera "känna igen sig" och allt fler kan ges möjlighet att försöka sätta ord på sina egna upplevelser, känslor och reaktioner och därmed dela dem med andra.

Genom att forskare skapar en tillräcklig kunskap för att i samtalet formulera sådana personliga och individuella erfarenheter så uppstår också ett lärande som ökar deltagarens förmåga att bättre hantera framtida reaktioner och situationer. Samtalen och samvaron som Maria Wirén Öberg beskrev under konferensen kan därför snarare kallas hälsofrämjande aktiviteter än traditionell terapi som syftar att bota.

Hennes samtal med deltagarna blir därför personliga då de byggs upp ur gemensamma erfarenheter. Samtalen får mening för dem som deltar i dem men inte nödvändigtvis för några andra. Forskningens bidrag blir då att ur många liknande samtal, sk fokusgrupper, försöka urskilja vad som kan göras allmäntillgängligt och därmed kan bli ett språk som kan användas av allt fler i allt fler samtal.

Om ett språk som är lämpligt för att beskriva deltagarnas stressreaktioner och utveckla deras förmåga att hantera dem blir tillgängligt för allt fler så kan ett ökat samförstånd och en bättre och säkrare kunskapsspridning vinnas. En förutsättning för detta är emellertid att fler perspektiv på psykosocial ohälsa kan integreras. Medicinens språk

som handlar om etiologi, diagnos, och terapi måste smälta samman med de drabbades språk om hur det är att vara drabbad, med arbetslivets organisationsspråk och med vardagens språk till en enda gemensam berättelse.

Att ständigt skapa och återskapa sådana berättelser som knyter samman dessa olika perspektiv och som därför gör det möjligt att överföra insikter och kunskaper om t.ex psykosocial ohälsa är en gemensam uppgift för alla berörda i en verksamhet eller ett företag. Sven Setterlinds ambition med sina formulär är således inte främst att försöka "bota" enskilda personers psykosociala ohälsa. Hans ambition är att genom de kartläggningar och analyser som kan genomföras med hans instrument påverka hela verksamheten och skapa arenor för samtal där de olika perspektiven kan förenas.

Eländes elände

Försök att föra samtal om psykosocial ohälsa blir emellertid lätt ensidiga. Man kan paradoxalt nog skapa just det man vill undvika nämligen uppgivenhetsreaktioner. Att peka på risker för dem som redan innerst inne är vettskrämda fungerar dåligt men är den fälla som många lätt faller i. Det är inte självklart enkelt att få igång en positiv utveckling och bryta de onda cirkelarna. Detta problem är betydligt vidare och svårare än att bara förstå att det finns och informera om det. Även om det naturligtvis är nödvändigt att lyfta fram problemen så blir det något enahanda att i rapport efter rapport beskriva alla dåliga arbetssituationer eller hur negativ stress, frustration och uppgivenhetsreaktioner ytrar sig och vad de innebär. Det blir lätt en serie eländes-

beskrivningar som nästan alla människor värjer sig mot.

Svagheten i sådana beskrivningar av eländes elände är inte att de beskriver ett problem, detta kan inte undvikas, utan att de ofta saknar ett konstruktivt kunskapsinnehåll. De beskriver endast motpolen till hur det skulle kunna vara, dvs det negativa och onormala. De beskriver enbart hur det inte skall vara och hur man inte skall göra. Att enbart samtala om ohälsa leder därför inte alltid till kunskap om hälsa. Ordspråket säger att hälsan tiger still - varför gör den det?

Det är därför viktigt att man, samtidigt som man formulerar vad man uppfattar som onormalt och skadligt, också försöker ställa detta i relief till vad man uppfattar som realistiskt, önskvärt och normalt. Ofta leder en sådan analys till att man inser att det inte är det onormala som skall förstås utan att det snarare är den egna insikten och kunskapen om vad man anser skulle vara normalt och önskvärt som måste förändras och fördjupas. Att lära sig att känna igen det onormala och skadliga är således ofta bara första steget i analysen.

Vi möter här en svårighet med konferensen och dess språk. Å ena sidan är det svårt att förstå den verkliga innebörden av besvär, som t.ex hjärnstress, som man inte själv har erfarenhet av. Å andra sidan blir även ganska initierade berättelser om sådana besvär, även om man förstår dem, ofta ointressanta eftersom de inte erbjuder någon kunskap om hur det kunde vara istället och hur man kan ta sig ur dem.

Problemet med konferenser som dessa är därför ofta att de drabbade berättar om ett land som de som lyssnar aldrig har besökt och att forskarna berättar om djupt personliga och frustrerande upplevelser i distanserade och abstrakta termer som inte blir gripbara för lyssnarna. Problemet har inte att göra med hur man talar eller vilka ord man använder utan vilket fokus man har.

Kerstin Ekberg kom då med tanken att vi inte skall fundera så

mycket över innebörden av psykosocial ohälsa utan istället reflektera över vad det innebär att vara på en hälsosam arbetsplats. En sådan upplevelse borde vi alla kunna dela, känna igen och tala om. Att tala om hälsa behöver inte vara besvärande för någon eller något som kan upplevas som konstigt och främmande. Förstår vi oss gemensamt på hälsan så skulle det sedan vara lättare och mera naturligt att identifiera dess motpol, nämligen ohälsan.

Konsten att skapa de goda cirkelarna

Kerstin Ekbergs utgångspunkt är arbetslivsinriktad rehabilitering. Ett lika svårt ord att säga som det är att göra. Hon har grubblat mycket över hur ämnet skall angripas. Om verksamheter fungerar så dåligt så att de på sikt ”slår ut” människor så är det förstås meningslöst att försöka rehabilitera in dem igen bara för att de skall åka ut en gång till. Kerstin Ekberg har därför valt att börja i andra änden. Hennes resonemang framgår av nedanstående bild.

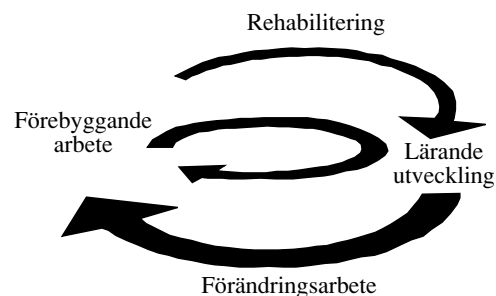


Bild 8. Kerstin Ekbergs beskrivning av kopplingen mellan arbetslivsinriktad rehabilitering och utvecklandet av en salutogen verksamhet

Rehabilitering förutsätter en lärande och utvecklande miljö som i sin tur leder till att verksamheten måste förändras vilket i sin tur leder till ett bättre och för de anställda mer konstruktivt arbetssätt. Resultatet blir i slutändan en organisation som inte är ohälsoskapande utan i stället hälsoskapande.

Tanken på en hälsobringande, salutogen, istället för en skadeframkallande, patogen, verksamhet har lagts fram av en forskare vid namn Antonovsky . Han menar att när man studerar en verksamhet ur ett patogent perspektiv så försöker man förklara varför människor blir sjuka. När man, som han, studerar en verksamhet ur ett salutogent perspektiv söker man istället förklara varför människor, trots stress och stora svårigheter lyckas behålla sin hälsa. Man studerar således hälsopotentialer istället för hälsorisker. I princip kan forskning på detta ämne bedrivas på samma sätt som forskning på ohälsa.

Infallsvinkeln är inte så ny som det kan verka. Den första som systematiskt använde den var sannolikt Abraham Maslow när han studerade vad han kallade självförverkligande människor. Kring frågan om skillnaden mellan sk bristbehov och utvecklingsbehov finns också sedan dess en omfattande litteratur och forskning. Kerstin Ekberg försöker i sin forskning fullfölja denna tradition genom att fånga upp vad som karakteriserar sådana arbetsituationer som bygger upp och återskapar medarbetares personliga resurser, som verkar ha terapeutiska kvaliteter, som bidrar till att människor kan skapa KASAM och som medför en för dem viktig personlig utveckling. Forskningen har just initierats och det finns mycket kvar att beskriva på detta område. Det finns emellertid också en hel del att hämta från vad som redan tidigare gjorts. Kerstin Ekberg har valt att utgå från Marie Jahoda som redan på trettioalet formulerade ett antal viktiga förutsättningar för hälsa.

Hur kan man beskriva hälsa och hälsopotentialer?

Vi har tagit oss friheten att språkligt sett något omformulera de punkter som presenterades under konferensen så att de är kongruenta med övriga avsnitt i denna dokumentation. Vi tror emellertid att de till sitt innehåll är likvärdiga med Marie Jahodas resultat och Kerstin Ekbergs egna utgångspunkter. Punkterna är:

- Hälsa bestäms av hur man ser på sig själv, dvs om man ser sig som en autonom person som tror på sin förmåga att hantera svårigheter och påfrestningar.
- Hälsa bestäms av den förmåga man har att växa, lära och använda de möjligheter man möter i livet.
- Hälsa bestäms av en upplevelse av inre trygghet där man litar på sig själv och känner att man förmår anpassa sitt handlande till situationens krav.
- Hälsa är att uppleva att man har förmåga att stå emot yttre påverkan och yttre krafter så att man har möjlighet att välja själv.
- Hälsa är att ha en realistisk verklighetsuppfattning så att man förstår och kan förutse och påverka de skeenden man medverkar i.
- Hälsa är att respektera sig själv och sina egna behov så att man hinner ta hand om och utveckla sitt eget "jag".
- Hälsa är att känna förtroende för sin förmåga att bemästra svåra situationer.

En annan författare som tänkt på samma ämne är Perikles som levde på 400-talet f. Kr. Perikles formulerade, enligt Kerstin Ekbergs översättning sin syn på hälsa så här:

...ett tillstånd av moraliskt, psykiskt och kroppsligt välbefinnande som sätter oss i stånd att möta varje kris i livet såväl effektivt som med värdighet.

Hälsa kan således beskrivas som ett slags personlig förmåga. Om man väljer denna beskrivningsmodell så är det denna förmåga som leder till att vi under inflytande av yttre påfrestningar och svårigheter trots allt kan behålla vår personliga integritet, resning och självkänsla.

I detta perspektiv blir självkänsla inte ett personlighetsdrag. Det blir heller inte något man förvärvar i livet. Den kan inte ges bort på en kurs och den kan inte läras genom positivt tänkande. Självkänslan blir till genom en förmåga att hantera sin omvärld, som man förvärvar. Är denna förmåga begränsad blir också självkänslan begränsad.

Förmågan sitter heller inte enbart i individen eftersom konsekvenserna uppstår i samspelet mellan individen och omvärlden. Alla andra har del i förmågan genom det sätt som de agerar i samspelet. Det är därför den psykosociala miljön, arbetssituationer, kolleger och chefer blir så viktiga för den psykiska hälsan.

Finns det kriterier på hälsobringande organisationer?

”Arbete befördrar hälsa och välbefinnande” är ett gammalt ordspråk. När arbetslivet förändras så måste vi också revidera och utveckla vår syn på hälsa. Hur kan då Jahodas kriterier på hälsa översättas till vårt moderna

samhälle och vårt moderna arbetsliv? Vad måste vi klara av tillsammans? Vad innebär det och hur ”känns det” när vår gemensamma förmåga växer?

Eftersom dynamik, dvs förändring, i så hög grad tycks vara inbyggd i det moderna arbets- och samhällslivet är det sannolikt att vi måste börja med denna faktor. Även om vi skulle önska att det inte var så och att vi skulle kunna komma tillbaka till en tid då upplevelserna inte var så häftiga och så många och tekniken inte så utvecklad så är detta sannolikt en ouppnålig dröm för de flesta människor på jorden.

Vi kan utgå från att dynamik och förändring är något som vi alla måste lära oss hantera och som skall utnyttjas för att öka vår hälsa - inte bryta ner den. Om vi accepterar denna tanke kan hälsa inte vara någon egenskap som vi för alltid har och kan lita på, ungefär som att vi har pengar på banken.

Vi kan då leka med ordet förmåga. Vår tids hälsa måste antagligen ses som ett annat slags ”förmögenhet” än tillgången på pengar. Förmögenheten vi bär med oss är kanske vår förmåga att tillsammans med andra hantera den dynamik som präglar vårt moderna samhälle. Denna förmåga skulle också kunna kallas hälsokompetens.

Eftersom en stor del av vår tid tillbringas i arbete så är det sannolikt att utvecklingen av vår hälsokompetens i stor utsträckning måste ske som en följd av vår resa genom olika arbeten. Hur skall då arbetet se ut för att underlätta att vi bär med oss en större förmögenhet och bättre hälsokompetens när vi lämnar det än när vi gick in i det?

Det fanns en stor samstämmighet på konferensen att rädsla, osäkerhet, otrygghet, hot och yttre press gör att vi oftast drar oss inom vårt skal och håller fast vid vad vi har. Om sådana krafter blir alltför stora så kan det till och med uppstå uppgivenhetsreaktioner. Om arbetet formas på detta sätt så är det troligt att vi blir inlåsta och snarare

förlorar delar av vår förmögenhet än att vi ökar på den.

Det är emellertid rimligt att tro att det skulle vara möjligt att åstadkomma motsatsen - vilket också kraftfullt har demonstrerats av Maria Wirén Öberg. Det verkar vara fullt möjligt att öka människors förmåga att hantera dynamiken i tillvaron genom att gemensamt skapa trygghet, hjälpa varandra att övervinna eventuell rädsla, stimulera varandras nyfikenhet och väcka varandras livslust både på arbetet och på fritiden.

Förhoppningen är förstås att dessa nära erfarenheter och upplevelser av hur hälsa kan skapas i den lilla skalan också skulle kunna omsättas i vad Gunnar Aronsson beskriver som institutionella förhållanden, dvs hur arbetet "ordnas", hur trygghetssystemen byggs upp, hur arbetsmarknadens myndigheter fungerar och hur offentlig service bör fungera. Detta är sådana frågor som Kerstin Ekberg fått anledning att fundera över inom sitt ämne arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vi vet mycket om den individuella sidan och det enskilda bemötandet. Problemet tycks vara att, som Gunnar Aronsson påpekade, att de makroekonomiska processerna och de institutionella förhållandena inte kan negligeras. De har alltför starkt inflytande för att lämnas åt sitt öde. Man kan heller inte oreflekterat försöka förändra dem och godtyckligt styra och strukturera utan att förstå vilka konsekvenser de åtgärder man vidtar kan få för hälsan. Hur man kan göra och vad man behöver veta är fortfarande en öppen fråga.

Det kommer här att krävas en stor mängd forskning och modellförsök. Kerstin Ekberg har gjort en första ansats genom de litteraturstudier hon gjort för Rådets för Arbetslivsforskning program "Magra organisationer". Hon har från dessa studier kunnat vaska fram de viktiga förutsättningar för en hälsobringande organisation som redovisas på nästa sida.

- participation/delaktighet (vilket förutsätter...)
 - information
 - arenor för kommunikation
- målrelaterade kommunikationsprocesser
- tydligt och närvarande ledarskap
- anpassad kompetensutveckling
- socialiseringsprocesser (vilket förutsätter...)
 - mötestider och mötesplatser

Denna sida har med avsikt lämnats tom

6

Behovet av nya definitioner, begrepp och statistik

- * Definitioner och begrepp som t.ex utbrändhet, tillitsbrist m fl? Bakomliggande orsaker och teorier?
- * Ökade sjukskrivningar inom detta område, kan det delvis bero på att läkaren ändrat sitt sjukskrivningsmönster?
- * Har vi en tillräckligt bra bild av problemet genom vårt underlag, statistik från SCB mm, eller behöver vi komplettera med andra uppgifter?
- * Hur kan vi beskriva det moderna arbetslivets risker?
- * Vi har också funderat mycket över kompetensutvecklingsinsatser till både berörda handläggare i våra organisationer, chefer och fackliga företrädare, t.ex som en seminarieserie. Är det en framkomlig väg och ger enbart en sådan insats sådana effekter att vi kan nöja oss med det?
- * Fortsatt forskning inom projektet? Vilken inriktning? Vilket stöd kan vi få i en sådan process?
- * Är hälsoläget värre i dag än förr eller är det bara olika?
- * Det är många kvinnor som drabbas. Skall man se detta som en könsfråga eller är det helt enkelt så att det är olika yrkeskategorier och olika typer av arbetsmarknader?

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Analys av statistiskt material

Vi bombarderas ständigt av statistiska uppgifter. I nyhetsprogrammet Rapport 1999 10 30 anges t.ex att kostnaderna för landet som helhet för sjukförsäkringen har ökat från 14 miljarder 1995 till 25 miljarder 1998. Den som givit uppgifterna till Rapport kan ha räknat fel och siffrorna kan behöva justeras men kostnaderna finns och är redovisade som sådana. Man kan således - om man bara räknar rätt - jämföra kostnaderna från en period till en annan. Att då konstatera att kostnaderna ökat är kunskapsteoretiskt helt oproblematiskt. Sådant kan man "veta".

I samma sändning sägs att riksförsäkringsverket gjort en prognos att kostnaderna kommer att bli 29 miljarder för hela 1999. En sådan utsaga är däremot en gissning. Den är förstås ganska väl underbyggd eftersom det då inte var så många månader kvar på året. Även en sådan gissning är kunskapsteoretiskt relativt oproblematiskt. En gissning är en gissning. Gissningen kan i efterhand visa sig vara mer eller mindre korrekt den dag man har alla siffror klara. Erfarenhetsmässigt kan man därför ofta fastställa hur säker den kan vara och inom vilket intervall utfallet kan komma att röra sig.

Att som i samma Rapportsändning försöka analysera orsakerna till ökningen av kostnaderna är emellertid en betydligt svårare statistisk och kunskapsteoretisk uppgift. Tolkningar av förändringar i en befolknings hälsa enbart utifrån statistiska data bygger på en lång räckvidd antaganden som vart och ett behöver sin egen statistiska prövning för att bilden skall bli trovärdig. Det statistiska utfallet kan t.ex bero på

variationer i befolkningsstrukturen lika väl som på variationer i hälsoläget. Eftersom felkällorna är så många så skulle man behöva vara betydligt mer kritisk till sådana utsagor än vad man normalt är.

De flesta statistiska sammanställningar, som ligger till grund för tolkningar om orsak och verkan, grundas dessutom på samkörningar mellan olika registeruppgifter. Dessa har oftast samlats in för delvis andra syften. Det finns därför nästan alltid en stor osäkerhet i underlagen. Även med mycket förfinade statistiska metoder och avancerade sambandsanalyser sätter således ofta själva underlaget gränser för vilka slutsatser om orsakssamband som kan dras. Sådana tolkningar blir därför ofta bara hypoteser där det ena antagandet - före systematiska preciserande prövningar - kan vara lika rimligt som det andra.

Det finns emellertid en kompletterande väg att göra statistiken trovärdig. Genom att fördjupa sin förståelse för alla de mekanismer som bidrar till den dynamik man i sin statistik observerat resultatet av, kan rimligheten i de samvariationer och orsakssamband man tänker sig bedömas. Förståelsen av den underliggande dynamiken ger således redskap att tolka vad man på ytan statistiskt ser. På basen av en sådan djupare förståelse kan många gånger oroväckande pågående utvecklingsprocesser skiljas från slumpens rena skördar.

Genom djupare insikter om den aktuella situationens komplexitet och hur sampelet mellan olika aktörer inverkar i skeendet erhåller man således både bättre underlag för vilka variabler som är relevanta att försöka studera vetenskapligt och en större möjlighet att som brukare av statistiken känna tillit till en viss tolkning.

Tolkningar av statistiska analyser borde därför regelmässigt kompletteras just med sådana kvalitativa utsagor. I denna dokumentation har vi således från vad som presenterades under konferensen försökt lyfta fram vad som skulle kunna vara sådana bakomliggande

processer, fenomen och variabler.

En mycket bredare och djupare ansats på samma problematik, än vi i denna konferensrapport varit mäktiga, görs av Ulla-Britt Eriksson och Staffan Janson i Oval-projektet i Värmland. De har naturligtvis noga systematiserat och analyserat statistiska data men de kommer också att komplettera denna sk epidemiologiska del av studien med djupintervjuer av ett urval nu sjukskrivna personer. Genom sådana berättelser hoppas de kunna fördjupa och nyansera bilden av ohälsans natur och utbredning i deras län.

Man väljer således inte ut dessa intervjupersoner för att de skulle utgöra ett representativt urval av befolkningen och ge ytterligare data för den statistiska bearbetningen utan för att deras berättelser kan förväntas vara särskilt informativa och spegla olika aspekter av den djupare problematik som de statistiska samvariationerna kan vara en konsekvens av.

Den kvalitativa ansatsen

Genom att löpande under forskningsarbetet växla fokus mellan att analysera statistiken och söka en allt djupare förståelse genom intervjuerna så får forskarna ett allt säkrare underlag för att kunna konstatera vad som ligger bakom den ökning av sjukförsäkringskostnaderna som vi i dag kan konstatera och som är projektets uppgift att belysa.

Deras beskrivning under konferensen både av sina metodologiska överväganden och av projektets omfattning demonstrerade tydligt vilka risker som finns om man utan tillgång till väl grundade kvalitativa analysredskap skall försöka göra statistiska jämförelser och tolka

statistiska data. Det är därvid lika lätt att övertolka som att missa betydelsefulla signaler. Självklart finns det en lika stor risk med att enbart utifrån luftiga resonemang och utan stöd av "hårda statistiska data" föreslå olika orsakssamband.

Dagens moderna forskning, som Ulla-Britt Eriksson och Staffan Janson är representanter för, innebär således inte att man utesluter det ena framför det andra. Forskningen bygger alltid på ett omfattande bollande mellan kvalitativa och kvantitativa data kompletterade med omfattande litteraturstudier och resonemang med andra forskare.

Denna typ av forskning tar tid och kräver mycket arbete. Ulla-Britt Eriksson och Staffan Janson räknar således med att det kommer att ta minst 3 år innan bilden av 1998 års siffror är någorlunda skarp.

När de är klara så skriver vi år 2001. Det kan ju då vara så dags att veta vad som hände 1998 kan någon tycka. Detta är heller inte den främsta ambitionen. Forskarnas förhoppning är att de genom att försöka förstå hur det faktiskt var 1998 kunna formulera en plattform, så att vi, när vi kommer till 2001, bättre förstår hur det är då och vad vi kan räkna med framöver.

Även som forskare jobbar man förstås alltid mot klockan men som framgår av Ulla-Britt Erikssons och Staffan Jansons uppläggning av projektet så kan man som forskare, till skillnad från den som har det praktiska ansvaret för en verksamhet, tillåta sig att vänta tills resultaten är klara. Utanför forskarvärlden måste vi emellertid - vare sig vi är politiker eller bara medmänniska - alltid och löpande ta ställning till hur vi skall handla just nu.

Vi måste ta ställning till vad som skall göras även när bilden till och med är riktigt oskarp. Att blunda kan få väl så allvarliga effekter. Även om vi visste mer skulle det kanske inte hjälpa. Kanske är det alltid dimma längst framme vid fronten?

De frågor som under denna konferens riktats till forskarna har därför också en annan botten än rena kunskapsfrågor av typen hur något är eller har varit och som kan besvaras på det sätt som Ovalprojektet illustrerar. Flera av frågorna under konferensen var istället av typen:

- Vad är det som pågår i samhället just nu?
- Hur kan jag resonera kring fenomen som återhämtning, utbrändhet, önskescheman osv, för att förstå hur de negativa effekterna uppkommer och vidmakthålls?
- Vad behöver jag beakta när jag tar ställning till vad som just i den situation som jag befinner mig i är en adekvat insats?

Ovanstående frågor kan inte fullständigt besvaras med vetenskapliga studier. För att man skall komma fram till bra svar på dem så krävs istället välgrundade resonemang och ofta samförstånd i nuet kring vad det är man möter eller vad som måste göras. Svaren "det beror på; det är olika" är vetenskapligt korrekta men inte särskilt hjälpsamma för den som måste ta ställning.

Vad som behövs i vardagen är således bättre möjligheter att gemensamt se och förstå vad som händer och om möjligt få samförstånd kring detta. Det är heller inte alldeles fel att ha några gemensamma föreställningar om vad som vore önskvärt och realistiskt möjligt att försöka åstadkomma. Det är därför verktygen för en ökad förståelse vi måste be forskarna hjälpa oss med att få fram - inte svaren. Därför blir, som vi försökt visa i denna dokumentation, forskarnas definitioner och begrepp viktiga verktyg för den egna analysen.

Att punktera myter och vansyner

Ett annat område där erfarna forskare kan medverka är att punktera myter och vansyner. Vi bär nämligen alla på något som kallas förförståelse av sådant vi observerar och tror om framtiden. Utan den skulle vi inte klara oss, men den spelar oss också ibland stora spratt.

Om vår förståelse är ofullständig och behängd med myter och vansyner kring de frågor vi behandlar så kommer också de resonemang vi deltar i att leda fel, statistiken blir oanvändbar och tolkningarna blir absurda. Vi kommer att ha svårt att komma överens och komma till goda ställningstaganden. Människor kommer att känna sig missförstådda och missledda. Fördelningar och prioriteringar kommer att bli olämpliga och orättvisa.

Erfarna forskare tvingas i sitt arbete, på ett annat sätt än en praktiker, kritiskt granska de antaganden de gör. De har således större vana vid detta än en praktiker. De har också ofta haft lång tid på sig att sätta sig in i en speciell fråga. De kan därför bara genom att medverka i samtalen kring vardagens frågor vederlägga många av de myter som vi utgår från och punktera våra vanligaste vansyner. Steven Linton pekade t.ex redan i sitt korta inlägg på många myter kring hur belastningsskador uppstår och "hur man botar ryggen" som fortfarande är mycket utbredda både bland allmänheten, bland chefer - ja till och med hos professionella aktörer.

Förutsättningen för sådana samtal är förstås att man som praktiker har tillgång till erfarna forskare som sysslat med och på djupet studerat de fenomen vi möter men också att man gemensamt kan finna produktiva arbetsformer där praktiker får möta forskare och gemensamt med dem utforska för båda parter relevanta frågor. Den form av skriftliga rapporter och populärsammanfattningar som hittills varit kommunika-

tionskanalen från forskare till praktiker har uppenbarligen inte varit särskilt effektiv. Många rapporter hamnar i skrivbordslådan - inte för att man inte förstår språket utan för att budskapet är för platt och resultaten alltför triviala för att vara användbara för en praktiker.

Praktikerns behov av definitioner, begrepp och relevant statistik

Sjukförsäkringskostnaderna har två mycket praktiska aspekter. Den första är: "Vem skall få ersättning och varför?" Den andra är: "Hur kan jag lita på att jag får ersättning så att jag klarar mig om jag skulle bli sjuk?" Bägge aspekterna hänger ihop. Tilliten och tryggheten ligger som Gunnar Aronsson påpekade i förutsägbarheten och i förvissningen om att systemet kommer att ställa upp för mig. Om jag inte kan lita på att det jag trott om systemet också kommer att hända den dag jag behöver det så råkar det snabbt i vanrykte.

I en tillvaro som den då våra socialförsäkringssystem byggdes upp, då man tog sjukdomsbegreppet för givet och arbetsmarknaden inte var så dynamisk som den är nu, var det möjligt att bygga upp fasta och ganska rättvisa regel- och utbetalningssystem. Rättvisan kunde fastställas en gång för alla och behövde bara uppgraderas då och då. I en sådan tillvaro kunde man också bygga upp fasta longitudinella statistiksystem där man kunde följa utvecklingen över tiden eftersom man väl visste vad man behövde följa.

I en tillvaro som präglas av en önskan om och ett behov av ökad flexibilitet och frihet och där människors och företags aktionsradier

växer är det inte möjligt att enbart förlita sig på statiska strukturer och bedömningsgrunder. Analyserna måste göras på plats och utifrån de förutsättningar som där gäller. Statistik och uppföljningssystem måste då utformas så att de inte låser uttolkningen utan gör det möjligt att lokalt pröva alternativa hypoteser, tolkningar och resonemang. Uppbyggnaden av uppföljningssystemen kommer mer att likna de strukturer en forskare behöver för att nå fram till trovärdig kunskap än ett administrativt hjälpmedel. Detta gäller inte bara försäkringssystem utan alla datainsamlingssystem för nästan alla ändamål.

Systemen kommer därför inte som förr att kunna fatta beslut, ta ställning, tala om vad man skall göra och vad som är rättvist. Detta är något som måste klaras av av handläggarna själva i vardagen och i det löpande arbetet. För att kunna klara denna uppgift behövs det tillgång till goda kvalitativa analyser och teorier som gör det möjligt för aktuella praktiker att förstå det man skall avhandla men som också gör det möjligt för dem att förstå och bedöma konsekvenserna av vad man kommer fram till.

Även övergripande och komplexa resonemang kommer att behöva "tryckas ner" i verksamheten så att allt fler blir inblandade i dem. Den pedagogiska aspekten när det gäller att förstå komplexa, dynamiska sociala system blir då viktig. De samtal som förs skall således inte bara leda till beslut och överenskommelser. De måste också syfta till att sprida en fördjupad kunskap och insikt om de frågor man måste behandla i verksamheten. Utan ett språk för att göra detta står man sig slätt.

Vi hoppas därför att konferensen som sådan - och det försök som vi genom denna dokumentation gjort att knyta praktiker och forskare samman i ett djupare resonemang om psykosocial ohälsa - har visat på det praktiska värdet av att vidga samtalen utanför de mest närliggande

frågorna och vad man redan tycker sig känna till. Vi hoppas också att det varit möjligt för de deltagande praktikerna att genom denna aktivitet få en känsla för forskningens särart och för de deltagande forskarna att i sin tur få en inblick i hur deras resultat och resonemang kan berika praktiken.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Författarnas efterord

Arbetsgruppen har lagt ner ett omfattande och värdefullt arbete med att kommentera och rätta den preliminära text som legat till grund för denna dokumentation. Anna Hertting från Samhällsmedicinska enheten vid Örebro Läns Landsting har dessutom lämnat en separat kommentar till vårt arbetssätt och dokumentationens form. Vi har tagit hänsyn till och ändrat texten helt i enlighet med arbetsgruppens kommentarer med undantag av några få tillfällen. Eftersom det i kommentarerna fanns en del hänvisningar till vårt arbetssätt och själva syftet med dokumentationen så vill vi särskilt ta upp och kommentera just dessa kommentarer i denna efterskrift.

Anna Hertting konstaterar t.ex att vår insats är ett försök att överbrygga glappen mellan ny forskning och verksamhetsfält av olika slag:

Den medicinska journalistiken har funnits länge men är skrivbordsarbetare. Dagens Medicin är väl ett uttryck för denna strävan. Men för att hjälpa praktikerna, i balansen mellan att dels nyttja nya instrument och dels inte kasta ut barnet med badvattnet, krävs ett mycket mer direkt samarbete. Vad det handlar om är att minska "culture lag" fenomenet och samtidigt se till stabiliteten, så att verksamhetsansvariga inte hakar på dagsländor.

Vi tycker att hon i dessa rader väl har lyckats fånga vår ambition med detta arbete. Eftersom syftet med just denna typ av dokumentation är annorlunda jämfört med andra typer av texter och rapporter så är det självklart att både stil och innehåll kan kännas ovanligt för en läsare. Vi

har därför känt det angeläget att närmare kommentera utformningen av texten.

Flera i arbetsgruppen konstaterar t.ex att texten inte håller sig strikt till vad som sades på konferensen eller till forskarnas presentationer. En stor del av texten består dessutom av våra egna slutsatser och utsagor. Det bör då klargöras att vår ambition inte är att med egna utsagor komplettera ämnet så att de frågor som ställs blir mer allsidigt belysta. Ett sådant arbete ligger utanför ramen för denna dokumentation och närmar sig ett traditionellt forskningsuppdrag. Arbetsgruppen har också pekat på en mängd andra andra källor och forskningsrapporter som skulle vara intressant att referera till som t.ex forskare som Thöres Teorell, Birgit Pringel, Rolf H Gustavsson, Sven Larsson m fl.

Vår ambition har således inte varit att göra en text som täcker hela kunskapsområdet. Vi har istället så nära som möjligt försökt hålla oss till konferensens presentationer. När vi i texten inkluderar egna resonemang och utsagor så syftar detta till att skapa en sådan bakgrund till vad som presenterades så att det blir möjligt både för åhörare och läsare att se vad i presentationerna som faktiskt var svar på de frågor som ställdes. Vår ambition med vår egen text detta är således att skapa en brygga mellan presentatörer och praktiker.

Vår egen text är inte heller i första hand hämtad från vår egen forskning. Den bygger istället på publikationer och resultat från andra forskare som vi anser lika etablerade och av samma vetenskapliga kvalitet som de som framträdde på konferensen. Vår bakgrundsbeskrivning och våra kompletteringar syftar således inte till att ge någon ny, utökad eller annorlunda belysning av frågorna än den som presentatörerna bidragit med.

Arbetsgruppen har i sina kommentarer pekat på flera viktiga områden som borde ha belysts men som inte behandlades på konferen-

sen. Ett sådant område är skillnaden mellan olika forskningstraditioner och mellan t.ex klassisk och modern metodlära. Just när det gäller denna fråga har vi inte kunnat ansluta oss till de mer förenklade uppdelningarna som finns, tex mellan kvalitativa, kvantitativa, fenomenologiska och positivistiska metoder. Vi tycker att denna traditionella uppdelning snarare förvirrar än förklarar de metodologiska problemen med att nå fram till trovärdiga utsagor. Vi har därför avstått från att djupare kommentera detta ämne.

Ett annat påpekande gäller köns- och genusperspektivet som man tycker saknas i rapporten. Vi kan då bara konstatera att detta perspektiv inte heller på konferensen var särskilt framträdande och har därför inte funnit anledning att försöka fånga just detta. Det är vår förhoppning att projektgruppen kan finna arbetsformer för att senare inkludera även dessa aspekter i arbetsmaterialet, exempelvis utifrån den färskas artikel av Christina Ahlgren och Anne Hammarström som man refererar till. Gissningsvis finns det också ett stort antal ytterligare perspektiv som på samma sätt inte heller var representerade under just denna konferens och därför inte heller i rapporten.

I en tredje kommentar efterlyser arbetsgruppen mer jämförande statistik och diskussioner om vedertagna begrepp som medellivslängd, sjukdomsregister, befolkningsundersökningar, vårdkonsumtions- och vårdbehovsstudier. Att gå på djupet i dessa frågor har emellertid legat långt utanför uppdraget. Arbetsgruppens önskan kan kanske tas som en ”passning” till forskargruppen vid Centrum för Folkhälsovetenskaplig Forskning vid Karlstad Universitet och till intresserade institutioner vid Örebro Universitet.

Att det finns luckor i framställningen tycker vi inte minskar dokumentationens värde. Detta faktum bör snarare vara en inspirationskälla att gå vidare och komplettera materialet med ytterligare

perspektiv, synpunkter, tankar och resultat från olika forskningsprogram och kritiskt granska de resultat och utsagor vi presenterat.

Vi tycker också, som vanligt, att de frågor som ställs av praktiker är långt mer omfattande än vad som är möjligt att belysa med hjälp av den forskning som för närvarande finns. Det finns därför fortfarande mycket som behöver göras när det gäller kunskapsbildningen på detta område - både av praktiker och av forskare.

Referenser

Antonovsky A (1991): *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur

Aronsson G, Gustafsson K, Daller M (1999): *Sjuk och på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro*. Arbetsmarknad och Arbetsliv. 5:1.

Arvedson L, Winander B (1998): *Hur jobb blir till. Introduktion till nya jobb som kunskapsfält*. Nya jobb och företag. Rapport 1. Stockholm: Rådet för Arbetslivsforskning.

Borgert L (1992): *Organisation som mode. Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms Universitet. Företagsekonomiska institutionen

Davidsson P oa (1994): *Dynamiken i svenskt näringsliv*. Lund: Studentlitteratur.

Davidsson P oa (1996): *Näringslivsdynamiken under 90-talet*. Lund: Studentlitteratur.

Ekberg K, Barajas J (1999): *Hälsofrämjande omorganisation - vilka är förutsättningarna*. Delrapport inom Rådets för Arbetslivsforskning program ”Magra organisationer i arbetslivet”. Stockholm: Rådet för Arbetslivsforskning. Under tryckning.

Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY (eds)(1995): *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Forslin J, Kira M (1999): *From Intensive Work Systems to Sustainable - a literature study*. Delrapport inom Rådets för Arbetslivsforskning program ”Magra organisationer i arbetslivet”. Stockholm: Rådet för Arbetslivsforskning. Under tryckning.

Hane M (1999): *Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet. Samtal med 17 personer med erfarenhet*. Abonnemangsrapport 73. Onsala: Samarbetsdynamik.

Hertting A (red)(1999): *Stressens olika ansikten*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Lundgren L, Wirén Öberg M (1999): *En jämförelse mellan tre gruppers arbetsvillkor i en kommun*. Örebro: Samverkansgruppen. Stencilerad.

Lundgren K (1999): *Upplevelser av den psykosociala arbetsmiljön på ett specifikt företag*. Örebro: Örebro Universitet, Samhällsvetenskapliga Institutionen. Stencilerad.

MOA-projektet (1999): *Nytt angreppssätt för arbetsmiljö- och folkhälsoundersökningar*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten. Stencilerad.

Samverkansgruppen i Örebro län (1999): *Samverkansprojekt om psykosocial ohälsa i Örebro läns arbetsliv. Rapport från steg 1*. Örebro: Samverkansgruppen. Stencilerad.

SOU (1999): *Individen och arbetslivet. Perspektiv på det samtida arbetslivet kring sekelskiftet 2000*. Slutbetänkande från Arbetslivsdelegationen.

Svenska Målareförbundet (1991): *Vad kan en facklig företrädare göra för medlemmar som är på väg att tappa fotfästet på grund av arbets-skada, långtidssjukdom och arbetslöshet?* Stockholm: Svenska Målareförbundet.

Wennberg BÅ, Hane M (1990): *Aktiva arbetsplatser. Varför, hur och hurdå?* Abonnemangsrapport 27. Onsala: Samarbetsdynamik.

Wennberg BÅ, Hane M (1990): *Den sakliga grunden för dagens nya krav på chefer och ledare*. Abonnemangsrapport 28. Onsala: Samarbetsdynamik.

Wennberg BÅ, Hane M (1990): *Varför är det så svårt att komma tillrätta med sjukfrånvaron?* Abonnemangsrapport 29. Onsala: Samarbetsdynamik.

Wennberg BÅ, Hane M (1993): *Det goda arbetsklimatet. En nyckelfråga i framtidens företag*. Abonnemangsrapport 44. Onsala: Samarbetsdynamik.

Yrkesinspektionen (1998): *Ohälsa och negativ stress i ett arbetsliv i förändring*. Örebro: Yrkesinspektionen.

Yrkesinspektionen (1998): *En förfinad praxis för tillsyn av organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor*. Örebro: Yrkesinspektionen.

Bilagor

Bilaga 1. Sammanfattning av projektets tre rapporter från steg 1.

Bilaga 2. Frågor ställda till föreläsarna före konferensen.

Bilaga 3. Deltagare.

Bilaga 4. Beskrivning av Oval-projektet

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Bilaga 1

En kort sammanfattning av projektets Steg 1

Samverkansprojekt om psykosocial ohälsa i Örebro län

Projektgruppen har under steg 1 och under ledning av Lilian Litzell arbetat fram en sammanfattande rapport och två separata delrapporter. Syftet med steg 1 har varit att samla kunskap om den psykosociala ohälsans utbredning i Örebro läns arbetsliv genom att kartlägga riskbranscher och riskgrupper, beskriva sjukfallsutvecklingen på sjukfall längre än 28 dagar i Örebro län. Projektgruppen har vidare i sin rapport beskrivit hur de uppfattar att kropp, psyke och miljöfaktorer hänger samman och hur vår tids stress/belastning/påfrestning uppstår. De beskriver dessutom ett antal sk friskfaktorer som kan kompensera eller skydda mot ohälsa.

I projektgruppens rapport finns också en inventering av aktuella projekt och studier inom området inom Örebro län.

I kartläggningsarbetet har också ingått en uppföljning av arbetsrelaterade diagnoser och symtomdiagnoser inom det psykosociala området genom insamling av medicinska underlag på sjukskrivningar liksom kontakter med branschorganisationer och Yrkesinspektionen. Dessutom har man genomfört en enkät till Företagshälsovården i länet för att genom dem få en bild av hur arbetsmiljön och hälsan utvecklas.

Arbetsgruppen skriver i sin slutrapport från steg 1 att man funnit den offentliga sektorn vara särskilt utsatt för belastningar och att lärare

förefaller vara en särskilt utsatt yrkesgrupp. Man finner vidare att det förebyggande arbetet behöver förstärkas bl a genom kunskapsspridning och information och att det behövs ytterligare forskning inom området.

Den andra delrapporten baseras på en jämförelse mellan tre gruppers arbetsvillkor i en kommun. Lillemor Lundgren och Maria Wirén Öberg jämför likheter och skillnader i arbetsmiljön för en grupp från en skola, en grupp från en förskola och en grupp som arbetar inom ett gruppboende för dementa. Bedömningen av arbetsmiljön baserades dels på en kartläggning med hjälp av stressprofiler, som utarbetats av Sven Setterlind, Stress Management Center AB, och dels på samtalsdata som insamlats med den metod som Yrkesinspektionen i Örebro utvecklat för sina sk Fokusinspektioner. Författarna ger genom beskrivningen exempel på hur förändrade krav och villkor i verksamheten påverkar arbetssituationen och pekar på ett antal olika typer av åtgärder som skulle kunna genomföras för att hantera förändringsproblematiken bättre.

Den tredje delrapporten utgörs av en beskrivning av hur den psykosociala arbetsmiljön upplevs vid ett företag som är ett exempel på ett typiskt tillväxtföretag i en expansiv bransch. Kata Lundgren, Samhällsvetenskapliga institutionen vid Örebro Universitet, genomför studien som en kvalitativ fallstudie på basen av 10 intervjuer. Studien utgår från Peter Warrs "Vitaminmodell" och innehåller 9 olika grunddimensioner med betydelse för den psykosociala hälsan i arbetslivet.

De 9 faktorerna utgörs av:

- möjlighet till egen kontroll
- möjlighet till kompetensutnyttjande
- möjlighet till variation
- arbetsbelastning
- möjlighet till överblick
- pengar
- fysisk säkerhet
- möjlighet till sociala kontakter
- socialt anseende

Författarens analys av arbetssituationen vid detta företag pekar på god överblick och goda möjligheter till sociala kontakter medan möjligheterna till variation och den fysiska säkerheten skulle kunna förbättras. Det sociala anseendet upplevs inte heller helt tillfredsställande av de anställda och egenkontrollen, kompetensutnyttjandet, arbetsbelastningen och lönen upplevdes lämna mycket i övrigt att önska.

Delrapporter från steg 1:

Samverkansgruppen i Örebro (1999): *Samverkansprojekt om psykosocial ohälsa i Örebro läns arbetsliv*. Örebro: Försäkringskassan.

Lundgren L, Wirén Öberg M (1999): *En jämförelse mellan tre gruppers arbetsvillkor i en kommun*. Örebro: Samverkansgruppen.

Lundgren K (1999) *Upplevelser av den psykosociala arbetsmiljön på ett specifikt företag*. Örebro: Örebro Universitet, Samhällsvetenskapliga Institutionen.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Bilaga 2

Frågor ställda till föreläsarna före konferensen.

Den övergripande frågan rör självfallet hur man kan förstå vad som ligger under eller bakom de signaler på ökad psykosocial ohälsa som arbetsgruppen noterat i de egna kartläggningarna och i flera andra projekt. De beskrivningar man söker är sådana som kan ge uppslag och underlag till vad som vore adekvata insatser från respektive håll. Man är också fullt medveten om att det man ser är en summaeffekt av en rad pågående och kanske helt olika utvecklingar. I en första fas i projektet har man inriktat sig på arbetslivet - kanske inte i första hand för att arbetsmiljön behöver vara den största boven bakom symptomen utan för att arbetet innehåller en "hälsoskapande potential" som skulle kunna utvecklas.

Det finns vidare en stor oro över att de personer som drabbas av psykosociala besvär - naturligtvis i det unika fallet orsakade av ett oerhört komplext samspel mellan individen och dennes totala miljö - idag inte kan erhålla adekvat hjälp i sin situation utan bollas mellan olika institutioner. Problemet som arbetsgruppen ser det är alltså inte enbart en resursfråga - och inte heller en enkel fråga om kompetensbrist - utan att det helt enkelt fattas en typ av "hjälpare" i systemet dit de personer som man nu uppmärksammat kan vända sig. "Bollandet" mellan institutioner - och känslan av att inte bli förstådd utan misstänk-

liggjord - blir en bidragande orsak till att problemen förvärras. Det finns många individuella berättelser som beskriver den extra kränkning det innebär att vara "svarte petter" dvs att vara föremål för ett gräl mellan instanser om vem som har skyldighet att betala notan.

Gruppen har också funderat över terminologin för dessa nya besvär. De ser problemen med att en slarvig terminologi förvirrar och försvårar den nödvändiga förståelsen av fenomenet. En slarvig terminologi saboterar också de stora möjligheter som finns att följa utvecklingen i tillgänglig statistik om sjukskrivningsdiagnoser etc.

Man är också medveten om den betydelse som benämningen av dessa nya syndrom får. Termer som "Psykosociala besvär" trivialiserar vad det är frågan om och ger ingen möjlighet att skilja på när vi pratar om synnerligen allvarliga effekter som kräver omedelbar insats och det som drabbar oss alla av och till. Termen "utbränd" är då mera precis men kan samtidigt ha olyckliga och osanna konnotationer till "omöjligt att komma igen".

Ledningars möjligheter och begränsningar i det aktuella arbetslivet är en annan central fråga inom projektet. Hur kan man genom samverkan inom den offentliga sektorn underlätta för de chefer som nu finns att klara de dialoger med anställda som nu behövs. Dessa dialoger ser man som betydelsefulla för att öka kunskapen om samspelet i verksamheten, för att bryta de negativa spiraler mot ohälsa man uppmärksammat på vissa arbetsplatser, för att undvika att det skapas nya sjukfall och för att i stället medverka effektivt till att hälsan utvecklas? Vad innebär den "empatiska förmåga" som nu beskrivs som bristvara i arbetslivet? Kan den utvecklas i vuxen ålder? Och i sådana fall - hur? Vilken kunskap behöver dessa chefer för att kunna medverka konstruktivt i dessa samtal? Vilken kunskap behöver de för att minska risken att själva drabbas av "over load".

Vad innebär den ”tillitsbrist” som många nu ser som en förklarande faktor till de problem man ser i arbetslivet.

Finns det drag i aktuella management filosofier som kommunicerar ett budskap som motverkar hälsans utveckling i arbetslivet?

Hur kan man konstruktivt beskriva det allvarliga tillstånd som vi kallat ”utbrändhet” - och vilka olika teorier finns för hur det uppstår?

Hur kan vi beskriva det moderna arbetslivets risker? Hur kan dessa risker upptäckas i tid av dem som kan medverka till att de kan hanteras väl och konsekvenserna mildras?

Arbetsgruppen föreställer sig i första hand att man efter konferensen skall kunna initiera olika seminarier till chefer, fack och branschorganisationer i länet. Man hoppas också kunna få resurser att genomföra ett antal ”modell experiment” på några större arbetsplatser för att utforska på vilket sätt som den kompetens som idag kanske bara finns inom ”expertorganisationer” skulle kunna ”empower” den aktuella arbetsplatsen, vilken psykosocial infrastruktur som skulle underlätta det förebyggande arbetet och - inte minst för att upptäcka vilka praktiska svårigheter man i olika verksamheter behöver komma till rätta med.

För att kunna utforma och prioritera mellan olika sådana insatser skulle man också behöva en väl grundad analys av problemets storlek. Hur stor är den sk tickande bomben? Eller är merparten av det vi ser i statistiken en effekt av ett annat språkbruk för olika sjukdomar?

Frågorna är många - och det är mycket bra redan om vi hinner belysa några av dem.

Denna sida har med avsikt lämnats tom

Bilaga 3

Deltagare

Yrkesinspektionen i Örebro Distrikt

Christina Engman
Lillemor Lundgren
Yvonne Stempel
Ethel Östlund

Länsarbetsnämnden

Uno Gåse
Britt Helleryd
Sture Lindstedt
Annika Lyttbacka
Agneta Roström

Företagshälsovården

Roland Eriksson, Landstingshälsan
Karin Johansson, Örebrohälsan Previa AB
Görel Jonsson, Pilgårdens VC, FHV
Kristina Norgren, Bergslagshälsan AB
Owe Svensson, Föreningen Svensk FHV
Maria Wirén-Öberg (adj projektet)

Örebro Läns Landsting

Anna Hertting
Edvard Lidén
Sofia Loodh
Ulf Marcusson
Berit Ydreborg
Pia Öijen

Kommunförbundet Örebro län

Irène Bergstrand
Hans Göran Högquist
Nils-Göran Nilsson
Göran Pehrson

Försäkringskassan

Margareta Ekman
Lena Folkesson
Åke Lindwall
Lilian Litzell
Bertil Wahlquist

Örebro Universitet

Anders Agrell, Inst. för samhällsvetenskap
Roland Gustavsson, ” ” ”
John Jouper, Inst. för idrott och hälsa
Lars-Gunnar Solin, ” ” ” ” ”

Moderator: Monica Hane

Bilaga 4

Oval-projektet

Ohälsan i Värmlands arbetsliv, kort projektbeskrivning

Bakgrund

Studier från Försäkringskassan i Värmland visar att sjukskrivningarna fr.o.m. slutet av 1997 börjar öka efter en sjunkande trend från 1992. Detta visas bl.a. i rapporten ”Den ökande ohälsan. En studie i oktober 1998 av sjukskrivningsmönster och sjukfallsflöde i Värmlands län.” :Rapport Nr 16. 1999. Tommy Elfstrand, Thomas Lundberg. Värmlands allmänna försäkringskassa.

Uppdraget

”Uppdraget är att utifrån information från gjorda studier och kompletterande undersökningar identifiera sektorer och branscher inom arbetslivet där den ökade ohälsan genereras. Inom dessa identifierade områden är det också väsentligt att kartlägga ohälsans karaktär neskri- vet i diagnosgrupper.

Med denna information som grund skall sedan studier göras inom dessa identifierade riskområden av ohälsans uppkomst samt samhällets och arbetsgivarnas rehabiliteringsarbete.”

(Värmlands läns allmänna försäkringskassa och Länsarbetsnämnden i Värmland, 1998-11-24)

Syfte

Att beskriva verkligheten bakom ökningen av sjuktalen utifrån både samhälls-, organisations- och individnivå.

Projektgrupp

Projektet består i dag av sex personer - en forskningsassistent (Samhällsvetare/sociolog), en handläggare från FK (rehabilitering), en handläggare LAN (arbetslivstjänster, rehabilitering), tre nyexaminerade akademiker (två statsvetare, en sociolog).

Vetenskaplig ledningsgrupp

Till projektet har knutits en vetenskaplig ledningsgrupp bestående av docent Staffan Janson, professor Bengt Starrin och professor Tor Eriksen (samtliga verksamma vid Karlstads universitet).

Finansiär

Projektet bekostas av Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden.

Metod

Olika vetenskapliga metoder utifrån olika frågeställningar; såsom kvantitativa intervjuer, postenkät, gruppintervjuer, intervjuer av nyckelpersoner.

Tidsplan

Projektet är ett tvåårsprojekt, som startade den 1 augusti 1999.

Information

För närmare information om projektet kontakta:

Forskningsassistent Ulla-Britt Eriksson, Karlstads universitet, Institutionen för samhällsvetenskap, 651 88 Karlstad . Tel: 054-700 16 46/ 700 10 00. Fax 054-700 16 44. E-post: ulla-britt.eriksson@kau.se