

Relationen kund - företagshälsovård med fokus på stresshantering

Projektarbete vid företagsläkarkursen , Sahlgrenska akademien
vid Göteborgs Universitet 2003/2004

Göran Östberg
Hälsan&Arbetslivet
Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL)
461 85 Trollhättan
0520/91494 goran.k.ostberg@vgregion.se

Handledare Mats Eklöf
Arbets- och Miljömedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| SAMMANFATTNING..... | 3 |
| LITTERATURGENOMGÅNG..... | 6 |
| SYFTE | 10 |
| METOD | 11 |
| RESULTAT OCH DISKUSSION | 13 |
| <i>Frågor till chefer rörande utnyttjande av FHV 2003.....</i> | 13 |
| <i>Frågor till chefer, läkare och fackrepresentanter rörande utnyttjande av FHV och begränsningar.....</i> | 16 |
| <i>Diskussion (jämförelse).....</i> | 38 |
| <i>Resultat och diskussion metodval stressminskning</i> | 41 |
| BEGRÄNSNINGAR | 44 |
| SLUTSATSER OCH KOMMENTARER | 45 |
| LITTERATURREFERENSER..... | 47 |
| BILAGA: ENKÄT CHEFER..... | 48 |

Sammanfattning

Relationen kund - företagshälsovård med fokus på stresshantering

Göran Östberg Hälsan & Arbetslivet NÄL 461 85 Trollhättan goran.k.ostberg@vgregion.se

Bakgrund: Företagshälsovårdens (FHV) situation skiljer sig från övrig medicinsk verksamhet på flera sätt:

fysiska och psykiska arbetsmiljöns betydelse skall vägas in vid värdering av varje individ- och arbetsplatsproblem,

patienternas sökmönster och omfattningen av utredning och behandling bestäms inte enbart av problemens art och överenskommelsen patient och vårdgivare utan även avtalet mellan kund och FHV,

betalningsansvarig för FHV:s kostnader är patientens chef,

FHV finansierar sin verksamhet med intäkter från kunderna.

Relationen kund – FHV får alltså stor betydelse för utformningen och utvärderingen av FHV:s verksamhet.

Den stressrelaterade ohälsan har ökat kraftigt inte minst inom den offentliga sektorn, sjukvården är inget undantag.

Syfte: uppskatta utnyttjandet av FHV 2003

undersöka relationen kund – FHV med fokus på stressrelaterad ohälsa inom ett sjukhus

Metod: Enkätundersökning. I princip samma enkät sändes till tre intressenter i FHV:s verksamhet: chefer, fackföreningsrepresentanter och företagsläkare. De två förstnämnda kategorierna var verksamma på Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) och läkarna på Västra Götalandsregionens företagshälsovård Hälsan & Arbetslivet.

Resultat:

Utnyttjandet av FHV på olika arbetsplatser varierade. FHV anlätades till övervägande del i personalfrågor och mycket lite i organisationsfrågor.

Cheferna var i allmänhet nöjda med FHV:s insatser, en liten minoritet var mycket missnöjd.

Sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner uppfattade cheferna som inget eller litet problem, medan läkarna ansåg problemet ha stor omfattning.

Cheferna trodde utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner skulle öka något, läkarna förutspådde en betydligt större ökning.

Cheferna ansåg att FHV kunde bidra till minskad sjukskrivning i stressreaktioner i liten - måttlig omfattning. Läkarna var betydligt mer positiva till FHV:s möjligheter.

För cheferna framstod kostnaderna i förhållande till utbytet som mest begränsande i utnyttjandet av FHV. Läkarna ansåg FHV:s påverkansmöjligheter och förtroendet för FHV vara mest begränsande.

Chefernas val av metoder för att minska stressnivån (bland nio listade alternativ) skiljde sig påtagligt från läkarnas val. Cheferna föredrog "kommunicera tydliga mål för verksamheten", läkarna valde "utbilda och träna i metoder för stresshantering".

Resultatet av enkäten kan användas som utgångspunkt för diskussion om förändringar i relationen kund - FHV.

Inledning

De höga sjuktalen på senare år har ökat intresset för företagshälsovårdens (FHV:s) möjligheter att bidra med sin kompetens. FHV är inriktad på arbetsrelaterad ohälsa och dess insatser borde därför ha en självklar plats, när såväl den psykiska som den fysiska arbetsmiljöns betydelse för sjuktalen diskuteras. Förutsättningen är att det som FHV levererar (FHV:s produkter) har god kvalitet och används på rätt indikation.

Vem avgör kvaliteten? Vem beslutar att FHV:s tjänster skall sättas in och i så fall när? Finns det något objektivi mått på effekten av FHV:s produkter? Är dessa kostnadseffektiva? Är kundtillfredsställelse avgörande? Vilket mått använder i så fall kunden?

Man kan jämföra med medicinsk verksamhet på sjukhusens kliniker. Där har varje opererande specialitet ett register, ofta nationellt, där indikationen för och resultatet av operationerna anges liksom eventuella komplikationer. Verksamheten vid den egna kliniken kan jämföras med riksgenomsnittet. Verksamhetsföreträdare, men även sjukhuschefer och politiker kan bilda sig en välunderbyggd uppfattning om den egna verksamhetens kvalitet i flera avseenden jämfört övriga sjukhus. Vid negativ avvikelse kan åtgärder arbetas fram och resultaten av dessa avläsas.

Finns det inom FHV någon kvalitetssäkring enligt ovanstående principer? Varje mottagning för företagshälsovård kan ha viss intern uppföljning av kundtillfredsställelse, men mätningen av denna är i regel inte standardiserad eller validerad. Värdering av kundtillfredsställelse sker oftast vid möten mellan kundrepresentanter som upphandlar FHV och kundansvariga inom FHV, och blir därmed tämligen subjektiv.

Några nationella kvalitetsregister finns ej, däremot kan mottagningar för FHV bli certifierade vilket innebär en form av strukturell kvalitetskontroll.

Är FHV:s produkter för komplicerade för att mätas på i princip samma sätt som för övriga sjukvården enligt ovan?

En viktig skillnad FHV jämfört annan sjukvård är förekomsten av flera intressenter. Inom sjukvården tar diagnos och terapi sin utgångspunkt i mötet patient - vårdgivare.

Chefstjänstemän och politiker är intressenter dels genom att följa kvaliteten i vårdarbetet dels genom att eftersträva kostnadseffektivitet. Detta intresse sker emellertid på avstånd och berör inte annat än i undantagsfall individer.

Inom FHV är utöver vårdtagaren även arbetsgivaren (kunden) intressent i vad FHV levererar. Man kan i princip tänka sig att vårdtagarna tillhörande en viss arbetsplats är nöjda med FHV:s produkter och resultat, medan arbetsgivaren (representerad av t. ex. chefer eller personalsekreterare) är detta i mindre grad. Hur skall i en sådan situation kvalitet på levererade tjänster mätas?

Ytterligare en komplicerande faktor är FHV:s finansiella situation. Vårdtagarnas chef är betalningsansvarig för FHV:s kostnader. FHV å sin sida finansierar sin verksamhet genom intäkter från kunderna.

En annan intressent är fackföreningarna. De är ett stöd för den enskilde vårdtagaren speciellt i frågor rörande rehabilitering och arbetsskador. Stödet är då personligt, men kan också vara övergripande genom fackföreningarnas kännedom om regelverket i frågor rörande arbetstagarnas och arbetsgivarnas rättigheter och skyldigheter.

Vidare har fackföreningarna ett allmänt åtagande gentemot sina medlemmar att bevaka arbetsmiljöfrågor ofta genom sina skyddsombud. Fackföreningarna blir härigenom av flera skäl intresserade på flera plan av FHV:s möjligheter att bidra till arbetsmiljöarbetet.

Den ekonomiska satsningen på FHV kan anses betydande med en total omsättning på 3,1 miljarder och 5100 anställda.

Detta är ytterligare ett skäl till att försöka finna metoder för kvalitetssäkring, mäta kund- och patienttillfredsställelse samt kostnadseffektivitet inom FHV.

En sådan metod kan vara undersökning av olika intressenters förväntningar på FHV i olika avseenden.

Ett rimligt antagande är att cheferna på arbetsplatserna är väl förtrogna med arbetsmiljöproblemen och sjuktalen på sina respektive arbetsplatser. Vilka förväntningar har då cheferna på FHV:s möjligheter att vara behjälplig i bekämpandet av den arbetsrelaterade ohälsan? Förväntningarna kan sägas vara ett uttryck för arbetsmiljöproblemens art och speglar i någon mån kostnadseffektiviteten i FHV:s produkter.

Motsvarar förväntningarna reella behov på arbetsplatserna? Har FHV produkter som tillgodoser behoven? Är kvaliteten på produkterna tillräcklig? Ett andra antagande är att FHV har god kännedom om sina produkter och dess användningsområden. Om sålunda FHV anser sig kunna leva upp till kundens förväntningar, så blir detta ett uttryck för de faktiska behoven och för kvaliteten i produkterna.

Ett tredje antagande är att fackföreningarna är väl förtrogna med sina medlemmars behov och problem ur arbetsmiljösynpunkt. De kan därmed uttrycka förväntningar på FHV:s insatser. Föreliggande projekt tar sin utgångspunkt i dessa antaganden.

Litteraturgenomgång

Fullständig litteraturgenomgång gjordes ej, speciellt beaktades ej internationell litteratur. Det ansågs rimligt att fokusera på situationen i Sverige, eftersom varje nation har sitt regelverk för arbetsmiljö och sina förutsättningar för att bedriva av FHV. Synen på sjukskrivning och stressrelaterad ohälsa skiljer sig åt från nation till nation och därmed kan olika åtgärder för att bekämpa den stressrelaterade ohälsan komma till användning.

Flera studier påträffades som belyste relationen kund - FHV, denna varierade kraftigt över tid. Intrycket var att ändringar i regelverket för FHV:s verksamhet påverkade relationen. FHV finansierades av intäkter från kunderna, varav följde att förändringar i kundernas ekonomi sannolikt påverkade relationen. Denna var således långt ifrån statisk, förändringar kunde ske snabbt beroende på förändringar inom företagen och i omvärldsfaktorerna. De studier som togs fram speglade de förhållanden som rådde då studien gjordes, och relevansen för framtida situationer blev därmed svårbedömd.

Bostedt gjorde 1992 en studie om företagens krav och förväntningar på FHV(2). 978 företag intervjuades, men ingen FHV verksam inom sjukvård deltog, ej heller någon inbyggd FHV. Dominerande problemtyper i företagens arbetsmiljö jämfördes med företagens användning av FHV:s tjänster. Vanliga problem fanns inom de psykosociala och arbetsorganisatoriska områdena, men här användes FHV:s tjänster minst. 49% av företagen ansåg inte att insatsen i form av anslutningsavgifter till FHV motsvarades av erhållna tjänster. Största bristen i samarbetet kund - FHV angavs av företagen vara otillräckliga kontakter med FHV.

Kommentar: Gällde detta även inbyggd FHV?

1996 publicerade Bostedt en utvidgad genomgång av studien från 1992(3). Det angavs att de förändrade problembilderna i arbetslivet (frågor rörande den psykosociala miljön och rehabilitering) inte medförde förändrat arbetssätt eller en förändrad institutionell struktur för arbetsmiljöarbetet och för FHV:s arbete.

I en rapport från 1993 prövade Jäderberg (4) orsaker till att de psykosociala frågorna var ett område där FHV:s tjänster ej upplevdes kunna användas. En orsak angavs vara att psykosociala problem var ett svårdefinierbart begrepp med olika innebörd för individer och chefer. Vidare uppfattades psykosociala frågor ha tabustämpel. Som tredje orsak noterades personalavdelningens höga kompetens i att hantera psykosociala frågeställningar, och därmed mindre behov av kompetens från annat håll. En fjärde orsak var att psykosociala problem hade individuell karaktär, de var i många fall helt eller delvis orsakade av i förhållande till arbetet och företaget externa orsaker.

I en undersökning från 1999 från yrkesmedicinska enheten i Stockholm påpekades i inledningen att studier av psykisk ohälsa bland FHV:s patienter saknades (5). I undersökningen gjordes 12 strukturerade intervjuer med olika aktörer på arbetslivets område. Representanter för FHV angav att det inte finns någon bra modell för hur man inom FHV arbetade förebyggande och att det inte var en insats som efterfrågades av arbetsgivarna. LO däremot betonade det väsentliga i att FHV inom det psykosociala området arbetade förebyggande ute på arbetsplatserna. SACO fann att många ifrågasatte FHV:s förmåga att vara partsneutral. Vidare efterlyste SACO kompetenshöjning inom FHV speciellt vad gällde hälsokonsekvenser av neddragningar i företag. Ledningen, vare sig den inom offentlig eller privat verksamhet, uppfattade enligt SACO inte FHV som en resurs inom områdena lednings- och organisationsfrågor.

Representanter för primärvården hade intrycket att många patienter uppfattade att FHV:s arbete gick ut på att få patienter i arbete till 100%. I diskussionen framhölls att det fanns risk för minskad efterfrågan av FHV om man inte utvecklade det som ansågs unikt för FHV dvs det förebyggande arbetet. Vidare uppfattades FHV ha problem med att verka inom området arbetsanknutna psykiska problem p.g.a. konstruktionen av avtalet med arbetsgivarna. Man tvingade sälja den typ av tjänster som efterfrågades av arbetsgivarna och tjänsterna kanske inte alltid överensstämde med det behov av FHV som fanns hos arbetsgivarna.

Mars 2001 fick Statskontoret uppdrag av regeringen att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av FHV kunde medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Slutresultatet redovisades i en rapport (6). Man föreslog åtgärder inom sex områden.

- 1) Regelverket. Otydligheter i regelverket uppgavs vara ett hinder för effektivt utnyttjande av FHV, och man föreslog förändringar i AML och därmed sammanhängande bestämmelser bl.a. att FHV skulle inta en oberoende ställning. Enbart en regel om obligatorium ansågs inte räcka. I stället betonades ökad information och tillgänglighet, kundanpassade tjänster och skärpt tillsyn.
- 2) FHV i småföretag och bland offentliga arbetsgivare. Anställda inom dessa områden uppfattades underförsörjda med FHV och särskilda medel borde anslås.
- 3) Samverkan. FHV föreslogs samverka bättre med landsting/primärvård och FK.
- 4) Personalförsörjning. FHV stod inför ett omfattande rekryteringsbehov.
- 5) Kvalitetsfrågor. System för kvalitetssäkring hade utvecklats, men anslutningen var låg vad gällde s.k. tredjepartscertifiering. Statskontoret rekommenderade obligatorisk kvalitetssäkring och certifikat för produktion av FHV.
- 6) Tillsyn. Detta uppgavs vara ett viktigt styrinstrument för att åstadkomma konkreta förbättringar på arbetsmiljöområdet, men hade inte utnyttjats tillräckligt. Tillsynsmyndigheter var Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen, även försäkringskassorna bedömdes ha en roll.

I skrivelsen gjorde Statskontoret flera iakttagelser, som förtjänar återges.

Kunskapsunderlaget tillät inte bedömning av FHV:s samhällsekonomiska effekter.

Trots att anställda inom delar av den offentliga sektorn hade god tillgång till FHV, så var sjukfrånvaron hög och hade ökat kraftigt.

Av en enkät framgick att landsting anlätade FHV vid 93% av de frågor som bedömdes relaterade till den psykiska arbetsmiljön, i rehabiliteringsfrågor var siffran 80% och i frågor rörande arbetsorganisation 47%.

Neddragningar inom sjukvården hade inte drabbat t.ex. benbrott eller hjärtinfarkt, utan utbrändhet och liknande resulterande i sjukskrivningskostnader, som översteg vad man sparat på minskad sjukvård.

Kommentar: Behöver resurserna för behandling av stressrelaterad ohälsa öka?

Beteendevetarstöd kan exempelvis vara svårt att få i offentlig regi.

Som led i regeringens åtgärdsprogram för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar (Prop 2001/02:1) analyserade Arbetsmiljöverket i samråd med Arbetslivsinstitutet effekterna av nuvarande kvalitetssystem, analysen publicerades i arbetslivsrapport 2003:17(1). Tre av de frågeställningar som förväntades besvaras var

- 1) Går det att visa att FHV-företag som är tredjepartscertifierade levererar tjänster med högre upplevd faktabaserad kundnytta än företag som inte är detta?
- 2) På vilket sätt får företaget/arbetsplatsen stöd i sitt SAM-arbete? Vem levererar kompletterande stöd/kompetens/tjänster?
- 3) Är kundföretagens uppfattning att FHV i första hand erbjuder sjukvårdstjänster?

Analysen baserades på såväl intervjuer som enkäter.

Några slutsatser och iakttagelser:

Kunderna ansåg det viktigt att kunna se resultat och nytta av levererade tjänster, resultatredovisning poängterades.

Kunden upplevde tjänster prisvärda som i dialog med FHV identifierade problem, föreslog lösningar och stödde genomförandet. Nyttan av tjänsterna måste kunna mätas.

Kundföretagens uppfattning var att FHV i 1:a hand erbjöd sjukvårdstjänster.

FHV borde förbättra sin internkommunikation.

I en undersökning utgående från Arbetslivsinstitutet 2003 undersöktes Arbetsmiljö- och hälsoarbetet i småföretag (7). Det framgick att långsiktigt förebyggande arbete knappast förekom. Argument för systematiskt arbetsmiljöarbete(SAM) såsom effekter på kvalitet och kostnader påverkade sällan företagets inställning till SAM. Om däremot företagets kunder ställde krav på arbetsmiljön ökade intresset.

Kommentar: Går det att dra en parallell till sjukvårdens situation? Bättre arbetsmiljö för de sjukvårdsanställda betyder rimligen bättre patientomhändertagande. Kan krav från patienternas sida på bättre arbetsförhållanden för de anställda i vården påskynda förbättringar i arbetsmiljön? Om en klinik på ett sjukhus har dåliga arbetsförhållanden bör då andra kliniker agera? Sjukhusets resultat bestäms i viss mening av helheten eller, uttryckt på annat sätt, av kvaliteten i den sämst fungerande kliniken.

En slutsats i studien var att småföretagen inte beställde de tjänster, som FHV bedömde att de hade behov av.

Kommentar: En följdfråga är utifrån vilka kriterier FHV bestämmer behoven, relationen kund - FHV är central.

Småföretagarna uppgavs ha dålig erfarenhet av konsulter, som uppfattades komma med pekpinor och tenderade att agera utifrån ett myndighetsperspektiv.

Kommentar: Bör FHV mer anta rollen av lärare med specialkunskaper och fungera som vägledare i ledningens arbetsmiljöarbete?

IVL Svenska miljöinstitutet gav oktober 2003 ut en rapport om relationen mellan småföretag och FHV (8). Den grundades på intervjuer med personal inom fyra FHV och 52 småföretag, varav 39 var anslutna till de fyra FHV som också intervjuades.

Några slutsatser och kommentarer från rapporten.

Den enda rimliga vägen att öka de små företagens nyttjande av FHV:s tjänster ansågs vara anpassning av FHV:s verksamhet, så att den upplevdes som intressant av företagen.

Kommentar: Man kan hävda att tjänsterna bör vara kvalitetssäkrade, enbart efterfrågan räcker inte som grund för att tjänsten skall ingå i FHV:s produktkatalog.

Av intervjuerna drogs slutsatsen att FHV inte var en enhetlig grupp med enhetlig verksamhet. Det innebar att även om uppdraget var detsamma, kunde sättet uppdraget utfördes på variera mycket mellan olika FHV.

Kommentar: Hur stämmer detta med strävan efter god praxis i utförande av FHV:s tjänster och efter kvalitetssäkring av verksamheten?

Många småföretag tyckte att FHV kostade för mycket jämfört med vad man upplevde att man fick ut av FHV:s tjänster.

När det gällde den psykosociala arbetsmiljön hade FHV dålig legitimitet hos de intervjuade företagen.

Man föreslog att FHV:s uppgifter förtydligades i det regelverk som styr arbetsmiljöarbetet. Det gällde arbetet med psykosociala problem, arbetsorganisation, kompetensutveckling och hjälp till självhjälp i arbetsmiljöarbetet, FHV borde undvika att lösa avgränsade arbetsmiljöproblem, istället försöka stärka arbetsplatsens egen kompetens.

Föreningen Svensk Företagshälsovård publicerade 2003 ett dokument Good Practise (9), där man redovisade resultatet av ett projekt med syfte att identifiera och redovisa god praxis i arbetet inom FHV. Av särskilt intresse är delprojektet: processen att fånga kundens/arbetsplatsens egentliga behov och metoder för utvärdering samt instrument för utvärdering och självvärdering. Man fokuserade särskilt på kunddialogen och utarbetade god praxis vad denna beträffade. Bedömning om kundens förväntningar stod i överensstämmelse med FHV-företagets affärsstrategi och etik betonades. Vidare skulle FHV hjälpa kunden att identifiera behov och sätta mål för de resultat som förväntades i kundens verksamhet. God FHV beskrev relevanta tjänster som tillgodosåg identifierade behov.

Kommentar: Hur skall behov identifieras och värdering ske av åtgärderna från FHV för att möta behoven?

Detta beskrev rapporten, men ett observandum är att Statskontoret i sin skrivelse (6) ifrågasatte om det vetenskapliga och empiriska underlaget för behovsidentifiering och resultatvärdering var tillräckligt.

Syfte

- 1) Uppskatta omfattningen av kundens kontakter med FHV 2003.
- 2) Belysa kundens och dess medarbetares uppfattning om FHV:s möjligheter att medverka till minskad stressrelaterad ohälsa inom kundens ansvarsområde.
- 3) Samtidigt belysa FHV:s uppfattning om sina egna möjligheter i detta avseende.
- 4) Uppskatta de faktorer kunden, medarbetarna samt FHV upplever som begränsande vid utnyttjandet av FHV.
- 5) Bedöma vilka likheter respektive skillnader som finns i kundens, medarbetarnas och FHV:s uppfattning.
- 6) Jämföra de tre kategoriernas (kund, medarbetare, FHV) val av metod bland nio alternativ för att minska den arbetsplatsrelaterade stressnivån.

Metod

Deltagare

- 1)Kunden var Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) och representerades i undersökningen av verksamhetschefer och vårdenhetschefer.
- 2)Medarbetarna representerades i undersökningen av företrädare för de fackförbund, som var aktuella inom kundens verksamhetsområde.
- 3)FHV:s möjligheter antogs kunna uppskattas av de företagsläkare, som var verksamma inom den företagshälsa (Hälsan&Arbetslivet), som betjänade sjukvården i Västra Götaland. NÄL var en del av sjukvården i Västra Götaland och den mottagning varifrån undersökningen utgick var en del av Hälsan&Arbetslivet.

Datainsamlingsmetod

En enkät(se bilaga) som avsåg belysa i viken grad kunden uppfattade FHV som en resurs i arbetet mot den stressrelaterade ohälsan tillställdes samtliga verksamhetschefer och vårdenhetschefer med ansvarsområde på NÄL. Frågornas validitet och reliabilitet värderades ej.

De första tre frågorna berörde utnyttjandet av FHV under 2003 och i vilken mån cheferna var nöjda med FHV:s insatser.

Påföljande 11 frågor rörde chefernas uppskattning av FHV:s möjligheter att bidra i arbetet mot minskad psykisk ohälsa och berörde därvid även arbetsorganisatoriska aspekter. Samtliga frågor utom den första och sista var uppdelade i en a-del och en b-del. a-delen avsåg belysa olika aspekter på stressrelaterad ohälsa och b-delen (som var densamma i alla b-frågor) vilka faktorer som bedömdes begränsa utnyttjandet av FHV i respektive aspekt formulerad i a-delen. Sista frågan gällde vad respondenten uppfattade som de tre bästa metoderna av nio alternativ för att minska stressnivån på arbetsplatser.

Enkäterna skickades med internpost till samtliga chefer enligt ovan sammanlagt 47. Svaren återsändes med internpost anonymt till undersökaren. Besvarandet av enkäten var frivilligt och ingen enskild chefs enkätsvar kunde identifieras. Efter c:a tre veckor skickades enkäten på nytt till alla chefer.

Samma enkät med modifieringar föranledda av ändrad kategori (fackrepresentant i stället för chef) skickades till två representanter för varje fackförbund verksamt på NÄL (SKAF, SKTF, vårdförbundet och läkarförbundet) sammanlagt åtta. Enkäten skickades med internpost till respektive fackexpedition, besvarandet var frivilligt och anonymt. Efter c:a tre veckor gjordes ett andra utskick.

Vidare skickades enkäten per brev med relevanta modifieringar föranledda av ändrad kategori till samtliga företagsläkare verksamma inom Hälsan&Arbetslivet sammanlagt elva (undersökaren, verksam som företagsläkare på NÄL besvarade ej enkäten). Alla läkare hade mer eller mindre sjukvården som kund. Liksom för övriga kategorier gjordes ett andra utskick efter c:a tre veckor.

Utskick och svarsfrekvens

Chefer

9 vårdenhetschefer på mottagning

25 vårdenhetschefer på avdelning

13 verksamhetschefer, varav 8 hade verksamhet även på Uddevalla sjukhus

Sammanlagt 47 chefer, svar erhöles från 41, svarsfrekvens 87%.

Fackrepresentanter

Sammanlagt 8, svar erhöles från 8, svarsfrekvens 100%.

Läkare

Sammanlagt 11, svar erhöles från 11, svarsfrekvens 100%.

Svarsfrekvens totalt: av 66 enkäter besvarades 61, svarsfrekvens 91%.

Dataanalys

Ett antal enkäter var ofullständigt ifyllda. Varje fråga där ett alternativ prickades för medtogs i analysen, oavsett om andra frågor i enkäten besvarades eller ej. För a-frågorna angavs bortfallet för varje fråga och det gjordes en medelvärdesanalys.

Flera respondenter svarade i b-frågorna utöver ett av alternativen ett, två, tre eller fyra alternativ fem, vilket enligt frågans utformning inte skulle vara möjligt. Varje förprickat alternativ räknades dock som ett val oavsett vilka alternativ som markerades för övrigt. Detta gällde även de enkäter där i b-frågorna endast *ett* alternativ av ett, två, tre eller fyra (alltså inte *två* alternativ vilket önskades enligt instruktionerna i enkäten) markerades. I resultatdelen framgår inte hur många av b-frågorna som på detta sätt besvarades felaktigt. Resultatet visade hur många val varje alternativ fick oavsett om andra alternativ i respektive b-fråga markerades eller ej.

Chefernas svar på utnyttjandet av FHV 2003 sammanställdes separat.

Övriga frågor var i princip samma för alla respondenter. Varje fråga (a- och b-del) analyserades för sig för varje kategori (chef, läkare, fackrepresentant). Svaren från varje kategori antogs ge en uppfattning om FHV:s möjligheter och begränsningar utifrån varje kategoris synvinkel. Fråga för fråga jämfördes sedan svaren från kategorierna. Det noterades i vilka frågor det fanns samsyn och i vilka frågor divergerande uppfattningar framkom om FHV:s möjligheter och begränsningar.

Resultat och diskussion

Frågor till chefer rörande utnyttjande av FHV 2003

1. Anlita FHV i individärenden

Antalet individärenden per chef under 2003 var i storleksordningen två (Tabell 1a). Var utnyttjandegraden adekvat? Det förekom att medarbetare med arbetsrelaterade problem handlades i sin helhet i primärvården. Omfattningen var inte känd. Anmärkningsvärt var att två chefer hade mer än 10 ärenden. Detta kunde tolkas som att anställda vid två arbetsplatser hade avsevärda problem, medan tio andra arbetsplatser inte hade några problem. En alternativ mer sannolik tolkning var att utnyttjandegraden av FHV inte avspeglade omfattningen av problem på respektive arbetsplats utan snarare beredskapen att anlita FHV relativt handläggning i primärvården. Enligt denna tolkning fanns potential för FHV att utöka sina insatser gällande individärenden och i motsvarande mån kunde primärvården ha avlastats.

Tabell 1a. I vilken omfattning har FHV varit inkopplad det senaste året (2003) när det gäller enskilda individärenden (medarbetare inom ditt verksamhetsområde)? Med ärende menas arbetsrelaterad vård, rehabilitering vid sjukskrivning, missbruksproblem, konflikter, men inte hälsoundersökningar (f=antal).

| | f | % |
|-----------------|----|----|
| 1. >10 ärenden | 2 | 5 |
| 2. 6-10 | 0 | 0 |
| 3. 3-5 | 13 | 33 |
| 4. 1-2 | 14 | 36 |
| 5. inga ärenden | 10 | 26 |

Bortfall: 2 av 41 (=5%). Antal svarande: 39.

Bland de chefer som anlidade FHV i individärenden (28 av 38 svarande) var 24 ganska nöjda (Tabell 1b). Två chefer var mycket missnöjda, orsaken till missnöjet framgick ej av enkäten. Metoder att mer strukturerat ta till vara synpunkter från såväl nöjda som missnöjda kunder borde kunna ha använts mer systematiskt inom FHV.

Tabell 1b. Är Du nöjd med kontakten och resultatet (f=antal)?

| | f | % |
|--------------------|----|----|
| 1. Mycket nöjd | 2 | 5 |
| 2. Ganska nöjd | 24 | 63 |
| 3. Ganska missnöjd | 0 | 0 |
| 4. Mycket missnöjd | 2 | 5 |
| 5. Ingen kontakt | 10 | 27 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

2. Anlita FHV i personalfrågor

15 av 40 chefer anlidade FHV i personalfrågor (Tabell 2a). Detta jämfördes med 30 av 40 chefer, vilka anlidade FHV i enskilda ärenden enligt Tabell 1a. Här finns en diskrepans som sannolikt får tillskrivas dålig precision i utformning av frågorna.

Tabell 2a. Har Du anlitat FHV under 2003 när det gäller personalfrågor enskilt eller i grupp t.ex. konflikthantering, rehabilitering vid sjukskrivning, samarbetsfrågor inom personalen, stresshantering(f=antal)?

| | f | % |
|-----------------|----|----|
| 1. >10 ärenden | 0 | 0 |
| 2. 6-10 | 1 | 3 |
| 3. 3-5 | 2 | 5 |
| 4. 1-2 | 11 | 28 |
| 5. inga ärenden | 25 | 64 |

Bortfall: 2 av 41 (=5%). Antal svarande: 39.

Andelen nöjda chefer överensstämde relativt väl med andelen i Tabell 1b (Tabell 2b). Den positiva synen på FHV:s insatser förstärktes härmed.

Tabell 2b. Är Du nöjd med kontakten och resultatet(f=antal)?

| | f | % |
|--------------------|----|----|
| 1. Mycket nöjd | 2 | 5 |
| 2. Ganska nöjd | 9 | 23 |
| 3. Ganska missnöjd | 1 | 3 |
| 4. Mycket missnöjd | 1 | 3 |
| 5. Ingen kontakt | 25 | 66 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

3. Anlita FHV i organisationsfrågor

Endast en chef av 40 som svarat anlitate FHV i organisationsfrågor (Tabell 3a och Tabell 3b). Detta stämde väl med erfarenheten hos personalen i FHV. FHV agerade till övervägande del reaktivt i individärenden. Varför inte FHV anlidades i organisationsfrågor belyses delvis i nästa del av enkäten.

Tabell 3a. Har Du anlitat FHV under 2003 när det gäller organisationsfrågor t.ex. scheman, former för påverkan av arbetssituationen, fördela arbetsuppgifter (f=antal)?

| | f | % |
|-----------------|----|----|
| 1. >10 ärenden | 0 | 0 |
| 2. 6-10 | 1 | 3 |
| 3. 3-5 | 0 | 0 |
| 4. 1-2 | 0 | 0 |
| 5. inga ärenden | 39 | 97 |

Bortfall: 1 av 41 (=2%). Antal svarande: 40.

Tabell 3b. Är Du nöjd med kontakten och resultatet (f=antal)?

| | f | % |
|--------------------|----|----|
| 1. Mycket nöjd | 1 | 3 |
| 2. Ganska nöjd | 0 | 0 |
| 3. Ganska missnöjd | 0 | 0 |
| 4. Mycket missnöjd | 0 | 0 |
| 5. Ingen kontakt | 39 | 97 |

Bortfall: 1 av 41 (=2%). Antal svarande: 40.

Frågor till chefer, läkare och fackrepresentanter rörande utnyttjande av FHV och begränsningar

4.Frånvaro p.g.a. stressreaktioner

Av 41 chefer som svarade ansåg 16 att problemet med sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner hade liten omfattning och 15 chefer dvs en dryg tredjedel att detta inte var något problem (Tabell 4 chefer). Ingen chef ansåg problemet ha mycket stor omfattning. Detta kan tyckas vara förvånande då sjukfrånvaron generellt inom sjukvården bedömts vara hög. Att döma av svaren på enkätfrågorna var inte sjukfrånvaron jämnt fördelad på de arbetsplatser som var aktuella i enkäten. Cirka 1/3 ansåg sig inte ha något problem, en naturlig följdfråga blir varför dessa arbetsplatser klarade sig bättre än andra.

Tabell 4 chefer. Uppfattar Du sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett problem inom ditt ansvarsområde(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 0 | 0 |
| 2. Ja i stor omfattning | 4 | 10 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 6 | 15 |
| 4. Ja i liten omfattning | 16 | 39 |
| 5. Nej | 15 | 36 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

Mv: (Skala 100) = 39,5

Läkarna uppfattade sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett problem med stor eller mycket stor omfattning (Tabell 4 läkare). Detta kan bero på att en stor del av läkarnas mottagningstid ägnades åt patienter med stressrelaterad ohälsa. Totala sjukfrånvaron på en viss arbetsplats hade läkarna däremot svårt att uppskatta eftersom läkarna inte mötte de medarbetare som mådde bra eller behandlades för sin ohälsa av annan vårdgivare. Arbetsplatsernas chefer borde därför ha bästa möjligheten att uppskatta sjukfrånvarons och sjukskrivningarnas omfattning.

Läkarnas tydliga markering att sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner hade stor omfattning är ändå viktig. Även om många enskilda arbetsplatser hade få sjukskrivna p.g.a. stress kan summan av sjukfrånvaron på alla arbetsplatser uppfattas som stor. Det var denna summa, helhetsbilden, som läkarna mötte.

Tabell 4 läkare. Uppfattar Du sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett problem inom ditt ansvarsområde(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 7 | 64 |
| 2. Ja i stor omfattning | 3 | 27 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 1 | 9 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 90,9

Fördelningen av svarsalternativ tyder på att fackrepresentanterna uppfattar sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett måttligt till stort problem bland sina medlemmar (Tabell 4 fack).

Tabell 4 fack. Uppfattar du sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett problem bland dina medlemmar(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 0 | 0 |
| 2. Ja i stor omfattning | 3 | 38 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 4 | 49 |
| 4. Ja i liten omfattning | 1 | 13 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 65,0

5.Minska stressreaktioner

Den stora majoriteten av chefer ansåg att utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner skulle komma att öka något eller vara oförändrat (Tabell 5a chefer). En viktig fråga var varför man trodde att utnyttjandet skulle öka. Om orsaken till den befarade ökningen klarades skulle preventiva åtgärder eventuellt varit möjliga.

Tabell 5a chefer. Tror Du att ditt utnyttjande av FHV för att minska stressreaktioner kommer att förändras(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------|----|----|
| 1. Ja öka kraftigt | 0 | 0 |
| 2. Ja öka något | 15 | 39 |
| 3. Oförändrat | 19 | 51 |
| 4. Minska något | 2 | 5 |
| 5. Minska kraftigt | 2 | 5 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

Mv: (Skala 100) = 64,7

Läkarna trodde att utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner skulle komma att öka, 4 av 11 trodde på kraftig ökning (Tabell 5a läkare). Detta kan ha flera orsaker:
stressproblemen ökar i antal

stressproblemens svårighetsgrad på arbetsplatserna ökar

FHV blir i ökad omfattning inkopplad på stressproblem vilket i sin tur kan bero på

ökning av beställda tjänster från FHV

andra vårdgivare särskilt primärvården anlitas i mindre omfattning.

Uppfattade FHV i sin helhet situationen som läkarna dvs att utnyttjandet av FHV kommer att öka för att minska stressrelaterad ohälsa? Om svaret blev ja, vilka steg togs för att möta den förmodade ökningen i efterfrågan?

Tabell 5a läkare. Tror Du att utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner kommer att förändras(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------|---|----|
| 1. Ja öka kraftigt | 4 | 36 |
| 2. Ja öka något | 6 | 55 |
| 3. Oförändrat | 1 | 9 |
| 4. Minska något | 0 | 0 |
| 5. Minska kraftigt | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 85,5

Flertalet fackrepresentanter trodde att utnyttjandet av FHV för att minska stressnivån kommer att öka något, 1 av 8 trodde att det kommer att minska något (Tabell 5a fack). Begränsande faktorer (Tabell 5b fack) ansågs vara FHV:s bristande möjligheter att påverka och för lång väntan på FHV:s åtgärder. Flera angav alternativ 5 i Tabell 5b fack (inget av ovanstående) vilket försvårar tolkningen.

Tabell 5a fack. Tror Du att utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner kommer att förändras(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------|---|----|
| 1. Ja öka kraftigt | 0 | 0 |
| 2. Ja öka något | 6 | 74 |
| 3. Oförändrat | 1 | 13 |
| 4. Minska något | 1 | 13 |
| 5. Minska kraftigt | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 72,5

Tabell 5b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (minska stressreaktioner)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 0 | 0 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 33 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 1 | 8 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 3 | 25 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 33 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Begränsande för utnyttjandet av FHV ansåg cheferna till största delen vara kostnaderna för FHV i förhållande till utbytet (Tabell 5b chefer). Endast tre chefer angav otillräckligt förtroende för FHV:s kompetens som begränsande faktor. En följdfråga är om chefernas utnyttjande skulle öka (och därmed även utbytet eftersom man inte ifrågasatte kompetensen i nämnvärd grad) om kostnaderna sänktes. Om kostnaderna sänktes skulle FHV:s intäkter minska i motsvarande grad. Huvudmannen måste då skjuta till medel till FHV, men om kostnaderna för sjukskrivning och rehabilitering minskar genom FHV:s insatser, kan huvudmannen totalt sett göra en (ekonomisk) vinst. Ökade kostnader för FHV genom att sänka kravet på intäktsfinansiering skulle alltså hypotetiskt kunna generera vinst (förutom den ekonomiska även minskat lidande för den drabbade) genom bättre förutsättningar för rehabilitering.

Det skall också noteras att en relativt stor andel av cheferna angav svarsalternativet "inget av ovanstående". Vad man då ansåg begränsande är oklart. Ytterligare information skulle eventuellt kunna erhållas i en intervju med ett antal chefer med frågeställningen vad man anser som begränsande faktorer för utnyttjandet av FHV.

Tabell 5b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (minska stressreaktioner)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV:s kompetens | 3 | 5 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV uppfattas som god | 9 | 16 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet | 23 | 41 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande) | 4 | 7 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 17 | 30 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

6 av 11 läkare angav som begränsande faktor för utnyttjandet av FHV alternativ 2 dvs marginella påverkansmöjligheter (Tabell 5b läkare). Möjligen avspeglar detta att läkarnas huvudsakliga insatser gällde individärenden. Många av dessa hade sin upprinnelse i omständigheter på arbetsplatsen t.ex. omorganisationer, ökad arbetsbelastning, konflikter, vilka läkarna möjligen uppfattade som svårpåverkbara förhållanden. Anmärkningsvärt är att majoriteten läkare enligt svaren i Tabell 5a läkare trodde att utnyttjandet av FHV skulle komma att öka, samtidigt som flertalet ansåg påverkansmöjligheterna små. En följdfråga är hur läkarna idag uppfattar resultatet av sina egna insatser och vilka förbättringar som behövs för att möta den förmodade ökningen i efterfrågan? Bättre resultat förutsätter rimligen bättre påverkansmöjligheter.

Det skall också noteras att 4 av 11 läkare uppfattade förtroendet för FHV:s kompetens som otillräckligt. Behöver förtroendet stärkas och hur skall detta i så fall ske?

Endast 1 av 11 läkare uppfattade kostnaderna som en av två mest begränsande faktorer, vilket är anmärkningsvärt. En vanlig uppfattning bland läkare i kollegiala diskussioner är att chefer avstår från de åtgärder läkarna föreslår med hänvisning till kostnader. Uppenbarligen ansåg man enligt enkäten kompetensfrågan och påverkansmöjligheterna ha större betydelse. Det bör tilläggas att svaren från läkarna enligt frågans formulering skulle avspegla deras syn på FHV i sin helhet och inte begränsa sig till deras syn på läkarnas förutsättningar.

Tabell 5b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (minska stressreaktioner)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 24 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 6 | 34 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket... | 1 | 6 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 12 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 24 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

6.Sjukskrivningarnas omfattning

Frågan(Tabell 6a chefer) är av central betydelse för FHV:s möjligheter att vara en viktig aktör i arbetsmiljöarbetet. Om man inte tror FHV kan hjälpa till att minska sjuktagen i stressrelaterad ohälsa, så kan ökad satsning på FHV ifrågasättas. 19 av 40 chefer, nära hälften, ansåg FHV vara till hjälp i mindre omfattning (14 chefer) eller inte alls (5 chefer). Liksom när det gäller andra a-frågor vore det intressant att få reda på om dessa chefers tveksamma attityd till FHV:s möjligheter bottnade i egna erfarenheter av FHV:s insatser eller stod för en mer allmän syn på FHV:s verksamhet. I huvudsak var dock cheferna positiva till FHV:s möjligheter. Det pågår inom FHV och andra instanser ett arbete att utveckla bättre utrednings- och behandlingsmöjligheter vid stressrelaterad ohälsa. FHV:s förutsättningar kan därför komma att ändras och det blir då viktigt att kommunicera detta till cheferna.

Tabell 6a chefer. Tror Du att FHV kan vara till din hjälp för att minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser rörande stressreaktion, utmattningssyndrom, arbetsrelaterad depression(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 3 |
| 2. Ja i stor omfattning | 4 | 10 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 16 | 39 |
| 4. Ja i liten omfattning | 14 | 35 |
| 5. Nej | 5 | 13 |

Bortfall: 1 av 41 (=2%). Antal svarande: 40.

Mv: (Skala 100) = 51,0

Läkarna hade positiv syn på FHV:s möjligheter att minska sjukskrivningarnas omfattning gällande stressrelaterad ohälsa (Tabell 6a läkare). Sjukskrivningar gjordes av läkare. Om företagsläkarna ansåg att förutsättningarna för att minska sjukskrivningarnas omfattning var goda, borde den grundas på den erfarenhet läkarna gjorde i sitt eget arbete med patienter på mottagningarna.

En naturlig konsekvens borde då vara att satsa mer på FHV. Det är dock inte visat att läkarnas uppfattning är korrekt. Enligt enkäten hade även cheferna i denna fråga huvudsakligen positiv syn på FHV:s möjligheter, men 19 av 40 chefer svarade att FHV kunde hjälpa till i liten omfattning eller inte alls. Det vore intressant att närmare efterhöra vad läkarnas positiva syn grundas på.

Tabell 6a läkare. Tror Du att FHV kan vara till hjälp för att minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser rörande stressreaktion, utmattningssyndrom, arbetsrelaterad depression (f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 9 |
| 2. Ja i stor omfattning | 6 | 55 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 4 | 36 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11. Mv: (Skala 100) = 74,6

Samlad kommentar Tabell 6a-13a fack: Spridningen på de olika svarsalternativen är relativt stor. Enligt Tabell 7a fack (konflikthantering), Tabell 9a fack (behandling av stressreaktioner) och Tabell 11a fack (planering av omorganisationer) var fackrepresentanterna i huvudsak positiva till FHV:s möjligheter att vara till hjälp. Facket var ofta representerat när konflikter och stressreaktioner diskuterades, de var t.ex. ofta närvarande på rehabiliteringsmöten. En för FHV positiv tolkning är att fackrepresentanternas kontakt med FHV i dessa sammanhang bidrog till den positiva synen på FHV:s möjligheter.

För övriga a-frågor är spridningen större. Enligt Tabell 6a fack (minska sjukskrivningarnas omfattning) och Tabell 13a fack (chefers ansvarsområden) ansåg 3 av 8 fackrepresentanter i båda frågorna att FHV inte kunde vara till hjälp, vilket är fler än i någon annan a-fråga.

Vidare ansåg 2 av 8 enligt Tabell 6a fack (minska sjukskrivningarnas omfattning) att FHV kunde vara till hjälp i mycket stor omfattning. Det vore av intresse att genom t.ex. intervju få belyst den stora spridningen.

Det är tänkbart att det slag av fackförbund man tillhörde också påverkade inställningen till FHV:s möjligheter. Man representerade olika yrkeskategorier, som kunde ha olika typer av problem i arbetslivet. Det var således möjligt att kommunals medlemmar hade hög relativ andel belastningsproblem, medan läkarna relativt sett hade högre grad av stressrelaterad ohälsa, vilket avspeglades i spridningen på de olika svarsalternativen.

Tabell 6a fack. Tror Du att FHV kan vara till hjälp för att minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser rörande stressreaktion, utmattningssyndrom, arbetsrelaterad depression (f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 25 |
| 2. Ja i stor omfattning | 1 | 13 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 2 | 25 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 3 | 37 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8. Mv: (Skala 100) = 57,5

.Liksom i övriga b-frågor till chefer betonades kostnadernas betydelse(Tabell 6b chefer).

Tabell 6b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser....)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 5 | 8 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 10 | 17 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 20 | 33 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 8 | 13 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 17 | 28 |

Bortfall: 4 av 41 (=10%). Antal svarande: 37.

Svarsfördelningen är relativt jämn och tillåter inga närmare slutsatser(Tabell 6b läkare).

Tabell 6b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser....)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 3 | 16 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 5 | 26 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 5 | 26 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 11 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 21 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Samlad kommentar Tabell 6b-13b fack: Fördelningen på de olika svarsalternativen varierar något från fråga till fråga, men spridningen är stor, varför det är svårt att dra några slutsatser. Även när det gäller b-frågorna kan liksom för a-frågorna spela roll vilken yrkeskategori som representerades. Möjligt är att det spelade större roll vilken yrkeskategori man representerade än uppdraget som fackrepresentant i sig, när frågorna i enkäten besvarades. Facket blir därmed ur undersökningens synpunkt ingen homogen grupp. Om detta stämmer kan det vara en förklaring till den stora spridningen på de olika svarsalternativen

Tabell 6b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser....)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 15 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 31 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 15 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 3 | 23 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 2 | 15 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

7. Konflikt hantering

Alla utom två chefer ansåg att FHV kunde vara till hjälp vid konflikt hantering, 22 av 41 chefer svarade i måttlig omfattning (Tabell 7a chefer). Det framgick inte vad uppfattningen grundades på, om cheferna hade personlig erfarenhet av FHV eller de hade andra skäl t.ex. information från FHV eller andra chefer. Möjligen kunde chefernas svar vara ett uttryck för behov av stöd i det oftast tidskrävande och påfrestande arbete som konflikt hantering innebär. Inte sällan var chefen mer eller mindre (del)orsak till konflikten, vilket ökade behovet av extern kompetens. Chefernas i huvudsak positiva syn på FHV:s möjligheter skulle kunna uppfattas som en signal till FHV att utveckla sin kompetens i konflikt hantering.

Tabell 7a chefer. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid konflikt hantering mellan dina medarbetare (f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 5 |
| 2. Ja i stor omfattning | 6 | 15 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 22 | 53 |
| 4. Ja i liten omfattning | 9 | 22 |
| 5. Nej | 2 | 5 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

Mv: (Skala 100) = 58,5

9 av 11 läkare ansåg att FHV kunde vara till hjälp i konflikt hantering i stor eller mycket stor omfattning (Tabell 7a läkare). Konflikter ingår ej sällan som mer eller mindre stor del i de problem företagsläkaren möter på sin mottagning. I rehabiliteringsärenden skiljer sig ofta den sjukskrivnes åsikter från chefernas när det gäller förutsättningar att återgå i arbete, även om åsiktsskillnaden långt ifrån alltid övergår i konflikt. Det är tänkbart att läkarnas positiva syn på FHV:s möjligheter avspeglade deras relativt stora förtrogenhet (och därmed kompetens?) med problemet. Vid mer omfattande konfliktproblematik finns dessutom inom FHV organisationskonsult att tillgå, vilken kan anlitas primärt eller konsulteras av läkaren.

Tabell 7a läkare. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid konflikt hantering (f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 3 | 27 |
| 2. Ja i stor omfattning | 6 | 55 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 2 | 18 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11. Mv: (Skala 100) = 81,8

Se kommentar tabell 6a fack (Tabell 7a fack).

Tabell 7a fack. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid konflikt hantering (f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 0 | 0 |
| 2. Ja i stor omfattning | 6 | 74 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 1 | 13 |
| 4. Ja i liten omfattning | 1 | 13 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8. Mv: (Skala 100) = 72,5

Liksom i tabell 5b angavs kostnaderna för FHV spela stor roll, när FHV anlätades (Tabell 7b chefer). Men även andra faktorer ansågs ha betydelse, såväl förtroendet för FHV, som påverkansmöjligheterna och tidsaspekten. Liksom i tabell 5b angav många chefer inget av ovanstående, vilket klart begränsar styrkan i slutsatserna. Något fler chefer än i andra b-frågor svarade alternativ fyra. Möjligen avspeglar detta uppfattningen att tidigt insatta åtgärder är av stor betydelse vid konflikthantering, annars riskeras alltmer låsta positioner.

Tabell 7b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (hjälp vid konflikter)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 10 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 8 | 14 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 20 | 34 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 7 | 12 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 17 | 29 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

Svaren fördelas relativt jämnt på alla alternativ (Tabell 7b läkare). Noteras kan att liksom i tabell 5b spelade kompetens, förtroende och påverkansmöjligheter större roll än kostnader och väntetider. Samma kommentar som görs till tabell 5b kan göras här dvs man bedömde att FHV kan hjälpa till i stor omfattning, samtidigt som man betraktade förtroende, kompetens och påverkansmöjligheter som i första hand begränsande.

Tabell 7b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (hjälp vid konflikter)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 23 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 23 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 12 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 3 | 18 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 23 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se kommentar tabell 6b fack (Tabell 7b fack).

Tabell 7b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (hjälp vid konflikter)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 14 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 2 | 14 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 5 | 36 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 4 | 28 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 1 | 7 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

8. Chefers förhållningssätt

Frågan är allmänt hållen och kan sägas innefatta delar av andra frågor, eftersom chefers förhållningssätt påverkar möjligheterna till och beredskapen för t.ex. stresshantering och konfliktlösning. Allt arbete FHV gör gentemot en arbetsplats individuellt eller gruppinriktat innefattar en relation direkt eller indirekt med chefen och medför därmed förutsättningar för ändrat förhållningssätt hos chefen. 10 av 39 svarande chefer ansåg inte att FHV kunde bidra till ändrat förhållningssätt och 11 av 39 att FHV kunde bidra i liten omfattning (Tabell 8a chefer). Detta stämmer dåligt med antagandet ovan, att all kontakt ger möjlighet till förändring. Möjligen uppfattade cheferna att frågan gällde FHV:s direkta stöd genom handledning eller kurser, och att deras uppfattning om FHV:s möjligheter i detta avseende bedömdes små.

Tabell 8a chefer. Tror Du att FHV kan hjälpa till för att förändra/förbättra chefers förhållningssätt gentemot sina medarbetare(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 3 |
| 2. Ja i stor omfattning | 3 | 8 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 14 | 36 |
| 4. Ja i liten omfattning | 11 | 28 |
| 5. Nej | 10 | 26 |

Bortfall: 2 av 41 (=5%). Antal svarande: 39.

Mv: (Skala 100) = 46,7

FHV:s möjligheter att förbättra/förändra chefers förhållningssätt ansågs som minst måttliga, men jämfört fråga 5a (minska stressreaktioner) och 7a (konflikter) ansågs inte möjligheterna lika stora (Tabell 8a läkare). Möjligen avspeglar detta det allmänna i frågeställningen, i vilka avseenden förbättra är en naturlig följdfråga. FHV hade inte någon färdig produkt inriktad på chefers förhållningssätt. Icke desto mindre torde förhållningssättet spela stor roll för medarbetarnas upplevelse av sin arbetsmiljö.

Tabell 8a läkare. Tror Du att FHV kan hjälpa till för att förändra/förbättra chefers förhållningssätt gentemot sina medarbetare(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 3 | 27 |
| 2. Ja i stor omfattning | 2 | 18 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 6 | 55 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 74,6

Se tabell 6a fack(Tabell 8a fack).

Tabell 8a fack. Tror Du att FHV kan hjälpa till för att förändra/förbättra chefers förhållningssätt gentemot sina medarbetare(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 0 | 0 |
| 2. Ja i stor omfattning | 3 | 37 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 2 | 25 |
| 4. Ja i liten omfattning | 2 | 25 |
| 5. Nej | 1 | 13 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 57,5

Även i denna fråga spelade kostnaderna stor roll, men förtroendet och påverkansmöjligheterna betonades mer än i fråga 5b(minska stressreaktioner) och 7b(konflikter)(Tabell 8b chefer). Detta kanske speglar ovanstående diskussion(se tabell 8a chefer) om chefernas klart begränsade uppfattning om FHV:s möjligheter att ge direkt stöd.

Tabell 8b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (hjälpa till att förändra/förbättra chefers)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 9 | 16 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 8 | 15 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 19 | 34 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 6 | 11 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 13 | 24 |

Bortfall: 4 av 41 (=10%). Antal svarande: 37.

Tydlig övervikt för förtroende/kompetens och påverkansmöjligheterna som begränsande faktorer i fördelningen av svarsalternativ(Tabell 8b läkare). Chefers förhållningssätt ingår som viktig del i chefskurser, men i dessa medverkar sällan FHV. Däremot medverkar FHV i handledning av chefer, där naturligtvis förhållningssättet diskuterades och påverkansmöjligheter borde därmed föreligga.

Tabell 8b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (hjälpa till att förändra/förbättra chefers.....)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 32 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 7 | 37 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 10 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 1 | 5 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 3 | 16 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se tabell 6b fack(Tabell 8b fack).

Tabell 8b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (hjälpa till att förändra/förbättra chefers....)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 29 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 2 | 14 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 5 | 36 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 3 | 21 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

9. Behandla stressreaktioner

Inom FHV fanns flera metoder att behandla stressreaktioner såväl individuellt som i grupp. Psykologer kunde ge stöd och kognitiv terapi, sjukgymnaster behandlade spänningsrelaterad smärta och lärde ut avslappning. Farmakologiskt kunde depression och sömnsvårigheter behandlas framgångsrikt.

Det fanns således tämligen väl etablerade metoder för stressbehandling, men ändå ansåg 14 av 38 chefer att FHV kunde hjälpa till endast i liten omfattning eller inte alls(Tabell 9a chefer). Berodde detta på bristande information från FHV om sin kompetens? Det skall dock noteras att 25 av cheferna ansåg att FHV kunde hjälpa till i minst måttlig omfattning. En viktig följdfråga är om de chefer, som kommit i kontakt med FHV angående stressproblem hade positiv (var ibland de 25 cheferna ovan) eller negativ (var ibland de 14 cheferna ovan) syn på FHV:s möjligheter. För FHV är detta av stor betydelse, men frågan kan inte besvaras utifrån enkäten.

Tabell 9a chefer. Tror Du att FHV kan hjälpa till att behandla stressreaktioner hos dina medarbetare(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 3 |
| 2. Ja i stor omfattning | 8 | 21 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 16 | 42 |
| 4. Ja i liten omfattning | 10 | 26 |
| 5. Nej | 3 | 8 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

Mv: (Skala 100) = 56,6

Läkarnas inställning till FHV:s möjligheter att behandla stressreaktioner var klart positiv, 2 av 11 ansåg att FHV kunde hjälpa till i mycket stor omfattning, 7 av 11 i stor omfattning och resterande 2 läkare i måttlig omfattning(Tabell 9a läkare). Läkarna som grupp hade betydande erfarenhet av stressreaktioner hos sjukvårdspersonal. Omhändertagandet kunde vara mer eller mindre strukturerat och involverade ofta beteendevetare, ergonom och sjuksköterska. Den positiva synen på FHV:s möjligheter hade sannolikt sin grund i en gedigen och god erfarenhet av de åtgärder som FHV hade arbetat fram. Någon systematisk uppföljning av resultatet av givna åtgärder hade dock inte skett.

Tabell 9a läkare. Tror Du att FHV kan hjälpa till att behandla stressreaktioner(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 18 |
| 2. Ja i stor omfattning | 7 | 64 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 2 | 18 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 80,0

Se kommentar tabell 6a fack(Tabell 9a fack).

Tabell 9a fack. Tror Du att FHV kan hjälpa till att behandla stressreaktioner(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 0 | 0 |
| 2. Ja i stor omfattning | 5 | 62 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 3 | 38 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 72,5

Liksom i andra b-frågor betonades kostnaderna(Tabell 9b chefer).

Tabell 9b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (behandla stressreaktioner)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 11 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 8 | 15 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 23 | 41 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 4 | 7 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 14 | 26 |

Bortfall: 4 av 41 (=10%). Antal svarande: 37.

Fördelningen på de olika svarsalternativen var relativt jämn(Tabell 9b läkare). Jämfört med andra b-frågor var andelen som svarat alternativ 1 och 2 mindre, vilket tolkades som att läkarna uppfattade FHV väl förtrogen med stressreaktioner och dess behandling. Detta borde betyda att man fått positiv respons från patienter och chefer, annars hade man rimligen inte graderat FHV:s möjligheter och begränsningar på denna jämfört andra frågor relativt positiva nivå.

Tabell 9b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (behandla stressreaktioner)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 3 | 17 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 22 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 3 | 17 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 11 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 6 | 33 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se kommentar fråga 6b fack(Tabell 9b fack).

Tabell 9b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (behandla stressreaktioner)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 16 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 1 | 8 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 4 | 34 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 16 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 3 | 25 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

10. Förebygga stressreaktioner

Begreppet förebygga stressreaktioner definierades inte i enkäten. Hävdas kan att i begreppet ingår konflikthantering, förbättra chefers förhållningssätt, undervisning i avslappningsteknik m.m. och således var frågan inte fristående från andra a-frågor. Frågan ansågs ändå vara av intresse såtillvida att den antogs spegla åtminstone i någon mån chefernas uppfattning om prevention.

Inom FHV har intresset för prevention och promotion av hälsa ökat. 17 av 38 chefer ansåg emellertid att FHV kunde hjälpa till i liten omfattning eller inte alls, vilket skulle kunna tolkas som att preventivt tänkande inte har etablerats bland cheferna alternativt att man var oinformerad om FHV:s möjligheter(Tabell 10a chefer). Med tanke på det stora problemet stressrelaterad ohälsa inte minst inom sjukvården kan detta stämma till eftertanke.

Tabell 10a chefer. Tror Du att FHV kan hjälpa till att förebygga stressreaktioner hos dina medarbetare(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 5 |
| 2. Ja i stor omfattning | 4 | 11 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 15 | 39 |
| 4. Ja i liten omfattning | 14 | 37 |
| 5. Nej | 3 | 8 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

Mv: (Skala 100) = 53,7

Även när det gäller förebyggande av stressreaktioner var läkarna positiva till FHV:s möjligheter (Tabell 10a läkare). Utfallet var dock inte lika positivt som i tabell 9a läkare (behandla stressreaktioner). Diskussionen om promotion/prevention relativt (individbaserad) behandling var högaktuell inom FHV. Förebygga ohälsa är ur flera aspekter att föredra framför att satsa mer resurser på att behandla uppkommen ohälsa. För individen/den anställde var det naturligtvis också önskvärt att undvika ohälsa genom förebyggande åtgärder. Validerade metoder för promotion/prevention anpassade för olika arbetsplaster diskuteras, men är ännu i otillräcklig grad integrerade i FHV:s utbud av produkter. Därtill kommer läkarnas begränsade vana att arbeta promotivt/preventivt speciellt på gruppnivå. Behandling av enskilda individer var däremot läkarnas gängse arbetssätt, vilket kan vara en förklaring till skillnaden i svarsfördelning i tabell 10a läkare jämfört tabell 9a läkare.

Tabell 10a läkare. Tror Du att FHV kan hjälpa till att förebygga stressreaktioner(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 9 |
| 2. Ja i stor omfattning | 4 | 36 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 6 | 55 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 70,9

Se kommentar tabell 3a fack (Tabell 10a fack).

Tabell 10a fack. Tror Du att FHV kan hjälpa till att förebygga stressreaktioner(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 25 |
| 2. Ja i stor omfattning | 2 | 25 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 3 | 37 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 1 | 13 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 70,0

Liksom i andra b-frågor betonas kostnaderna (Tabell 10b chefer).

Tabell 10b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (förebygga stressreaktioner)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 11 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 9 | 16 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket... | 21 | 38 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 5 | 9 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 14 | 25 |

Bortfall: 5 av 41 (=12%). Antal svarande: 36.

Jämfört övriga b-frågor svarade läkarna i högre utsträckning att kostnaderna hade betydelse (Tabell 10b läkare). Orsaken till detta är oklar.

Tabell 10b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (förebygga stressreaktioner)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 1 | 6 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 6 | 33 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 6 | 33 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 1 | 6 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 22 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se tabell 6b fack (Tabell 10b fack).

Tabell 10b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (förebygga stressreaktioner)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 15 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 31 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 3 | 23 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 3 | 23 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 1 | 8 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

11. Planera omorganisationer

Omorganisationer innebär risk för ökad stressbelastning hos de som berörs av omorganisationen, och om inte åtgärder vidtas kan stressrelaterad ohälsa öka. Detta i sin tur påverkar organisationens resultat. Redan på planeringsstadiet kan konsultation av kompetens i stresshantering därför motiveras.

FHV:s har viss kompetens i stressbearbetning och organisationsutveckling. Dessutom finns inom FHV kännedom om verksamheternas innehåll och personalstruktur. Vidare anges i arbetsmiljölagen att konsekvensen av omorganisationer för arbetsmiljön skulle analyseras. Mot denna bakgrund borde det funnits utrymme för insatser från FHV:s sida i samband med planering av omorganisationer.

14 av 40 chefer ansåg att FHV kunde bidra endast i mindre omfattning eller inte alls (Tabell 11a chefer). 18 chefer ansåg att FHV kunde hjälpa till i måttlig omfattning. Tilltron till FHV:s förmåga (vid undersökningens utförande) får bedömas som liten. Var detta ett informations- eller kompetensproblem för FHV?

Tabell 11a chefer. Tror Du att FHV kan vara till din hjälp vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 2 |
| 2. Ja i stor omfattning | 8 | 20 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 18 | 44 |
| 4. Ja i liten omfattning | 10 | 24 |
| 5. Nej | 4 | 10 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

Mv: (Skala 100) = 56,1

Läkarnas svar visade större spridning än för flertalet andra a-frågor (Tabell 11a läkare). Möjligen avspeglas frågans komplexitet. Inom sjukvården hade flera omorganisationer planerats och genomförts utan att effekterna på den psykosociala arbetsmiljön beskrivits i detalj.

Planering av omorganisationer utgick i stor utsträckning från ekonomiska överväganden och verksamheternas medicinska innehåll. I vad mån togs hänsyn till effekterna på arbetsmiljön och därmed stressnivån hos medarbetarna? Enligt arbetsmiljölagen skulle just sådan hänsyn tas vid förändringar på arbetsplatser.

Hur omfattande var kunskapen om omorganisationers effekt på arbetsmiljön och vilken instans besatt denna kunskap? Uppenbarligen ansåg läkarna att FHV hade icke obetydlig kunskap i ämnet.

Tabell 11a läkare. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen (f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 18 |
| 2. Ja i stor omfattning | 5 | 45 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 3 | 27 |
| 4. Ja i liten omfattning | 1 | 9 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 74,6

Se tabell 6a fack (Tabell 11a fack)

Tabell 11a fack. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen (f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 13 |
| 2. Ja i stor omfattning | 5 | 62 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 1 | 13 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 1 | 13 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 72,5

Endast 4 chefer ansåg att kompetensen hos FHV var otillräcklig, medan 10 ansåg att påverkansmöjligheterna från FHV:s sida var små (Tabell 11b chefer). Vad gäller svarsalternativ 1 är detta bland de lägre talen och vad gäller alternativ 2 i paritet med talen i övriga b-frågor. Det borde därmed funnits förutsättningar för FHV att göra en betydelsefull insats vid planering av omorganisationer. Förtroende fanns att döma av enkätsvaren liksom även möjligheter att påverka.

Tabell 11b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån...)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 7 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 10 | 17 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 21 | 36 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 8 | 14 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 15 | 26 |

Bortfall: 3 av 41 (=7%). Antal svarande: 38.

Begränsande faktorer ansågs till största delen vara förtroendet för FHV:s kompetens och påverkansmöjligheterna (Tabell 11b läkare). Detta liksom den större spridningen på svarsalternativen som noterades i a-delen av frågan borde bero på osäkerhet om FHV:s möjligheter. Läkarna arbetade sällan med frågor rörande planering och genomförande av omorganisationer. Däremot fick de viss kännedom om effekterna av omorganisationer genom kontakter med patienter som berörts av dessa. Möjligen skulle ökat samarbete mellan organisationskonsulter och läkare ha kunnat bidra till ökad kompetens inom FHV och FHV därmed ha blivit en bättre resurs för sina kunder i dessa frågor.

Tabell 11b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån...)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 33 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 22 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 11 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 1 | 6 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 5 | 28 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se kommentar tabell 6b fack (Tabell 11b fack).

Tabell 11b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån...)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 17 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 1 | 8 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 17 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 17 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 5 | 41 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

12. Genomförande av omorganisationer

Fördelningen på de olika svarsalternativen när det gäller genomförande av omorganisationer är mycket lik fördelningen i tabell 11a chefer(planering av omorganisationer). Den diskussion som fördes vid tabell 11a chefer är relevant även vid tabell 12a chefer(Tabell 12a chefer).

Tabell 12a chefer. Tror Du att FHV kan vara till din hjälp vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 3 |
| 2. Ja i stor omfattning | 6 | 15 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 19 | 47 |
| 4. Ja i liten omfattning | 11 | 27 |
| 5. Nej | 3 | 8 |

Bortfall: 1 av 41 (=2%). Antal svarande: 40.

Mv: (Skala 100) = 55,5

Läkarna ansåg att FHV kunde vara till hjälp vid genomförandet av omorganisationer i relativt stor omfattning(Tabell 12a läkare). Inom läkarnas upptagningsområden hade genomförts flera omorganisationer. Läkarna hade kommit kontakt med dessa i sitt arbete genom att anställda hade påverkats negativt och sökt på FHV. Det är dock ett ganska långt steg från att behandla enskilda patienter till att besitta kompetens i att genomföra omorganisationer med så små effekter på stressnivån som möjligt. Uppenbarligen ansåg läkarna att FHV hade sådan kompetens, den fanns dock knappast hos dem själva annat än i undantagsfall.

Tabell 12a läkare. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 3 | 27 |
| 2. Ja i stor omfattning | 3 | 27 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 5 | 45 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 0 | 0 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11. Mv: (Skala 100) = 76,4

Se kommentar tabell 6a fack(Tabell 12a fack) .

Tabell 12a fack. Tror Du att FHV kan vara till din hjälp vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 13 |
| 2. Ja i stor omfattning | 2 | 25 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 4 | 50 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 1 | 13 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 65,0

Se kommentar tabell 11b chefer(Tabell 12b chefer).

Tabell 12b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivån....)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 7 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 11 | 20 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 21 | 38 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 7 | 12 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 13 | 23 |

Bortfall: 4 av 41 (=10%). Antal svarande: 37.

Se kommentar tabell 11b läkare(Tabell 12b läkare).

Tabell 12b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivån....)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 22 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 22 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 3 | 17 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 11 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 5 | 28 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Se kommentar tabell 6b fack(Tabell 12b fack).

Tabell 12b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (vid genomförande av omorganisationer för att minska stressnivåns....)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 2 | 17 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 1 | 8 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 2 | 17 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 2 | 17 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 5 | 41 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

13. Optimala ansvarsområden för chefer

Frågan om optimala ansvarsområden för chefer är sannolikt viktig för problemet stressrelaterad ohälsa. Optimalt ansvarsområde ur arbetsmiljösynpunkt torde ge chefen bästa tänkbara möjlighet att påverka stressnivån inom sitt område. (De förhållanden som belystes i de övriga a-frågorna i enkäten var inte fristående från frågan om chefsansvarsområde. Om FHV kunde hjälpa till att skapa optimala ansvarsområden, så kunde följaktligen FHV också hjälpa till att förebygga stressreaktioner m.m. och därmed den stressrelaterade ohälsan bekämpas.)

Vad är optimalt ansvarsområde i en given organisation eller verksamhet? Frågan är svår att besvara. Cheferna ansåg (jämfört svaren på övriga a-frågor) FHV:s möjligheter att vara till hjälp i denna fråga som relativt små (Tabell 13a chefer). 22 av 40 chefer svarade i mindre eller i ingen omfattning.

Tabell 13a chefer. Tror Du att FHV kan vara till din hjälp vid omorganisationer för att ur arbetsmiljösynpunkt få optimala ansvarsområden för chefer(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|--------------------------------|----|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 2 |
| 2. Ja i stor omfattning | 4 | 10 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 14 | 34 |
| 4. Ja i liten omfattning | 14 | 34 |
| 5. Nej | 8 | 20 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 41.

Mv: (Skala 100) = 48,3

8 av 11 läkare ansåg att döma av enkäten att FHV kunde vara till hjälp i minst måttlig omfattning, medan 2 läkare ansåg att FHV inte kunde hjälpa till, vilket var fler än i någon annan a-fråga. Spridningen var större än för någon annan a-fråga, speglar detta osäkerheten i kunskapsläget och/eller FHV:s brist på kompetens?

Tabell 13a läkare. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid omorganisationer för att ur arbetsmiljösynpunkt få optimala ansvarsområden för chefer(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 2 | 18 |
| 2. Ja i stor omfattning | 2 | 18 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 4 | 36 |
| 4. Ja i liten omfattning | 1 | 9 |
| 5. Nej | 2 | 18 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 11.

Mv: (Skala 100) = 61,8

Se tabell 6a fack (Tabell 13a fack).

Tabell 13a fack. Tror Du att FHV kan vara till hjälp vid omorganisationer för att ur arbetsmiljösynpunkt få optimala ansvarsområden för chefer(f=antal)?

| Fack | f | % |
|--------------------------------|---|----|
| 1. Ja i mycket stor omfattning | 1 | 13 |
| 2. Ja i stor omfattning | 2 | 25 |
| 3. Ja i måttlig omfattning | 2 | 25 |
| 4. Ja i liten omfattning | 0 | 0 |
| 5. Nej | 3 | 38 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Mv: (Skala 100) = 55,0

I högre grad än i övriga b-frågor angavs alternativ 2 d.v.s. påverkansmöjligheterna ansågs marginella (Tabell 13b chefer). Möjligen speglade detta kunskapsläget i frågan. Kan FHV öka sin kunskap och kompetens i frågan?

Tabell 13b chefer. Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende (...få optimala ansvarsområden för chefer...)(f=antal)?

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 4 | 8 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 12 | 24 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 15 | 30 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 4 | 8 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 15 | 30 |

Bortfall: 5 av 41 (=12%). Antal svarande: 36.

Läkarna bedömde (11 av 15 svar) begränsande faktorer till övervägande del vara brist på förtroende för FHV:s kompetens eller små möjligheter för FHV att påverka (Tabell 13b läkare). Speglar detta osäkerhet om FHV:s möjligheter, vilket också framgick av svaren i a-delen av frågan?

Tabell 13b läkare. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (...få optimala ansvarsområden för chefer...)(f=antal)?

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 6 | 38 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 5 | 31 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 1 | 6 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 0 | 0 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 4 | 25 |

Bortfall: 1 av 11 (=9%). Antal svarande: 10.

Se kommentar tabell 6b fack (Tabell 13b fack).

Tabell 13b fack. Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende (...få optimala ansvarsområden för chefer...)(f=antal)?

| Fack | f | % |
|---|---|----|
| 1. Otillräckligt förtroende för FHV | 1 | 9 |
| 2. FHV:s påverkansmöjligheter marginella | 4 | 36 |
| 3. Anlitande av FHV kostar för mycket.... | 0 | 0 |
| 4. Anlitande av FHV:s tjänster tar för lång tid | 1 | 9 |
| 5. Ingetdera av ovanstående | 5 | 45 |

Bortfall: 0. Antal svarande: 8.

Diskussion (jämförelse)

Huvudsakligen jämförs svaren från chefer med svaren från läkarna. Jämförelsen med de fackliga representanternas svar görs inte lika ingående. De fackligt förtroendevalda skulle representera de anställda och därmed i enkäten ge uttryck för medlemmarnas uppfattning om stresshantering. Fackrepresentanterna utgjorde emellertid en antalsmässigt liten grupp och slutsatserna blir därmed mindre tillförlitliga. Spridningen på de olika svarsalternativen var något större än för chefer och läkare, vilket ytterligare försvårar tolkningen. Denna spridning kan bero på att de olika yrkeskategorier som facken företrädde hade olika problem med sin arbetsmiljö. Uppdraget som facklig representant behövde därför i sig inte medföra någon gemensam syn på problemet stressrelaterad ohälsa.

Generellt kan noteras att i samtliga a-frågor hade fackrepresentanterna positiv syn på FHV:s möjligheter. Läkarnas syn var mer uttalat positiv, medan cheferna var mindre positiva.

I samtliga b-frågor var spridningen stor, något större än för såväl cheferna som läkarna. Det borde innebära att fackrepresentanterna sinsemellan har olika syn på FHV:s begränsningar och var i detta avseende en mindre enhetlig grupp än chefer och läkare. Reservation som nämnts ovan för att gruppen fackrepresentanter var liten.

Tabell 4: (uppfattar du sjukfrånvaron som ett problem...)

Anmärkningsvärd skillnad mellan chefernas och läkarnas uppfattning. 7 av 11 läkare ansåg sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner vara ett problem med mycket stor omfattning, ingen av 41 chefer gjorde samma bedömning. Skillnaden kan beror på olika utgångspunkt för bedömningen.

Chefen utgick från sin arbetsplats och flertalet arbetsplatser hade att döma av enkäten få medarbetare sjukskrivna p.g.a. stressreaktioner. Läkarna däremot utgick från den problematik de mötte på FHV-mottagningen. Läkarna såg summan av den stressrelaterade ohälsan från varje arbetsplats (undantaget ett okänt antal patienter som bedömdes i primärvården). Både chefernas och läkarnas svar kunde alltså vara "rätt" om hänsyn togs till deras olika utgångspunkt för bedömning.

Läkarnas uppfattning kan ändå sägas ge en tydlig indikation på att stressrelaterad ohälsa var ett allvarligt problem även om inte alla chefer/arbetsplatser upplevde detta. 31 av 41 chefer ansåg stressrelaterad ohälsa vara ett litet eller inget problem inom sitt resp. ansvarsområde. Detta kan tala för att den stressrelaterade ohälsan var tydligt ojämnt fördelad mellan olika arbetsplatser. Om detta är sant borde närmare undersökas orsaken till denna skillnad.

Tabell 5a: (tror du utnyttjandet av FHV för att minska stressreaktioner kommer att förändras)

Cheferna trodde på en mindre ökning, men läkarna trodde att ökningen skulle bli betydligt större. Cheferna kunde påverka utnyttjandet av FHV genom att uppmuntra sina medarbetare att kontakta FHV vid problem eller inta en mycket restriktiv hållning till FHV och t.o.m. neka medarbetare att söka på FHV. Omfattningen av FHV:s insatser var därigenom i stor utsträckning beroende på chefernas inställning.

Chefernas svar i enkäten kunde därför bero på behovet att minska kostnaderna för FHV genom att helt enkelt ransonera kontakterna med FHV. Enligt denna hypotes kunde chefernas uppfattning om kommande utnyttjande av FHV influeras av deras ekonomiska situation och inte enbart av den faktiska bedömningen av problemet stressrelaterad ohälsa.

Frånsett denna aspekt kunde det naturligtvis mycket väl vara chefernas uppfattning att stressreaktioner faktiskt inte uppfattades som något ökande problem.

Läkarna däremot trodde att utnyttjandet skulle öka påtagligt. Frågan är då om den förväntade ökningen berodde på att FHV skulle komma att *anlitas* i högre grad eller på en *absolut* ökning

av problemet stressreaktioner. Frågan synes viktig och borde föranleda en diskussion mellan chefer och FHV. Kommer utnyttjandet av FHV att öka? Kommer stressproblemet att öka i absoluta tal och vad beror detta i så fall på?

Tabell 5b: (vilka faktorer uppfattar du som mest begränsande i utnyttjandet av FHV)

En klar majoritet av cheferna angav kostnaderna för FHV som mest begränsande faktor, men marginella påverkansmöjligheter anfördes också som en klart begränsande. Läkarna däremot betonade starkt förtroendet för FHV och FHV:s påverkansmöjligheter som begränsande faktorer.

Det är anmärkningsvärt stora skillnader i uppfattning. Uppenbarligen hade inte läkarna full kännedom om direktiven till cheferna att prioritera kostnadsminskning.

Även om kostnaderna för cheferna att anlita FHV skulle fås att minska kvarstår problemet med marginella påverkansmöjligheter, vilket uppenbarligen både chefer och läkare ansåg vara ett problem. Om FHV inte kan påverka omfattningen av stressreaktioner blir det naturligt för cheferna att undvika att anlita FHV. Varför bedömdes dessa möjligheter som marginella? Var de uttryck för en allmän syn på komplicerade organisationer och långa beslutsvägar eller en för sjukvården och Hälsan o. Arbetslivet mer specifik situation?

I vad mån ansåg cheferna själva att de kunde påverka stressbelastningen inom sina ansvarsområden? Om de bedömde sina egna möjligheter små förefaller det rimligt att de inte tilltrorde FHV några större möjligheter, eller var det istället så att cheferna då borde känna större behov av extern kompetens?

Tabell 7a: (tror du FHV kan vara till hjälp vid konflikthantering)

Såväl chefer som läkare hade positiv syn på FHV:s möjligheter att vara till hjälp vid konflikthantering. Konflikter var och är vanligt som mer eller mindre stor del i de ärenden som handläggs inom FHV. Ett rimligt antagande är då att extern kompetens är till stor hjälp. I denna fråga fanns alltså en klar samsyn mellan cheferna och läkarna, de gemensamma erfarenheterna vid handläggning av ärenden innefattande konflikt kan mycket väl vara orsaken till denna samsyn.

Tabell 6a-13a(ej 7a): Skillnaden mellan chefernas och läkarnas uppfattning om FHV:s möjligheter att hjälpa till i olika situationer var av samma storleksordning i alla dessa a-frågor. Läkarna var genomgående mer positiva till FHV:s möjligheter än cheferna. Vad beror detta på? Stor tyngd måste tillmätas chefernas synpunkter eftersom det var cheferna som kunde avläsa resultatet av FHV:s insatser på sina resp. arbetsplatser. Vilka metoder är användbara för att mäta FHV:s resultat och hur kan detta återföras till FHV?

Det är också möjligt att läkarnas mer positiva syn på FHV:s möjligheter faktiskt var "rätt" dvs FHV hade goda möjligheter att hjälpa till på en rad områden. Vad berodde då chefernas relativt sett mindre positiva syn på? En förklaring kan vara att FHV inte hade informerat tillräckligt om sin verksamhets möjligheter, en annan möjlighet är att cheferna var influerade av den tungt vägande kostnadsaspekten.

Rimligen bör i sista hand kompetensfrågan vara avgörande dvs om FHV har kompetens inom vissa områden och därigenom kan vara till hjälp vid stresshantering, så bör FHV utnyttjas. Kostnaderna för FHV:s insatser skall då vägas mot kostnaderna för sjukskrivning och för icke optimalt fungerande arbetsplatser.

FHV å sin sida måste göra tydligt att man besitter kompetens och att finna metoder för redovisning av resultat och av kostnadseffektivitet.

Tabell 6b-13b(begränsande faktorer): Skillnaden i fördelning mellan chefernas och läkarnas svar var av samma storleksordning i alla b-frågor. Cheferna betonade kostnaden som den faktor med störst begränsande tyngd. Men även de tre andra angivna begränsande faktorerna hade betydelse i minst grad förtroendenaspekten, i några fall angavs väntetiden spela minst roll som begränsande faktor. De ärenden som handlades av FHV var sällan av akut karaktär, det kunde i så fall röra sig om olycksfall i arbetet eller krisreaktion vid upplevd kränkning. Det var därför inte oväntat att väntetiden uppgavs ha relativt låg betydelse som begränsande faktor.

Det kan vara av samma skäl som läkarna nästan genomgående rankade faktorn väntetid lägst bland de angivna alternativen. Detta betyder inte att väntetiden hade liten betydelse, känt är att problemen med återgång i arbetet ökar med sjukskrivningstidens längd.

Läkarna uppfattade inte kostnaderna som begränsande i samma höga grad som cheferna. Spelade det någon roll att uppfattningarna skiljde sig i så hög grad? Det kan tyda på att läkarna inte var medvetna om de kostnadsminskningskrav som cheferna arbetade under, vilket i sig kan tolkas som bristande kommunikation. Läkarna hade liten möjlighet att själva minska kostnaderna. De patienter som handlades av läkarna på FHV var oftast sjukskrivna i någon grad, vilket krävde återbesök för att värdera behovet av fortsatt sjukskrivning.

Det har diskuterats om sjukskrivning kan utföras av läkare utanför FHV t.ex. i primärvården, medan företagsläkaren fokuserar på rehabilitering. Sjukskrivningsinstrumentet är emellertid en viktig del i rehabiliteringsprocessen och bör inte avskiljas från denna. Fler läkare involverade innebär också kommunikationsproblem med risk för fördröjningar i handläggningen.

Ökning av läkarnas medvetande om kostnadens betydelse kommer därför sannolikt inte att påverka utnyttjandet av FHV i någon större grad. Däremot förefaller det viktigt att kostnadsfrågan noga diskuteras när avtal skrivs mellan uppdragsgivare och FHV.

Utnyttjandet av FHV bestämdes i hög grad av cheferna. Läkarna trodde uppenbarligen att döma av enkäten att cheferna begränsade utnyttjandet av förtroendeskäl och möjligheterna till påverkan och i mindre grad av kostnadsskäl. Alternativen förtroende och påverkansmöjligheter var också i viss utsträckning angivna av cheferna som begränsande faktorer, men inte i lika hög grad som i läkarsvaren.

Det behöver inte betyda att läkarna saknade förtroende för sin egen verksamhet eller anser möjligheterna små till påverkan och förändring, men man var tydligen osäker på hur verksamheten uppfattades av kunderna/beställarna.

Vad kan då läkarna(FHV i sin helhet) göra för att stärka sin position både i egna och i andras ögon? En möjlighet är att ge FHV ökad status som akademiskt ämne. Forskning ökar tyngden i argumentationen med chefer och avtalsskrivare och bidrar sannolikt till rekrytering av medarbetare till FHV. Ett särskilt viktigt forskningsområde kan, som nämnts ovan, vara att finna former för resultatredovisning. Vidare kan prövas en ökad närvaro av FHV i verksamheternas planeringen t.ex. då personalfrämjande åtgärder diskuteras eller omorganisationer övervägs. FHV:s roll i dessa diskussioner måste göras tydlig.

Det finns nämligen en viktig etisk aspekt som bör klargöras. Många uppfattar att FHV har dubbla lojaliteter. Man är dels patientens förtrogne med sekretessansvar dels är patientens chef FHV:s uppdragsgivare och FHV skall i detta vara ett stöd för chefen i t.ex. rehabiliteringsprocesser och konflikter. Dessutom betalar chefen större delen av kostnaden för patientens behandling på FHV. Det finns en klar risk att FHV:s olika lojaliteter (patienterna resp. uppdragsgivarna/cheferna), negativt påverkar resultatet av FHV:s verksamhet. Hur dessa roller skall renodlas och/eller kombineras är en svår fråga. I denna rolldiskussion kan frågan om kostnaderna för FHV och vem som skall bära dem vara en komplicerande negativ faktor.

Resultat och diskussion metodval stressminskning

Frånsett alternativ 7 (vara mer öppen om lönesättningen) beskrev samtliga alternativ metoder som cheferna ansåg användbara för stressbekämpning (Tabell 14 chefer). Flest "röster" fick alternativ 9 (kommunicera tydliga mål för verksamheten), 23 av 39 chefer angav detta alternativ, men 16 chefer inte hade med alternativet trots möjligheten till tre val. Efter alternativ 9 fick alternativ 1 (utbilda och träna i metoder för stresshantering) och alternativ 8 (skapa arbetsgrupper för att diskutera avgränsade arbetsrelaterade frågor) flest "röster", 16 av 39 chefer i båda fallen.

Ingen metod framstod som självklar i den meningen att den förespråkades av en stor majoritet av cheferna. Vad berodde detta på?

Kritik kan riktas mot alternativens utformning, de kunde uppfattas som oklara och dåligt preciserade. Med detta i minnet uppfattades ändå den stora spridningen på de olika svarsalternativen som anmärkningsvärd.

Chefernas kunskaper om vilka metoder som lämpade sig bäst för stresshantering kunde därigenom uppfattas som otillräcklig. Möjligt var också att kunskapsläget i allmänhet gällande orsak till och behandling av stressreaktioner var bristfälligt, i så fall kunde knappast cheferna lastas för okunskap. En tredje möjlighet var att varje arbetsplats hade sina speciella orsaker till stressreaktioner hos medarbetarna. Beroende på orsaken valde då chefen de alternativ som passade hans arbetsplats vid det aktuella tillfället. Med denna tolkning fanns inga i varje situation alltid användbara metoder för stresshantering, generalisering kan därmed ifrågasättas. Det bör tilläggas att chefen kunde välja fler metoder för stressbekämpning än tre som efterfrågades och naturligtvis även andra metoder än de nio listade alternativen.

Alternativ 1-4 kan sägas fokusera på individen, den enskilde arbetstagaren, medan alternativ 5-9 (alternativ 7 uteslöts) mer fokuserar på arbetsgruppen som helhet, någon skarp gräns mellan de två grupperna kan dock inte hävdas.

Alternativ 1-4 fick 49 "röster" och alternativ 5-9 62 "röster", således övervikt för gruppriktade åtgärder, men individriktade åtgärder bedömdes ingalunda oväsentliga. Detta kan sägas styrka följande hypoteser: 1. cheferna använde de metoder som passade in på de aktuella problemen på arbetsplatsen 2. stressreaktionerna hade flera orsaker och metoderna för stresshantering kunde därför variera 3. kunskapsläget var oklart om vilka metoder som bäst lämpade sig för stressbekämpning.

Tabell 14 chefer. Välj de tre metoder av nedanstående som Du anser bäst tillämpbara för att minska stressnivån inom ditt ansvarsområde(f=antal).

| Chefer | f | % |
|---|----|----|
| 1. Utbilda och träna i metoder för stresshantering | 16 | 14 |
| 2. Höja och individualisera den yrkesmässiga kompetensen | 9 | 8 |
| 3. Öka möjligheten att planera arbetstiden i grupp eller individuellt | 11 | 10 |
| 4. Individualisera arbetskraven | 13 | 12 |
| 5. Utveckla det sociala stödet på arbetsplatsen | 15 | 13 |
| 6. Öka informationen om planering och ekonomi för verksamheten | 8 | 7 |
| 7. Vara mer öppen för lönesättningen | 1 | 1 |
| 8. Skapa arbetsgrupper för att diskutera avgränsade arbetsrelaterade frågor | 16 | 14 |
| 9. Kommunicera tydliga mål för verksamheten | 23 | 21 |

Bortfall: 11 röster av 123 möjliga (2 chefer markerade inget alternativ) (=9%). Antal svarande: 39.

Spridningen bedömdes som stor (Tabell 14 läkare). Två alternativ, alt 6 (öka information om planering och ekonomi för verksamheten) och alt 7 (vara mer öppen om lönesättningen) fick inga "röster", men i övrigt relativt jämn fördelning.

Flest "röster" fick alt 1 (utbilda och träna i metoder för stresshantering), 8 av 11 läkare valde denna metod. Alt 1-4 (individinriktade metoder) fick 20 "röster", medan alt 5-9 (gruppriktade metoder, alt 7 uteslöt) fick 13 "röster". Läkarna betonade således individinriktade åtgärder. Detta ansågs vara naturligt, då läkarna nästan uteslutande arbetade individbaserat. FHV:s och speciellt läkarnas arbete inriktades ofta på att stärka individens försvar mot stressreaktioner samt försöka individanpassa arbetsuppgifterna och öka kompetensen.

Tabell 14 läkare. Välj de tre metoder av nedanstående som Du anser bäst tillämpbara för att minska stressnivån inom ditt ansvarsområde (f=antal).

| Läkare | f | % |
|---|---|----|
| 1. Utbilda och träna i metoder för stresshantering | 8 | 24 |
| 2. Höja och individualisera den yrkesmässiga kompetensen. | 1 | 3 |
| 3. Öka möjligheten att planera arbetstiden i grupp eller individuellt. | 4 | 12 |
| 4. Individualisera arbetskraven | 7 | 21 |
| 5. Utveckla det sociala stödet på arbetsplatsen | 6 | 18 |
| 6. Öka informationen om planering och ekonomi för verksamheten. | 0 | 0 |
| 7. Vara mer öppen för lönesättningen | 0 | 0 |
| 8. Skapa arbetsgrupper för att diskutera avgränsade arbetsrelaterade frågor | 4 | 12 |
| 9. Kommunicera tydliga mål för verksamheten | 3 | 9 |

Bortfall: 0 röster av 33 möjliga. Antal svarande: 11.

Alla åtta fackrepresentanterna valde alternativ 9 (kommunicera tydliga mål för verksamheten) (Tabell 14 fack). Därutöver fick alternativ 1 (utbilda och träna i metoder för stresshantering) och alternativ 3 (öka möjligheten att planera arbetstiden i grupp eller individuellt) flest "röster", i båda fallen valde 5 av 8 fackrepresentanter resp. alternativ. Alternativ 1-4 (individinriktade metoder) fick 13 "röster" medan alternativ 5-9 (alternativ 7 utesluts) fick 11 "röster", således nästan jämn fördelning. Gruppen var liten och möjligen heterogen enligt tidigare diskussion, några slutsatser drogs därför inte, men de tre hypoteserna nämnda ovan i chefsavsnittet ansågs tillämpbara även här.

Tabell 14 fack. Välj de tre metoder av nedanstående som Du anser bäst tillämpbara för att minska stressnivån hos dina medlemmar (f=antal).

| Fack | f | % |
|--|---|----|
| 1. Utbilda och träna i metoder för stresshantering | 5 | 21 |
| 2. Höja och individualisera den yrkesmässiga kompetensen | 0 | 0 |
| 3. Öka möjligheten att planera arbetstiden i grupp eller individ. | 5 | 21 |
| 4. Individualisera arbetskraven | 3 | 13 |
| 5. Utveckla det sociala stödet på arbetsplatsen | 2 | 8 |
| 6. Öka informationen om planering och ekonomi för verks. | 1 | 4 |
| 7. Vara mer öppen för lönesättningen | 0 | 0 |
| 8. Skapa arbetsgrupper för att diskutera avgränsade arbetsrelaterade frågor. | 0 | 0 |
| 9. Kommunicera tydliga mål för verksamheten | 8 | 33 |

Bortfall: 0 röster av 24 möjliga. Antal svarande: 8.

Jämförelse: Chefernas och fackrepresentanternas uppfattning om val av metoder var väsentligen lika. Båda betonade vikten av att kommunicera mål för verksamheten(alt 9). Läkarna hade inte samma uppfattning, alt 9 valdes endast av 3 av 11 läkare, och fem alternativ (alt 1,3,4,5,8) rankades som mer betydelsefulla. Vad berodde denna skillnad på? Det var möjligt att chefernas och fackrepresentanternas uppfattning var ett uttryck för en önskan att arbeta förebyggande, man ville alltså genom tydlig kommunikation om mål minska risken för oklarhet och därigenom minska stressbelastningen på medarbetarna. Läkarna däremot arbetade mer reaktivt med manifesta stressrelaterade problem, vilket kunde förklara deras betoning av individbaserade åtgärder. Enligt denna tolkning berodde skillnaden i val av svarsalternativ mellan chefer resp. läkare mer på olika utgångspunkter än på faktabaserad olika syn på metodernas effektivitet vid stressbekämpning. En rimlig slutsats var att de olika utgångspunkterna ställde krav på kommunikationen mellan chefer och läkare.

Begränsningar

- 1) Cheferna var samtliga anställda på NÄL (Norra Älvsborgs Länssjukhus) i Trollhättan. Läkarna var alla anställda i Hälsan och Arbetslivet i Västra Götalandsregionen, en av läkarna hade NÄL som uppdragsgivare medan de andra tio hade andra delar av sjukvården i Västra Götaland som uppdragsgivare. Skillnaden i uppfattning mellan chefer och läkare kunde därför delvis bero på olika förutsättningar för läkarna att arbeta mot sina uppdragsgivare och inte enbart på olika uppfattning föranledd av funktionen som chef resp. läkare.
- 2) Om en chef på en a-fråga svarade att han inte trodde att FHV kunde vara till hjälp blir alt tre i motsvarande b-fråga mindre intressant, eftersom kostnaderna då inte var relevanta.
- 3) Fördelningen bland cheferna på de olika alternativen i alla b-frågor var relativt lika. Detta ansågs sannolikt bero på kostnadsaspektens tyngd oberoende av åtgärd beskriven i motsvarande a-fråga.. NU-sjukvården vari NÄL ingick hade underskott i budgeten och kostnadsminskning var prioriterat, vilket kunde medföra att cheferna i varje b-fråga valde alt 3(kostnadsaspekten) oavsett beskriven åtgärd i tillhörande a-fråga.
- 4) Svartalernativ fem(ingetdera av ovanstående) valdes i hög omfattning. Bland cheferna fick alt fem mellan 35% och 46% av rösterna. Detta försvårade slutsatserna om vad som ansågs begränsande i utnyttjandet av FHV.
- 5) Flera respondenter hade i b-frågorna utöver ett av alternativen ett - fyra svarat alt fem, vilket enligt frågans utformning inte skulle vara möjligt. Varje förprickat alternativ räknades dock som ett val oavsett vilka alternativ som valts för övrigt. Detta gällde även de enkäter där endast ett alternativ av ett-fyra(och inte dessutom alt fem) prickats för.
- 6) a-frågorna belyste inte från varandra avgränsade delar av relationen kund - FHV. Sålunda kunde t.ex. förändrat förhållningssätt hos chefer gentemot sina medarbetare påverka beredskapen att förebygga och behandla stressreaktioner. Detta kunde medföra att svarsfördelningen mellan olika alternativ i a-frågorna tenderade att bli lika för olika frågor.
- 7) P.g.a. förbiseende tillställdes inte enkäten representanter för psykologers och sjukgymnasters fackförbund. Såväl psykologer(beteendevetare) som sjukgymnaster(ergonomer) var mycket viktiga medarbetare i FHV och deras åsikter belystes alltså inte.
- 8) Bortfallet i enkäten var 0% för såväl fackrepresentanter som läkare och 13% för chefer, vilket ansågs vara litet. Därtill kom ett antal enkäter som var ofullständigt ifyllda. Dessa medtogs i sammanräkningen i den grad alternativ prickades för.
- 9) Grupperna fackrepresentanter och läkare var små, vilket begränsade styrkan i slutsatserna.
- 10) FHV var i undersökningen representerad av företagsläkarna. Andra yrkeskategorier inom FHV såsom beteendevetare, ergonomer, företagssjuksköterskor tillställdes inte enkäten. Det klarlades således inte om de hade annan syn på FHV:s möjligheter och begränsningar.

Slutsatser och kommentarer

1) Utnyttjandet av FHV 2003 varierade mellan olika arbetsplatser. FHV:s insatser gällde nästan uteslutande personalärenden, endast 1 chef av 38 respondenter hade anlitat FHV i organisationsfrågor.

Cheferna var till övervägande del nöjda med kontakten och resultatet, men en minoritet på två chefer var mycket missnöjda.

Kommentar: Det kunde ha varit värdefullt att undersöka varför utnyttjandet av FHV varierade t.ex. genom att intervjua ett antal chefer. Berodde variationen på olika uppfattning om FHV:s användbarhet eller variation i sjuktal mellan olika arbetsplatser? I samma intervju hade variationen i nöjdhet kunnat belysas.

2) Sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner uppfattade cheferna som ett relativt litet problem, en minoritet av cheferna (15 av 41) såg det inte som något problem alls. Läkarna däremot tyckte problemet hade stor - mycket stor omfattning.

Kommentar: Se sidan 37 2:a stycket.

Hade den stora skillnaden någon betydelse för resultatet av FHV:s verksamhet? Vem har "rätt"? Frågorna kunde ej besvaras utifrån enkäten, en klarläggande dialog mellan kund och FHV skulle ha kunnat vara av värde.

3) Cheferna trodde att utnyttjande av FHV för att minska stressreaktionerna på arbetsplatserna skulle genomgå en mindre - måttlig ökning. Läkarna trodde på en betydligt större ökning.

Kommentar: Se sidan 37 3:e stycket.

Frågan är av stor betydelse för dimensioneringen av FHV:s resurser.

4) Cheferna hade genomgående positiv inställning till FHV:s möjligheter att hjälpa till i alla åtta efterfrågade aspekter. Högst tilltro när det gällde konflikthantering och lägst gällande förändra/förbättra chefers förhållningssätt.

Läkarna hade jämfört cheferna betydligt större tilltro till FHV:s möjligheter i alla mätta aspekter. Högst tilltro när det gällde konflikthantering och lägst gällande uppnå optimala ansvarsområden för chefer.

Kommentar: Se sidan 38 sista stycket.

Grundläggande för FHV:s fortsatta verksamhet torde vara att visa på resultat av dess insatser. För detta krävs bl.a. validerade metoder för utvärdering av insatserna, metodologin för detta försvåras av relativt starkt inslag av relationsberoende (mellan kund/chef och representanter för FHV) faktorer.

5) Aspekten " FHV:s möjligheter att bidra till minskad sjukskrivning i stressreaktioner" bedömdes central för FHV:s legitimitet (se sidan 20-21). Majoriteten av cheferna (30 av 40) trodde att FHV kunde vara till hjälp i liten - måttlig omfattning, endast 5 chefer att FHV ej kunde vara till hjälp. Läkarna var klart mer positiva än cheferna.

Kommentar: Trots skillnaden var det en viktig observation att cheferna ser positivt på FHV:s möjligheter. Hur kan detta få genomslag i praktiken? FHV har god inblick i personalens hälsotillstånd och välbefinnande, faktorer som bedöms avgörande för kundernas resultat. Kan FHV utifrån denna synpunkt vara en resurs för ledningen i nivån ovanför enhets- och verksamhetschefen d.v.s. sjukhusledningen?

6) För cheferna var den faktor som mest begränsade utnyttjandet av FHV "kostnaden i förhållandet till utbytet". Denna iakttagelse gjordes även i andra studier (se litteraturgenomgång). (Reservation för ofullständigt ifyllda enkäter.)

För läkarna gällde större spridning på alternativen, men mest begränsande angavs oftast vara "marginella påverkansmöjligheter även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god". Faktorn "otillräckligt förtroende för FHV" anges som den närmast vanligaste begränsande faktorn. (Reservation för litet antal respondenter.)

Skillnaden mellan chefernas och läkarnas uppfattning är påtaglig

Kommentar: Se sidan 39.

Utan påverkansmöjligheter och förtroende torde FHV:s möjligheter vara små att bidra till minskad ohälsa. Det är därför angeläget att stärka FHV:s kompetens och integritet. Svensk företagsläkarförening hade 2004 c:a 1000 medlemmar enligt Läkarförbundets uppgifter och Svenska distriktsläkarföreningen c:a 4400. Allmänmedicinen är företräd i akademien på de medicinska studieorterna. FHV har inte någon tydlig akademisk position (dock utreds arbetsrelaterade ohälsoproblem av flera institutioner och myndigheter t.ex.

Arbetslivsinstitutet). FHV kan uppfattas speciell bland medicinska verksamhetsområden i sitt fokus på genesen till patienternas ohälsa, multifaktoriell behandling och samspelet individ - organisation ur hälso- och välbefinnandesynpunkt. Kan FHV få akademiskt status? Viktigt torde vara att stärka det vetenskapliga underlaget för FHV:s verksamhet. Sannolikt skulle detta innebära ökad legitimitet för FHV:s tjänster och minska risken för etiska konflikter. Kostnaderna för FHV spelade att döma av enkäten stor roll för chefernas beredskap att utnyttja FHV. Spelade det någon roll att kostnaden för att anlita FHV betalades av varje enskild chef? Orsaken till problem på olika arbetsplatser t.ex. omorganisationer kan delvis ha sin grund i övergripande beslut på högre nivå t.ex. sjukhusledningen. Kan kostnaden för FHV (delvis) hänföras till denna nivå?

7) Val av metoder för att minska stressnivån skiljde sig tydligt mellan chefer och läkare. Cheferna valde i stor utsträckning kommunicera tydliga mål för verksamheten, medan läkarna valde utbilda och träna i metoder för stresshantering.

Kommentar: Se sidan 40-42.

Cheferna valde grupp/organisationsinriktade metoder i något större utsträckning än individinriktade metoder. För läkarna var förhållandet det omvända.

Spridningen på svarsalternativ var stor såväl för cheferna som för läkarna.

Flera orsaker till spridningen är möjliga

Cheferna och läkarna är otillräckligt utbildade/informerade om möjligheterna att identifiera och åtgärda stressreaktioner.

Kunskapsläget i allmänhet om stressreaktioner på arbetsplatser är bristfälligt.

Olika stressorer påverkar arbetsplatserna vid olika tidpunkter och därmed blir det naturligt att metoderna varierar för att minska stressnivån.

Litteraturreferenser

1. ALI-rapport 2003:17
2. Bostedt G. Företagens krav och förväntningar på företagshälsovården. Högskolan i Sundsvall/Härnösand 1992
3. Bostedt G. Policyanalys som framtidsstudier, exemplet företagshälsovårdens legitimitetsproblem. Mithögskolan Sundsvall 1996
4. Jäderberg Företagen och det psykosociala arbetet (uppsats) Stockholms Universitet 1993
5. Ängeslevä J., Michelsen H. Företagshälsovården och psykisk ohälsa. Rapport 1999:7 från Yrkesmedicinska enheten Stockholm 1999
6. Statskontoret rapport 2001:29 2001
7. Bornberger-Dankvardt S., Ohlson C-G., Westerholm P. Arbetsmiljö- och hälsoarbete i småföretag- försök till en helhetsbild. Arbetsliv i omvandling 2003:1 Arbetslivsinstitutet 2003
8. Antonsson A-B., Schmidt L. Småföretag och företagshälsovård IVL rapport B1542 2003
9. Good Practise 2003 www.fsf.se

Bilaga: Enkät chefer

UTNYTTJANDE AV FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN 2003

Fråga 1a

I vilken omfattning har företagshälsovården (FHV) varit inkopplad det senaste året (2003) när det gäller enskilda individärenden (medarbetare inom ditt verksamhetsområde)? Med ärende menas arbetsrelaterad vård, rehabilitering vid sjukskrivning, missbruksproblem, konflikter, men inte hälsoundersökningar.

- 1) över 10 ärenden
- 2) 6-10 ärenden
- 3) 3-5 ärenden
- 4) 1-2 ärenden
- 5) inga ärenden

Fråga 1b

Är du nöjd med kontakten och resultatet?

- 1) mycket nöjd
- 2) ganska nöjd
- 3) ganska missnöjd
- 4) mycket missnöjd
- 5) ingen kontakt

Fråga 2a

Har du anlitat FHV under 2003 när det gäller personalfrågor enskilt eller i grupp t. ex. konflikthantering, rehabilitering vid sjukskrivning, samarbetsfrågor inom personalen, stresshantering?

- 1) över 10 ärenden
- 2) 6-10 ärenden
- 3) 3-5 ärenden
- 4) 1-2 ärenden
- 5) inga ärenden

Fråga 2b

Är du nöjd med kontakten och resultatet?

- 1) mycket nöjd
- 2) ganska nöjd
- 3) ganska missnöjd
- 4) mycket missnöjd
- 5) ingen kontakt

Fråga 3a

Har du anlitat FHV under 2003 när det gäller organisationsfrågor t. ex. scheman, former för påverkan av arbetssituationen, fördela arbetsuppgifter?

- 1) över 10 ärenden
- 2) 6-10 ärenden
- 3) 3-5 ärenden
- 4) 1-2 ärenden
- 5) inga ärenden

Fråga 3b

Är du nöjd med kontakten och resultatet?

- 1) mycket nöjd
- 2) ganska nöjd
- 3) ganska missnöjd
- 4) mycket missnöjd
- 5) ingen kontakt

FRAMTIDA UTNYTTJANDE AV FHV OCH BEGRÄNSNINGAR

Fråga 4

Uppfattar du sjukfrånvaron p.g.a. stressreaktioner som ett problem inom ditt ansvarsområde?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 5a

Tror du att ditt utnyttjande av FHV för att minska stressreaktioner kommer att förändras?

- 1) ja, öka kraftigt
- 2) ja, öka något
- 3) oförändrat
- 4) minska något
- 5) minska kraftigt

Fråga 5b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitage av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitage av FHV: s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 6a

Tror du FHV kan vara till din hjälp vid konflikthantering mellan dina medarbetare?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 6b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitage av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitage av FHV: s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 7a

Tror du FHV kan hjälpa till för att förändra/förbättra chefers förhållningssätt gentemot sina medarbetare?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 7b

Vilka två faktorer uppfattar du mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV:s kompetens
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 8a

Tror du FHV kan hjälpa till att behandla stressreaktioner hos dina medarbetarna?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 8b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 9a

Tror du att FHV kan hjälpa till att förebygga stressreaktioner hos dina medarbetare?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 9b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) bristande förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 10a

Tror du FHV kan vara till din hjälp för att minska sjukskrivningarnas omfattning i diagnoser rörande stressreaktion, utmattningssyndrom, arbetsrelaterad depression?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 10b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 11a

Tror du FHV kan vara till din hjälp vid planering av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 11b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 12a

Tror du FHV kan vara till din hjälp vid genomförandet av omorganisationer för att minska stressnivån bland de som berörs av omorganisationen?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 12b

Vilka två faktorer är mest begränsande för ditt utnyttjande av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitanade av FHV kostar för mycket i förhållande till utbytet
- 4) anlitanade av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 13a

Tror du FHV kan vara till hjälp vid omorganisationer för att ur arbetsmiljösynpunkt få optimala ansvarsområden för chefer?

- 1) ja, i mycket stor omfattning
- 2) ja, i stor omfattning
- 3) ja, i måttlig omfattning
- 4) ja, i liten omfattning
- 5) nej

Fråga 13b

Vilka två faktorer är mest begränsande för utnyttjandet av FHV i detta avseende?

- 1) otillräckligt förtroende för FHV
- 2) FHV:s påverkansmöjligheter marginella även om kompetensen inom FHV skulle uppfattas som god
- 3) anlitage av FHV kostar för mycket i förhållande för utbytet
- 4) anlitage av FHV:s tjänster tar för lång tid (väntetid och genomförande)
- 5) ingetdera av ovanstående

Fråga 14

Välj de tre metoder av nedanstående som du anser bäst tillämpbara för att minska stressnivån inom ditt ansvarsområde?

- 1) utbilda och träna i metoder för stresshantering
- 2) höja och individualisera den yrkesmässiga kompetensen
- 3) öka möjligheten att planera arbetstiden i grupp eller individuellt
- 4) individualisera arbetskraven
- 5) utveckla det sociala stödet på arbetsplatsen
- 6) öka informationen om planering och ekonomi för verksamheten
- 7) vara mer öppen om lönesättningen
- 8) skapa arbetsgrupper för att diskutera avgränsade arbetsrelaterade frågor
- 9) kommunicera tydliga mål för verksamheten