

GÖTEBORGS UNIVERSITET PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Tre enkla mått på arbetsplatskommunikation och deras
samband med teamklimat och utmattningssyndrom bland
sjukvårdsanställda**

Sara Tandrup

Examensuppsats
30 högskolepoäng
Psykologprogrammet
Vårterminen 2013

Handledare: Mats Eklöf

Tre enkla mått på arbetsplatskommunikation och deras samband med teamklimat och utmattningssyndrom bland sjukvårdsanställda

Sara Tandrup

Sammanfattning. Studien bestod av två delstudier. Syftet med delstudie 1 var att undersöka kriterievaliditeten hos tre frågor rörande arbetsplatskommunikation (kommunikationsfrågorna) och syftet med delstudie 2 var att testa dess samband med utmattningssyndrom. Delstudierna baserades på enkätmetodik, där respondenterna för delstudie 1 (n=83) var anställda inom primärvård och försäkringskassa och respondenterna för delstudie 2 (n=2223) var sjukvårdsanställda. Resultaten för delstudie 1 visade starka positiva samband mellan två av kommunikationsfrågorna och de testade kriterievariablerna från Team Climate Inventory (TCI), vilket implicerar att dessa kan användas som surrogatmetoder för TCI. Resultaten från delstudie 2 visade dels tvärsnitts- och longitudinella samband mellan kommunikationsfrågorna och utmattningssyndrom, dels att kommunikationsfrågorna predicerade framtida utmattningssyndrom. Resultaten implicerar att välfungerande arbetsplatskommunikation motverkar utveckling av utmattningssyndrom.

Psykisk ohälsa och långtidssjukskrivningar har sedan i början av 90-talet ökat över hela den svenska befolkningen. Trots avsaknad av entydiga förklaringar finns anledning att tro att arbetsförhållanden spelat en viktig roll (Riksförsäkringsverket, 2002). Vidare är ekonomiska besparingar och omorganiseringar som lett till ökad arbetsbörda och försämrad arbetsmiljö, i kombination med informationstäthet och ökad press på individens framgång och lycka, återkommande orsaksförklaringar (Stefansson, 2006). Ett sätt att förebygga och hantera psykisk ohälsa och stress på arbetsplatser är genom välfungerande kommunikation (Dellve, Skagert & Vilhelmsson, 2007; Eklöf m.fl., 2011., Nyberg m.fl., 2009; Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette & Ahlberg, 2008). Sambandet mellan dessa faktorer, i synnerhet mellan arbetsplatskommunikation och utmattningssyndrom, kommer att beröras i föreliggande studie.

Stressrelaterad psykisk ohälsa är inget nytt begrepp. Fenomenet kan spåras tillbaka till industrialiseringen under tidigt 1900-tal, och den samhällseliga omvandling som då skedde i form av nya tempon och krav. Journaler från den tiden berättar om patientgrupper med trötthetstecken liknande dagens utmattningssyndrom, så som koncentrationsproblem, ångest, trötthet och handlingsförlamning. Tillståndet fick namn som hjärntrötthet och neurasteni och förklarades genom överanvändning av mental energi (Johannisson, 2009).

Termen ”utbränd” myntades för första gången under 1970-talet av den amerikanska psykologen Christina Maslach då hon noterade att individer i människovårdande yrken reagerade med en viss typ av emotionell utmattning på en ofta ansträngd arbetssituation (Maslach & Leiter, 1999). Även fast människor i en rad olika yrkesgrupper drabbas av utbrändhet så har det visat sig att långtidssjukskrivningar till följd av utmattningssyndrom är speciellt vanligt inom

yrken där arbetet till stor del är relationellt så som inom hälso- och sjukvård, barnomsorg och skola (Socialstyrelsen, 2003). I hälso- och sjukvårdspopulationer har man sett att närmare en femtedel lider av svårare former av utbrändhet och att personal som jobbar i nära intensiv kontakt med patienter är speciellt utsatta (Lasalvia m.fl., 2009). Flera studier har visat att psykisk stressrelaterad ohälsa kan predicera sjukfrånvaro (Ahola m.fl., 2008; Borritz m.fl., 2010; Duijts, Kant, Swaen, van den Brandt & Zeegers, 2007) samt att sambandet är starkare om symptomen tillskrivs arbetsmässiga faktorer än personliga (Borritz m.fl., 2010). Vidare har man sett att utbrändhet inte bara är en riskfaktor för sjukfrånvaro, det leder även till försämrade arbetsprestationer och effektivitet, och slutligen till sämre behandlingsutfall (Priebe m.fl., 2004). Försämrade arbetsprestationer som en konsekvens av stress har noterats även inom andra områden än inom vården och välfärdsorganisationer (Länsisalmi & Kivimäki, 1999).

Utmattningssyndrom

Mashlach och Leiters (1999) definition av utbrändhet som understryker emotionell utmattning, nedsatt empatiskt förmåga och subjektiv försämring av arbetsprestation, är långt ifrån den enda. Överlappande diagnoser och benämningar så som utmattning, kroniskt trötthetssyndrom, neurasteni och stress, understryker olika aspekter som mer eller mindre utmärkande för tillståndet. Svenska kriterier för utmattningssyndrom togs av Socialstyrelsen (2003) fram mot bakgrund av att de många olika begreppen ansågs för otydliga och därmed hindrande för val av behandlingsmetod. Med diagnosen utmattningssyndrom ville man dessutom göra en tydlig särskiljning mellan stressrelaterad utmattning och klinisk depression. Kriterierna för diagnosen som Socialstyrelsen rekommenderar presenteras nedan. Samtliga kriterier måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- A. Fysiska och psykiska symptom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symptom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 - 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
 - 4. Sömnstörning
 - 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6. Fysiska symptom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyroidism, diabetes, infektionssjukdom).

- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggspecificifikation till den aktuella diagnosen.

Litteraturen använder olika överlappande begrepp för vad som enligt Socialstyrelsen ska benämnas som utmattningssyndrom, exempelvis utbrändhet och psykisk stressrelaterad ohälsa. Dessa begrepp har i föreliggande studie översatts direkt.

Utmattningssyndrom - klinisk bild

Inledande symptom på utmattningssyndrom är inte sällan sömnsvårigheter. Detta påverkar prestationsförmågan, något som den drabbade inte sällan kompenserar för genom att lägga större delen av resurserna på arbetet. Det sociala livet kommer följaktligen i kläm och en tilltagande olust inför arbetet i takt med en rad psykosomatiska besvär såsom huvudvärk och tryck över bröstet är vanligt. Koncentrations- och minnesstörningar, depressiva symptom och energibrist börjar göra sig gällande, men negligeras i hög utsträckning. I slutskedet upplever patienten ofta ett dramatiskt insjuknande, något som många beskriver som att ”gå in i väggen”. Efter insjuknandet kommer i regel en period av ytterligare försämring; många behöver sova 12-15 timmar per dygn under flera veckor, alternativt kan de inte sova alls. Då en tydlig koppling till arbetet som orsaksfaktor finns är det inte ovanligt att den drabbade upplever aversiva känslor gentemot arbetet efter insjuknandet (Glise & Björkman, 2004).

Utmattningssyndrom liknar depression i många avseenden. Patientgruppen urskiljer sig dock genom en tydligare trötthet och kognitiv påverkan, exempelvis minnes- och koncentrationssvårigheter samt oförmåga att planera och ta beslut (Glise & Björkman, 2004). Det är emellertid mycket vanligt att symptom såsom depression och ångest förekommer samtidigt med utmattningssyndrom (Åsberg, Nygren, Herlofson, Rylander & Rydmark, 2005).

Utmattningssyndromet finns ofta kvar under en längre tid hos den insjuknade och leder inte sällan till lång sjukskrivning (Socialstyrelsen, 2003). Kognitiv påverkan och ökad stresskänslighet är vanligt flera år efter insjuknandet och finns ofta kvar även efter att patienten bedömts som frisk (Socialstyrelsen, 2003; Glise & Björkman, 2004). Man vet fortfarande inte varför utmattningssyndrom leder till långa sjukskrivningsperioder. Bristande behandling, att arbetsituationen för den drabbade inte förändras vid återgång till arbetet eller att den långa återhämtningstiden är en del av tillståndets natur är möjliga förklaringar (Socialstyrelsen 2003).

Självskattat utmattningssyndrom

Glise, Hadzibajramovic, Jonsdottir & Ahlberg (2009) har utvecklat ett självskattningsinstrument för utmattningssyndrom, förkortat s-UMS, som utformats utifrån Socialstyrelsens diagnoskriterier från 2003. Med instrumentet kan både måttligt och uttalat utmattningssyndrom fastställas, där skillnaden består i huruvida den drabbade skattar att patologin påverkar i allra högsta grad eller något. Instrumentets validitet har testats och då visat sig stämma väl överens med andra etablerade hälsomått; grad av depression, utbrändhet, ångest och försämrad

arbetsförmåga har visat sig öka i takt med grad av s-UMS. Instrumentet har även uppvisat ett prediktivt värde med avseende på sjukskrivning två år efter självskattning. Instrumentet är sammanfattningsvis användbart för att identifiera personer som drabbats eller är på väg att drabbas av utmattningssyndrom (Glise m.fl., 2009).

Orsaker till utbrändhet, utmattningssyndrom och psykisk stressrelaterad ohälsa

Traditionella modeller från stressforskningen som ofta lyfts fram vid studerandet av stress generellt, och som erhållit forskningsstöd, är kravkontrollmodellen och den s.k. effort-rewardmodellen. Kravkontrollmodellen beskriver en obalans mellan individens upplevda arbetskrav och egenkontroll av arbetsförhållandena som förklaring till utvecklandet av stress (Karasek & Theorell, 1990) medan effort-rewardmodellen framhåller obalans mellan insats och belöning som orsaksgivande (Siegrist 1996). För att förstå exakta orsaker till utbrändhet specifikt behövs dock fler studier (Kelloway & Day, 2005). Vanligt återkommande orsaksförklaringar är emellertid arbetssituationen, individuell känslighet, copingförmåga och socialt stöd. Upprepade omorganisationer på jobbet är även det en typisk bakgrundsfaktor (Åsberg m.fl., 2005), men även individuella faktorer såsom prestationsbaserad självkänsla har beskrivits då det noterats att personer med höga krav på perfektion funnits överrepresenterade i kliniska populationer (Hallsten, 2005). Drabbade beskriver ofta själva att arbetet haft en viktig roll i utvecklandet av tillståndet, men vid diagnostisering tar man inte hänsyn till huruvida stressen uppkommit genom arbetet eller inte (Åsberg m.fl.). Mashlash och Leiter (2001) har sammanfattat en modell över riskfaktorer i arbetet som föregår utbrändhet, vilken presenteras nedan. Samtliga områden fokuserar på interaktionen mellan individ och miljö och tonvikten ligger på individens upplevelse av arbetssituationen.

1. *Arbetsbelastning*. Hög arbetsbelastning i kombination med liten möjlighet till återhämtning är en välkänd riskfaktor för utvecklandet av utmattningssyndrom. Hög arbetsbelastning kan dels vara rent kvantitativ, dels bero på avsaknad av förmåga och/eller utbildning för att utföra sina arbetsuppgifter. Vidare har emotionellt arbete, d.v.s. arbeten som i huvudsak är människovårdande, visat sig vara extra känsligt att utföra utan möjlighet till återhämtning.
2. *Kontroll*. Bristande kontroll över det egna arbetet indikerar att individen saknar resurser för att utföra sitt jobb, alternativt har otillräckliga befogenheter att utföra sitt arbete på det sätt som hen själv anser vara mest effektivt. Vidare har rollkonflikter och otydlighet visat sig avgörande för upplevelsen av bristande kontroll.
3. *Belöning*. Belöningar kan bestå både av konkret lön och av sociala förstärkare så som att uppleva sig uppskattad av kollegor. Brist på erkänsla leder inte sällan till känslor av otillräcklighet och känsla av att vara oviktig. Upplevelsen av att belöningar och förstärkare inte står i relation till arbetsinsatsen har visat sig vara en betydande faktor för utvecklandet av utbrändhet.
4. *Arbetsgemenskap*. Mycket tyder på att stöd från arbetsledare, arbetskamrater och familjemedlemmar kan fungera som buffert mot yttre påfrestningar.

Social gemenskap behövs för att kunna dela upplevelser och få hjälp av andra. Socialt stöd och gemenskap bekräftar att individen är en del av en grupp med delad uppfattning av värderingar. Det är emellertid inte ovanligt att människor på arbetsplatser erbjuds inskränkta möjligheter till interaktion genom att isoleras från varandra.

6. *Rättvisa*. Trots att det finns begränsat med forskningsstöd för denna faktor har vissa studier kunnat visa att rättvisa är kritiskt för utvecklandet av utmattningssyndrom. Fynd har visat att möjligheten att uttrycka en egen ståndpunkt samt att besluten som fattas är rättvisa är viktigare än om ens egen vilja får gehör. Rättvisa kommunicerar respekt och bekräftar människors känsla av värde. En brist på rättvisa förekommer utbrändhet genom att det dels är emotionellt utmattande, dels kan bidra till cynism gentemot arbetsplatsen.
7. *Värderingar*. De värderingar som arbetsgivaren står för bör ligga nära arbetstagarens. Konflikt mellan den anställdes värdering och arbetsgivarens leder inte sällan till minskat engagemang och otillfredsställelse hos den anställda, som på sikt kan bidra till diverse symptom på utmattning. Otydlighet och dubbla budskap gällande värderingar, är vidare stressande för den anställda att förhålla sig till och ses som en riskfaktor.

Teamklimat och dess samband med kommunikation, psykisk ohälsa och utbrändhet

Teamklimat. Teamklimat har vanligen studerats i relation till innovation och kreativitet (se bland andra Ekvall, 1996; Länsisalmi och Kivimäki, 1999; Pirola-Merlo, Härtel, Mann & Hirst, 2002) och är nära sammankopplat med kommunikation. Exempelvis har man sett att arbetsgrupper inom sjukvården med välutvecklat teamklimat oftare utbyter arbetsrelaterad information och får feedback av varandra, samt spenderar mer tid till brainstorming. De har dessutom mer positiva känslor inför sitt arbete än arbetsgrupper med mindre fungerande teamklimat (Gent, Parry & Parry, 1998). Flertalet studier har även påvisat samband mellan teamklimat och psykisk ohälsa bland sjukvårdsanställda (Kivimäki m.fl., 2001; Revicki & May, 1989; Ylipaavalniemi m.fl., 2005), vilka redovisas närmare för under rubriken ”Teamklimat och psykisk ohälsa” (se nedan).

Teamklimat är ett begrepp med flera olika definitioner, där mönster av beteenden, attityder och värderingar som konstruerar en social enhet är en vanlig sådan (Eklöf m.fl., 2011). Anderson och West (1998) definierar teamklimat som de gemensamma uppfattningarna och tolkningarna av arbetsmiljön, som medlemmarna i teamet är överens om. De menar att ett bra teamklimat kännetecknas av ett tryggt deltagande där arbetsgruppens medlemmar uppmuntras att dela med sig av åsikter och idéer. Förekomsten av gemensamma mål och prioriteringar, praktiskt förutsättningar för att kunna samarbeta (exempelvis tid och rum) samt att nytänkande uppmuntras är vidare av vikt. Anderson och West (1998) har avgränsat begreppet teamklimat genom faktorerna ”participate safety”, ”vision”, ”task orientation” och ”support for innovation” och utifrån dem utvecklat skattningsinstrumentet Team Climate Inventory (TCI). Detta är ett instrument där individen skattar gruppen som hen är en del av. Deras modell är välanvänd då den visat sig kunna predicera arbetsgruppers innovationsförmåga (se bland andra Agrell & Gustavsson, 1994) samt kunnat kopplas empiriskt till olika hälsomått, bland annat till klinisk depression (Ylipaavalniemi m.fl., 2005). Dimensionen ”participate safety” (tryggt deltagande) är innehållsmässigt

starkast kopplad till kommunikation (Eklöf m.fl., 2011). För att ett tryggt deltagande skall uppnås krävs att arbetsmiljön uppfattas som interpersonellt stödjande. Gruppmedlemmarna skall känna att de kan föreslå nya idéer och bidra till problemlösning i en icke-dömande miljö. Vidare är interaktionsfrekvensen (eng. "interaction frequency"), hur ofta arbetsgruppen ses, innehållsmässigt kopplat till "participate safety". "Interaction frequency" har föreslagit användas som ensam faktor i Anderson & Wests modell, eftersom det då visat sig mer strukturellt intakt och mindre påverkbart av grad av komplexitet på arbetet (Kivimäki, Kuk, Elovainio, Thomson, Kalliomaki-Levanto Heikkilä, 1997). Tre enkla frågor för att mäta participate safety och interaction frequency (Eklöf, 2013) har i föreliggande studie använts för att mäta arbetsplatskommunikation. De övriga dimensionerna vision (mål), task orientation (uppgiftsorientering) samt support for innovation (stöd för nya idéer) rör bland annat målens tydlighet, arbetsgruppens engagemang inför uppgifterna samt graden av stöd för nya idéer. Dessa dimensioner är emellertid inte lika tydligt kopplade till kommunikation så som participate safety och interaction frequency (Anderson & West, 1998, Eklöf, 2011).

Teamklimat och psykisk ohälsa. Tidigare forskning har fokuserat mycket på traditionella faktorer så som krav, kontroll och stöd då olika typer av psykisk ohälsa studerats. Det finns dock en rad studier som lyfter fram andra faktorer som värdefulla, såsom teamklimat och kommunikation.

I en studie där 232 sjuksköterskor studerades fann man ett mönster där organisationsklimatet påverkade sjuksköterskornas stressupplevelse och följaktligen utveckling av depressiva symptom (Revicki & May, 1989). Liknande mönster har visats även då andra yrkesgrupper har studerats, bland annat i en finsk studie gjord på läkare. Studien visade att dåligt teamklimat (mätt med TCI) bidrog både till sjukfrånvaro och hälsoproblem, t.o.m. mer än traditionella psykosociala risker såsom överbelastning, jobbkontroll och hälsfaktorer, något som studiens författare menar är viktiga för att bredda förståelsen av sjukfrånvaro (Kivimäki m.fl., 2001). Vidare har man sett att psykosociala arbetsfaktorer, i synnerhet dåligt teamklimat, inte bara kunde associeras till, utan även predicera, klinisk depression bland sjukvårdsanställda. Vid kontroll för individuella faktorer såsom ålder, kön, inkomst, livsstilsfaktorer samt huruvida deltagaren uppvisade psykologiska stressymptom vid baslinjemätning, kvarstod sambanden mellan teamklimat och depression. Förvånande nog fann man inte lika starka associationer mellan depression och kontroll över arbetet, krav i arbetet och arbetsbelastning. Författarna konkluderade att teamklimatet bättre förutser depression än arbetets innehåll eller individuella faktorer hos medlemmarna (Ylipaavalniemi m.fl., 2005)

Även då tvärsnitt av totala populationssampel studerats har liknande mönster funnits. Vid studerande av 4209 anställda finländare fann man att fördomsfullt och spänt arbetsklimat (som korrelerade negativt med kommunikation och stöd) kunde associeras med högre risk för både psykiska och fysiska arbetsrelaterade symptom samt sjukfrånvaro, i jämförelse med ett avslappnat och stödjande klimat. Författarna föreslår att organisationsklimatet är viktigt att förbättra om man vill reducera arbetsrelaterad ohälsa och sjukfrånvaro (Piirainen, Räsänen & Kivimäki, 2003). Vidare har liknande studie på ett totalt populationssampel funnit att dåligt teamklimat på arbetet associerades både med klinisk depression och ångest, samt predicerade framtida användning av antidepressiva mediciner (Sinokki m.fl., 2009).

Andra studier har emellertid inte kunnat styrka liknande samband; bland annat visade en prospektiv studie på 4076 norska sjuksköterskor inga associationer mellan psykisk ohälsa (i denna studie mätt som depression och ångest) med varken

teamklimat, socialt stöd på arbetsplatsen eller feedback (Eriksen, Tambs & Knardahl, 2006).

Teamklimat och utbrändhet. Flera försök att specifikt studera utbrändhet (mätt med Mashlash burnout inventory) och dess prediktorer har genomförts. I en finsk longitudinell studie gjord på industriarbetare fann man att sociala processer på arbetet var avgörande för utvecklandet av utbrändhet. De starkaste prediktorerna för utvecklandet av utbrändhet var arbetsuppskattning, samarbete, stöd och feedback. Även personliga resurser så som självkänsla och känsla av kompetens visade sig viktiga då de med lägre självkänsla och känsla av kompetens påverkades mer av den yttre miljön än de med högre (Kalimo, Pahkin, Mutanen & Topipinen-Tanner, 2003). Även då tyska telecomanställda studerats fann man att brist på social stöd på arbetet och feedback, i kombination med höga arbetskrav, kunde predicera framtida utbrändhet (Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009).

Vidare fann Lasalvia med kollegor (2009) att arbetsgruppens sammanhållning kunde predicera utbrändhet då det i sämre sammanhållna grupper fanns högre risk för utvecklandet av utbrändhet. Sammanhållning definierades som medlemmarnas vilja att arbeta tillsammans och vilja slutföra uppgiften och gruppens mål. Att utveckla ett bra teamklimat är enligt studiens författare den viktigaste interventionen för att reducera utbrändhet – långt mycket viktigare än individuella faktorer hos medlemmarna av arbetsgruppen.

En prospektiv dansk studie gjord på välfärdsorganisationer kunde emellertid inte styrka samband mellan exempelvis socialt stöd på arbetsplatsen och utbrändhet. Resultaten visade istället att flera psykosociala arbetsfaktorer, bland annat rollkonflikter, rolloklarhet, predicerbarhet (att vara väl informerad om vad som händer på arbetet) och ledarskap spelade en viktig roll för utveckling av både utmattningssyndrom och sjukfrånvaro (Borritz m.fl., 2005; 2010).

Som litteraturgenomgången visar har tidigare forskning funnit samband mellan teamklimat och psykisk ohälsa, däribland utbrändhet (Borritz m.fl., 2005; 2010; Kalimo m.fl., 2003; Lasalvia, 2009). Ytterligare studier behövs emellertid för att styrka sambandet mellan teamklimat och psykiska hälsovariabler. Vidare har denna forskning inte i större utsträckning intresserat sig av de aspekter av teamklimat som specifikt handlar om kommunikation, något som dock föreliggande studie avser att göra.

Arbetsplatskommunikation

Kommunikation och teamklimat utgör en viktig del av arbetslivet; ledare och anställda influerar varandra dagligen genom reciproka kommunikationsprocesser (Grill, Ahlberg & Lindgren, 2011). Kommunikation har stor betydelse för verksamhet, arbetsmiljö och hälsa, inte minst inom vårdsektorn, där personer med olika yrken och erfarenheter behöver samordna sina insatser för att skapa gränser, definiera roller och lära av varandra (Döös, 2004).

Författaren och forskaren Willam Isaacs (2000) menar att organisationer som utvecklar förmågan att tänka och tala tillsammans blir bättre rustade för att lösa komplexa problem och anta nya utmaningar. Även Schein (1993) menar att kommunikation är av vikt då ett nytt behov av lärande och samarbete har uppstått i takt med att organisationer idag möter ökade krav på organisation, komplexitet och förändringar. Vidare pekar han på de problem som uppstått som en följd av detta; organisationer har varit tvungna att brytas ner till allt mindre grupper med

specialkunskap med sin kultur och sitt språk samtidigt som effektivitet i organisationer är starkt beroende av gemensam kommunikation mellan subgrupper för att få till stånd samarbete (Schein, 1993).

Isaacs begrepp dialog används ofta för att beskriva välfungerande kommunikation. Dialog innebär att gemensamt tänka och lära för att problemlösa och utveckla nya idéer, bland annat genom inställningen att den egna uppfattningen är föränderlig och påverkbar (Isaacs, 2000). Viktiga komponenter för dialog är att lyssna, respektera, avvakta och tala oförstått. Dialog skiljer sig från debatt och diskussion genom öppenhet och välkommandet av nya tankar och idéer. I debatt och diskussion är tvärtom målet att vinna och försvara åsikter. Vidare är utmärkande drag för dialog ett stödjande gruppklimat där gruppmedlemmarna genuint intresserar sig för varandra, något som gör att de på ett tryggt vis kan hantera svåra frågor utan att bli brända. Nörreklit och Schoenfeld (2000) har beskrivit dialog något mer konkret genom termerna tes, antites och syntes. Första steget för att få till stånd en dialog är att ena parten lägger fram sina idéer, en tes, och vid andra steget försäkras sig de inblandade om att de uppfattat tesen på samma sätt. Följaktligen presenterar en motpart sin syn på saken, en antites, vilket i sin tur mynnar ut i diskussion som leder fram till en gemensam ny förståelse, en syntes.

För att få till stånd god kommunikation krävs både strukturella förutsättningar och förmåga att kommunicera, lyssna och lära av varandra (Döös, 2004; Anderson & West, 1998). Thylefors (2007) menar att möjligheten för fantasier hos medarbetare ökar utan strukturella förutsättningar för kommunikation, något hon menar kan ge upphov till både syndabockar och oppositionella informella ledare (Thylefors, 2007). Vidare har man sett att träning i dialogisk kommunikation varit effektivt för att påverka kommunikationsklimatet på vårdarbetsplatser. Strukturella förutsättningar samt förmåga att kommunicera på ett bra sätt kan sammanfattningsvis antas vara av vikt för närvaro av gott teamklimat och god hälsa (Eklöf m.fl., 2011).

Bakgrund till föreliggande studie

Det finns ett behov av förenklade metoder för att mäta kommunikation, framför allt i stora befolkningsenkäter. KART-studien (förkortning för: Kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen) genomförd av Institutet för stressmedicin (ISM), är ett exempel på en sådan. I studien finns bland annat tre frågor avsedda att beröra kommunikationsrelaterade aspekter av teamklimat (hädanefter refererade till som kommunikationsfrågorna), vilka lyder enligt följande:

1. Man vågar vara öppen med vad man tycker och tänker.
2. Man lyssnar och låter varandra tala färdigt.
3. Vi har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör vårt arbete.

Kommunikationsfrågorna ligger teoretiskt relativt nära innehållet i det redan väl validerade frågeinstrumentet TCI. På grund av att det av utrymmesskäl är svårt att få plats med fullständiga frågeinstrument, såsom TCI, i stora befolkningsenkäter utformades kommunikationsfrågorna (Eklöf, 2013). Då ett kunskapsglapp har funnits för att förstå hur dessa förhållit sig till det redan etablerade måttet TCI, har detta testats i föreliggande studie, vilket redovisas för under rubriken Delstudie 1. Detta för att kunna göra kopplingar mellan resultat erhållna med den enklare metoden och

resultat erhållna med TCI-faktorerna. Ytterligare en studie där kommunikationsfrågorna använts, delstudie 2, har genomförts inom ramen för denna studie. Delstudie 2 motiveras utifrån litteraturgenomgången som pekar mot att kommunikation och teamklimat är viktigt för förståelsen av utmattningssyndrom och för att ett forskningsintresse finns både för att replikera sambanden utifrån en svensk sjukvårdspopulation, samt för att specifikt studera de aspekter av teamklimat som handlar om kommunikation.

Syften och frågeställningar

Delstudie 1. Syftet var att undersöka kommunikationsfrågornas kriterievaliditet. Frågeställningarna var:

1. Finns det samband mellan kommunikationsfrågorna och faktorn "participate safety" i TCI? I så fall, hur starka är de?
2. Finns det samband mellan kommunikationsfrågorna och faktorn "interaction frequency" i TCI? I så fall, hur starka är de?

Delstudie 2. Syftet var att undersöka samband mellan arbetsplatskommunikation och utmattningssyndrom bland sjukvårdsanställda inom Västra Götalandsregionen (VGR). Frågeställningarna var:

1. Finns det tvärsnitts- och longitudinella samband mellan arbetsplatskommunikation och måttligt till uttalat utmattningssyndrom?
2. Finns det en skillnad mellan personer som 2010 utvecklade respektive inte utvecklade måttligt till uttalat utmattningssyndrom beroende på hur arbetsplatskommunikationen skattades 2008?

Metod

Delstudie 1

Design. Studien var en tvärsnittsstudie med enkätmetodik. Respondenterna rekryterades genom bekvämlighetsurval.

Respondenter. Respondenterna för delstudie 1 (n=83) arbetade inom Försäkringskassan eller primärvården inom VGR och valdes utifrån ett bekvämlighetsurval. Primärvården bestod av en vårdcentral (n=15), en vårdcentral kombinerat med barnvårdscentral (n=9) och en tandvårdscentral (n=14) och 45 st arbetade inom Försäkringskassan. De vanligaste yrkesbefattningarna var anställda inom Försäkringskassan, tandsköterskor, sjuksköterskor och läkare. Av 57 respondenter arbetade 52 heltid och 5 deltid. De 26 resterande respondenterna fick inte frågan om heltid/deltid då frågan av misstag inte tillkom förrän efter utdelandet av de 26 första enkäterna. Respondenterna hade arbetat på sin nuvarande arbetsplats mellan "mindre än 1 månad" och "mer än 2 år" och medelåldern var 38,3 år (md=35,0, s=12,4).

Instrument. Enkäten som användes bestod av totalt 19 frågor och hade följande struktur:

1. Kommunikationsfrågorna, med fyrgradiga svarsalternativ (stämmer: mycket dåligt, ganska dåligt, ganska bra, mycket bra). De löd enligt följande:

- Man vågar vara öppen med vad man tycker och tänker (hädanefter förkortad: Trygg öppenhet).
- Man lyssnar och låter varandra tala färdigt (hädanefter förkortad: Tålmodigt lyssnande).
- Vi har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör vårt arbete (hädanefter förkortad: Arenor för kommunikation).

2. Kriterievariablerna, som hämtades från Agrell och Gustavssons svenska översättning av TCI (1994). Av dessa frågor mätte åtta av dem ”participate safety” (exempelvis “Vi delar med oss av information till alla i arbetsgruppen i stället för att hålla den för oss själva”) och fyra av dem ”interaction frequency” (exempelvis “Gruppmedlemmarna träffas ofta för att prata både formellt och informellt”). Svarsformatet för dessa frågor var femgradigt (mycket dålig, ganska dålig, varken bra eller dålig, ganska bra, mycket bra).

3. Övriga frågor som berörde arbetslängd på nuvarande arbetsplats, ålder, yrkeskategori samt om respondenten arbetade heltid eller deltid.

Kommunikationsfrågorna och kriterievariablerna föregicks av frågan ”Hur väl stämmer följande in på hur det är på Din arbetsplats”.

Tillvägagångssätt. Enkäter till de arbetsgrupper som valt att delta i studien delades ut av författaren till denna studie under december 2012 och januari 2013, vid ett tillfälle då så många som möjligt i arbetsgrupperna var samlade. Personal som inte kunde fylla i enkäten på plats hänvisades att skicka in enkäten vid ett senare tillfälle. Svarefrekvensen var hundraprocentig, dock hade inte studiens ansvariga full kontroll på det externa bortfallet eftersom enkäterna endast delades ut till anställda som var på plats vid utdelandet av enkäterna. Arbetsgrupperna informerades både muntligt och skriftligt om syftet med studien samt att deltagandet var frivilligt och anonymt.

Databearbetning. Sambandet mellan kommunikationsfrågorna och TCI-faktorerna analyserades genom att korrelera varje kommunikationsfråga för sig med TCI-faktorerna. Det interna bortfallet var som högst tre per fråga.

Korrelationsanalyserna beräknades med Pearson produktmomentkorrelation och för att bedöma styrkan hos korrelationerna användes Cohens riktlinjer: svag: $r = .10$ till $.29$; måttlig: $r = .30$ till $.49$; stark: $r = .50$ till 1.0 (Cohen 1988, refererad till i Pallant, 2007). Tvåvägsanalyser gjordes genomgående och signifikansnivån sattes till 5 % för samtliga analyser. Statistikbearbetningsprogrammet IBM SPSS Statistics, version 21 för Mac användes.

Delstudie 2

Respondenter. Datainsamlingen för delstudie 2 gjordes av ISM inom ramen för KART-studien som inleddes 2004 för att studera stressrelaterad psykisk ohälsa och dess samband med psykosocial miljö bland anställda inom VGR. Sedan dess har uppföljningar på samma sampel skett vartannat år, senast år 2010. Studiepopulationen för delstudie 2 bestod dels av respondenter som ursprungligen kontaktades 2004, och som svarat på uppföljningarna fram till 2010, dels av ett kompletterande urval från 2008 (tabell 1). Både respondenterna från 2004 samt det kompletterande urvalet bestod av personer som varit anställda i minst ett år och som jobbade minst halvtid. Samtliga var sjukvårdsanställda inom VGR vid centralkansliet, primärvård, sjukhus, eller tandvård. Det kompletterande urvalet från 2008 bestod av ett urval av män, yngre kvinnor och chefer (Hultberg, Hadžibajramović, Pettersson, Skagert & Ahlberg, 2011).

Det totala antalet deltagare, som delstudie 2 baserades på, var 2223, varav 801 kom från det kompletterande urvalet och 1422 hade varit med i studien sedan 2004. I föreliggande studie gjordes olika urval från det totala antalet deltagare beroende på frågeställning (tabell 1), enligt följande:

Frågeställning 1: *Finns det tvärsnitts- och longitudinella samband mellan arbetsplatskommunikation och måttligt till uttalat utmattningssyndrom?* Sjukskrivna exkluderades, varför 2008-års urval kom att bestå av totalt 2128 personer och 2010 års urval av 2153 personer.

Frågeställning 2: *Finns det en skillnad mellan personer som 2010 utvecklat respektive inte utvecklat måttligt till uttalat utmattningssyndrom, beroende på hur arbetsplatskommunikationen skattades 2008?* För att besvara denna fråga följdes personer utan måttligt eller uttalat utmattningssyndrom, sjukskrivna exkluderade, från 2008 till 2010 (n=1839). År 2010 användes de personer som vid mättillfället utvecklat måttligt eller uttalat utmattningssyndrom (grupp 1) samt de som inte utvecklat måttligt eller uttalat utmattningssyndrom (grupp 2). 2010 års urval kom därför att bestå av två grupper 164 respektive 1666 personer. Sjukskrivna inkluderades i dessa grupper.

Tabell 1.

Urvalen med avseende på kön, ålder och måttligt/uttalat s-UMS, angett i frekvenser och (procent)

| Frågeställning: År | Kvinnor | Män | Antal med måttligt/uttalat s-UMS | Ålder (m) | Ålder (sd) | Total |
|---------------------|-----------|----------|----------------------------------|-----------|------------|-------|
| Fråga 1: 2008 | 1689 (79) | 439 (21) | 250 (12) | 46 | 10,8 | 2128 |
| 2010 | 1713 (80) | 440 (20) | 294 (14) | 46 | 10,8 | 2153 |
| Fråga 2: 2008 | 1464 (80) | 375 (20) | 0 | 46 | 10,8 | 1839 |
| 2010 <i>grupp 1</i> | 139 (85) | 25 (15) | 164 | 46 | 10,3 | 164 |
| <i>grupp 2</i> | 1319 (79) | 347 (21) | 0 | 46 | 10,9 | 1666 |

Bortfallen bestod av personer som meddelade att de inte ville delta, inte svarade, bodde på okänd adress eller angav otydliga svar. ISM genomförde utförliga bortfallsanalyser på samplet från 2004, samtliga uppföljningar och på det kompletterande urvalet, som visade ett totalt mönster av ett större bortfall hos de med allvarigare stressrelaterade tillstånd. En slutsats ISM dragit av detta är att mätningar på dessa sample, gjorda på förändringar över tid, rörande psykisk stressrelaterad skulle kunna vara underskattade. Vidare var män överrepresenterade i bortfallen. För detaljerad bortfallsanalys se ISM-rapport 2,4,5 och 10 (Ahlborg m.fl., 2006; Ahlborg, Hadžibajramović, Hultberg, 2007; Hultberg, Hadžibajramović, Petterson, Ahlborg, 2009; Hultberg m.fl., 2011).

Instrument. I delstudie 2 användes kommunikationsfrågorna (för genomgång av dessa se under rubriken ”Instrument”, Delstudie 1) samt tre frågor som berörde s-UMS. Dessa ingick i KART-enkäten (inom ramen för KART-studien) som totalt bestod av 96 frågor rörande bland annat psykosocial arbetsmiljö (Hultberg m.fl., 2011).

För att uppfylla kriterierna för självskattat utmattningssyndrom (s-UMS) räknades samtliga tre frågor med underfrågor in (se bilaga 1). Måttligt s-UMS innebar dels att respondenten känt sig psykisk och/eller fysiskt utmattad under mer än två veckor samt att det tillskrevs till stressexponering, dels att respondenten upplevt fyra symptom till följd av detta (t.ex. koncentrations/minnessvårigheter, känslomässigt lättroddhet/lättirritation eller sömnproblem). Vidare skulle respondenten anse att besvären påtagligt försämrat välbefinnandet eller funktionsförmågan antingen i allra högsta grad eller något. För att uppfylla kriterierna för uttalat s-UMS gällde samma kriterier, med skillnaden att välbefinnandet eller funktionsförmågan hade påverkats i allra högsta grad (personlig kommunikation, Emina Hadžibajramović, statistiker ISM, 1 mars 2013). Datan hanterades slutligen som en dikotom variabel, där respondenten antingen uppfyllde kriterierna för måttligt/uttalat s-UMS eller inte.

Tillvägagångssätt. Respondenterna kontaktades av ISM i maj-juni 2004, 2006, 2008 och 2010 och valdes ut slumpmässigt genom personallistor som erhöles via organisationernas personalregister. Deltagare kontaktades via hemsända postenkäter med skriftlig information om studien samt en blankett för att ange om man inte ville delta. Två påminnelser sändes ut. Varje nyrekryterad person registrerades med en kodbeteckning för att möjliggöra uppföljning. Inkomna svar registrerades i databas på ISM (Ahlborg m.fl., 2006; Ahlborg m.fl., 2007; Hultberg m.fl., 2009; Hultberg m.fl., 2011). Samma tillvägagångssätt användes vid baslinjemätningen 2004, uppföljningarna samt det kompletterande urvalet. För mer detaljerad beskrivning av urvalsprocesserna se tabell 2.

Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg godkände KART-studien både 2004 och 2008 (Ahlborg m.fl., 2006; Ahlborg m.fl., 2007; Hultberg m.fl., 2009; Hultberg m.fl., 2011).

Tabell 2

Samplet och dess bortfall fr.o.m. baslinjemätningen 2004 till sista mätningen 2010, angett i frekvenser och (procent)

| | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 |
|-----------------|-----------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Utsända enkäter | 6000 | 3698 ^a | 2704 ^a , 1237 ^b | 3209 ^a |
| Bortfall | 2282 (38) | 562 (15) | 481 (18) | 986 (31) |
| Deltar | 3718 (62) | 3136 (85) | 3481 ^c (82) | 2223 (69) |

Not.

a. pga. att respondenter avlidit, utvandrat, haft skyddade personuppgifter, avslutat sin anställning eller meddelat att de inte vill vara med i studien har inte samtliga kontaktats vid uppföljande studie två år senare.

b. 1237 enkäter sändes ut till det kompletterande urvalet.

c. 801 av dessa kommer från det kompletterade urvalet som samlades in 2008, men som inte användes i analyser förrän 2010. Målet med det kompletterande urvalet var att fördubbla antalet män, utöka antalet yngre kvinnor samt öka antalet chefer.

Design. Den första frågan ”*Finns det tvärsnitts- och longitudinella samband mellan arbetsplatskommunikation och måttligt till uttalat utmattningssyndrom?*” besvarades genom att korrelera kommunikationsfrågorna med s-UMS-utfall, både vid 2008 och 2010 års mätning.

Den andra frågan ”*Finns det en skillnad mellan personer som 2010 utvecklat respektive inte utvecklat måttligt till uttalat utmattningssyndrom, beroende på hur arbetsplatskommunikationen skattades 2008?*” besvarades genom att följa kohorten av de som inte uppfyllde kriterierna för s-UMS år 2008 till år 2010. Kohorten kunde år 2010 delas upp i en grupp som utvecklat s-UMS och en grupp som inte gjort det. Dessa grupper jämfördes slutligen med avseende på 2008-års kommunikationsfrågor.

Databearbetning. För att beräkna tvärsnittssamband (fråga 1) användes Pearsons produktmomentkorrelation (punktbiseriell korrelation) och för att bedöma styrkan hos korrelationerna användes Cohens riktlinjer: svag: $r = .10$ till $.29$; måttlig: $r = .30$ till $.49$; stark: $r = .50$ till 1.0 (Cohen 1988, refererad till i Pallant, 2007). För att beräkna skillnader (fråga 2) användes oberoende t-test och för att beräkna effektstyrka användes Cohens kategorier enligt följande: liten= $.20$, måttlig= $.50$, stor= $.80$ (Cohen 1988, refererad till i Borg & Westerlund, 2006). Då variansen visade sig vara icke-homogen mellan de två grupperna användes värden som justerats för icke-homogen varians.

Tvåsidiga hypotesprövningar gjordes genomgående och signifikansnivån sattes till 5 % för samtliga analyser. Statistikbearbetningsprogrammet IBM SPSS Statistics, version 21 för Mac användes.

Resultat

Delstudie 1

Samband mellan kommunikationsfrågorna och TCI-faktorerna. Resultaten från de bivariata korrelationsanalyserna visade att det fanns statistiskt signifikanta, måttligt till starka, positiva samband mellan TCI-faktorerna och kommunikationsfrågorna. Frågorna Trygg öppenhet och Tålmodigt lyssnande visade sig ha starka samband med faktorn ”participate safety”, vilket tyder på god kriterievaliditet (tabell 3).

Tabell 3

Samband (r) mellan TCI-faktorerna ("participate safety" och "interaction frequency") och frågorna Trygg öppenhet, Tålmodigt lyssnande och Arenor för kommunikation

| | Trygg öppenhet | Tålmodigt lyssnande | Arenor för kommunikation |
|-------------------------|----------------|---------------------|--------------------------|
| "participate safety" | 0,533** | 0,613** | 0,380** |
| "interaction frequency" | 0,436** | 0,394** | 0,346** |

** $p < .01$.

Delstudie 2

1. *Finns det tvärsnitts- och longitudinella samband mellan arbetsplatskommunikation och måttligt till uttalat utmattningssyndrom?* Resultaten från de bivariata korrelationsanalyserna visade att det fanns statistiskt signifikanta, svaga, positiva samband mellan hur deltagarna hade svarat på samtliga kommunikationsfrågor och s-UMS. Sambanden såg likartade ut för år 2008 och år 2010. De longitudinella sambanden var något svagare än tvärsnittssambanden (tabell 4).

Tabell 4

Samband (r) mellan kommunikationsfrågorna och måttligt till uttalat s-UMS

| | | 2008 | 2010 |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | s-UMS (måttligt/uttalat) | s-UMS (måttligt/uttalat) |
| 2008 | Trygg öppenhet | 0,19** | 0,10** |
| | Tålmodigt lyssnande | 0,16** | 0,11** |
| | Arenor för kommunikation | 0,19** | 0,17** |
| 2010 | Trygg öppenhet | | 0,17** |
| | Tålmodigt lyssnande | | 0,15** |
| | Arenor för kommunikation | | 0,18** |

** $p < .01$.

2. *Finns det en skillnad mellan personer som 2010 utvecklade respektive inte utvecklade måttligt till uttalat utmattningssyndrom, beroende på hur arbetsplatskommunikationen skattades 2008?* Graden av arbetsplatskommunikation, mätt 2008 genom kommunikationsfrågorna, var lägre i gruppen som två år senare hade utvecklade måttligt eller uttalat s-UMS, än hos gruppen som inte gjort det. Skillnaderna var signifikanta. Effektstyrkan, d , var liten för frågan Trygg öppenhet

och Tålmodigt lyssnande, och stor för frågan om Arenor för kommunikation (tabell 5).

Tabell 5

Medelvärden (m), t-värden (t), frihetsgrader (fg) och effektstorlek (d) över kohort som var frisk år 2008, och som två år senare inte hade eller hade utvecklat måttligt eller uttalat s-UMS, med avseende på kommunikationsfrågorna år 2008

| | m (Ej utvecklat måttligt/uttalat s-UMS 2010) | m (utvecklat måttligt/uttalat s-UMS 2010) | t | fg | d |
|--------------------------|---|--|----------|-------|-------|
| Trygg öppenhet | 2,97 | 2,83 | -2,195* | 184,6 | -0,32 |
| Tålmodigt lyssnande | 2,98 | 2,78 | -3,341** | 183,3 | -0,49 |
| Arenor för kommunikation | 2,87 | 2,51 | -5,572** | 187,4 | -0,81 |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Diskussion

Resultatsdiskussion, delstudie 1

Syftet med delstudie 1 var att undersöka kommunikationsfrågornas kriterievaliditet. Resultaten visade att det fanns måttligt till starka positiva samband mellan TCI-faktorerna och kommunikationsfrågorna. Frågorna Trygg öppenhet och Tålmodigt lyssnande, som teoretisk var avsedda att spegla TCI-faktorn ”participate safety” visade starka samband utifrån Cohens riktlinjer, medan frågan om Arenor för kommunikation, som teoretiskt var avsedda att spegla TCI-faktorn ”interaction frequency”, uppvisade måttligt starka samband. Sammanfattningsvis uppvisade kommunikationsfrågorna Trygg öppenhet och Tålmodigt lyssnande acceptabel kriterievaliditet för användning i studier på gruppnivå, medan frågan Arenor för kommunikation inte uppvisade lika god sådan. Detta skulle kunna spegla att kriterievaliditet gentemot TCI för frågan Arenor för kommunikation kan ifrågasättas. Vad den frågan mäter är utifrån den slutsatsen fortfarande oklart. Sambandet kan å andra sidan ses som acceptabelt då det inte är att förvänta sig starkare samband vid enfrågevariabler.

Något som skulle kunnat påverka sambandens styrka i studien är att stickprovet inte helt avspeglat populationen och att det därför funnits en begränsad spridning i hur respondenterna svarat. Då ett bekvämlighetsurval gjordes för att rekrytera respondenter kan arbetsgrupper som valt att delta i studien tänkas vara extra välfungerande eller på något annat sätt avvika från populationen. Exempelvis var anställda inom tandvården inom VGR den enda grupp som mellan åren 2008-2010 uppvisade minskad stressrelaterad ohälsa (Hultberg m.fl., 2011). I samplet var 14 av 83 anställda inom tandvården. Detta bör beaktas vid tolkning av resultaten.

Implikationer, delstudie 1

Studien ger visst stöd för slutsatsen att de nya frågorna Trygg öppenhet samt Tålmodigt lyssnande kan fungera som surrogatmetoder för att mäta ”participative safety”. Frågan Arenor för kommunikation bör inte användas som surrogatmetod för att mäta ”interaction frequency”, vilket inte ska förväxlas med att frågan inte mäter något av vikt inför framtida studier. Resultaten är praktiskt viktiga resultat för ISM i deras fortsatta arbete med KART-studien. Frågorna kan även med fördel användas i andra studier, som saknar utrymme för fullständiga instrument så som TCI, som studerar både hälsomått, innovation och kreativitet, så som TCI använts traditionellt. Om utrymme och möjlighet finns att använda hela TCI bör dock detta göras i första hand, utifrån att ingen av kommunikationsfrågorna på ett fullständigt sätt motsvarar TCI.

Resultatsdiskussion, delstudie 2

Syftet med delstudie 2 var att undersöka samband mellan möjligheter till arbetsplatskommunikation och utmattningssyndrom bland sjukvårdsanställda inom VGR.

Tvärsnittsanalyser och longitudinella samband (fråga 1). Tvärsnittsanalyserna visade statistiskt signifikanta, svaga, positiva samband mellan samtliga kommunikationsfrågor och s-UMS, där sambanden var likartade 2008 och 2010. Resultaten är inte märkvärdiga och det bör noteras att den förklarade variansen är mycket liten för samtliga beräkningar. Sambanden är så pass små att inga avgörande slutsatser bör dras utifrån dem. Att arbetsplatskommunikation skulle ha större inverkan på s-UMS är kanske inte förväntat eftersom utvecklandet av utmattningssyndrom tidigare visat sig påverkas av flertalet variabler (Mashlash och Leiter, 2001).

Att de longitudinella sambanden i princip liknar tvärsnittssambanden, skulle kunna förstås genom att respondenternas svar inte är så påverkbara av dagsform eller andra faktorer, något som tyder på att sambandet mellan arbetsplatskommunikation och s-UMS är tidsmässigt oberoende av varandra.

Kohortstudien (fråga 2). Analyser visade att graden av arbetsplatskommunikation 2008 var lägre i gruppen som två år senare hade utvecklat måttlig eller uttalad utmattningssyndrom, än hos gruppen som inte gjort det. Skillnaderna var signifikanta och effektstorlekarna för de olika frågorna varierade mellan 0,32 och 0,81. Samtliga frågor (Trygg öppenhet, Tålmodigt lyssnande samt Arenor för kommunikation) visade sig sammanfattningsvis kunna predicera s-UMS två år senare.

Ett mycket intressant fynd från kohortstudien var att effektstorleken för Arenor för kommunikation (”Vi har tillräckliga möjligheter att prata om frågor som rör vårt arbete”) var 0,81 (stor effektstorlek enligt Cohens riktlinjer). Detta fynd säger något om hur vårdarbetet bör organiseras. Det är uppenbarligen mycket allvarligt att inte ha möjligheter att samtala med varandra om det gemensamma arbetet. Att exempelvis skära ned på gemensamma mötestider och arbetsplatsträffar är utifrån resultatet direkt förödande för anställdas välmående. Även de andra två frågorna, Trygg öppenhet (”Man vågar vara öppen med vad man tycker och tänker”) och Tålmodigt lyssnande (”Man lyssnar och låter varandra tala färdigt”) visade sig kunna predicera

utmattningssyndrom, dock med effektstorlekar i Cohens mått benämnda som små. Det är emellertid också ett praktiskt viktiga resultat som tyder på att även kvalitén på kommunikationen är av vikt för sjukvårdsanställdas mående.

Att kommunikation visade sig ha så stor effekt på utvecklandet av utmattningssyndrom är något oväntat då utbrändhet i litteraturen beskrivs ha en multifaktoriell etiologi (Åsberg m.fl., 2005). Resultatet går emellertid i linje med tidigare studier som visat att inte endast traditionella faktorer som exempelvis krav & kontroll samt överbelastning är predicerande för hälsoproblem, utan även teamklimat och kommunikation (Kivimäki m.fl., 2001; Ylipaavalniemi, m.fl., 2005). Det är dock möjligt att kvaliteten på kommunikationen på arbetsplatsen orsakas av delvis samma faktorer som orsakar utmattningssyndrom. Exempelvis kan det vara så att på arbetsplatser där kravnivåerna är höga och kontrollnivåerna låga (två kända orsaker till stress) finns sämre möjligheter att kommunicera. Personer som upplever hög stress och höga krav orkar kanske inte kommunicera i samma utsträckning som under bättre förutsättningar. Det skulle å andra sidan kunna vara så att kommunikation dämpar krav-och stressnivåer genom att individen genom kommunikation upplever en ökad kontroll över sin arbetssituation. På samma sätt skulle kommunikation kunna moderera rollkonflikter och rolloklarheter, samt bidra till mer positiv arbetsgemenskap och möjlighet att få uttrycka sin egen ståndpunkt. Dessa faktorer har tidigare visat sig viktiga för att motverka utbrändhet (Mashlash & Leiter, 2001).

Vad som även kunnat inverka på resultaten av delstudie 2 är att primärvårdsreformen sedan 2008 genomförts (Hultberg m.fl., 2011). Tidigare studier har visat att kommunikation under förändring är av vikt för att individer skall uppleva förändringen som positiv (Nelissen & Van Selm, 2008). Införandet av primärvårdsreformen kan antas vara en förändring där närvaro av kommunikation och information påverkat individens välmående mer än vad det skulle gjort under en mer stillsam period.

Sammanfattningsvis kan kommunikation utifrån resultaten bedömas kunna påverka utvecklingen av utmattningssyndrom, framför allt utifrån resultaten av kohortstudien. Det är dock inte möjligt att genom föreliggande studie exakt avgöra hur. En multivariat modellering av sambanden mellan arbetsförhållanden och individfaktorer å ena sida och UMS å den andra skulle kunna ge indikationer rörande den relativa betydelsen av kommunikationsförutsättningarna respektive andra möjliga orsaker till utmattningssyndrom.

Nämnda brister bör beaktas vid tolkning av resultaten.

Implikationer, delstudie 2

Resultat pekar mot att kommunikation och teamklimat är av vikt för förståelsen av utmattningssyndrom. Kommunikation, där avsaknad av öppenhet, trygghet i deltagande samt möjligheter att kommunicera arbetsrelaterade frågor föreligger, kan utifrån resultaten predicera för utvecklandet av utmattningssyndrom. Utbrändhet har visat sig kunna leda både till långtidssjukskrivningar (Borritz m.fl., 2010) och försämrade arbetsprestationer och behandlingsutfall (Priebe m.fl., 2004) varför utvecklandet av välfungerande arbetsplatskommunikation bör ses som en viktig åtgärd för att förbättra vårdarbetet samt minska lidande både hos anställda och patienter.

Framtida forskning och avslutande kommentar

Framtida forskning bör replikera sambanden som föreliggande studie funnit mellan kommunikation och utmattningssyndrom, med fördel utifrån en multivariat modellering. Intressant hade även varit att genom kontrollerade randomiserade studier undersöka om träning i arbetsplatskommunikation, både vad gäller kvalitet på kommunikation samt utökade möjligheter till kommunikation, kan förbättra kommunikationen samt om förbättrad arbetsplatskommunikation kan påverka personer med utmattningssyndrom eller stressymptom mot bättre mående. Detta då det är av vikt att begreppet kommunikation bryts ned och konkretiseras för organisationer och arbetsgrupper. Kommunikation handlar inte bara om att prata med varandra. Snarare är kvalitén på kommunikationen - att lyssna, vara beredd att tänka om och att uppleva trygghet i deltagandet, det som är av värde. Samt insikten att detta inte kan uppnås utan att tidsmässiga och rumsliga möjligheter till kommunikation upprättas.

Generaliseringar från delstudie 2 bör endast göras till anställda inom sjukvården. För att generalisera till andra organisatoriska miljöer bör dessa sektorer enskilt studeras då olika stressorer kan tänkas spela roll beroende på kontext. Kommunikationsaspekterna Trygg öppenhet, Tålmodigt lyssnande och Arenor för kommunikation är rimligen av extra stor vikt inom vården där produkten består av människor som väcker känslor, på gott och på ont. Dessutom är arbetsgrupper inom vården ofta multiprofessionella, och därför med stort behov av organisering och koordinering (Thylefors, 2007).

Slutligen bör nämnas att totalt 18 signifikansprövningar redovisas för i resultatsavsnittet. Läsaren bör därför ha masssignifikansproblemet i åtanke eftersom det finns stor sannolikhet att något av resultaten blivit signifikant av en slump.

Referenser

- Agrell, A., & Gustafson, R. (1994). The team climate inventory (TCI) and group innovation: a psychometric test on a Swedish sample of work groups. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 143-151.
- Ahlborg, G., Hadžibajramović, E., Hultberg, A. (2007). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland*. (ISM-rapport 4).
- Ahlborg, G., Ljung, T., Swan, G., Glise, K., Jonsdottir, I., Hadžibajramović, E., Währborg, P. (2006). *Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län*. (ISM-rapport 2).
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J., & Lonnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 185-193.
- Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behaviour*, 19, 235-258.
- Borg, E & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.
- Borritz, M., Bultmann, U., Rugulies, R., Christensen K.B., Villadsen, E., & Kristensen, T.S. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for

- burnout: findings from 3-year follow up of the puma study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 1015–1025.
- Borritz, M., Christensen, K.B., Bultmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Andersen, I., Villadsen, E., Diderichsen, F., & Kristensen, T.S. (2010). Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the danish puma study among human service worker. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 964-970.
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1-and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17, 471-476.
- Duijts, S. F., Kant, I., Swaen, G. M., van den Brandt, P. A., & Zeegers, M. (2007). A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 1105-1115.
- Döös, M. (2004). Arbetsplatsens relationik – om vardagens lärande och kompetens i relationer. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 10, 77-93.
- Eklöf, M. (2013). *Statistisk dimensionlighet och reliabilitet hos tre frågor avsedda att mäta aspekter av arbetsplatskommunikation*. Opublicerat manus, Göteborgs Universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Eklöf, M., Ahlborg jr G., Grill, C., Grimby-Ekman, A., Lindgren, E-K, Wikström, E. (2011). *Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik*. (ISM-rapport 11).
- Ekvall, G. (1996). Organizational climate for creativity and innovation. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 105-123.
- Eriksen, W., Tambs, K., & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6, 290.
- Gent, L., Parry, A. E., & Parry, M. E. (1998). The high-cooperation hospital project team. *Team Performance Management*, 4, 253-268.
- Glise, K., Hadzibajramovic, E., Jonsdottir, I. H., & Ahlborg Jr, G. (2010). Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83, 511-520.
- Glise, K & Palmgren, Å. (2004). Utmattningssyndromet – klinisk bild och terapi. *Läkartidningen*, 101, 1202-1206.
- Grill, C., Ahlborg, G., & Lindgren, E. C. (2011). Valuation and handling of dialogue in leadership: A grounded theory study in Swedish hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 25, 34-54.
- Hallsten, L., Josephson, M., & Torgén, M. (2005). *Performance-based self-esteem: a driving force in burnout processes and its assessment*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hultberg, A., Hadzibajramović, E., Pettersson, S., Ahlborg, G. (2009). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland*. (ISM-rapport 5).
- Hultberg, A., Hadzibajramović, E., Pettersson, S., Skagert, K., Ahlborg, G. (2011). *KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen*. (ISM rapport 10).
- Isaacs, William (2000): *Dialogen*. Stockholm: Bookhouse Publishing AB.
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum*. Avesta: Bonnier.
- Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P., & Topipinen-Tanner, S. (2003). Staying well or

- burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, 17, 109-122.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: what we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37, 223.
- Kivimäki, M., Kuk, G., Elovainio, M., Thomson, L., Kalliomäki-Levanto, T., & Heikkilä, A. (1997). The team climate inventory (TCI)—four or five factors? testing the structure of TCI in samples of low and high complexity jobs. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 375-389.
- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., & Firth-Cozens, J. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 361-366.
- Lansisalmi, H., & Kivimäki, M. (1999). Factors associated with innovative climate: what is the role of stress? *Stress and Health*, 15, 203-213.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Bertani, M., Bissoli, S., Cristofalo, D., Marrella, G., & Ruggeri, M. (2009). Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *British Journal of Psychiatry*, 195, 537-544.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (1999). *Sanningen om utbrändhet: Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och Kultur
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Nelissen, P., & van Selm, M. (2008). Surviving organizational change: how management communication helps balance mixed feelings. *Corporate Communications: An International Journal*, 13, 306-318.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2009). Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the swedish wolf study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 51-55.
- Nörreklit, H., & Schoenfeld, H. M. W. (2000). Controlling multinational companies: an attempt to analyze some unresolved issues. *International Journal of Accounting*, 35, 415-430.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival manual. A step to step guide to data analysis using SPSS for Windows*. New York: Open University Press.
- Piirainen, H., Räsänen, K., & Kivimäki, M. (2003). Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 175-184.
- Pirola-Merlo, A., Härtel, C., Mann, L., & Hirst, G. (2002). How leaders influence the impact of affective events on team climate and performance in R&D teams. *Leadership Quarterly*, 13, 561-581.
- Priebe, S., Fakhoury, W., White, I., Watts, J., Bebbington, P., Billings, J., & Wright, C. (2004). Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *British Journal of Psychiatry*, 185, 306-311.
- Revicki, D. A., & May, H. J. (1989). Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. *Behavioral Medicine*, 15, 30-36.
- Riksförsäkringsverket (2002:16). *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete*. RFV analyserar. (Riksförsäkringsverket 2002:16). Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job

- demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schein, E. H., 1993. On Dialogue, Culture, and Organizational Learning. *Organizational Dynamics*, 22, 40-51.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Klaukka, T., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2009). The association between team climate at work and mental health in the Finnish Health 2000 Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(8), 523-528.
- Skagert, K., Dellve, L., Eklöf, M., Pousette, A., & Ahlberg Jr, G. (2008). Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Applied Ergonomics*, 39, 803-811.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningssyndrom: stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stefansson, C. G. (2006). Major public health problems—mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 87-103.
- Thylefors, I. (2007). *Ledarskap i human service organisationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ylipaavalniemi, J., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Järvinen, L., & Vahtera, J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social Science and Medicine*, 61, 111-122.
- Åsberg, M., Nygren, Å., Herlofson, J., Rylander, G., & Rydmark, I. (2005). Utmattningssyndrom. I Ekman, R., Arnetz, B. (Eds), *Stress* (2nd ed., pp. 224-231). Stockholm: Liber AB.

Bilaga I

1. Har Du nu känt Dig psykiskt och/eller fysiskt utmattad under mer än två veckor?

Nej

Ja

Om Du svarat Ja – Anser Du att denna utmattning beror på att Du varit utsatt för stress under lång tid, dvs. att Du varit utsatt för stor påfrestning eller upplevt Dig pressad under 6 månader eller mer?

Nej

Ja

Om du svarat Ja – Beror detta huvudsakligen på förhållanden i:

Arbetet

Privatlivet

Ungefär lika mycket på arbetet som privatlivet

2. Har du under de senaste två veckorna upplevt:

- | | | |
|--|----|-----|
| a. koncentrations- eller minnessvårigheter? | Ja | Nej |
| b. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress? | Ja | Nej |
| c. Att Du varit känslomässigt lätttrörd eller lättirriterad | Ja | Nej |
| d. Problem med sömnen? | Ja | Nej |
| e. Att Du känt Dig kroppsligt svag eller lättare uttröttad? | Ja | Nej |
| f. Kroppsliga besvär som smärtor/värk, ont i bröstet, hjärklappning, besvär från mage eller tarm, yrsel eller ökad ljudkänslighet? | Ja | Nej |

3. Har ovanstående besvär (fråga 1-2) påtagligt försämrat Ditt välbefinnande och/eller Din funktionsförmåga (arbetsförmåga, familjeliv, fritidsaktiviteter eller i andra viktiga avseenden)?

Ja, i allra högsta grad

Ja, något

Nej, inte alls