



HÄLSOSPÅRET

Förkortad slutrapport

SAMMANFATTNING

Genom detta pilotprojekt i äldreomsorgen har vi kunnat minska medarbetarnas stressnivå och öka deras hälsa. Långtidssjukskrivningarna har minskat för berörda grupper.

Yvonne Norlén
Processledare



Innehåll

Sammanfattning	3
1 Pilotprojektet Hälsospåret.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.1.1 Långtidssjukskrivningar en jämställdhetsfråga.....	6
1.1.2 Har vi råd att inte sätta in tidiga insatser?	9
1.2 Program i mindfulnessbaserad stressreduktion	10
1.3 Medicinsk yoga	10
1.4 Coaching	11
2 Metod.....	13
2.1 Kursöversikt i Hälsospåret	13
2.2 Struktur och metod för mindfulnessbaserat stressreduktionsprogram	13
2.2.1 MBSR-programmet har följande upplägg.....	14
2.2.2 MBSR-programmets egenskaper	14
2.2.3 Baskvalifikationer för MBSR-kursledare enligt UMASS.....	15
2.3 Seminarieämnen i Hälsospåret	15
2.4 Fysisk aktivitet i Hälsospåret	15
2.5 Urval.....	16
2.5.1 Medarbetare i långtidssjukskrivning, stressrelaterade sjukdomar ...	16
2.5.2 Medarbetare som av chefer/HR identifieras vara i riskzonen för att drabbas av långvarig ohälsa	16
2.5.3 Tillhör ej målgruppen, kontraindikationer	16



2.6	Mätmetoder	17
3	Resultat	18
3.1	Uppskattning kring kostnad av sjukskrivning	21
3.2	Uppskattning av sjukfrånvarokostnader för grupp 1 och 2	25
3.3	”Närvarokostnader” vid psykisk ohälsa	31
4	Diskussion	33
4.1	Processledarens förslag på åtgärder	35
5	Källförteckning	36



Sammanfattning

Långvarig stress och dess följsjukdomar är ett snabbt växande problem i Sverige och övriga Europa med stigande sjuktal, stora kostnader för arbetsgivare och samhälle och ett stort personligt lidande. Mindfulnessbaserad stresshantering, medicinsk yoga, fysisk aktivitet, psykoedukation och coachande samtal har tidigare visat sig effektivt mot långvarig stress. Hälsospåret har varit ett tio veckor långt program för personal i äldreomsorgen i stadsdelen Norra Hisingen, där deltagarna har träffats en gång i veckan under en fyra timmar lång gruppträff. Basen i programmet har varit mindfulnessbaserad stresshantering, därutöver har deltagarna aktivt deltagit i olika seminarier med ämnen som rör friskvård och personlig utveckling. De har också fått två individuella coachingsessioner.

Under projektperioden har fyra grupper deltagit i programmet. Målgruppen har varit personer som lider av stressrelaterade sjukdomar som antingen har varit i sjukskrivning eller bedömts vara i riskzonen för sjukskrivning. Enhetscheferna har valt ut deltagarna som bedömts vara lämpliga för interventionen. Sammanlagt har 40 personer fullföljt Hälsospårets program varav 38 var kvinnor och 2 män. Av de 40 deltagare som fullföljde kursen var det 38 undersköterskor, en biståndshandläggare och en sjuksköterska. 18 undersköterskor var från ordinarie boende och 20 från särskilt boende.

Mindre stress och mer välbefinnande

Den här pilotstudien har visat att deltagarna, efter deltagande i Hälsospåret upplever mindre stress i vardagen och att de har fått verktyg att hantera stressfulla situationer såväl på arbetet som i privatlivet. Vid uppföljningsträffarna anger de att de har fortsatt nytta av sina nya färdigheter. Deltagarna har varit mycket nöjda med programmet och upplever att de mår bättre och fått en personlig utveckling.

Tydlig påverkan på hälsan

Det psykometriska testet DASS visar att Hälsospåret har haft en signifikant påverkan på deltagarnas psykiska hälsa när det gäller depression, ångest och stress. Efter programmet har de normala nivåer på depression, ångest och stress. Via det psykometriska testet KIMS har vi mätt de färdigheter som man tillgodogör sig vid regelbunden mindfulnesssträning såsom att observera utan att värdera eller döma, beskriva utan att värdera eller döma, agera med medvetenhet, acceptans utan att döma. Deltagarna har förbättrat sina färdigheter signifikant.

Deltagarnas chefer uppger i djupintervjuer att de observerar positiva förändringar av deltagarna när det gäller deras stressnivå, sätt att tänka och resonera. Sjuktalet har minskat och arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro har minskat.



1 Pilotprojektet Hälsospåret

Hälsospåret är ett pilotprojekt inom projektet Den Visa Organisationen som ska fånga upp dem som är långtidssjukskrivna eller i riskzonen för att bli sjukskrivna. Projektet är finansierat av Europeiska Socialfonden. Programmet är en kombination av mindfulnessbaserad stressreduktion, individuella coachingsamtal, massageterapi och seminarier med fokus på välmående. Under Hälsospårets verksamhet under 2016 och 2017 har fyra grupper erbjudits programmet och deltagarna har arbetat vid både ordinärt boende (hemtjänst) och särskilt boende. Programmet sträcker sig över tio veckor.

1.1 Bakgrund

Kommunala verksamheter har höga krav på att leverera sina tjänster med hög kvalitet samtidigt som de ska vara kostnadseffektiva. Verksamhetens kvalitet är avhängig personalens kunskap och förmåga att utföra tjänsterna då verksamheten är personalintensiv.

Enligt Försäkringskassan 2016 ökar sjukskrivningar på grund av reaktioner på svår stress mest av alla anledningar till sjukskrivning (Försäkringskassan Psykisk ohälsa 2016:2). Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken och för kvinnor var det så redan 2011. 49 procent av de startade sjukfallen med psykiatrisk diagnos 2015 var anpassningsstörningar och stressreaktioner, vilket är den mest förekommande psykiatriska diagnosen. Denna diagnos var också den som ökade allra mest mellan 2010 och 2015, från 31 000 till 68 000. Det är en ökning med 119 procent som är lika stor för kvinnor som män men antalet kvinnor i sjukskrivning är större. Diagnosen ”Anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress” är enligt Försäkringskassan ett samlingsnamn på psykiatriska diagnoser orsakade av yttre händelser. Inom diagnosen ryms tillstånd som anpassningsstörning till följd av förändrade livsomständigheter eller en belastande livssituation, akut stressreaktion till följd av traumatiska livshändelser, posttraumatiskt stressyndrom samt utmattningssyndrom. De två senare diagnoserna leder i högre grad till nedsatt arbetsförmåga.

Medianen för antalet sjukskrivningsdagar för personer med psykiatrisk diagnos är 75 dagar. För personer med underdiagnosen utmattningssyndrom kan de bli mycket längre.

Långvarig stress utan möjlighet till återhämtning leder till ohälsa men kan yttra sig på olika sätt. Vanliga symptom är huvudvärk, influensaliknande symptom, muskelvärk, ökad puls och blodtryck, sömnsvårigheter, irritation och intolerans (Gura 2002; Schneiderman et al 2005). I längden kan det leda till utmattningssyndrom, ångest, depression, försämrat immunförsvar, magproblem, hjärt- och kärlsjukdomar,



relationsproblem och familjeproblem (Netterström 2004; Coyl et al 2002; Cohen et al 1991).

Utmattningssyndrom är en svår och långvarig sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga under lång tid. Samsjukligheten är stor, vilket innebär att personer som lider av utmattningssyndrom även diagnosticeras för andra tillstånd, många lider även av depression och ångest (Stressmedicinska Institutet). Somatiska problem såsom huvudvärk, värk i muskler och leder, högt blodtryck och energilöshet är också vanliga. Kognitiva funktionsproblem är vanliga och långvariga såsom kort arbetsminne, svårt att bibehålla uppmärksamhet och bearbeta information. Komplexa exekutiva funktioner där både snabbhet och uppmärksamhet krävs är avsevärt försämrade (Jonsdottir 2013).

I en reportageserie i Göteborgs-Posten under 2016 utmålas Göteborgs Stad som den sjukaste staden i Sverige. Påståendet är baserat på statistik över sjuktalen hos de anställda i Göteborgs Stad. Stadsdelsförvaltningarna i Göteborgs Stad har högst sjukfrånvaro i landet med Angered som sjukast, Askim-Frölunda-Högsbo på andra plats och Centrum som trea. Under 2015 uppgick sjuklönekostnaderna i Göteborgs Stad till 400 miljoner kronor. För Göteborgs Stad var den totala sjukfrånvaron 8,7 procent, för Angered 10,5, Askim-Frölunda-Högsbo 10,0, Centrum 9,8 och Norra Hisingen 8,7 procent. I Stockholm låg sjukfrånvaron på 7,3 och i Malmö 7,0 procent.

Enligt Göteborgs Stad fortsätter sjuktalen att öka, mellan 2015 och 2016 ökade stadens kostnader för sjukrivningar med 22 procent. Kostnaderna för ohälsa hos medarbetare uppgick för 2016 till 531 miljoner kronor. Den största sjukfrånvaron finns bland de kvinnodominerade yrkena.

Enligt Arbetsmiljöverket 2016 uppgår 11,2 procent av alla anställda i Sverige att de under senaste året har haft stressrelaterade besvär och psykiska påfrestningar orsakade av arbetet.

Psykisk ohälsa leder även till korttidsfrånvaro. I en studie uppskattas korttidsfrånvaron beroende på psykisk ohälsa till 6,6 procent av den totala korttidsfrånvaron år 2015 (Proactive Health Partner). I procent av totala antalet korttidssjukdagar. Underlaget bygger på 87 859 rapporterade sjukfall under 2013-2014.

Högst risk att drabbas löper personer verksamma i kontaktyrken inom kommun- och landstingssektorn. På fem år har de långa sjukfallen fördubblats inom denna grupp. Det framgår av AFA Försäkrings delrapport 2015 "Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg". Med kontaktyrken menas till exempel sjuksköterskor, barnmorskor, socialsekreterare, undersköterskor och förskollärare. Det är vård, skola och omsorg och det är sektorer där 80 procent av de anställda är kvinnor. Högst risk att



drabbas av en långvarig sjukskrivning med en psykisk diagnos finns inom yrkesgruppen socialt arbete. Till denna yrkesgrupp hör bland andra socialsekreterare, kuratorer och psykologer. Näst högst risk finns bland förskollärare och fritidspedagoger.

Risikfaktorer på arbetet enligt Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd är:

- Höga krav med små kontrollmöjligheter (job strain, spänt arbete)
- Obalans mellan ansträngning och belöning
- Orättvisa och medarbetaren upplever att man inte tar tillvara hans kompetens och potential
- Rollkonflikter, mobbning och katastrofupplevelser
- Rationaliseringar, anställningsform, yrke

Sämre psykosocial arbetsmiljö är en av orsakerna till att anställda i kontaktyrken har högre sjukfrånvaro, exempel på det är hög press, låg belöning, lågt socialt stöd och konflikter.

I en studie med 2 460 kommunalanställda hade 17 procent hög risk för utmattning, 32 procent av de tillfrågade hade ett spänt arbete (Garberg & Jansson 2015).

Enligt European Agency for Safety and Health at Work, leder stress på arbetet till minskad produktivitet, sjukfrånvaro, olyckor, sämre bedömningsförmåga, ökade fel, relationsproblem och ökade konflikter, ökade alkohol- och drogproblem.

Kostnaderna för stress är stora för individen, arbetsgivaren och framförallt för samhället i stort. I EU uppskattas kostnaderna för stress till 920 miljarder euro (Mino et al 2006). Därtill kommer det stora personliga lidandet av att ha drabbats av psykisk och fysisk ohälsa på grund av långvarig stress.

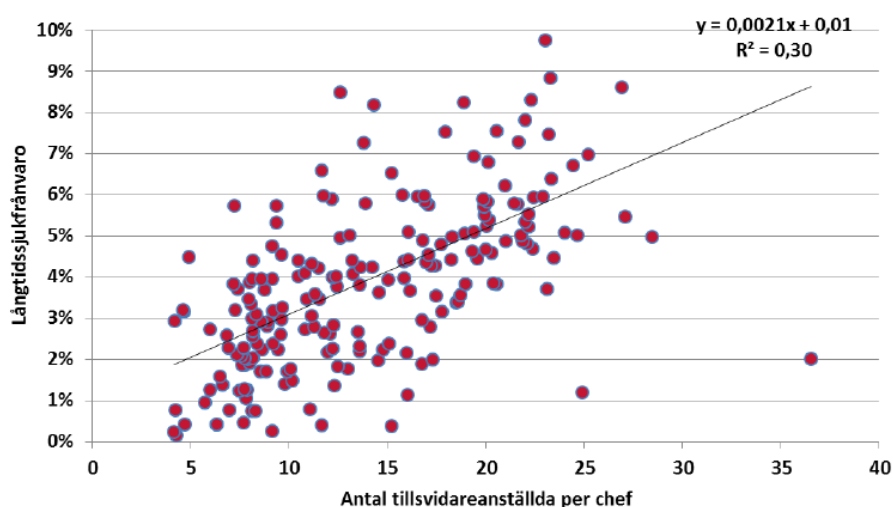
1.1.1 Långtidssjukskrivningar en jämställdhetsfråga

Arbetsmiljöverket undersökte 2016 de bakomliggande orsakerna till att kvinnor i större utsträckning än män drabbas av arbetsrelaterad ohälsa. Arbetsmiljön och arbetsvillkoren skiljer sig mellan kvinnodominerade och mansdominerade arbetsplatser. Det är inte så att kvinnor har en lägre förmåga att hantera stress utan riskerna är olika.

Arbetsmiljöverket studerade hemtjänst och tekniska förvaltningar i 59 kommuner. Chefstätteten skiljer sig åt mellan teknisk förvaltning och inom hemtjänsten. På de tekniska förvaltningarna hade varje chef i genomsnitt 10 underställda, inom hemtjänsten hade varje chef i genomsnitt 35 underställda plus att de hade en sämre administrativ avlastning. I Göteborgs kommun har hemtjänstens chefer i snitt 37 underställda medan chefer inom teknisk förvaltning har 15. När kraven på en ledare blir alltför stora slår det tillbaka på andra nivåer där ledaren inte kan ge det stödet som medarbetarna behöver.

En dominoeffekt kan inträffa med allt fler sjukskrivningar. Mot denna bakgrund är det viktigt att arbetsledarna inte har alltför många underställda.

Anställda per chef och långtidssjukfrånvaro hänger ihop!
Två enheter med 10 anställda blir 19,5 om de slås ihop. En halv extra blir sjukskriven. Alltså $10 + 10 = 19,5$



Varje cirkel representerar ett företag.

Källa: Nyckeltalsinstitutet 2012

Enligt Nyckeltalsinstitutet är det en mycket hög samvariation mellan korttidssjukfrånvaron för kvinnor och män, det vill säga om kvinnor har hög korttidssjukfrånvaro så har också män hög korttidssjukfrånvaro och tvärtom.

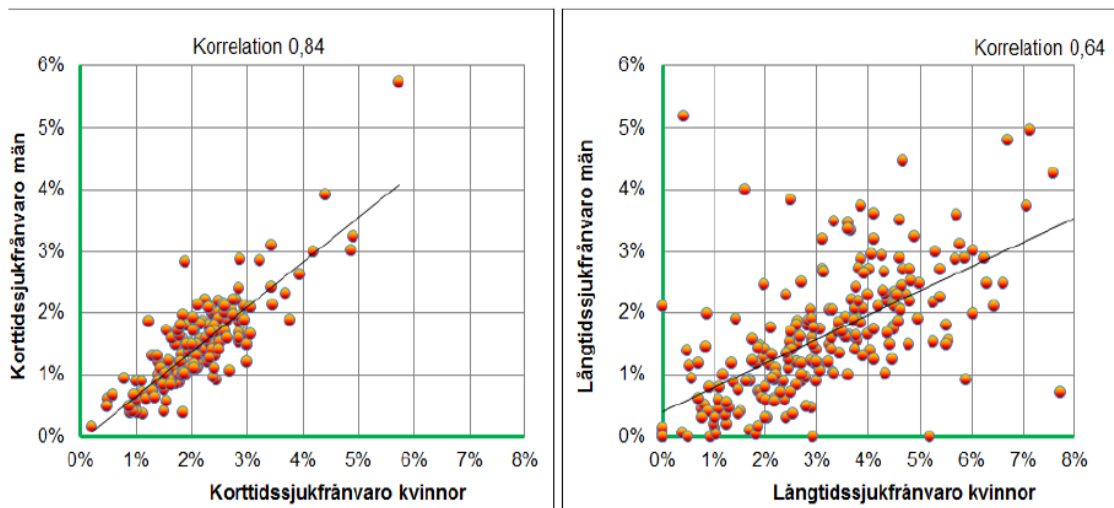
Nyckeltalsinstitutets statistik visar att 50 procent av korttidssjukfrånvaron förklaras av storleken på arbetsgrupper (ju fler anställda per chef desto högre korttidssjukfrånvaro), övertid (ju mer övertid, desto högre korttidssjukfrånvaro) och hur många som arbetar på obekväm arbetstid (ju mer obekväm arbetstid, desto högre korttidssjukfrånvaro).

Nyckeltalsinstitutet menar att korttidssjukfrånvaron till ganska stora delar är en fråga om arbetsmiljö. Om det går att organisera verksamheten i små arbetsgrupper, med lite övertid och inga obekväma arbetstider så finns det troligen goda förutsättningar att få låg korttidssjukfrånvaro. En könsskillnad som kan knytas till korttidssjukfrånvaro är att ju högre lön kvinnor har jämfört med män, desto lägre korttidssjukfrånvaro har kvinnor, jämfört med män.

Kvinnor har, i genomsnitt, dubbelt så hög långtidssjukfrånvaro som män. Det gäller i alla branscher. Notera att nivån på långtidssjukfrånvaron varierar stort. Den är i genomsnitt högre i kommuner och landsting än i statliga myndigheter.

Förutom könsskillnaden, som är den enskilt största faktorn, finns en stark samvariation med heltidstjänster. I verksamheter där kvinnor har heltidstjänster i stor omfattning är långtidssjukfrånvaron lägre. Ju större andel heltidstjänster, desto lägre långtidssjukfrånvaro. Även övertid och lön har ett visst samband med långtidssjukfrånvaro. Ju mer övertid, desto högre långtidssjukfrånvaro och ju högre lön desto lägre långtidssjukfrånvaro. De senare sambanden, och då klart starkare samband, såg vi ju även vid korttidssjukfrånvaron. Nyckeltalsinstitutet kan också se ett visst samband med friskvårdssatsningar, en samvariation som inte varit lika tydlig tidigare.

Korttidssjukfrånvaro – arbetsmiljöfråga? Långtidssjukfrånvaro – jämställdhetsfråga?



Varje cirkel representerar ett företag. Korttidsfrånvaron är jämnt fördelad och företagen ligger närmast på en linje. I företag där korttidsfrånvaron för män är hög är den även hög för kvinnor. Långtidsfrånvaron är däremot mer spridd mellan män och kvinnor. Det finns många företag som har hög långtidssjukfrånvaro för kvinnor men låg för män. Inte lika många företag, de är snarare i undantagsfall, har hög långtidsfrånvaro för män och låg för kvinnor. Källa: Nyckeltalsinstitutet 2012



1.1.2 Har vi råd att inte sätta in tidiga insatser?

Fakta från en fallstudie kring ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare (NSPH Hjärnkoll): medarbetare med psykisk ohälsa kan kosta arbetsgivaren från 70 000 kronor till miljonbelopp i ökade kostnader. Arbetsgivarens kostnader är större än Försäkringskassans.

I samtliga fall hade tidiga eller förebyggande insatser inneburit att de negativa konsekvenserna hade kunnat undvikas eller avsevärt begränsats.

De förebyggande eller tidiga rehabiliterande insatser som krävts kostar en bråkdel av vad arbetsgivarens kostnader blir om man inte gör något.

Ett problem med friskvårdsinsatser inom organisationer är att man inte inser vad ohälsa innebär för verksamheten (Johanson och Johrén, 2011).

Att personal ibland blir sjuk är inget onormalt. Enligt Johnsson (2003 s 25) finns det en normal biologisk sjuklighet hos en genomsnittlig grupp människor, som ligger inom spannet två till fyra procent. Denna siffra har fastställts i ett flertal skandinaviska studier. För tillsvidareanställda inom äldreomsorgen i Norra Hisingen var den totala sjukfrånvaron 9,4 procent under 2017. Det innebär att det finns en stor förbättringspotential på att minska sjukfrånvaron med 5 procentenheter. Korttidsfrånvaron för fast personal låg på 2,6 procent för 2017 och långtidsfrånvaron låg på 6,8 procent.

Andersson & Johrén (2012) menar att i en budgetstyrd organisation finns det en risk att man inte genomför lönsamma hälsoinsatser då fokus ligger på att hålla sin kostnadsbudget för innevarande år. Effekterna av hälsoinsatserna kan komma senare år och är snarare investeringar än kostnader.

Då konsekvenserna av långvarig stress på arbetet är stora och vanligt förekommande är det viktigt att hitta effektiva lösningar. Behandling för stressrelaterad ohälsa är oftast personorienterad, exempelvis kognitiv beteendeterapi, psykoterapi, handledning, kommunikationsträning eller avslappningsövningar (Awa et al 2010).



1.2 Program i mindfulnessbaserad stressreduktion

Program i mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) har växt i popularitet i USA och Europa de senaste årtiondena. En anledning till populariteten är att de är lättillgängliga, lätta att implementera och mer kostnadseffektiva än personorienterade behandlingsformer då MBSR utförs i grupp.

MBSR har i ett flertal studier visat sig vara effektivt för att minska stress (Chiesa and Serretti 2009) och dess följsjukdomar såsom depression och ångest (Brown and Ryan 2003; Hoffman et al 2010) och kronisk smärta (Kabat Zinn et al 1985). MBSR höjer immunförsvaret (Davidson et al 2003), ökar den kognitiva förmågan (Zeidan et al 2010), ökar förmågan till självmedkänsla (Chiesa and Serretti 2009) och ökar det allmänna välbefinnandet (Carmody and Baer 2008).

I en svensk studie utförd på 16 vårdcentraler fick en kontrollgrupp traditionell behandling mot depression, ångest och stress med kognitiv beteendeterapi och den andra gruppen fick MBSR som intervention (Sundquist et al 2015). Studien visar att behandlingseffekten var likvärdig medan MBSR har en större kostnadseffektivitet då behandlingen är i grupp. MBSR möjliggör att fler kan få hjälp.

Mindfulnessbaserad stressreduktion kallas ibland för den tredje vågens kognitiva beteendeterapi. Det ursprungliga programmet har idag anpassats för många olika verksamheter i samhället såsom skola, äldreomsorg, utbildning av jurister, utbildning av amerikanska marinsoldater, kriminalvård med flera. MBSR har spridits globalt som forskningsområde och som insats. MBSR är väl vetenskapligt utvärderat, sekulariserat och kostnadseffektivt vilket har gjort att denna komplementärmedicinska metod har fått sådan spridning.

1.3 Medicinsk yoga

Medicinsk yoga är en modern, svenskutvecklade yogaform. Medicinsk yoga bygger på rörelser för att mjuka upp och stärka muskulaturen speciellt kring ryggkotpelaren. Den inriktar sig också på att uppnå en mental avspänning via meditation och andningsövningar. Yogaprogrammen är utformade så att alla utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utöva dem. Programmen består av medveten andningsträning, mjuka fysiska övningar, avslappning samt meditation och är särskilt utvecklade för besvär i rygg och nacke.

En svensk studie utförd vid en vårdcentral visar att medicinsk yoga är ett effektivt sätt att minska stress och ångest för personer som lider av stressrelaterade besvär (Köhn et al

2013). Karolinska Institutet har i en studie (Nylund et al 2013) visat att medicinsk yoga som insats i ett tidigt skede av ländryggsbesvär ger bra resultat i förbättrad hälsa och är en kostnadseffektiv insats.

1.4 Coaching

Coaching är en samtalsprocess som bygger på en humanistisk människosyn. Människan föds med en frihet att själv välja, med inneboende möjligheter att förändra och påverka sin situation och att lösa problem utifrån sin förmåga och förutsättning. Individen är aldrig statisk utan är inne i en skapande process av förändring.

Människan har förmåga att ta ansvar och göra intelligenta val bara vi ges möjlighet att utveckla vår inre potential. Drivkraften är strävan efter självförverkligande. Individen är ansvarig för sina handlingar, även om vi möter motstånd i livet kan vi inte bortse från vårt eget ansvar.

Samtalen har sitt huvudfokus på nuet och framtiden. Endast korta tillbakablickar görs för att skapa medvetenhet och stödja klientens lärandeprocess.

Samtalen bygger på ett aktivt och ömsesidigt arbete mellan coach och klient. Alliansen mellan dem grundas på trygghet och tillit. Vi arbetar utifrån Internationella coaching-federationens riktlinjer.

Samtalen kännetecknas av:

- Etik och professionalitet
- Medveten närvaro
- Aktivt lyssnande
- Kraftfulla frågor
- Direkt kommunikation
- Skapa medvetenhet
- Utforma handlingar
- Planera och sätta mål
- Framsteg och ansvarstagande



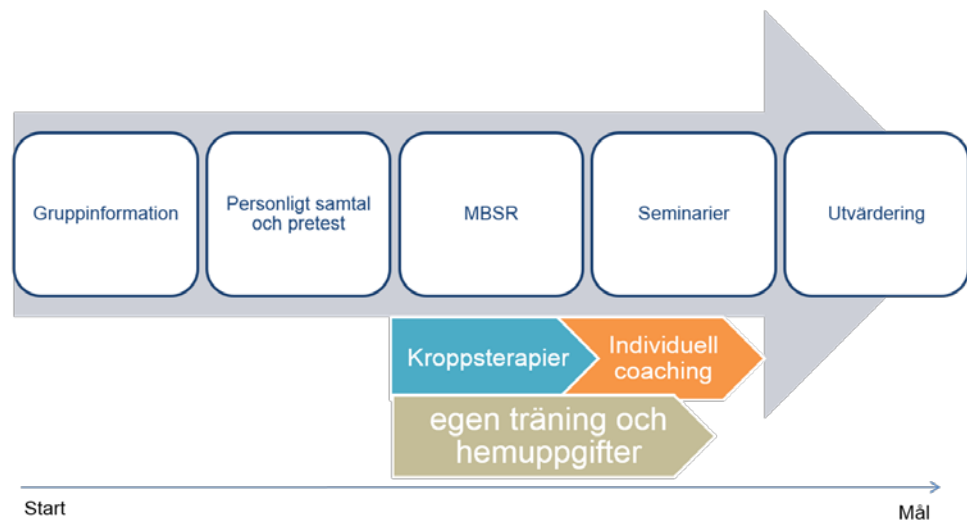
Ämnena för samtalen har deltagarna i Hälsospåret helt fått bestämma själva. Klienten äger agendan. Coachen håller i processen, klienten avgör vad vi ska beröra. Egentligen kan en coachingsession handla om vad som helst, vanliga teman är:

- Hälsa till exempel stresshantering, motion, kost, tid för återhämtning
- Motivationsfaktorer
- Karriär
- Relationer, både på arbetet och privat
- Konflikter på arbetsplatsen
- Livsuppgift

2 Metod

2.1 Kursöversikt i Hälsospåret

Projektinnehåll för deltagaren



Hälsospåret har innehållit tio kurstillfällen à fyra timmar som har innefattat MBSR och seminarier. Varje deltagare har fått möjlighet att få två enskilda coachingsamtal med kursledaren. De har också erbjudits massageterapi hos en medicinsk massageterapeut. Alla aktiviteter i Hälsospåret har varit förlagda på arbetstid för att stödja förebyggande hälsa. Utöver den lärarledda undervisningen har deltagarna tränat hemma varje dag 45 min i 10 veckor. Den sammanlagda tiden med kursledaren har varit 47 timmar inklusive alla gruppträffar och de enskilda samtalen.

2.2 Struktur och metod för mindfulnessbaserat stressreduktionsprogram

Hälsospåret har arbetat utefter de riktlinjer, struktur och metod för MBSR som har utvecklats av University of Massachusetts Medical School (UMASS), där programmet utvecklades från början under 70-talet. Kursledaren är utbildad där.



2.2.1 MBSR-programmet har följande upplägg

(Kabat Zinn & Santorelli MBSR Curriculum)

- a) Preintervju och pretest
- b) Gruppinformation
- c) 8 veckors kurs á 2,5 timmar
- d) En heldagsretreat i tystnad
- e) Formell mindfulnessmeditation, liggande kroppsskanning, mjuk yoga, sittande meditation, gående meditation
- f) Informell mindfulnessmeditation, mindfulness i vardagen, medveten närvaro i trevliga och otrevliga händelser, närvaro i andningen, medveten närvaro i dagliga aktiviteter som exempelvis ätandet, gåendet, borsta tänderna, närvaro i kommunikation med andra
- g) Daglig hemuppgift bestående av en 45 minuter lång mindfulnessmeditation under hela kursens längd
- h) Individuell och gruppdialog kring veckans dagliga hemuppgift, inkluderat ett utforskande av hinder för att utföra sin hemuppgift och utvecklandet av mindfulnessbaserade färdigheter och kapaciteter
- i) Kursutvärdering och posttest

2.2.2 MBSR-programmets egenskaper

- Intensiv träning i mindfulnessmeditation
- Utbildningsorienterat
- Gruppformat
- Individuellt utformade instruktioner
- Experimentellt, en stark deltagande miljö
- I hög grad utmanande och starkt stödjande
- Självansvar understryks i en kontext av samarbete i relationen mellan deltagare och mindfulnesslärare
- En samling av mindfulnessmetoder för att möta individuella behov och lärostilar
- Interaktiv mindfulnesslärare och deltagarinitierad dialog med syfte att utforska perceptioner, mentala och beteendemässiga vanor och mönster som kanske hindrar lärande, utveckling och läkande
- Strukturen ämnar till att utveckla deltagarnas förmåga till självreglering och självförtroende
- MBSR är en metod för att stärka hälsa och välbefinnande under hela livet



2.2.3 Baskvalifikationer för MBSR-kursledare enligt UMASS

Utbildning: magisterexamen i medicin, samhällsvetenskap, pedagogik, psykologi eller i annat relevant ämne. Erforderlig erfarenhet hos kursledare enligt UMASS:

- a) Daglig meditationsutövning
- b) Minst tre år av dagligt utövande av mindfulnessmeditation
- c) Deltagit i MBSR-program, instruerad av en certifierad mindfulnesslärare vid University of Massachusetts
- d) Deltagit i minst två tysta retreat på 5-10 dagar
- e) Egen yogaträning i minst tre år
- f) Två års erfarenhet av att leda yogaklasser
- g) Genomgått en 7 dagar lång Professional Training Program in Mindfulness-Based Stress Reduction in Mind-Body Medicine ledd av Jon Kabat Zinn och Saki Santorelli

2.3 Seminarieämnen i Hälsospåret

Utöver mindfulnessbaserad stresshantering har deltagarna fått ta del av ett flertal seminarier i ämnen som rör friskvård och personlig utveckling. Seminarierna har utförts i en miljö där deltagarna har fått möjlighet till delaktighet och reflektion.

Ämnena har varit:

- A. Sömnhygien
- B. Acceptans
- C. Kasam, det salutogena synsättet för en bättre hälsa
- D. Stressmedicin
- E. Att hantera tankar och känslor med hjälp av mindfulness och KBT
- F. Mental träning för måluppfyllelse
- G. Medveten kommunikation för bättre relationer
- H. Kost för en bättre mental och fysisk hälsa
- J. Hantera inre motstånd
- K. Motion för en bättre hälsa
- L. Det coachande förhållningssättet, personligt ledarskap

2.4 Fysisk aktivitet i Hälsospåret

Deltagarna har tränat medicinsk yoga och gått på promenader i skogen.



2.5 Urval

2.5.1 Medarbetare i långtidssjukskrivning, stressrelaterade sjukdomar

- Utmattningsdepression
- Utmattningsyndrom
- Mild depression
- Ångest
- Smärta
- Sömnsvårigheter
- Stressreaktion på grund av exempelvis skilsmässa, allvarlig sjukdomsdiagnos
- Stressrelaterat högt blodtryck

2.5.2 Medarbetare som av chefer/HR identifieras vara i riskzonen för att drabbas av långvarig ohälsa

- Indikationer: återkommande korttidsfrånvaro, smärta och huvudvärk, sänkt prestation, dysfunktionella relationer, påtalat stress vid medarbetarsamtal

2.5.3 Tillhör ej målgruppen, kontraindikationer

- Psykossjukdom
- Schizofreni, schizoaffektiv
- Bipolär
- Svår depression suicidal
- Pågående drogmissbruk



2.6 Mätmetoder

För att utvärdera Hälsospårets effekter på deltagarna har en kombination av olika mätinstrument valts. Följande har använts:

- Enkät med femgradig Likertskala och öppna frågor
- Djupintervjuer med enhetschefer för att kartlägga deras observationer av resultat hos kursdeltagarna
- DASS, psykometriskt test, Depression, Anxiety and Stress Scale är ett självskattningsformulär med 21 element för att mäta depression, ångest och stress. DASS visar adekvata psykometriska egenskaper (Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997)
- KIMS, psykometriskt test, Kentucky inventory of mindfulness skills är ett självskattningsformulär med 39 element för att mäta de färdigheter som ett MBSR-program utvecklar hos deltagarna. Färdigheterna är observerande, beskrivande, agerande med medvetenhet, acceptans utan att döma. KIMS visar adekvata psykometriska egenskaper (Baer, R., Smith, G., & Allen, K. 2004).
- Analys av förändring i sjuktal hos deltagarna

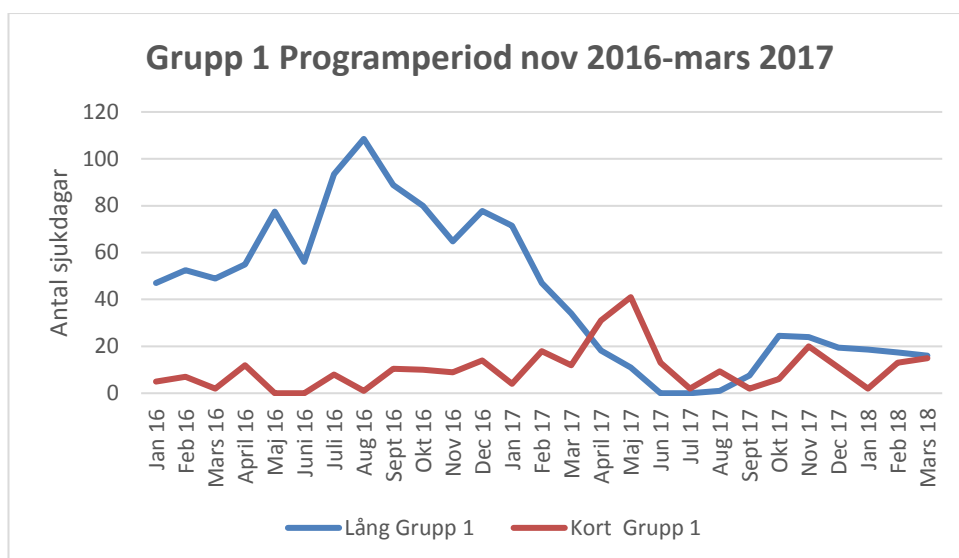
3 Resultat

Det psykometriska testet DASS visar att Hälsospåret har haft en signifikant påverkan på deltagarnas psykiska hälsa när det gäller depression, ångest och stress. Före programmet låg deltagarna i genomsnitt på en moderat nivå när det gäller depression, ångest och stress. Efter programmet har de normala nivåer på alla tre områdena.

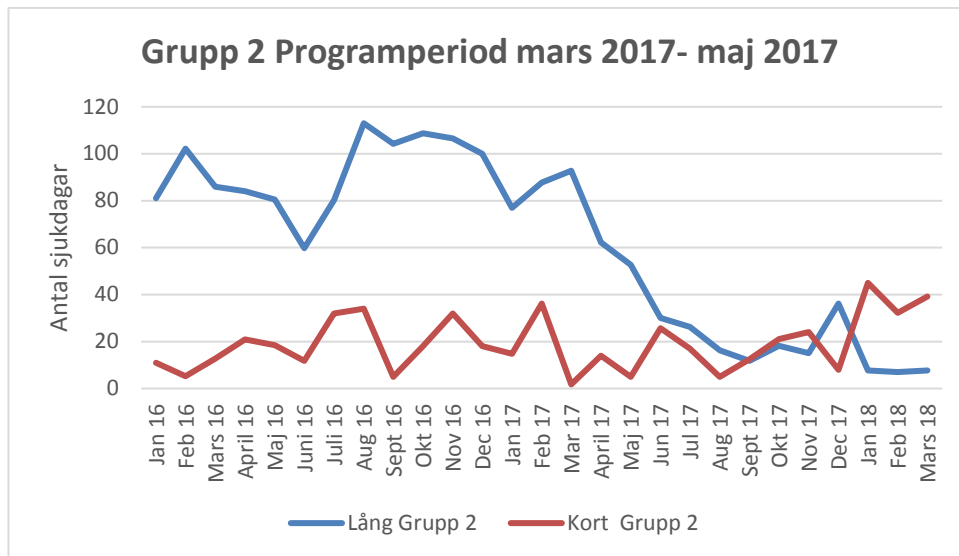
Via det psykometriska testet KIMS har vi mätt de färdigheter som man tillgodogör sig vid regelbunden mindfulnesssträning såsom att observera utan att värdera eller döma, beskriva utan att värdera eller döma, agera med medvetenhet, acceptans utan att döma. Deltagarna har förbättrat sina färdigheter signifikant.

I Hälsospårets pilotprojekt har fyra grupper fått möjligheten att delta i programmet. Uppföljning av sjuktalens utveckling före och efter programmet har gjorts på de två första grupperna då det har varit tidsmässigt möjligt att följa upp vad som sker med utvecklingen under 10 månader före och efter. Data har hämtats på individnivå i Personec för att sedan redovisas på gruppnivå.

I grafen nedan visas utvecklingen av korttidssjukskrivningen respektive långtidssjukskrivningen i antal dagar.



Deltagarna var i Hälsospårets program från november 2016 till mars 2017 med uppehåll för jul och nyår. Långtidssjukskrivningen minskar efter insatsen. Korttidsfrånvaron ökar direkt efter programmets slut, vilket är vanligt då individer går från långtidssjukskrivning tillbaka till arbete, för att sedan minska till ungefär samma nivå som innan programmet.



Grupp 2 var i programmet under mars till maj 2017. Utvecklingen av långtidssjukskrivna i grupp 2 är liknande den som var för grupp 1. Antalet dagar i långtidssjukskrivning minskar efter Hälsospåret.

Alla kursdeltagarna har upplevt att kursen har varit både meningsfull och begriplig. De har också upplevt att det de har lärt sig går att använda på arbetet och privat, hanterbarheten har varit bra. Alla deltagarna har tyckt att kursen levde upp till deras förväntningar. Deltagarna har också varit mycket nöjda med helheten, nivån och omfattning av kursen.

Alla kursdeltagare har uppgett att mindfulnesssträningen har påverkat dem positivt. Många erfar att de har blivit lugnare och att de kan hantera stress på ett mer funktionellt sätt både i arbetslivet och privat. Andra effekter av mindfulnesssträningen är att deltagarna inte är lika upptagna av tankar och känslor och att de upplever mer glädje.

Under seminarierna har deltagarna i dialog med varandra reflekterat över ämnena som tas upp. Deltagarna har varit mycket nöjda med seminarierna, bedömningen av de olika seminarieämnena låg på 4,7-4,9 på en femgradig skala.

Deltagarna har upplevt trygghet och personlig utveckling under de personliga samtalen. Samtalsämnena har varit skiftande men många har handlat om hälsa, kommunikation och relationer. De flesta deltagare har deltagit i de två samtal som har erbjudits under programmet. Många coachingsamtal har fått bokas om på grund av att deltagaren inte dök upp. Anledningar till frånvaro har varit sjukdom, tiden har inte varit schemalagd eller tagits bort, glömska eller beordrat arbete.



Enhetscheferna har på en öppen fråga observerat att deltagarna överlag är lugnare och inte stressar upp sig lika fort. Andra observationer är att deltagarna är mer engagerade, gladare och piggare. Alla kursdeltagare utom en har fått en förändring till det bättre som enhetscheferna kan notera.

Enhetschefer noterade positiva förändringar hos kursdeltagarna när det gällde stressnivån. Enhetscheferna har också observerat ett ansvarstagande för den egna hälsan, större lugn, större förmåga till egenreflektion och att deltagarna inte ser sig själv som offer utan tar ansvar för sitt eget beteende.

En del enhetschefer har noterat att deltagarna inte är lika stressade i sitt bemötande mot sina kollegor. En enhetschef har noterat ett förbättrat bemötande mot brukare, de andra enhetscheferna ansåg att bemötandet var gott redan innan kursen.

Framgångsfaktorer

Processledaren bedömer att de avgörande faktorerna bakom Hälsospårets framgångar är:

- Ett sammanhållet program under lång tid för att skapa beteendeförändring och bättre hälsa.
- Deltagarna träffar samma kursledare i alla kursmoment och de personliga samtalen, vilket skapar trygghet och tillit.
- En sluten grupp, där deltagarna bygger relationer över tid med varandra och hjälper varandra i förändringsprocessen. Detta är mycket mer verksamt än att ha en öppen grupp där nya deltagare droppar in efterhand.
- MBSR-programmet är vetenskapligt beprövat (följer riktlinjerna från University of Massachusetts).
- Att programmet erbjuds på arbetstid, annars finns det en risk att de som behöver det mest faller bort på grund av trötthet.
- Heterogen grupp, olika åldrar, arbetsplatser och yrken.
- Att områdeschefer och enhetschefer stödjer programmet.



3.1 Uppskattning kring kostnad av sjukskrivning

Kommunala verksamheter är personalintensiva och har därför höga arbetskraftskostnader, vilket inte ovanligt kan uppgå till 70 procent av de totala kostnaderna av verksamheten (Liukkonen 2006). Kvalitén är i hög grad beroende av personalens kunskap och förmåga att utföra tjänsterna (Aronsson och Malmqvist, 2002). Tyvärr saknas ofta ordentliga beslutsunderlag i form av kalkyler vid personalrelaterade insatser inom tjänstesektorn (Olve och Samuelsson, 2008).

Den svaga kopplingen mellan de anställda och de ekonomiska konsekvenserna kan ofta hänvisas till att det finns en dålig kunskap om hur kostnader för beteenden mäts (Gröjer och Johansson 1996). Det kan också vara så att man tror att personalinsatser inte kan utvärderas i kvantitativa termer.

Vilka kostnader uppkommer för verksamheten vid sjukskrivning? Här har jag valt att definiera kostnaderna till ”effekter som medför att verksamheten bedrivs med en lägre grad av måluppfyllelse, det vill säga med sämre resultat” (Aronsson och Malmqvist, 2002 s 90).

Ohälsa definieras här i detta avsnitt av rapporten som ett tillstånd som resulterar i en minskad arbetsprestation jämfört med den normala arbetsprestationen. Ohälsa kan därmed förekomma vid sjuknärvaro, sjukfrånvaro och vid rehabilitering. Att beräkna kostnaderna för ohälsa kan göras på ett flertal sätt ex bidragsresonemang, alternativkostnad eller timpris. Det enklaste sättet att beräkna kostnaderna är, om det finns ett uttalat pris på tiden är enligt (Johansson och Johrén, 2007) timpriset.



Sjukfrånvarokostnader undersköterska med månadslön på 23000 kr, 168 timmar

Timkostnad kr 137

	Dag 1	Dag 2-14 80%	Dag 15-90, 10%	Dag 90-180	Dag 180-365
Sjuklön per timme	0	110	14	0	0
Semester 14 % *	15	15	15	15	15
Sociala avgifter, 33,9 % inkl tjänstepension	5	42	10	5	5
Overhead 35 %	7	58	14	7	7
Totala kostnader per timme	28	226	52	28	27

*kostnaderna för semesteravgifter kvarstår eftersom semesterrätten inte minskar vid sjukfrånvaro.

Normalt är semesterrätten densamma de första 180 dagarna och ofta 180 dagar året därpå (Johanson och Johrén).

Estimerad overheadkostnad är 35 %. Normalt används 50 % vid schablonberäkningar, Johrén. Tjänstepension ingår i beloppet för socialavgifter.

Vikariekostnader i genomsnitt enligt uppgift från bemanningsenheten dag 1-14

Per timme 130

	Dag 1	Dag 2-14
Lönekostnad per timme	130	130
Semester 14%	18	18
Sociala avgifter, 33,9%	50	50
Overhead 35%	69	69
Totala kostnader per timme	268	268

Enligt bemanningsenheten på Norra Hisingen så erbjuder man timanställda vikarier från dag 1 till dag 14 av sjukfrånvaro. En timanställd vikarie har i genomsnitt ett timpris på 130 kronor/timme. Efter 14 dagar skall berörd enhet rekrytera en vikarie.

Personalomsättningen på korttidsvikarier är mycket hög enligt uppgift vilket innebär höga rekryterings-kostnader. Bemanningenshetens pris för vikarier är exklusive bemanningsenhetens kostnader för sitt arbete.



Summering av sjukfrånvarokostnader och vikariekostnader

Per timme	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90, 10%	Dag 90-180	Dag 180-365
Vikarie från bemanningenheten	268	268			
Frånvarokostnader	28	226	52	28	27
Totala kostnader per timme	296	494	49	29	29

Som synes är kostnaderna höga för korttidsfrånvaro men även långtidssjukskrivning har direkta kostnader som kvarstår vid sjukskrivning.

Beroende på arten av rehabiliteringsärende kan kostnaden för enhetschefer respektive HR variera. Enligt uppgift från HR är det möten med Försäkringskassa, läkare, enhetschef och medarbetare som tar tid. I vissa fall tar ärendet mycket tid då personen också kan vara föremål för andra former av HR-relaterade ärenden. I tabellen nedan görs en lågt skattad beräkning av samtalskostnaderna för enhetschef och HR-specialist.

Samtalskostnader enligt uppgift per period	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90, 8%	Dag 90-180	Dag 180-365
Lönekostnad EC, 40 tkr/mån	0	40	476	476	476
Semester 14%	0	6	67	67	67
Sociala avgifter, 33,9%	0	15	184	184	184
Overhead 35%	0	21	254	254	254
Totala kostnader EC	0	82	981	981	981
Lönekostnad HR, 32 tkr/mån	0	0	381	381	381
Semester 14%	0	0	53	53	53
Sociala avgifter, 33,9%	0	0	147	147	147
Overhead 35%	0	0	204	204	204
Totala kostnader HR	0	0	785	785	785
Total samtalskostnad EC+HR	0	82	1766	1766	1766
Totala samtalskostnader per dag	0	1	34	28	14

I beräkningen tar enhetschef under perioden dag 2-14 kontakt med sjuk personal via telefon vilket tar ca 10 minuter. Under de efterföljande perioderna träffar enhetschef och HR-specialist sjuk personal vid ett tillfälle och arbetstiden är beräknad till 2 timmar per



möte. Detta är lågt räknat då fler möten ibland kan krävas per period. Samtalskostnaden är sedan utslaget på antal dagar i perioden.

Nästa steg är att beräkna den totala kostnaden för långtidssjukskrivning.

**Summering av kostnader pga
sjukfrånvaro**

	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 90-180	Dag 180-365	Totalt per år
Antal frånvarotimmar	8	72	415	495	990	1980
Sjukfrånvarokostnad per timme	296	494	49	29	29	
Antal dagar	1	9	52	62	124	
Samtalskostnader per dag	0	1	34	28	14	
Totala kostnader per period	2365	35540	22097	16118	30473	106592
Totala kostnader per dag	2365	3949	426	260	246	

Med ovanstående beräkning vill jag visa på vad en undersköterska kostar i sjukfrånvarokostnader. Detta är en låg skattning av kostnaden då flera kostnader inte är beräknade. Utöver dessa kostnader tillkommer:

- Inskolningskostnader för vikarier respektive nyanställda vid personalomsättning
- Mindre prestation beroende på oerfarna vikarier
- Fler personer som blir sjuka, om gruppen har stor sjukfrånvaro innebär det högre arbetsbelastning för ordinarie personal vilket kan leda till nya sjukfall
- Personalomsättning, om gruppen har stor sjukfrånvaro innebär det högre arbetsbelastning för ordinarie personal som i sin tur kan leda till högre personalomsättning, vilket också tar ekonomiska medel i anspråk. Enligt Ulf Johansson och Anders Johrén (2011) tar det i genomsnitt cirka ett och ett halvt år att uppnå full kapacitet som nyanställd.
- Bemanningseenhetens kostnader för vikariehantering
- Missnöjda anhöriga som tar tid för EC
- Lönekostnad för fackrepresentant vid möten
- Företagshälsovårdens avgifter

Enligt (Bomark 2009) uppskattar han att en undersköterska kostar 140 000 kronor per år i sjukfrånvarokostnader. I hans beräkning inkluderas även en uppskattning av sjuknärvarokostnader och störningskostnader som uppkommer när vikarier ersätter ordinarie personal.

Andersson & Johrén (2012) menar att den totala kostnaden för långtidssjukskrivning varierar men att en 6-månaders sjukskrivning kostar oftast inte mindre än 100 tkr om det inte råder övertalighet på arbetsplatsen.

3.2 Uppskattning av sjukfrånvarokostnader för grupp 1 och 2

Utifrån de beräkningar av vad sjukfrånvaron kostar för en undersköterska (se kap 3.5) har jag **uppskattat** kostnaderna för grupp 1 och 2. För att grupperna ska bli jämförbara har en baseline på 10 månader beräknats för båda grupperna. I ursprungsdata från Personec går det inte att utläsa när individen blev sjukskriven. När det gäller långtidssjukskrivna har jag antagit att de ligger i perioden 15-90 dagars sjukskrivning. I uppskattningen av kostnader för korttidsfrånvaron har jag inte tagit med någon karensdag.

Baseline 10 mån innan Hälsospåret för grupp 1

Långtidssjukskrivning antal dagar Korttidssjukskrivning antal dagar

Jan 16	47	5
Feb 16	53	7
Mars 16	49	2
April 16	55	12
Maj 16	78	0
Juni 16	56	0
Juli 16	94	8
Aug 16	109	1
Sept 16	89	11
Okt 16	80	10
Medelvärde	71	6
Summa	708	56



Beräkning av sjukfrånvarokostnad baseline grupp 1	
Långtidsdagar	708
Kostnad per dag	426
Summa	301608

Korttidsdagar	56
Kostnad per dag	3949
Summa	221144
Total	522752

I uppskattningen av sjukfrånvarokostnaderna efter Hälsospåret har jag valt de 10 månader för båda grupperna för att de skall vara jämförbara.

Långtidsdagar

Korttidsdagar

Jun 17	0	13
Jul 17	0	2
Aug 17	1	9
Sept 17	8	2
Okt 17	25	6
Nov 17	24	20
Dec 17	19	11
Jan 18	19	2
Feb 18	17	13
Mars 18	16	15
Summa	128	93

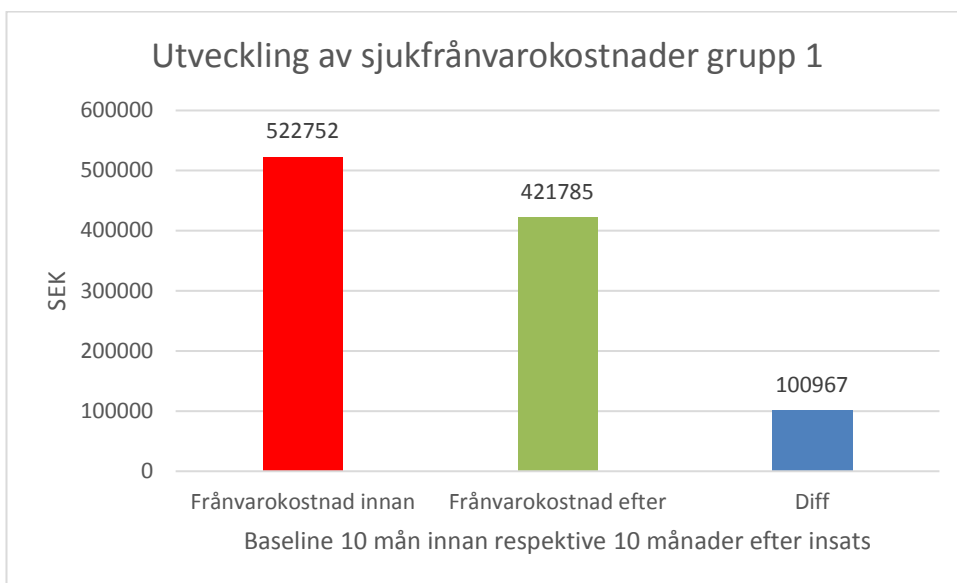
Beräkning av sjukfrånvarokostnad efter Hälsospåret 10 mån grupp 1

Långtidsdagar	128
Kostnad per dag	426
Summa	54528

Korttidsdagar	93
Kostnad per dag	3949
Summa	367257
Total	421785



För att lättare åskådliggöra skillnaden i den totala sjukfrånvarokostnaden mellan baseline och perioden efter finns detta diagram. Den totala sjukfrånvarokostnaden innefattar kostnaderna för både korttidsfrånvaro och långtidsfrånvaro.





För grupp 2 ser utvecklingen ut följande.

Baseline 10 mån innan Hälsospåret för grupp 2

Långtidssjukskrivning antal dagar Korttidssjukskrivning antal dagar

Maj 16	81	18
Juni 16	60	12
Juli 16	80	32
Aug 16	113	34
Sept 16	104	5
Okt 16	109	18
Nov 16	107	32
Dec 16	100	18
Jan 17	77	15
Feb 17	88	36
Medelvärde	92	22
Summa	918	220

Beräkning av sjukfrånvarokostnad baseline grupp 2

Långtidsdagar	918
Kostnad per dag	426
Summa	391068

Korttidsdagar	220
Kostnad per dag	3949
Summa	868780
Total	1259848



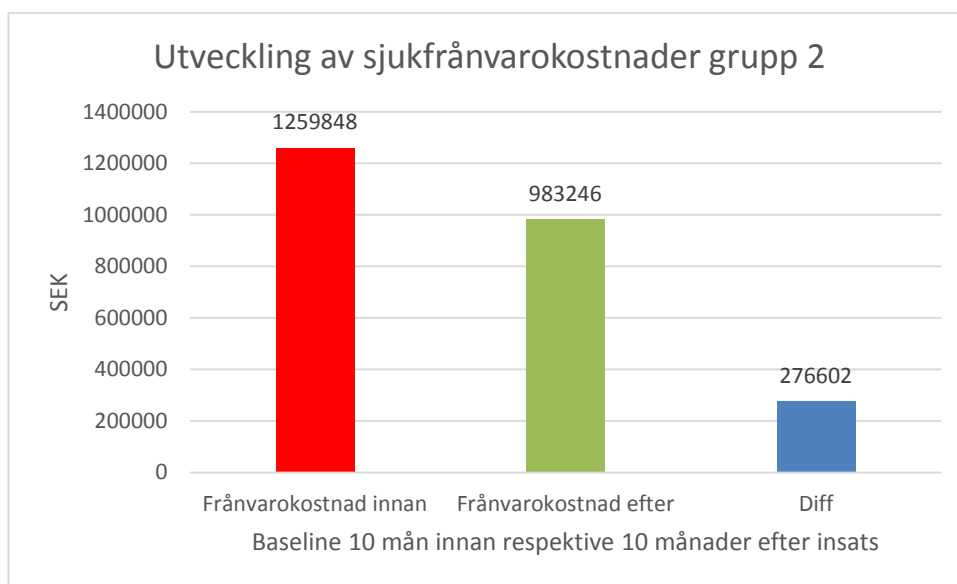
10 månader efter Hälsospåret ser sjuktalen ut:

	Långtidsdagar	Korttidsdagar
Jun 17	30	26
Jul 17	26	17
Aug 17	16	5
Sept 17	12	13
Okt 17	18	21
Nov 17	15	24
Dec 17	36	8
Jan 18	8	45
Feb 18	7	32
Mars 18	8	39
Summa	176	230

**Beräkning av sjukfrånvarokostnad efter Hälsospåret
10 mån grupp 2**

Långtidsdagar	176
Kostnad per dag	426
Summa	74976

Korttidsdagar	230
Kostnad per dag	3949
Summa	908270
Total	983246



Beräkningarna är **uppskattningar** av sjukfrånvarokostnaderna för grupp 1 och 2. Den stora trenden är att långtidssjukskrivningarna går ner, för grupp 1 från 708 dagar under 10 månader innan insats till 128 dagar under 10 månader efter. För grupp 2 var långtidssjukskrivningen 918 dagar under 10 månader innan insats, efter insats var långtidssjukskrivningen på 176 dagar för 10 månader. Korttidsfrånvaron har ökat något för båda grupperna efter Hälsospåret vilket är vanligt då en person går från långtidssjukskrivning tillbaka till arbete.

Skillnaden i sjukskrivningskostnad för grupp 1, 10 månader innan respektive efter Hälsospåret är uppskattningsvis ca 100 000 kr. För grupp 2 är skillnaden i sjukskrivningskostnad, 10 månader innan respektive efter insats, uppskattningsvis ca 270 000 kr. Sammanlagt för grupp 1 och grupp 2 blir det en uppskattad skillnad på 370 000 kr.

Då inte alla merkostnader för sjukskrivning är medtagna i beräkningen är den uppskattade kostnaden för sjukskrivning för grupp 1 och 2 i underkant. Utöver dessa kostnader tillkommer:

- Inskolningskostnader för vikarier respektive nyanställda vid personalomsättning
- Mindre prestation beroende på oerfarna vikarier
- Fler personer som blir sjuka, om gruppen har stor sjukfrånvaro innebär det högre arbetsbelastning för ordinarie personal vilket kan leda till nya sjukfall
- Bemanningenshetens kostnader för vikariehantering
- Personalomsättning, om gruppen har stor sjukfrånvaro innebär det högre arbetsbelastning för ordinarie personal som i sin tur kan leda till högre



personalomsättning, vilket också tar ekonomiska medel i anspråk. Enligt Ulf Johansson och Anders Johrén (2011) tar det i genomsnitt cirka ett och ett halvt år att uppnå full kapacitet som nyanställd.

- Missnöjda anhöriga som tar tid för EC
- Lönekostnad för fackrepresentant vid möten
- Företagshälsovårdens avgifter

3.3 "Närvarokostnader" vid psykisk ohälsa

Ibland kan psykisk ohälsa, tex stressrelaterad ohälsa, generera kostnader även innan sjukskrivning. Exempel på detta är:

- Lägre prestation hos personen med nedsatt arbetsförmåga
- Fel och omarbeten
- Förluster av att andra anställda hjälper eller stödjer personer med nedsatt arbetsförmåga
- Effekter på arbetsmoralen
- Konflikter som påverkar hela gruppen
- Missnöjda anhöriga som tar tid för enhetschefer

Källa: Intervjuer med enhetschefer på Norra Hisingen och (Arbetshälsoekonomiska analysgruppen 6/2016).

I en studie gjord 2009 vid Baltic Business School vid Kalmar Högskola (Bomark 2009) fick undersköterskor i äldreomsorgen uppskatta hur många gånger de varit sjuknärvarande och de fick också skatta sin arbetsförmåga. I figuren nedan redovisas resultatet.

	50% arbetsförmåga	75% arbetsförmåga	100% arbetsförmåga
Antal gånger	17	56	32
Funktionsnedsättning	50%	25%	0%

En 25% minskning av arbetsförmågan innebär att verksamheten får 25% mindre produktion för samma tid som vid full arbetsförmåga.



I förlängningen innebär en minskning av arbetsförmåga en underbemanning av personalstyrkan. Servicen och kvalitén till omsorgstagarna borde rimligtvis påverkas negativt. Kollegor till den som är på arbetet med lägre arbetsförmåga får förmodligen täcka upp underbemanningen med fler eller mer omfattande arbetsuppgifter. Belastningen på frisk personal kan i sin tur leda till ökad ohälsa inom verksamheten. Sammanfattningsvis så leder sjuknärvaron till minskad måluppfyllelse.

En studie från England visar att den största andelen av kostnaden för stress, ångest och depression var för produktionsbortfall till följd av sjuknärvaro med 58%, därefter kom kostnad för sjukfrånvaro med 32% och personalomsättning med ca 10% (Arbetshälsoekonomiska analysgruppen 6/2016).



4 Diskussion

Att drabbas av psykisk ohälsa innebär ett stort lidande för den enskilde. Stigmatisering beroende på okunskap, fördomar och diskriminering försvårar tillfrisknandet. Enligt Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd är det mycket viktigt att arbetsplatsen ger den sjukskrivna stöd under hela processen för att personen ska kunna återgå till full sysselsättning.

De nya riktlinjerna från Arbetsmiljöverket när det gäller att proaktivt arbeta för en god psykosocial hälsa på arbetsplatsen är ganska långtgående. Hälsospåret ger Norra Hisingen en god möjlighet att arbeta proaktivt genom att fånga upp de personer som ligger i farozonen. Enligt Andersson & Johrén (2012) vet vi i dagsläget att ju längre tiden går innan någon åtgärd sätts in, desto mindre är sannolikheten att lyckas med en rehabilitering även om rehabiliteringen är bra och genomförs på ett professionellt sätt. Hälsospåret kan också användas till att stödja de personer som är i långvarig sjukskrivning. Genom att sätta in tidiga rehabiliterande åtgärder kan Norra Hisingen förebygga framtida ekonomiska kostnader som psykosocial ohälsa orsakar.

Traditionellt har arbetsgivare fokuserat på den fysiska arbetsmiljön. De nya riktlinjerna från Arbetsmiljöverket understryker det vi nu vet: det är dags att fokusera på den psykosociala arbetsmiljön. Vi behöver fokusera på våra medarbetares kognitiva förmågor, psykiska välbefinnande och uthållighet. Detta skulle vara en viktig pusselbit för att möta den personalbrist som äldreomsorgen upplever. Enligt uppgift har särskilt boende (säbo) i Norra Hisingen i december 2017 58 öppnade rehabiliteringsärenden och 20 rehabiliteringsbevakningar, på ordinarie boende (ordbo) finns 36 pågående rehabiliteringsärenden och 36 rehabiliteringsbevakningar.

Enligt Göteborgs Stads plan för att förbättra arbetsmiljöarbetet och minska sjukskrivningstalen 2018-2019 vill man arbeta med att utveckla kunskaper, metoder och redskap som bidrar till att förbättra det systematiska arbetsmiljöarbetet i stadens verksamhet. Hälsospåret har varit ett innovativt pilotprojekt som har visat på en effektiv metod för att minska sjuktalen genom att arbeta både proaktivt hälsofrämjande och rehabiliterande. Arbetet med att stärka människors hälsa och välmående bidrar till arbetet med att bygga en attraktivare arbetsplats (mål 2020). Hälsospårets arbetssätt är lösningsorienterat och bygger på samverkan mellan olika avdelningar (mål 2020).

Följande effekter av mindfulnesssträning har visats i ett flertal studier, individnivå:

- minskar individens stress
- ökad kognitiv förmåga genom att prefrontala cortex växer av mindfulnesssträning

- psykiskt välbefinnande och uthållighet

Enligt studier utförda på arbetsplatser där alla anställda har tränat mindfulness har man sett följande effekter på systemnivå:

- lägre frånvaro
- förbättrad effektivitet genom ökad förmåga att hålla och byta fokus medvetet
- förbättrade kognitiva funktioner, bättre avvägda beslut, större inlärningsförmåga och minne
- bättre relationer internt och externt, även kunderna har upplevt en positiv skillnad på företagskulturen
- en närvarande och hälsosam kultur
- bättre produktivitet och lönsamhet

Hälsospåret löser naturligtvis inte alla delar i ett proaktivt arbetsmiljöarbete men kan vara en del i detta arbete. Ett mål för Norra Hisingen är att arbeta för en attraktiv arbetsplats, genom att personalen upplever att man satsar på deras hälsa via Hälsospåret och andra hälsofrämjande aktiviteter ökar förhoppningsvis medarbetarnas upplevelse av att de arbetar på en attraktiv arbetsplats. En minskad personalomsättning leder förmodligen också till en ökad upplevelse av att arbetsplatsen är attraktiv.

Hälsospåret kan också ses som ett sätt att öka medarbetares medvetenhet kring återhämtning och det egna ansvaret för den egna hälsan.

Det finns klara samband mellan generellt god personalpolitik och ekonomiskt utfall (Ulrich 1997). I Finland används begreppet arbetsförmåga (hälsa och kompetens i relation till arbetets krav). Yrkesskickligheten påverkar arbetsförmågan mest och stress är den faktor som de allra flesta anser är viktigast att åtgärda och samtidigt den faktor som hanteras sämst (Kari Jess).

Hälsospåret har visat sig vara effektivt både vad det gäller påverkan på individens hälsa och på ett kostnadseffektivt sätt. Sektorsledningen för äldreomsorgen (Norra Hisingen) har visat sig positiv till att Hälsospåret som program fortsätter erbjudas medarbetare som är i riskzon eller har en rehabiliteringsplan. Den kvarstående frågan är hur det kan finansieras av organisationen och hur programmet skulle kunna drivas vidare och bli en del av det förebyggande hälsoarbetet.



Kostnaderna för sjukskrivningarna drabbar i huvudsak säbo och ordbo i form av sjukersättning, vikariekostnader, merarbete för enhetschefer och minskad produktivitet då vikarien oftast inte är lika produktiv som ordinarie medarbetare. Även HR har kostnader för ohälsan i form av rehabiliteringsärenden, rehabiliteringsbevakningar, disciplinärenden och ökad personalomsättning som leder till kostsamt rekryteringsarbete. Det finns en uttalad politisk vilja att förvaltningarna i Göteborgs Stad skall minska kostnaderna för sjuktalen.

Enhetschefer i säbo och ordbo har spontant i djupintervjuer uppgett att de efterfrågar en fortsättning av Hälsospåret då de anser att programmet har bidragit till deras verksamhet.

4.1 Processledarens förslag på åtgärder

Att Norra Hisingen implementerar Hälsospårets program i sitt ordinarie linjearbete.

Att uppföljningsträffar genomförs kontinuerligt för tidigare kursdeltagare så att de inte tappar sina nya goda vanor.

Att Norra Hisingen utvärderar om en förkortad kurs i mindfulnesssträning skulle kunna erbjudas alla anställda som proaktiv åtgärd och där man får en effekt på hela systemet.

Att Norra Hisingen analyserar och kvantifierar alla kostnader som sjuktalen åstadkommer, använd gärna Nyckeltalst institutet Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg.

Att Norra Hisingen arbetar fram hälsofrämjande personalpolitiska mål som är specificerade, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbestämda, se gärna i boken Hälsosammare livsstil, bättre ekonomi.

Att Norra Hisingen ställer upp personalekonomiska nyckeltal som bidrar i ett hälsofrämjande arbete, se gärna i boken Hälsosammare livsstil, bättre ekonomi.

Att effekterna och kunskapen sprids till andra delar av Göteborgs Stad.

Yvonne Norlén
Processledare Hälsospåret
Ekonomie magister & beteendevetare



5 Källförteckning

AFA Rapport 2015 Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg

Arbetsmiljöverket, Kunskapssammanställning 2016:2, Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall

Andersson & Johrén Hälsosammare livsstil, bättre ekonomi, för individ, organisation och samhälle 2012

Aronsson, T. Malmquist, C, Rehabiliteringens ekonomi 2002

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184–190.

Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206.

Bomark Niklas, Omsorgsförvaltningen Kalmar kommun – ett kvalitativt scenario om kostnader för ohälsa hos en undersköterska, Baltic Business School vid högskolan i Kalmar 2009

Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997 Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples, *Behav Res Ther.* 1997 Jan;35(1):79-89.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Carlson, Specaab, Farisd, Patelc, One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients, *Brain, Behavior, and Immunity* Volume 21, Issue 8, November 2007, Pages 1038-1049

Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23–33.

Chaiken, S., Liberman, A. & Eagly, A. H. (1989). Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. In J. S. Uleman & J. A. Bargh,



Unintended thought: Limits of awareness, intention, and control (pp. 212-252), New York: Guilford.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593–600.

Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606–612.

Coyl, D. D., Roggman, L. A., & Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother–infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23, 145–163.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564–570.

de Vibe, M., Solhaug, I., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., Hanley, A., & Garland, E. (2018). Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; results from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*.

European Agency for Safety and Health at Work 2014

Försäkringskassans rapport Psykisk ohälsa 2016:2

Garberg & Jansson (2015) Mycket stress och lite verkstad. En studie om arbetsrelaterad stress och produktionsbortfall. KI Examensarbete.

Grossman P.a · Tiefenthaler-Gilmer U.b · Raysz A.c · Kesper U.d, Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being, *Psychother Psychosom* 2007;76:226–233

Gröjer, J-E. Johanson, U. (1996). Personalekonomisk redovisning och kalkylering. Borås: Arbetsarkivstyrelsen.

Gura, S. T. (2002). Yoga for stress reduction and injury prevention at work. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 19, 3–7.

Hjärnkoll, Nationell Samling för Psykisk Hälsa, Anders Johrén 2013, Har företag råd att inte hantera psykisk ohälsa? Vinster med att förebygga psykisk ohälsa på jobbet.



Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169.

Johansson Ulf & Johrén Anders, 2011, Personalekonomi idag

Johnsson, J. Lugn, A. Rexed, B. Långtidsfrisk – så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet 2003

Jonsdottir IH, Nordlund A, Ellbin S, Ljung T, Glise K, Währborg P, Wallin A., Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion, *Stress*. 2013 Mar;16(2):181-90

Joshua S. Rubinstein, David E. Meyer and Jeffrey E. Evans, "Executive Control of Cognitive Processes in Task, Switching," *Journal of Experimental Psychology - Human Perception and Performance*, 27. No. 4

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.

Kari Jess, Personalekonomiska beräkningar, Uppsala Universitet

Köhn M, Persson Lundholm U, Bryngelsson I, Anderzén-Carlsson A, Westerdahl E. Medical yoga for patients with stress-related symptoms and diagnoses in primary health care: A randomized controlled trial. 2013:215348.

Liukkonen, P, Bemanningens ekonomi – om personal, ekonomi och ansvar förr och nu 2006

Miller JJ1, Fletcher K, Kabat-Zinn J, Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders, *Gen Hosp Psychiatry*. 1995 May;17(3):192-200.

Mino, Y., Babazono, A., Tsuda, T., & Yasuda, N. (2006). Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 177–182.

Netterström B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease. *Cardiol Rev* 2009;17:83-97.

Nyckeltalstinstitutet, årsrapport 2012



Nyckeltalstinstitutet Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg, Ett komplement till riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen, 6/2016

Nylund K., Hagberg J., Aboagye E., Lohela Karlsson M., Jensen I. Att förebygga funktionsnedsättande ryggbesvär. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2013.

Olve, N,G. Samuelson, L,A, Controllerhandboken 2008

Proactive Health Partner AB

Rosch, P. J. (2001). The quandary of job stress compensation. *Health and Stress*, 3, 1–4.

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628.

Stansfeld & Cane, Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review, *Scand J Work Environ Health*. 2006 Dec;32(6):443-62.

Sundquist, Åsa Lilja, Karolina Palmér, Ashfaq A. Memon, Xiao Wang, Leena Maria Johansson and Kristina Sundquist, Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry* (2015) 206, 128–135.

Ulrich David, HR of the future: Conclusions and observations, March 1997, *Human Resource Management*

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19, 597–605.