



# Frisk under risk

om förekomst och förebyggande av  
stressrelaterad psykisk ohälsa bland underläkare

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Undersökningens upplägg .....	3
1.2 Metod och data .....	4
<b>2. Resultat .....</b>	<b>5</b>
2.1 Riskgrupper .....	7
2.2 Effekter .....	9
<b>3. Förebyggande åtgärder .....</b>	<b>9</b>
3.1 Vad kan du göra som arbetsgivare?.....	10
3.2 Vad kan du göra som kollega eller fackligt förtroendevald? .....	11
3.3 Vad kan du göra för dig själv? .....	11
<b>4. Referenser .....</b>	<b>13</b>

# 1. Inledning

Under de senaste 20 åren har förekomsten av långtidssjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa ökat kraftigt. Problemen är mycket ofta relaterade till stress i arbetet, och är särskilt stora i yrkesgrupper med ansvar för andra människor, såsom socialtjänst, skola och – inte minst – hälso- och sjukvården (Försäkringskassan 2014:32f; Socialstyrelsen 2003:7, 12). Stressrelaterad psykisk ohälsa är idag den enskilt största orsaken till långtidssjukskrivningar bland läkare. Problemet har ökat under de senaste åren, och visar inga tecken på att avta (AFA 2015:17f).

Stressrelaterad psykiska ohälsa har beskrivits med många olika termer, varav utbrändhet och utmattningssyndrom är de vanligaste. Dessa begrepp är ur medicinsk synpunkt inte exakta synonymer,<sup>1</sup> men kan sägas beskriva samma generella typ av stressrelaterad psykisk ohälsa. Ohälsan yttrar sig i sin tur bland annat i känslomässig utmattning, sömn-, minnes- och koncentrationsstörningar, empatiförlust, nedvärdering av den egna arbetsprestationen, samt minskad förmåga att hantera krav och tidspress, ofta i relation till arbetslivet (SBU 2014:40f; Schaufeli & van Dierendonck 1993:632).

Forskningen visar att det tar mycket lång tid att återhämta sig från allvarlig stressrelaterad psykisk ohälsa, varför ett effektivt förebyggande arbete är av största vikt (Socialstyrelsen 2003:10). Detta bör till stor del ske på arbetsplatserna, men även fackliga organisationer såsom vår har ett stort ansvar (Försäkringskassan 2014:45) (SBU 2014). Om vi inte lyckas blir resultat både ett stort mänskligt lidande för de drabbade individerna, ytterligare belastning på övrig vårdpersonal, mindre tid och energi för patientmöten och sämre läkarkontinuitet för patienterna. Ett hållbart arbetsliv för läkare är således lika viktigt för de individuella läkarna som sjukvården, patienterna och samhället i stort.

## 1.1 Undersökningens upplägg

Som underläkarnas professionsorganisation har vi i första hand kontakt med läkare som befinner sig i arbetslivet. Många har e-postadressen till sitt arbete registrerad som enda kontaktuppgift i vårt medlemsregister. Det innebär att vi har begränsad möjlighet att nå de som, exempelvis på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa och långtidssjukskrivning är borta från arbetet. Att i vår undersökning inkludera en "utfallsvariabel" – ett mått på underläkarnas faktiska nivå av stressrelaterad psykisk ohälsa – riskerar därför att kraftigt underskatta förekomsten och magnituden av stressrelaterad psykisk ohälsa i underläkarkåren. Vi har därför valt att fokusera på riskfaktorer för psykisk ohälsa, för att i ett tidigt stadium identifiera var förebyggande åtgärder bör inriktas.

När en person drabbas av psykisk ohälsa – inte minst när ohälsan är så allvarlig att den leder till långvarig sjukskrivning – är orsakerna sällan helt isolerade till ett område. Även psykisk ohälsa som bedöms ha utlösts eller primärt ha orsakats av förhållanden i arbetslivet kan ha förstärkts av faktorer utanför arbetslivet, såsom en tung arbetsbörda i hemmet eller en svår social situation privat (Försäkringskassan 2014:46; Socialstyrelsen 2003:38). Dessa faktorer är dock mycket svåra för oss som professionsorganisation, och för vår motpart arbetsgivarna, att komma åt. Med vetskapen om att arbetslivet inte alltid är den enda orsaken till stressrelaterad psykisk ohälsa fokuserar vi här därför endast på orsaker och förebyggande åtgärder som återfinns på arbetslivets område.

I den omfattande forskningen om sambanden mellan psykisk hälsa och arbetsmiljö framhålls fyra faktorer som särskilt betydelsefulla. Den första av dessa är arbetets kravnivå. Jobb med tung arbetsbelastning, hög stress, långa arbetspass, obekväma arbetstider och stort ansvar för andra människor anses generellt ställa högre krav på utövaren än jobb med motsatt karaktäristik (Försäkringskassan 2014:46). Läkaryrket är således urtypen för ett krävande arbete.

---

<sup>1</sup> För mer om skillnaden mellan utbrändhet och utmattningssyndrom, se Åsberg et al, 2010

De tre övriga faktorerna rör individens förutsättningar att hantera arbetets krav. Dessa är autonomi eller självbestämmande, det vill säga möjlighet att påverka hur och när arbetet i fråga ska utföras (Karasek 1979:289f; Johnson & Hall 1988), kompetens, det vill säga kunskap och erfarenhet av arbetet ifråga, samt social samhörighet, det vill säga graden av sammanhållning och kollegialt stöd på arbetsplatsen (Demerouti et al 2001; Bakker & Demerouti 2007:313f). Att känna sig autonom, kompetent, och som en del av ett socialt sammanhang är viktigt för de allra flesta människor både i och utanför arbetslivet. Behovet av dessa resurser ökar dock med arbetets kravnivå. På solsemester är de flesta av oss glada och avslappnade trots att vi inte talar språket, förstår kulturen eller hittar någonstans. I ett krävande arbete, såsom det som läkare, hade samma kompetensmässiga förutsättningar sannolikt resulterat i enorm stress och vanmakt. Att utföra ett krävande arbete utan att riskera psykisk ohälsa kräver alltså större resurser av autonomi, kompetens och social samhörighet (Demerouti et al 2001).

Hur stort självbestämmande, kompetens och social samhörighet vi upplever är också avgörande för vår inre arbetsmotivation, vilken i sin tur påverkar hur vi uppfattar arbetets krav. Med goda resurser på dessa områden tenderar vi att uppleva vårt arbete som meningsfullt, och de krav arbetet ställer som legitima. Utan tillräckliga resurser tenderar arbetet istället att kännas hopplöst, och kraven påtvingade. Detta inre motstånd mot ett redan krävande arbete som man givits otillräckliga resurser för att utföra ökar den upplevda stressen radikalt (Fernet et. al. 2012:215f).

Sammantaget innebär detta att personer som har ett krävande arbete, och upplever låg grad av autonomi, kompetens och/eller social samhörighet löper högre risk att drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa (Gagné & Deci 2005; Försäkringskassan 2014:38f, 45; SBU 2014:90). Då dessa riskfaktorer inte bara har en välbelagd koppling till psykisk hälsa, utan också är enkla att applicera på läkarnas kliniska vardag, och går att omsätta i praktiska åtgärder, har vi valt att låta dem utgöra det teoretiska ramverket för vår undersökning.<sup>2</sup>

## 1.2 Metod och data

För att mäta underläkarnas upplevelse av sin autonomi, kompetens och samhörighet på arbetet har vi presenterat underläkarna med tolv påståenden, fyra per riskfaktor, varav två formulerade i positiva termer och två formulerade i negativa dito. Vi har sedan frågat hur ofta under de två senaste veckorna av sitt arbetsliv underläkarna känt på de sätt som beskrivs i påståendet, t.ex. att de varit fria att fatta egna beslut eller blivit avvisade av sina kollegor.<sup>3</sup> Resultaten har sen sammanställts och analyserats dels för den svarande underläkargruppen som helhet, dels för diverse undergrupper av svarande utifrån faktorer som kön, karriärstadium, utbildningsland och landsting.

Data har samlats in genom två enkätundersökningar: SYLF:s AT-ranking 2015 samt SYLF:s ST-enkät 2015. Den första enkäten, SYLF:s AT-ranking, riktar sig till alla i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som tagit läkarexamen före 1 december 2014, men vid enkätstillfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation så nyligen som efter 30 november 2014. AT-rankingen är således en totalundersökning bland de fackligt organiserade AT-läkarna så som de definieras ovan.<sup>4</sup> Dessa uppgick vid urvalstillfället till 2687 personer, varav 1911 besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 71 procent. Den andra enkäten, SYLF:s ST-enkät, riktar sig till de i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som har erhållit läkarlegitimation men ännu inte uppnått specialistläkarkompetens. För att inte samma person skulle få båda enkäterna begränsades undersökningens population ytterligare till de medlemmar som legitimerats innan 1 december 2014.

---

<sup>2</sup> Dessa riskfaktorer är naturligtvis på inget sätt heltäckande—många andra faktorer kan, och har också påvisats, ha en koppling till utvecklingen av stressrelaterad psykisk ohälsa, exempelvis arbetsbelastning i relation till återhämtning, fysisk arbetsmiljö (t.ex. buller) och värderingskonflikter mellan anställd och arbetsgivare (Försäkringskassan 2014:46; Socialstyrelsen 2003:21f)

<sup>3</sup> Påståendena vi använt är hämtade från Reeve 1994 och översatta och validerade för svenskt arbetsliv av SOM-institutet.

<sup>4</sup> SYLF organiserar ca 75 procent av de svenska underläkarna.

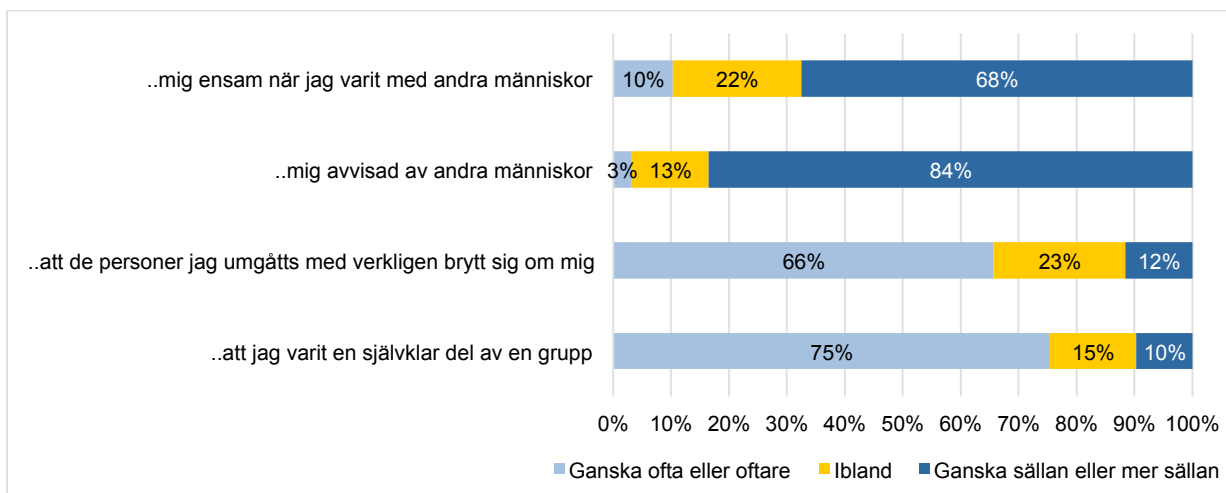
Enkäten skickades till ett landstingsstratifierat urval på 2739 personer (30 procent av populationen i varje landsting utom Gotland, där hela populationen mottog enkäten för att nå ett tillräckligt högt absolut antal svarande för att kunna redovisa resultat på landstingsnivå). Av dessa besvarade 1749 personer enkäten helt eller delvis, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 64 procent.

Enkäternas svarsfrekvenser på 71 respektive 64 procent ger goda förutsättningar att producera pålitliga resultat (Trost 2010:137), förutsatt att det inte finns någon systematisk skevhet i det bortfall av enkätsvar som kvarstår. Den största delen av bortfallet orsakades av felaktiga e-postadresser i Läkarförbundets medlemsregister. Detta är inte önskvärt, men heller inte ett allvarligt problem, eftersom personers benägenhet att byta och/eller uppdatera sin e-postadress inte kan antas ha ett systematiskt samband med hur de upplever sin arbetsmiljö. Det finns alltså inget skäl att tro att denna del av bortfallet förvränger representativiteten i de svar som erhållits. Sammansättningen av våra svaranden överensstämmer även mycket väl med sammansättningen av populationen som helhet både vad gäller ålder och kön. Sammanfattningsvis bedöms därför det statistiska underlaget vara gott och resultaten tillförlitliga för SYLF:s medlemsgrupp – 75 procent av de svenska underläkarna – som helhet.

## 2. Resultat

Undersökningen visar att de svarande underläkarna har bra grundförutsättningar för ett välfungerande, meningsfullt och hållbart arbetsliv. Först och främst känner underläkarna generellt mycket stor samhörighet med sina kollegor. Detta illustreras i diagram 1 nedan.

**Diagram 1. Upplevd social samhörighet. "Om du tänker på ditt arbetsliv, hur ofta har du under de senaste två veckorna känt följande?"**



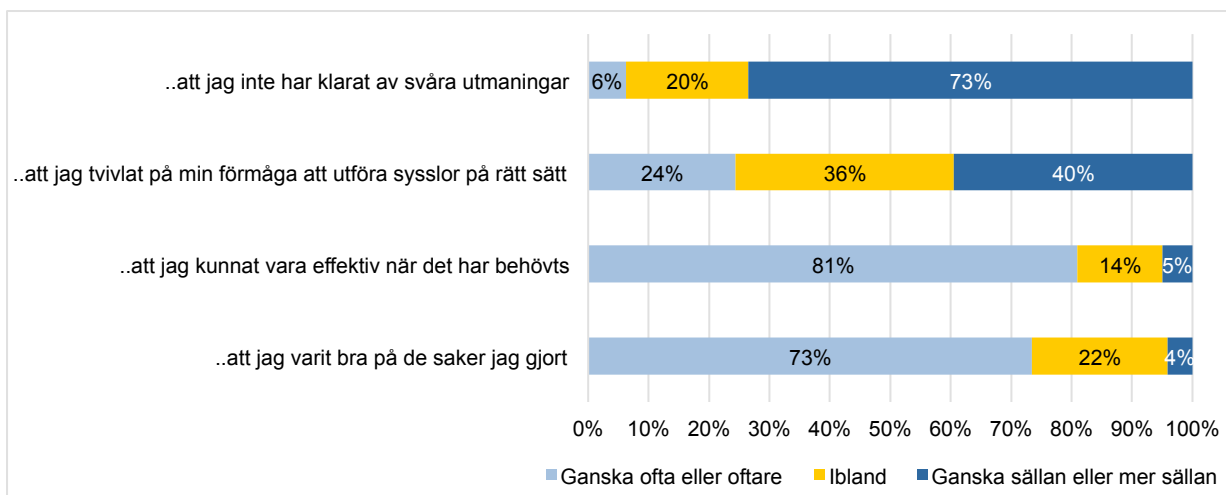
Källa: SYLF:s AT-ranking och SYLF:s ST-enkät 2015.

Underläkarna är också generellt trygga i sin kompetens. Den absoluta majoriteten av de svarande upplever att de är bra på sina arbetsuppgifter, klarar svåra utmaningar på jobbet och kan vara effektiva när det behövs. Mer oroande är att en av fyra svarande uppger att de ganska ofta eller oftare tvivlar på sin förmåga att utföra sysslor på rätt sätt. Dessa resultat kan förstås på flera sätt.

En möjlighet är att underläkarna, även om de generellt upplever sin kompetens som god, inte nödvändigtvis upplever den återkoppling som ges som tillfredsställande, eller förutsättningarna att fortsätta utveckla sin kompetens som tillräckliga. I 2015 års AT-ranking framkom exempelvis att utbildningsmoment ofta får stå tillbaka på många orter, då hög arbetsbelastning och bristande bemanning inte medger att vare sig AT-läkare eller mer seniora läkare som handleder och föreläser frigörs från vårdproduktionen. Att alla läkare kontinuerligt får återkoppling på sitt arbete och ges möjlighet att utveckla sin

kompetens är av högsta vikt både för att kunna erbjuda patienter bästa möjliga vård, och för att kunna hantera läkaryrkets höga krav utan negativa hälsoeffekter.

## Diagram 2. Upplevd kompetens. "Om du tänker på ditt arbetsliv, hur ofta har du under de senaste två veckorna känt följande?"



Källa: SYLF:s AT-ranking och SYLF:s ST-enkät 2015.

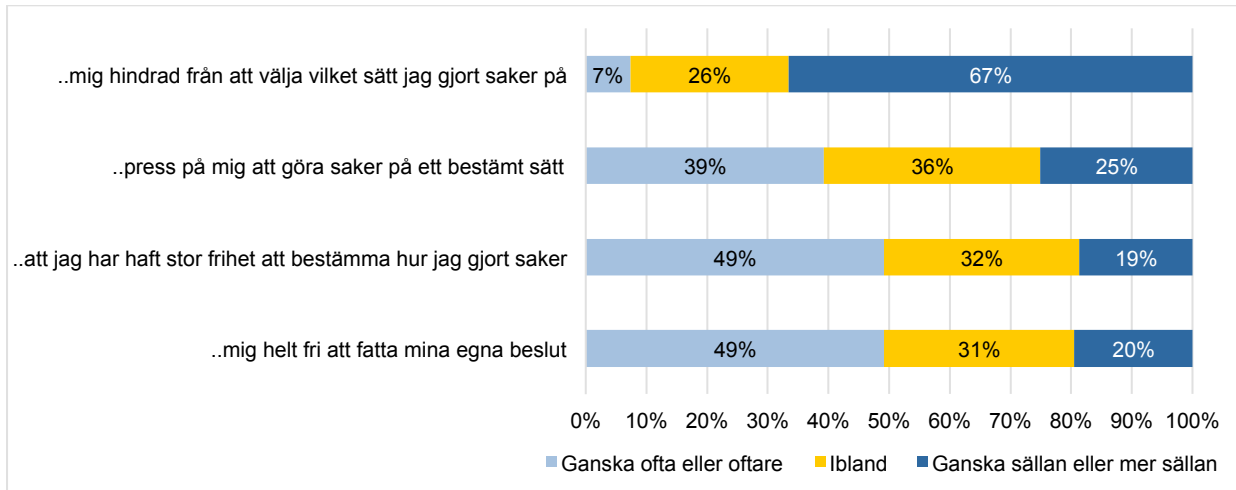
Att underläkarna generellt upplever sig vara kompetenta och kapabla, men samtidigt ganska ofta tvivlar på om de utför sina arbetsuppgifter på rätt sätt, kan också tolkas utifrån resultatet för den tredje riskfaktorn; upplevd autonomi i yrkesutövandet. Medan underläkarnas upplevelse av social samhörighet och kompetens på arbetet är förhållandevis positiv, är resultaten för den tredje riskfaktorn, autonomi, mer oroande. Mindre än hälften av de svarande upplever att de åtminstone ganska ofta är fria att fatta egna beslut eller bestämma hur de gör saker, och nästan 4 av 10 känner sig pressade att göra saker på ett bestämt sätt.

Underläkarnas upplevelse av begränsat självbestämmande kan inte avfärdas som en naturlig följd av läkaryrkets givna ramar, som att behandla patienter utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessa premisser är självklara för alla läkare, och utgör en trygghet snarare än en tvångströja. Upplevelsen av begränsad autonomi kan heller inte förklaras utifrån att underläkarna ofta arbetar under handledning av mer seniora kollegor, eller i team med annan vårdpersonal – även dessa förutsättningar är självklara och önskvärda för de allra flesta underläkare.

Utifrån underläkarnas fritextsvar framgår att det i första hand är vårdens organisation, resursbrist och ersättningssystem som upplevs hämmande. Tidskrävande administration och detaljstyrning av läkarnas arbete utifrån fyrkantiga organisations- och ersättningsstrukturer, snarare än patienters behov, frustrerar många svarande underläkare. Dessa resultat är i linje med de från vår senaste undersökning av kvaliteten på AT (2015:23), som visade att endast hälften av de svarande AT-läkarna upplever sig ha möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Samma bild bekräftades även i vår undersökning av underläkares upplevda möjlighet att erbjuda patienter jämlik vård (2015:15f). Där berättade ett stort antal svarande hur de exempelvis, trots upprepade påtryckningar, inte får gehör när de påtalar äldre och/eller tolkbehövande patienters behov av extra besökstid, eller hur ersättnings- och utvärderingssystem premierar snabb expediering av väldefinierade diagnoser snarare än ett gott omhändertagande av, ofta mer behövande, multisjuka patienter med komplexa problem. Följden är stor frustration över att inte ges förutsättningar att vara den läkare man vill vara, och kunna erbjuda patienter vård och bemötande av sådan kvalitet man önskar. Resultaten överensstämmer även med de från SCB:s arbetsmiljöundersökning, som visar att läkargruppen som helhet upplever att deras inflytande över sin arbetssituation, arbetstakt och arbetsplanering minskat under 2000-talet (Lövtrup & Ohlin 2016:113)

Att en så betydande del av de svarande underläkarna upplever att deras yrkesmässiga autonomi brister är ett allvarligt problem som riskerar att skada de berörda underläkarnas arbetsmotivation och välbefinnande avsevärt, med psykisk ohälsa som potentiell följd.

**Diagram 3. Upplevd autonomi. "Om du tänker på ditt arbetsliv, hur ofta har du under de senaste två veckorna känt följande?"**



Källa: SYLF:s AT-ranking och SYLF:s ST-enkät 2015.

## 2.1 Riskgrupper

För att kunna rikta förebyggande åtgärder dit de bäst behövs är det också viktigt att undersöka förekomsten av skillnader inom underläkarkollektivet vad gäller risken att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. Flera tidigare undersökningar har visat att kvinnor är överrepresenterade i statistiken över långtidssjukskrivningar på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa. Överrepresentationen kvarstår även om hänsyn tas till att många av yrkesgrupperna med högst frekvens av sådana långtidssjukskrivningar är kvinnodominerade – även inom yrkesgrupperna undersköterskor, socialsekreterare och präster är alltså kvinnor överrepresenterade. Detta gäller även läkare (AFA 2015:17f).

I vår analys av riskfaktorer för psykisk ohälsa hittar vi inga påtagliga skillnader mellan män och kvinnor. Samhörigheten och kompetensen upplevs god av underläkare av båda könen, medan både män och kvinnor upplever att deras möjlighet att påverka hur och när arbetet utförs brister. Varför denna likartade upplevelse av riskfaktorer ändå resulterar i ett sämre hälsoutfall för kvinnliga läkare kan denna undersökning inte svara på. En möjlighet är att kvinnor möter ytterligare svårigheter i sitt arbetsliv än de den här undersökningen omfattar. I SYLF:s (2014:11ff) rapport om diskriminering i underläkarkåren framkom exempelvis att unga kvinnliga underläkare i hög utsträckning upplever att de måste överprestera för att få samma respekt som sina manliga kollegor, samt utöver sina ordinarie arbetsuppgifter förväntas sköta en lång rad omvårdnads- och underhållsuppgifter som inte förväntas av manliga kollegor. Då redan den ordinarie arbetsbelastningen är hög är det inte osannolikt att dessa extra krav ökar de kvinnliga underläkarnas stress ytterligare.

En annan möjlighet är att kvinnors könsroll, som bland annat föreskriver att man som kvinna förväntas vara empatisk, självupppoffrande och känslomässigt ansvarstagande (Padavic & Reskin 2002), gör kvinnor mer benägna att pressa sig själva för att få verksamheten att fungera även när resurser och bemanning brister. Sist men inte minst är det också möjligt att faktorer utanför arbetslivet påverkar kvinnors psykiska hälsa negativt i högre utsträckning än mäns. Inga av dessa potentiella förklaringar är ömsesidigt uteslutande.

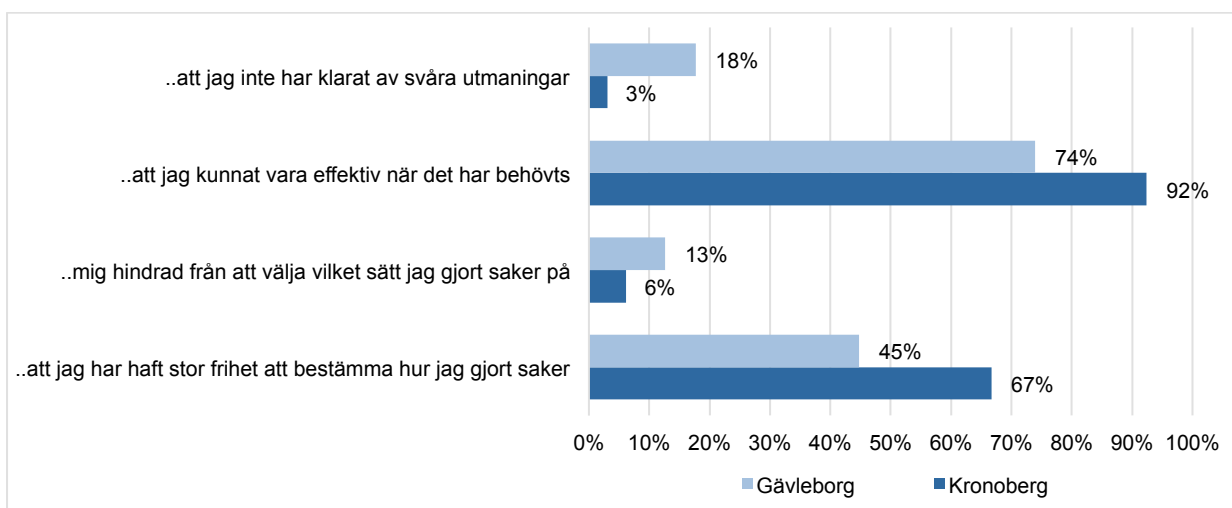
Tidigare studier av förekomsten av stressrelaterad psykisk ohälsa bland sjuksköterskor har påvisat att äldre sjuksköterskor löper högre risk att drabbas än yngre kollegor (Garell 2015:22). Vår undersökning visar inga skillnader i utsatthet utifrån vare sig ålder eller tid som yrkesverksam, definierat som antalet år sen läkarexamen. Däremot upplever ST-läkare – oavsett ålder eller tid i yrket – sig mindre autonoma än AT-läkare.<sup>5</sup> Detta antyder att resultatet beror mer på förväntningarna förknippade med karriärens progression än den faktiska mängden ansvar – om ansvaret var avgörande borde vi se skillnader i resultaten mellan ST-läkare som just påbörjat, och snart avslutar, sin ST.

Detta resultat kan ha flera olika förklaringar. En möjlighet är att läkare längre fram i karriären har mer ansvar och därför fler regler, styrsystem och riktlinjer att ta hänsyn till. En annan möjlighet är att ST-läkare förväntar sig mer självbestämmande än AT-läkare, och i avsaknad av detta upplever en generell brist på inflytande mer negativt. En relaterad möjlighet är att ST-läkare, som generellt befinner sig längre tid på en och samma arbetsplats än andra underläkare, har lättare att urskilja systemfel, strukturella hinder för yrkesutövandet, och negativa arbetsplatskulturer än underläkare tidigare i karriären, som ofta flyttar runt mellan olika kliniker. Resultatet liknar det i SYLF:s (2014:17) undersökning av underläkares upplevelser av diskriminering, som visade att ST-läkare upplever diskriminering i högre utsträckning än underläkare tidigare i karriären.

Den största skillnaden mellan olika underläkargrupper återfinns mellan svenskutbildade läkare och läkare som utbildats utanför EU:s. Skillnaden gäller främst respektive grupps upplevelse av samhörighet med sina kollegor.<sup>6</sup> Exempelvis känner 70 procent av de svenskutbildade läkarna ganska ofta eller oftare att de personer de umgåtts med verkligen brytt sig om dem, att jämföra med knappt 40 procent av de som utbildats utanför EU. Dessa skillnader är mycket allvarliga.

Utöver skillnader mellan underläkargrupper finns potentiellt också skillnader mellan landsting. Även dessa är viktiga att kartlägga för att kunna utforma ett effektivt förebyggande arbete. Undersökningen visar att skillnaderna mellan landstingen generellt är små; de allra flesta ligger nära riksgenomsnittet. Ett fåtal landsting sticker dock ut. Mest påfallande av dessa är Gävleborg, som uppvisar markant sämre resultat än övriga landsting för samtliga riskfaktorer. Bäst resultat har Kronoberg. Mellan dessa två ytterligheter är skillnaderna avsevärda, vilket illustreras i diagram 6 nedan.

**Diagram 6. Svarande i Kronobergs respektive Gävleborgs län som ganska ofta eller oftare under de senaste två veckorna känt..**



Källa: SYLF:s AT-ranking och SYLF:s ST-enkät 2015.

<sup>5</sup> AT- och ST-läkarna upplever ungefär lika stor samhörighet på arbetsplatsen. Ett återkommande tema i AT-läkarnas fritextsvar är dock att deras samhörighet främst är koncentrerad till AT-gruppen, på grund av de täta klinikbytena under AT.

<sup>6</sup> Mellan svensk- och EU-utbildade läkare är skillnaden liten men mätbar.



## 2.2 Effekter

Som tidigare nämnt innehåller vår undersökning inget mått på faktisk psykisk ohälsa, då vår relativt mer begränsade möjlighet att nå de underläkare som är frånvarande från arbetet riskerar att producera resultat som avsevärt underskattar förekomsten av psykisk ohälsa i underläkarkåren. Även utan en renodlad utfallsvariabel kan vi dock studera sambandet mellan riskfaktorerna för psykisk ohälsa och andra relevanta faktorer med koppling till arbetsrelaterad hälsa.

Medan vi har svårt att nå de som var långtidssjukskrivna vid tiden för undersökningen har vi ändå kunnat ställa frågor till de som nyligen kommit tillbaka från en sådan sjukskrivning. Dessa visar att svarande som varit sjukskrivna mer än två veckor under det senaste halvåret har en avsevärt mer negativ upplevelse både av sin egen kompetens och av samhörigheten med sina kollegor än de som inte varit sjukskrivna under samma period. Detta betyder att de som tidigare varit sjukskrivna, men nyligen kommit tillbaka till arbetet, är riskutsatta även inom områden som inte är kritiska för underläkarkollektivet som helhet. Det innebär i sin tur att de tidigare sjukskrivna löper högre risk att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa i framtiden än de som inte har någon sådan sjukskrivningsperiod bakom sig.

De svarande som upplever sig ha minst autonomi i sin yrkesutövning, samt tvivlar mest på sin kompetens, överväger också att byta yrke i högre utsträckning än övriga. Allra starkast är sambandet mellan tvivel på den egna förmågan att utföra sysslor på rätt sätt, och yrkesbyte. Detta resultat kan inte avfärdas med att det helt enkelt är mindre kunniga läkare som, på goda grunder, tvivlar på sin kompetens och därför överväger en annan karriärbana. En närmare undersökning visar att även de svarande som överväger att byta yrke på grund av faktorer helt utan koppling till den egna kompetensen, såsom bristande möjligheter till chefskap, forskning och flexibla arbetstider, också ifrågasätter sin förmåga att utföra sysslor på rätt sätt i avsevärt högre utsträckning än de som inte funderar på att byta yrke.

Detta indikerar att de svarande underläkarna i fråga upplever en konflikt mellan det sätt de tycker att läkaryrket *bör* utövas, och det sätt arbetsplatsen och sjukvårdsorganisationen i stort medger eller kräver att det utövas, snarare än en konflikt mellan den egna förmågan och läkaryrkets kompetenskrav i sig. Samma värdekonflikt känns, som tidigare nämnt, igen från resultaten från SYLF:s (2015:28) AT-ranking samt rapport om underläkares möjlighet att erbjuda jämlik vård (2015:15). Stress och hög arbetsbelastning, otrygga anställningar, nedskärningar inom vården och dess effekter på vårdkvaliteten gör det svårt att ge den vård och vara de läkare de svarande vill vara. Bristerna i underläkarnas arbetsmiljö riskerar alltså att försämra både tillgången till, och kvaliteten på, den vård de erbjuder.

Givet den bristande autonomin och mycket höga arbetsbelastningen riskerar också den starka samhörighet läkarna känner med sina kollegor att förstärka istället för att mildra den press de upplever. Flera studier har visat att anställda i yrken med mycket hög arbetsbelastning och förekomst av stressrelaterad psykisk ohälsa pressar sig själva att fortsätta arbeta även fast de inte orkar, för att de vet att deras frånvaro skulle innebära en ytterligare, nästan omöjlig, påfrestning på de kvarvarande kollegorna. Resultatet blir att alltför många pressar sig alltför hårt, och när de till slut blir sjukskrivna får en mycket längre väg tillbaka till arbetet än om de lyssnat på kroppens signaler tidigare.

## 3. Förebyggande åtgärder

Ett av de tydligaste resultaten från undersökningen är att svarande som upplever sig ha möjlighet att påverka sin arbetsmiljö löper markant lägre risk att drabbas av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Påverkanmöjligheter har särskilt stor betydelse för de svarandes upplevelse av samhörighet med kollegor och yrkesautonomi. Utifrån befintlig data kan vi inte veta säkert i vilken eller vilka riktningar ett eventuellt orsakssamband går. Mest sannolikt är dock att förstärker varandra – personer som är självbestämmande och har goda relationer till sina kollegor torde ha bättre utsikter att få gehör för sina synpunkter,

vilket i sin tur förstärker känslan av att vara en (respekterad och uppskattad) del av en grupp, och av att vara autonom i sin yrkesutövning.

### 3.1 Vad kan du göra som arbetsgivare?

Alla arbetsgivare har ansvar för att skydda sina anställda från skada och sjukdom, och utföra ett systematiskt arbetsmiljöarbete för att förebygga sjukfall. Arbetsmiljölagen är tydlig med att arbetet ska anpassas efter den enskilda individens förutsättningar, varför det behöver finnas rutiner för anpassning och rehabilitering redan innan någon mår dåligt eller blir sjukskriven från jobbet, för att så långt som möjligt förhindra detta. I Arbetsmiljöverkets nya föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö, som träder i kraft den sista mars 2016, förtydligas och betonas särskilt arbetsgivarens ansvar för att säkerställa att de anställdas arbetsbelastning eller arbetstidsförläggning inte leder till ohälsa.

Enligt arbetsmiljöverket är möjligheter till återhämtning (både dygnsvila och regelbundna raster), ökad bemanning och/eller kompetenstillförsel bra exempel på åtgärder som arbetsgivaren kan tillämpa för att förebygga psykisk ohälsa (Arbetsmiljöverket 2015:8)

Arbetsmiljöverket betonar vikten av "ett ledarskap som möjliggör regelbunden dialog med arbetstagnarna", samt anser att arbetsgivaren ska se till att arbetstagnarna känner till vem de kan vända sig till ifall de behöver hjälp och stöd i arbetet (Arbetsmiljöverket 2015:8). En viktig del av detta är återkoppling – de synpunkter och förslag som kommer från arbetstagnarna måste fångas upp och bemötas, helst även åtgärdas. Om detta inte sker riskerar dialogen att ha motsatt effekt, eftersom arbetstagnarnas förväntningar på positiv förändring grusas.

I yrken som är särskilt psykiskt påfrestande är behovet av förebyggande insatser extra stort. Arbetsgivaren bör vara särskilt vaksam på att arbetstagnarnas behov av återhämtning verkligen tillgodoses, och arbetstagnarna bör enligt Arbetsmiljöverket bland annat ha tillgång till regelbundet stöd av handledare. Läkaryrket är ett typexempel på ett sådant särskilt påfrestande yrke, då arbetet ofta utförs nattetid och/eller under långa arbetspass, kräver att arbetstagnaren bemöter människor i svåra situationer och fattar svåra, ofta etiskt komplicerade, beslut under press (Arbetsmiljöverket 2015:10).

Genom att förbättra underläkarnas faktiska förutsättningar att påverka sin arbetsmiljö kan arbetsgivare således, i förlängningen, även förebygga psykisk ohälsa hos de anställda. Ett viktigt första steg är att se till att alla underläkare har en chef med tydligt, samlat arbetsgivaransvar, och mandat att utveckla underläkarnas arbetsförhållanden. För att dialog och påverkansmöjligheter överhuvudtaget ska vara möjliga måste alla underläkare veta vem som har ansvar för deras arbetsmiljö, och vem de ska vända sig till med frågor som rör stress och ohälsa. Idag arbetar en stor del av landets AT-läkare utan chef i egentlig mening. På vissa orter flyttar det formella chefskapet för AT-läkaren från klinik till klinik – ibland så ofta som varje vecka. På andra orter är chefsrollen delad mellan personalansvariga, AT-samordnare och studierektorer. På ytterligare andra orter, exempelvis i Västernorrlands län, är chefskapet endast teoretiskt då det innehas av landstingets hälso- och sjukvårdsdirektör – en person som de flesta av AT-läkarna aldrig träffat eller kommer att träffa.

Vidare kan du som arbetsgivare öka underläkarnas påverkansmöjligheter, och förebygga psykisk ohälsa, genom att regelmässigt aktivt bjuda in alla underläkare till arbetsplatsens vanliga APT. SYLF:s (2015:24f) AT-ranking visar att endast hälften av AT-läkarna regelbundet deltar i klinikkens utvecklingsarbete, så som APT och andra arbetsgrupper. De främsta skälen till att fler inte deltar är att de inte blir inbjudna eller får tid avsatt för detta. Här har chefer ett stort ansvar att få alla AT-läkare att känna sig välkomna. Du kan också se till att alla underläkare har tillgång till en formell påverkanskanal, t.ex. ett AT- eller ST-råd, arbetsgrupper för medarbetarinflytande eller arbetsmiljö, underläkarkollegium eller liknande, där synpunkter kan samlas in, formuleras och framföras med tyngd till högre ort. Detta är särskilt viktigt på stora sjukhus med långa beslutsvägar. I utformningen av dessa påverkanskanaler är

det dock viktigt att de som befinner sig mellan karriärsteg också inkluderas. För de läkare som exempelvis befinner sig mellan examen och AT eller mellan legitimation och ST kan det vara desto viktigare att få möjligheter att påverka sin arbetssituation eftersom grupptillhörigheten kan vara svagare och arbetsbördan ofta är stor.

Som arbetsgivare har du även möjlighet att ge underläkarna möjlighet att påverka sin arbetstidsförläggning och sitt schema. Ännu viktigare är att du genom god planering av både arbetsvolym och personalåtgång kan hålla läkarnas arbetsbelastning på en långsiktigt hållbar nivå. Detta har i sin tur stor betydelse för en fortsatt god utveckling av underläkarnas kompetens. Du som arbetsgivare bör organisera och planera arbetet så att handledning och utbildningsmoment är schemalagda och bemanningsmässigt möjliga att genomföra.

Utöver allt ovanstående kan du också som arbetsgivare regelbundet inventera friskfaktorer – vad är det egentligen som får personalen att trivas på arbetet, och hur kan vi säkra och öka tillgången till dessa faktorer? För många har rasterna med kollegor stor betydelse, både för arbetsglädjen och återhämtningen. I våra kontakter med underläkarna framkommer dock ofta att många regelmässigt arbetar utan vare sig lunchrast, måltidsuppehåll eller rast, för att arbetsbelastningen inte medger pauser. Även om det i delar av sjukvården kan förekomma förhållanden som omöjliggör pauser i arbetet, exempelvis på en akutmottagning efter en större olycka, bör detta aldrig vara norm. För andra är trygghet i anställningen centralt för trivseln på jobbet. Genom tydliga organisatoriska ramar, inklusive trygga och överskådliga anställningsförhållanden, kan du som arbetsgivare minska den stress som kommer av att inte veta vad som förväntas av en eller om man har ett jobb nästa månad (Arbetsmiljöverket 2010). Andra potentiella friskfaktorer du kan påverka som arbetsgivare är att vara lyhörd och närvarande som chef, korta beslutsvägarna och ge god återkoppling

### **3.2 Vad kan du göra som kollega eller fackligt förtroendevald?**

Om du som kollega eller fackligt förtroendevald märker att någon på din arbetsplats verkar mycket stressad, trött, eller på andra sätt må psykiskt dåligt, är ett viktigt första steg att våga prata med personen. Tala om att du bryr dig, fråga om det är något du kan göra, och stötta kollegan i att ta sin situation på allvar och prata med sin chef och/eller företagshälsovården.

För att mer långsiktigt förbättra arbetsmiljön på din arbetsplats kan du uppmuntra dina kollegor att delta och uttrycka sig i de möjligheter till dialog och utvecklingsarbete som finns på arbetsplatsen, exempelvis APT, AT- eller ST-råd. Om kollegorna inte vill eller orkar detta kan du framföra deras synpunkter å deras vägnar.

Du kan också delta aktivt i det systematiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen, eller engagera dig som skyddsombud. Skyddsombud utses normalt av den fackliga organisation som har kollektivavtal på arbetsplatsen, och har till uppgift att delta och värna arbetstagarnas intressen vid planering och hantering av alla frågor som rör arbetsmiljön. Som skyddsombud har du möjlighet att initiera en arbetsmiljöskydds rond, eller en psykosocial skydds rond. Under dessa undersöker skyddsombuden och arbetsgivaren tillsammans vilka hälsorisker – både fysiska och psykosociala – som finns på arbetsplatsen. Om du själv inte är skyddsombud, men tycker att en skydds rond behövs, kan du alltid prata med ombudet och påtala behovet av en rond.

### **3.3 Vad kan du göra för dig själv?**

Det allra viktigaste du kan göra för dig själv är att lyssna på, och respektera, kroppens signaler. Vi har alla bra och dåliga dagar på jobbet, men för att ditt arbetsliv ska vara hållbart i längden ska normaltillståndet vara att du är pigg och utvilad när arbetsdagen börjar, och fortfarande har ork att göra något efter arbetsdagens slut. Om du har smygande värk som inte går över, ständigt är trött, återkommande

har svårt att koncentrera dig eller minnas saker, har svårt att sova eller känner nedstämdhet och/eller ångest som inte kan spåras till andra orsaker bör du stanna upp och ta din hälsa på allvar.

Är det så att du känner igen dig i några av symptomen eller varningssignalerna ovan, inte hinner med ditt arbete eller börjar få svårigheter att hinna med till följd av hälsoproblem så bör du ta upp det med din chef så att ni tillsammans kan lägga upp en plan för hur din situation kan förbättras och sjukskrivning förebyggas. Om du av någon anledning inte kan eller vill prata med din chef kan skyddsombudet på din arbetsplats stötta och vägleda, och företräda dig i kontakten med chefen. Skyddsombudet är din och dina kollegors valda ombud i arbetsmiljöfrågor på arbetsplatsen.<sup>7</sup> Skyddsombud har utbildning i arbetsmiljöfrågor, och har rätt att begära att arbetsgivaren vidtar de åtgärder som krävs för att arbetsmiljön skall bli tillfredsställande. Om arbetsgivaren inte agerar inom rimlig tid kan skyddsombudet ta ärendet vidare till Arbetsmiljöverket,

Saknar arbetsgivaren arbetsmiljökunskap kan företagshälsovården bistå i vilka förebyggande och anpassningsåtgärder som kan behövas på arbetsplatsen.

Professor emerita Marie Åsberg ger följande råd:

- Håll hårt på veckovilan! Alltid minst en dag i veckan helt ledig!
- Undvik övertid!
- Kasta väckarklockan! Sov så länge kroppen behöver
- Om envis sömnstörning, pröva sömnskola på nätet!
- Om du har svårt att spänna av, överväg att lära dig meditera eller hitta någon annan form av avslappningsövning som passar dig

---

<sup>7</sup> På många större arbetsplatser finns det flera skyddsombud. Ett av dessa utses då till huvudskyddsombud, med ansvar för att samordna ombudens arbete. Om det finns flera skyddsombud väljer du själv vilket ombud du vill vända dig till.

## 4. Referenser

- Arbetsmiljöverket (2010). *Psykosociala frågor i det systematiska arbetsmiljöarbetet*. ADI 657
- Arbetsmiljöverket (2015). *Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Arbetsmiljöverkets författningssamling, AFS 2015:4
- Bakker A. & Demerouti E. (2007). "The Job Demands-Resources model: state of the art." *Journal of Managerial Psychology*, vol. 22 s. 309-328
- Deci, E.L. and Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. New York, NY: Plenum Press
- Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F. & Schaufeli W.B. (2001). "The job demands-resources model of burnout." *Journal of Applied Psychology*, vol. 86 s. 499-512
- Fernet C., Austin S. & Vallerand R.J. (2012). "The effects of work motivation on employee exhaustion and commitment: An extension of the JD-R model." *Work & Stress*, vol 26 s. 213-229
- Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4. Stockholm: Försäkringskassan
- Gagné M. & Deci E. (2005). "Self-determination theory and work motivation." *Journal of organizational behavior*, vol. 26 s. 331-362
- Garell, M. (2015). *Arbetsmotivation och psykisk hälsa bland sjuksköterskor inom psykiatri. En jämförande studie mellan yngre och äldre sjuksköterskor*. Gävle: Högskolan i Gävle
- Johnson J.V. & Hall E.M. (1988). "Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population." *American Journal of Public Health*, vol. 78 s. 1336-42
- Karasek R.A. (1979), "Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design." *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, s. 285-308
- Lövtrup M. & Ohlin E. (2016). "Läkares arbetsmiljö har blivit sämre." *Läkartidningen*, vol. 1-2/2016, s. 113
- Reeve J. & Sickenius B. (1994). "Development and validation of a brief measure of the three psychological needs underlying intrinsic motivation: The AFS scales." *Educational and Psychological Measurement*, vol. 54, s. 506-515
- Padavic, I. & Reskin, B. (2002). *Women and Men at Work*. Thousand Oaks: Pine Forge Press
- Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr. 223. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
- Schaufeli W.B. & van Dierendonck D. (1993). "The construct validity of two burnout measures." *Journal of Organizational Behavior*, vol. 14 s. 631-647
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Expertunderlag 2003-123-18. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sveriges Yngre Läkares Förening (2014). *Diskriminering i underläkarkåren 2013*. Stockholm: SYLF
- Sveriges Yngre Läkares Förening (2015a). *AT-ranking 2015*. Stockholm: SYLF
- Sveriges Yngre Läkares Förening (2015b). *ST-enkät 2015*. Stockholm: SYLF
- Sveriges Yngre Läkares Förening (2015c). *Underläkares upplevelser av jämlik vård*. Stockholm: SYLF
- Theorell T. (red.) (2012). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur
- Åsberg M., Grape T., Krakau I., Nygren Å., Rodhe M., Wahlberg A. och Währborg P. (2010). "Stress som orsak till psykisk ohälsa." *Läkartidningen*, vol. 19-20, s. 1307-1310