

Kerstin Nilsson

Äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv

Skillnader mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården

ARBETSLIV I OMVANDLING | 2006:10

ISBN 91-7045-797-2 | ISSN 1404-8426



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog med arbetslivets aktörer verkar vi för ett arbetsliv med goda villkor, utvecklingsmöjligheter och en hälsosam arbetsmiljö för både kvinnor och män. Institutet har omkring 400 anställda och finns på flera orter i landet. Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt "refereeförfarande" genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Eskil Ekstedt
Redaktion: Jonas Malmberg, Anders Neergaard,
Lena Pettersson, Ann-Mari Sätre Åhlander
och Annette Thörnquist

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2006
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 91-7045-797-2
ISSN 1404-8426
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Förord

Projektet "Förlängt arbetsliv" startade hösten 2002 som ett samverkansprojekt mellan Arbetslivsinstitutet och landstinget Region Skåne. Projektet har bestått av en rad olika delstudier angående äldre medarbetares arbetssituation. Den frågeställning som föranledde den studie som redovisas i denna rapport var; Finns det skillnad mellan olika yrkesgruppers attityder till att vilja och att kunna stanna kvar i arbetslivet till 65 år eller längre? Frågan är inte helt enkel att svara på eftersom "att vilja och att kunna" går in i och påverkar varandra. Det finns de äldre vilka trots förslitningar, handikapp och sjukdomar fortsätter att arbeta långt upp i åren. Samtidigt finns det individer som tillsynes är vid god hälsa, men som önskar att gå i tidig pension. Vad påverkar och skiljer dessa ställningstaganden ifrån varandra? Finns det faktorer som kan förändras i positiv riktning och därmed medverka till att fler önskar stanna kvar i arbetslivet till en högre ålder?

Jag vill passa på att rikta ett stort tack till Helge Helmersson vid Lunds universitet, som har varit till ovärderlig hjälp vid den statistiska analysen som ligger till grund för denna rapport, samt till Elisabet Cedersund och Maria Norstedt för deras råd. Jag vill även tacka Harry Petersson, bibliotekspersonalen vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm samt medarbetarna vid Arbetslivsinstitutet i Malmö. Jag vill även rikta ett stort tack till Margareta Christiansson och Liselotte Rooke vid Region Skåne, samt alla medarbetare vid Region Skåne som har tagit sig tid att fylla i enkäten. Mitt största tack vill jag ge till Peter, Johan, Emma, Elin och Jakob.

Lund april 2006
Kerstin Nilsson

Innehåll

Förord	
Inledning	1
Studiens övergripande syfte och frågeställningar	1
Disposition	2
Teorier kring utträde ur arbetslivet	3
Äldre medarbetare och deras situation i arbetslivet	5
Hälso- och sjukvårdsorganisationen	8
Yrkesgrupper och yrkesroll	11
Arbetsituationen inom hälso- och sjukvården	14
Läkare	16
Sjuksköterska	17
Undersköterska	18
Skötare	19
Läkarsekreterare	20
Sjukgymnast	20
Arbetsterapeut	20
Psykolog	21
Kurator	21
Metod	23
Urval	23
Undersökningsgruppen	24
Genomförande	26
Yrkesgruppernas placering i diskriminantfiguren	28
Resultat	30
Läkare	31
Sjuksköterska	33
Undersköterska	34
Skötare	36
Läkarsekreterare	37
Sjukgymnast	38
Arbetsterapeut	40
Psykolog	41
Kurator	42
Diskussion om äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv	45
Arbetsituationens betydelse för ett förlängt arbetsliv	46
Yrket och yrkesrollens betydelse för ett förlängt arbetsliv	50
Organisationsstrukturens betydelse för ett förlängt arbetsliv	53
Summering	56
Framtida forskning	58

Sammanfattning	59
Summary	60
Referenser	61
BILAGA 1	67

Inledning

Individer lämnar och har alltid lämnat arbetslivet på grund av att åldern ”tar ut sin rätt”. Dock är det sannolikt inte ålderssvaghet som är den avgörande faktorn för det stora flertalet som går i ålderspension idag. Troligtvis är det istället många olika faktorer som har betydelse för när en individ lämnar yrkeslivet för en ny livsfas som ålderspensionär, även om det biologiska åldrandets klocka tickar i oss alla och den kronologiska åldern är av socialförsäkringsmässig betydelse. I dag tycks frågorna kring ålderspensionsutträde ur yrkeslivet vara särskilt aktuella med tanke på de stora barnkullarna som föddes under 1940-talet och som kommer att gå i pension under de närmaste åren. De som ingår i föreliggande studie är anställda vid Sveriges sydligaste landsting, Region Skåne. Inom denna organisation beräknas cirka 25 procent av de cirka 30 000 medarbetarna gå i ålderspension inom tio år. Scenariot åter finns inom flera andra organisationer och arbetsplatser runt om i Sverige och Europa. Detta befaras medföra problem för organisationer och företag, inte minst eftersom mycket samlad livs- och yrkeskunskap riskerar försvinna ut ur arbetslivet med dessa individer. Somliga kommer kanske att arbeta några år efter att de blivit 65 år, medan andra kommer att lämna arbetslivet betydligt tidigare. Vad är anledningen till detta och skiljer sig attityderna till ett förlängt arbetsliv mellan äldre medarbetare inom olika yrkesgrupper? Genom att studera olika motiv till att individer kan/inte kan och vill/inte vill delta i arbetslivet tills de blir 65 år, kan vi skaffa viktig kunskap om människors arbetsförhållande och livssituation. På detta sätt kan vi även erhålla viktig information för att kunna förändra och förbättra arbetslivet för olika yrkesgrupper.

Bertolt Brecht lär ha sagt:

”Ett träd som inte längre bär frukt kallas ofruktbart. Men vem undersöker jordmånen?”

Denna studie har för avsikt att undersöka äldre medarbetarnas jordmån för ett förlängt arbetsliv.

Studiens övergripande syfte och frågeställningar

Olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har olika arbetsuppgifter och deras arbetssituation och arbetsmiljö ser olika ut. Åldrandet påverkas troligen till viss del av yrkeslivet. Det datamaterial som ligger till grund för denna föreliggande studie är en enkätundersökning med medarbetare 55 år och äldre inom hälso- och sjukvården vid Region Skåne, Sveriges sydligaste landsting. Enkätundersökningen genomfördes som ett delprojekt i Region Skånes och Arbetslivsinstitutets samverkansprojekt ”Förlängt arbetsliv”. Enkätmaterialen har varit underlag för två tidigare rapporter om äldre medarbetare. I rapporten ”Pension eller arbetsliv?” (Nilsson, 2005a) framkom att kortare arbetstid, friskvård betald

av arbetsgivaren och lugnare arbetstakt var det som äldre medarbetarna generellt önskade för att klara av att arbeta till 65 år eller längre. I rapportern ”Vem kan och vill arbeta till 65 år eller längre?” (Nilsson, 2005b) fördjupades analysen och det kom fram en mer nyanserad bild över vad som skiljde de individer som kunde och ville från dem som inte kunde och inte ville arbeta till 65 år eller längre. Det var främst ekonomiska faktorer, motivationsgivande faktorer, hälsa samt fysiska och psykiska arbetsmiljöfaktorer som skilde de olika grupperna åt. Föreliggande rapport avser att gå ett steg djupare in i datamaterialet och försöka utröna om det finns skillnader mellan äldre medarbetare inom olika yrkesgrupper.

De olika yrkesgrupperna i hälso- och sjukvården befinner sig på hierarkiskt skilda nivåer. Arbetsituationen ser olika ut för olika yrkesgrupper beroende på arbetsuppgifter och var de befinner sig i organisationen. Det är därför viktigt att studera hur de äldre medarbetarnas situation generellt ser utifrån vilken yrkesgrupp de tillhör, även om naturligtvis inte alla äldre medarbetares situation är exakt lika inom en yrkeskategori. Den här rapporten har därför som övergripande syfte att studera om det finns skillnader inom och mellan olika yrkesgruppers attityder till ett förlängt arbetsliv? Finns det utifrån yrkesgrupperna något som är särskiljande i enkätsvaren för dem som vill och kan arbeta till 65 år, jämfört med dem som inte kan och inte vill arbeta till 65 år eller med dem som kan men inte vill arbeta till 65 år eller längre? Har skillnaderna samband med organisationsstrukturen? Har själva yrket och yrkesrollen betydelse för ett förlängt arbetsliv?

Studien är relevant för att finna eventuella skillnader i attityden till ett förlängt arbetsliv hos äldre medarbetare i olika typer av yrken. Resultaten förväntas även öka kunskapen kring vad som påverkar attityderna till en tidig ålderspension alternativt ett förlängt arbetsliv.

Disposition

Rapporten innehåller först en genomgång av teorier kring utträde ur arbetslivet. Därefter ges en redogörelse kring vad som avses med äldre medarbetare eftersom det är ett centralt tema i rapporten. I denna del beskrivs även vissa faktorer som, enligt tidigare forskning, bidrar till ett förlängt arbetsliv alternativt utslagning från arbetslivet. Därefter beskrivs hälso- och sjukvårdsorganisationen där de äldre medarbetarna som ingår i denna studie arbetar, följt av en beskrivning av yrkesgrupperna och var dessa befinner sig i organisationen. Därpå redogörs för tidigare studier kring hur arbetsituationen ser ut för olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Sedan redovisas metodövervägande, urvalsgrupper och förfarandet vid studiens genomförande, följt av resultatredovisningen över vad som har betydelse för olika yrkesgruppers attityder kring tidig pensionsavgång alternativt förlängt arbetsliv. Som avslutning förs en summerande dis-

kussion om skillnader i upplevelser av arbetslivet hos äldre medarbetare i olika yrkesgrupper.

Teorier kring utträde ur arbetslivet

Det finns flera olika teorier kring utträde ur arbetslivet. Här nedan kommer några av dessa att belysas.

En teori kring utträde ur arbetslivet är Tillbakadragandeteorin (Whithdrawal teorin) vilken fokuserar på hur en mindre bra arbetsmiljö kan orsaka att medarbetarna önskar lämna arbetslivet. Tillbakadragandeteorin formulerades 1953 av Hill och Trist utifrån ett psykoanalytiskt perspektiv (se exempelvis Höög, 1985). Teorin beskriver hur vissa fall av arbetsolyckor och ohälsa är orsakade av en transformering av missnöjet med arbetet till sjukdom och ohälsa hos individen. Detta ger i sin tur ett för individen och organisationen accepterat sätt att arrangera en reträtt från arbetet. Individer med ett dåligt förhållande till arbetsorganisationen, arbetsplatsen eller arbetssituationen kan därför tänkas välja ett tillbakadragande från den spänning och stress som skapas av det dagliga mötet med organisationen, arbetsplatsen eller arbetssituationen. Låg arbetstillfredsställelse kan därför leda till reaktioner som hög (sjuk)frånvaro och benägenhet att lämna arbetslivet i förtid (se Höög, 1985).

När ålderspensionen infördes 1913 var det för de allra flesta självklart att under hela livet ha ett arbete som inbringade inkomst för att kunna livnära sig. Ålderspensionen blev en försäkring för dem som på grund av sjukdom och ålderssvaghet inte längre kunde försörja sig själv genom arbete. Samhället, arbetslivet och socialförsäkringssystemet har förändrats en hel del sedan 1913. Ekonomin har även i dag en stor innebörd för utträdet ur arbetslivet, men får en underordnad betydelse för att stanna kvar i arbetslivet om individen saknar motivationsgivande faktorer i arbetssituationen och än mer om dessutom arbetsmiljön är bristfällig (se Nilsson, 2005b). Attraktionsmodellen respektive utstötningssmodellen tar upp olika faktorer av betydelse för utträde ur arbetslivet (se exempelvis Marklund, 1995; Höög & Stattin, 1995; Stattin, 1998). Utstötningssmodellen härleder orsaken till tidigt utträde ur arbetslivet till bristfällig arbetsmiljö med för stora påfrestningar för individen. Exempel på detta är en dålig fysisk och psykisk arbetsmiljö, förändring av yrkesrollen samt lågkonjunkturer med påföljande besparingar. Utstötningssmodellen visar även på att kort utbildningstid, yrken med krympande arbetsmarknad samt ökade krav på kompetens kan medföra ökad benägenhet för utträde ur arbetslivet. Attraktionsmodellen har en annan infallsvinkel och visar på olika faktorer som lockar individer att stanna kvar i arbetslivet respektive att träda ut ur arbetslivet. Ekonomin är i detta sammanhang en viktig aspekt då pensionen blir den inkomst som den äldre personen ska leva på. Ersättningsnivån på pensioner och andra ersättningar i socialförsäkringssystemet kan därmed ha en avskräckande respektive lockande

inverkan för personer att lämna yrkeslivet. Andra faktorer som enligt Attraktionsmodellen kan locka äldre personer ut ur arbetslivet är exempelvis att make/maka redan har gått i pension eller fritidsintressen.

För att delta i arbetslivet är det viktigt att man kan behålla en god hälsa. Det är därför viktigt att känna kontroll över sin arbetsituation och att ha möjlighet att påverka sitt arbete. Gardell med flera (1979) visar att ju större inflytande en individ har över arbetet desto större blir engagemanget. Stress och vantrivsel har i sin tur ofta samband med belastning i arbetet och upplevelsen av att arbetet är tråkigt, likgiltighet inför kvalitén på arbetet, ointresse för att ta ansvar, initiativtrötthet, hög frånvaro och förekomst av psykosomatiska besvär. I skriften ”Delaktighet och dialog – på väg mot hållbara arbetsplatser” tar Thelander (2003) upp olika faktorer som gynnar respektive missgynnar en hållbar arbetsmiljö och för att inte individer ska slås ut ur arbetslivet. De faktorer som beskrivs gynna en hållbar arbetsmiljö präglades av dialog, kommunikation, delaktighet, helhetssyn, tydlighet, tillit och egen kontroll över arbetet. Det är roligt att arbeta, utveckla och driva saker när man har möjlighet att själv bestämma på vilket sätt och när det ska ske, under förutsättning att det finns resurser och att man har kunskaper. Samtidigt är det framför allt arbetsituationer med höga krav och bristande kontroll som kan medföra en ökad risk för utslagning från arbetslivet (se exempelvis Karasek & Theorell, 1990; Orth-Gomér & Perski, 1999).

De individer som befinner sig i en arbetsituation som inte är tillfredsställande kan välja olika strategier för att förändra sin belägenhet. En del individer väljer att genast lämna en situation som de inte är nöjda med. Andra väljer att kämpa för att förändra en mindre bra situation. Hirschman (1970) beskriver ”exit” och ”voice” som olika strategier eller metoder för exempelvis organisationer och individer att ta kontroll över en situation som de är missnöjda med. ”Exit” avser att en individ exempelvis lämnar organisationen om hon/han är missnöjd för att istället välja andra alternativ. ”Voice” avser när en individ försöker påverka situationen som de är beroende av genom att protestera, göra motstånd eller vägra. Detta förutsätter att de har något hopp om att situationen går att förbättra. ”Exit” beskriver Hirschman (1970) som ett destruktivt alternativ eftersom det individen är missnöjd med inte går att påverka genom ”voice” efter det att individen har valt att lämna. ”Voice” kan vara ett första alternativ, hjälper det inte återstår ”exit”. Voice kan också vara ett alternativ då det inte finns några alternativ till exit, exempelvis då individen inte har några större möjligheter att få ett nytt arbete i en annan organisation. Det finns dock en risk att den som väljer ”exit” uppfattas som en förrädare av dem som blir kvar i organisationen eller på arbetsplatsen, då den som väljer ”exit” överger arbetskamrater och organisationen för något annat. Samtidigt kan individer som använder sig av ”voice” uppfattas som mysterier då de inte finner sig i sin situation. Hirschman beskriver även strategin lojalitet (”loyalty”). Individer stannar då kvar i en organisation av lojalitet, gammal vana och tron på att det snart ska bli bättre. Medarbetare kan välja

lojalitet även om de är missnöjda eftersom de vet vad de har men inte vad som händer om de väljer att höja sin röst ("voice") eller lämna organisationen ("exit"). Hirschman, (1970) beskriver vidare att om organisationer rankas efter prestige och status, behöver de organisationer som befinner sig längst ner på denna rankingsskala högst grad av lojalitet ("loyalty") och ideologiska grundpelare för att kunna behålla sin personal. Annars är personalen frestade att välja att lämna organisationen till förmån för bättre villkor någon annanstans.

Äldre medarbetare och deras situation i arbetslivet

WHO:s dokument "Active Ageing, a policy framework" (WHO, 2002) beskriver att minskningen av fysisk och kognitiv kapacitet då individer åldras kan kompenseras av de äldres kunskap, visdom och erfarenhet. Vid vilken ålder är man då en äldre medarbetare? Detta är inte helt enkelt att definiera eftersom ålder och åldrande är relativt. Den här studien utgår ifrån personer med en kronologisk ålder på 55 år eller äldre och definierar därmed dessa som äldre medarbetare. Åldrandet påverkas av en individs livsstil, genetiska arv och livssituation. En äldre individs funktionella ålder beror även till viss del på den arbetsmiljö och arbetssituation som personen har befunnit sig i under ett långt arbetsliv. Arbete kan vara tärande och påskynda det biologiska åldrandet om det är fysiskt och psykiskt ansträngande. Samtidigt kan ett stimulerande arbete och en trivsam arbetssituation medverka till att individen behåller sin vigör långt upp i åren (se exempelvis Bengtsson & Nilsson, 2004). Det är vanligt att det kommer fram stereotypa bilder när äldre medarbetare diskuteras. Äldre personal beskrivs ibland å ena sidan som långsammare, att de har lättare för att bli uttröttade än sina yngre kolleger, att de är mindre intresserade av att lära nytt och mindre flexibla. Å andra sidan beskrivs äldre personal även som pålitligare, lojalare, noggrannare, ordentligare, omsorgsfullare och plikttrognare än sina yngre kolleger (se Warr, 1994). Just denna praktik att vi alla sätter samman och kopplar ihop individer, saker och fenomen är ett sätt för oss att minnas och bilda sammanlänkande schematan. Sådana schemata underlättar för oss att tänka, analysera och lära oss nya saker. Samtidigt utgör detta sätt att tänka grunden för olika typer av diskriminering och rasifiering, vilket vi alla bör vara uppmärksamma på. Bara för att vi får upp olika föreställningar och bilder i våra huvuden då vi tänker och hör talas om att en individ exempelvis har en viss typ av hudfärg, ett visst kön eller är en äldre medarbetare, är det viktigt att försöka se individen och sortera bort den stereotypa bilden. Ett exempel på hur dessa stereotypabilder kan få konsekvenser finns i studien "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a). Att äldre medarbetare har svårare för att lära sig nya saker och att de inte vill utvecklas var något som denna studie till viss del kunde dementera. Det var endast sju procent av dem över 55 år som angav att de inte förmådde lära nytt på grund av sin ålder, medan trettiotvå procent uppgav att de önskade ökade möjligheter till utveckling

för att kunna arbeta kvar till 65 år och tjugosex procent ville också utbilda sig mer. Trots detta hade de troligen placerats i ett åldersstereotyp fack av sina chefer eftersom femton procent angav att de på grund av sin ålder fick färre erbjudande om att delta i kompetensutveckling och projekt på arbetsplatsen.

Arbetsmiljön kan både anses stöttande och hindrande för ett förlängt arbetsliv. Arbetet i sig själv, arbetssituationen och arbetsmiljön påverkar hur bra eller dåligt en medarbetare kan och vill använda sina resurser i arbetet. Detta i sin tur påverkar individens arbetsförmåga (Ilmarinen, 1999). I tidigare forskning framkommer hälsan som en av de viktigaste faktorerna för att äldre ska kunna delta i arbetslivet (se exempelvis Nilsson, 2005a; Bengtsson & Nilsson, 2004; Grahn 2003; Ilmarinen, 2003; Nylén & Torgén, 2002; Ilmarinen & Louhevaara, 1999; Seitsamo & Klockars, 1997; Tuomi m fl, 1997; Hallsten & Solem, 1996). Social samhörighet och delaktighet stärker den psykiska hälsan eftersom individen känner sig behövd och ingår i ett sammanhang. De individer som är kvar i yrkeslivet vid ökande ålder ingår i ett socialt sammanhang och behåller den psykiska och fysiska konditionen på en hög nivå. Detta bidrar troligen till att de har en bättre psykisk och fysisk hälsa än de som går i pension vid yngre år (se exempelvis Takashi m fl, 2003). Psykisk ohälsa och besvär i rörelseorganen utgör de vanligaste orsakerna för sjukskrivning och står tillsammans för två tredjedelar av de långa sjukskrivningarna i Sverige (RFV, 2004b). Dessa individer riskerar att i förtid ha lämnat arbetslivet bakom sig och aldrig komma tillbaka.

Det arbetar nästan en halv miljon människor inom vård och omsorgsyrkerna vilket motsvarar 11 procent av de sysselsatta. Enligt RFV 2003:5 står vård- och omsorgspersonal utan högskoleutbildning för en oproportionellt stor del av sjukskrivningarna. Inom arbetaryrkerna är det vanligt med olika fysiska besvär vilket ökar risken för varaktig utslagning från arbetslivet. Även om arbetaryrken generellt har en lägre sjukpenning kan samhällets långsiktiga kostnad för ohälsa genom exempelvis förtidspension bli avsevärd för dessa grupper. Den ökade ohälsan beskrivs till viss del vara orsakad av de förändringar och försämringar som skett i arbetsmiljön. Även sjuksköterskor med särskild kompetens och barnmorskor står för en högre andel av samhällets sjukpenningkostnader än förväntat med tanke på gruppens storlek på arbetsmarknaden. En anledning till detta uppges vara stark tidspress och betydligt mindre egenkontroll i arbetet än andra yrken. Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och psykologer är bland de yrkesgrupper som har lägre antal ersatta sjukpenningdagar (se vidare RFV, 2003:5). Hetting, Pettersson och Nilsson (2005) lyfter fram att det under 1990-talet var stora besparingar inom hälso- och sjukvården vilka orsakade minskning av vård- och omsorgspersonalen. Detta skedde bland annat genom avtalspensionering. Med tanke på detta är det troligen nya grupper som står för de höga sjukskrivningstalen inom denna sektor. Att träda ut ur arbetslivet och in i en ålderspensionstillvaro vid en tidig ålder kan dock ge ekonomiska konsekvenser, eftersom en tidig ålderspension ger en lägre pensionsersättning per månad. Aronsson

och Lindh (2004) lyfter fram att ekonomiska resurser är viktigt för hälsan av tre orsaker. En god ekonomi ger större möjligheter till bra kost och en bra boendestandard, men också större möjligheter till sociala och kulturella aktiviteter. En bra ekonomi lyfts även fram som en psykologiskt viktig faktor genom att det ger en känsla av kontroll och makt, medan en sämre ekonomisk situation kan upplevas som ett hot och en fara. Detta kan i sin tur ge en känsla av osäkerhet och brist på kontroll över det egna livet. Upplevelsen av fara, osäkerhet och brist på kontroll är faktorer som inom arbetslivsforskningen är förknippad med starka stressorer.

I en studie med långtidssjukskrivna (Renstig & Sandmark, 2005) framkommer det att ett åldrande i arbetslivet framför allt är ett problem för dem som befinner sig i fysiskt tunga yrken. Ytterligare ett problem exempelvis inom vården, är att det inte finns så många alternativa arbetsuppgifter för dem som inte längre orkar med de fysiskt tunga arbetsuppgifterna. Hälften av de anmälda arbetsskadesjukdomarna inom vården är belastningssjukdomar (Bengtsson & Sollenberg, 2005). Det finns en tendens till att korttidsutbildade blir kvar i samma belastande yrke och arbetsuppgifter genom hela livet trots att kroppskrafterna sviktar med åren och risken för utslagning ökar (se exempelvis Kilbom & Torgén, 1996). Aronsson, Dallner och Gustafsson (2000) har studerat inlåsning i olika yrken och på olika arbetsplatser. De har konstaterat att medarbetare som upplever att de är dubbelinlåsta, det vill säga befinner sig inom fel yrke och på fel arbetsplats, ofta har kort utbildningstid och befinner sig bland annat inom vård och omsorg. Dock är andelen som befinner sig i önskat yrke och på önskad arbetsplats högre för de äldre åldersgrupperna än för de yngre. Kanske har man under ett långt arbetsliv nått dit man vill, eller så ser man inte att man har några andra alternativ kvar och låter sig nöjas.

Omsorgsarbetet som utförs av undersköterskor och skötare bärs upp av praxiskunskap, till exempel kunskapen om hur enskilda patienter vill ha det. Praxiskunskapen är personbunden och kan inte tillägnas via utbildning. Denna slags kunskap kanske inte betraktas som kunskap eller ens värdesätts i jämförelse med formell utbildning (se exempelvis Astvik, 2003). Allvin, Jacobsson och Isaksson fann i sin studie "Att avgränsa det gränslösa sjuksköterskearbetet" att det finns skillnader mellan yngre och äldres förhållningssätt till arbetet. De som är över 40 år hade en högre känsla av tydlighet i sin yrkesroll och yrkesidentitet. En arbetsplats består oftast av flera generationer. Den tysta erfarenhet som en individ samlat på sig under ett långt arbetsliv är ett viktigt kapital för organisationen som bör tas till vara. Genom personlig kontakt inom en tradition kan man underlätta för den äldre generationens kunskap att vandra över till den yngre (se Rolf, 1991). Att inneha denna erfarenhetskunskap medför en viss makt över de yngre generationerna vilket har bidragit till en något bättre position i den hierarkiska hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dock kan en del äldre medarbetare uppleva sin position som hotad när exempelvis ny teknik gör att kunskapen

snabbt blir föråldrad och mindre värd (se exempelvis Lindgren, 1999; Bengtsson & Nilsson, 2004).

Hälsa- och sjukvårdsorganisationen

Hälsa- och sjukvården är vad man brukar kalla en offentlig organisation. I rapporten "Organisationsteori för offentlig sektor" (Christensen m fl, 2005), beskrivs att offentliga organisationer skiljer sig på många sätt från privata organisationer. En offentlig organisation har en folkvald politisk ledning som kan bytas ut vid ett nytt val efter fyra år och därmed ändra organisationens målbild. Den privata organisationens huvudsyfte är inkomst, vinst och ekonomiskt överskott. Den offentliga organisationen är något mer komplicerad och ska ta tillvara motstridiga hänsyn, representation, deltagande från berörda parter, politisk styrning, medbestämmande från anställda, lyhördhet inför användarna, öppenhet, offentlighet och insyn i beslutsprocesser, likabehandling, neutralitet, tjänstekvalité, politisk lojalitet och kostnadseffektivitet. Detta hänsynstagande kan vara en svår balansgång, något som gör offentliga organisationer, och därmed även dem som arbetar i en offentlig organisation, särskilt utsatta för kritik.

En organisation har alltid en arbets- och auktoritetsfördelning (se exempelvis Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000). Det finns hierarkier inom alla organisationer. Makt, auktoritet och inflytande är aldrig lika fördelad mellan dem som ingår i en organisation. Gardell med flera (1979) framhåller att sjukvårdsorganisationer i stort har uppstått genom en sammanslagning av två hierarkier; dels en administrativ hierarki och dels en medicinsk hierarki. Detta bygger på företagsekonomiska effektivitetsmodeller som utvecklats inom industrin, med långt driven uppsplittring av de anställdas arbetsuppgifter. För att kontrollera detta krävs en långt gången administrativ hierarki (se vidare Gardell m fl, 1979). Etzioni (1966) studerade varför individer i en organisation följer de instruktioner som ges för att nå målen för organisationen. Han framhöll två nyckelbegrepp för detta: makt och engagemang. Makten utövas genom formell styrning, det vill säga en formellt strukturerad utdelning av belöning och straff för att få medlemmarna att efterleva deras normer, föreskrifter och order. Om medlemmarna i en organisation är starkt engagerade för att uppnå organisationens mål blir behovet av formell styrning mindre och visa versa (se Bruzelius & Skärvad, 2000). Weber är en av dem som tidigt började studera organisationer och vad detta innebär för medarbetarna. Webers byråkratiska organisationsmodell präglas av hierarki, arbetsfördelning och rutiner (se exempelvis Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000; Christensen m fl, 2005). Hierarki innebär en över- och underordning mellan olika vertikala nivåer i organisationen, det vill säga både en horisontell och en vertikal skiktning. Arbetsfördelningen innebär att de uppgifter som ska utföras i organisationen grupperas till olika enheter och knyts till olika positioner. Rutinerna i sin tur innebär att det finns bestämda regler och procedurer för vem

som ska utför en uppgift och hur den ska utföras. Weber beskrev att byråkratier styrs genom administration och alla typer av administration kräver någon form av auktoritet. Makten att ge order läggs på en bestämd person. Makten kan också ha ett osynligt ansikte som försätter individer i underläge genom lagar, resurser och strukturer vilka indirekt påverkar och styr individens handlingsutrymme.

Mintzberg har konstruerat ett organiogram utifrån olika beskrivningar av organisationer (se exempelvis Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000; Bruzelius & Skärvad, 2000). Mintzberg tar bland annat upp professionella byråkratier och maskinbyråkratier i sitt organiogram. I professionella byråkratier är de anställda engagerade i primärverksamheten. Koordineringen sker genom specificering av vilka kunskaper och vilken kompetens som behövs för att utföra arbetet. Här finns en informell kommunikation, med särskild vikt lagd vid den ömsesidiga anpassningen. I maskinbyråkratier sker koordineringen på ett formaliserat sätt med regler och rutiner. Organisationsfunktionen sker med ett reglerat flöde av kommandon och instruktioner nedåt i hierarkin till den operativa kärnan. Dessa ska sedan lämna återrapportering av resultatet. Morgan (1999) har beskrivit hur arbete i en maskinbyråkrati ofta börjar och slutar vid bestämda tider och gör förutbestämda och enahanda arbetsuppgifter varje dag. Därefter tar nästa skift vid för att förhindra att produktionen stannar utan fortsätter dygnet runt, året runt. Det som särskilt utmärker en maskinbyråkrati är att arbetarna är utbytbara och kontrolleras av dem som befinner sig högre upp i hierarkin. Maskinbyråkratier beskrivs ofta som taylorismiska efter det arbetsdelningssystem som utarbetades under 1910-talet av Taylor och scientific management skolan. Inom en taylorismisk maskinorganisation finns det inte mycket makt i hierarkins understa skikt (se vidare Morgan, 1999).

Inom vården gjorde taylorismen sitt inträde under 1950-talet med rondsystäm och starkt specialiserade uppgifter för varje enskild medarbetare (se exempelvis Fransén, 1997). Lindgren (1999) beskriver hur hälso- och sjukvården har genomgått stora organisatoriska förändringar och besparingar vilket har medfört att yrkesrollerna inom hälso- och sjukvården ser annorlunda ut i dag jämfört med då de äldre medarbetarna gick in i sitt yrke. Nya organisationsmodeller hämtade från näringslivets vinstdrivande företag testas inom den offentliga sektorn. Kvantitet förespråkas ofta på kvalitetens bekostnad, vilket även har drivit upp tempot. Lindgren beskriver i sin bok "Klass, kön och kirurgi" (1999), att vården under 1960-talet, det vill säga då flertalet av dem som ingår i denna föreliggande studie gjorde sin debut på arbetsmarknaden, präglades av rondsystäm framtagna genom taylorismiska tidsstudier. Biträden och undersköterskor gick på bestämda tider, turer och strikta scheman runt i korridorer och rum, förande på vagnar med handfat, urinflaskor, bäcken eller dricksglas. Den omsorgsarbetande personalen var lågutbildad och lätt utbytbar. Den största yrkesgruppen var sjukvårdsbiträdena som utgjorde basen i den hierarkiska organisationspyramiden, däröver kom undersköterskorna. Sjuksköterskorna ledde arbetet, höll utkik genom expedi-

tionens glasrutor, övervakade att vårdarbetet blev utfört och delade ut medicin på bestämda tider enligt läkarnas förordnande. Läkarna, specialisterna, beskrevs ha monopol på de arbetsuppgifter som krävde såväl känsla som förnuft. Deras arbete var fristående från den övriga personalen och deras arbete underkastades inte samma taylorismiska rutiner. Rationaliseringsvågen under slutet av 1960-talet ledde till att sjukhusen omvandlades till normalsjukhus, länssjukhus och regionsjukhus utifrån graden av specialisering. De stora sjukhusen expanderade och blev så småningom till kolosser med sjukvård på löpande band och alla kliniker samlade under samma tak i så kallade centralblockssjukhus.

Historiskt sett har hälso- och sjukvården fått kritik sedan 1970-talet för det medicinska tänkandets dominans med hierarkisering och långt driven specialisering. På grund av att det var svårt att rekrytera utbildad personal inrättades under 1970-talet en mängd befattningar utan krav på formell vårdutbildning som exempelvis badbiträde och gångassistenter. På så vis frigjordes personal med högre formell utbildning från det direkta vårdarbetet. Denna personal kunde istället inta en arbetsledandefunktion och ägna sig åt uppgifter som krävde mer specialiserade kunskaper (se exempelvis Franssén, 1997; Gardell m fl, 1979). Den taylorismiska utvecklingen inom hälso- och sjukvården fick till följd att patienterna dagligen mötte ett stort antal medarbetare med likadana vita rockar som dock hade strikt avgränsade sysslor. Personalen påpekade svårigheten att beakta enskilda patients situation, samt sociala och psykologiska behov. För att öka helhetssynen, öka personalkontinuiteten och tillmötesgå vårdtagarnas samlade vårdbehov, ansågs det under 1980-talet som nödvändigt att upphäva specialiserings- och arbetsdelningsutvecklingen. Att organisationer består av hierarkier har officiellt tonats ner och organisationen sägs ha blivit plattare i sin struktur. Numera bedrivs allt mer vårdarbetet i team, där alla yrkesgrupperna runt patienten förväntas samarbeta (se exempelvis Lindgren, 1999). Dock kvarstår en tydlig medicinskt definierad hierarki och linjärt system där undersköterskornas, sjuksköterskornas och läkarnas kompetens anses inkludera och bygga på varandra. Den enskilda kompetensen som finns inom varje yrkesgrupp riskerar därför att komma bort och inte bli tillräckligt uppmärksam. Kunskapen och kompetensen hos yrkesgrupper med lägre status i sjukvårdshierarkin riskerar därmed att bli osynliggjord (Pingel & Robertsson, 1998). Hertting med flera (2005) beskriver teamarbetet som värdefullt för att bryta traditionellt hierarkiska mönster inom hälso- och sjukvården, samtidigt som varje yrkesgrupps auktoritet kan bibehållas. I teamarbetet tas alla yrkeskategoriers kunskap om patienten tillvara vid vårdplaneringen. Det här kan även bidra till att öka de hälsofrämjande faktorerna. Genom att personalen upplever att deras kunskap bedöms som värdefull av andra och de känner sig sedda och respekterade ökar individernas självkänsla, stolthet och motivation, vilket i sin tur minskar upplevelsen av stress och ohälsa (se vidare Hertting m fl, 2005). Dock är organisationen och strukturen inte statisk utan förändras ständigt, så även hälso- och sjukvården. Förändringarna

fram till idag har kantats av ständiga rationaliseringsprocesser som ett svar på att kostnadsnivåerna på vårdens offentliga organisation ständigt ses som för höga. Olika förändringsprocesserna som har tillämpade på den offentliga vården under de senaste åren har varit tidstypiska organisationsmodeller utprovade i privata industriföretag för att öka produktiviteten med mindre resurser. Till detta har även tillkommit system som exempelvis miljöcertifiering, kvalitetssäkring och vårdgaranti (se exempelvis Lindgren, 1999).

Under lågkonjunkturen under 1990-talet rådde det inom hälso- och sjukvården besparingstider liksom i övriga sektorer i Sverige. Under lågkonjunkturer finns det tendenser till att arbetskraften rensas från människor med krämpor och besvär eftersom de kan ha svårt att hinna med och orka med i de slimmade organisationernas höga tempo. Människor med någon typ av ohälsa löper större risk att hamna utanför arbetslivet när tiderna är dåliga (se exempelvis Wikman & Marklund, 2003). Äldre medarbetare som efter ett långt slitsamt arbetsliv och genom sitt biologiska åldrande behöver arbeta i ett lugnare tempo med mer tid för återhämtning är därför extra utsatta. I "Folkhälsorapporten 2001" (Socialstyrelsen, 2001) lyfts denna trend fram som en anledning till långtidssjukskrivningar och förtidspension. Äldre medarbetare selekterades ut mer eller mindre frivilligt med avtalspension. De som arbetade kvar skulle klara av samma arbete som ett större antal medarbetare tidigare delade på. I rapporten "Arbetsrelaterad psykisk ohälsa inom sjukvården" (Michélsen m fl, 1999) beskrivs hur neddragningar inom hälso- och sjukvården har orsakat att personalen upplever en större press. Det är numera svårt att hinna med allt som ska göras. Personalen känner sig otillräckliga och kan nästan aldrig slutföra ett arbetsmoment innan ett annat tar vid. Eftersom de inte kan göra en sak i taget utan att bli avbruten blir arbetet väldigt splittrat. Därmed tar arbetet mycket längre tid eftersom medarbetarna får göra oändliga kontroller av var de var då de blev avbrutna för att inte glömma något eller riskera att göra fel och orsaka patienterna lidande eller riskera att bli anmälda för tjänstefel. Att arbeta inom den offentliga sektorn medför också en ökad risk för att ständigt bli granskad och utsatt för kritik av sitt arbete (se exempelvis Christensen m fl, 2005).

Yrkesgrupper och yrkesroll

Vilken livsbana och vilket yrke en individ slår sig in på har till viss del sitt ursprung i den sociala tillhörighet en individ föds in i. Bourdieu har bland annat genomfört studier om vad som har betydelse för och påverkar individers livsbanor. Bourdieu (1986) menar att en individs livsbana utgår ifrån det sociala och kulturella ursprung man föds och växer upp i. Relationen mellan det kapital man för med sig från uppväxten och det man kommer att uppnå i livet är till viss del orsakad av den direkta prägling som åstadkoms av familjen, uppväxten och de ursprungliga sociala existensbetingelserna. Det är även till viss del ett resultat av

effekten i den sociala banan, det vill säga den effekt som erfarenheten av socialt uppåtstigande eller nedåtgående har på livsplanerna och på uppfattningar. Volymen och strukturen för detta livskapital kan även variera dels vid en viss tidpunkt och dels över tid. Andra faktorer som har betydelse för i vilken konstruerad klass en individ placeras är kön, ålder, civilstånd, bostadsort, med mera. Det är det totala kapitalet av alla dessa faktorer som tillsammans definierar den sociala klassen och den rang man får inom varje tänkbart fält. En individs kapital har även stor betydelse för vilket yrke och vilken karriär eller bana en individ intar under sitt liv, enligt Bourdieu.

Inom hälso- och sjukvården finns det flera olika yrkesgrupper. De yrkesgrupper som ingår i denna föreliggande studie är läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer, undersköterskor, skötare och läkarsekreterare. Men vad innebär ett yrke, det vill säga en yrkesidentitet? Thunborgs (1999, s 4) definition av yrkesidentiteter är;

Yrkesidentiteter är sociala identiteter. De antas komma till uttryck i hur aktörer presenterar sig i form av föreställningar, handlings- och interaktionsmönster. Dessa presentationer sker alltid i relation och med referens till andra aktörer.

Yrkesidentitet kan alltså ses som en kollektiv föreställning och identitet utifrån en gemensam utbildning, förväntningar, handlingar samt utifrån hierarkisk placering i en organisation. Denna identitet tillkommer genom interaktion med andra aktörer (Thunborg, 1999). En viss yrkesroll skapar en institutionaliserad och till viss del stereotyp förväntan av yrket dels av den som innehar yrket, dels av dem som möter en individ med ett visst yrke (se exempelvis Goffman, 1974). Yrkesidentiteten skapas alltså i ett socialt sammanhang, dels genom positionsorientering och dels genom personorientering. Med positionsorientering menas en yrkesmässig självbild genom formell organisationstillhörighet, status, kompetens, skyldigheter och rättigheter. Personorientering används som uttryck för den självbild som bygger på hur kognitivt och emotionellt engagerad en individ blir i arbetet utifrån den människa hon/han är (se exempelvis Pingel & Robertsson, 1998). Till yrkesidentiteten hör inte bara kunskap och färdighet utan även sociala och attitydmässiga frågor. Individer tar till sig vissa värderingar och attityder som hänger samman med yrket och gör dessa till sina egna förhållningssätt. Yrkesidentiteten blir därmed en del av människors totala identitet. Samtidigt tar människorna med sina personliga värderingar och attityder till yrket vilket bidrar till utformningen och föreställningen av yrkesidentiteten, yrkesrollen och yrkeskollektivet (se exempelvis Thunborg, 1999). Den sociala fasad som visas upp bidrar även till denna bild. Exempelvis så kan personer i vita rockar ge ett kliniskt och förtroendeingivande intryck särskilt om de går snabbt och målmedvetet i en sjukhuskorridor. Fasaden blir en kollektiv representation för en yrkesgrupp och en verklighet av egen kraft. Det kan uppstå problem när en

individ från en yrkesgrupp upplever att de får ta på sig en uppgift som inte ingår i deras roll. Exempelvis så kan de uppgifter vilka av undersköterskor uppfattas som bra, eller acceptabla av sjuksköterskor, av läkarna uppfattas vara under deras värdighet. När en individ träder in i dessa på förhand givna sociala roller, kommer individen oberoende om han/hon ursprungligen motiverades av en önskan att utföra den givna uppgiften, eller att upprätthålla den fasad som motsvarar rollen att upptäcka, han/hon blir tvungen att göra båda delarna (se vidare Goffman, 1974).

När man nämner olika yrkesgrupper så talar man ofta om professioner. Profession betyder yrke, fack, näringsfång. Dock ses vissa yrken som mer professionella än andra. En yrkesgrupp som ses som en profession har med samhällelig legitimitet kunskapsmonopol på ett visst område (se exempelvis Thunborg, 1999). Dessa yrkesgrupper kan delegera över vissa arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper, men inte sin bakomliggande kunskap för beslutet om och hur en viss arbetsuppgift ska utföras. Hellberg (1991) beskriver att professioner och den professionella kunskapen måste värderas som nyttig och värdefull av samhället och politiker samt av klienter, det vill säga enskilda individer, allmänhet, organisationer och intressegrupper. Det är först då som en profession med ett kunskapsmonopol och ett yrkesmonopol kan uppstå. Med det kunskapsmonopol och yrkesmonopol som finns inom en profession tillkommer status och makt. Har yrkesgruppen bara ett kunskapsmonopol eller ett yrkesmonopol så är det en semiprofession. Inom vårddyrkena betraktas främst legitimeringsyrkena som professioner, det vill säga läkare, psykolog, sjukgymnast, sjuksköterska, arbetsterapeut. Ibland har dock sjuksköterskorna haft svårt att hävda sin profession och sitt revir eftersom läkarna har ansetts kunna utföra deras arbete utifrån ett medicinhierarkiskt synsätt. Sjuksköterskeyrket ses därför ibland som en semiprofession. Även kuratorer och arbetsterapeuter betraktas ibland som semiprofessioner, eftersom psykologer och sjuksköterskor respektive sjukgymnaster även anses behärska deras kunskapsområde eller yrkesområde. De förvaltar inte heller något tydligt revir inom hälso- och sjukvårdshierarkin (se exempelvis Olsson, 1999). Läkarsekreterarna betraktas också som semiprofessioner eftersom de har yrkesmonopol men inte kunskapsmonopol. Undersköterskor och skötare har varken kunskaps- eller yrkesmonopol, eftersom de flesta andra yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården anses kunna utföra deras arbete.

Lindgren (1992) beskriver att hälso- och sjukvården kan ses som ett klass-samhälle i miniatyr, där de olika yrkesgruppernas kultur och attityder utgår från vilken status de har och var de befinner sig i hierarkin. Thunborg (1999) beskriver att det därför finns olika drivkrafter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Exempelvis så har läkarna en överordnad roll i verksamheten och spelar en nyckelroll som drivkraft för den medicinska utvecklingen. De är starkt utvecklingsinriktade och har en föreställning om att den medicinska

utvecklingen leder till verksamhetsutveckling och att de själva måste delta och bidra till denna utveckling. Sjuksköterskorna har olika ideologier beroende på verksamhetsområde och måste som samordnare inom omvårdnaden hålla många bollar i luften. Deras främsta drivkrafter härrör sig till arbetets organisering. Undersköterskornas yrkesidentitet beskriver Thunborg (1999) baseras på underordning. De har historiskt marginaliserats och uppfattats som assistenter till andra yrkesgrupper. Eftersom de i sitt arbete följer andras beslut och rutiner är de vana att anpassa sig i stället för att driva saker och bidra till utvecklingen. Läkarsekreterares och paramedicinares arbete styrs av läkarnas ordination och arbete, men de befinner sig lite vid sidan av den direkta medicinvetenskapliga sjukvårdshierarkin som främst omfattar läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare.

Arbetsituationen inom hälso- och sjukvården

Föreliggande studie fokuserar på äldre medarbetare inom hälso- och sjukvården. Andersson-Felé (2002) beskriver att äldre personalen inom hälso- och sjukvården har en tendens att förringa sina egna arbetsmiljöproblem. De har genom sin utbildning och genom sitt långa yrkesliv fått lära sig att sätta patientens behov i centrum och ge högsta möjliga kvalitativa vård. Förändringar i arbetsorganisationen och i arbetsrutinerna som inte direkt kommer patienten till godo prioriteras därför inte vare sig av den enskilde anställda eller av organisationsledningen (se exempelvis Andersson-Felé, 2002; Franssén, 1997).

Bland de äldre åldersgrupperna är det framför allt sjukdomar i muskler och skelett samt psykiska diagnoser som orsakar att individer lämnar arbetslivet till förmån för sjukersättning och sjukskrivning (RFV, 2004a). Pohjonen (2001) beskriver att en minskad arbetsförmåga med ökad ålder särskilt uppvisas hos de individer som befinner sig i fysiskt krävande arbete och som samtidigt angav låg kontroll över sitt arbete. Ett fysiskt tungt arbete tär ofta på kroppen och på fysiken, vilket därmed kan påskynda det biologiska och funktionella åldrandet. Äldre medarbetare har en större benägenhet att efter ett långt arbetsliv ha ådragit sig någon typ av förslitningsskador eller andra krämpor. De är därför ofta mer beroende av en fysiskt god arbetsmiljö. Studien "Arbetsstillfredsställelse hos äldre läkare och sjuksköterskor" (Nilsson, 2003) visade på att de äldre medarbetarna upplevde den fysiska arbetsmiljöns betingelser som viktigare än de yngre medarbetarna. De äldre läkarna och sjuksköterskorna upplevde ett samband mellan ledningens intresse för personalens hälsa och välbefinnande och hur väl arbetsmiljön var beskaffad och utrustad.

Den psykiska arbetsmiljön är viktig för ett förlängt arbetsliv då en del äldre medarbetare upplever ökad känslighet för stress vid ökande ålder. Att vara nöjd med sina arbetsuppgifter och sitt yrke samt att få uppskattning är mycket viktigt för att uppleva en god hälsa och för att vara långtidsfrisk (Aronsson & Lindh,

2004). Enligt tidigare forskning minskar möjligheten till ett förlängt arbetsliv av oinspirerat arbete, dåligt ledarskap, brist på frihet, höga krav men låg kontroll och missnöje med arbetssituationen (se exempelvis Tuomi, 2001; Nygård m fl, 1997; Huuhtanen m fl, 1997; Nilsson, 2005a). Minskning av kognitiv kapacitet hos äldre beror oftast inte på åldrandet i sig utan på motivationsbrist, livsstilsfaktorer, sjukdom och negativ förväntan (Pohjonen, 2001). Det är särskilt viktigt att få stimulans genom motivationsgivande faktorer i arbetslivet och i arbetssituationen för att vilja stanna kvar i arbetslivet, det vill säga det är viktigt att få möjlighet att utöva sin yrkesskicklighet, att kompetensen tillvaratas och att få tillgång till kompetensutveckling oavsett ålder (se exempelvis Nilsson, 2005a; b; Herzberg m fl, 1959; Herzberg, 1966). Stress och en psykosocialt belastande arbetsmiljö kan även sätta sig i kroppen och ge fysiska smärtor (se exempelvis Melin & Wigaeus Tornquist, 2004). Detta kan därmed öka på upplevelsen av att kroppen åldrats och att vilja lämna arbetslivet.

Hur står det då till med arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården? Hälso- och sjukvårdens personal intar en särställning jämfört med andra yrkesgrupper i fråga om den psykosociala arbetsmiljön. 2001 angav fyrtio procent av hälso- och sjukvårdspersonalen att de befann sig i en arbetssituation med höga krav och låg kontroll, jämfört med sexton procent bland andra yrkesgrupper (Gustafsson, 2004). De klientrelaterade yrkesroller som bland annat finns inom vården brukar betecknas som human servicearbete (se exempelvis Lipsky, 1980). Medarbetarna tar i sitt dagliga arbete emot andras känslor och livsöden och ska hantera dessa tillsammans med sina egna reaktioner. Det kan upplevas svårt att hela tiden använda sig själv som instrument och samtidigt inta en professionell hållning i mötet med varje patient oavsett hur man själv blir bemött eller vad man känner. Den psykosociala arbetsmiljön är på många sätt påfrestande för de anställda inom hälso- och sjukvården. Om human servicearbetaren inte får tillfälle att avbörda sig sina egna upplevelser kan detta i längden vara en riskfaktor för psykisk ohälsa (se exempelvis Michélsen m fl, 1999). I studien ”Pension eller arbetsliv” (Nilsson, 2005a) angav femton procent att de på grund av sin ålder fick mindre tillgång till egen handledning. I relation till detta är det viktigt att beakta att egen handledning ses som ett verktyg för att lätta på den psykiska belastningen som kan uppstå inom hälso- och sjukvården och i humanservice arbetarens vardag.

Organisatoriska eller sociala faktorer är orsaken till en tredjedel av sjukskrivningarna bland personalen inom vården. Det är främst de äldre medarbetarna som är drabbade av besvär till följd av organisatoriska faktorer (se Bengtsson & Sollenberg, 2005). Även i studien ”Pension eller arbetsliv” (Nilsson, 2005a) framkom att omorganisationer upplevdes som påfrestande. Tjugotre procent av medarbetarna med en ålder på 55+ ville sluta arbeta på grund av de förändringar som hade skett i deras arbetssituation, och sjutton procent upplevde även oron inför eventuellt kommande förändringar som så pass belastande att de önskade sluta sitt arbete. En studie gjord av Arbetsmiljöverket och Statistiska central-

byrån (2005) framhåller att inom hälso- och sjukvården riskerar tiden för reflektion, samvaro och utbyte av erfarenheter att gå förlorad inför kraven på effektivitet och nya personalbesparande arbetstidsmodeller. Flera anger att det idag finns otillräckligt med tid att planera, styra och kontrollera arbetet. Den ökade tidspressen har medfört en ökad psykisk belastning. Detta medför i sin tur en ökad risk att i hastigheten göra fel bedömningar eller vårdfel som kan leda till konsekvenser för patienter och medföra anmälningar. Organisationen medför även att situationen ser olika ut för olika yrkesgrupper. Läkarsekreterare och paramedicinare, det vill säga sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer, är professioner som står lite vid sidan av den linjära hierarkin inom hälso- och sjukvården. Just det vedertagna begreppet paramedicinare är en beteckning inom sjukvården som poängterar att dessa yrkesgrupper står lite vid sidan av det medicinska vetenskapsparadigmet. Hos dessa yrkesgrupper ger utanförskap och avsaknad av feedback den kraftigaste negativa psykiska belastningen (se Michélsen m fl, 1999).

De olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården har skilda arbetssituationer och befinner sig på olika platser i organisationen trots att alla är human-serviceyrke. Det är därför mycket intressant att studera om det finns faktorer som särskiljer de olika yrkesgrupperna med avseende på deras attityder till ett förlängt arbetsliv, alternativt en tidig ålderspension. Hur beskrivs arbetssituationen i andra studier för de olika yrkesgrupperna som ingår i denna föreliggande studien?

Läkare

I rapporten "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) framkom att flera äldre läkare upplevde att de befann sig i en psykiskt tung arbetsmiljö och efterlyste ökat stöd och egenkontroll för att kunna arbeta kvar till 65 år eller längre. I boken "Hur känns det doktorn?" (Salinsky & Sackin, 2004) beskrivs hur det som läkare är viktigt att bygga upp ett personligt försvar för att orka med den smärta, sorg, ångest eller depression som de ständigt möter. Samtidigt kan inte läkaren helt isolera sitt personliga jag från det professionella jaget, eftersom de då berövar patienterna den empati och värme som får dem att känna att någon verkligen har lyssnat på dem och tagit hänsyn till dem. Detta utgör en svår men nödvändig balansgång för att klara av läkaryrket. Michélsen med flera (1999) beskriver att läkarna även är en grupp som har fått ökad psykisk belastning och fler arbetsuppgifter under de senaste åren. Flera läkare har därför svårt att hinna med och försöker därför "stjåla tid" från andra aktiviteter. Konsekvenserna blir att de ständigt är försenade och att de har svårt att få ordinarie arbetstid att räcka till för alla arbetsuppgifter. Detta får även konsekvenser för annan personal som måste vänta på läkarna och deras besked, eller som måste ta hand om patienters och anhörigas frågor och reaktioner. I "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a)

angav hälften av de äldre läkarna att arbetsuppgifterna vanligtvis hopade sig i den mängd att de blev frustrerade och att arbetstakten var för hög. Över hälften angav att en minskning av övertidsarbete skulle öka deras möjlighet att arbeta till 65 år. I en studie av Ahlén, Jonsson och Juhl (2000) framkom att 44 procent av läkarna även upplevde att någon annan yrkesgrupp höll på att lägga beslag på arbetsuppgifter inom deras yrkesrevir.

Sjuksköterska

Enligt rapporten ”Pension eller arbetsliv” (Nilsson, 2005a) är de äldre sjuksköterskorna generellt sett nöjda med sin arbetssituation i förhållande till övriga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Dock önskade sig flera av de äldre sjuksköterskorna möjligheter att ta pauser vid behov och en sänkning av arbetstakten. Enligt denna studie önskade över hälften av de medverkande kortare arbetstid med ledighet en extra dag i veckan, samt friskvård för att klara av att arbeta kvar till 65 år eller längre. I en studie av Fochsen med flera (2005) framkom att sjuksköterskor valde att lämna sitt arbete och sitt yrke på grund av stressen, tidsbristen, den höga arbetsbördan. Sjuksköterskorna ville även lämna sitt arbete om de upplevde bristande arbetstillfredsställelse, exempelvis genom att de inte fick möjlighet att göra ett tillräckligt gott patientarbete. Lindgren (1999) beskriver att de organisationsförändringar som skett inom hälso- och sjukvården framför allt gynnat sjuksköterskorna. Deras ställning har stärkts, de har fått ökad makt och tagit ett litet kliv upp i sjukvårdshierarkin. Samtidigt är klimatet sådant att de som inte hänger med i dessa förändringar får skylla sig själva och kan därför lätt halka efter och drabbas av utslagning. Enligt en undersökning av Sundgren Grinups med flera (1996) angav sjuksköterskorna att deras arbete var psykiskt krävande. Det var hektiskt och de fick ofta avbryta sitt arbete innan de hunnit avsluta och måste därför återvända för att slutföra arbetsuppgiften. Samtidigt hade sjuksköterskorna en större frihet att bestämma över sitt arbete än exempelvis undersköterskorna, och upplevde också högre status i samhället. Undersökningen fann även ett negativt samband mellan upplevelse av positivt, kreativt, variationsrikt, utvecklande arbetsinnehåll och av psykosomatiska besvär. Vid en undersökning vid Sahlgrenska sjukhuset framkom att utmattningssyndrom är en vanlig sjukskrivningsdiagnos för sjuksköterskor (Isberg, 2002). Sjuksköterskor som varit sjukskrivna mer än fyra veckor med denna diagnos ansåg att deras ohälsa var orsakad av deras arbetssituation. Sjukskrivningsdiagnosen speglar sjuksköterskornas oftast mycket stressande arbetssituation. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (2005) visar i sin statistik att sjuksköterskor och undersköterskor hör till de yrkesgrupper som främst upplever arbetet som psykiskt påfrestande. De upplevde höga krav i arbetet, hög anspänning och låg grad av inflytande. De kunde bara ta korta pauser för att prata under högst halva delen av arbetstiden. Samtidigt uppges de fysiskt tunga arbetsmomenten ha ökat

för både sjuksköterskor och undersköterskor under de senaste fem åren i rapporten.

Undersköterska

De äldre undersköterskorna i studien "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) angav att de var stolta över kvalitén på det arbete de utförde. Dock angav över hälften att deras arbetsmiljö innehöll många fysiskt tunga arbetsuppgifter och 40 procent angav att arbetet var så pass fysiskt tungt att de inte skulle klara av att arbeta till 65 år. Sundgren Grinups med flera (1996) lyfter fram att undersköterskorna har ett mycket fysiskt krävande arbete. Författarna ansåg det särskilt anmärkningsvärt att de svenska undersköterskorna upplevde bristande möjligheter att få utnyttja sitt yrkeskunnande, kunna utvecklas i arbetet, ha något att säga till om på arbetet och att få fatta egna beslut. Undersköterskorna såg också ringa möjligheter att förbättra sina kunskaper och färdigheter i arbetet. Det fanns inte heller några alternativa karriärvägar. Även Pingel och Robertsson (1998) framhåller att undersköterskor ofta beskrivs och beskriver sig ha problem med rygg och leder. Dock menar Pingel och Robertsson (1998) att undersköterskornas största problem är upplevelsen av att inte bli sedda och känslan av att inte vara lika mycket värda som andra yrkesgrupper. Dessa känslor kan även sätta sig i kroppen. I en studie av Isberg (2000) med undersköterskor som varit sjukskrivna i mer än fyra veckor visade det sig att tre fjärdedelar var sjukskrivna på grund av muskuloskeletal besvär och en fjärdedel på grund av utmattningssyndrom. Samtliga ansåg att deras ohälsa var orsakad av deras arbetssituation.

Undersköterskor har ett fysiskt krävande yrke som kan medföra att de inte klarar av att arbeta till 65 år (se exempelvis Grahn, 2003; Bengtsson & Nilsson, 2004; Nilsson, 2005a). Fysiska arbetsmiljöproblem är en av de vanligaste orsakerna till att äldre medarbetarna inte klarar av att stanna kvar i sitt yrkesliv tills de blir 65 år (se exempelvis Pohjonen, 2001). Ilmarinen (1999) har i sin forskning konstaterat att friskvård och hälsosammare livsstil är bra för alla, men att främst äldre medarbetare förbättrade sin arbetsförmåga med hjälp av friskvårdsinsatser. I studien "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) angav 57 procent av de äldre undersköterskorna att friskvård betald av arbetsgivaren skulle öka deras möjlighet att arbeta kvar till 65 år. Karlqvist med flera (2003) och Nilsson (2005a) lyfter fram att fysisk träning borde ingå i vårddykenas arbetstid på samma sätt som det gör för brandmän och poliser. Detta skulle öka hälsoeffekterna för individen samtidigt som organisationen och samhället tjänar på att individen då i högre grad klarar av att vara kvar i arbetslivet.

Undersköterskorna är en grupp som förlorat i status genom den senaste tidens besparingar. De upplever att de är en outnyttjad resurs, kränkta genom ändrade delegationsbestämmelser och uppsägningar inom yrkeskåren (se exempelvis Michélsen m fl, 1999). I studien "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) var

det även flera äldre undersköterskor som angav att stora förändringar och oron inför nya förändringar i arbetssituationen medförde att de inte ville arbeta kvar till 65 år. Vid jämförelse mellan sjuksköterskors och undersköterskors situation i Sverige och Spanien framkom att svenska undersköterskorna hade minst tro på sina kunskaper och färdigheter. En anledning till detta, enligt studien, är den svenska sjukvårdens mål att höja den allmänna kompetensen bland personalen. Detta har i sin tur medfört att antalet sjuksköterskor har ökat på undersköterskornas bekostnad (Sundgren Grinups m fl, 1996). Även i studien "Undersköterskans yrkeskulturella förändring" (Ahlén m fl, 2000) framkommer att antalet undersköterskor har minskat dramatiskt till förmån för sjuksköterskorna. Det var här 92 procent av undersköterskorna som upplevde att deras arbetsuppgifter höll på att överföras till någon annan yrkesgrupp. Undersköterskorna var i jämförelse med läkare och sjuksköterskor även den yrkesgrupp som fick minst kompetensutveckling, och som var mest oroade för att förlora sitt arbete eller bli omplacerade. Enligt Sundgren Grinups med flera (1996) skiljer sig kraven på yrkeskunnande och möjligheten att få utnyttja sin kapacitet mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Flera undersköterskor var i deras studie oroliga för att förlora sitt arbete. Det var bara knappt en fjärdedel av undersköterskorna som upplevde att anställningstryggheten i Sverige var god.

Skötare

Mer än hälften av skötarna befinner sig i en så pass psykiskt och mentalt ansträngande arbetssituation att de vill lämna sitt arbete före 65 år (Nilsson, 2005a). I en studie av Thomsen med flera (1999) var det även cirka hälften av skötarna som upplevde att de var mycket utmattade på grund av sitt arbete. Denna utmattning var starkt korrelerad med bristen på arbetstillfredsställelse. Något som tas upp i flera studier kring skötare är att personal inom psykiatri är mer utsatt för hot och våld av patienter och anhöriga, än andra personalgrupper inom hälso- och sjukvården. Skötare är också mer utsatta för hot och våld än exempelvis psykiatriker (se exempelvis Lawoko m fl, 2004). I en undersökning av Soares med flera (2000) angav 85 procent att de blivit utsatta för våld och hot. Av dessa angav 62 procent att detta var något som hade hänt vid flera tillfällen och 9 procent angav att detta var något som hände väldigt ofta. Undersökningen lyfte även fram att det fanns bristande stöd från chefer och andra för medarbetare som upplevde bristande kontroll i sitt arbete med patienterna. De äldre skötare som ingick i studien hade i högre grad ett bättre förhållningssätt i arbetet, vilket medförde att de inte upplevde sig lika utsatta för hot och våld. Lawoko med flera (2004) lyfter fram att de som utsätts för våld främst är under 50 år. Studien framhåller även att yngre personal borde få internutbildning av den äldre personalen för att öka möjligheten att överföra erfarenhetskunskap, praxiskunskap och förhållningssätt.

Läkarsekreterare

Läkarsekreterarnas arbetsuppgifter består främst av datorarbete, men även arkivering, tidbokning och receptionsarbete. De serverar såväl patienter och anhöriga som övriga personalkategorier inom en vårdenhet (Thulin, 2000). Trots detta upplever de sig ofta som osynliga (se Hertting m fl, 2003). I rapporten "Äldre medarbetare" (Bengtsson & Nilsson, 2004) framkom att en del läkarsekreterare även upplever det psykiskt belastande att hela dagarna sitta och skriva in i journaler om patienter som gradvis blev allt sämre och i flera fall avled, utan att träffa patienten och få ett ansikte på personen. Läkarsekreterare är också en yrkesgrupp som i flera studier uppvisar en hög andel fysiska besvär från nacke, skuldror och armar. I "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) angav flera äldre läkarsekreterarna att de kände sig fysiskt utmattade och att den fysiska belastningen i arbetet var en orsak till att de inte kunde arbeta till 65 år eller längre. I en studie av Johansson och Östergaard (1998) framkom att fysiska besvär från nacke, skuldror och armar medverkade till att läkarsekreterarna minskade sina fritidsaktiviteter i högre grad än sina arbetsinsatser. Det var dock färre bland de äldre än i de yngre åldersgrupperna som angav fysiska besvär. I studien angavs detta kunna ha sin grund i att det bara var vissa som klarade av att arbeta som läkarsekreterare till en hög ålder. De som inte klarade arbetet hade redan lämnat yrket för alternativa karriärvägar.

Sjukgymnast

Många sjukgymnaster upplever att de har ett mycket meningsfullt och stimulerande arbete. De upplever hög grad av arbetstillfredsställelse och arbetsglädje även om yrket många gånger kan innebära tunga lyft och svåra arbetsställningar (se exempelvis Nilsson, 2005a; Sundberg, 2002). Sjukgymnaster har en överrisk för belastningsskador och under senare år har även stressen ökat i denna yrkesgrupp. De som väljer att gå in i yrket sjukgymnast har ofta ett genuint intresse för att även hålla sin egen hälsa och kropp i god form (se exempelvis Esping, 1989). Detta kan vara en anledning till att sjukgymnaster inte är lika högt representerade i sjukfrånvarostatistiken som andra fysiskt belastande yrken. Dock visade en studie av Johansson och Olofsson (1996) att 73 procent av sjukgymnasterna upplever sig pressade och att de hade alldeles för mycket att göra. Denna stress riskerar att öka och därmed påverka arbetstillfredsställelsen negativt.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuter upplever att deras arbete är mycket varierande, stimulerande, engagerande och meningsfullt. Dock upplever en del arbetsterapeuter att deras kunskap inte blir tillräckligt uppmärksam i organisationen och av andra yrkesgrupper (Nilsson, 2005a; Eklund & Rahm Hallberg, 2000). Deras kompetens kommer därför inte till nytta på ett önskvärt sett. Under senare år har

stressen ökat. Arbetsterapeuterna känner sig ofta ensamma i sin profession, ledarskapet är vagt och man saknar kollegiala samtal (se exempelvis Björkman & Carlsson, 2004; Hane & Wennberg, 2002). I en del studier beskrivs att arbetsterapeuterna löper en ökad risk för stress och utbrändhet genom yrkets bristande status och genom att vara ett humanservice yrke, medan andra studier framhåller att arbetsterapeuter inte är lika psykiskt utsatta som andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården (se exempelvis Lloyd & King, 2001).

Psykolog

En undersökning av arbetsvillkoren för psykologer (Cocke, 1993) visar på att psykologer generellt är mycket motiverade till sitt arbete och till att höja sin yrkeskompetens. Enligt studien ”Pension eller arbetsliv?” (Nilsson, 2005a) upplever psykologerna sitt arbete som mycket stimulerande. Dock är psykologer den yrkesgruppen om i lägst grad upplever att det finns ett positivt arbetsklimat på deras arbetsplats. Cocke (1993) anger att psykologer upplever stor kontroll över sitt eget arbetsupplägg, men mindre möjlighet att påverka beslut som rör deras verksamhet. För att öka deras möjlighet till ett förlängt arbetsliv önskar psykologerna ökade möjlighet till egenkontroll samt minskning av de psykiska arbetskraven (Nilsson, 2005a). Psykologernas yrkes profession befinner sig i ett gränsland mellan läkare och kuratorer. De får ofta hävda sitt yrkesrevir och framhålla vad de kan bidra med i organisationen och i patientarbetet. Psykologerna kan ibland uppfatta sig som lite utanför och otydliga för andra i organisationen. Psykologerna får oftast sina patienter genom remiss från läkare och upplever därför ofta att det medicinska paradigmet har företräde. Dock har intresset för kognitiva arbetssätt ökat, vilket medfört ökad feedback på psykologernas arbete och ett ökat inflytande (se vidare Malmström, 2005).

Kurator

I studien ”Pension eller arbetsliv?” (Nilsson, 2005a) angav flera kuratorer som var 55 år och äldre att de klarade sitt arbete bättre nu på grund av den ålder de uppnått. De upplevde även sitt arbete som mycket stimulerande. Enligt Olsson (1999) kämpar kuratorerna en revirstrid med sjuksköterskor och psykologer, och för att bli ett legitimationsyrke. Kuratorerna inom hälso- och sjukvården sysslar framför allt med psykosocialt arbete som exempelvis att få patienternas familjesituation och sociala situation att fungera trots sjukdomen. En del kuratorer arbetar även med psykoterapi. Kuratorerna blir därför ofta den som utifrån de medel som står tillbuds får försöka att hjälpa patienter och anhöriga med personliga problem samt svårigheter i samhället och på arbetet. De blir också ofta de som håller i krissamtal vid exempelvis svåra besked och plötslig död hos en patient (se exempelvis Dysting, 1996). Detta utsätter kuratorn dagligen för ett korsdrag av negativa och positiva livsöden som de själv måste förhålla sig till,

vilket medför att kuratorsyrket är mycket psykiskt krävande. De äldre kuratorerna uppger att en minskning av de psykiska kraven är en åtgärd som skulle öka deras möjlighet att arbeta till 65 år eller längre (se Nilsson, 2005a).

Metod

För att studera om det finns någon skillnader mellan hur olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården ser på om de vill/inte vill och kan/inte kan arbeta till 65 år eller längre gjordes en fördjupad analys utifrån detta. Nedan följer en redogörelse för urval, den metod som har använts i analysen och för arbetsprocessen i studien. De statistiska beräkningarna utfördes i statistikprogrammet SPSS.

Urval

I den genomförda enkätundersökningen kom urvalsgruppen att avgränsas till medarbetare 55 år och äldre inom yrkesgrupperna läkare, sjuksköterska, undersköterska, skötare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och läkarsekreterare. Urvalet hämtades från Region Skånes personalregister och kom att bestå av de individer som var födda 1949 eller tidigare och vid tillfället hade en anställning i någon av de ovan nämnda yrkesgrupperna inom Region Skånes hälso- och sjukvårdsorganisation. Uppgifter från dem som av olika anledningar redan lämnat sin anställning och sitt yrkesliv finns därför inte med i denna studie.

Vid tillfället för undersökningen, det vill säga maj, juni 2004, fanns det i Region Skånes personalregister 4 982 tillsvidareanställda medarbetare i åldersgruppen 55 år och äldre i de valda yrkesgrupperna. Dessa var fördelat på 914 läkare, 1 449 sjuksköterskor, 1 461 undersköterskor/skötare, 616 läkarsekreterare och 542 paramedicinare. För att få lika stora grupper från de olika yrkeskategorierna drogs 600 individer från varje grupp. Detta sågs som ett lämpligt antal med anledning av de totala gruppstorlekarna, ett eventuellt bortfall och möjligheten att uppnå statistisk signifikans i undersökningen, det vill säga för att få en god reliabilitet i undersökningen. Urvalet kom därför att bestå av 2 942 slumpmässigt utvalda medarbetare. Eftersom paramedicingruppen endast bestod av 542 individer i denna åldersgrupp kom dessa yrkesgrupper att vara representerade av det totala antalet medarbetare med en ålder av 55 år eller äldre. Paramedicingruppen bestod av yrkena kurator, psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut. Även gruppen läkarsekreterare kom att nästintill vara representerade av det totala antalet i åldersgruppen 55 år och äldre. Undersköterskor och skötare fanns även de tillsammans i personalregistret och valdes därför att grupperas tillsammans vid urvals förfarandet.

Det var 68 procent som svarade på enkäten efter två påminnelser. För att i största möjliga mån se till att uppfylla de etiska reglerna, inhämtades tillsammans med enkäten ett skriftligt informerat samtycke. Samtycket erhöles genom att respondenten ombads skriva under ett medgivande för att enkäten skulle ingå i resultatsammanställningen. Medgivande särskiljdes från enkäten då denna avidentifierades vid TEMO AB, vilka distribuerade och samlade in enkäten. Detta system användes för att garantera anonymiteten för de personer som deltog

i undersökningen. Det var dock en del enkäter som kom in utan detta skriftliga samtycke. Med anledning av detta sändes därför blanketten om samtycket ut på nytt tillsammans med den första påminnelsen. Detta gjorde att fler sände in sitt skriftliga samtycke till att ingå i enkätstudien. Av de inkomna enkäterna hade slutligen 45 stycken inget medgivande. Dessa sorterats därför bort. Den andra påminnelsen var en riktad påminnelse till de yrkesgrupper som hade det lägsta svarsfrekvensen efter den första påminnelsen, det vill säga läkare, undersköterskor/skötare och läkarsekreterare.

Det slutgiltiga svarsfrekvensen blev 1 949 svarande, det vill säga 66 procent av dem som fått en enkät hemsänd svarade. Detta motsvarar 39 procent av det totala antalet medarbetare 55 år och äldre i de valda yrkesgrupperna inom Region Skåne. Enkäten gick ut till 558 män och 2 384 kvinnor. Det var 59 procent av männen och 68 procent av kvinnorna som svarade och kom att ingå i studien. Detta motsvarar ett bortfall på 41 procent hos männen och 32 procent hos kvinnorna. Studerar vi de olika yrkesgrupperna så var bortfallet störst i läkargruppen (25%) och lägst bland paramedicingruppen (14%). För en utförligare beskrivning av bortfallet se bilaga 1, tabell 1.

Undersökningsgruppen

Åldern i den totala undersökningsgruppen spände mellan 55–74 år. Både median- och medelåldern i gruppen var 59 år. Hur väl var då de olika yrkena representerade i undersökningen? Av dem som kom att ingå i undersökningsgruppen angav 18 procent att de var läkare, 20 procent att de var sjuksköterskor, 15 procent angav att de var undersköterskor, 5 procent att de var skötare, 6 procent angav att de var sjukgymnaster, 3 procent angav att de var arbetsterapeuter, 5 procent angav att de var psykologer, 7 procent angav att de var kuratorer, 19 procent att de var läkarsekreterare och 2 procent angav annat yrke. Det var endast 14 respondenter (0,7%) som inte hade svarat på vilken yrkesgrupp de tillhörde (se tabell 1).

Tabell 1. Undersökningsgruppens angivande av yrkesgruppsstillhörighet.

Yrke	Antal i undersökningsgruppen	Procentuellt antal av undersökningsgruppen
Läkare	351	18
Sjuksköterska	389	20
Undersköterska	290	15
Skötare	92	5
Läkarsekreterare	373	19
Sjukgymnast	124	6
Arbetsterapeut	53	3
Psykolog	91	5
Kurator	126	7
Annat yrke	46	2
Ej besvarat frågan	14	0,7

De flesta yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården domineras av kvinnor. Undersökningsgruppen bestod totalt av 83 procent kvinnor (1 572 kvinnor) och 17 procent män (304 män). Arbetsterapeutgruppen bestod endast av kvinnor. Det var enbart i läkargruppen som det var fler män (63 %) än kvinnor. Av dem som ingick i undersökningsgruppen var 91 procent födda i Sverige, 4 procent var födda inom Norden (utom Sverige), 4 procent var födda inom Europa (utom Norden) och 1 procent var födda i något land utanför Europa. Denna studie fokuserar dock på ålder och den äldre individen inom olika yrkesgrupper, och analyserna kommer inte i någon större utsträckning att göras utifrån ett köns- eller etniskt perspektiv. Åldersfördelningen skiljde sig dock lite mellan könen, men inte nämnvärt utifrån födelseland. Den yngsta kvinnan i undersökningen var 55 år och den äldsta var 69 år. Medelåldern för kvinnor var 58,9 år, med en standardavvikelse på 2,9 år. Den yngsta mannen i undersökningen var 55 år och den äldsta var 74 år. Medelåldern för män var 59,3 år, med en standardavvikelse på 3,3 år. Åldern skiljde sig även mellan yrkesgrupperna. Den högsta medelåldern fanns hos manliga sjukgymnaster och kvinnliga skötare, medan den lägsta medelåldern återfanns hos manliga läkarsekreterare och kvinnliga arbetsterapeuter (se bilaga 1, tabell 2).

Det var totalt för hela gruppen 28 procent som tänkte gå i ålderspension vid 64 år eller tidigare, 59 procent som tänkte gå i ålderspension vid 65 år och 13 procent som inte tänkte gå i ålderspension förrän efter 66 år. Studerar man de olika yrkesgrupperna så var 65 år den ålder då flest tänkte gå i pension oavsett yrke (se tabell 2).

Tabell 2. När olika yrkesgrupperna tänker gå i ålderspension i procent.

	Läkare	Sjuk- sköterska	Under- sköterska	Skötare	Läkar- sekreterare	Sjuk- gymnast	Arbets- terapeut	Psykolog	Kurator	Totalt
64 år eller tidigare	21	36	36	30	27	31	28	11	18	28
65 år	48	56	62	60	67	58	72	55	65	59
66 år eller senare	31	8	2	10	6	11	0	34	17	13

I hela gruppen var 75 procent gifta/sambo, 4 procent var särbo och 21 procent var ensamstående. Av dem som hade en partner angav 48 procent att partnern arbetade heltid, 11 procent att partnern arbetade deltid och 22 procent att partnern inte arbetade. Enkäten hade även en del frågor kring upplevelsen av chefskapet, det var därför intressant att se om även respondentgruppen bestod av chefer. 76 procent av den totala gruppen hade ingen chefsposition. Inom läkar- och sjuksköterskegruppen angav dock något fler att de hade någon typ av chef- eller ledarposition på heltid eller delar av sin arbetstid.

Genomförande

För att studera vad som var utmärkande och vad som möjligen påverkar att en del önskar lämna arbetslivet tidigt medan andra kan tänka sig ett förlängt arbetsliv gjordes en fördjupades analys utifrån detta. Analysen gjordes i flera steg. Inledningsvis grupperades respondenterna i fyra olika grupper utifrån vilka svar de givit på frågorna angående hur länge de angav att de kunde arbeta till, respektive när de ville gå i pension. Därefter gjordes en ny variabel av de fyra nybildade grupperna. Det var 99 procent av de svarande (1 920 individer) som gick att klassificera in i de nya grupperna. De nya grupperna var:

- Grupp 1 – Kan ej och vill ej arbeta till 65 år eller längre 817 individer (42%)
- Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre – 724 individer (37%)
- Grupp 3 – Kan men vill ej arbeta till 65 år eller längre – 323 individer (17%)
- Grupp 4 - Kan ej men vill arbeta till 65 år eller längre – 56 individer (3%).

Det fanns en viss skillnad i åldersfördelning mellan de fyra nya grupperna. Det framgick av analysen att 68 procent av dem som befann sig i grupp 1 var yngre än 60 år, medan det bara var 46 procent av dem i grupp 2 som var under 60 år. I grupp 3 var det 60 procent som var under 60 år. I grupp 4 var det 68 procent som var under 60 år. Åldersstrukturen såg ungefär likadan ut för alla yrkesgrupper i de fyra nya grupperna (se bilaga 1 tabell 3–6). Dock klassificerades alla de individer som var över 65 år i den totala respondentgruppen i grupp 2.

På grund av att grupp 4 var förhållandevis liten i förhållande till de övriga tre grupperna togs den inte med i den fortsatta analysen, och därför redovisas nedan enbart vad som var utmärkande för de tre första grupperna. Det som kan sägas är dock att det inte fanns någon överrepresentation av något kön eller yrkesgrupp i grupp 4. Dock fanns det inga skötare som ingick i grupp 4 (se vidare bilaga 1 tabell 6).

De nya grupperna analyserades sedan i korstabeller tillsammans med samtliga enkätfrågor. Utifrån detta utkristalliseras 124 variabler där svarsmarkeringarna skilde sig tydligast för de fyra grupperna. Dessa frågor togs sedan med till nästa steg i processen där enkätfrågorna grupperades och faktoranalyserades. Vid faktoranalyserna togs ytterligare 35 variabler bort vilka inte hade ett tillräckligt stort informationsvärde. De återstående 89 variablerna grupperades i tolv grupper. Dessa grupper benämndes hälsa, ekonomi, arbetstakt och arbetstid, fysik arbetsmiljö, psykisk arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse, arbetsmotiverande faktorer, attityder, värderingar i organisationen, kompetens samt familj och fritid.¹

¹ Signifikansen i faktoranalysen kontrollerades genom Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO), Bartlett's Test of Sphericity samt Kartell's scetest. Genomgående

Nästa steg i analysprocessen var att genom diskriminantanalys utskilja vilka faktorer som karakteriserar de nybildade grupperna. Diskriminantanalys är en statistisk klassificeringsmetod vilken syftar till att dela in datamaterialet i olika grupper för att studera vad som utmärker dem som ingår i en grupp i förhållande till övriga grupper. De tre återstående grupperna analyserades mot dem efter faktoranalysen nybildade variablerna.² På detta sätt är det möjligt att utkristallisera eventuella skillnader som de tre olika grupperna (se gruppindelningen ovan) gav i sina svar angående hälsa, ekonomi, arbetstakt och arbetstid, fysik arbetsmiljö, psykisk arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse, arbetsmotiverande faktorer, attityder, värderingar i organisationen, kompetens samt familj och fritid. De olika gruppernas givna svar gav även ett medelvärde vilket kan placeras in på ett koordinatsystem för att åskådliggöra hur de olika grupperna förhåller sig till varandra utifrån sina givna svar. Detta koordinatsystem kommer nedan att benämnas diskriminantfigur.

Diskriminantanalysen beräknades på de ursprungliga gruppstorlekarna. 76 procentig av det totala antalet individer som deltog i analysen blev på detta sätt korrekt klassificering (se tabell 3). Detta medförde att 86 procent av grupp 1 hade en korrekt klassificering, 88 procent av grupp 2 var korrekt klassificerade och 22 procent av grupp 3 var korrekt klassificerade. Om resultatet istället hade beräknats på 33 procent från alla tre grupperna, hade detta inneburit att grupp 1 hade en korrekt klassificering på 69 procent, grupp 2 på 82 procent och grupp 3 på 57 procent. Totalt hade detta istället dock medfört en sänkning av den korrekta klassificeringen av hela gruppen till 72 procent. Med anledning av detta utfördes därför beräkningen på de ursprungliga gruppstorlekarna. För att ytterligare kontrollera att den totala gruppen var korrekt klassificerad gjordes ytterligare en analys där alla de 1 949 svarande en i sänder lyftes ut ur analysen och testades mot den övriga gruppen. Även detta pekade på att 76 procent av originalgrupperna var korrekt klassificerade. Om en ny individ under samma betingelser svarar på samma frågor i enkäten är det därmed en 76 procentig träffsäkerhet att deras upplevelser och svar ska placera dem vid någon av de tre punkterna i figur 1.

för de tolv slutgiltiga faktoranalyserna visade Kartells scree-test att två komponenter innehöll det största förklaringsvärdet och därmed användes i analysen. KMO värdet var över 0,6 för samtliga och Bartlett's test visade på en statistisk signifikans på nivå 0,00. Vid faktoranalyserna grupperade sig de tolv grupperna i 24 komponenter, det vill säga två komponenter för varje grupp utifrån varje variabels förklaringsvärde i komponenterna.

² Samtliga diskriminantanalyser utfördes med Wilks's Lambda. Alla redovisade resultat från analysen är statistiskt signifikanta vid 0,01 eller 0,05 nivån om inget annat anges.

Tabell 3. Klassifikationsresultat vid diskriminantanalys med grupp 1, 2 och 3.

		Kan och Vill gå i pension	Förväntat antal i grupperna			Totalt
			<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	
Original (a)	<u>Antal</u>	<u>1</u>	707	60	50	817
		<u>2</u>	56	636	32	724
		<u>3</u>	157	96	70	323
		<u>Icke grupperade</u>	44	35	6	85
	<u>Procent</u>	<u>1</u>	86,5	7,3	6,1	100,0
		<u>2</u>	7,7	87,8	4,4	100,0
		<u>3</u>	48,6	29,7	21,7	100,0
		<u>Icke grupperade</u>	51,8	41,2	7,1	100,0
Korsvalidering (b)	<u>Antal</u>	<u>1</u>	705	60	52	817
		<u>2</u>	56	636	32	724
		<u>3</u>	157	96	70	323
	<u>Procent</u>	<u>1</u>	86,3	7,3	6,4	100,0
		<u>2</u>	7,7	87,8	4,4	100,0
		<u>3</u>	48,6	29,7	21,7	100,0

a 75,8% av originalgruppen korrekt klassificerade.

b 75,7% av de korsvaliderade fallen korrekt klassificerade i grupperna. Korsvalideringen är gjord på de som placerade sig i någon av grupperna. Genom kors validering testas varje fall för sig en i taget mot den gruppfunktion som skapats utifrån alla fall förutom det fall som testas.

Yrkesgruppernas placering i diskriminantfiguren

Respondenterna i denna enkät studie är alla 55 år eller äldre. Dock yttrar sig åldrandet olika hos olika individer vilket har tagits upp tidigare i rapporten. En av anledningarna till denna olikhet är bland annat vilket yrke och i vilken arbetsmiljö som individen har befunnit sig i under ett långt arbetsliv. Troligen är det även olika komponenter som medför att individerna i de olika yrkesgrupperna upplever att de vill respektive kan arbeta till 65 år eller längre.

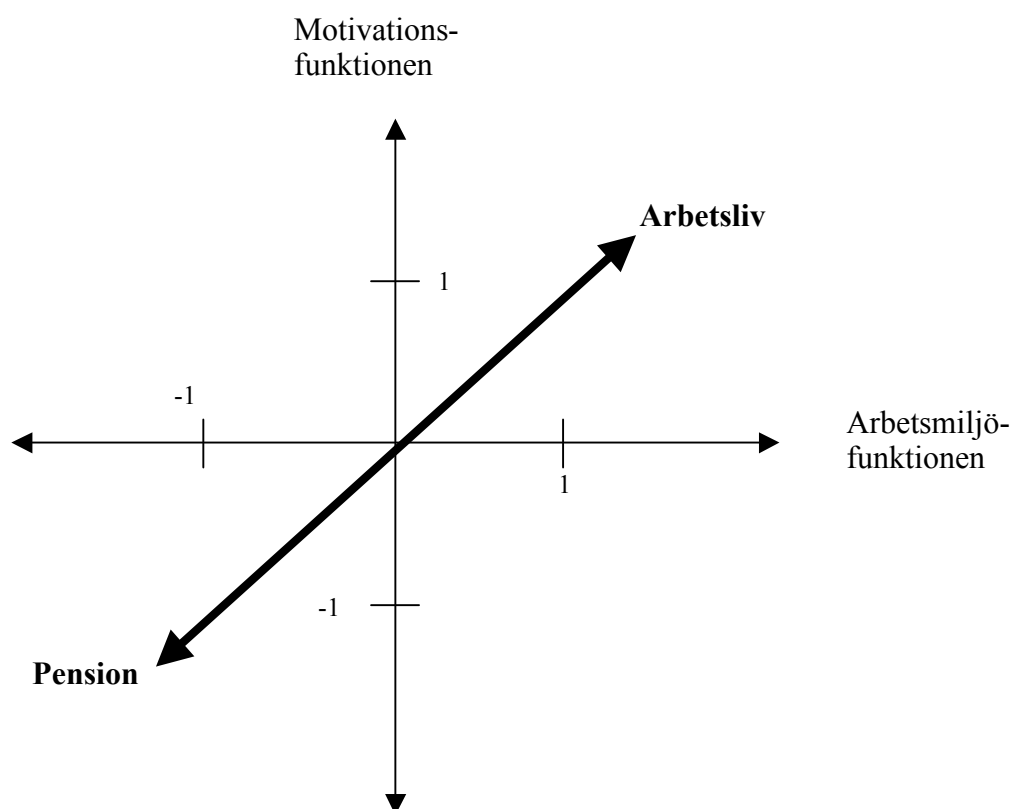
Datamaterialet delades upp i de nio yrkesgrupperna och en ny diskriminantanalys genomfördes. Detta för att se vilka faktorer som tydligast visade skillnad mellan de olika yrkena i förhållande till varandra i motivations- och arbetsmiljöfunktionerna. Det framgick av analysen att grupp 1 innehöll ett större antal undersköterskor, skötare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter än förväntat (se tabell 4). Grupp 2 innehöll ett större antal läkare, psykologer, kuratorer och sjukgymnaster än förväntat. Grupp 3 innehöll i sin tur ett större antal arbetsterapeuter, sjukgymnaster, läkarsekreterare och kuratorer än förväntat. Det fanns även skillnader mellan vad som var mest utmärkande för de tre grupperna inom de olika yrkesgrupperna. De skillnader som framkom i analysen mellan de olika yrkesgrupperna och de tre nya grupperna redovisas nedan i resultatdelen.

Tabell 4. Antal individer och förväntat antal individer i yrkesgrupper och i diskriminantgrupperna 1, 2 och 3. Markering av den yrkesgrupp med ett större antal än förväntat i gruppen.

Yrkesgrupp	Grupp 1 Kan ej och vill ej arbeta till 65 år eller längre		Grupp 2 Kan och vill arbeta till 65 år eller längre		Grupp 3 Kan men vill ej arbeta till 65 år eller längre	
	Antal	Förväntade	Antal	Förväntade	Antal	Förväntade
Läkare	82 (24%)	146 (44%)	199 (58%)	130 (39%)	48 (14%)	58 (17%)
Sjuksköterska	206 (54%)	163 (44%)	111 (29%)	145 (39%)	59 (15%)	65 (17%)
Under- sköterska	173 (60%)	122 (44%)	73 (25%)	109 (39%)	33 (12%)	49 (17%)
Skötare	51 (55%)	39 (44%)	26 (28%)	35 (39%)	15 (17%)	16 (17%)
Läkar- sekreterare	155 (42%)	157 (44%)	126 (34%)	139 (39%)	79 (22%)	62 (17%)
Sjukgymnast	43 (35%)	52 (44%)	47 (39%)	46 (39%)	28 (23%)	21 (17%)
Arbetssterapeut	28 (53%)	23 (44%)	11 (21%)	20 (39%)	12 (26%)	9 (17%)
Psykolog	23 (26%)	38 (44%)	50 (56%)	34 (39%)	13 (15%)	15 (17%)
Kurator	36 (29%)	53 (44%)	59 (48%)	47 (39%)	24 (19%)	21 (17%)
Missing	6 (0,7%)		5 (0,7%)		1 (0,3%)	
Totalt	811 (44%)	811 (44%)	722 (39%)	722 (39%)	322 (17%)	322 (17%)

Resultat

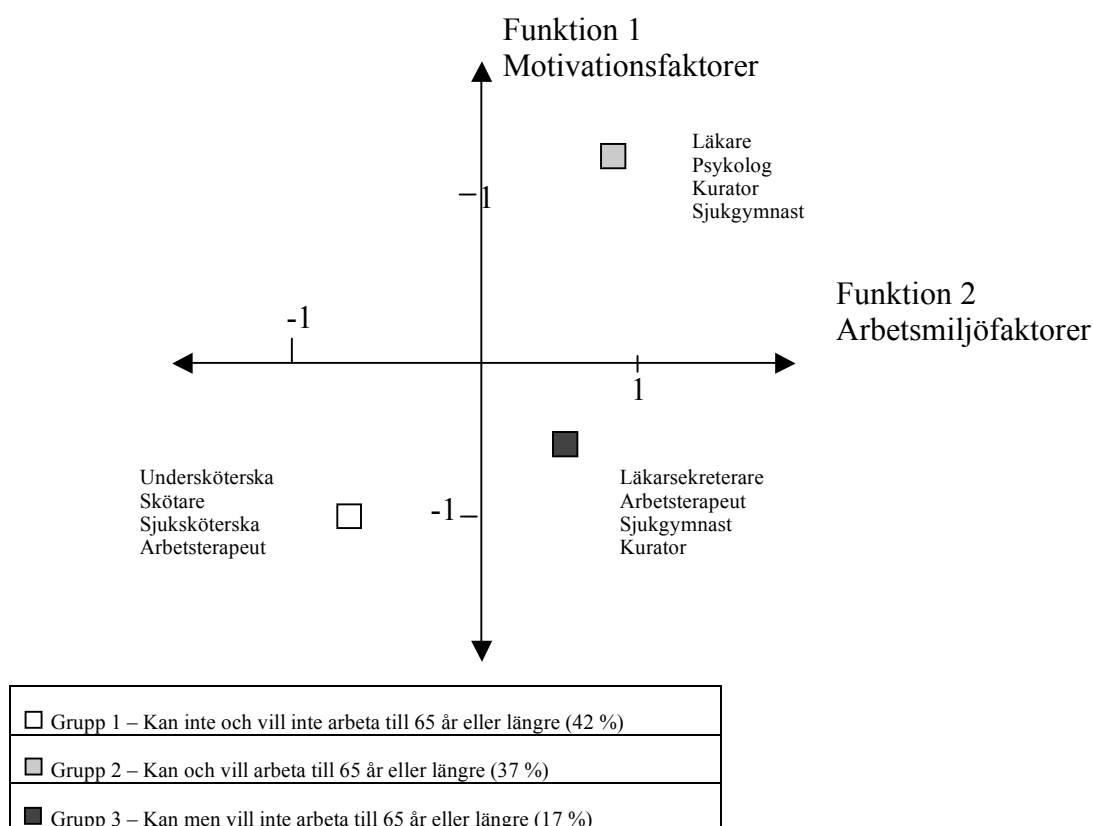
Individer har olika attityder till utträde ur arbetslivet och till ett förlängt arbetsliv. Det framkom av diskriminantanalysen som finns redovisad i rapporten "Vem kan och vill arbeta till 65 år eller längre?" (Nilsson, 2005b) att det finns två tydliga områden som påverkar om äldre medarbetare vill och kan arbeta till 65 år eller längre. Dessa är arbetsmiljön och motivationen. De medarbetare som upplevde att de befann sig i en motiverande, stimulerande och relativt bra fysisk och psykisk arbetsmiljö önskade i högre grad att arbeta till 65 år eller längre. De som upplevde brister i arbetsmiljön och i de motivationsgivande faktorerna i arbets-situationen önskade däremot att lämna arbetslivet tidigare (se figur 1).



Figur 1. Motivationens och arbetsmiljöns betydelse för att vilja och kunna arbeta till 65 år eller längre alternativt lämna arbetslivet vid en tidigare ålder.

Troligen medför olika yrken och arbetssituationer olika typer av påfrestningar på individer och på det funktionella åldrandet. Det framkom vid diskriminantanalysen att det förekom vissa skillnader mellan hur yrkesgrupperna placerade sig i diskriminantfiguren (se tabell 2 och figur 2). Det var olika inom yrkesgrupperna vilka givna svar som förenade och karakteriserade dem som ingick i

var och en av de tre olika grupperna³ i förhållande till varandra. Vi ska nu titta närmare på vad som inom varje yrkesgrupp var särskiljande för att placeras i någon av de tre grupperna.



Figur 2. Grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. Yrkena är rangordnade vid sidan av gruppen med den yrkesgruppen med förhållandevis störst representation i gruppen överst.

Läkare

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland läkarna (se figur 3)? Enligt diskriminantanalysen planerade de läkare som befann sig i grupp 1 att sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna sluta tidigt. En av de främsta anledningarna till att dessa läkare uppger att de inte ville arbeta till 65 år eller längre var deras osäkerhet på om deras kompetens var tillräcklig för att de skulle klara av arbetet. De önskade kortare arbetstid exempelvis att vara ledig någon extra dag i veckan eller kombinera deltidspension och yrkesarbete. De upplevde även att arbetstakten var för hög och att de inte fick tillräckligt med pauser i arbetet. De angav därför att de inte hann utföra de arbetsuppgifter som

³ Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre.

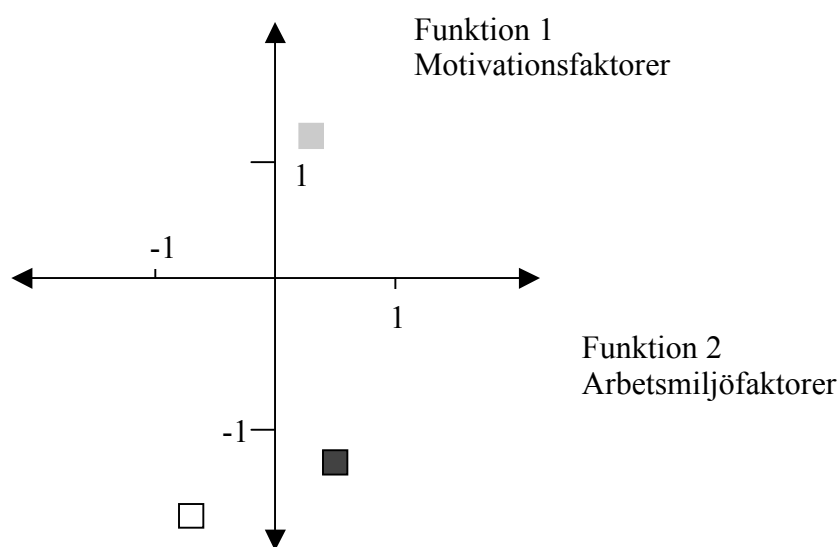
Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre.

Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre.

de tänkt sig under dagen. De önskade därför att arbeta i ett lugnare tempo om de skulle kunna arbeta kvar till 65 år. Läkarna som fanns i grupp 1 kände sig även utarbetade, psykiskt utmattade och var sällan utvilade. De angav även att de upplevde ett lågt välbefinnande. Läkarna som befann sig i grupp 1 upplevde inte någon större arbetstillfredsställelse, arbetsglädje eller meningsfullhet i arbetet.

Läkare som befann sig i grupp 2, det vill säga angav att de kunde och ville arbeta till 65 år eller längre och en del angav även att ville arbeta efter 65 år för att senare få en bättre pension. De var inte oroad för om deras kompetens var tillräcklig för att arbeta till 65 år eller längre. De var inte heller oroad för om de kunde lära sig nya saker i arbetet och utvecklas. De tycktes även uppleva en bra hälsa och ett gott välbefinnande. De ville inte gå ner i arbetstid eller arbeta i ett lugnare tempo. De upplevde tillfredsställelse med sitt dagliga arbete, arbetsglädje, meningsfullhet samt att arbetet var stimulerande.

Läkarna som befann sig i grupp 3 ville sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna sluta tidigt. De var inte särskilt oroad för om deras kompetens var tillräcklig för att klara av att arbeta till 65 år eller längre. Däremot tycktes det finnas motivationsbrist inför detta. Läkarna i grupp 3 såg arbetstiden som ett problem och önskade arbeta kortare tid och i en lugnare takt. De ville kombinera deltidspension och yrkesarbete och ville vara ledig någon extra dag i veckan. I sin nuvarande situation upplevde de bristande arbetstillfredsställelse, arbetsglädje och meningsfullhet i arbetet.



<input type="checkbox"/>	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (82 individer)
<input type="checkbox"/>	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (199 individer)
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (48 individer)

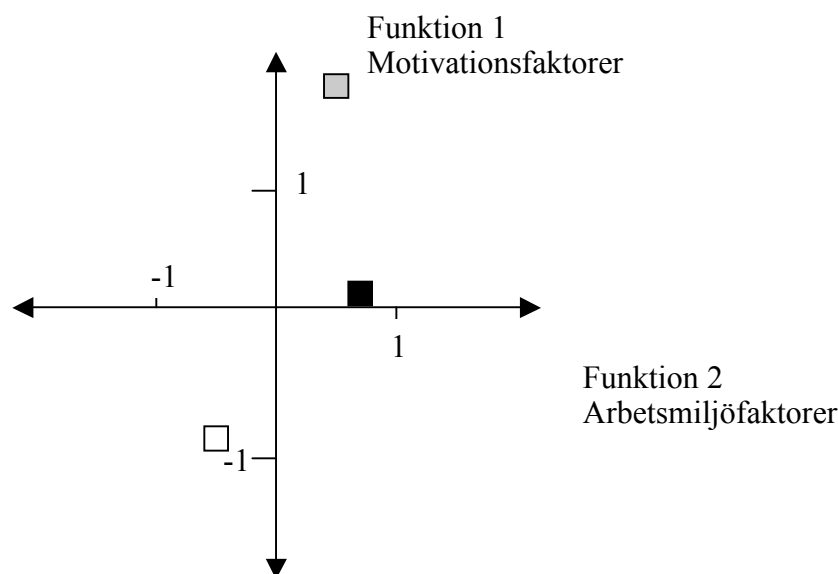
Figur 3. Läkare: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 83 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

Sjuksköterska

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland sjuksköterskorna (se figur 4)? De sjuksköterskor som fanns i grupp 1 ville sluta före 65 och ta ut ålderspensionen tidigt. Flera sparade för att ha ekonomisk möjlighet att sluta tidigt. Sjuksköterskorna i grupp 1 ansåg att arbetstakten var för hög och de önskade att arbeta i ett lugnare tempo med möjligheter till fler pauser. I deras nuvarande arbetssituation redovisades att de oftast inte hann utföra de arbetsuppgifter som de tänkt sig under dagen och arbetsuppgifterna hopade sig vanligtvis i den mängd att de blev frustrerade. De ställde för höga krav på sig själv. De uppgav att det fanns för lite personal för att de skulle kunna sköta sitt arbete på det sätt de önskade. Stora förändringar som skett i sjuksköterskornas arbetssituation samt oro inför nya förändringar tycktes bidra till att de ville sluta arbeta före 65 år. De kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade och sällan utvilade. De upplevde även bristande hälsa och välbefinnande. De sjuksköterskor som befann sig i grupp 1 tycktes även i hög grad lida av en icke diagnostiserad ohälsa vilken de ansåg vara orsakad av arbetet. De upplevde bristande egenkontroll och kunde inte lägga upp sitt arbete som de ville. De upplevde livet utanför arbetet som mer motiverande än arbetslivet och önskade ägna mer tid åt fritidsaktiviteter och familj. De planerade även att gå i pension samtidigt som sin partner eller nära vän. Arbetet var inte så viktigt i deras liv och de kände inte någon större stolthet över sitt yrke. Dessa sjuksköterskor hade istället slutat före 60 år om de själv fått välja. De angav även att den rådande attityden i samhället var att sluta arbeta före 65 år.

De sjuksköterskor som fanns i grupp 2 önskade att arbeta även efter 65 år för att senare få en bättre pension. Sjuksköterskorna som befann sig i grupp 2 tycktes inte uppleva att arbetstempot var för högt. De hade istället tillräckligt med tid att ta paus och de hann med att utföra det de hade planerat för dagen. De tycktes inte heller känna sig särskilt utarbetade eller utmattade. De upplevde istället att arbetet var en mycket viktig del i deras liv och de var stolta över sitt yrke. De kunde själv välja hur de skulle lägga upp sitt arbete och upplevde hög egenkontroll över arbetet.

Sjuksköterskorna som befann sig i grupp 3 ville sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och flera sparade för att ha råd att gå i tidig ålderspension. De angav ingen större ohälsa eller några större problem i arbetsmiljön. De såg dock inte arbetet som något särskilt viktigt i sitt liv, utan ville i stället ägna mer tid åt fritidsintresse och familj.



<input type="checkbox"/>	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (206 individer)
<input type="checkbox"/>	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (111 individer)
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (59 individer)

Figur 4. Sjuksköterska: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 79 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

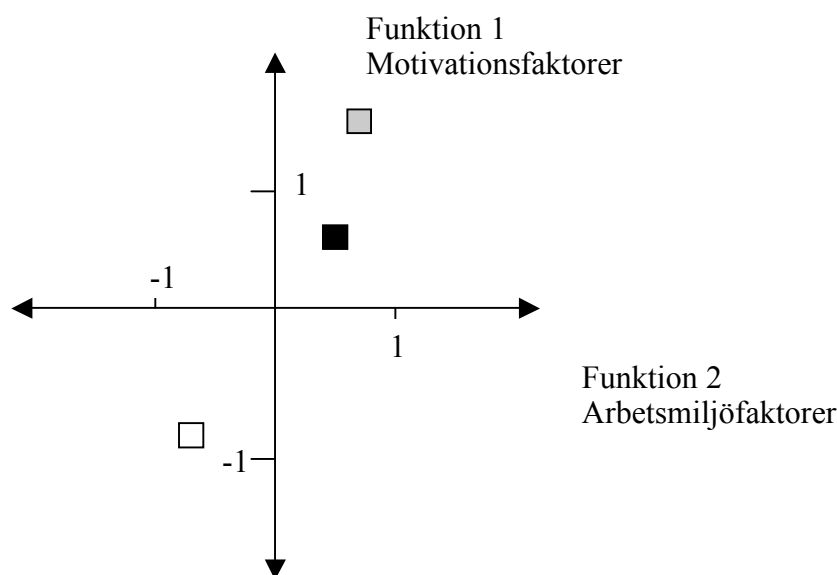
Undersköterska

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland undersköterskorna (se figur 5)? Hur upplevde de sin arbetssituation i jämförelse med undersköterskorna i de andra grupperna? Undersköterskorna som befann sig i grupp 1 upplevde att deras arbete var allt för kroppsligt ansträngande och att arbetsmiljön innehöll allt för många tunga arbetsuppgifter för att de skulle kunna arbeta kvar till 65 år eller mer. De kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade, och upplevde bristande välbefinnande och hälsa. De var sällan utvilade och hade svårt att somna igen ifall de vaknade på natten. Flera av dessa undersköterskor tycktes lida av icke diagnostiserad ohälsa, vilken var orsakad av arbetet och som hindrade dem i deras arbete. De angav att deras arbete påverkade deras privatliv negativt, och de var ofta för trötta för att orka med fritidsintresse och familj. De hade vid flera tillfällen den senaste tiden funderat på att sluta arbeta. Undersköterskorna som befann sig i grupp 1 planerade att sluta arbeta före 65 år genom att ta ut ålderspensionen tidigt. De sparade för att få bättre ekonomisk möjlighet att gå i tidig pension. De hade varit med om stora förändringar i arbetslivet som de saknat inflytande över och var därför oroad för att det skulle komma fler förändringar. De ville ägna mer tid åt fritidsintresse och familj, och de planerade att gå i ålderspension i samband med att deras partner slutade arbeta. Dock angav

de inte att de hade ekonomiska möjligheter att gå ner i arbetstid och de trodde inte heller att de skulle kunna behålla sin ekonomiska standard även om de väntade med att gå i pension till 65 år.

De undersköterskor som befann sig i grupp 2 kunde tänka sig att arbeta även efter 65 år för att senare få en bättre pension. Dessa undersköterskor befann sig inte i en lika fysiskt tung arbetsmiljö som grupp 1 och deras arbete var inte så kroppsligt ansträngande att de inte skulle klara av att arbeta till 65 år. De upplevde ett gott välbefinnande, kände sig inte utarbetade eller utmattade. De upplevde inte någon större konflikt mellan arbetsliv och privatliv eller att arbetet medförde att de inte orkade med fritidsintresse och familj.

Undersköterskor som befann sig i grupp 3, det vill säga angav att de kunde men inte ville arbeta till 65 år eller längre, planerade att gå i ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna sluta tidigt i samma utsträckning som undersköterskorna i grupp 1. De upplevde inte arbetet lika kroppsligt ansträngande som grupp 1, även om det till viss del var tungt. De upplevde ett bättre välbefinnande och hälsa än grupp 1 och var inte lika utarbetade. De som ingick i grupp 3 tycktes dock sakna motivation att arbeta till 65 år även om det inte fanns några direkta brister i deras arbetsmiljö. De önskade istället att tillbringa mer tid för familj och fritidsaktiviteter.

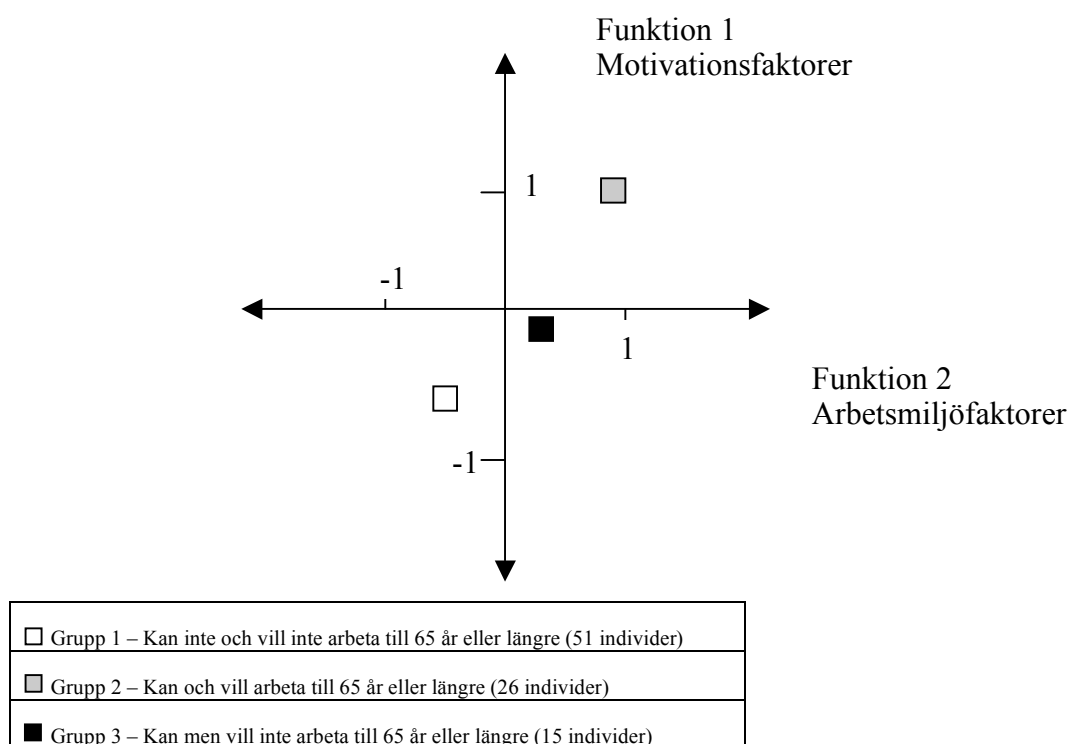


<input type="checkbox"/>	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (173 individer)
<input type="checkbox"/>	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (73 individer)
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (33 individer)

Figur 5. Undersköterska: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 79 procent av originalgruppen korrektklassificerad.

Skötare

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland skötarna (se figur 6)? De skötare som befann sig i grupp 1 planerade att sluta före 65 år genom att ta ut ålderspensionen tidigt. De hoppades på erbjudande från arbetsgivaren för att kunna sluta före 65 år och sparade också för att kunna sluta tidigare. De angav att de önskade mer tid för familj och fritid och planerade att gå i pension samtidigt som sin partner. De såg inte sitt arbete som särskilt viktigt i deras liv och de var inte särskilt stolta över sitt yrke. Hade de kunnat välja så hade de slutat arbeta före 60 år. De upplevde bristande välbefinnande, kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade samt kände sig sällan utvilade. Stora förändringar som skett i deras arbetssituation, oron inför nya förändringar samt bristen på inflytande vid förändringar bidrog till att de ville sluta arbeta före 65 år. Även arbetstakten var för hög, och det fanns inte tillräckligt med möjlighet till paus. Dessa skötare önskade att få arbeta i ett lugnare tempo.



Figur 6. Skötare: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 73 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

Skötare som befann sig i grupp 2, det vill säga de som angav att de kunde och ville arbeta till 65 år eller längre, kunde tänka sig att arbeta efter 65 år för att senare erhålla en bättre pension och de kunde även tänka sig att hoppa in efter pensionen och arbeta då och då. De upplevde stolthet över sitt yrke och såg

arbetet som något viktigt i livet. De upplevde sig inte utmattade och psykiskt eller fysiskt utarbetade. De tycktes inte heller uppleva att arbetstakten var för hög, utan kunde ta paus i arbetet då detta behövdes.

De skötare som befann sig i grupp 3 tycktes sakna motivation inför arbetet. De planerade att gå i tidig pension genom att tidigarelägga ålderspensionen och sparade för att få en bättre pension. De ville ägna mer tid åt familj och fritidsintresse och planerade att sluta arbeta när deras partner skulle sluta arbeta. De såg inte sitt arbete som särskilt viktigt i livet och de var inte nämnvärt stolta över sitt yrke. Emellertid tycktes de uppleva ett relativt bra välbefinnande samt en relativt bra arbetsituation och arbetsmiljö. De angav dock att ökad trivsel, samhörighet och arbetstillfredsställe skulle öka deras möjlighet att arbeta kvar till 65 år eller längre.

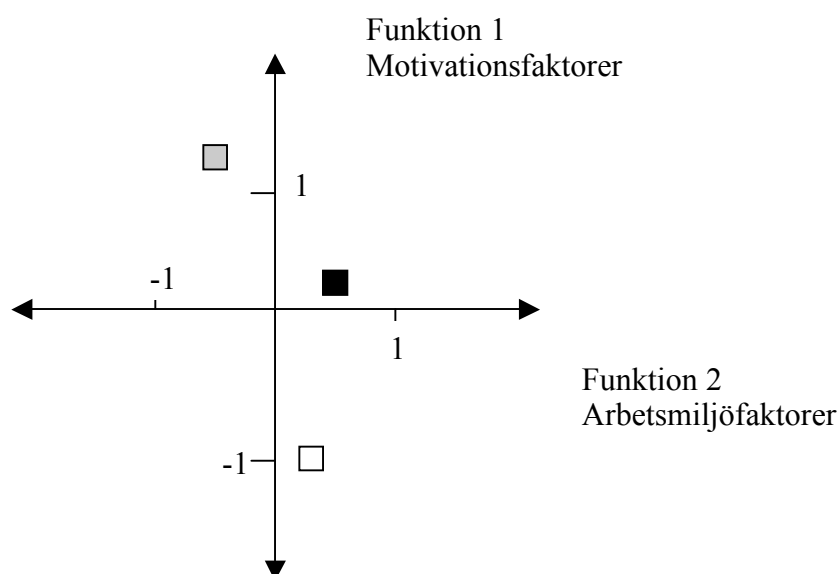
Läkarsekreterare

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland läkarsekreterarna (se figur 7)? De läkarsekreterare som befann sig i grupp 1 planerade att sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att få råd att gå i tidig ålderspension. De önskade att få mer tid för fritidsaktiviteter och familj samt ville gå i pension samtidigt som sin partner eller en nära vän. Läkarsekreterare i grupp 1 angav att de upplevde arbetet som för kroppsligt ansträngande och att arbetsmiljön innehöll för många tunga arbetsmoment för att de skulle kunna arbeta kvar till 65 år eller längre. Det hade skett stora förändringar i deras arbetsituation och oron inför nya förändringar gjorde också att de ville sluta före 65 år. Deras arbete påverkade deras privatliv negativt och medförde att de ofta var för trötta för att orka med familj, vänner och fritidsaktiviteter. De ansåg att arbetstakten var för hög och att de inte hade möjlighet att ta paus då de behövde. Det var inte särskilt vanligt i deras bekantskapskrets att arbeta efter 65 år och de ansåg också att den allmänna trenden i samhället var att sluta för 65 år.

Läkarsekreterare som befann sig i grupp 2, det vill säga angav att de kunde och ville arbeta till 65 år eller längre, planerade att arbeta till 65 för att få en bättre pension. De upplevde inte att arbetet var så fysiskt ansträngande att de inte klarade av det. Dock var det var inte så vanligt i deras bekantskapskrets att arbeta efter 65 år och de ansåg också att den rådande attityden i samhället var att sluta för 65 år. Deras nuvarande ekonomiska situation tillät dock inte att de gick ner i arbetstid. De hade inte heller möjlighet att behålla sin nuvarande standard även om de väntade med att gå i pension tills de var 65 år. De önskade dock att arbeta i ett lugnare tempo.

De läkarsekreterare som befann sig i grupp 3, det vill säga de som angav att de kunde men inte ville arbeta till 65 år eller längre, planerade att ta ut ålderspensionen tidigt. De ville ägna mer tid åt familj och fritidsintresse. De upplevde att arbetet var fysiskt krävande. Deras nuvarande ekonomiska situation tillät dem

att gå ner i arbetstid och de kunde behålla sin nuvarande ekonomiska standard efter pensionen. De tyckte dock inte att arbetstakten var för hög eller att de inte fick tillräckligt med möjligheter att ta paus i arbetet.



<input type="checkbox"/>	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (155 individer)
<input type="checkbox"/>	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (126 individer)
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (79 individer)

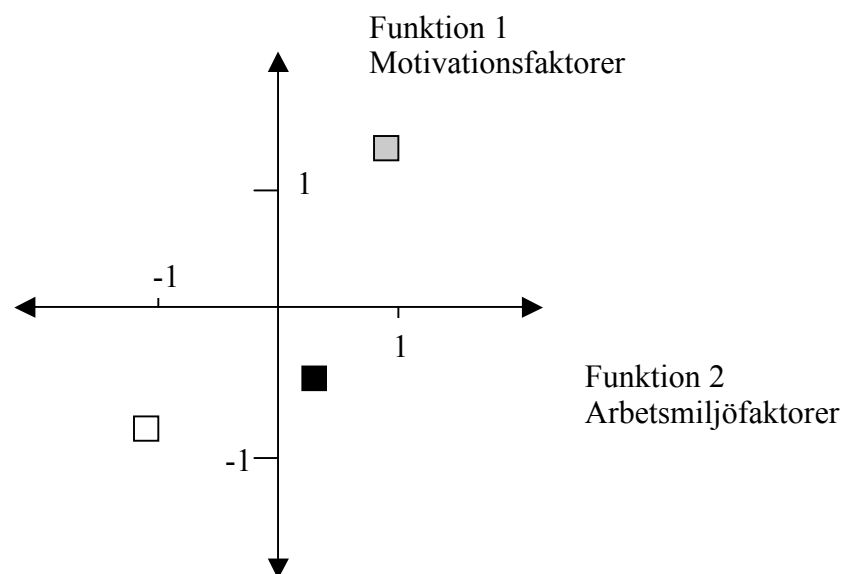
Figur 7. Läkarsekreterare: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 70 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

Sjukgymnast

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland sjukgymnasterna (se figur 8)? Sjukgymnasterna som befann sig i grupp 1 kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade. De kände sig sällan utvilade, och upplevde brister i hälsa och välbefinnande. De uppgav att de hade svårt att somna om ifall de vaknade på natten. De ville sluta före 65 år genom att ta ut ålderspensionen tidigt. Det var även flera som sparade för att få ekonomiska möjligheter att gå i tidig ålderspension. Deras arbete var så pass kroppsligt ansträngande och innehöll även så många fysiskt tunga arbetsuppgifter att de inte trodde sig kunna arbeta till 65 år. De var även oroad för nya förändringar eftersom det redan hade skett stora förändringar i deras arbetssituation. Även detta var en anledning till att de ville sluta före 65 år. De uppgav att de inte upplevde någon större arbetstillfredsställelse eller arbetsglädje. De ville ägna mer tid åt fritidsaktiviteter och familj och planerade att sluta arbeta i anslutning till att deras partner gick i pension. Detta eftersom de upplevde konflikt mellan arbetsliv och privatliv, vilket främst orsakades av att

arbetet påverkade privatlivet negativt. Arbetet medförde att de var för trötta för att orka med familj, vänner och fritidsaktiviteter. Sjukgymnasterna i grupp 1 tycktes även uppleva att attityderna från chefer och arbetskamrater var negativa mot äldre medarbetare. De upplevde sig diskriminerade på sin arbetsplats på grund av sin ålder.

Sjukgymnasterna i grupp 2 upplevde en god hälsa och ett gott välbefinnande. De upplevde inte att deras arbete var särskilt kroppsligt ansträngande eller fysiskt tungt. Skillnaden mellan grupperna angående den fysiska belastningen i arbetet vara den faktor i arbetsmiljöfunktionen som främst skilde grupperna åt. Dessa sjukgymnaster önskade att arbeta även efter 65 år för att senare få en bättre pension. De ville inte gå ner i arbetstid för att ägna mer tid åt familj och fritidsaktiviteter. Dessa sjukgymnaster tycktes inte heller planera att gå i pension samtidigt som sin partner i någon större utsträckning eller uppleva någon konflikt mellan privatliv och arbetsliv. De angav även att det var vanligt i deras bekantskapskrets att arbeta efter 65 år och att de kunde tänka sig att hoppa in och arbeta då och då efter det att de gått i pension. De kände sig inte heller diskriminerade på grund av sin ålder.



□ Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (43 individer)
▒ Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (47 individer)
■ Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (28 individer)

Figur 8. Sjukgymnast: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 70 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

Sjukgymnasterna som befann sig i grupp 3 ville sluta före 65 år genom att ta ut ålderspensionen tidigt. De ville få mer tid för familj och fritid. De upplevde

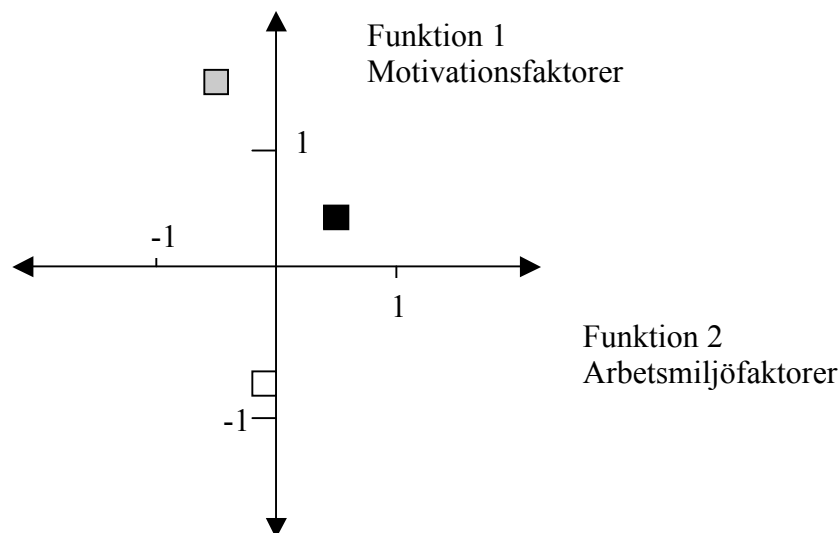
konflikt mellan arbetsliv och privatliv, genom att arbetet orsakade att de var för trötta för att orka med familj, vänner och fritidsaktiviteter. Dock så tycktes sjukgymnasterna i grupp 3 inte känna sig så utarbetade och utmattade som dem i grupp 1 eller att deras orsakade dem så stora kroppsliga ansträngningar att de inte kunde arbeta till 65 år.

Arbetsterapeut

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland arbetsterapeuterna (se figur 9)? Arbetsterapeuter som fanns i grupp 1 kände sig utarbetade och psykiskt och fysiskt utmattade. Deras hälsa och välbefinnande var inte bra. De uppgav att de sällan kände sig utvilade och hade svårt att somna om ifall de vaknade på natten. De ville sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna få ekonomisk möjlighet att gå i tidig ålderspension. De önskade att få ägna mer tid åt familj och fritid. De planerade även att sluta arbeta i nära anslutning till att deras partner lämnade arbetslivet. Arbetsterapeuterna i grupp 1 upplevde inte någon större arbetstillfredsställelse, arbetsglädje och meningsfullhet i arbetet. De tycktes inte heller uppleva att arbetet var viktigt i deras liv och något som de var stolta över. De var oroad för nya förändringar efter att ha varit med om stora förändringar där de saknat inflytande. De ansåg att de inte hade ekonomiska möjligheter att gå ner i arbetstid och de skulle troligen inte kunna behålla sin nuvarande standard även om de väntade att gå i pension tills de var 65 år.

Arbetsterapeuter som befann sig i grupp 2 kände sig också utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade samt upplevde sällan att de var utvilade. De kände även en oro inför nya förändringar i deras arbetssituation. Deras ekonomi tillät inte heller att de gick ner i arbetstid och de kunde troligen inte heller behålla sin ekonomiska standard då de gick i pension. Dessa arbetsterapeuter önskade att arbeta även efter 65 år för att senare få en bättre pension. De angav att de upplevde en hög grad av arbetstillfredsställelse, arbetsglädje, stimulans och meningsfullhet i arbetet. Arbetet var viktigt i deras liv och att de var stolta över sitt yrke. De tycktes inte vilja minska på sin arbetstid för att få mer tid till familj och fritidsaktiviteter.

Arbetsterapeuterna i grupp 3 ville sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna få ekonomisk möjlighet att gå i tidig ålderspension. Dessa arbetsterapeuter tycktes inte känna sig utarbetade eller fysiskt och psykiskt utmattade. De ville dock ägna mer tid åt fritidsintresse och familj, och planerade att sluta arbeta samtidigt som sin partner. Detta bland annat för att de inte upplevde någon högre grad av arbetstillfredsställelse, arbetsglädje eller meningsfullhet i arbetet. De var inte heller särskilt stolta över sitt yrke.



□	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (28 individer)
■	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (11 individer)
■	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (12 individer)

Figur 9. Arbetsterapeut: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 73 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

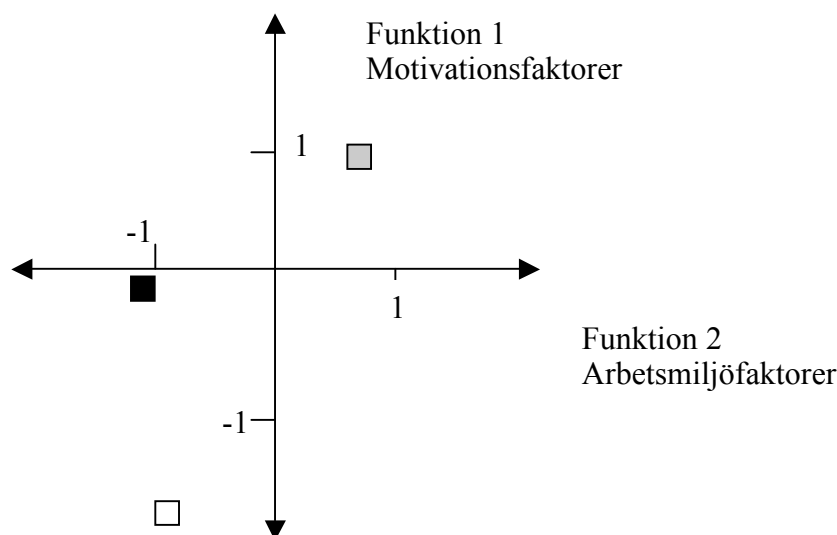
Psykolog

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland psykologerna (se figur 10)? De psykologer som befann sig i grupp 1 ville sluta före 65 år genom att ta ut ålderspensionen tidigt och sparade för att kunna få ekonomisk möjlighet att gå i tidig ålderspension. Dessa psykologer angav att de kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade samt sällan kände sig utvilade. Psykologerna som befann sig i grupp 1 tycktes även lida av icke diagnostiserad samt diagnostiserad ohälsa, vilket var orsakad av arbetet. Denna ohälsa hindrade dem i deras dagliga arbete. De upplevde även en konflikt mellan privatliv och arbetsliv. De upplevde inte heller någon större arbetstillfredsställelse arbetsglädje eller meningsfullhet med arbetet. Dessa psykologer upplevde även att arbetstakten var för hög och hann inte med att utföra de arbetsuppgifter som de tänkt sig under dagen. De angav även att de inte hade tillräckligt med möjlighet för paus. De önskade arbeta i ett lugnare tempo och önskade arbetstidsförkortning för att orka arbeta till 65 år. De önskade sig även större möjlighet att själv bestämma hur de skulle lägga upp arbetet samt större egenkontroll över det dagliga arbetet.

Studerar vi de psykologer som befann sig i grupp 2 ville de arbeta efter 65 år för att senare få en bättre pension. De tycktes uppleva en god hälsa och ett gott välbefinnande. De angav inte heller att de upplevde någon konflikt mellan privatliv och arbetsliv. Psykologerna som befann sig i grupp 2 upplevde istället till-

fredsställelse, arbetsglädje, meningsfullhet och stimulans i arbetet. De tycktes hinna med sina arbetsuppgifter utan att tycka att arbetstakten var för hög. De upplevde även hög grad av egenkontroll över arbetet och kunde själv planera och lägga upp sitt arbete.

Psykologerna som befann sig i grupp 3 angav att de kunde men inte ville arbeta till 65 år eller längre. Det var främst arbetstakten som var för hög och de önskade arbeta i ett lugnare tempo. De kunde inte heller ta paus i arbetet när de behövde det och hann sällan utföra det arbete som de tänkt sig under dagen. De önskade därför större egenkontroll och större möjlighet att själv bestämma hur de skulle lägga upp arbetet. De ville också få större möjlighet att ägna mer tid åt fritidsaktiviteter och familj. De befann sig dock i en situation där de ansåg att de inte hade ekonomiska möjligheter att gå ner i arbetstid och de kunde troligen inte heller behålla sin ekonomiska standard då de gick i pension.



<input type="checkbox"/>	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (23 individer)
<input type="checkbox"/>	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (50 individer)
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (13 individer)

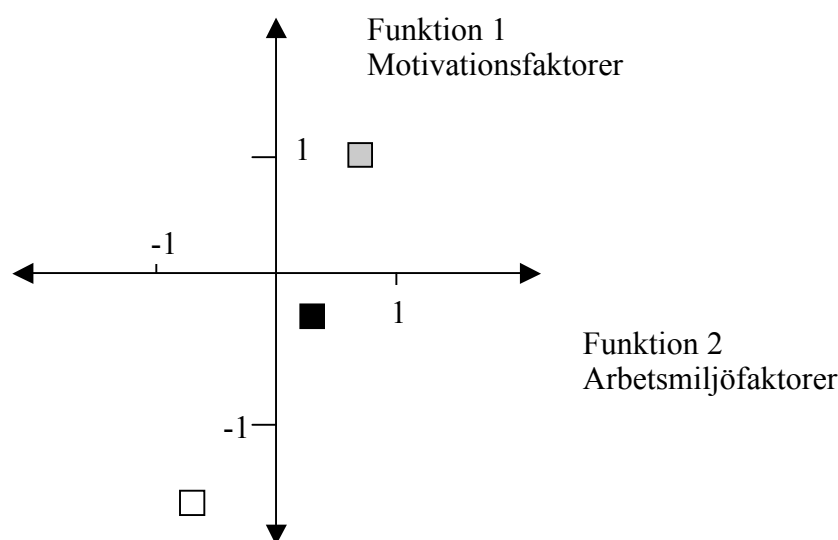
Figur 10. Psykolog: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 83 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

Kurator

Hur skilde sig de tre grupperna åt bland kuratorerna (se figur 11)? Kurator som befann sig i grupp 1 planerade att sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt och flera sparade för att få ekonomiska möjligheter till att gå i tidig ålderspension. Dessa äldre kuratorer upplevde bristande hälsa och välbefinnande. De angav att de kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade samt sällan var

utvilade. Deras arbete påverkade deras privatliv negativt och de kände sig utmattade. Arbetet orsakade ofta att de var för trötta för att orka med familj, vänner och fritidsintresse. De ville ägna mer tid åt familj och fritid samt önskade gå i pension i anslutning till att deras partner slutade arbeta. De angav även att det var vanligt i deras bekantskapskrets att sluta arbeta före 65 år. Kuratorerna i grupp 1 var även oroadade för att det skulle komma nya förändringar i deras arbetssituation, eftersom de redan varit med om stora förändringar som de saknat inflytande över.

De kuratorer som befann sig i grupp 2 kunde tänka sig att arbeta även efter 65 år för att senare få en bättre pension. De upplevde inte att de var utarbetade eller psykiskt och fysiskt utmattade. De angav att det inte fanns någon konflikt mellan deras arbetsliv och privatliv. Kuratorerna i grupp 2 angav istället att arbetet var stimulerande och påverkade deras privatliv positivt. De upplevde inte heller någon oro för att det skulle bli förändringar på arbetsplatsen som de saknade inflytande över.



□	Grupp 1 – Kan inte och vill inte arbeta till 65 år eller längre (36 individer)
■	Grupp 2 – Kan och vill arbeta till 65 år eller längre (59 individer)
■	Grupp 3 – Kan men vill inte arbeta till 65 år eller längre (24 individer)

Figur 11. Kurator: grupp 1, 2 och 3 relativa placering utifrån centroidvärde för funktionerna Motivationsfaktorer och Arbetsmiljöfaktorer. 75 procent av originalgruppen korrekt klassificerad.

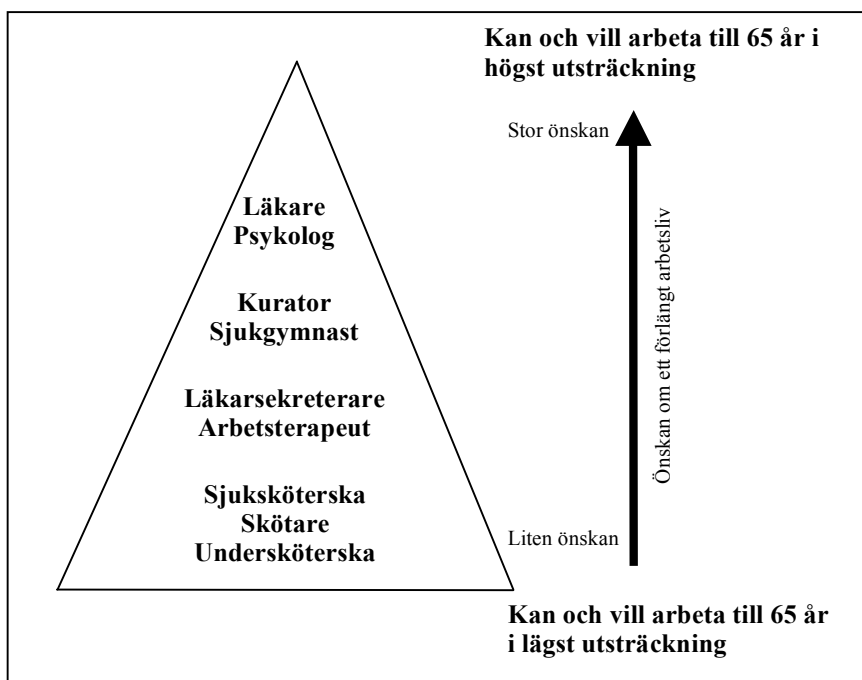
Kuratorer som befann sig i grupp 3, det vill säga de som angav att de kunde men inte ville arbeta till 65 år eller längre, ville sluta före 65 genom att ta ut ålderspensionen tidigt. Deras arbetsmiljö var relativt bra, men de tycktes inte vara tillräckligt motiverade för att arbeta till 65 år eller längre. De upplevde dock inte att deras arbete påverkade deras privatliv negativt i någon större omfattning. Men

de var oroade för var nya förändringar i sin arbetssituation eftersom de redan varit med om stora förändringar som de saknat inflytande över och såg detta som en anledning till att gå i tidig pension. De önskade i stället att ägna mer tid åt familj och fritidsintresse. De ansåg även att den rådande attityden i samhället var att sluta före 65 år.

Diskussion om äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv

Varför ville och kan en del äldre medarbetare arbeta till 65 år eller ännu längre medan andra varken kan eller vill detta? Har exempelvis de människor som befinner sig i grupp 2 i denna studie, det vill säga de som anger att de kan och vill arbeta till 65 år eller längre, en positivare syn på livet, på hur andra uppfattar dem och på vilka möjligheter de har? Kanske!? Dock är det inte troligt att detta är hela förklaringen. Ur analysen framkom skillnader mellan vilka yrkesgrupper som främst är representerade i de tre olika grupperna samt vilka attityder som placerat dem i gruppen. Det är knappast troligt att det finns fler pessimister bland undersköterskorna, skötarna och sjuksköterskorna, och fler optimister bland läkarna och psykologerna. Troligen är det andra fenomen som ligger bakom. Det går att konstatera att yrkesgrupperna är olika representerade i de tre grupperna i resultatdelen. Det framkom av analysen att ekonomin har en stor betydelse för ett förlängt arbetsliv, men i redogörelsen nedan kommer främst andra faktorer att beaktas. När man läser diskussionen nedan är det också viktigt att beakta att de olika yrkena består av individer och att inte alla upplever sin situation exakt lika, men att det som lyfts fram var det som var utmärkande för dem som varken kunde eller ville arbeta till 65 år inom varje yrkesgrupp.

Studerar vi representationen i de olika grupper framträder ett mönster som tycks höra samman med den hierarkiska struktur som finns inom hälso- och sjukvården (se figur 12). Med anledning av detta följer nedan en diskussion utifrån skillnaderna mellan representationen av yrkena i de olika grupperna. Diskussion kommer att beröra de statistiska analysresultaten utifrån arbetssituationens betydelse för ett förlängt arbetsliv, samt yrket och yrkesrollens betydelse för ett förlängt arbetsliv och organisationsstrukturens betydelse för ett förlängt arbetsliv. Därefter följer en summering och en beskrivning av vilka nya forskningsfrågor som har väckts av denna studie.



Figur 12. De olika yrkesgrupperna placerade med den yrkesgrupp som flest uppger att de varken kan eller vill arbeta till 65 år eller längre längst ner, och den yrkesgrupp där flest uppger att de kan och vill arbeta till 65 år eller längre högste upp.

Arbetsituationens betydelse för ett förlängt arbetsliv

Wikman och Marklund (2003) beskriver att det finns en tendens till att arbetskraften rensas från dem som har svårt att hinna och orka med i dagens slimmade organisationer på grund av krämpor och besvär. Michélsen med flera (1999) beskriver att neddragningar inom hälso- och sjukvården har orsakat att personalen i dag upplever en större press än tidigare. Arbetsituationen och arbetslivet ser dock olika ut för olika yrken, grupper och individer. Varje individ är unik och åldrandet och arbetsituationen är inte heller lika för alla individer i en specifik yrkesgrupp. Det är därför viktigt att inte allt för mycket betrakta alla medarbetare som har en ålder på 55 år eller äldre som en homogen grupp. Som vi tidigare har konstaterat i denna undersökning tycks flertalet av dem som befinner sig i grupp 2 generellt oavsett yrkesgrupp uppleva en bra arbetsmiljö samt meningsfullt och stimulerande arbete där de upplevde sig sedda och uppskattade i organisationen. De som befinner sig i grupp 3 tycks generellt för alla yrkesgrupper uppleva en relativt bra arbetsmiljö, men de upplevde sig inte lika uppskattade och efterfrågade i organisationen. De upplevde, möjligen på grund av detta, inte heller sitt arbete som lika motiverande och stimulerande, vilket torde vara viktigt att förändra om medarbetarna ska vilja arbeta kvar till 65 år. De som dock framför allt behöver få en förändrad arbetsmiljö är de som befinner sig i grupp 1 och som varken kan eller vill arbeta kvar till 65 år eller längre. Vad är det som främst utmärker dem inom olika yrkesgrupper i för-

hållande till grupp 2 och 3? Det torde främst vara dessa faktorer som borde förändras för att möjliggöra att fler inom de olika yrkesgrupperna istället kan komma att tillhöra grupp 2, det vill säga upplever att de befinner sig i en så pass god arbetssituation att de kan och vill arbeta till 65 år eller längre.

Läkarna i grupp 1 särskiljde sig från de andra grupperna inom sitt yrke genom att de främst var osäkra på om deras kompetens var tillräcklig för att klara av att arbeta till 65 år eller längre. Det framkom i rapporten "Pension eller arbetsliv?" (Nilsson, 2005a) att det främst var läkare och psykologer som angav att ny kunskap var viktigt för att kunna arbeta till 65 år eller längre. Att kunskap och kompetens framhålls som avgörande för ett förlängt arbetsliv för läkare är förståeligt. Läkarens yrkesroll bygger till stor del på kunskap och på att snabbt kunna ta in ny kunskap. Detta har därför en mycket stor betydelse för om de äldre läkarna ska kunna och vilja stanna kvar i sitt yrkesliv till en hög ålder. Lindgren (1999) beskriver att äldre läkare kan uppleva sig åsidosatta och frånsprungna av de yngre eftersom det hela tiden kommer nya tekniska hjälpmedel och nya behandlingsmetoder som det gäller att håller sig uppdaterade med. Det som även särskilde läkarna i grupp 1 var att de upplevde att arbetstakten var för hög, de upplevde sig utarbetade, psykiskt utmattade och var sällan utvilade. Dessa läkare önskade därför lugnare arbetstakt och arbetstidsförkortning för att kunna vila upp sig mellan arbetspassen. Michélsen med flera (1999) beskriver att läkarna arbetar i ett allt högre tempo och därför har svårt att hinna med. De får därför stjäla tid från andra arbetsuppgifter, vilket i sin tur även försätter andra yrkesgrupper i tidsproblem. Detta upplevs som psykiskt pressande inte minst med tanke på att de beslut som ska fattas samtidigt kan ha livsavgörande betydelse för patienterna.

Sjuksköterskorna i grupp 1 skiljde sig främst från de övriga grupperna i sitt yrke genom att de upplevde att arbetstakten var för hög, att arbetet hopade sig och att de inte hann utföra det arbete som de tänkt sig. De upplevde även att de satte för stora krav på sig själv trots att det egentligen främst var personalbrist som var orsak till deras problem. Sjuksköterskorna är en yrkesgrupp som har fått ökad psykisk belastning under den senaste tiden. De har även tagit över arbetsuppgifter som tidigare tillhörde yrkesgrupper på omkringliggande hierarkiska nivåer i organisationen. Lindgren (1999) beskriver att sjuksköterskorna är den grupp som framför allt har gynnats av de senaste årens omstruktureringar inom hälso- och sjukvården. Samtidigt har klimatet hårdnat och de som inte kan eller vill hänga med på förändringar, stress och ökad arbetsbelastning drabbas lättare av utslagning. Även en undersökning av Sundgren Grinups med flera (1996) beskriver att sjuksköterskornas arbete är psykiskt krävande. De blir ofta avbrutna innan de har hunnit slutföra arbetsuppgiften och får därför ägna ytterligare tid åt att kontrollera så att de inte glömde slutföra sina arbetsmoment vilket i sin tur riskerar att ge konsekvenser för patienten (se exempelvis Michélsen m fl, 1999). Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (2005) visar på att sjuksköterskorna har fått det både psykiskt och fysiskt sämre under de senaste fem åren.

Undersköterskorna i grupp 1 skiljde sig från de övriga grupperna genom att de upplevde att deras arbete var allt för kroppsligt ansträngande och att arbetsmiljön innehöll allt för många tunga arbetsuppgifter för att de skulle kunna arbeta kvar till 65 år. De kände sig utarbetade och både fysiskt och psykiskt utmattade. De var sällan utvilade och hade svårt att somna om i fall de vaknade på natten. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån (2005) visar i sin statistik på att undersköterskornas psykiska och fysiska arbetsmiljö har försämrats under de senaste fem åren. Enligt Pingel och Robertsson (1998) är undersköterskeyrket fysiskt krävande och flera har fysiska förslitningsproblem. Dock menar de att detta även bottnar i att undersköterskorna inte upplever att de blir tillräckligt sedda i organisationen. Enligt Michélsen med flera (1999) är undersköterskorna en av de yrkesgrupper som har fått de sämst genom den senaste tidens förändringar och besparingar inom hälso- och sjukvården. De har förlorat i status genom ändrade delegationsbestämmelser. Det fysiska slitaget som flera undersköterskor upplever som en anledning till att de inte klarar av att arbeta till 65 år kan dock till viss del motverkas genom friskvård. Ilmarinen (1999) har i sin forskning konstaterat att friskvård och hälsosammare livsstil är bra för alla, men att störst skillnad och förbättring av arbetsförmåga med sådana insatser främst syns hos äldre medarbetare. Det kan tyckas underligt att fysiskt tunga mansdominerade yrken som brandmän och poliser har friskvård och träning på arbetstid inlagt i schemat medan kvinnodominerade fysiskt tunga yrken som undersköterskor får stärka och underhålla sitt främsta yrkesredskap, kroppen, på fritiden (se exempelvis Karlqvist m fl, 2003).

Skötarna i grupp 1 skiljde sig främst från de övriga grupperna genom att de ville ägna mer tid tillsammans med familj och för sina fritidsintressen. De såg inte sitt arbete som särskilt viktigt i sitt liv och de var inte särskilt stolta över det eller över sitt yrke. De hade slutat arbeta före 60 år om de hade haft möjlighet. Andra studier har visat på att många skötare upplevde sig utmattade på grund av arbetet och upplevde bristande arbetstillfredsställelse (se exempelvis Thomsen m fl, 1999). I andra studier kring skötare lyfts även den psykiska utsattheten med ökad risk för hot och våld fram som ett arbetsmiljöproblem (se exempelvis Lawoko m fl, 2004; Soares m fl, 2000). Detta sågs som en anledning till att lämna yrket tidigt, även om de som var äldre i yrket ofta införskaffat sig lång erfarenhet som medförde att de inte var lika utsatta för hot och våld som sina yngre kolleger.

Läkarsekreterarna i grupp 1 skiljde sig främst från de övriga grupperna genom att de ville ägna mer tid åt familj och fritid. De upplevde även att deras arbete var så fysiskt ansträngande att de inte skulle kunna arbeta kvar till 65 år. Det är främst besvär från nacke, rygg, skuldra och arm på grund av allt för ensidig belastning vid dator och arkiveringsarbetet (se Johansson & Östergaard, 1998; Thulin, 2000). Grupp 1 hos läkarsekreterarna angav även att det hade skett stora förändringar i deras arbetssituation som gjorde att de inte vill arbeta kvar. Detta

är troligen orsakat av att nedskärningarna inom vården även har drabbat läkar-sekreterarna vilket medfört ökad arbetsbelastning och stress för denna yrkes-grupp (se Bengtsson & Nilsson, 2004).

Sjukgymnasterna som befann sig i grupp 1 skiljde sig från de övriga grupperna inom sitt yrke genom att de kände sig fysiskt och psykiskt utmattade och utarbetade, samt att de hade svårt att somna om i fall de vaknade på natten. Att en del sjukgymnaster upplever att arbetet under de senaste åren har blivit allt mer stressande har även lyfts fram i andra studier (se Johansson & Olofsson, 1996). Dock lyfts främst den fysiska arbetsmiljön fram som ett arbetsmiljö-problem för sjukgymnaster i olika studier (se exempelvis Sundberg, 2002; Esping, 1989). De sjukgymnaster som ingick i grupp 1 lyfte även de fram sin fysiska arbetsmiljö som ett problem och ansåg att deras arbete var så pass kroppsligt ansträngande att de inte skulle klara av att arbeta kvar till 65 år.

Arbetsterapeuterna som befann sig i grupp 1 skilde sig från de andra grupperna inom sitt yrke främst genom att de upplevde sig utarbetade samt psykiskt och fysiskt utmattade. Deras hälsa och välbefinnande var inte bra. Arbetsterapeuterna i grupp 1 ville ägna mer till familj och fritid. De upplevde i dag inte någon större arbetstillfredsställelse, arbetsglädje eller meningsfullhet i arbetet och var inte särskilt stolta över sitt arbete och yrke. Enligt flera studier (se exempelvis Björkman & Carlsson, 2004; Eklund & Rahm Hallberg, 2000; Hane & Wennberg, 2002) upplever arbetsterapeuterna sig åsidosatta i hälso- och sjuk-vårdsorganisationen. De upplever att deras kompetens inte kommer fram på ett önskvärt sätt, eftersom de övriga yrkesgrupperna upplever dem som anonyma och inte riktigt vet vad de kan gå in med för resurser. De kände sig därför ofta ensamma och saknade kollegialt stöd.

Studier om psykologers arbetssituation lyfter fram att de har goda möjligheter att påverka sitt eget arbetsupplägg men inte lika goda möjligheter att påverka verksamheten (se exempelvis Cocke, 1993). Psykologernas kognitiva arbetssätt uppfattas ibland inte som lika viktigt som det medicinska paradigmet och de känner sig därför ibland åsidosatta och otydliga för de andra i organisationen (se Malmström, 2005). Detta kan vara en orsak till att psykologerna som befann sig i grupp 1 kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade samt sällan utvilade. De hade också ofta en diagnostiserad eller icke diagnostiserad ohälsa vilken de ansåg var orsakad av deras arbete. De upplevde att detta var ett hinder i deras dagliga arbete. De upplevde också konflikt mellan privatliv och arbetsliv. De upplevde bristande arbetstillfredsställelse och ville arbeta i ett lugnare tempo med fler möjligheter till pauser.

Enligt tidigare studier är kuratorerna utsatta för kraftig psykisk belastning i sitt yrke (se exempelvis Dysting, 1996). De ska hjälpa både patienter och anhöriga med personliga problem och krissamtal vid svåra besked. Detta är troligen en anledning till att kuratorerna som befann sig i grupp 1 skiljde sig från de övriga grupperna genom att de upplevde brister i sin hälsa och i sitt välbefinnande. De

kände sig utarbetade, psykiskt och fysiskt utmattade och sällan utvilade. Deras arbete påverkade deras privatliv negativt, och de kände sig ofta för utmattade för att orka med familj och fritidsintresse.

Yrket och yrkesrollens betydelse för ett förlängt arbetsliv

Yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården tycks vara skiktade liksom ett hierarkiskt organisationsschema (se figur 12) (se även Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000; Bruzelius & Skärvad, 2000; Christensen m fl, 2005). Vad ett yrke medför och innebär konstrueras av en kollektiv förväntansbild utifrån utbildning, handlingar, förväntningar och hierarkiskplacering i organisationen. Denna förväntansbild skapas dels av dem som innehar yrket och dels av dem som möter individer i ett visst yrke, det vill säga yrkesrollen och yrkesidentiteten skapas dels genom positionsorientering och dels genom personorientering (se exempelvis Goffman, 1974; Pingel & Robertsson, 1998; Thunborg, 1999). Det finns i så gott som alla organisationer en hierarkisk auktoritets- och arbetsfördelning (se Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000). Hälso- och sjukvården består av en sammanslagning av den medicinskt behandlande hierarkin och en administrativ hierarki (se exempelvis Gardell m fl, 1979). Inom dessa hierarkier finns det i sin tur yrkesgrupper som utifrån sin yrkesstatus och vetenskapstillhörighet indelas i en hierarkisk ordning. Hälso- och sjukvården ses ofta som ett klassamhälle i miniatyr där individerna indelas i fack och förväntas ha vissa attityder och tillhöra en viss kultur utifrån var de befinner sig i hierarkin (se Lindgren, 1992). Detta skapar även olika drivkrafter för olika yrkesgrupper och professionen, bland annat utifrån vilket kunskapsmonopol, status och makt ett visst yrke har skaffat sig (se Thunborg, 1999).

Av dem som i denna studie angav att de både ville och kunde arbeta till 65 år eller längre, det vill säga i grupp 2, fanns det framför allt fler än förväntat av yrkesgrupperna läkare, psykolog och kurator. Dessa yrkesgrupper har traditionellt sett en högre status i sjukvårdshierarkin och är yrken där det behövs en längre utbildning. Dessa yrkesgrupper angav i högre utsträckning att deras yrkesskicklighet tillvaratogs av organisationen och att de upplevde sig stimulerade i sitt arbete och i sin yrkesroll. De som ingick i grupp 2 upplevde inte heller arbetet lika krävande, utan såg en morot i möjligheten att arbeta till 65 år eller längre för att därmed få en ekonomiskt bättre pension. Det visade sig också av analysen, att individer som hade ett motiverande och stimulerande arbete kunde och ville arbeta till 65 år eller längre trots en påfrestande arbetsmiljö, vilket visade sig vara fallet för exempelvis flera läkare och psykologer. Denna stimulans påverkar troligen i sin förlängning individens attityder och vilja till ett förlängt arbetsliv. De äldre medarbetare som i sin yrkesutövning blir uppmärksammas, är delaktiga, får möjlighet att utföra sin yrkesskicklighet och upplever att

organisationen tar tillvara och uppskattar deras erfarenheter som de samlat under ett långt arbetsliv, önskar i högre grad ett förlängt arbetsliv.

Studerar vi grupp 3 så var det framför allt fler läkarsekreterare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster än förväntat som trots en relativt bra arbetsmiljö upplevde brister i de faktorer som ger motivation och stimulans till arbetet. Bland dessa yrkesgrupper var det därför fler än förväntat som inte ville arbeta till 65 år eller längre även om de upplevde att de kunde detta. Dessa yrkesgrupper är så kallade semiprofessioner, alltså yrken som inte har något direkt kunskapsmonopol utan andra yrkesgrupper behärskar också deras område. De har därmed inte lika hög status i organisationen. Enligt tidigare forskning upplever arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkarsekreterare också att andra yrkesgrupper inte riktigt vet vad de gör och vad de kan bidra med, vilket är frustrerande och medför att de känner sig åsidosatta. Detta kan i sin tur orsaka minskad arbetstillfredsställelse, stimulans och upplevelse av att få göra en meningsfull insats.

Yrkesgrupper med en lägre status i sjukvårdshierarkin och med en mer fysiskt belastande yrke, tillhörde i högre grad än förväntat grupp 1. Det var alltså främst fler undersköterskor, skötare och sjuksköterskor än förväntat som varken kunde eller ville arbeta till 65 år eller längre, det vill säga de upplevde både stora brister i arbetsmiljön och i de faktorer som motiverar och stimulerar till arbete. Undersköterskor och skötare anses inte besitta något specifikt kunskapsmonopol inom organisationen och har ingen hög status i hälso- och sjukvårdshierarkin. De flesta andra yrkesgrupper anser att de skulle kunna sköta deras arbetsuppgifter även om de inte skulle vilja detta. Det torde därför vara viktigt att förändra denna inställning. Att höja upp dessa yrkesgruppers kunskapsmonopol inom hälso- och sjukvårdsorganisationen, nämligen omvårdnad där erfarenhets- och praxiskunskap spelar en viktig roll. Sjuksköterskorna har en högre status i organisationen än undersköterskor och skötare. Dock har sjuksköterskorna efter den senaste besparingsvågen under 1990-talet blivit fler på bekostnad av de andra yrkesgruppernas. Detta har i sin tur inneburit att de får ta på sig arbetsuppgifter som de tidigare inte behövde befatta sig med. Detta har medfört att en del sjuksköterskor uppfattar sig som degraderade och att yrket har förlorat status i organisationen.

Enligt Gustafsson (2004) intar hälso- och sjukvårdspersonal en särställning jämfört med andra yrkesgrupper genom att de i betydligt högre grad befinner sig i en arbetssituation med höga krav och låg kontroll över sitt arbete. Pohjonen (2001) beskriver att minskad arbetsförmåga med ökande ålder särskilt uppvisas hos individer som befinner sig i fysiskt krävande arbeten och som samtidigt befinner sig i en arbetssituation med låg kontroll över arbetet. Till detta kommer att vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som exempelvis undersköterskor har många fysiskt tunga arbetsuppgifter. Troligen är detta en anledning till att det framför allt finns fler undersköterskor än förväntat i grupp 1, det vill säga bland dem som anger att de varken kan eller vill arbeta till 65 år eller längre. Yrkeslivets påfrestningar har stor betydelse för den biologiska ålders-

processen hos individen. Det biologiska åldrandet i sig beror på ärftliga faktorer, sjukdom och livsstil (se exempelvis Nawrot m fl, 2002, 2004; Valdes m fl, 2005), men i tidigare studier kring äldre medarbetare har det konstaterats att ett påfrestande (arbets)liv påskyndar åldersförändringar (se exempelvis WHO, 2002; Kilbom & Torgén, 1996; Pohjonen, 2001). Möjligen är detta en anledning till att det finns fler än förväntat av de fysiskt och psykiskt tunga yrkena i grupp 1, det vill säga bland dem som angav att de varken kan eller vill arbeta till 65 år eller längre.

En anledning till att medarbetare stannar kvar på fysiskt tunga arbeten trots fysiska problem kan vara att de är korttidsutbildade och kan ha svårt för att få andra arbeten med mindre fysisk belastning (se exempelvis Aronsson m fl, 2000; Kilbom & Torgén, 1996). Människor kanske stannar kvar för att det inte finns så många alternativ, det vill säga man vet vad man har men inte vad man får och man är beroende av lönen. De individer som befinner sig i en dålig arbetsmiljö har enligt analysen en större benägenhet att varken kunna eller vilja arbeta till 65 år eller längre. Det tycks finnas flera äldre medarbetare i fysiskt och psykiskt tunga låglöneyrken som upplever sig piskade till att arbeta till 65 år på grund av sin ekonomiska situation. En del äldre medarbetarna i fysiskt och psykiskt ansträngande arbete tycks av bland annat ekonomiska skäl försöka bita ihop och arbeta på medan de ser fram emot ålderspensionen. Detta kan tyckas vara mindre bra förutsättningar för att skapa engagemang och motivation hos medarbetarna. Enligt analysen tycktes upplevelsen bland flera av dessa medarbetare vilka i högre grad än förväntat befann sig i grupp 1, vara att (maskin)organisationen såg på dem som mindre betydelsefulla och lätt utbytbara. Organisationsmaskineriet hålls igång medan redskapen, det vill säga medarbetarnas kroppar, byts ut (se exempelvis Morgan, 1999). Det framkom dessutom av analysen att individer i de yrkesgrupper vilka är längst ner i organisationen är mest oroad för att organisationen har förändrats eller att den ska förändras i framtiden. De upplevde inte heller att de ifrån sin position i hierarkin hade något större inflytande över förändringarna. Detta sågs som en anledning till att lämna arbetslivet för 65 år.

Att de olika yrkesgruppernas önskan om ett förlängt arbetsliv i stort sett följer hälso- och sjukvårdens organisationshierarki, kan troligen även påverkas av vilket vetenskapsparadigm som är dominerande. Inom hälso- och sjukvården dominerar och sätts det medicinska synsättet hierarkiskt högre än omvårdnaden. Därmed har läkarnas medicinska perspektiv högre status än sjuksköterskornas, undersköterskornas och skötarnas starkare omvårdnads och patientfokuserade perspektiv på vården. Detta har inte lika hög status och värdesätts inte i lika hög grad, även om detta håller på att förändras (se Thunborg, 1999). Även läkarsekreterarnas administrativa roll och de paramedicinska yrkesgrupperna kognitiva och fysiologiska vetenskapstillhörighet ligger lite vid sidan av det medicinska vetenskapsparadigmet. De riskerar därför att uppleva sig åsidosatta av

hälso- och sjukvårdens stora yrkesgrupper. Detta åsidosättande kan i sin tur bidra till att de inte vill arbeta till 65 år eller längre trots att de kan.

Enligt Bourdieu (1986) finns det vissa inlärdade beteenden som medverkar till olika val i livet som exempelvis valet av yrke, det vill säga den sociala situation man föds och växer upp i påverkar valen man gör i livet. Dessa inlärdade beteenden kan troligen även medverka till valen och tankarna inför pensionen. När man ska och förväntas utträda ur arbetslivet till ålderspension, kan därför påverkas av den föreställning man har av den egna yrkesrollen och av hur den närmaste omgivningen ser på utträdet ur arbetslivet. Föreställningen om att yrkesgrupper med en lägre hierarkisk ställning i organisationen går tidigare i pension kan därmed bli en självuppfyllande profetia om flera inom yrkesgruppen anammar denna föreställning utifrån yrkets status i stället för om man klarar av att arbeta till 65 år eller längre.

Organisationsstrukturens betydelse för ett förlängt arbetsliv

Christensen med flera (2005) beskriver att det kan vara extra påfrestande att arbeta i en offentlig organisation som exempelvis hälso- och sjukvårdsorganisationen genom att organisationen riskerar att förändra sin policy i samband med nyval vart fjärde år. De som arbetar i en offentlig organisation riskerar samtidigt att vara särskilt utsatta för kritik genom att brukarna bland annat är med och finansierar verksamheten med sina skatter. Hälso- och sjukvårdsorganisationen är som de flesta organisationer hierarkisk. Att det finns en bestämd besluts- och ansvarsordning är viktig för att garantera patienternas säkerhet, trygghet och likabehandling. Studerar man hälso- och sjukvården utifrån Mintzbergs organigram så kan den dels liknas vid en professionell byråkrati och dels som en maskinbyråkrati (se exempelvis Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000; Bruzelius & Skärvad, 2000; Franssén, 1997). Detta beroende på vilken yrkesgrupp man studerar. De olika yrkesgrupperna befinner sig ur ett organisationsperspektiv på olika hierarkiska nivåer (se figur 12). De olika yrkena inom hälso- och sjukvården tillskrivs även olika hög grad av professionalisering. Det översta skiktet i sjukvårdshierarkin tycks befinna sig i en professionell byråkrati, det vill säga den omfattar de anställda som är engagerade i primärverksamheten. Koordineringen sker genom specificering av vilka kunskaper och kompetens som behövs för att utföra arbetet. Motivation till arbete har ett samband med att uppleva sig ”sedd” i organisationen. Makt och egenmakt i arbetet gick också främst att skönja bland dem som i de olika yrkesgrupperna ingick i grupp 2, det vill säga bland dem som i flera fall hade yrke som kan sägas ingå i en professionell byråkrati. Det nedersta skiktet av sjukvårdshierarkin tycks befinna sig i en organisation som mer kan liknas vid en maskinbyråkrati. Koordineringen sker på ett formaliserat sätt med regler, rutiner, kommandon och instruktioner som utgår som ett flöde från professionerna högre upp i hierarkin nedåt till den operativa

kärnan. Dessa ska sedan lämna återrapportering av resultatet efter avslutat arbete. Morgan (1999) beskriver att i en maskinbyråkrati stannar inte produktionen utan nästa skift tar vid och fortsätter dygnet runt året runt, vilket stämmer väl med hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det som särskilt utmärker en maskinbyråkrati är att arbetarna är utbytbara och kontrolleras av dem som befinner sig högre upp i hierarkin. Inom en taylorismisk maskinorganisation finns det inte mycket makt och egenmakt i hierarkins understa skikt, det vill säga där undersköterskor och skötare befinner sig vilket var yrke som främst var representerade i grupp 1.

Individer som befinner sig längre ner i hierarkier har enligt tidigare studier generellt sett svårt att göra sin röst hörd och förändra sin situation. De som befinner sig högre upp i hierarkin har närmare till beslutsfattarna, är mer delaktiga i beslut och har lättare att göra sin röst hörd (se exempelvis Abrahamsson & Aarum Andersen, 2000; Bruzelius & Skärvad, 2000; Morgan, 1999). Individer som av olika anledningar är missnöjda med sin situation kan försöka ta kontroll över situationen genom "voice" eller "exit", för att använda Hirschmans terminologi (se Hirschman, 1970). "Voice" är troligen den strategi som i första hand används eftersom de flesta individer är beroende av sitt arbete och den ekonomiska tillgång som detta medför. "Exit" däremot förutsätter att man har möjlighet att finna andra försörjningsmöjligheter. När man inte har några andra alternativa försörjningsmöjligheter riskerar individen att drabbas av inlåsning (se exempelvis Aronsson m fl, 2000). Hirschman (1970) beskriver även lojalitet med organisationen som viktig. Särskilt organisationer med lägre status i samhället behöver mer lojalitet från sina medarbetare för att de inte ska lämna organisationen för bättre alternativ. Sett till yrke behöver därmed yrkesgrupper med lägre status och lägre inflytande i organisationen uppleva mer lojalitet med organisationen för att stanna kvar i yrkeslivet om det finns (ekonomisk) möjlighet till "exit". Å andra sidan kan lojaliteten även bero på gammal vana och på att man vet vad man har men inte på vad man får. Brist på ekonomiska resurser och alternativa arbetsplatser är också faktorer som kan orsaka att människor blir kvar i en dålig arbetssituation och upplever sig inlåsta (se Aronsson m fl, 2000; Aronsson & Lindh, 2004). De medarbetare som försätts i en sådan situation kan medvetet eller omedvetet genom transformering av missnöjet råka ut för arbetsolyckor och sjukdomar orsakade av arbetet. Detta medför därmed att de måste lämna sin arbetssituation (se Tillbakadragande teorin, Höög, 1985; Utstötningssmodellen, Marklund, 1995; Höög & Stattin, 1995; Stattin, 1998). Denna risk torde därmed vara högre för de yrkesgrupper som är högt representerade i grupp 1. I den statistiska analysen framkom också mycket riktigt att de individer som befann sig i grupp 1 även hade en högre grad av upplevd och diagnostiserad ohälsa som de i flera fall angav var orsakad av deras arbete. Detta är något som eventuellt även går att skönja i sjukfrånvarostatistiken där yrkesgrupper i hälso- och sjukvårdens hierarkiska bas är mycket högt representerade (se RFV, 2003:5). När medarbetare kommer upp i åren finns dock en annan utväg nämligen ålders-

pensionen. En individ som befinner sig i en arbetssituation som den inte upplever som tillfredsställande, har därför troligen en större benägenhet att välja "exit" för att ta kontroll över sin livssituation.

För att återgå till hälso- och sjukvårdens hierarkiska organisationer är det enligt det som framkommer i denna studie en större risk att individer som befinner sig i ett yrke med hierarkiskt lägre position och som därmed inte har lika lätt att göra sin röst hörd ("voice") i organisationen, istället kommer att välja "exit" och lämna arbetslivet vid en tidigare ålder. Den individ som befinner sig i ett yrke som i organisationen har en högre hierarkisk position har lättare att göra sin röst hörd ("voice"), och har därmed lättare att få sina krav och sin önskan om kontroll tillgodosedd. Dessa individer behöver därför inte i lika hög omfattning använda sig av "exit" för att ta kontroll över sin livssituation. Alla yrkeskategorier i den här studien är representerade i alla tre grupper som utkristalliserades ur studiens analys. De som ingår i grupp 2 tycks, enligt det som skiljer ut dem från grupp 1 och 3, ha fått sin röst ("voice") hörd i organisationen på ett tillfredsställande sätt oavsett yrkestillhörighet. De både vill och kan därför arbeta kvar till 65 år eller längre. De som befinner sig i grupp 3 tycks försöka göra sin röst hörd genom att bland annat i enkätsvaren visa sitt missnöje. Lyckas detta inte kommer de troligen att välja "exit" och lämna arbetslivet i förtid på grund av att de inte blir hörda ("voice") och sedda i organisationen. Grupp 1 tycks vara uppgivna och ser främst "exit" som en möjlighet att ta kontroll över sin livssituation, eftersom de upplever att de befinner sig i en sämre arbetsmiljö och de inte får motivation till arbetet genom att bli hörda ("voice") och sedda i organisationen. Om vi studera vilka yrkesgrupper som enligt detta resonemang skulle ha större benägenhet att välja "voice" vid ett eventuellt missnöje så tycks detta framför allt gälla dem som var överrepresenterade i grupp 2. Dessa yrkesgrupper var läkare, psykologer och kuratorer, det vill säga yrkesgrupper med en hög status och nära till beslutsfattarna. De som enligt detta resonemang företrädesvis skulle välja "exit" torde vara dem som hade en stor representation i grupp 1, det vill säga undersköterskor, skötare och sjuksköterskor. Undersköterskor och skötare är troligen de yrkesgrupper som arbetar längs ifrån beslutsfattare, men sjuksköterskor torde befinna sig ett steg närmare beslutsfattarna och det är något förvånande att de har en stor representation i grupp 1. De medarbetare som ingår i grupp 3 tillhör i många fall de yrkesgrupper som har en sidoposition i den medicinska beslutsordningens hierarki, det vill säga läkarsekreterare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Enligt det tidigare resonemanget torde dessa yrkesgrupper först försöka att göra sin röst hörd ("voice"). Hjälper inte detta återstår "exit" till ålderspension som ett alternativ för att ta kontroll över sin livssituation.

Etzioni (1966) beskrev att styrningen av organisationer för att uppnå organisationens mål dels kan ske genom formell styrning och/eller genom att skapa engagemang från organisationsmedlemmarna/personalen. Av denna studiens resultat framgår att det främst är engagemang som uppstår genom motivationsfaktorerna

i arbetet som får de äldre medarbetarna i de olika yrkesgrupperna att vilja och kunna arbeta till 65 år. Formella styrsystemet, som exempelvis att de får ökad pensionsersättning om de arbetar kvar till en högre ålder, tycks inte vara lika effektivt för dem som upplever att arbetet och dess organisering inte ger tillräcklig motivation och engagemang. Pingel och Robertsson (1998) beskriver att yrkesgrupper med lägre status i hierarkin lätt blir osynliggjorda i organisationen genom att deras kunskap även anses besittas av yrkesgrupper högre upp i hierarkin. Vad upplever personerna i de yrkesgrupper som enligt ovanstående beskrivning finns nederst på maktens och kunskapens hierarkier? Upplever de att deras praxis- och erfarenhetskunskaper insamlade under ett långt arbetsliv efterfrågas i lika stor omfattning som de äldre medarbetarnas kunskaper i hierarkins översta skikt? Eller upplever de att organisationen ser dem som utslitna kuggar i maskineriet, vilka organisationen önskar byta ut för att arbetet ska flyta smidigare? Dock är det viktigt att komma ihåg att det finns individer från alla yrkesgrupper i de tre olika grupperna. Hetting med flera (2005) beskriver att det är viktigt att ta tillvara alla yrkeskategoriers kunskaper exempelvis om patienter i vårdarbetet. Detta har även visat sig värdefullt som en hälsofrämjande personalinsats. Genom att all personal upplever att deras kunskap bedöms som värdefull av andra och de känner sig sedda och respekterade ökar individernas självkänsla, stolthet och motivation, vilket minskar upplevelsen av stress och ohälsa. Att personalens kunskaper tas tillvara oavsett placering i organisationshierarkin torde även öka personalens engagemang och motivation till arbetet, vilket även i sin förlängning torde öka möjligheten för att fler skulle ingå i grupp 2 och därmed i högre grad vilja och kunna arbeta till 65 år.

Summering

Denna studie tyder på att individers önskan om ett förlängt arbetsliv till viss del beror på vilken status individer har eller tillskrivs i organisationen. De som främst angav att de kunde och ville arbeta till 65 år eller längre tillhörde yrkesgrupper med en hierarkiskt högre position i organisationen. Dessa äldre medarbetare upplevde sig sedda och betydelsefulla, men de upplevde även en bättre hälsa. De yrkesgrupper som hade en högre representation än förväntat bland dem som angav att de kunde men inte ville arbeta till 65 år eller längre kan sägas ha en mellanposition lite vid sidan av den linjära medicinsktvetenskapliga hierarkin i organisationen. Dessa äldre medarbetare angav att de upplevde en relativt god arbetsmiljö och hälsa, men de tycktes uppleva sig åsidosatta. De tycktes inte heller uppleva att deras yrkeskompetens var lika allmänt känd inom och utanför organisationen samt att deras profession inte var lika etablerad. De ville därför inte i lika hög grad arbeta till 65 år även om de kunde det. Ser vi vidare på dem som angav att de inte kunde och inte ville arbeta till 65 år eller längre så finns det här en hel del att göra om organisationen önskar att de både ska kunna och vilja

ha ett förlängt arbetsliv. Dessa äldre medarbetare tycktes uppleva sig som lätt utbytbara för organisationen och att de inte betydde så mycket i och för organisationen. Problem som de upplevde och tidigare hade upplevt i sin fysiska och psykiska arbetsmiljö, tycktes ha satt sig i deras kroppar och de var inte hågade till ett förlängt arbetsliv.

Man kan fråga sig om det är rimligt att det finns en generell ålderspensionsålder som utgår från den kronologiska åldern oavsett yrkesgruppsstillhörighet. De yrkesgrupper som befinner sig i en högre hierarkisk position i organisationen har även en längre utbildningstid bakom sig. De med en kortare utbildningstid startade alltså sitt yrkesliv vid en tidigare ålder än dem med en längre utbildningstid. Generellt kan sägas att de med en längre utbildningstid därmed deltar en kortare tid i arbetslivet än de yrkesgrupperna med en kortare utbildningstid. I princip kan det nästan skilja åtta år mellan när en undersköterska eller skötare gjorde sitt inträde i arbetslivet i förhållande till en läkare. Trots detta så är ålderspensionsregelverket lika för alla yrkesgrupper, det vill säga trots att inträdet i arbetslivet kan skilja på flera år så ska utträdet vara det samma för alla yrkesgrupper. De yrkesgrupper som har det fysiskt mest krävande arbetet och som därmed har en tendens till att skynda på sitt funktionella åldrande befinner sig även oftast längre ned i sjukvårdshierarkin och har troligen även en lägre lön. Genom denna lägre inkomst kommer de därmed även att erhålla en lägre ålderspensionsersättning då de går i pension. På grund av att dessa personer ofta har drabbats av besvär till följd av att deras åldrande påskyndas av arbetet kan de i flera fall inte arbeta till 65 år eller längre i samma utsträckning som dem i en organisatoriskt högre ställning, det vill säga yrkesgrupper vilka ofta har ett mindre fysiskt krävande arbete, med mera inflytande och med större benägenhet att kunna använda sin position för att få ett anpassat arbete. Enligt det nu rådande pensionssystemet så kan alla ta ut sin ålderspension från 61 till 67 år. Ekonomiskt blir dock pensionen lägre om man går i tidig ålderspension. Den ålderspensionsersättning som korttidsutbildade skrapar ihop i ett kvinnoyrke inom hälso- och sjukvården blir troligen inte lika stor som för dem med en längre utbildningstid. Det vill säga, troligen erhåller inte en undersköterska eller skötare en lika hög pensionsersättning som en läkare trots att de kanske deltagit fler år i arbetslivet. Till detta kommer att en del även har varit hemma på hel- eller deltid då barnen var små vilket även ger spår i pensionen. Paradoxen i detta är alltså att genom att de med en hierarkiskt lägre position varken kan eller vill arbeta kvar till 65 år eller längre så kommer de att få en ännu lägre pensionsersättning per månad på grund av att de varken kan eller vill stanna kvar i arbetslivet och inhämta/invänta den morot som pensionssystemet har satt ut. Individer med en lägre hierarkisk ställning tyckt trots detta i högre grad försöka kasta av sig piskan och välja en tidig ålderspension trots att de får en sämre ekonomi. Det är alltså främst de som genom sin högre position i hierarkin redan har en högre lön som kommer att både kunna och vilja arbeta kvar till 65 år och därmed hämta hem pensionssystems-

moroten: bättre ekonomi. Det är därför viktigt att ge alla yrkesgrupper i hierarkin samma möjlighet till en bra arbetsituation, till att kunna påverka sin arbetsituation samt uppskattas och uppmärksammas för sin kunskap för att de ska kunna och vilja arbeta till 65 år eller längre.

Äldre medarbetares upplevelser av arbetslivet och att olika yrkesgrupper i hierarkin tycks ha olika preferenser till ett förlängt arbetsliv tycks alltså påverkas av yrkesgruppens status i och utanför organisationen, av de enskilda individernas och yrkesgruppens generella arbetsmiljö, ekonomiska möjligheter, delaktighet och erkännande i organisationen samt vilket engagemang och lojalitet som organisationen frambringar bland personalen.

Framtida forskning

Denna studie har fokuserat på skillnader inom och emellan olika yrkesgruppers attityder till ett förlängt arbetsliv. Dock har inte de eventuella skillnader som finns mellan olika kvinnor och mäns attityder till förlängt arbetsliv alternativt en tidig pension beaktats. Det hade därför varit på sin plats att i en kommande studie försöka utröna om det finns skillnader mellan könen i denna fråga och vad som i så fall kan ligga bakom dessa skillnader.

De personer som besvarat det enkätmaterial som ligger till grund för denna rapport är alla 55 år och äldre och har en anställning inom Region Skåne. Det är därmed främst deras attityder till att bli kvar i arbetslivet som alternativ till att lämna arbetslivet tidigt som har studerats. Men vilka attityder till arbetslivet har de som redan lämnat yrkeslivet? Hur ser ett arbetsliv ut som resulterar i att individen lämnat arbetslivet tidigt, i för hållande till hur ett arbetsliv ser ut som resulterat i att individen arbetat till 65 år eller längre? Detta är också något som torde vara mycket relevant att studera för att finna strategier för ett hållbarare arbetsliv.

Sammanfattning

Nilsson K (2006) *Äldre medarbetares attityder till ett långt arbetsliv. Skillnader mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården*. *Arbetsliv i omvandling* 2006:10

Det finns individer från alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som vill och kan arbeta till 65 år eller längre. Det finns även individer från alla yrkesgrupper som inte vill och/eller inte kan arbeta till 65 år. Denna studie försöker därför lyfta fram de främjande respektive de hindrande faktorer som skiljer dem inom olika yrkesgrupperna vilka önskar och har möjligheter till ett förlängt arbetsliv från dem som inte kan och inte vill delta i arbetslivet till en högre ålder. Studien bygger på enkätsvar från 1 949 medarbetare i nio olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis kan sägas att yrket har en stor betydelse för ett förlängt arbetsliv. Yrkesgruppens hierarkiska placering i organisationen tycks även ha en viss betydelse för ett förlängt arbetsliv. Dels ser den fysiska och psykiska belastningen olika ut för olika yrkesgrupper, dels medför yrkestillhörigheten olika status i organisationen. Dessa båda faktorer tycks dock i mångt och mycket sammanfalla, det vill säga de äldre medarbetare som befinner sig högre upp i hierarkin har en högre status i organisationen och samtidigt tycks arbetsmiljön högre upp i hierarkin inte heller vara lika påfrestande och slitande för individen. Detta tycks vara en anledning till att äldre medarbetare högre upp i organisationshierarkin anger en högre preferens för ett förlängt arbetsliv.

Nyckelord: Förlängt arbetsliv, ålderspension, äldre medarbetare, motivation, arbetsmiljö, arbetsliv, hierarki, human serviceorganisation, hälso- och sjukvården.

Summary

Nilsson K (2006) *Elderly employees attitudes concerning a long/extended working life. Differences among various health and medical care service professionals*. Work Life in Transition 2006:10

In the health and medicine care service there are employees from different kind of occupations who can and want to work until they are 65 years or older. There are also employees from different occupations who can not or do not want to work until they are 65 years old. This study includes answers from 1,949 employees in nine different occupations in health and medical care service. The aim of the study is to investigate if there are any distinctions between the employees in the different occupations in relation to work until 65 years of age. To sum up the result, there are differences between the occupations. These differences seem to depend on where the employees and the professions are placed in the organisations hierarchy. Probably prompted because different professions put the employees in to different physical and mental stress, and also because different professions have different status in the organisation. This seems to contribute that elderly employees in the higher part of the organisation hierarchy more than others prefer to work until 65 years or older.

Keywords: Longer working life, elderly employees, old-age pension, motivation, working condition, working life, hierarchy, humane service organisation, health and medical care service organisation.

Referenser

- Abrahamsson B & Aarum Andersen J (2000) *Organisation – att beskriva och förstå organisationer*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Ahlén M, Jonsson K & Juhl B (2000) *Undersköterskans yrkeskulturella förändring. Stiftelsen*. Trygghetsfonden för kommuner och landsting 10/2000. Karlstad: Utvecklingsenheten.
- Allvin M, Jacobson A & Isaksson K (2003) *Att avgränsa det gränslösa sjuksköterskearbetet. En intervjustudie om sjuksköterskors villkor och valmöjligheter i bemaningsbranschen*. Arbetsliv i omvandling 2003:12. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Andersson-Felé L (2002) *När gamla vårdar ännu äldre*. Göteborg: Förvaltningshögskolan.
- Aronsson G & Lindh T (2004) *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie*. Arbete och Hälsa 2004:10. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson G, Dallner M & Gustafsson K (2000) *Yrkes- och arbetsplatsinläsning. En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser*. Arbete och Hälsa 2000:5. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Astvik W (2003) *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Arbete och hälsa 2003:8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- AV & SCB (2005) *Tunga lyft och annat kroppsligt tungt arbete. Arbetsmiljöförhållande, besvär, sjukfrånvaro och sjukvårvaro*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2005:1 Stockholm, Solna: Arbetsmiljöverket & Statistiska centralbyrån.
- Bengtsson E & Nilsson K (2004) *Äldre medarbetare – En kvalitativ studie om medarbetares villkor i arbetslivet inom hälso- och sjukvården*. Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Bengtsson B & Sollenberg M (2005) *Organisatoriska eller sociala faktorer i vården*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Björkman M & Carlsson I (2004) *Arbetsterapeuten i en human serviceorganisation, individ- och organisationsfaktorer påverkan på känsla av sammanhang och mening i arbetet*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Bourdieu P (1986) *Kultursociologiska texter. I urval av Donald Broady och Mikael Palme*. Stockholm: Salamander.
- Bruzelius L H & Skärvad P-H (2000) *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur.
- Christensen T, Laegreid P, Roness P G & Róvik K A (2005) *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Cocke B (1993) "Arbetsvillkor för yrkesgrupper inom Seriges Psykologförbund. Forskningsprojektet Akademiker under 90-talet. En studie av SACO-medlemmarnas arbetsvillkor" Undersökningsrapport 1993:28, Solna: Arbetsmiljöinstitutet.

- Dysting M (1996) "Kurator på akutklinik" *Socialmedicinsk tidskrift*, årgång 73, nr 1, s 33–39.
- Eklund M & Rahm Hallberg I (2000) "Factors Influencing Job Satisfaction Among Swedish Occupational Therapists in Psychiatric Care" *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol 14, s 162–171.
- Etzioni A (1966) *Moderna organisationer*. Stockholm: Bokförlaget Albus/Bonniers.
- Esping A (1989) *Socioekonomiska och intressebaserade faktorerens betydelse vid yrkesvalet till sjukgymnast*. Projektarbete vid kurs i företagshälsovård för sjukgymnaster. Stockholm: Arbetslivsinstitutet och Karolinska institutet.
- Fochsen G, Sjögren K, Josephson M & Lagerström M (2005) "Factors contributing to the decision to leave nursing care: A study among Swedish nursing personnel" *Journal of Nursing Management*, vol 13, s 338–344.
- Franssén A (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv förlag.
- Gardell B, Gustafsson R, Brandt C, Tillström I & Torbiörn I (1979) *Sjukvård på löpande band – Rapport från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation*. Stockholm: Prismas bokförlag.
- Grahn M-L (2003) *Hur ska vi orka till 65? – En kvalitativ studie om äldre medarbetares villkor i arbetslivet på Landskrona Lasarett*. Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Goffman E (1974) *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Gustafsson R Å (2004) "Välfärdstjänsternas ofärd" s 257–280 i Gustafsson R Å & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Libers idéförlag.
- Hallsten L & Solem P E (1996) "Ålder och arbetsprestation" s 173–184 i Aronsson G & Kilbom Å (red) *Arbete efter 45*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Hane M & Wennberg B-Å (2002) *Samtal med arbetsterapeuter om arbetsmiljöns brister, risker och glädjeämnen*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Hellberg I (1991) *Professionalisering och modernisering*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Herzberg F, Mausner B & Bloch Snyderman B (1959) *The Motivation to Work*. New York: Wiley & Sons, Inc.
- Herzberg F (1966) *Work and the Nature of Man*. New York: The World Publishing Company.
- Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2003) "Personnel reductions and changes in health care Work-life experiences of medical secretaries" *Journal of Psychosomatic Research*, vol 54, s 161–170.
- Hertting A, Pettersson I-L & Nilsson K (2005) "Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation" s 199–226 i Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

- Hirschman A O (1970) *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Huuhtanen P m fl (1997) ”Changes in stress symptoms and their relationship to changes at work in 1981–1992 among elderly workers in municipal occupations” *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol 23, suppl 1, s 36–48.
- Höög J (1985) *Arbetsstillfredsställelse och frånvaro*. Umeå universitet: Sociologiska institutionen.
- Höög J & Stattin M (1995) ”Förtidspensioneringens utveckling och bakgrund” i Marklund S (red) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Ilmarinen J (1999) *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health Ministry of Social Affairs and Health Ministry of Labour.
- Ilmarinen J (2003) ”Promotion of Work Ability during Aging” i Kumashiro M (red) *Aging and Work*. London: Taylor & Francis.
- Ilmarinen J & Louhevaara V (1999) *FinnAge – Respect for the aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990–96*. Helsinki: Finnish institute of Occupational Health.
- Isberg B (2002) ”Sjukskrivningsprofil hos sjuksköterskor på Sahlgrenskasjukhuset år 2002” Projektarbete vid Arbetlivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003. Stockholm, Arbetlivsinstitutet.
- Johansson A-K & Olofsson G (1996) *Sjukgymnasternas syn på sin psykosociala arbets-situation och yrkets framtid, samt sjukgymnasters inställning till utbildning och forskning*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Johansson M & Östergaard S (1998) *Besvär från rörelseorganen hos läkarsekreterare*. Borås: Älvsborgshälsan.
- Karasek R & Theorell T (1990) *Healthy work – stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books.
- Karlqvist L, Leijon O & Härenstam A (2003) ”Physical demands in working life and individual physical capacity” *European Journal of Applied Physiology*, vol 89, s 536–547.
- Kilbom Å & Torgén M (1996) ”Fysisk förmåga och hälsa bland äldre i yrkeslivet” s 103–132 i Aronsson G & Kilbom Å (red) *Arbete efter 45*. Solna: Arbetlivsinstitutet.
- Lawoko S, Soares J J F & Nolan P (2004) ”Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden” *Work & Stress*, January-March, vol 18, nr 1, s 39–55.
- Lindgren G (1992) *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Lindgren G (1999) *Klass, kön och kirurgi: Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lipsky M (1980) *Street level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

- Lloyd C & King R (2001) "Work-related stress and occupational therapy" *Occupational Therapy International*, vol 8(4), s 227–243.
- Malmström Å (2005) *Psykolog på vårdcentral – yrkesroll, identitet och profession i jurisdiktionens gränsområde*. Psykologexamensuppsats Vol VII 15, Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Marklund S (red) (1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Melin B & Wigaeus Tornqvist E (2004) "Kan psykosocial arbetsmiljö ge smärta och värk i nacke och skuldra?" s 125–150 I Gustafsson R Å & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm:, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Libers idé-förlag.
- Michélsen H, Löfvander I, Eliasson G & Schulman A (1999) *Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten.
- Morgan G (1999) *Organisationsmetaforer*. Lund: Studentlitteratur.
- Nawrot T S, Staessen J A, Gardner J P & Abraham A (2004) "Telomere length and possible link to X chromosome" *The Lancet*, volume 363, februari 14.
- Nilsson K (2003) *Arbetsstillfredsställelse hos äldre läkare och sjuksköterskor*. Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson K (2005a) *Pension eller arbetsliv? Medarbetare 55 år och äldre inom hälso- och sjukvården*. Malmö: Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson K (2005b) *Vem kan och vill arbeta till 65 år eller längre? En studie av anställda inom hälso- och sjukvården*. Arbete och Hälsa 2005:14, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nylén L & Torgén M (2002) "Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkes-arbeta?" Arbetslivsrapport 2002:2, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nygård C-H m fl (1997) "Perceived work changes between 1981 and 1992 among aging workers in Finland" *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol 23, suppl 1, s 12–19.
- Olsson S (1999) *Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Skriftserie 1999:1, Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Orth-Gomér K & Perski A (red) (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik. En metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Pingel B & Robertsson H (1998) *Yrkesidentitet i sjukvård – position, person, kön*. Arbete och Hälsa 1998:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Pohjonen T (2001) "Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups" *Occupational Medicine*, vol 51, nr 3, s 209–217.
- Renstig M & Sandmark H (2005) *Kvinnors sjukskrivningar. Intervjuer med 25 långtids-sjukskrivna kvinnor i Mellansverige*. Stockholm: Karolinska institutet. Institutet för folkhälsovetenskap, Avdelningen för yrkesmedicin.

- RFV (2003) *Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken? – sjukpenningkostnaderna fördelade efter yrke*. RFV redovisar 2003:5, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2004a) *Sjukdomar som orsakat pensionering* Statistikinformation 2004:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2004b) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2002 och 2003*. RFV redovisar 2004:7, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rolf B (1991) *Profession tradition och tyst kunskap*. Övre Dalkarlshyttan: Nya Doxa AB.
- Salinsky J & Sackin P (2004) *Hur känns det doktorn*. Lund: Studentlitteratur.
- Seitsamo J & Klockars M (1997) "Aging and changes in health" *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol 23, suppl 1, s 27–35.
- Soares J J F, Lawoko S & Nolan P (2000) "The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel" *Work & Stress*, vol 14, nr 2, s 105–120.
- Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- Stattin M (1998) *Yrke, yrkesförändring och utslagning från arbetsmarknaden – En studie av relationen mellan förtidspension och arbetsmarknadeförändring*. Umeå: Umeå universitet, Sociologiska institutionen.
- Sundberg K (2002) *Analys av arbetsbelastning hos sjukgymnaster vid behandlingsarbete med Skanlab*. Boden: Bodens Sjukgymnastik och Idrottsrehab.
- Sundgren Grinups B, Holmer J & Lundberg B (1996) *Barcelona/Karlstadprojektet. En dokumentation av ansatser och resultat*. Karlstad: Högskoletryckeriet.
- Takashi M m fl (2003) "Health Status and Lifestyles of Elderly Japanese Workers" i Kumashiro M (red) *Aging and Work*. London: Taylor & Francis.
- Thelander E (2003) *Delaktighet och dialog – på väg mot hållbara arbetsplatser*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dellender J & Arnetz B (1999) "Feelings of Professional Fulfilment and Exhaustion in Mental Health Personnel: The Importance of Organisational and Individual Factors" *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol 68, s 157–164.
- Thunborg C (1999) *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Lindköpings universitet: Filosofiska fakulteten.
- Thulin M-B (2000) *Läkarsekreterare ser på sin framtid – Ett samarbetsprojekt vid Universitetssjukhuset MAS*. Stockholm: Stiftelsen Trygghetsfonden för kommuner och landsting.
- Tuomi K m fl (2001) "Promotion of work ability, the quality of work and retirement" *Occupational Medicine*, vol 51, nr 5, s 318–324.
- Warr P (1994) "Age and Employment" i Triandis H C m fl (red) *Handbook of Industrial and Organizational Psykology*. Vol 4, California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Wikman A & Marklund S (2003) ”Tolkningar av arbetssjuklighetens utveckling i Sverige” s 21–56 i von Otter C (red) *Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete*. Arbetsliv i omvandling 2003:8, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

WHO (2002) *Active Ageing A Policy Framework*. Spain: World Health Organisation.

BILAGA 1

Tabell 1. Urval och bortfall i faktiskt antal och i procent av den totala gruppen som fick en hemsänd enkät.

	Totalt utsända enkäter	Inkomna enkäter	Bortfall							
			Totalt bortfall	Ej insända enkäter	Övriga bortfall Inget medgivande	Ej målgrupp	Flyttat	Sjuk	Vägrat	Försent inkommen
Läkare	600 (20%)	354 (18%)	246 (25%)	227 (26%)	10 (22%)	4 (10%)	2 (40%)		3 (10%)	
Undersköterskor/ skötare	600 (20%)	391 (20%)	209 (21%)	177 (20%)	12 (27%)	5 (13%)	1 (20%)	2 (40%)	11 (37%)	1 (100%)
Läkarsekreterare	600 (20%)	385 (20%)	215 (22%)	195 (23%)	7 (16%)	7 (18%)	1 (20%)		5 (17%)	
Paramedicin	541 (18%)	398 (20%)	143 (14%)	113 (13%)	7 (16%)	14 (36%)	1 (20%)	1 (20%)	7 (23%)	
Sjuksköterskor	601 (20%)	421 (22%)	180 (18%)	156 (18%)	9 (20%)	9 (23%)		2 (40%)	4 (13%)	
Samtliga	2942	1949	993	868	45	39	5	5	30	1

Tabell 2. Åldersfördelningen bland yrkesgrupper och kön i urvalet.

Yrkesgrupp	Kvinna						Man							
	Antal	Missing	Min.	Max.	Median	Medelålder	Standardavvikelse	Antal	Missing	Min.	Max.	Median	Medelålder	Standardavvikelse
Läkare	128	1	55	68	59	59	3,1	210	10	55	74	59	60	3,5
Sjuksköterska	351	9	55	69	59	59	2,8	25	2	55	64	59	58	2,5
Sjukgymnast	116	1	55	66	59	59	2,9	5	2	56	63	61	60	2,9
Arbetsterapeut	50	3	55	65	58	58	2,6	-	-	-	-	-	-	-
Psykolog	72	1	55	66	59	59	3,0	17	1	55	65	59	59	2,6
Kurator	119	2	55	67	58	59	2,9	5	-	55	62	56	58	3,2
Undersköterska	276	4	55	65	59	59	2,9	7	2	55	64	58	58	3,1
Skötare	58	-	55	65	60	59	2,7	31	3	55	64	59	60	2,7
Läkarsekreterare	360	10	55	67	58	59	2,9	1	-	55	-	55	55	-
Annat yrke	41	-	55	65	59	59	2,6	3	2	55	63	61	60	4,2
Totalt i gruppen	1571	31	55	69	59	59	2,9	304	32	55	74	59	59	3,3

Tabell 3. Grupp 1; Procentuell fördelningen mellan olika åldrar för yrkesgrupperna.

Ålder	Läkare	Sjuk-sköterska	Sjuk-gymnast	Arbets-terapeut	Psykolog	Kurator	Under-sköterska	Skötare	Läkar-sekreterare
55	13	16	17	15	5	17	13	12	11
56	15	17	10	12	5	11	12	10	23
57	16	14	17	15	9	14	13	10	17
58	20	12	7	19	18	22	13	10	13
59	14	7	14	12	9	8	11	16	11
60	8	10	7	4	18	6	11	14	12
61	13	11	12	12	23	8	10	14	6
62	0	7	14	0	14	6	9	6	4
63	3	5	2	0	0	8	5	6	1
64	0	2	0	0	0	0	3	2	2
65	0	0	0	9	0	0	0	0	0
66	0	0	0	-	-	0	-	-	-
67	0	0	-	-	-	0	-	-	0
68	0	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	0	-	-	-	-	-	-	-
72	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt antal i gruppen (% av yrkesgruppen)	80 st. (24 %)	201 st. (54 %)	42 st. (35 %)	26 st. (52 %)	22 st. (26 %)	36 st. (29 %)	167 st. (59 %)	50 st. (56 %)	151 st. (42 %)

Tabell 4. Grupp 2; Procentuell fördelningen mellan olika åldrar för yrkesgrupperna.

Ålder	Läkare	Sjuk-sköterska	Sjuk-gymnast	Arbets-terapeut	Psykolog	Kurator	Under-sköterska	Skötare	Läkar-sekreterare
55	7	11	11	9	16	10	11	4	12
56	9	6	9	0	12	9	3	4	8
57	14	11	4	9	10	22	8	4	6
58	8	4	13	18	8	7	8	8	14
59	6	18	11	9	6	12	8	12	7
60	12	11	13	9	8	7	7	8	6
61	5	14	11	18	8	5	10	8	8
62	9	8	11	0	14	7	8	16	12
63	5	7	9	18	4	7	10	12	9
64	9	6	6	0	10	9	21	16	12
65	8	3	2	9	2	3	7	8	6
66	4	1	2	-	-	2	-	-	-
67	3	1	-	-	-	2	-	-	1
68	1	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	1	-	-	-	-	-	-	-
72	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt antal i gruppen (% av yrkesgruppen)	191 st. (58 %)	108 st. (29 %)	47 st. (39 %)	11 st. (22 %)	49 st. (56 %)	59 st. (48 %)	73 st. (26 %)	25 st. (28 %)	122 st. (34 %)

Tabell 5. Grupp 3; Procentuell fördelningen mellan olika åldrar för yrkesgrupperna.

Ålder	Läkare	Sjuk- sköterska	Sjuk- gymnast	Arbets- terapeut	Psykolog	Kurator	Under- sköterska	Skötare	Läkar- sekreterare
55	21	14	33	36	23	17	12	7	13
56	9	10	15	18	7	17	9	7	8
57	17	14	4	18	7	13	12	21	13
58	11	3	7	0	23	13	9	14	12
59	9	9	4	18	7	13	12	7	10
60	11	16	0	0	23	13	3	7	10
61	17	19	11	0	0	4	12	14	12
62	6	9	15	0	7	8	12	7	7
63	0	5	11	0	0	0	6	14	8
64	0	2	0	9	0	0	12	0	7
65	0	0	0	0	0	4	0	0	1
66	0	0	0	-	-	0	-	-	-
67	0	0	-	-	-	0	-	-	0
68	0	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	0	-	-	-	-	-	-	-
72	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt antal i gruppen (% av yrkes- gruppen)	47 st. (14 %)	58 st. (16 %)	27 st. (23 %)	11 st. (22 %)	13 st. (15 %)	24 st. (20 %)	33 st. (12 %)	14 st. (16 %)	77 st. (22 %)

Tabell 6. Grupp 4; Procentuell fördelningen mellan olika åldrar för yrkesgrupperna.

Ålder	Läkare	Sjuk- sköterska	Sjuk- gymnast	Arbets- terapeut	Psykolog	Kurator	Under- sköterska	Skötare	Läkar- sekreterare
55	15	50	0	0	33	0	0	-	38
56	0	17	50	0	0	25	36	-	13
57	23	17	25	14	33	0	13	-	0
58	23	17	0	0	0	25	0	-	0
59	8	0	0	0	33	0	25	-	0
60	0	0	0	20	0	25	13	-	25
61	0	0	0	0	0	0	13	-	13
62	15	0	0	0	0	0	0	-	13
63	15	0	25	0	00	0	0	-	0
64	0	0	0	0	0	0	0	-	0
65	0	0	0	0	0	25	0	-	0
66	0	0	0	-	0	0	-	-	-
67	0	0	-	-	-	0	-	-	0
68	0	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	0	-	-	-	-	-	-	-
72	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt antal i gruppen (% av yrkes- gruppen)	13 st. (4 %)	6 st. (2 %)	4 st. (3 %)	2 st. (4 %)	3 st. (3 %)	4 st. (3 %)	8 st. (3 %)	-	8 st. (2 %)