



Rapport från Yrkes- och miljömedicin nr 88

Livskvalitet hos läkare i relation till kön, ålder och arbetsplats

Kristina Glise^{1,2}, specialitläkare i företagshälsovård
Lena Benson-Dahlgren³, leg psykolog, PhD
Mats Hagberg¹, professor, överläkare
Catarina Karlberg¹, programmerare

1. Yrkes- och miljömedicin, Göteborg
2. Älvsborgshälsan, Alingsås
3. Älvsborgshälsan, Borås

Göteborg, oktober 2001

ISSN 1650-4321
ISBN 91-7876-087-9

Yrkes- och miljömedicin
S:t Sigfridsgatan 85
412 66 Göteborg

Telefon
Telefax
E-post
Hemsida

031 – 343 81 98
031 – 40 97 28
yrkesmedicin@ymk.gu.se
www.ymk.gu.se

Förord

Huvudansvaret för denna undersökning av livskvalitet hos läkare har legat hos specialistläkare Kristina Glise. Vid tiden för insamlingen av data var hon företagsöverläkare vid Älvsborgshälsan i Alingsås. Kristina Glise har vid analys av data och färdigställande av rapporten varit anställd som läkare på yrkes- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Medförfattaren Lena Benson-Dahlgren är fil.dr, leg.psykolog och var vid tiden för datainsamlingen organisationskonsult vid Älvsborgshälsan i Borås. Ett flertal medarbetare vid yrkes- och miljömedicin har deltagit som diskussionspartners i samband med utformning av rapporten, bl.a. kan nämnas programmerare Catarina Karlberg, psykologerna Mats Eklöf och Birgitta Herloff, samt överläkare Gunnar Ahlberg. Utskrift och redigering i rapportformat har utförts av Gunnel Garsell.

Göteborg den 1 oktober 2001

För Yrkes- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Mats Hagberg
Professor/överläkare/sektionschef

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Inledning</i>	6
<i>Syfte</i>	8
<i>Metod</i>	9
Studiepopulation och datainsamling	9
Jämförelse med Malmös befolkning	11
Frågeformulär	11
Bortfall	13
<i>Statistisk metodik</i>	14
<i>Resultat</i>	15
PGWB för totalgruppen och för kategorierna	15
Skillnader mellan kategorierna	16
Låg PGWB	17
Ålder och kön	18
Kategori, ålder och kön	19
Arbetsplatsens bemanning och storlek	20
Referenspopulationen	21
<i>Diskussion</i>	22
Klinisk relevans	22
Läkarnas livskvalitet jämfört med olika patientgrupper	23
Livskvalitet, produktivitet och förhållanden på arbetsplatsen	24
Metodproblem, eventuella felkällor	25
Angelägna frågor i fortsatta studier	26
Konklusion	27
<i>Referenser</i>	28

Sammanfattning

Läkares hälsa har rönt intresse senaste åren då sjukskrivningarna inom denna grupp ökat. Företagshälsovården har behandlat alltfler läkare med stressrelaterade besvär. För att få en uppfattning om hur läkarna mår genomfördes de aktuella undersökningarna 1996-1998.

Syfte: Att undersöka livskvaliteten hos fyra olika läkarkategorier relaterat till kön, ålder, arbetsplatsens storlek och bemanning.

Metod: Enkätundersökning omfattande ett statistiskt urval av sjukhusläkare från fem lasarett, medicinläkare och psykiatriker från en klinik samt distriktsläkare från en region i Västra Götalandsregionen, totalt 376 läkare. Livskvalitetsinstrumentet Psychological General Well Being (PGWB) omfattande 22 frågor användes. Svarsfrekvensen var 68-92 procent. En jämförelse gjordes med delar av Malmös befolkning.

Resultat: Medelvärde för total-PGWB var 94,2 poäng (SD 17,8), Malmöpopulationens 102,9. 48 procent hade låg PGWB (<95 poäng). Sjukhusläkarna låg i nivå med Malmöpopulationen och högre än distriktsläkarna och medicinläkarna. Psykiatrikerna låg lägst. Distriktsläkare på vårdcentraler med stort antal vakanser (>22,2%) hade en oddskvot på 2,7 (95% KI 1,25-5,93) för låg livskvalitet justerat för ålder, kön och arbetsplatsens storlek. Stor arbetsplats (≥ 6 läkartjänster) innebar lägre risk. Flera av läkarkategorierna upplevde så låg livskvalitet att det sannolikt har en betydelse för hälsan och kan bidra till en betydande produktivitetsförlust.

Konklusion: Vi har funnit skillnader i livskvalitet bland olika läkarkategorier. Det fanns ett samband mellan låg livskvalitet och ökat antal vakanser på arbetsplatsen. Flera av de studerade läkarkategorierna upplevde så låg livskvalitet att det sannolikt har betydelse för hälsan och kan bidra till en betydande produktivitetsförlust.

Inledning

Läkares hälsa har varit föremål för intresse under de senaste åren då sjukskrivningarna inom denna grupp har ökat. Riksförsäkringsverket visar i en rapport från januari 2000 på uppgång i sjukskrivningar för psykiska besvär, framför allt hos yrkesgrupper inom offentlig sektor och då särskilt läkarna (RFV 2000).

Flera landsting däribland Västra Götalandsregionen har registrerat en ökad personalomsättning bland läkare bl.a. har många sökt sig till Norge. Det är sannolikt brister i arbetsmiljön som bidrar till denna negativa utveckling.

Redan i början av 1990-talet sökte flera läkare Landstingets i Älvsborg företagshälsovård för utmattning och depression vilket var något nytt. Under 1995, efter många signaler från personalen om kronisk stress, utmattning och ökade konflikter gav Landstinget företagshälsovården i uppdrag att mer systematiskt undersöka hur sjukvårdspersonalen mådde. Företagshälsovården genomförde 1996 en undersökning av sex olika yrkeskategorier, däribland läkare, där bl.a. livskvalitet mättes. 1997 och 1998 genomfördes undersökningar av läkarnas välbefinnande och arbetsmiljö vid en psykiatrisk klinik, en medicinklinik och delar av primärvården, då flera läkare var långtidssjukskrivna och andra hade slutat sina arbeten. Även här användes livskvalitet som mått. Undersökningarna genomfördes under en period då förändringstakten inom Landstinget var hög med ett flertal omorganisationer.

Nordenfeldt (1991) gör i sin beskrivning av livskvalitetsbegreppet en grundläggande distinktion mellan begreppen välbefinnande och välfärd. Det sistnämnda står för de yttre och inre resurser som står till den enskilda människans förfogande. Välbefinnandet bestäms som vår psykiska reaktion, både vad avser sinnesstämningar, emotioner och sensationer, på våra resurser och hur de utnyttjas av både oss själva och andra. En människas samlade välbefinnande vid en viss tidpunkt är i grova drag ekvivalent med hennes livskvalitet.

Dimenäs anser att livskvalitet består av tre huvudsakliga komponenter: subjektivt välbefinnande, hälsa och välstånd (Dimenäs et al 1990). I medicinska sammanhang innefattar begreppet livskvalitet komplexa aspekter på livet som ej enbart kan uttryckas i kvantifierbara enheter utan som snarast beskriver en subjektiv värdering av livet som helhet (Dimenäs et al 1990). Det individuella perspektivet är centralt och hälsa är den viktigaste komponenten. Medan begreppet livskvalitet avser alla dimensioner i livet begränsas hälsorelaterad livskvalitet till upplevelsen av hälsa (Dimenäs, pers meddel 2001).

Generellt har konceptet livskvalitet använts för att värdera en mängd dimensioner från att rangordna levnadsstandard och boendemiljö till att mäta tillfredsställelse med livet och hälsan (Dimenäs et al 1990). Det finns många olika livskvalitetsinstrument och dessa kan indelas i generella och specifika. Bland generella instrument kan nämnas Short Form 36 (SF 36) (Sullivan M, 1995), Nottingham Health Profile (NHP) (Wiklund I 1990) samt Psychological General Well Being (PGWB) (Dupy, 1984). De mäter individens välbefinnande utifrån ett generellt perspektiv. Specifika livskvalitetsinstrument används företrädesvis för att mäta interventioner vid olika sjukdomstillstånd (Wiklund et al, 1991).

Intresset av att inkorporera livskvalitet vid värdering av medicinska interventioner har ökat. Begreppet är dock sällan använt i arbetsmiljösammanhang. På senare år har det dock genomförts studier av olika sjukdomstillstånd och behandlingars effekt på produktiviteten och livskvaliteten i arbetet (Mushet et al 1996, Dahlöf et al, Coukell et al, Michel et al 1997).

I en omfattande norsk undersökning 1997 studerades 9000 läkares hälsa, sjuklighet, arbetsförhållanden och välbefinnande (Aasland et al 1997). Av resultaten framgår bl.a. att kvinnliga läkare klagade mer över hälsan men att klagomålen minskade med stigande ålder. Låg arbetstillfredsställelse, stress i arbetet, och känslomässig press var betydande prediktorer för klagomål över hälsan.

Syfte

Syftet med studien var att erhålla kunskap om läkarnas upplevelse av livskvalitet

- skiljer sig avseende specialitet (kategori)
- varierar med kön och ålder
- varierar med arbetsplatsens storlek och bemanning för kategorin distriktsläkare
- skiljer sig från en referensgrupp och från olika patientkategorier.

Avsikten var också att få ett utgångsvärde för eventuella framtida uppföljningar.

Metod

Undersökningen har genomförts som en tvärsnittsstudie med enkätmetodik och omfattar fyra studiegrupper.

Även om studiedesignen och urvalet av grupperna var något olika vid undersökningarna (statistiskt urval respektive totalundersökning), så ingick mätning av livskvalitet i samtliga.

Studiepopulation och datainsamling

Studiepopulationen bestod av fyra olika kategorier av läkare (tabell 1).

Tabell 1. Studiepopulationer och urval av läkare.

Studiepopulation	Urval	Antal
Sjukhusläkare	Ett slumpmässigt urval från fem lasarett	77
Psykiatriker	Totalundersökning av läkare på en klinik	25
Medicinaläkare	Totalundersökning av läkare på en klinik	51
Distriktsläkare	Totalundersökning av distriktsläkare	223

Ett slumpmässigt urval baserat på personallistor från respektive sjukhus personalavdelningar gjordes bland sex olika yrkesgrupper från fem lasarett i Västra Götalandsregionen (Snedecor et al 1989). Undersökningen genomfördes i januari-mars 1996 och omfattade 527 individer varav 77 läkare, tillhörande olika kategorier (specialiteter). De utvalda individerna tilldelades ett kodnummer som antecknades på varje enkät. Livskvalitetsfrågor ingick som del i enkäten. Enkäterna med följebrev och svarskuvert sändes per post hem till respektive deltagare. En påminnelse sändes ut till dem som ej svarade i första omgången.

En totalundersökning gjordes under maj - juni 1997 av 25 under- och överläkare på en psykiatrisk klinik inom Västra Götalandsregionen. Verksamhetschefen delade ut livs-

kvalitetssenkäterna till berörda läkare. Enkäterna sändes ifyllda i slutna kuvert till företagshälsovården av respektive deltagare. Uppgifter om kön och ålder ingick ej i enkäten.

En totalundersökning genomfördes under mars - april 1998 av 51 under- och överläkare på en medicinklinik inom Västra Götalandsregionen. Verksamhetschefen delade ut livskvalitetssenkäterna som var försedda med ett försättsblad med frågor om befattning, kön och ålder till berörda läkare. Enkäterna sändes ifyllda i slutna kuvert till företagshälsovården av respektive deltagare.

En totalundersökning genomfördes under april - maj 1998 av 223 distriktsläkare och vikarier (samtliga benämnda distriktsläkare) som tjänstgjort mer än ett år inom en del av primärvården i Västra Götalandsregionen. Respektive verksamhetschef delade ut livskvalitetssenkäterna som var försedda med ett försättsblad med frågor om arbetsplats, kön och ålder till berörda läkare. Enkäterna sändes ifyllda i slutna kuvert till företagshälsovården av respektive deltagare.

Materialet har delats upp i sex olika åldersgrupper vid de statistiska beräkningarna: -24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 samt >65 år.

Ålder och procentuell könsfördelning för samtliga läkarkategorier framgår av tabell 2.

Tabell 2. Ålder och kön, samtliga delundersökningar.

Studie- population	Genomsnitts- ålder	Variations- vidd	Genomsnitts- ålder	Variations- vidd	Män		Kv	
	Män	Män	Kv	Kv	Antal	%	Antal	%
Sjukhusläkare	45	32-60	44	30-63	34	64	19	36
Psykiatriker	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicinsläkare*	45	30-62	36	24-61	31	66	16	34
Distriktsläkare*	47	32-63	46	36-63	121	61	65	33

*= alla har ej angett kön och ålder

-= uppgift saknas

Uppgifter om arbetsplatsens storlek och läkarbemanningen på vårdcentralerna hämtades från en undersökning som Socialstyrelsen genomförde under mars - augusti 1999 av

primärvården i Västra Götalandsregionen. Distriktsläkarundersökningen genomfördes 1998 men uppgifter om arbetsplatsernas storlek och bemanning saknas från detta år.

Jämförelse med Malmös befolkning

En jämförelse gjordes med ett slumpmässigt urval av Malmös befolkning i åldrarna 19-84 år (Dimenäs et al 1996). Urvalet omfattade 2162 individer, 1103 män (51 procent) och 1059 kvinnor (49 procent). Denna population användes som extern referenspopulation.

Frågeformulär

Vid undersökningarna användes det generella livskvalitetsinstrumentet Psychological General Well Being (PGWB), (Dupy, 1984). PGWB utvecklades för att tillhandahålla ett instrument som kan användas för att mäta graden av subjektivt välbefinnande eller brist på välbefinnande (Dimenäs et al 1993). Det har tidigare bl.a. använts för att undersöka skillnader i livskvalitet mellan landsortsbor och storstadsbor, mellan gifta och ogifta, mellan patienter med olika besvär, mellan patienter som erhållit olika terapier och vid utvärdering av olika behandlingar. PGWB har således använts för att jämföra grupper eller för att mäta effekter av en intervention/behandling på den subjektiva upplevelsen av välbefinnandet. Formuläret är utprovat på och omformulerat för flera olika språk och har befunnits ha god reliabilitet och validitet vid jämförelse med andra etablerade metoder för att mäta psykiskt välbefinnande (Dupy, 1984).

PGWB omfattar 22 frågor vilka är indelade i sex olika delskalor om 3-5 frågor per del. De olika delskalorna är hälsa, självkontroll, nedstämdhet, oro, vitalitet och välbefinnande.

Hälsa - hur man själv upplever sitt hälsotillstånd, om man besvärats av sjukdom eller oroat sig för sin hälsa.

Självkontroll - om man oroat sig för att tappa kontrollen över det egna beteendet och/eller sina tankar och känslor.

Nedstämdhet - i vilken grad man känt sig deprimerad, missmodig, ensam och ledsen.

Oro - om man upplever stress, press och jäkt samt om man känner sig ångestfylld.

Vitalitet - om man känt sig pigg och vital, fräsch, utvilad och aktiv.

Välbefinnande - om tillfredsställelse med livet i stort. Exempel på frågor eller påståenden: hur man allmänt känt sig, om man känt sig lycklig, tillfredsställd och nöjd med livet, om livet har varit fyllt av intressanta saker, om man har känt sig glad och sorglös senaste veckan.

För var och en av de 22 frågorna finns sex svarsalternativ vilka poängsätts från ett till sex. Värdet ett är det mest negativa utfallet och sex det mest positiva utfallet. Högre poäng står därmed för högre välbefinnande såväl totalt som inom respektive delskala. I delskalan oro står exempelvis hög poäng för mindre stress, press, jäkt och ångest. Vid sammanräkningen av poängen erhålls en totalsumma för samtliga 22 frågor, vilken redovisas som ett mått på livskvalitet. Därutöver ges en summa för var och en av delskalorna. Högsta möjliga poäng för samtliga frågor är 132, lägsta poäng är 22. För delskalorna varierar poängsumman mellan 18 och 30 beroende på antalet frågor som ingår.

Bortfall

Svarsfrekvensen vid de olika undersökningarna visas i tabell 3.

Bortfallet bland **sjukhusläkare** var jämförelsevis stort, 32 procent (24 individer) och det har inte närmare analyserats. Tjugo av de 527 deltagarna i totalundersökningen (sex olika yrkeskategorier) sände in ett tomt formulär och angav egen sjukskrivning eller barnledighet som skäl till att de inte ville vara med i undersökningen. Det är oklart hur många av dessa som var läkare.

Bortfallet bland **psykiatrikerna** var 16 procent (fyra individer). Några läkare var frånvarande pga. sjukdom då formuläret delades ut.

Bortfall bland **medicinläkarna** var åtta procent (fyra individer). Några läkare var frånvarande pga. sjukdom då formuläret delades ut.

Bortfallet bland **distriktsläkarna** var elva procent. I bortfallsgruppen ingick 16 individer som enbart besvarade ett fåtal frågor varför de betraktades som bortfall. Bortfallet har ej närmare analyserats.

Tabell 3. Svarsfrekvensen vid de olika undersökningarna.

Studiepopulation	Utskickade	Besvarade	
	frågeformulär	frågeformulär	
	Antal	Antal	%
Sjukhusläkare	77	53	68
Psykiatriker	25	21	84
Medicinläkare	51	47	92
Distriktsläkare	223	199	89

I vissa av analyserna kan ytterligare några individer falla bort då de inte besvarat den undersökta variabeln.

Statistisk metodik

Den statistiska bearbetningen har gjorts med SAS version 8. Resultaten redovisas som deskriptiv statistik med medianer och medelvärden för att nå jämförbarhet med andra studier. Prevalenser och oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall är andra mått som förekommer i rapporten. Jämförelser grupperna emellan har gjorts med den icke-parametriska metoden Wilcoxon rank sum test i dataprogrammet JMP version 4.0. Prevalens av låg livskvalitet och prevalens av stort antal vakanser beräknades i procent. Oddskvoter med avseende på förekomst av låg livskvalitet beräknades för kön, ålder, arbetsplatsens storlek och stort antal vakanser.

Gränsen för låg livskvalitet sattes i denna undersökning till mindre än 95 poäng. På denna nivå finner vi olika patientgrupper exempelvis kvinnor med klimakteriella besvär (Wiklund et al 1992) och patienter med medelsvår gastroesofageal refluxsjukdom (Dimenäs et al 1996).

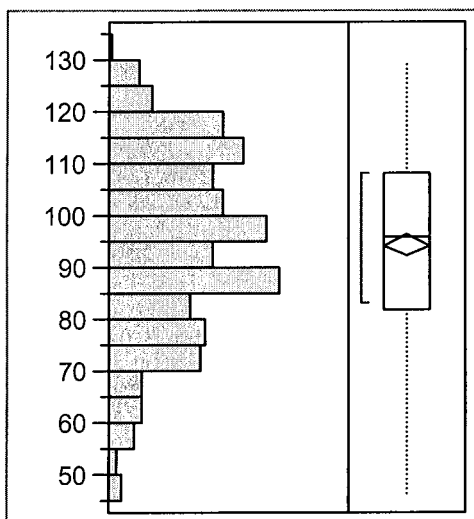
Gränsen för stort antal vakanta läkartjänster sattes vid 75-procentkvartilen för fördelningen av vakanser, vilket innebar 22,2 procent vakanser eller mer per vårdcentral.

Storleken på arbetsplatsen definierades som summan av antalet specialistläkare, övriga läkare och vakanta läkartjänster på arbetsplatsen. Gränsen för stor arbetsplats sattes vid 75-procentkvartilen för fördelningen av antalet tjänster vilket innebar 7,6 läkartjänster eller mer per vårdcentral.

Resultat

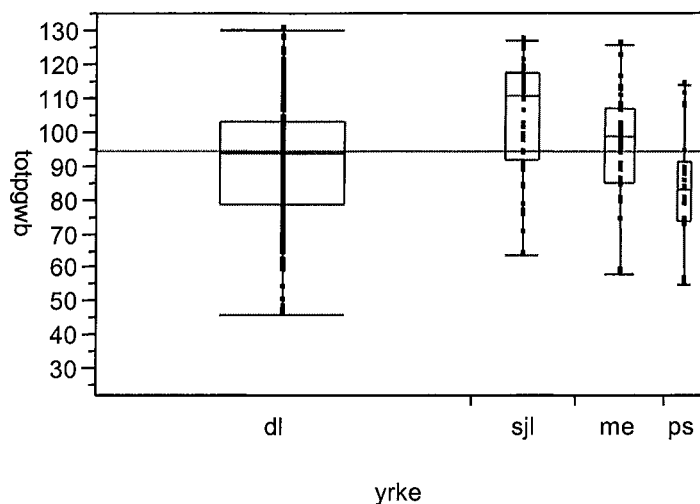
PGWB för totalgruppen och för kategorierna

Fördelningen av total-PGWB för samtliga 313 läkare som beräkningarna är utförda på framgår av figur 1. Medelvärdet var 94,2 (SD 17,8) och medianen 96 poäng. Detta var klart lägre än referenspopulationen i Malmö som hade ett medelvärde på 102,9.



Figur 1. Fördelning av total-PGWB i 5-poängklasser och boxplot för samtliga läkare. I boxploten anges variationsvidd, rektangeln motsvarar 25-75 percentil. Den vågräta linjen i rektangeln anger medianen. Romben anger medelvärde och ett 95- procentigt konfidensintervall. Klammern på sidan visar tätaste delen av hälften av observationerna, "shortest half".

Fördelningen av total-PGWB för de olika läkarkategorierna (figur 2).



Figur 2. Boxplot och total-PGWB för de olika läkarkategorierna. Psykiatrikerna (ps) utgjorde den minsta gruppen och de hade lägst PGWB-poäng 84,4. Den horisontella linjen är medelvärdet för hela materialet om man ej gruppindelad. Linjerna inuti boxplottarna visar på gruppernas medianer: distriktsläkarna (dl) 94, sjukhusläkarna (sjl) 111, medicinläkarna (me) 99 och psykiatrikerna 83 poäng.

Skillnader mellan kategorierna

Sjukhusläkarna låg högre och psykiatrikerna lägre i total-PGWB än distriktsläkarna. Medelvärdet för total-PGWB för distriktsläkarna, medicinläkarna och psykiatrikerna skiljde sig klart från sjukhusläkarnas ($p < 0,0001$, $p < 0,002$, $p < 0,0001$). Psykiatrikerna låg lägre i samtliga delskalor än övriga läkarkategorier (tabell 4).

Tabell 4. Resultatet av total-PGWB och delskalorna för samtliga läkarkategorier.

Kategori	N	Medel- värde	Oro	Nedstämd- het	Välbe- finnande	Själv- kontroll	Hälsa	Vitalitet
			5-30p	3-18p	4-24p	3-18p	3-18p	4-24p
Sjukhusläkare	53	105,4	23,8	16,2	16,7	16,1	15,9	16,8
Psykiatriker	21	84,4	18,3	14,2	12,4	13,2	13,2	13,0
Medicinläkare	47	96,5	21,3	15,3	14,7	14,6	15,2	14,3
Distriktsläkare	199	92,2	20,4	14,9	13,7	14,6	14,5	14,3

Låg PGWB

151 av 313 läkare, 48 procent, hade låg PGWB d.v.s. mindre än 95 poäng (tabell 5).

Tabell 5. Förekomst av låg PGWB (<95 p) hos de olika läkarkategorierna.

	Låg PGWB	
	%	Antal
Sjukhusläkare	28	15
Psykiatriker	81	17
Medicinläkare	40	19
Distriktsläkare	52	100
Samtliga	48	151

Psykiatrikerna hade störst andel 81 procent, som skattade låg livskvalitet. De olika kategorierna uppvisade en betydande variation i andel låg PGWB-poäng.

För att påvisa skillnader mellan läkarkategorierna avseende risk för låg livskvalitet utfördes oddskvotsberäkning med univariat logistisk regressionsanalys. I avsaknad av individdata från populationen från Malmö valdes distriktsläkarna som jämförelsegrupp, trots att de hade lägre livskvalitet än populationen från Malmö, då de var den största gruppen. Fall (låg livskvalitet) definierades som individer med lägre än 95 poäng (tabell 6).

Tabell 6. Oddskvotsberäkning för läkarkategorierna avseende risk för låg livskvalitet.

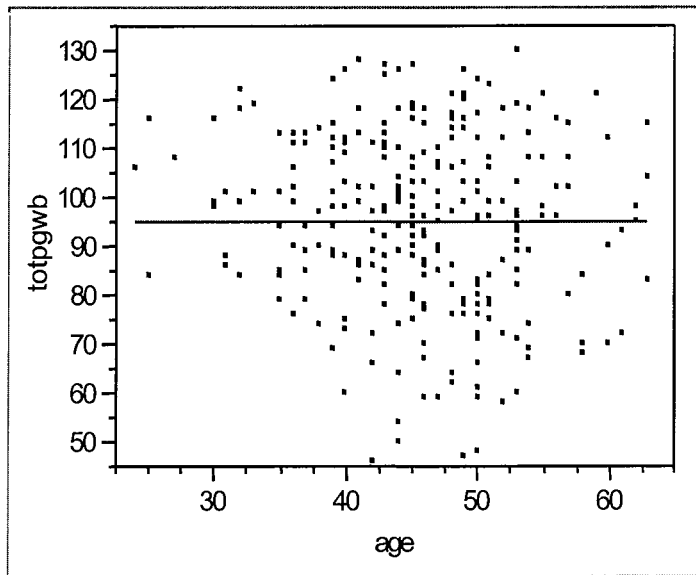
Variabler	Icke-justerad	95%-igt	
	oddskvot	konfidensintervall	
Sjukhusläkare	0,33	0,17	0,64
Psykiatriker	3,60	1,16	11,02
Medicinläkare	0,57	0,30	1,09
Distriktsläkare	1,00	referens	

Sjukhusläkarna och medicinläkarna hade lägre risk och psykiatrikerna högre risk (oddskvot 3,6) för låg livskvalitet jämfört med distriktsläkarna. Justerat för kön och ålder

hade sjukhusläkarna fortfarande lägre risk för låg livskvalitet än distriktsläkarna medan skillnaderna mellan medicinläkarna och distriktsläkarna utjämnades.

Ålder och kön

Sammanlagt 272 av 320 läkare (85 procent) angav ålder. Det fanns inget samband mellan ålder och total-PGWB (se figur 3).



Figur 3. Samband mellan ålder och total-PGWB för samtliga läkare.

286 av 320 läkare, 89 procent (100 kvinnor och 186 män) angav kön. Medelvärdet av total-PGWB och delskalorna uppdelat på kön för samtliga läkarkategorier redovisas i tabell 7.

Tabell 7. Total-PGWB och delskalorna för kvinnliga och manliga läkare.

	Sjukhusläkare		Medicinaläkare		Distriktsläkare		Totalt	
	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män
N	19	34	16	31	65	121	100	186
Medelvärde	107,1	104,5	94,1	97,7	95,0	91,4	97,2	94,1
Delskalor								
oro	24,4	23,5	20,5	21,8	20,8	19,9	21,4	20,7
nedstämd	16,6	15,9	14,8	15,6	15,4	14,8	15,5	15,0
välbefinnande	17,2	16,4	13,9	15,2	14,3	13,7	14,8	14,3
kontroll	16,3	16,0	13,9	14,9	14,9	14,6	14,9	14,8
hälsa	15,6	16,0	14,6	15,4	15,0	14,4	15,0	14,8
vitalitet	17,0	16,7	13,2	14,9	14,7	14,1	15,0	14,6

Medelvärdet för total-PGWB för kvinnor var 97,2 och för män 94,1, medianen 98 respektive 96 poäng.

Kategori, ålder och kön

Genomsnittsåldern för manliga och kvinnliga **sjukhusläkare** var 45 respektive 44 år. Medelpoängen för total-PGWB för män var 104 och för kvinnor 109. De kvinnliga läkarna var endast 19 stycken och bortfallet relativt stort (32 procent) vilket försvårar bedömningen av poängskillnaden.

Uppgift om kön och ålder saknades för **psykiatrikerna**.

Genomsnittsåldern för de kvinnliga **medicinaläkarna** var 36,4 år vilket var betydligt lägre än de manliga, 45 år. Det var ingen större skillnad (3,6 poäng) i medelvärde för total-PGWB mellan manliga och kvinnliga medicinalläkare eller mellan olika åldersgrupper av medicinalläkare.

Bland 199 **distriktsläkare** angav 65 kvinnor och 121 män kön och ålder. Det var ingen större skillnad i total-PGWB mellan manliga och kvinnliga distriktsläkare eller mellan olika åldersgrupper av distriktsläkare.

Arbetsplatsens bemanning och storlek

Distriktsläkare på vårdcentraler med stort antal vakanser hade en oddskvot på 2,0 (95-procentigt konfidensintervall 0,97-4,0) för låg livskvalitet när hänsyn tagits till ålder och kön. Om man även tog hänsyn till arbetsplatsens storlek blev riskökningen 2,7 gånger. Stor arbetsplats verkar i det här sammanhanget vara en hälsofaktor, oddskvot 0,34 (tabell 8).

Tabell 8. Logistisk regressionsmodell för utfall låg livskvalitet med avseende på vakanta tjänster ($\geq 22,2\%$ =3:e kvartilen), storleken på arbetsplatsen (= summan av antalet specialistläkare, övriga läkare och vakanta läkartjänster; stor arbetsplats $\geq 7,6$ tjänster =3:e kvartilen), kön och ålder.

Variabler	N	Ojusterad oddkvot	Justerad oddkvot	95%- igt konfidensintervall
Vakantatjänster				
<22,2 %	151	1,0	1,0	Referenskategori
$\geq 22,2\%$	48	1,8	2,7	1,25 – 5,90
Åldersgrupper				
≤ 34	25	1,0	1,0	Referenskategori
35-54	160	0,42	0,55	0,15 – 1,98
≥ 55	14	0,29	0,42	0,082 – 2,18
Arbetsplatsens- storlek*				
$\leq 5,0$	82	1,0	1,0	Referenskategori
5,1-7,5	72	1,2	1,0	0,53 – 2,06
$\geq 7,6$	45	0,66	0,34	0,14 – 0,82
Kön				
Kv	65	1,0	1,0	Referenskategori
Män	121	1,1	1,0	0,56 – 1,98

*Antalet läkartjänster per vårdcentral

Referenspopulationen

Malmöbefolkningens medelvärde var 102,9 poäng (95% konfidensintervall 102,1-103,8). Sjukhusläkarnas livskvalitet var i nivå med populationen från Malmö. Distriktsläkarnas, medicinläkarnas och psykiatrikernas livskvalitet var lägre (tabell 9).

Tabell 9. Jämförelse mellan läkarkategorierna och Malmöpopulationen.

PGWB totalpoäng	Kv medelvärde	Män medelvärde	Totalt medelvärde
Malmöpopulationen	101,4	104,5	102,9
Sjukhusläkare	107,1	104,5	105,4
Psykiatriker	-*	-*	84,4
Medicinläkare	94,1	97,7	96,5
Distriktsläkare	95,0	91,4	92,5

*- uppgift om kön saknas

Diskussion

Sammantaget har de undersökta läkarna i Västra Götalandregionen bedömt sin livskvalitet som låg i jämförelse med Malmöbefolkningen. En betydande del (28-81 procent) av läkarkategorierna hade en låg livskvalitet enligt den definition som användes.

Efter upprepade signaler om missnöje med arbetet, ökat antal sjukskrivningar och ökad personalomsättning under 1990-talet hos denna yrkesgrupp är resultaten inte överraskande. Neddragningar och omorganisationer som genomförts i sjukvården under denna tid kan vara en bidragande orsak till såväl sjukskrivningar som låg livskvalitet.

Sjukhusläkarnas PGWB-poäng ligger närmast Malmöpopulationens. Man borde förvänta sig att en högutbildad grupp som läkarna utgör och som arbetar under optimala förhållanden ligger högre i livskvalitetspoäng än genomsnittlig befolkning. Sjukhusläkarna i denna undersökning kanske representerar läkare när de har det bra. Mot bakgrund av detta ville vi se om de andra läkarkategorierna skiljde sig från sjukhusläkarna. Resultaten visade att de på ett betydande sätt mådde sämre än sjukhusläkarna. Psykiatrikerna var den läkargrupp med lägst livskvalitet. Anledningen till detta kan vara otydlig yrkesroll, bristande balans ansvar befogenheter och komplicerade patienter.

Klinisk relevans

Skillnaden mellan det högsta och de övriga medelvärdena för de fyra läkarkategorierna var 9-21 poäng. Distriktsläkarna hade tio, medicinläkarna sex, och psykiatrikerna 19 poäng lägre total-PGWB än Malmöpopulationen.

Olika försök att värdera den kliniska relevansen av förändringar/skillnader i PGWB-poäng har gjorts. Resultaten från olika undersökningar är något varierande men i samtliga fall har man bedömt att mer än fem poängs skillnad är kliniskt relevant. I en studie bedömdes effekter av olika hypertonibehandlingar på livskvaliteten. Författarna ansåg att fem procents förändring av PGWB-poängen skulle kunna vara betydelsefull men en

förändring understigande fem enheter borde betraktas med försiktighet (Hjemdahl P et al 1992).

I en longitudinell studie 1981-1984 undersöktes GWB skalans (motsv PGWB) diskriminativa förmåga och känslighet hos arbetande vita män med hypertoni som deltog i en studie av antihypertensiv behandling. Man undersökte dessutom hur fysiska symtom inverkade på välbefinnandet. Patienter med symtom hade lägre livskvalitetspoäng jämfört med symptomlösa. Hos patienter som under en åttaveckors behandlingsperiod fick fysiska symtom noterades en försämring på 2,8-8,8 poäng. Författarna konkluderade att instrumentet är känsligt för kliniskt betydelsefulla förändringar av symtom (Revicki D.A. et al 1994).

I en undersökning av patienter med halsbränna studerades hur medicinsk behandling påverkade patienternas symtom och livskvalitet (mätt med PGWB). I tre kliniska undersökningar rapporterade patienter med halsbränna 3-15 poäng lägre värden jämfört med patienter utan symtom. En skillnad på 4-7 poäng och däröver ansågs i denna undersökning vara kliniskt relevant (Revicki D.A. et al 1999).

Gränsen för låg livskvalitet vid mindre än 95 poäng är här satt utifrån att fem poängs förändring bedömts som kliniskt relevant och hur olika patientgrupper skattat sin livskvalitet. Vi tittade också på hur olika patientkategorier skattade sin livskvalitet. Gränsen är naturligtvis flytande men skillnaden mellan den gräns som satts och Malmöpopulationens medelvärde är nio poäng vilket enligt tidigare resonemang torde vara kliniskt relevant.

Läkarnas livskvalitet jämfört med olika patientgrupper

Medicineläkarnas (96,5) och distriktsläkarnas (92,5) livskvalitet är jämförbar med livskvaliteten hos kvinnor med klimakteriella besvär (Wiklund et al 1992), patienter med medelsvår gastroesofageal refluxsjukdom (halsbränna och eller sura uppstötningar) (Dimenäs et al 1996) och patienter med lättare hjärtsvikt (pers medd Ingela Wiklund

2001). Psykiatrikernas livskvalitet är jämförbar med kvinnliga angina pectorispatienter som står på väntelistan för coronaroperation (Sjölandet al 1999) och patienter med obehandlat magsår (Dimenäs et al 1995) eller svår hjärtsvikt (pers medd Ingela Wiklund 2001).

Livskvalitet, produktivitet och förhållanden på arbetsplatsen

I en svensk undersökning har man studerat livskvalitet och självskattad produktivitetsförlust hos patienter som sökt distriktsläkare för symtomgivande refluxsjukdom. Patienterna upplevde en betydande försämring av livskvaliteten och den självskattade produktiviteten på arbetet veckan innan de sökte läkare. Patienter med måttliga refluxbesvär skattade sin produktivitetsförlust till 25 procent (Wahlqvist P, Carlsson J, Stålhammar N-O, Wiklund I. 1999 poster). Medelpoängen för total-PGWB hos patienter med medelsvår halsbränna och sura uppstötningar var i en svensk undersökning 96 respektive 95 (Dimenäs et al 1996).

Det är troligt att personer med låg livskvalitet, oavsett orsak, producerar sämre på arbetet. Om produktiviteten vore korrelerad till graden av livskvalitet oavsett orsak, skulle produktiviteten hos de läkare som hade låg livskvalitet i de aktuella undersökningarna (151 individer) vara försämrad med 25 procent vilket motsvarar 37,8 heltidstjänster eller 25 distriktsläkartjänster i den hårt belastade primärvården i regionen. Det finns skäl att anta att läkarnas produktivitet i väsentlig grad kan påverkas av försämrad livskvalitet då patientarbetet är krävande på många sätt. Risken för dåligt bemötande av patienten, felbehandlingar och ofullständiga utredningar kan mycket väl vara större än vid en gynnammare livskvalitet hos läkaren.

En förbättrad arbetsmiljö som påverkar individen och troligtvis livskvaliteten positivt skulle sannolikt medföra ökad produktivitet, befrämja nyrekrytering och förutsatt att en försämrad livskvalitet på sikt innebär ökad risk för ohälsa, minska risken för ohälsa och utslagning. Distriktsläkarundersökningen visar bl.a. att det finns ökad risk för låg livskvalitet vid många vakanser. Resultaten visade också att vårdcentraler med fler än 7,6

läkartjänster hade lägre risk för låg livskvalitet. När man tog hänsyn till övriga faktorer inklusive vakanser förefaller de stora arbetsplatserna än mer gynnsamma. Detta kan bero på att man är mindre utsatt på de stora vårdcentralerna där arbetsuppgifterna kan delas av fler och gruppen kan ge stöd.

Metodproblem, eventuella felkällor

Upplägget av de fyra delundersökningarna varierade vilket försvårar bedömningen. Den första undersökningen bestod av ett statistiskt urval av sjukhusläkare från fem lasarett. De följande undersökningarna var totalundersökningar av läkare inom två slutenvårds-kategorier och av distriktsläkare inom en region. Undersökningarna genomfördes vid olika tidpunkter under en treårsperiod då förändringstakten i Landstinget var hög, vilket också kan ha påverkat resultaten. Sjukhusläkarnas livskvalitet är i denna undersökning kanske något bättre än den hade varit om undersökningen genomförts ett par år senare när klimatet hårdnat ytterligare i Landstinget.

Företagshälsovården tog indirekt initiativ till den första undersökningen 1995-1996. Bortfallet bland sjukhusläkarna var jämförelsevis stort (32 procent) vilket bland annat kan bero på att det då var ovanligt med läkare som medgav att de mådde dåligt. Läkare med låg livskvalitet kan ha avstått från att besvara enkäten av rädsla för att bli identifierade vilket medför en för hög medelpoäng. Läkare med hög livskvalitet kan å andra sidan tyckt att enkäten inte berörde dem och därför avstått från att besvara den. Läkarnas arbetsmiljö var inte föremål för debatt i samma utsträckning vid denna tidpunkt som några år senare, varför vissa läkare kanske ansett undersökningen onödig. Enkäten var kodad och den undersökte kunde spåras vilket också kan ha bidragit till bortfallet. Några läkare kan dessutom ha varit tveksamma till att besvara en enkät med enbart ”mjukdata”.

Vid de följande undersökningarna några år senare var bortfallet mindre vilket kan ha berott på att attityden till psykosociala frågor svängt och att läkarna nu uppfattade undersökningarna som angelägna. Många läkare hade vid den tiden påtalat brister i

arbetsmiljön och bitt om hjälp. Kanske gav också enkätutdelning via verksamhetscheferna en större tyngd åt undersökningen än en postenkät från företagshälsovården. Vi avstod från att ställa frågor om kön och ålder till psykiatrikerna då vi befarade dålig svarsfrekvens. Gruppen var liten och individerna lätta att identifiera.

Flera distriktsläkare tog kontakt angående enkäten för att ifrågasätta sekretessen och några kan därför ha avstått från att besvara frågor om kön och/ eller ålder.

Livskvalitetsdata har behandlats traditionellt d.v.s. med medelvärden trots att livskvalitet i sig inte kan anses vara en kontinuerlig variabel. Genom användande av ickeparametrisk statistik och oddskvoter har vi vid värdering av skillnader och riskfaktorer tagit hänsyn till att livskvalitetspoäng kommer från kategorivariabler.

Vi saknar data om arbetsplatsernas storlek och bemanning inom primärvården 1998 då distriktsläkarundersökningen genomfördes. Aktuella data är insamlade 1999 och det kan inte uteslutas att det skett förändringar till det sämre under mellantiden.

Angelägna frågor i fortsatta studier

Låg livskvalitet bland läkare och andra individer sysselsatta i emotionellt krävande yrken, vad innebär det för individen, för arbetsgivaren och samhället? Kan vi förvänta oss försämrad hälsa, ökad sjukskrivning och/eller sänkt produktivitet hos dem som upplever låg livskvalitet? Vad händer med kreativiteten hos dessa individer? Hur är livskvaliteten relaterad till emotionell utmattning? Man kan spekulera i om patienternas omhändertagande och behandling påverkas negativt om läkarens livskvalitet är låg.

Det vore intressant att studera livskvaliteten bland läkare som är nöjda med sin arbetsituation för att få en uppfattning om i hur stor utsträckning arbetsmiljön påverkar livskvaliteten. Det vore även av värde att undersöka vilka faktorer i arbetsmiljön som är av störst betydelse. Från intervjuer av ett flertal läkare som sökt företagshälsovården framkommer att de organisatoriska förändringar som genomförts i sjukvården under 1990-

talet och en därav följande dålig arbetsmiljö har påverkat dem negativt. Särskilt har känslan av att inte ha kunnat påverka besluten men att få ta konsekvenserna av de organisationsförändringar som redan från början framstod som orealistiska för många inom läkarkåren, upplevts påfrestande.

Konklusion

Vi har funnit skillnader i livskvalitet bland olika kategorier av läkare, psykiatrikerna låg lägst. Det finns ett samband mellan låg livskvalitet och ökat antal vakanser på arbetsplatsen och ett omvänt samband med arbetsplatsens storlek. Flera av de studerade läkarkategorierna upplevde så låg livskvalitet att det sannolikt har betydelse för hälsan och kan bidra till en betydande produktivitetsförlust.

Referenser

- Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997 Dec; 45(11):1615-29.
- Coukell AJ, Lamb HM. Sumatriptan. A pharmacoeconomic review of its use in migraine. *Pharmacoeconomics* 1997 May;11(5):473-90.
- Dahlöf C, Bouchard J, Cortelli P, Heywood J, Jansen JP, Pham S, Hirsch J, Adams J, Miller DW. A multinational investigation of the impact of subcutaneous sumatriptan. II Health-related quality of life. *Pharmacoeconomics* 1997; 11 Suppl 1:24-34.
- Dimenäs E, Dahlöf C, Jern S, Wiklund I. Defining Quality of Life in Medicine. *Scand J Prim Health Care* 1990; Suppl 1.
- Dimenäs E, Glise H. QoL in patients with upper G-I symptoms. *Scand J Gastroenterol* 1993;28:681-687.
- Dimenäs E, Glise H, Hallerbäck B, Hernqvist H, Svedlund J, Wiklund I. Well-Being and gastrointestinal symptoms among patients referred to endoscopy owing to suspected duodenal ulcer. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:1046-1052.
- Dimenäs E, Carlsson G, Glise H, Israelsson B, Wiklund I. Relevance of norm values as part of the documentation of quality of life instruments for use in upper gastrointestinal disease. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1996;221:8-13.
- Dupy H.J. The psychological well-being (PGWB) Index. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CF, Elinson J, eds. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Part II: Assessment Methodologies and Applications*. Ort: Le Jaq Publishing Inc. 1984:170-183.
- Hjemdahl P, Wiklund I. Quality of life on antihypertensive drug therapy: scientific endpoint or marketing exercise? *J Hypertens* 1992;10:1437-46.
- Lindwall U. Sjukskrivningar för psykiska besvär inom offentlig sektor. Riksförsäkringsverket, 2000. (www.rfv.se/press/bilagor/psykagiv.pdf).
- Mushet GR, Miller D. Impact of sumatriptan on workplace productivity, nonwork activities, and health-related quality of life among hospital employees with migraine. *Headache* 1996;36(3):137-43.
- Michel P, Dartigues JF, Lindoulsi A, Henry P. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers; results from the GAZEL cohort. *Headache* 1997; 37(2):71-8.
- Nordenfelt L, Liss P-E. Hälsa, sjukdom, livskvalitet. Universitetet i Linköping Tema Hälso- och sjukvården i samhället, SHS 12, 1991.

Revicki D.A, Allen H, Bungay K, Williams G.H, Weinstein M.C. Responsiveness and calibration of the general well-being adjustment scale in patients with hypertension. *J Clin Epidemiol* 1994; (47),12:1333-1342.

Revicki D.A, Crawley J.A, Zodet M.W, Levine D.S, Joelsson B.O. Complete resolution of heartburn symptoms and health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1621-1630.

Sjöland H, Wiklund I, Caidahl K, Hartford M, Karlsson T, Herlitz J. Improvement in quality of life differs between women and men after coronary artery bypass surgery. *J of Int Med* 1999;245:445-454.

Snedecor G.W, Cochran W.J. *Statistical methods*. Ames Iowa University Press;1989.

Sullivan M, Karlsson J, Ware J. The Swedish SF-36 Health survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995;41:1349-58.

Wahlqvist P, Carlsson J, Stålhammar N-O, Wiklund I. Measuring Lost Productivity in Patients with GORD using a Productivity Questionnaire (WPAT-GORD) (Poster). AstraZeneca R&D Mölndal, Sweden 1999.

Wiklund, I, Dimenäs E. Svensk version av Nottingham Health Profile Frågeformulär mäter hälsorelaterad livskvalitet. *Läkartidningen* 1990;87 (18):1575-76.

Wiklund, I, Karlberg, J. Evaluation of Quality of Life in Clinical Trials. *Controlled Clinical Trials* 1991;12:204S-216S.

Wiklund I, Holst J, Karlberg J, Mattsson L-Å, Samsioe G, Sandin K et al. A New methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd. 1992; 14: 211-24.

