

UPPSATSARBETE

Våren 2010

*Sektionen för hälsa och samhälle
Folkhälsovetenskap och pedagogik*

Salutogena perspektiv för ett friskare arbetsliv

En enkätstudie med fokus på de anställda inom äldreomsorgen.

Författare:

Gentiana Haliti
Hanna Thillgren

Handledare:

Göran Ejlertsson

Biträdande handledare:

Elisabet Malmström

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Abstract	6
Förord	7
Bakgrund	8
Arbetsliv och hälsa	8
Folkhälsans målområden	9
<i>Målområde ett- Delaktighet och inflytande</i>	9
<i>Målområde fyra- Hälsa i arbetslivet</i>	9
Litteraturgenomgång	10
Lägesrapport	10
Hälsofrämjande arbetsplatser	11
Känsla av sammanhang	12
Krav-kontroll-stöd	13
<i>Stödjande faktorer på arbetsplatsen</i>	15
Ansträngning-belöning	16
Hälsopromotion på arbetsplatsen	16
<i>Hälsopromotoriska aktiviteter</i>	17
<i>Etik i hälsopromotion</i>	17
Luxemburgdeklarationen	18
Empowerment	18
Delaktighet och inflytande på arbetsplatsen	19
Pedagogisk relevans	19
Kunskap och lärande	20
Motivation och lärande	21

Samspel och socialt lärande	22
Problemprecisering	23
Syfte	24
Material och metod	24
Val av undersökningsmetod	24
Frågeformuläret	25
<i>Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS)</i>	25
<i>Work Experience Measurement Scale (WEMS)</i>	25
<i>Kunskap och utveckling</i>	25
Etiska överväganden	26
Urval	27
Genomförande	27
Databearbetning	28
<i>Statistiska metoder</i>	28
<i>Bearbetning av variabler</i>	28
Resultat	29
Beskrivning av undersökningsgruppen	29
Relationen mellan upplevd hälsa på arbetsplatsen och ålder	29
Upplevd hälsa på arbetsplatsen i relation till WEMS och Kunskap och utveckling	30
Standardiserade värden på upplevd hälsa och arbetsförhållanden	32
Styrkan på samband	34
Diskussion	35
Metoddiskussion	40

<i>Fördelar och nackdelar med tvärsnittsstudie</i>	40
<i>Fördelar och nackdelar med elektronisk datorenkät</i>	40
Bortfallsreflektion	41
<i>Externt bortfall</i>	41
<i>Internt bortfall</i>	42
Konklusion	42
Litteraturförteckning	44

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
15 hp folkhälsovetenskap och 15 hp pedagogik (47 s.)

Författare: Haliti G., & Thillgren, H.(2010). *Salutogena perspektiv för ett friskare arbetsliv. En enkätstudie med fokus på de anställda inom äldreomsorgen.*

Handledare: Göran Ejlertsson

Sammanfattning

Det finns flera studier idag som beskriver hur ohälsan inom vården har ökat. Fokus har länge legat på att lyfta fram de faktorer som bidrar till ohälsa i arbetslivet. Istället för att enbart tänka preventivt är det även av betydelse att fokusera på friskfaktorerna och det som gör att människor bibehåller en god hälsa och vill stanna kvar på sin arbetsplats. Arbete och hälsa hänger ihop då människor tillbringar stor del av sina liv på sin arbetsplats. För att utvecklas på både det organisatoriska och individuella planet krävs det att arbetsplatsen bidrar till stödjande miljöer, delaktighet, socialt stöd, gott ledarskap och kunskapsutveckling. Syftet med studien var att undersöka hälsofrämjande och hälsobevärande faktorer betydelse för skapandet av en trivsam och utvecklande arbetsplats med personalen som målgrupp. Målsättningen var att genom att lyfta fram de salutogena faktorerna, göra det möjligt att skapa ett användbart underlag som skulle kunna bidra till ett mer hälsofrämjande arbetsliv hos de anställda inom äldreomsorgen. En kvantitativ tvärsnittsstudie genomfördes på cirka 1000 anställda inom äldreomsorgen och svarsfrekvensen blev 23 %. Datainsamlingen bearbetades och analyserades med hjälp av statistikprogrammet, SPSS. Resultatet visade att medarbetare som var 40 år och äldre hade högre självskattad hälsa än den yngre åldersgruppen. Friskfaktorer i arbetslivet så som kunskap och utveckling, stödjande arbetsförhållanden, ledarskap, individuella upplevelser, självbestämmande var starkt relaterat till upplevelsen av hög självskattad hälsa. Arbetsplatser bör fokusera mer hälsofrämjande och lägga större vikt på kunskaps- och utvecklingsmöjligheter för de anställda.

Nyckelord: hälsofrämjande arbetsplats, äldreomsorgen, delaktighet, ledarskap, socialt stöd, kunskap och utveckling.

Dissertation in partial fulfilment of the requirements for a Bachelor degree in Health Promotion and Education, Kristianstad University.

Equivalence: 15 ECTS points Public Health Science and 15 ECTS points (47 p.)

Authors: Haliti G., & Thillgren, H. (2010). *Salutogenic perspective for a healthier working life. A questionnaire survey with focus on the employees in elderly care.*

Supervisor: Göran Ejlertsson

Abstract

There are several studies that describe how illness in health care has increased. The focus has long been on highlighting the factors that contribute to illness in the workplace. Instead of only thinking preventively, it is also important to focus on the health and the factors that contribute to maintain good health and make people stay at their workplaces. Work and health are related when people spend much of their lives at their workplace. In order to develop on both the organizational and individual level requires that the workplace contributes to supportive environments, participation, social support, health promoting leadership, personal skills and knowledge. The aim of this study was to investigate health promotion and maintaining factors in creating a pleasant and stimulating workplace with staff as target population. The aim was to highlight the salutogenic factors which would make it possible to create a useful base that could contribute to a more health-promoting work among employees in elderly care. A quantitative cross-sectional study was conducted on about 1000 employees in elderly care and the response rate was 23%. The data collection was processed and analyzed using statistical program, SPSS. The results showed that employees who were 40 years and older had higher self-rated health than the younger age group. Health factors in the workplace as knowledge and development, supportive working conditions, leadership, personal experiences, self-determination was strongly related to the perception of high self-rated health. Workplace health promotion should focus more on organization and personal skills and development opportunities for employees.

Keywords: health promotion, elderly care, participation, leadership, social support, knowledge and development in workplaces.

Förord

Idén till valet av uppsatsämne uppkom efter diskussioner kring våra intressen av arbetsområden och vi kom slutligen fram till att båda var intresserade av hälsa i arbetslivet. Hittills har forskning till stor del fokuserat på det patogena synsättet och att komma med förslag på åtgärder av problem. Vi fann det istället intressant att lyfta fram det salutogena perspektivet med fokus på friskfaktorerna i den här studien. Intresset för hälsa i arbetslivet ökade ytterligare efter att ha läst en kurs i arbete och hälsa under termin fyra i samband med utbildningen. Efter att gemensamt bestämt oss för vilket ämne vi ville skriva om, bestämde vi därefter den målgruppen som skulle undersökas. Eftersom vi båda tidigare har arbetat inom äldreomsorgen föll det sig naturligt att närmare studera de anställdas arbetsförhållanden inom just äldreomsorgen.

Arbetsfördelning mellan oss har varit jämn. Vi har delat upp de olika avsnitten i uppsatsen och skrivit det mesta var för sig. Därefter har vi sammanfogat de olika delarna, läst igenom varandras texter, kommit med synpunkter och eventuellt gjort kompletteringar.

Vi vill med detta förord passa på att tacka samtliga medverkande kommuner som gjorde studien möjlig att genomföra. Tack för ert visade intresse och engagemang. Vidare vill vi även rikta ett stort tack till vår handledare, Professor Göran Ejlertsson för ditt tålamod och stöd under resans gång. Din hjälp har varit betydelsefull. Vi vill även tacka vår biträdande handledare, Elisabet Malmstöm för bra synpunkter på den pedagogiska delen i uppsatsarbetet.

Kristianstad, vårterminen 2010

Gentiana Haliti och Hanna Thillgren

Bakgrund

Arbetsliv och hälsa

Arbete är en väsentlig beståndsdel i varje människas liv och har betydelse för hälsan. Det tillfredställer flera vitala mänskliga behov och anses som en av de viktigaste resurserna för mänsklig utveckling och livskvalité. Arbetsvillkor och anställning kan påverka hälsan både negativt och positivt. Avgörande för att arbetet ska bli så positivt som möjligt är beroende av chefskap, hur arbetet är organiserat och hur makten över arbetsvillkor är fördelad (Källestål, 2004).

Idag ställs det krav på att medarbetarna ska vara flexibla, ha kunskaper på många områden och att de klarar av att arbeta självständigt såsom i grupp. Alla de här kraven på medarbetarna antas ställa nya krav på de anställdas möjligheter att vidmakthålla och utveckla sin kompetens i det dagliga arbetet. Betydelsen kring lärande i arbetslivet handlar dock också om kraven på arbetsmiljö. En arbetsmiljö som tillåter och stimulerar lärande och utveckling av de anställdas förmågor är gynnsam för den personliga utvecklingen, hälsan och välbefinnandet (Ellström, 1996).

Hälsa är en tillgång som krävs för att människor och samhällen ska fungera väl. Problemet med ohälsa finns på tre nivåer i samhället: nationellt, organisatoriskt och mänskligt. På nationell nivå handlar det om att höga sjuktal belastar budgeten, vilket är ett samhällsekonomiskt problem. En annan nivå där det här problemet märks är på företag och arbetsplatser som också belastas ekonomiskt när människor är sjukskrivna. Hälsoarbetet handlar mycket om hur arbetsplatser i framtiden ska klara sin bemanning. Det gäller att få tag i de bästa arbetarna men även att ta väl hand om dem så att de stannar kvar på arbetsplatsen. Det sista problemområdet gäller den enskilda människan som utsätts för lidande på många sätt när hon drabbas av arbetslöshet. Så länge vi har hälsan tänker vi inte så ofta på den. Men när hälsan försämras blir vi däremot påmind om vilket värde den har (Hanson, 2004).

Att definiera begreppet hälsa kan vara komplicerat då det omfattar flera olika aspekter och faktorer som påverkar hälsan (Menckel & Österblom, 2000). WHO:s definition på hälsa från år 1947 används ofta och lyder följande:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller skada” (WHO, 2010).

Definitionen kan beskrivas som humanistisk och holistisk. Den ger en positiv bild av vad hälsa är, istället för att fokusera på sjukdom eller skada. Den har dock kritiserats för att vara alltför utopisk och opraktisk i synnerhet när det handlar om kravet på ”fullständigt välbefinnande”. Det positiva är å andra sidan den stimulans och utveckling som hälsobegreppet lett till (Pellmer & Wramner, 2007).

I arbetsmiljölagen (1977:1160) finns regler gällande skyldigheter för arbetsgivare och andra skyddsansvariga för att skapa en god arbetsmiljö som gynnar alla. Arbetsmiljölagen ger de yttre ramarna för vad som gäller för miljön på arbetet. Arbetsmiljön omfattar alla faktorer och förhållanden i arbetet som är tekniska, fysiska, arbetsorganisatoriska, sociala samt arbetets innehåll.

I följande citat som är ett utdrag ur Arbetsmiljölagen beskrivs det hur en god arbetsmiljö bör förväntas se ut:

”... Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar I fysiskt och psykiskt avseende. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete. Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid ska även löneformer och förläggning av arbetstider beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas. Det skall eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter. Det ska vidare eftersträvas att arbetsförhållanden ger möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.” (Lag 2003:365, Arbetsmiljöns beskaffenhet, kap 2 § 1).

Folkhälsans målområden

I Sverige är utgångspunkten för folkhälsoarbetet, folkhälsopolitikens elva målområden och de anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan. Eftersom folkhälsa berör och påverkar många samhällsområden är det viktigt med gemensamma målområden för vägledning. Folkhälsopolitikens övergripande mål är att *”skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”*.

Målområde ett – Delaktighet och inflytande

En av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsa är att känna delaktighet och inflytande. Avsaknad av inflytande och möjligheter att påverka sin livssituation har ett starkt samband med hälsa. Rätten till delaktighet i ett demokratiskt samhälle, gäller oavsett, ras, kön, ålder, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning och funktionsnedsättning. Särskild vikt ska läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer, samt även vid barns, ungdomars och äldres möjlighet till inflytande i samhället (Folkhälsoinstitutet, 2010)

Målområde fyra – Hälsa i arbetslivet

”Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar inte bara den arbetsrelaterade ohälsan, de sociala skillnaderna i ohälsa och bidrar till en allmänt förbättrad folkhälsa utan är även en nödvändig förutsättning för en hållbar tillväxt” (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Eftersträvansvärt är ett arbete som präglas av en trygg och säker miljö, fysiskt, psykiskt och socialt. Grundläggande är att de anställda känner sig delaktiga, har kontroll och inflytande över arbetet. Även att de kan påverka arbetsmängd och arbetstakt efter sin förmåga.

Utvecklingsmöjligheter är också viktigt för den anställde. Förutom att förebygga ohälsa, behövs även insatser för att främja hälsa i arbetslivet (Folkhälsoinstitutet 2009).

Litteraturgenomgång

Lägesrapport

Omkring 90 % av de vårdanställda i Sverige är kvinnor. Ungefär 2/3 delar är sjuksköterskor och vårdbiträden arbetar med vårdtagarna och deras anhöriga. Ett stort antal som arbetar i äldrevården saknar oftast grundläggande utbildning eller behörighet inför omvårdnadsarbetet (folkhälsoarbete för 2000). Enligt Socialstyrelsen (2009) är hälsan i landet inte jämn fördelad. Lågutbildade, i synnerhet kvinnor är i större grad utsatta för ohälsa. Personer från den här gruppen förekommer ofta inom vård- och omsorgen. Anställda inom vården är enligt Ellström et al (2003) lägst placerade i vårdhierarkin till skillnad från yrkesgrupper så som läkare och sjuksköterskor som anses ha högre rang. Påståendet antas ha nära samband med uppfattningar om vilka möjligheter det finns att påverka sin arbetssituation. Personalen inom äldrevården har ofta ett fysiskt och psykiskt krävande jobb vilket påverkar hälsan negativt. Kritik av äldrevårdens utformning kommer i första hand från personalen själva men även från beslutsfattare, patienter och anhöriga. De anställda upplever ofta att de saknar vissa nödvändiga kunskaper för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på bästa sätt. De upplever att de har svårt att påverka sin egen situation. Det här kan i sin tur leda till missnöje, stress och långtidssjukskrivningar. En del yrken inom vården betraktas som lågstatusyrken vilket kan vara en bidragande faktor till hög personalomsättning, (rekryteringssvårigheter) och korttidsfrånvaro.

Budgetnedskärningar och rationaliseringsåtgärder inom vården har lett till omorganisationer och uppsägningar. Brister i arbetsmiljön har fått större uppmärksamhet i slutet av 2000-talet. Enligt statistik som beskriver arbetsmiljön och arbetsskador, framkommer det att arbetsmiljöförhållandena inom sjukvård och omsorg är otillfredsställande (Arbetsmiljöverket, Rapport 2000).

Redan vid 80-talet började belastningsskadorna och de psykosociala problemen att uppmärksammas. Belastningsskadorna ansågs vara ett av de absolut vanligaste problemen. Mot slutet av decenniet blev även arbetsmiljöns påverkan och långtidsskrivningarna stora folkhälsoproblem. Under 2000-talet fortsatte långtidssjukskrivningarna vara ett problem i samhället med följd av bland annat psykosociala aspekter som stress, utbrändhet och utmattningsdepressioner (Bjurvald, 2004). Enligt Naumanen (2005) är förtidspension och hög frånvaro från arbetet vanliga effekter av ohälsa. För att undvika fortsatta problem inom området bör det investeras i hälsofrämjande insatser för att personalen ska få jobba kvar till den normala pensionsåldern är inne. Det ska erbjudas möjligheter och stöd för personalen och tillåta dem att vara mer delaktiga i beslut som fattas. SOU (2002:5) visar att variationen i arbetet är en befintlig tillgång som visar på att det finns utrymme för förbättringar och kreativa lösningar. Det är även viktigt att kunna känna stolthet och stimulans över den organisation man tillhör och över det egna utförda arbetet. Studier som forskningsprogrammet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) har bedrivit visar att anställda inom vård och omsorg uppfattar sitt arbete som mentalt och/eller fysiskt ansträngande och att de inte tror att de kommer att vara verksamma inom sitt arbete till normal pensionsålder.

En studie som gjorts av Pettersson et al (2006) visar att det är få interventioner nuförtiden som fokuserar på att förbättra arbetsvillkoren bland de anställda och ännu färre av dem som finns har visat positiva effekter i utvecklandet av hälsa i arbetet. Arbetsmarknaden bör därför koncentrera sig på att minska hälsorisker och främja hälsa. De interventioner som finns idag värderar det förebyggande arbetet och lägger energi på lösningar till reducerande av smärtor på grund av

arbetsbelastning. Huvudinriktningen på interventioner inom omsorgsförvaltningen fokuserar mer på individen än på organisationen som helhet. Det har medfört att de anställda anpassas till arbetet istället för det omvända, att anpassa arbetet efter de anställdas behov och arbetsvillkor. Därför är det viktigt att kunna kombinera fokus på individen med fokuserandet kring hela organisationsarbetet.

En utmaning för framtiden blir att skapa ett självrapporterande frågeformulär gällande arbetsförhållanden som erbjuder en mer objektiv infallsvinkel av arbetsmiljön från de enskilda anställda. Framtida forskning bör rikta in sig på att identifiera arbeteegenskaper som är positiva för skapandet av en hälsofrämjande arbetsplats (Van Der Doef & Maes, 1999).

Hälsofrämjande arbetsplatser

Utvecklingen mot en mer hälsofrämjande inriktning började under 70-talet. Marc Lalondes dokument, ”En ny syn på människan” blev en viktig milstolpe i sammanhanget. Han förespråkade satsningar på förebyggande insatser, vilket blev en inledning till att WHO: s arbete alltmer kom att handla om hur man ska göra för att främja hälsan. Målet för folkhälsan är en god hälsa hos befolkningen, vilket inkluderar både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser (Hanson, 2004). Begreppet hälsofrämjande arbetsplatser har dock blivit mer framträdande först i mitten av 90-talet. Särskilt under de senaste åren har begrepp som friskfaktorer, långtidsfrisk, hälsofrämjande blivit mer framträdande. Fokus på det positiva och hälsofrämjande är således viktigt för att nå framgång i kampen för en god hälsa hos befolkningen (Bjurvald, 2004).

Folkhälsoarbete består av två komponenter:

- att förebygga sjukdom
- att främja hälsa

WHO definierar begreppet hälsofrämjande som den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. Det hälsofrämjande arbetet syftar till att stödja eller verka för att människor ska må bra. Vidmakthållandet är en viktig aspekt i det hälsofrämjande arbetssättet. I praktiken kan hälsofrämjande arbetsplatser medföra att enskilda individer tar eget initiativ och ansvar. Det kan dock också innebära att förändringar i miljön vidtas som inte kräver något alls från den enskilda individen. För att insatserna ska upplevas som hälsofrämjande måste de vara hållbara eller bestående (Menckel, 2004).

Menckel och Österblom (2002) framhäver att under senare år har begreppet ”ett hållbart arbetsliv” alltmer kommit i fokus. Med ett hållbart arbetsliv avses ett arbetsliv som förmår förena goda arbetsvillkor, en välfungerande arbetsmarknad och hälsa i arbetslivet. Att skapa stödjande arbetsförhållanden där människor kan arbeta fram till pensionen och att det kan göras på ett aktivt, delaktigt och positivt sätt är också viktiga beståndsdelar för att en arbetsplats ska förbli frisk och bestående.

Med hjälp av kvantitativa och kvalitativa metoder har den svenska forskningen kommit långt när det gäller att identifiera utbredningen av ohälsa och orsakerna till de sjukdomsrelaterade tillstånd som finns. Insikter om vilka faktorer som orsakar ohälsa respektive främjar hälsa finns och i denna aspekt handlar det om att föra fram goda exempel på arbetsplatser som arbetar hälsofrämjande. Det är dock ännu viktigare att ständigt följa upp arbetet med jämna mellanrum.

Det är även betydelsefullt att utveckla uppföljnings- och utvärderingsmetoder samt mått för att kunna bedöma och lyfta fram viktiga resultat och erfarenheter. Syftet är att skapa gynnsammare förutsättningar så att andra kan ta vid och fortsätta arbetet (Menckel, 2004).

Enligt Menckel (2004) har arbetslivet en avgörande betydelse för folkhälsan. En vuxen person tillbringar större delen av sitt liv på sin arbetsplats. Hälsa och arbete förhåller sig till varandra och har ett starkt samband. Författaren menar att orsakerna till ohälsa bara till en del kan anses bero på förhållanden på arbetsplatsen. Hon menar att det är mycket som spelar in och har betydelse för att skapa en hälsosam arbetsplats. Det är bland annat väsentligt för hälsoutvecklingen att diskutera på vilka sätt hälsofrämjande processer kan skapas och leda till goda och utvecklande livsmiljöer. Arenan ”hälsofrämjande arbetsplats” har kommit att bli en central del i folkhälsoarbetet.

För att skapa friskare arbetsplatser har likaså ledarskapets utformning en avgörande roll. Det är viktigt med konstruktivt ledarskap där ledning och chefer ges möjlighet att främja de anställdas hälsa. I ett konstruktivt ledarskap förutsätts att det finns delaktighet, stöd och uppmuntran och att vara en god förebild, för att nämna några faktorer. Ett bra ledarskap är en förutsättning för en trivsamt och fungerande arbetsplats, där människor mår bra, utvecklas och tar ansvar. Chefen måste göra medarbetarna delaktiga i det som sker på arbetsplatsen. De ledare som lyckas skapa medansvar och delaktighet har stora förutsättningar att främja hälsan hos sin personal. Chefen behöver ha ett starkt engagemang för verksamheten för att kunna övertyga den övriga personalen. Ett hälsofrämjande ledarskap bör vidare kännetecknas av prestigelöshet och mod att släppa på kontrollbehovet (Angelöw, 2002).

I strävan att skapa hälsofrämjande arbetsplatser poängterar Angelöw (2002) att det är viktigt lyfta fram det ”friska” och utgå från en helhetssyn på arbetsförhållanden som handlar om att:

- Ta tillvara möjligheter, styrkor och tillgångar som erbjuds och finns tillgängligt på arbetsplatsen
- Betona och lyfta fram framgångsrika koncept från nu- och dåtid
- Försöka analysera och identifiera vad som varit positivt och fungerat bra
- Fokusera på det som man vill förändra och förbättra
- Bygga på att utveckla realistiska, tydliga och tilltalande mål för verksamheten
- Undersöka förslag, idéer, styrkor och resurser för att nå målen
- Uppmärksamma såväl små som stora framsteg och sträva efter på en vinnande effekt långsiktigt
- Ge respons på vad som görs bra och uppmuntra och motivera varandra på arbetsplatsen.

Känsla av sammanhang

Antonovsky inledde egna vetenskapliga studier med den salutogena inriktningen som fokus för att så småningom kunna förklara varför vissa individer mår bra i situationer där man kan förvänta sig det motsatta (Källestål, 2004).

Begreppet KASAM (känsla av sammanhang) handlar om människans förmåga att förbli frisk och hantera påfrestande situationer trots motsättningar och svårigheter som kan drabba en. Definitionen på begreppet är följande: *Känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av*

tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på att finnas tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang (Antonovsky, 2005 s 46). Teorin består av tre komponenter vilka är: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

- Begriplighet innebär att individen uppfattar sin livssituation som någorlunda sammanhängande, konkret och förutsägbar. En person som med hög känsla av begriplighet upplever yttre och inre stimuli och förutsätter en bättre förmåga att förstå och bedöma verkligheten.
- Hanterbarhet innebär att människan känner att det finns tillräckligt med resurser och möjligheter som behövs för att kunna hantera situationen och de krav som ställs på individen. Individens känsla av kontroll förstärks i relation med delaktighet och inflytande av vardagens händelser. En person med hög känsla av hanterbarhet upplever att hon/han kan hantera svårigheter och påfrestningar i högre utsträckning än en person med låg hanterbarhet.
- Meningsfullhet innebär att individen upplever att livet har betydelse. En person med hög känsla av meningsfullhet ser svårigheterna som utmaningar. Individen försöker att bemöta och finna ett engagemang i situationer den utsätts för. Personer med positiv syn på livet ser en mening även i de svåraste tiderna och gör allt för att lösa och ta sig igenom problemen. Meningsfullheten är den motiverande delen av KASAM.

Antonovsky (2005) menar att tillvaron görs mer sammanhängande om den blir förståelig, hanterbar och meningsfull. Han uppmanar att arbeta hälsofrämjande där verksamheten kan identifiera och förstärka friskfaktorerna.

Känsla av sammanhang har att göra med motivation, kognition och behaviorism som utgångspunkter och är sammanhängande med attityder och beteende (Lindström och Eriksson, 2005). Enligt författarna har kvinnor i regel lägre KASAM än män. Skillnaden är dock ytterst liten och kan bero på sociala faktorer påverkan i samhället. Upplevelsen av gemenskap och sammanhang ökar ju äldre man blir. Många studier visar att känsla av sammanhang, god livskvalitet och ett gott hälsotillstånd hänger ihop. Antonovsky (2005) framhäver att ha en hög nivå på känsla av sammanhang innebär även att individen har en förmåga att omvandla problem och bekymmer till utmaningar.

Krav-kontroll-stöd

En artikel från Deakin University i Australien tar upp stress på arbetsplatsen och menar att det är ett stort hot mot hälsan både när det gäller personalen, deras familjer och samhället i stort. Artikeln handlar om att identifiera vilka faktorer på arbetsplatsen som bidrar till stress och utifrån det både minska de stresskapande faktorerna samt skapa verktyg för att främja hälsan på arbetsplatsen. I artikeln framgick det att det framförallt var kontroll, tidspress, konflikter och socialt stöd som var starkast kopplat till hur man trivdes på sin arbetsplats (Noblet, 2003). Enligt Noblet (2003) är arbetsstress ett stort hot mot de anställdas hälsa, deras familjer samt samhället i det stora hela. Samtidigt som många arbetsplatser arbetar hälsofrämjande och använder sig av olika strategier för att öka hälsan på arbetsplatsen, glöms det ofta att dessa strategier i sig kan bidra till ökad press på de anställda. Studien gjordes för att fylla ut luckor gällande hur

psykosociala arbetsegenskaper kunde påverka de anställdas hälsa. Studien visade på att ”jobbkontroll” och ”socialt stöd” kunde förklara variationer i jobbtillfredsställelse och psykisk hälsa. Faktorerna ”jobbkontroll” och ”socialt stöd” var nära sammankopplade till välmående hos de anställda. Även tidigare studier har visat att stöd och feedback från kolleger och ledare/chefer också är sammankopplat till välmående på arbetsplatsen. Orealistiska deadlines och andra former av tidspress hade betydelse för hur hög grad av stress man upplevde på arbetsplatsen.

Det har visat sig att höga psykiska krav kan vara positivt för den personliga utvecklingen och hälsan om man på samma gång har inflytande över sin arbetssituation. De senaste åren har arbetskraven på den enskilde individen ökat och var och en har fått större ansvar för att sätta gränser för hur omfattande arbetet ska vara och för att sätta gränser mellan arbete och fritid. Risken för långvarig sjukskrivning har visat sig vara störst bland de som endast har lite inflytande över sitt arbete. Ett annat skäl till de ökade arbetskraven de senaste åren, kan vara omorganisationerna som även ökat. Från 1997 uppgav framför allt kvinnor i den offentliga sektorn att de inte kunde påverka sin arbetssituation. Den här utvecklingen har skett tidsmässigt parallellt med utvecklingen av arbetsrelaterade psykiska besvär och långtidssjukskrivningar i den här gruppen. Den offentliga sektorn har liksom andra samhällssektorer haft en ökning i arbetsintensiteten de senaste åren men framförallt är det stora organisatoriska förändringar som förekommit i den här sektorn (Danielsson, 2009).

Psykosociala arbetsförhållanden har ett samband med medicinska riskfaktorer och har även ett oberoende samband med ökad risk för hjärtsjukdomar. Om en arbetsgivare ökar kraven på de anställda och samtidigt minskar deras möjlighet att fatta beslut, kommer det att resultera i ökat blodtryck hos de anställda. De personer som i första hand motsätter sig de ökade kraven är de anställda som är bäst på sitt jobb, högmotiverade och bra på att samarbeta. Den första prediktorn, det vill säga psykisk belastning (utmattning, orolighet, depression och fysisk sjukdom) uppstår när de psykiska arbetskraven är höga och möjligheterna att fatta egna beslut är låga. Extrema reaktioner på psykisk belastning framkommer när det finns en kombination mellan höga krav och låg kontroll när det gäller omständigheter i omgivningen. Det här kan leda direkt till ökad hjärtfrekvens och adrenalintillströmning – ett tillstånd som är direkt ohälsosamt och som kan pågå i timmar på en stressfylld arbetsplats (Karasek & Theorell, 1990).

Sjuksköterskor befinner sig bland de yrken som hör till aktiva jobb och har högt både på beslutsskalan och har höga psykiska krav. Vårdbiträden/undersköterskor befinner sig bland de som har stressfyllda jobb och som befinner sig lågt på beslutsskalan och högt när det gäller psykiska krav. När man tittar på de jobb som kännetecknas av höga fysiska krav så befinner sig sjuksköterskor bland dem som har högt på fysisk belastning och högt på beslutsmöjligheter medan vårdbiträden/undersköterskor befinner sig bland dem som har högt på fysisk belastning men lågt på beslutsmöjligheter. När man tittar på socialt stöd så finner man sjuksköterskor bland dem som har högt på socialt stöd och även högt på beslutsskalan medan undersköterskor befinner sig bland dem som har högt på socialt stöd och lågt på beslutsfattande. Många jobb inom vårdsektorn visar sig vara missanpassade och belastande för den mänskliga fysiken (Karasek & Theorell, 1990). Andelen som är utsatta för höga krav har ökat för kvinnor inom vård och omsorg, likaså andelen med låg egenkontroll, förutom inom kommuner och landsting. Andelen som saknar stöd från chefer och arbetskamrater har ökat för kvinnor anställda inom kommun och stat (Arbetsmiljöverket, 2010).

Stödjande faktorer på arbetsplatsen

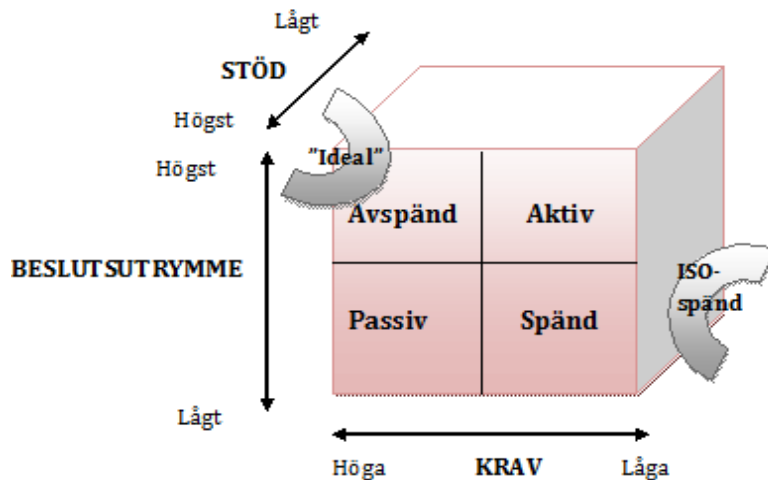
Tidigare nämnda problemområde tar också Allebeck et al. (1998) upp i sin bok. Här frågar man sig:

Vilka är skyddsmekanismerna och på vilket sätt kan samspel med andra människor skydda mot negativa effekter? Människans förmåga att hantera svåra situationer förändras hela tiden av de erfarenheter vi får. Goda erfarenheter av att klara av påfrestningar gör att man reagerar konstruktivt och hittar bra sätt att hantera problem om de uppstår vid annat tillfälle. Upprepade negativa erfarenheter kan leda till ”inlärnd hjälplöshet”. Goda sociala nätverk kan minska risken för påfrestningar samt ge stöd och mildra effekterna vid mottgångar.

Enligt Van Der Doef och Maes (1999) fokuserar arbetskrav- kontroll på två dimensioner i en arbetsmiljö. ”Arbetskrav” syftar på arbetsbelastning, tidspress och rollkonflikter. ”Arbetskontroll” syftar på individens möjlighet att kontrollera sina arbetsaktiviteter. Arbetsrelaterad stress ger ökad psykisk och fysisk ohälsa (höga krav- låg kontroll). Höga krav och hög kontroll leder till ökad inlärning. Hypotesen säger att hög kontroll kan dämpa de negativa konsekvenserna av hög stress och höga krav. Det kan vara svårt ibland att avgöra om hög stress endast beror på höga krav och låg kontroll. Socialt stöd har även en dämpande effekt på hög stress. Undantag är individer med hög självmedvetenhet och de som har ”internal locus of control”. Personligheten hos en människa kan reglera relationen mellan stress och anspänning på två sätt: Om personligheten passar in i arbetsmiljön ger detta ett positivt resultat medan motsatsen leder till sämre resultat.

Höga krav i arbetet, små påverkansmöjligheter och brist på stöd är faktorer som enligt Karasek och Theorell (1990) kan bidra till ökad stress i arbetslivet. Samtidigt kan höga krav tillsammans med goda påverkansmöjligheter ge motivation till inlärning och personlig utveckling. Låga krav i samband med stora påverkansmöjligheter i arbetet kan å andra sidan göra att individen inte får tillräckligt med utmaningar i arbetet. Då arbetsplatsen ställer låga krav på individen samt ger små möjligheter till påverkan, kan det bidra till att skapa en omotiverad arbetsmiljö som leder till låg arbetsmotivation. Stöd fungerar som ett skydd mot stress och kan ges i form av vägledning från chefer eller arbetsledare, kollegor och vänner, genom samspel, trygghet och pålitlighet. Andra former av stöd kan vara tekniskt och administrativt stöd i arbetet. Karaseks och Theorells krav-kontroll- stödmodell är en vanligt förekommande förklaringsmodell när det gäller arbetsrelaterad stress. Den visar att en bra arbetsplats är en plats där kravnivån är hanterbar för individen, där det finns goda möjligheter att påverka sin arbetssituation samt där det finns ett bra socialt stöd i organisationen. Karasek och Theorells krav/kontroll/stöd- modell delar in den psykosociala arbetsmiljön i tre områden:

- Arbetskrav, både psykiska och fysiska, vilka ställs på individen för att denne skall kunna genomföra sitt arbete.
- Egenkontroll över arbetet som i sin tur delas upp i beslutsutrymme samt kvalifikationsgrad, där beslutsutrymmet handlar om i vilken utsträckning individen själv kan styra över det egna arbetet och kvalifikationsgrad syftar på möjligheter till kompetensutveckling och användning av sina kvalifikationer i arbetet.
- Socialt stöd kan vara av olika slag, men handlar främst om stöd från ledningen, arbetskamrater och kunder (Karasek & Theorell, 1990).



Figur 1. Krav-kontroll-stöd modellen efter Karasek,-Theorell (1990).

Den mest "idealiska" situationen, enligt Karaseks modell är när man har hög kontroll, höga krav och ett bra stöd. Den minst fördelaktiga situationen för hälsan är en "iso-spänd" situation med höga krav samtidigt som man har låg kontroll och litet stöd (Karasek & Theorell, 1990).

Ansträngning-belöning

Ansträngning-belöning modellen eller Effort-Reward Imbalance som den heter på engelska infördes på 1980-talet av Siegrist och är en teori som beskriver relationen mellan ansträngning, belöning och arbetsstress. Särskild uppmärksamhet har under de senaste åren varit på krav-kontroll-modellen av Karasek och Theorell (1990). Krav-kontroll modellen har i jämförelse med ansträngning-belöning modellen testats i flera undersökningar och visat tydliga belegg för att alltför höga krav i arbetet i förhållande till låg kontroll bidrar till ohälsa. Modellen av Siegrist har utvecklats och testats mer nyligen men har under kort tid bekräftat att en obalans av höga krav och låg belöning leder till negativa hälsoeffekter. Omvänt främjar uppskattning, social och ekonomisk belöning hälsa och välbefinnande. Ansträngning-belöning modellen bygger på normen om socialt samspel där belöningen motsvarar pengar, uppskattning, respons på det egna arbetet, karriärmöjligheter och anställningstrygghet. Att känna obalans mellan hög ansträngningsnivå och förpliktelser och låg belöning kan bidra till ökad risk för påfrestningar. Det innebär att de personer som oftare utsätts för högre krav i arbetet utöver vad som är formellt krävs kan bli frustrerade vilket kan på lång sikt leda till skadliga konsekvenser på hälsan. Upplevelsen av att ens arbete inte uppskattas, att bli orättvist behandlad och besvikelsen av otillräcklig belöning påverkar hälsan negativt. Graden av ansträngning i relation till belöning har således betydelse för effekten på självskattad hälsa (Siegrist et al, 2004).

Hälsopromotion på arbetsplatsen

Grundläggande i det hälsopromotoriska arbetet utgår från att skapa förutsättningar för att utveckla och främja hälsan i positiv riktning. Hanson (2004) anser att det är viktigt att integrera hälsan i hela verksamheten och inte enbart på enstaka individer. Hälsopromotion ska således bidra till förutsättningar som ökar och bevarar personalens hälsa.

Hälsodefinitioner kommer ur olika perspektiv på hälsan. Även om medicinsk vetenskap anses vara den mest godtagbara vetenskapen i västvärlden, innefattar den inte alla aspekter på hälsa. Social vetenskap riktar stark kritik mot den medicinska vetenskapen och pekar på vikten av att ta med sociala faktorer i konstruktionen och betydelsen av hälsa. Många som arbetar inom hälsoområdet har stark anknytning till hälsoutbildning och hälsopromotion. Ibland kan det bli förvirrande med den breda definitionen av hälsopromotion och känna att den breda aspekten når långt utöver deras profession. Det är viktigt att lyfta fram WHO: s definition som beskriver hälsopromotion som något som sträcker sig utanför det politiska fältet och som även gör det möjligt för människor att ta kontroll över sin egen hälsa och utrusta dem med verktyg för att nå välbefinnande. Hälsopromotion innefattar även att öka människors medvetenhet och kunskap kring kroppens funktioner och behov och på så sätt förebygga sjukdom, öka kunskap kring hälsofrämjande faktorer inverkan på välbefinnandet och även göra folk medvetna om politiska, sociala och socioekonomiska faktorer inverkan på hälsan (Naidoo & Wills, 2000).

I ett hälsopromotoriskt arbete bör man ta reda på vad det är som främjar och stimulerar individens känsla av sammanhang. Medarbetarnas KASAM stärks när en arbetsplats definieras och anses vara begriplig, hanterbar och meningsfull. Teorin anses därför vara en bra utgångspunkt för att granska och studera medarbetarnas hälsa samt för att undersöka hur hälsan påverkas av olika arbetsförhållanden. Upplevelsen av KASAM har också betydelse för medarbetarnas arbetstillfredsställelse (Åteg et al, 2004).

Hälsopromotiva aktiviteter

Hälsopromotiva aktiviteter som inriktar sig på individen gynnar frisknärvaron och sänker sjukfrånvaron. Begreppet definieras som: ”*aktiviteter som i förhållande till mål, sammanhang, och arena, anpassas för att utveckla stödjande miljöer som stärker medarbetarnas hälsostatus, position och roll*” (Tangen & Conrad, 2009 s 33). Hälsopromotiva aktiviteter fokuserar främst på att utveckla en förbättrad psykosocial arbetsmiljö. Arbetsmiljön kan vara en hälsofrämjande faktor genom att bidra och möjliggöra ett hälsosamt beteende och erbjuda hälsorelaterade resurser för medarbetarna. För att förbättra eller bibehålla medarbetarnas och arbetsplatsens hälsostatus anser Tangen och Conrad (2009) att det är betydelsefullt att lyfta fram faktorer i den fysiska miljön, som kan bidra till vidareutveckling, stödjande miljöer och leda till ytterligare förutsättningar inom verksamheten.

Enligt Åteg et al (2004) är det tre faktorer som utmärker en attraktiv arbetsplats:

- 1) *Attraktivt arbetsinnehåll* där variation, fysisk aktivitet, handlingsfrihet och förtrogenhet ingår.
- 2) *Arbetstillfredsställelse* med faktorer som status, stimulans, respons och beröm.
- 3) *Attraktiva arbetsförhållanden* i samband med ledarskap, adekvat utrustning, lön, social kontakt och en god arbetsmiljö.

Etik inom hälsopromotion

En del av de insatser som görs i hälsans tecken påverkar människors liv på ett omfattande sätt. Det är viktigt att respektera människors självbestämmande men också att nå fram till den mest fördelaktiga lösningen, vilket kan vara svårt då varje situation kan involverar komplexa lager av beslutsfattande. Vi måste ständigt fråga oss hur vi ska gå till väga för att handla gott och undvika att skada samt vad rättvisa och jämställdhet har för betydelse för hälsopromotion i praktiken. Vålgörande, rättvisa och respekt för den enskilda personen och dennes rätt till autonomi är

grundläggande etiska principer när det gäller hälsopromotion. Varje insats som görs följs av att man måste bedöma möjliga effekter men även moraliska aspekter, huruvida det är rätt eller fel att göra en insats (Naidoo & Wills, 2000)

Luxemburgdeklarationen

I Luxemburgdeklarationen (1997) framgår det att en strukturerad, hälsoinriktad och tilltalande arbetsplats är en förutsättning för utveckling, energi och livsglädje. Målet är friska personer i hälsosamma organisationer. Hälsopromotion i verksamheten bör enligt deklarationen innefatta hälsofrämjande aktiviteter för personalen, socialt stöd, kompetensutveckling, strategisk ledning och styrdokument, samt balans mellan krav och medarbetarnas egenkontroll. I en hälsofrämjande arbetsplats ska också ansvaret mellan ledning och medarbetare delas lika. Tangen och Conrad (2009) ger förslag om hur det skulle kunna åstadkommas och menar att genom att förbättra arbetsmiljön, främja till delaktighet och inflytande, och motivera till utveckling kan en arbetsplats räknas till kategorin friskare arbetsliv. Genom att integrera hälsa på arbetsplatsen reduceras risken för sjukdom och ohälsa. Resultatet av en mer hälsosam personalstyrka kan bland annat leda till ökad motivation och bättre arbetsförhållanden.

Luxemburgdeklarationen (1997) lyfter fram särskilt fyra punkter som karakteriserar en hälsofrämjande arbetsplats:

- 1) *Ledarskapsprinciper och metoder*, där de medarbetarna i organisationen ses som en vinnarfaktor istället än en kostnadsfaktor.
- 2) *Ledarskapskultur*, där den ledande parten i organisationen har som uppgift att aktivt motivera och uppmuntra sina anställda och se till att de har det bra på arbetsplatsen.
- 3) *Arbetsorganisation*, ska bidra med förutsättningar för att kunna skapa balans mellan krav, kontroll, kompetens och socialt stöd.
- 4) *Personalpolicyn*, bör förutse de anställda med hälsofrämjande aktiviteter, åtgärder, information och integrera frågor rörande arbetsliv och hälsa.

Empowerment

För att människor ska få en bättre hälsa krävs det att de känner igen och förstår sin hjälplöshet, att de känner sig tillräckligt starka i sin situation för att känna att de klarar av att förändra den, känner att de har möjlighet att förändra sin situation då de får hjälp via information, stöd och livshantering. Empowerment används även för att beskriva ett arbetssätt som hjälper människor att öka sin kraft att förändra sin "sociala verklighet" (Naidoo & Wills, 2000). Empowerment handlar om att individen tar den makt som den är berättigad till. Komponenten kan ses som hjälp till självhjälp, där makt betyder möjlighet att påverka.

Enligt Tangen & Conrad (2009) är empowerment en viktig del i det hälsopromotoriska arbetet. WHO definierar hälsopromotion som något som möjliggör för människor att ta kontroll över sina egna liv. Det hjälper människor att identifiera sina egna problem och att hitta verktyg och självförtroende att hantera dem. Det är därför viktigt att förse de anställda med rätt verktyg för att de ska kunna hantera och utföra sitt arbete och för att de ska finna det meningsfullt. Det kan exempelvis göras genom att bidra med information, resurser och stöd i arbetet, och samtidigt möjliggöra för lärande och utveckling (Laschinger & Finegan, 2005).

Flera modeller för hälsoarbete bygger på tanken om empowerment och utgår från tanken att människor i alla vardagssituationer ska betraktas som subjekt och är därav kapabla att styra sina egna liv under förutsättning att den omgivande kulturella, sociala och fysiska miljön stödjer hälsosamma val (Pellmer & Wramner, 2007). Individen ska kunna använda och kombinera kunskaper, intellektuella och manuella förmågor, sociala färdigheter, attityder och personlighetsrelaterade egenskaper som har med tankeverksamhet och kreativitet att göra. Handlingsförmåga innebär att kunna lösa problem och skapa förändringar. (Hanson, 2004).

Forskning har enligt Lucas et al (2008) visat att empowerment i arbetet är relaterat till arbetstillfredsställelse, engagemang, arbetsglädje och motivation. Att få möjlighet till egenmakt har en positiv effekt på verksamheten och kan bidra till utveckling och ökat välbefinnande. Genom egenmakt och bidragande till ökad kunskap om en god arbetsmiljö och förståelsen av en bra och säker vård lär de anställda bli uppmuntrade till att vilja förbättra och bli mottagliga för tänkbara förändringar.

Delaktighet och inflytande på arbetsplatsen

Delaktighet och inflytande är nyckelbegrepp för en framgångsrik arbetsplats. Delaktighet är förenat med kommunikation och dialog och innebär att det ges möjlighet att få sin röst hörd. Enligt Hanson (2004) är att dialogen kärnan i den delaktiga kommunikationen. När medarbetarna känner de inte får vara delaktiga och påverka i beslutfattande som berör arbetsplatsen kan det ses som brist på respekt från de ledande positionerna då det kan upplevas som att de ignorerar eller bortser sin personal från företeelser som berör även dem och förtroendet för organisationen kan därmed minska (Laschinger & Finegan, 2005). För att personalen ska kunna komma med eventuella lösningar på problem som kan uppstå är det nödvändigt att de är involverade och delaktiga i olika planeringssammanhang. Att främja till delaktighet och inflytande i organisationen har stor betydelse för upplevelsen av livskvalitet (Tangen & Conrad, 2009). Enligt Liu (2008) har studier visat att glädjen och tillfredsställelsen i arbetet ökar när medarbetarna får vara med och bestämma i olika beslut som ska tas. Anställda som är missnöjda med sitt arbete är mindre motiverade till att nå målen som är uppsatta för organisationen. Att ta hänsyn till medarbetarnas önskemål är därför viktigt för att öka graden av motivation och engagemang. Om ledaren dessutom har förtroende och tillit till sina medarbetare stärks ytterligare engagemanget och viljan till att vara delaktig och komma med idéer och förslag. När medarbetarna får möjlighet att vara med och påverka i beslutfattande processer känner de sig viktiga och kvaliteten på arbetet förhöjs.

Pedagogisk relevans

Kompetensutveckling inom vården kan leda till ökad meningsfullhet, engagemang och trygghet för individen samtidigt som det utförda vårdarbetet får högre kvalitet samt att stress och utbrändhet kan förebyggas. Det här kan få som följd att patienterna i sin tur kan få en bättre omvårdnad. Mår medarbetarna bra, skapas förutsättningar för en bättre vårdkvalitet för patienterna (Bauer Alfredsson, 1991).

Att främja hälsa har också ett pedagogiskt perspektiv. Chefer har ofta lättare att ta till sig det hälsofrämjande perspektivet då detta påminner om annat utvecklingsarbete. Det är lättare att ta till sig ett utvecklingsorienterat synsätt än ett problemorienterat. Då cheferna gärna ser att produktivitet och lönsamhet förbättras har de också ett intresse av att medarbetarna är produktiva.

Därför ligger det i chefernas intresse att främja hälsan på arbetsplatsen. ”En god arbetsmiljö förknippas ofta med en lärande organisation. En hälsosam organisation är troligtvis lärande men en lärande organisation behöver inte alltid vara hälsosam.” Det borde ligga lika mycket i arbetsgivarens intresse som hos den enskilde individen att skapa förutsättningar för en hälsosam organisation. Vad som är utmärkande för en hälsosam arbetsplats är att medarbetarna känner sig trygga och fria. En arbetsplats där man kan yttra sig utan risk för påföljder och där alla idéer och förslag ses som värdefulla. Hälsöfrämjande processer sker med delaktighet från berörda parter men det behövs även kompetenta och insiktsfulla ”förändringsagenter” som underlättar sådana processer på arbetsplatsen. Exempel är företagshälsovårds- och friskvårdspersonal (Menckel & Österblom, 2002).

På företaget Scania tog man fram följande hälsoindikatorer som även skulle fungera på andra arbetsplatser: god kondition, bra matvanor, hanterbar stress, god vikt, god fysisk arbetsmiljö, god psykosocial arbetsmiljö, drog- och tobaks- fria arbetare, måttlighet med alkohol, god ergonomi, bra arbetstid, inflytande, trivsel och god sömn (Menckel & Österblom, 2002).

Kunskap och lärande

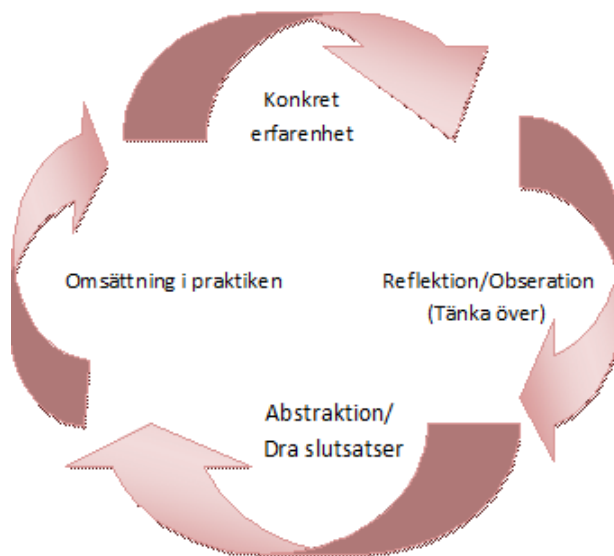
Det moderniserade samhället idag ger möjlighet till stort handlingsutrymme och ställer individen inför många krav men ger samtidigt också många valmöjligheter, även när det kommer till själva pedagogiken och kunskapshämtningen. Inom folkhälsoarbetet anses det väsentligt att individen kan göra välgrundade val gällande livsstilen och den egna hälsan utifrån förståelse och eget kunnande. Den egna kunskapsbildningen och egna förståelsen är grunden för människors handlande och har betydelse för individen, samhället och för en fortsatt demokratisk samhällsutveckling (Svederberg et al., 2001).

Abrahamsson och Wallin (2007) påpekar att det finns ett behov av att sätta lärande och kompetensutveckling i fokus på den svenska arbetsmarknaden. De anser att den tillsyn som idag finns i arbetslivet mest ägnar sig åt risker, men att ingen ser när en arbetsplats saknar goda lärandevillkor. Att utveckla nya visioner för ett människovärdigt arbete som tar till vara människors kompetens är en väsentlig del i hälsoarbetet (Abrahamsson & Wallin, 2007).

Svederberg et al. (2001) beskriver pedagogik som ett praktiskt verksamhetsområde där både de teoretiska och praktiska utgångspunkterna är betydelsefulla för att kunna förbättra människors möjligheter att utveckla kunskap, värderingar och handlingsmönster. Lärande kan ses som förändring av kunskaper och värderingar med utgångspunkt att tankeförmågan är den viktigaste formen av aktivitet och är en förutsättning för utvecklandet av mänsklig kunskap och färdighet. Carl Rogers menar vidare att lärandets utformning ska vara stridbar men samtidigt mild, inflytelserik men utan viljan att påverka för mycket samt självständig och accepterande. Han menar även att människan föds med positiva, sociala möjligheter och en grundläggande strävan att förverkliga dessa (Egidius, 2003).

Kolbs lärocirkel anses vara en av de mest kända illustrationerna av lärande som finns idag. Kolb försöker göra en sammanfattning av två andra stora tänkare: filosofen och utbildningsteoretikern John Dewey och gestaltpsykologen Kurt Lewin. Kolb menar att samtliga uppfattar lärande som en process som består av fyra stadier som bildar en lärocirkel (Illeris, 2007). Kolb (1984) beskriver människors olika sätt att lära utifrån två aspekter. Den ena handlar om hur vi tar till oss information, vilket kan ske på en mängd olika sätt på skalan mellan konkreta upplevelser och abstrakt tänkande. Den andra aspekten beskriver hur vi bearbetar den information som vi

inhämtar, vilket kan ske på olika sätt, alltifrån reflektion och observation till aktivt experimenterande. Utifrån de här två dimensionerna definierar Kolb fyra lärostilar: *Konkret erfarenhet*, *Reflektion och observation*, *Abstraktion* och *Omsättning i praktiken*. Den cirkelformade inlärningsprocessen börjar med den konkreta erfarenheten och fortsätter vidare med reflekterande observation. Därefter följer det abstrakta tänkandet som i sin tur får sin praktiska tillämpning i aktivt experimenterande/omsättning i praktiken. Sammanfattningsvis bör hela processen vara med i inlärningsituationen. Vidare menar han att vi alla använder samtliga fyra lärostilar i de flesta inlärningsituationer, men att vi växlar mellan sätten. Han föreslår att utbildningsplaneraren bör ha alla fyra lärostilarna i åtanke vid planeringen av en kurs eller utbildning.



Figur 2. Inlärningssteori efter Kolb (1984).

Ellström (et al, 2003) konstaterar att utifrån tidigare forskning som gjorts om lärande i arbetslivet kan två typer av lärande identifieras, det vill säga bemästringslärande och utvecklingsinriktat lärande. Bemästringslärande är viktigt för att som anställd på en arbetsplats från början kunna lära sig att hantera och utföra ett arbete. Det betyder att genom att lära sig att bemästra vissa arbetsuppgifter, problem, metoder eller arbetssätt lär man sig också hur arbetet fungerar. Utvecklingsinriktat lärande är den typ av lärande som fokuserar på kritisk reflektion över outtalade antaganden och utgångspunkter. Det innebär att individen lär sig att ifrågasätta rådande arbetsmönster och inhämtar kunskaper kring nya sätt att hantera arbetsuppgifter och problem i arbetslivet. Utvecklingsinriktat lärande har betydelse för den ständigt fortsatta utvecklingen av människors kunskaper och kompetens. Verksamhetens inriktning och strukturer är minst lika betydelsefulla för att få möjligheter till att kunna vidareutvecklas.

Motivation och lärande

Kompetens är en eftertraktad kvalifikation som förutsätter motivation och välbefinnande och är ett centralt begrepp inom pedagogiken. Möjlighet till kompetensutveckling på arbetet stimulerar

till delaktighet, individuell utveckling och bidrar dessutom till gemenskap. Det möjliggör att individen kan påverka sina livs- och arbetsvillkor (Ellström, 1996). Motivation är en förutsättning för prestation. För att en individ ska kunna utvecklas behövs därför drivkrafter och realistiska mål. Motivation i arbetet kan till exempel vara tillhörighet, bekräftelse, erkännande eller ekonomisk ersättning. Även välbefinnandet är en given omständighet för att individen ska kunna prestera och använda sin kunskap. Organisationen kan skapa förutsättningar för motivation och välbefinnande och bidra med kompetensutveckling, men den enskilde individen har också ett ansvar genom att delta.

För att nå framgång i en organisation krävs att rätt kompetens rekryteras och att de anställda tar del av de kompetensutvecklingsmöjligheter som erbjuds (Folkhälsoinstitutet & Prevent, 2001). Mellan motivation och lärande finns en stark relation, vilket har visat sig i många studier. Det är viktigt för individen att känna sig motiverad för att kunna lära sig nya saker. För att förklara mänsklig förändring och utveckling krävs att det finns en relation mellan motivation och lärande. Det hävdas att det är individens inre motivation som bestäms av ett samspel mellan utformningen av arbetet, arbetsupplevelsen och individuella bakgrundsfaktorer. Det finns tre faktorer som har stor betydelse för motivation på arbetsplatsen. Den första är att det ska finnas möjlighet att se helheten i arbetet och möjlighet för individen att se resultatet av arbetet. Mångsidighet i arbetet har även betydelse och möjlighet att utnyttja olika kompetenser. Det andra som är viktigt är att individen känner personligt ansvar för arbetets utfall och känner att han eller hon kan påverka sitt arbete. Den tredje faktorn innebär att individen har möjlighet att bedöma resultatet dvs kan få en återkoppling på utförda prestationer. Det här är delar som även Antonovsky tar upp i sitt resonemang kring betydelsen av KASAM i arbetet (Ellström et al, 2003).

Även Illeris (2007) tar upp motivation som en del av drivkraftsdimensionen. Drivkraftsdimensionen består, enkelt beskrivet av motivation, känslor och vilja. I innehållsdimensionen tar författaren upp vikten av det vi lär oss, det vill säga de kunskaper, färdigheter, insikter, åsikter, förståelser och kvalifikationer som vi tillägnar oss. Men för att kunna tillägna oss kunskap måste där finnas en drivkraft som sätter igång tillägnelseprocessen och ger möjlighet att genomföra den.

Samspel och socialt lärande

Den välkände pedagogen John Dewey anser att individen måste lära sig uppfatta sin egen roll i samarbete med andra och förstå vad redskap och föremål används till i en gemensam produktion. Dewey förespråkar problembaserat lärande, förankrat i åskådlig praktisk verklighet. Hans pedagogik är en aktivitetspedagogik där teori, praktik, reflektion och handling hänger ihop. Kunskap måste vara till någon nytta och vara verklighetsförankrad (Egidius, 2003).

Samspelet mellan människor tar även Illeris (2007) upp. Socialt lärande är det som sker i möten mellan människor och i de här sammanhangen verkar kreativitet, makt och ansvar. Lärande utspelar sig kring fyra axlar som är: handling, reflexivitet, kommunikation och samarbete. Det är viktigt för individens lärande att det finns möjlighet till aktiv medverkan och medbestämmande, engagemang, kritisk reflektion och reflexivitet samt socialt ansvar. Det kan antingen resultera i ett lärande där man arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål eller ett kollektivt lärande där man strävar efter en gemensam medvetenhet via processer som i sin starkaste form skulle kunna framstå som ett masspsykologiskt fenomen. I samspelet mellan olika personer kan vi finna knutpunkten för människans socialitet. Där formas de sociala sidorna i individens personlighet och där byggs det sociala systemet med dess organisationer och institutioner upp och upprätthålls. All socialpsykologisk forskning är egentligen forskning om interaktion. Den

socioemotionella funktionen uppfylls då man lyckas lösa spänningar mellan gruppens medlemmar och atmosfären förblir positiv. Den underlättar samtidigt för gruppen att nå sina mål, dvs. att uppfylla sin instrumentella funktion. Enligt Helkama (2000) påverkas en grupps effektivitet av olika faktorer och motivation är en av dem. Exempelvis minskar en individs motivation när denne tror att hans insatser varken uppfattas eller bedöms. En individs insats minskar också när han bedömer att hans handlingar inte har särskilt stor betydelse för gruppens prestation. En grupp kan dra nytta av en enskild individs insatser och när han upptäcker det så leder det till att hans entusiasm minskar. Om man jämför effektiviteten hos en grupp och en individ är gruppen troligtvis oftast effektivare än individen i det avseendet att gruppen kan åstadkomma sådant som är övermäktigt för en ensam individ. Det gick att se en relativ försämring av gruppens prestationer allt eftersom antalet medlemmar ökade. Den relativa försämringen vid grupprestationer kan dels bero på att motivationen hos medlemmarna minskar när gruppens storlek växer. Det här beror på att det blir svårare att förena och samordna många individers arbetsinsatser (Helkama et al., 2000).

Problemprecisering

Kraven i arbetslivet har ökat sen 1980-talet fast med en viss minskning efter 2001. Åren 2003-2005 upplevde 40 procent av kvinnorna i åldersgruppen 25-64 år sin arbetssituation som stressig och psykiskt ansträngande. Stressigt och psykiskt ansträngande arbete är vanligast bland både kvinnor och män som jobbar inom landsting och kommuner. Yrken där kvinnor vanligast upplever stress och psykisk ansträngning är grundskollärare, hälso- och sjukvårdspersonal, förskollärare och fritidspedagoger. Gemensamt för de här yrkena är att man arbetar med människor och de är också samtidigt yrken som upplevs som de mest meningsfulla, vilket kan låta lite motsättande. Arbetskravens betydelse för hälsa och ohälsa stöds av flera forskningsstudier där friska personer som har rapporterat hög psykisk belastning, efter ett tag har utvecklat psykisk ohälsa samt värk i nacke och skuldror. Stresssymptom är vanligare förekommande bland personer med stressigt och ansträngande arbete oavsett kön, socialgrupp, familjekonstellation, heltids- eller deltidsarbete, förekomst av ergonomisk belastning samt upplevelse av varierat eller enformigt arbete (Danielsson, 2009). Dessutom har minskade satsningar i ekonomiska resurser lett till organisatoriska förändringar och reducering av personal. Hälсотillstånden har försämrats och ohälsotalen har ökat. Psykiska sjukdomstillstånd och utbrändhet är vanliga orsaker till sjukskrivningar bland vårdpersonal. Det har visat sig vara relaterat till överansträngning, höga krav i arbetet, brist på stöd och uppmuntran från organisationen och medarbetarna, brist på balans mellan den egna insatsen och belöningen, låg kontroll över arbetssituationen samt brist på information (Pettersson et al, 2006).

Även enligt Angelöw (2002) finns det rapporter som beskriver hur ohälsan inom arbetslivet har ökat i början av 2000-talet. Författaren menar att istället för att tänka patogent och förebyggande, fokusera på det som främjar hälsan och gör att människor vill jobba kvar på sin arbetsplats. I den här studien kommer fokus att ligga på det salutogena perspektivet vilket innebär att vi utgår från ett hälsofrämjande tankesätt. Därför är vi intresserade av att undersöka hälsofrämjande faktorerers betydelse för ökat välbefinnande inom äldreomsorgen med vårdpersonal som målgrupp

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hälsofrämjande och hälsobevarande faktorerens betydelse för skapandet av en friskare arbetsplats.

Frågeställningar:

- Hur relaterar de anställdas ålder till den egna upplevda hälsan?
- Hur relaterar kunskaps- och utvecklingsmöjligheter till den självskattade hälsan hos de anställda?

Material och metod

Val av undersökningsmetod

Vid genomförandet av undersökningen har kvantitativ metod använts. Till vår studie passade den kvantitativa metoden bättre utifrån det formulerade syftet, och eftersom det fanns färdigutvecklade och redan testade instrument (SHIS och WEMS) som kunde användas blev valet av metod självklart. Enligt Edling och Hedström (2003) är kvalitativa metoder en beskrivning där ändamålet är att utforska relationen mellan teoretiska idéer och empirisk fakta för att på så sätt frambringa kunskap om samhället.

För att själva kunna ordna fram information om människors attityder, kunskaper, beteenden och upplevelser på arbetsplatsen valdes en enkätstudie att göras. Valet av metod bör även den utgå från ett etiskt handlande. Användandet av enkäter ger möjlighet till anonymitet och det är omöjligt att identifiera individuella personer vilket kan göra att deltagarna känner sig mindre utsatta och mer trygga (Ejlertsson, 2005). Den här metoden används för att underlätta för de deltagande att medverka i undersökningen samt för att nå ut till fler under kortare tid. Det skulle kunna bidra till en högre svarsfrekvens och därigenom ökad reliabilitet. För att spara tid och för att effektivisera hanteringen av materialet användes elektroniska datorenkäter istället för pappersenkäter. Högskolan i Kristianstad tillhandahåller ett program för personal och studenter som bland annat vill skapa enkäter online. Verktöget heter EvaSys. Andra fördelar med EvaSys är förutom att kunna skapa frågeformulär online också att materialet kan överföras direkt till Excel och SPSS för vidare bearbetning av datainsamlingen. För att bekanta sig med programmet och kunna hantera det på ett bra sätt gavs möjlighet till en onlinekurs.

Vid undersökningen användes de färdiga frågeformulären Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) och Work Experience Measurement Scale (WEMS) samt en egen kompletterande del rörande kunskap och utveckling i arbetet. Ejlertsson (2005) anser att fördelen med att utnyttja frågor som konstruerats av andra besparar tid från arbetet med frågekonstruktionen, samt att materialet kan jämföras med andra som tidigare använt formuläret. En annan fördel är att också att frågorna redan är kvalitetstestade.

Frågeformuläret

SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale) och WEMS (Work Experience Measurement Scale) är mätinstrument för upplevelsen av hälsa och arbete utifrån ett salutogent perspektiv. Resultat har visat att instrumenten har både hög reliabilitet och hög validitet. Mätinstrumenten är vetenskapligt testade i samband med hälsopromotion i arbetslivet och har utvecklats vid två olika sjukhus i Skåne. Utöver de redan färdigutvecklade frågorna rörande hälsofrämjande arbetsliv bifogades ytterligare åtta egna frågor, vars syfte var att täcka in den pedagogiska delen i uppsatsarbetet.

Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS)

SHIS står för Salutogenic Health Indicator Scale och har utvecklats utifrån teorier som har koppling till begreppen hälsa och välbefinnande. Samtliga påståenden är formulerade ur ett hälsofrämjande perspektiv och hänger samman med en salutogen och holistisk beskrivning av hälsa. Hälsa är mätbart och hälsoindikatorer som fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande ingår i mätinstrumentet. SHIS är ett instrument där varje fråga besvaras på en sexgradig skala från positiv till negativ formulering i anslutning till påståenden som instämmer helt till tar helt avstånd. Instrumentet består av tolv frågor med två olika dimensioner av indikatorer. För att få fram ett värde på indikatorer som mäter den totala hälsan går det att slå ihop resultatet av svaren på alla de frågor som inkluderas i frågeformuläret. Ju högre uppnått indexvärde desto bättre är indikatorerna på hälsa. Indexvärdena beräknas för varje enskild individ där varje fråga kan som lägst ge värde 1 vid positivt svar och som högst värde 6 vid negativt svar. Jämförelser på olika grupperingar och individer kan göras genom att beräkna lämpligt genomsnitts- och spridningsmått. Eftersom mätinstrumentet som endast består av tolv påståenden och utgår från en positiv inriktning kan det användas i olika sammanhang för att mäta indikatorer på hälsa (Bringsén et al., 2009).

Work Experience Measurement Scale (WEMS)

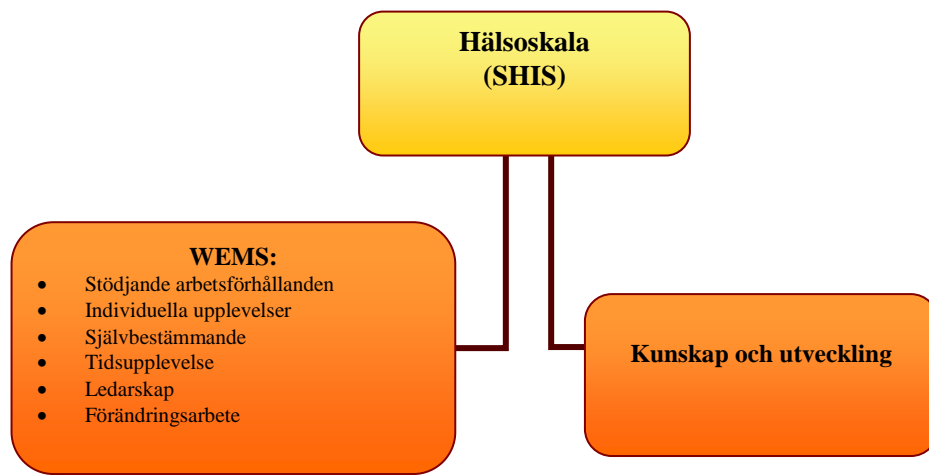
Wems står för Work Experience Measurement Scale, är ett multidimensionellt frågeformulär och innehåller frågor som rör upplevelser av arbete och arbetssituation. Frågorna är utvecklade från teorier som har anknytning till bl a. KASAM (Känsla av sammanhang), flow, regenerativt arbete, krav-kontroll-stöd samt ansträngning-belöning. Resultatet kan tolkas utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Verktöget innehåller sex dimensioner gällande arbetsupplevelser, vilka är följande: stödjande arbetsförhållanden, individuella upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap samt förändringsarbete. Vid svarsanalysen bildas indexvärden av de sex dimensionernas frågor. Indexvärden beräknas för varje individ. Som högst kan varje fråga ge 6 om svaret är negativt och som lägst 1 om svaret är positivt. Intervallet inom vilket respektive område kan ligga inom är: stödjande arbetsförhållanden, individuella upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap, förändringsarbete. Instrumentet innehåller 32 påståenden att ta ställning till genom sex svarsalternativ från ”Instämmer helt” till ”Tar helt avstånd”. För att resultatet ska gå att tolka ur ett salutogent perspektiv är påståendena positivt ställda (Nilsson et al., 2010).

Kunskap och utveckling

För att täcka in pedagogiken i arbetslivet som är en viktig del i den hälsofrämjande processen valdes att utforma egna kompletterande enkätfrågor som anknyter till vårt syfte med studien. Vi

valde att döpa indexet till Kunskap och utveckling och den utgår från samma mall som instrumentet WEMS. Alla frågor är positivt formulerade och består av en sexgradig skala med påståenden från instämmer helt till tar helt avstånd. Även indexvärdena beräknas på samma vis som i WEMS. Skälet till att välja att utgå från samma mall som mätinstrumentet WEMS var mest för att underlätta för respondenterna att följa samma struktur och förhindra eventuell förvirring vid besvarandet. Innan frågeformuläret distribuerades testades det även genom att låta en timanställd på ett äldreboende i Kristianstad fylla i enkäten och komma med respons och funderingar.

För att om det fanns samband mellan de oberoende variablerna WEMS samt Kunskap och utveckling och den beroende variabeln Hälsoskalan (SHIS) valdes det att göra olika statistiska dataanalyser.



Figur 3. En illustration av Hälsoskalan (SHIS) i relation till WEMS och Kunskap och utveckling.

Etiska överväganden

Respekt för de mänskliga rättigheterna är grundläggande principer inom forskningsetik. De mest framträdande etiska principerna är: respekt för självbestämmande, för värdighet, för integritet och för det sårbara (Stryhn, 2007). Det krävs att som extern person vara lyhörd för människors olikheter och för människors sårbarheter. Integritetstrång är känsligt och kan göra folk upprörda. Det har tagits hänsyn till de etiska aspekterna genom att beakta vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

- Informationskravet har tillgodosetts genom att berörda personer som valt att medverka i studien har informerats i god tid. Det innebär att deltagarna har meddelas skriftligt genom ett tydligt följebrev där information om att deltagandet i undersökningen var frivilligt och en beskrivning om vad undersökningen gick ut på fanns med. Likaså gavs en kort beskrivning om vad syftet med undersökningen var och vad resultaten kommer att användas till.
- Samtyckeskravet innebär att genom bra informationsunderlag försäkra sig om att den informerade har förstått informationen och självmant vill delta i undersökningen. Forsman

(1997) menar att informerat samtycket är den viktigaste principen inom etikforskning. Samtycke har inhämtats av enhets- och i verksamhetschefer innan studien påbörjades. Vid kvantitativa studier ges dock samtycket automatiskt då de tillfrågade väljer att svara på enkätformuläret efter att informationen om undersökningen har getts. Det betyder att de som valt att medverka i studien automatiskt ger sitt samtyckt att delta.

- Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att respektera de enskilda individerna där inga namn nämns eller används olämpligt i studien. Alla uppgifter som lämnats av äldreboenden och de personer som valt att delta i studien har behandlats konfidentiellt. Det innebär att utomstående inte kan identifiera de enskilda personer som har medverkat i undersökningen. I uppsatsarbetet har all redovisning av resultaten när det gäller enskilda arbetsplatser avidentifierats för att minska integritetstrång och för att minska riskerna att informationen av datainsamlingen missbrukas. För att värna om förtroende, skydda rättigheterna och inge tillit har även datainsamlingen bevarats på ett betryggande sätt under processens gång där ingen annan än vi som skribenter har haft tillgång till materialet (Stryhn, 2007).
- Nyttjandekravet har tillgodosetts genom att ansvariga är medvetna om att uppgifter från enskilda personer endast får användas till forskningsändamål, i vårt fall som underlag till vårt uppsatsarbete.

Urval

Urvalet av målgrupp bestod av individer anställda inom äldreomsorgen i delar av Skåne och Karlshamn. På grund av stora skillnader i arbetsuppgifter valde vi att utesluta områdes- och enhetschefer. Bland de anställda räknades sjuksköterskor, vårdbiträden och undersköterskor in.

Genomförande

För att hitta kontaktuppgifter till äldreboendena besökte vi de olika kommunernas hemsidor. Därefter togs övergripande kontakt med äldreboendena via mail och telefon. Information om undersökningen skickades ut till enskilda områdes-/enhetschefer om intresse för deltagande i studien fanns. Efter visat intresse skickades följebrev ut tillsammans med länk som direkt ledde till datorenkäten. Länken till datorenkäten vidarebefordrades till medarbetarna via områdes-/enhetschefer. På grund av att responsen från områdes/enhetschefer dröjde i tid fick de anställda på de olika äldreboendena olika lång tid på sig att besvara enkäten. Från början var det tänkt att endast Kristianstad och Hässleholms kommun skulle bli tillfrågade att delta i undersökningen men då intresset från de här kommunerna var olika skäl var för litet beslutade vi att nå ut till fler kommuner vilket resulterade i att nästan hela Skåne samt Karlshamn blev tillfrågade och informerade om studien. Intresset verkade från början stort men trots det blev den slutliga svarsfrekvensen låg. Enkäten fanns tillgängligt att besvara under tidsperioden 9 december, 2009 till och med 1 februari, 2010. Under tiden skickades två påminnelser ut till de äldreboenden som meddelat sin medverkan. Undersökningen fanns åtkomlig för ca 1000 personer varav totalt 234 personer valde att besvara datorenkäten. Det konstateras att bortfallet i studien är av betydande storlek vilket kommer tas upp i ett senare avsnitt i bortfallsreflektionen.

Databearbetning

Totalt var det 234 personer som besvarade den elektroniska enkäten. Svarefrekvensen låg på 23 %. Enkätverktyget EvaSys (Education Survey Automation Suite) användes vid besvarande av enkäten. Det slutgiltiga materialet registrerades och bearbetades sedan i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Därefter analyserades datamaterialet och utmynnade i ett resultat för vidare diskussion.

Statistiska metoder

Hypotesprövningar gällande skillnader genomfördes med en signifikansnivå på 5 %. Det innebär att resultatet inte är tillförlitligt om signifikansnivån överstiger $p < 0,05$. Vid jämförelser av variabler har vi använt oss av t-test och Chi-två test. Även de enskilda påståendena i indexet Kunskap och utveckling testades med hjälp av t-test och Chi-två test. För att mäta styrkan på sambanden användes Pearson korrelations test. Den interna konsistensen (reliabiliteten) av subindexen på WEMS samt Kunskap och utveckling beräknades med Cronbach's alpha. Enligt Ejlertsson (2005) ligger en acceptabel intern konsistens kring 0,7 eller högre. Teoretiskt sätt kan dock Cronbach's alpha som högst vara 1,0.

Bearbetning av variabler

För att jämföra de högsta och lägsta värdena delades hälsoindexet (SHIS) upp i fyra kvartiler, varav endast de två med högst och lägst värde valdes att analyseras. Värdena bildade två grupper där de med högst självskattad hälsa och de med lägst självskattad hälsa ingick. Anledningen till den här uppdelningen var för att visa på tydliga skillnader mellan högst självskattad hälsa och lägst självskattad hälsa i relation till WEMS samt Kunskap och utveckling. För att ta reda på om det fanns skillnader i upplevd hälsa mellan äldre och yngre personer delades de tidigare åldersgrupperna in i två nya grupper. Den första gruppen fick utgöra de individer som var till och med 39 år och den andra gruppen var från 40 år och uppåt.

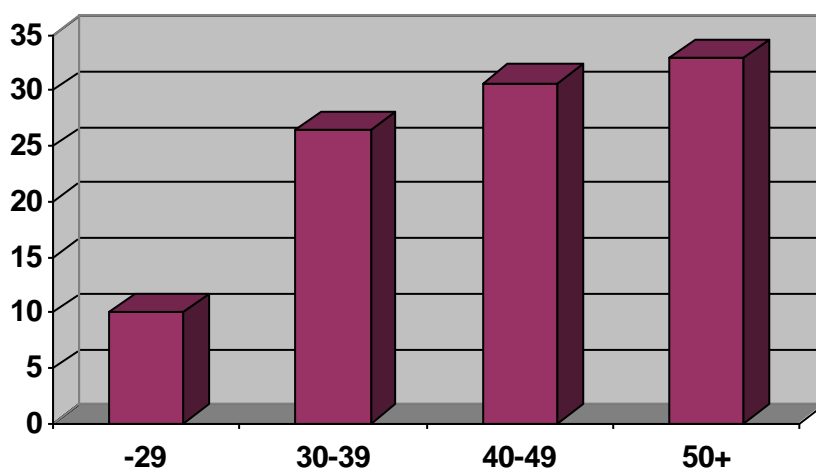
Påståendet *Chefen uppmuntrar mig att bidra till verksamhetens utveckling*, i variabeln Kunskap och utveckling valdes att plockas bort vid ett tillfälle. Det för att Cronbach's alpha värdet blev högre. Dessutom fanns tidigare ett liknande påstående i variabeln ledarskap i WEMS. Alla testade variabler visade på höga värden, det vill säga reliabiliteten i studien var hög. Högst reliabilitet hade frågeområdet förändringsarbete (0,96) följt av stödjande arbetsförhållanden (0,92) och ledarskap (0,90). För att reliabiliteten ska anses ligga på en acceptabel nivå bör Cronbach's alpha helst vara över 0,70. Validiteten för SHIS och WEMS är redan testad, det vill säga instrumenten är både valida och reliabla. Frågorna i samtliga variabler är av Likert-typ, det vill säga istället för en fråga ges ett påstående där respondenten ska instämma i eller ta avstånd från påståendet (Ejlertsson, 2005).

Vid ett tillfälle i resultatdelen har vi använt oss av standardiserade indexvärden när det gäller mätinstrumenten SHIS och WEMS, för att det ska vara enklare att förstå och jämföra dem. Vid standardisering varierar samtliga indexvärden mellan 0 och 100 % oavsett ursprungligt variationsområde. I det här fallet avläses värdena omvänt, vilket innebär att högre procentuellt värde ger en högre korrelation mellan testade variabler (Nilsson et al., 2010).

Resultat

Beskrivning av undersökningsgruppen

I undersökningen deltog totalt 234 anställda inom äldreomsorgen i Skåne och Karlshamn, varav 10 var män och 224 var kvinnor. Antal enkäter som skickades ut var ca 1000. Svarsfrekvensen blev ca 23 %.



Figur 4 – Relativ åldersfördelning (%) bland respondenterna i studien (n=234).

Relationen mellan upplevd hälsa på arbetsplatsen och ålder

Bäst indikatorer på hälsa enligt SHIS har de personer som är 40 år och äldre. Den yngre åldersgruppen har ett högre medelvärde vilket tyder på lägre upplevd hälsa.

Tabell 1. Medelvärde (standardavvikelse) för SHIS för åldersgrupperna till och med 39 år och 40 år och uppåt.

Ålder	Medelvärde (standardavvikelse)
– 39	33,2 (13,4)
40+	27,7 (11,9)

p=0,003 (t=3,02; df=203)

Upplevd hälsa på arbetsplatsen i relation till WEMS och Kunskap och utveckling

Att ha hög självskattad hälsa på arbetsplatsen relateras i positiv riktning av *stödjande arbetsförhållanden, individuella upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap, förändringsarbete* och *kunskap och utveckling*. Signifikanta skillnader fanns mellan dem med högst självskattad hälsa och de med lägst självskattad hälsa. De som hade högst självskattad hälsa var också de som hade lägst medelvärde på de olika variablerna, dvs. de respondenter som hade mest positiva svar (se tabell 2). *Kunskap och utveckling, stödjande arbetsförhållanden* och *delaktighet i förändringsarbete* var de subindex som hade starkast korrelation till hög självskattad hälsa. Signifikansnivån på samtliga variabler blev $p=0,000$ och det visar på att det finns ett samband med god hälsa på arbetsplatsen.

Tabell 2. Medelvärde (standardavvikelse) för WEMS subindex och indexet Kunskap och utveckling i relation till självskattad hälsa enligt SHIS.

WEMS/Kunskap och utveckling	Högst självskattad hälsa (%) (n=54-56)	Lägst självskattad hälsa (%) (n=49-50)	t-värde
Stödjande arbetsförhållanden	12,9 (6,54)	21,5 (7,37)	-6,32
Individuella upplevelser	10,2 (4,52)	17,3 (6,13)	-6,68
Självbestämmande	10,4 (4,52)	14,3 (4,56)	-4,13
Tidsupplevelse	6,09 (3,63)	11,3 (4,56)	-7,35
Ledarskap	12,5 (6,15)	20,2 (6,35)	-6,36
Förändringsarbete	13,3 (6,92)	21,7 (8,22)	-5,63
Kunskap och utveckling	12,4 (4,62)	23,4 (6,31)	-10,28

$p=0,000$ vid jämförelse för alla grupper med högsta och lägsta hälsoindex.

Möjlighet till kunskap och utveckling i arbetet är relaterat till individens hälsa på arbetsplatsen. *Chefen uppmuntrar mig att bidra till verksamhetens utveckling, Min kunskap bidrar till att verksamheten för de äldreboende utvecklas och Jag utvecklar mitt lärande i samspelet med mina arbetskolleger* var de påståenden som hade starkast relation till hög självskattad hälsa ($p=0,000$).

Tabell 3. Andel (%) som instämde med påståendena i indexet Kunskap och utveckling.

Kunskap och utveckling	Högst självskattad hälsa (%) (n=56)	Lägst självskattad hälsa (%) (n=50)	p-värde
Min kunskap bidrar till att verksamheten för de äldreboende utvecklas	89	42	0,00
Chefen uppmuntrar mig att bidra till verksamhetens utveckling	86	32	0,00
Jag kan använda mig av mina kunskaper och erfarenheter på min arbetsplats	98	60	0,00
Jag känner mig motiverad att lära mig nya saker i mitt arbete	100	70	0,00
Mitt arbete ger mig möjlighet till utveckling	100	70	0,00
Den kunskap jag har ger mig möjlighet att hantera nya situationer som uppstår på min arbetsplats	97	62	0,00
All personal arbetar för att nå de uppsatta målen med verksamheten	75	30	0,00
Jag utvecklar mitt lärande i samspelet med mina arbetskolleger	86	38	0,00

* Att instämma innebär svar med något av de två första av sex alternativ.

Standardiserade värden på upplevd hälsa och arbetsförhållanden

Medarbetare som var 40 år och uppåt hade enligt SHIS en högre självskattad hälsa i jämförelse med dem som var 39 år och yngre.

Tabell 4. Medelvärde (standardavvikelse) för SHIS (standardiserade)

Ålder	Medelvärde (standardavvikelse)
– 39 (n=73)	66,8 (13,45)
40 + (n=131)	72,3 (11,93)
Totalt (n=204)	70,4 (12,74)

$p=0,003$ ($t=3,017$; $df=202$)

Medarbetare som var 40 år och uppåt visade sig enligt WEMS vara mer tillfredsställda med sina arbetsförhållanden i jämförelse med dem som var 39 år och yngre.

Tabell 5. Medelvärde (standardavvikelse) för WEMS (standardiserade)

Ålder	Medelvärde (standardavvikelse)
– 39 (n=74)	62,8 (19,08)
40 + (n=128)	67,6 (16,68)
Totalt (n=204)	65,9 (17,65)

$p=0,067$ ($t=1,843$; $df=200$)

När det gäller upplevelsen av arbetsförhållanden visade det sig att även här låg de som var 40 år och uppåt bättre till. *Individuella upplevelser*, *stödjande arbetsförhållanden* och *ledarskap* på arbetet var de subindex som hade starkast relation till hög självskattad hälsa.

Tabell 6. Medelvärde (standardavvikelse) för WEMS subindex (standardiserade)

WEMS	Medelvärde (standardavvikelse) (n=218-226)
Stödjande arbetsförhållanden	71,8 (21,13)
Individuella upplevelser	73,7 (21,16)
Självbestämmande	59,4 (22,30)
Tidsupplevelse	61,4 (26,03)
Ledarskap	66,3 (22,89)
Förändringsarbete	62,9 (25,87)

Styrkan på samband

Signifikanta samband fanns mellan hög självskattad hälsa och *stödjande arbetsförhållanden, individuella upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap, förändringsarbete, kunskap och utveckling*. Störst korrelationssamband fanns med indexet Kunskap och utveckling. Vid uteslutande av frågan, *Chefen uppmuntrar mig att bidra till verksamhetens utveckling*, i variabeln *Kunskap och utveckling*, framgick det att sambandet med hög självskattad hälsa blev starkare (0,64).

Tabell 7. Korrelationssamband mellan å ena sidan SHIS och å andra sidan WEMS subindex resp. indexet Kunskap och utveckling.

WEMS/ Kunskap och utveckling	Pearson korrelation
Stödjande arbetsförhållanden	0,47
Individuella upplevelser	0,45
Självbestämmande	0,32
Tidsupplevelse	0,48
Ledarskap	0,44
Förändringsarbete	0,39
Kunskap och utveckling	0,59

*Korrelation är signifikant vid nivå 0,01. Ju högre värde desto starkare korrelation till SHIS, d.v.s. mer positiva indikatorer på hälsa.

Diskussion

En stor del av det vuxna livet tillbringas människor på sin arbetsplats. Det innebär att hur individen upplever hälsan på arbetsplatsen speglar hur vi mår även i andra sammanhang. Arbetslivet ska inte vara en plåga utan ses som en viktig del av livets mening. Vikten av att utveckla arbetslivet och satsa på en hälsofrämjande arbetsplats ska enligt Menckel och Österblom (2002) vara en given förutsättning.

I dagens samhälle ligger fokus främst på att förebygga ohälsa, det vill säga att det grundar sig på att vidta åtgärder i förväg för att förhindra skadlig utveckling. Det salutogena perspektivet fokuserar på det som främjar och skapar hälsa (Antonovsky, 2005). Att betrakta hälsa utifrån ett salutogent synsätt är relativt nytt då det tidigare i större utsträckning har fokuserats på de faktorer som leder till ohälsa. Ur ett hälsofrämjande perspektiv ska alltså arbetsplatsen fokusera på att erbjuda och möjliggöra för en god hälsa och frisk arbetsplats medan det förebyggande perspektivet fokuserar på att avvärja och skydda mot hälsorisker (Menckel & Österblom, 2002). För att skapa en hälsofrämjande arbetsplats bör det enligt Angelöw (2002) fokuseras mer på friskfaktorer och det som gör att människor bibehåller en god hälsa. Han menar för att öka förståelse för vilka faktorer som påverkar hälsan krävs att hälsan betraktas utifrån ett salutogent och holistiskt synsätt.

Av vårt resultat framgick det att anställda inom äldreomsorgen som var 40 år och uppåt hade bättre upplevd hälsa och visade sig vara mer tillfredställda med sina arbetsförhållanden än de som var 39 år och yngre. Stödjande arbetsförhållanden, individuella upplevelser, självbestämmande, tids- och handlingsutrymme, engagerat och motiverande ledarskap, delaktighet i förändringsarbete och möjligheter till kunskap och utveckling hade stark relation till hög självskattad hälsa. En tanke till att de som ingår i den äldre åldersgruppen värderar den egna hälsan högre kan vara att den yngre åldersgruppen har mer uttalade krav på arbetet eftersom de är uppväxta i postmoderna samhället där vi är mer individualiserade, har lättare för att tröttna på saker och ting och blir inte lika enkelt tillfredställda. Det kan kopplas till Bauman (2001) som skriver om att människor idag kräver spännig, ständig förändring och utmaning i sin vardagssituation för att inte bli uttråkade. De äldre däremot kanske är mer tåliga och accepterar sin situation på ett annat sätt. Likaså när det gällde upplevelsen av arbetsförhållanden, låg de som var 40 år och uppåt bättre till enligt värdena på WEMS. Individuella upplevelser, stödjande arbetsförhållanden och ledarskapet på arbetet var de subindex som hade starkast relation till hög självskattad hälsa.

Enligt Warr et al (1996) går medarbetares välbefinnande sannolikt att relatera till ålder. Noterbart är att de som känner lägst välbefinnande, befinner sig ungefär i åldrarna mellan 30 och 35 år. Det här kan öka värdet av att ha äldre personal på en arbetsplats. Erfarenhet är enligt Johansson (1997) en viktig faktor när det gäller äldre medarbetare. En erfaren person bemöts ofta med mer respekt. Erfarenhet kan också innebära trygghet för både individen och andra i organisationen. För en mer erfaren person kan det vara lättare att avgöra vad som ska prioriteras och vad som kan läggas åt sidan. De som är mer erfarna kan också känna att de kan ställa högre krav på sin arbetsplats. Mångårig erfarenhet kan fungera som ett kraftfullt konkurrensmedel, speciellt när det gäller att konkurrera med yngre.

Äldre som kände sig yngre i sinnet hade bättre psykisk hälsa och en mer positiv inställning till livet och åldrandet i sig. De som definierade sig själva som yngre än sin verkliga ålder upplevde

bättre fysisk hälsa (Wiesman et al. 2009). Även i en studie från Danmark angav de med högre ålder en bättre eller oförändrad, självskattad hälsa (Andersen Krarup et al, 2007).

I linje med Antonovskys salutogena teori kunde livserfarenhet åstadkomma högre KASAM. Äldre använde sina resurser för att bevara den psykiska hälsan på så sätt att det kunde överskrida åldersrelaterade problem och effektivt hantera risker som orsakades av biologiska faktorer. Starkt KASAM kan även fungera som buffert mot stress. Friska äldre personer menade att den egna fysiska hälsan var orsakad till stor del av egna förebyggande insatser (Wiesman et al, 2009).

Enligt en artikel av Deeks et al (2009) utsågs livsstil som den viktigaste faktorn för ett hälsosamt åldrande, följt av familjehistoria, stabilt familjeliv, miljöfaktorer och förebyggande strategier. Bland äldre personer värderades relationer som viktigast för god hälsa. Detta stöds av tidigare forskning som visar att socialt stöd är viktigt för känslomässigt och fysiskt välbefinnande.

I en studie som presenteras i Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) framhålls det att de viktiga faktorer för en positiv hälsoutveckling är om samarbetet och känslan av delaktighet i arbetet ökar. Studien ger också belägg för att stödjande arbetsförhållanden, gott samarbete och ett positivt arbetsklimat kan stödja en positiv hälsoutveckling och motverka ohälsa. Problemen som finns kan reduceras om rätt åtgärder vidtas i både den psykosociala och den fysiska arbetsmiljön. Individerna i sig har också ett stort ansvar genom att ta vara på sig själv och försöka arbeta ”på rätt sätt”.

Enligt Wigaeus Tornqvist et al. (2000) visar forskning att arbetsorganisationen och den fysiska och psykosociala arbetsmiljön måste beaktas för att kunna förstå, förklara och hantera arbetet. Arbetstillfredsställelse såväl som patientens tillfredsställelse och trygghet har visat sig vara sammankopplade med god vårdkvalité och arbetskvalité och är därtill även en förutsättning för arbetsglädje (Pettersson et al, 2006). Vår studie visar att de flesta upplever sin arbetsituation som positiv. Signifikanta korrelationsvärden fanns mellan variablerna på WEMS och hög självskattad hälsa på arbetsplatsen vilket visar på att det finns en tydlig relation mellan goda arbetsförhållanden på arbetsplatsen och hög självskattad hälsa. Nielsen et al (2004) menar att en dålig psykosocial arbetsmiljö påverkar frånvaron i arbetet. För att åstadkomma en hög frisknärvaro och en trivsamt och utvecklande arbetsplats behöver det göras investeringar i verksamheten, även om det kostar, då det på längre sikt ger större vinst med friskare personal. De subindex som hade starkast samband med hög självskattad hälsa var framförallt kunskaps- och utvecklingsmöjligheter, stödjande arbetsförhållande och möjlighet till att vara delaktig och kunna påverka i förändringsarbetet. Gruppen som hade högst självskattad hälsa var de personer som instämde helt på påståendena och angav svarsalternativ ett eller två av den totalt sexgradiga skalan. Resultatet kan styrkas Nielsen et als (2004) studie som kommer fram till att möjlighet till tids- och handlingsutrymme, att vara delaktig i förändringsarbetet och att det ges möjlighet till kunskapsutveckling är viktiga faktorer för ökad hälsa i arbetslivet. Att skapa balans mellan krav, kontroll, inflytande och belöning är ytterligare faktorer som påverkar medarbetarnas hälsostatus i positiv riktning (Tangen & Conrad, 2009).

Mycket forskning har skett de senaste årtiondena när det gäller lärande och kompetensutveckling i arbetslivet. De gemensamma inslagen i forskningen handlar om individens aktiva handlande och reflektion samt samspel och kommunikation med andra. Människans egna kontrollmöjligheter över uppgiften och reglerandet över det egna handlandet, kopplas till lärande och kompetens att utföra arbetsuppgifter och att hantera problem (Ohlsson, 2008).

Möjlighet till kunskap och utveckling i arbetet visade sig vara starkt relaterat till individens hälsa på arbetsplatsen. Särskilt tre påståenden i indexet Kunskap och utveckling blev mer framträdande. Starkast relation till hög självskattad hälsa hade påståenden som: *Chefen uppmuntrar mig att bidra till verksamhetens utveckling*, *Min kunskap bidrar till att verksamheten för de äldreboende utvecklas* och *Jag utvecklar mitt lärande i samspelet med mina arbetskollegor*.

Att kunna utvecklas i sitt arbete relaterar till hög arbetsglädje och tillfredsställelse med sitt arbete. Förutom att utveckla färdigheter i arbetet kan kompetensutveckling bidra till ökat välbefinnande och ger individen bättre självförtroende (Hughes, 2004). Det här bekräftas av Siegrist et al (2004), där det tas upp hur viktig kompetensutveckling är för en organisation. En ständig utvecklingsprocess, en väl avvägd resurstillgång och delaktighet är samtliga, viktiga kriterier för en hälsofrämjande organisation. Belöning kan även mätas i de karriärs- och utvecklingsmöjligheter som erbjuds på en arbetsplats, utifrån ansträngnings- och belöningsmodellen (Luxemburgdeklarationen, 1997). Ett stimulerande arbete som leder till utveckling och lärande är både positivt för den egna individens välmående samt organisationens konkurrenskraft (Moxnes, 1995). Ellström et al (1996) menar att när människor inte utvecklas på sin arbetsplats, känner för lite stöd och social kontakt eller blir hårt styrda av ledningen, motverkar det lärande och välbefinnande bland de anställda. Därför är det viktigt att arbetsplatsen betraktas som en miljö för lärande, men då krävs det att organisationen motiverar, erbjuder och ordnar tillfällen där de anställda kan ta tillvara möjligheter för att kunna utvecklas (Hughes, 2004).

Enligt Abrahamsson och Wallin (2007) är trygghet en viktig aspekt för lärande. Lärande i sin tur är en förutsättning för förändring. Lärande som leder till nya kunskaper gör det möjligt för individen att få ökad förståelse, förmåga till problemlösning och delaktighet i beslut. En positiv form av lärande leder till ökad makt över sin situation. Vi kan alltså konstatera att lärande och förändringskompetens har stor betydelse i dagens samhälle. Kompetensen är också nödvändig för hälsopromotion som förändringsstrategi mot bättre villkor för hälsan på arbetsplatsen (Hanson, 2004). Det lärande som sker och den kunskap som skapas, påverkas i sin tur av de specifika villkor som gäller i ett visst sammanhang som till exempel kan vara en viss arbetsmiljö, ett visst arbetsteam eller ett visst yrke. Individens kompetens är kopplad till hennes handlingar och reflektion över dessa handlingar. Kompetens innefattas av både teoretisk kunskap och praktiska erfarenheter och utvecklas både genom deltagande i formell utbildning och genom vardagligt informellt lärande (Ohlsson, 2008). Vidare anses det viktigt att undersöka hur expertkunskaper är konstruerade och utvecklade i lärandeprocesser på arbetsplatsen. För att svara på den här frågan krävs en mer detaljerad analys av lärandeprocesser i både formella och informella lärande situationer. Studier bör fokusera på lärande i samarbete och team - arbete bör även innehålla analyser av dialoger mellan experter och nybörjare. Hur kan då mer generell kunskap och kompetens utvecklas? Ett förslag är att integrera teori och praktik för att göra det möjligt att svara på dessa frågor. Arbetslivserfarenhet ger individer situationsanpassad kunskap samtidigt som teori ger begreppsmässig och allmän kunskap (Tynjälä et al, 2003).

Delaktighet på arbetsplatsen är betydelsefullt eftersom all personal utgör en miljö som stimulerar lärandet. Om lärandet ska bli en självklar del i verksamheten och för att skapa en lärandekultur på arbetsplatsen krävs att alla anställda har kunskap om organisationens ambitioner när det gäller lärande och förändringar (Ellström, 2003). För att främja delaktighet i arbetet bör medarbetarna ha kontroll över sin arbetssituation och erbjudas möjlighet till handlings- och beslutsutrymme (Karasek & Theorell, 1990). Arbetsplatser som involverar alla berörda parter och möjliggör delaktighet i verksamheten är oftast mer effektiva och framgångsrika. Påståendet stöds av flera

studier som gjorts där det konstateras att ökad delaktighet höjer arbetstillfredsställelsen markant. Arbetsplatser som satsar på utvecklingsstrategier för delaktighet har även lägre sjukfrånvaro (Tangen & Conrad, 2009).

Delaktighet och möjlighet till inflytande i förändringsarbetet hade relation med hög självskattad hälsa. Menckel och Österblom (2002) menar att strukturella systemförändringar påverkar hur människor mår i en organisation, men även förändringar som att byta avdelning, byta till kvällsskift, få en ny chef, eller få nya vårdtagare påverkar hälsan. För att visionen om den hälsosamma arbetsplatsen ska kunna förverkligas behövs ett förändringsarbete genomföras där människor ges möjlighet att få vara delaktiga och påverka förändringsprocessen. När anställda kan få vara med och bestämma, få möjlighet att diskutera visioner och komma med idéer till förändringar ökar motivationen. Motorn i förändringsarbetet bygger på upplevelsen av att känna sig välmotiverad. Artikeln av Wegge et al (2006) stödjer främjandet av större arbetsmotivation inom olika organisationer. En motiverande arbetsmiljö kan ge ett mer utmanande arbete och möjligheter till lärande, utbildning utveckling. Vikten av delaktighet i arbetet tar även Thelander (2003) upp och menar att om de anställda inte integreras i beslut som tas kan det leda till att personalen känner sig osäkra på en arbetsplats där de ständigt vistas och stress kan därmed uppstå. Delaktighet har en hälsofrämjande effekt på individer och om de anställda finner det svårt att förstå beslut som fattas utan att de blir delaktiga i processer kan det skapa irritation och hetsiga diskussioner. Hanson (2004) framhäver att det är viktigt att det finns tillräckligt med tid för reflektion och eftertanke. Författaren anser att medarbetarna behöver bli informerade om vad som händer i verksamheten. Nilsson et al (2010) lyfter fram att många organisationer idag erbjuder sina anställda möjligheter att vara delaktiga och påverka i beslutsprocesser när det gäller verksamheten och det egna arbetet. Även om självbestämmandet och den förmågan till kontroll spelar en väsentlig roll i skapandet av en hälsofrämjande arbetsplats är det inte de enda lösningarna på problemet. Liu (2008) drar slutsatser utifrån sin studie om att försöka tillämpa olika strategier för att uppmuntra personalen för att aktivt delta i beslutsfattandet som berör de själva och arbetsplatsen. Eftersom flera vetenskapliga studier pekar åt samma riktning menar även vi att för att en arbetsplats ska höra till kategorin hälsofrämjande bör flera aspekter beaktas.

Resultatet visade också att medarbetarna värderar sin hälsa högre då de har en chef som uppmuntrar de anställda till bidragande av verksamhetens utveckling. Hughes (2004) poängterar att chefens roll inte enbart ska bestå av att ge direktiv till sin personal utan också att förse de med rätt verktyg, uppmuntra, stötta och finnas till hand för dem. Det handlar om att inge tillit för att i sin tur vinna medarbetarnas förtroende. Personer som får beröm och erkännande för sin prestation har större vilja och drivkraft till att inhämta ny kunskap och utvecklas på både organisatoriskt och personligt plan. Ledarskapet påverkar även handlingsförmågan att själv ta kontroll och kunna lösa problem. Empowerment som vägledande teori är en förutsättning för skapandet av ett meningsfullt arbete. Ett gott ledarskap kan enligt Lucas et al (2008) främja och stärka empowermentförmågan hos de anställda. Förmågan att stödja, motivera och ge feedback till sina medarbetare är alltså av stor betydelse för ett konstruktivt och framgångsrikt ledarskap. Även att vara en god förebild är viktigt när det gäller ledarskapet. Ledarskapet kan fungera både som att vara en positiv förebild likväl som negativ för personalen. Chefen bör vara medveten om att handlingar ofta väger mer än ord. Ett konstruktivt ledarskap innebär att kunna föra en dialog där ledaren är lyhörd för synpunkter och öppen för nya kunskaper. En lyhörd chef har förmåga att vara uppmärksam på stressreaktioner hos personalen (Angelöw, 2002). En annan faktor är tillgängligt ledarskap med en chef som stöttar och håller dörren öppen för den som behöver prata. Vid delegering av arbetsuppgifter är det viktigt att chefen är tydlig med vad som ska göras och ger vägledning och stöd åt medarbetarna på vägen. För att få tillgång till alla de här positiva chefsegenskaperna är det viktigt att ha god kunskap om hur människor fungerar och reagerar i

olika situationer, det vill säga få en bättre förståelse för sin personal och med hjälp av de här verktygen veta vad som krävs för att skapa en så god arbetsmiljö som möjligt (Angelöw, 2002).

Det går att använda sig av KASAM som pedagogisk modell för förändringsarbete och lärandeprocesser på en arbetsplats. Man behöver ställa sig ett antal frågor. När det gäller Meningsfullhet: Vad ger detta mig? Är detta viktigt? Är syftet klargjort? Vill jag vara med och bidra till framgång? Begriplighet: Vilken förståelse behövs? Vilken erfarenhet är viktig? Vilken kunskap behöver fyllas på? Hanterbarhet: Vilka resurser behövs? Vilka villkor/ramar ska gälla? Hur ska arbetet ledas? Genom att besvara de här frågorna bidrar vi till att göra arbetet meningsfullt. All erfarenhet tyder på att vi lär oss bättre och engagerar oss mer om vi får möjlighet att vara aktiva och hantera situationen själva. KASAM är i många sammanhang en mycket användbar modell och har i flera vetenskapliga undersökningar visat sig vara tillförlitlig som förklaring av hälsa (Hanson, 2004). Genom att uppleva känsla av sammanhang i det egna arbetet bidrar det till en förbättrad livskvalitet och ett gott välbefinnande (Antonovsky, 2005).

Karasek och Theorell (1990) har visat att balans mellan höga krav och hög kontroll leder till bättre upplevd hälsa hos individer. Det i relation med socialt stöd i arbetet har en positiv påverkan på individens känslor och handlingar och kan även vara en avgörande faktor för hur medarbetaren hanterar sin arbetssituation. För att stärka det sociala stödet mellan de anställda hade det förslagsvis varit bra med gemensamma aktiviteter utanför arbetet. Det kan tänkas bidra till bättre sammanhållning och förstärka relationerna i gruppen.

Motivationen till att vilja lära sig och utvecklas i sitt arbete visade sig ha betydelse för hälsan. Det visar även resultatet i vår studie där det framgår att motivationen är en viktig faktor för lärande och utveckling. Endast lite forskning har gjorts kring hur åldersrelaterade förändringar kan påverka arbetsmotivation. Åldersrelaterade förändringar kan öka, minska eller ha liten effekt på arbetsmotivationen, beroende på omständigheter kring arbetet. Arbetsmotivationen bland äldre arbetstagare kan förbättras genom bra organisatoriska strategier, god ledning och metoder som tar hänsyn till styrande mönster i vuxnas utveckling. När man talar om arbetsmotivation betonas ofta ansträngning och tid, snarare än kunskap som personlig resurs som avgör hur en person utför sitt arbete. För äldre arbetstagare är kunskap av stor betydelse. Ett beroende av varandra som team i en arbetsmiljö kan vara särskilt gynnsamt för att underlätta arbetsmotivation (Kanfer & Akerman, 2004). Inre arbetsmotivation får man genom det som gör arbetet utmanande och givande, såsom arbetskompetens, självständighet, sociala kontakter samt möjligheter att lära sig. Emotionell utmattning orsakades främst av brist på socialt stöd från kollegor, och av krävande arbetsuppgifter, som t e x arbete under tidspress och ansträngande arbete. Omsättning av personal var tydlig och berodde främst på ouppfyllda karriärförväntningar, såsom högre lön, mer ansvar och arbetsuppgifter som inte höll den kvalitet som man önskade (Janssen et al., 1999).

Allender et al (2006) visar i sin studie på att arbete med att bli en hälsosam och produktiv arbetsorganisation är önskvärt för både enskilda medarbetare och hela organisationen. Eftersom vi tillbringar en stor del av våra liv på arbetet bör det läggas kraft, pengar och energi på att förebygga orsakerna till ohälsa, men framförallt se åt det positiva och det som främjar hälsa. (Tangen och Conrad, 2009). Det är möjligt att hävda att anställda som tar ansvar för både den egna hälsan och organisationens hälsa, kan bidra till att skapa en mer produktiv och hållbar arbetsplats (Allender et al, 2006).

Metoddiskussion

Fördelar och nackdelar med tvärsnittsstudie

Studien som gjorts är en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie görs under ett tillfälle och studerar samband mellan flera variabler eller faktorer. Resultaten i studien sägs ge en bild av ett tvärsnitt i den populationen. Fördelar med en tvärsnittsstudie är att den är relativt billig, snabb och enkel att genomföra. Resultaten från studien kan bland annat användas som kartläggning eller prioriteringar av förebyggande och hälsofrämjande arbete. Nackdelar med studietypen kan vara att orsak och verkan inte skiljs åt i tid. Det innebär att tidsföljden mellan exponering för en faktor och effekten oftast inte är klarlagd. Studien visar att de möjliga samband som kan framgå mellan olika faktorer, inte behöver bero på att en av faktorerna orsakat den andra eller tvärtom. Den beskriver alltså inte orsakerna till resultatet som framkommit, men påvisar att samvariation eller association finns. För att säkerställa eventuella orsakssamband hade en fallkontrollstudie eller en kohortstudie varit ett annat tänkbart alternativ (Andersson, 2006).

Fördelar och nackdelar med elektronisk datorenkät

Att använda sig av elektroniska datorenkäter kan medföra en ökad risk för ett stort bortfall (Kylén, 2004). I vårt fall blev bortfallet av betydande storlek och därför skulle det behöva göras en mer noggrann bortfallsanalys. Anledningen till den låga svarsfrekvensen i studien kan vara att respondenterna kände att de hade brist på tid då enkäterna distribuerades i december månad samt brist på engagemang och intresse från respondenternas sida. Andra faktorer som kan ha påverkat svarsfrekvensen kan vara bristande kommunikation mellan enhets/områdeschefer och de anställda samt att enkäten kan ha upplevts som lång och tidskrävande och innehöll eventuellt komplicerade påståendeformuleringar. Enligt Kylén (2004) kan ibland långa enkäter utgöra motstånd. Svarsfrekvensen hade också blivit högre om vi hade använt oss av pappersenkäter vid ett möte med respondenterna där enkäten besvarats innan deltagarna lämnat rummet men risken med det kunde ha blivit att svaren då inte hade varit så väl genomtänkta. Det vi hade kunnat göra istället är att vi hade kunnat skicka ut enkäten som brev så att de anställda i god tid hade kunnat läsa igenom och besvarat enkäten i lugn och ro och därmed kunde vi tillsammans med arbetsplatsen i fråga bestämma ett datum för uthämtning av samtliga ifyllda enkäter.

Majoriteten av de svarande i undersökningen var kvinnor vilket kan ha haft en inverkan på resultatet, men å andra sidan är kvinnor en överrepresenterad grupp inom vård- och omsorg. Med fler manliga respondenter hade vi getts möjlighet att påvisa eventuella skillnader mellan könen. Åldersfördelningen mellan deltagarna i studien var relativt jämnt fördelad och av den anledningen ansåg vi inte att det var av större intresse att ha med åldersaspekten som någon jämförelsevariabel.

En fördel med elektronisk datorenkät är att det är mer effektivt, kostnads- och tidsbesparande jämfört med pappersenkäter. Det går att på kort tid nå ut till ett relativt stort antal personer (Kylén, 2004). Respondenterna kan inte personligen identifieras vilket kan upplevas som positivt för deltagarna i undersökningen. En annan fördel med metoden är att materialet lätt kan överföras från EvaSys till statistikbehandlingsprogrammet SPSS istället för att lägga tid på att själva manuellt överföra det insamlade datamaterialet. Metoden i sig är ganska ny och inte så väl beprövad vilket kan innebära att det finns svårigheter som ännu inte har upptäckts. Genom att använda sig av elektronisk enkät minskar möjligheten att kontrollera att enkäten når ut till rätt berörd målgrupp då deltagarna är helt oidentifierbara.

Frågorna i studien är formulerade utifrån ett salutogent synsätt, vilket vi ser som en styrka och som är relevant utifrån studiens syfte då vi vill mäta vilka variabler som påverkar arbetshälsan i positiv riktning. Eftersom vi redan hade tillgång till färdigutvecklade instrument som vi visste både var validitets- och reliabilitetstestade och som kunde knytas till vårt syfte valde vi att endast komplettera med ett eget index som kunde spegla den pedagogiska delen (Kunskap och utveckling). På grund av att enkäten som vi använt är konstruerad av andra finns risken att den kan spridas okontrollerat därav har vi valt att inte bifoga enkäten som bilaga på vårt uppsatsarbete. Enkäterna är enbart validerade i sin helhet och enskilda frågor ska alltså inte användas separat.

Bortfallsreflektion

Externt bortfall

Personer i urvalet som av olika anledningar avstår från att svara, eller inte har möjlighet att delta i enkätundersökningen utgörs av det externa bortfallet (Ejlertsson, 2005). Totalt distribuerades ca 1000 enkäter till personal inom äldreomsorgen i Skåne och Karlshamn. Av dessa svarade 234 personer, vilket innebär ett bortfall på 77 %. Enligt Ejlertsson (2005) bör det redan i början av en undersökning vidtas åtgärder för att i största mån minska bortfallet och för att minimera effekterna av ett bortfall. Risken för felaktiga generaliseringar till målpopulationen ökar då det finns ett stort bortfall. För att minska bortfallet i vår studie har ett genomarbetat frågeformulär med tillhörande följebrev skickats ut. Även två påminnelser har skickats ut till enhetscheferna och områdescheferna på de olika äldreboendena. En ytterligare åtgärd för respondenterna att få möjlighet att besvara enkäten var att förlänga tidsperioden med drygt en månad mer än vad som var tänkt från början. Eftersom en del personal inte hade tillgång till egna kommunala e-postadresser alternativt att vi inte fick egen tillgång till deras adresser har kontakten gått via enhetschefer och områdeschefer. Det här kan vara en bidragande orsak till det stora bortfallet i studien. Ett annat problem då det saknas direktkontakt med respondenterna kan vara att de övergripande kontakterna av en eller annan orsak inte gör det som de utlovat. Det här innebär att vi som skribenter tror att enkäterna har vidarebefordrats till personalen även då fallet inte alltid är så.

En pilotstudie kan även användas för att eliminera ett visst bortfall, men också för att testa frågornas validitet och reliabilitet (Ejlertsson, 2005). Eftersom SHIS och WEMS redan var testade tidigare ansåg vi inte att det var nödvändigt att utföra någon pilotstudie på frågorna. Däremot gjordes en teststudie på variabeln som handlade om kunskap och utveckling. Teststudien utfördes på en anställd inom äldreboenden i Kristianstad.

Till följd av en oförutsedd händelse sköts distribuerandet av enkäterna upp till december månad, vilket är en olämplig månad för enkätutskick enligt Ejlertsson (2005). Det externa bortfallet kan ha påverkats ytterligare av förseningen. Det kan finnas en ökad risk för större bortfall med elektroniskt utskickade enkäter eftersom man inte har samma kontroll över materialet som man har vid användning av pappersenkäter (Kylén, 2004). Ett alternativ för att minska bortfallet och öka svarsfrekvensen i undersökningen hade kunnat vara att på plats dela ut pappersenkäter då det kan bidra till en ökad kontroll av materialhanteringen. En pappersenkät kan medföra ökad press för respondenterna att besvara enkäten menar Kylén (2004). Större krav kan ställas på att få svar från en arbetsplats om man går ut till de anställda med en enkät. Det kan vara lättare att avstå från att besvara en elektronisk enkät.

Ejlertsson (2005) lyfter fram telefonkontakt som en alternativ metod att hantera bortfallet. Det kan göras genom att plocka ut vissa nyckelfrågor som bes om att bli besvarade via telefonkontakt. En annan möjlighet hade också varit att utföra en intervju med ett urval av bortfallsgruppen. På grund av begränsad tid fanns det dock ingen möjlighet att genomföra någon av de nämnda bortfallsanalyserna.

Internt bortfall

Ett internt bortfall utgörs av bortfall på enstaka frågor bland dem som i stort sätt har besvarat enkäten. Svarsfrekvensen kan variera mellan olika frågor (Ejlertsson, 2005). I enkäten fanns det största interna bortfallet på 6 % i frågeområdet *förändringsarbete* när det gällde påståendena 7.2 och 7.6. Det interna bortfallet av det totala antalet deltagare var som mest 14 personer på enstaka frågor och var av ringa betydelse. Att det interna bortfallet blev litet kan bero på att båda mätinstrumenten WEMS och SHIS har använts och testats tidigare. Problem som kan uppstå vid ett stort internt bortfall mellan olika frågor, kan leda till svårigheter vid jämförelser av olika variabler. Ett stort internt bortfall kan bero på komplicerade frågeformuleringar som av respondenterna kan upplevas svåra att tolka. Det kan leda till att personer istället väljer att avstå från att besvara vissa frågor (Ejlertsson, 2005).

Konklusion

En stimulerande arbetsmiljö är en förutsättning för upplevelsen av god hälsa på arbetsplatsen. Den viktigaste uppgiften i svenskt arbetsliv idag är att utveckla modeller för att förbättra arbetsmiljö och främja hälsa. För ett positivt och hållbart arbetsliv krävs att kunskap om hälsofrämjande faktorerets betydelse för en friskare arbetsplats förs ut på ett bredare plan, samt att forskning kring ämnet och utvecklingsarbetet förstärks. Hur samarbete och lärande fungerar på en arbetsplats kan påverka de anställdas arbetssituation. Enligt resultatet av studien behöver kompetensfrågan lyftas fram ytterligare och det behövs också lärombud. Kunskap och utveckling i arbetslivet behöver få högre status. Studien visar att ett gott ledarskap är av betydelse och därför är det även viktigt att utbilda chefer inom det socialpsykologiska området. Att få ökad kunskap om människors handlande i olika situationer kan vara positivt för att främja hälsan på arbetsplatsen (Angelöw, 2002).

En form av arbetsplatsanknutet lärande är olika former av samtal, t e x lönesamtal, medarbetarsamtal och utvecklingsamtal. Den här metoden kan om den är rätt använd, ge en återförening till medarbetarnas arbetsförhållanden och arbetsmiljö, krav och inflytande samt svaga och starka sidor och vilka behov som finns för kompetensutveckling. Yrkesrelaterade samtal mellan kompetenta medarbetare är en annan form av lärande. En annan lärandeform är också erfarenhetsgrupper, interna nätverk eller projekt som syftar till att utveckla verksamheten och stärka medarbetarnas kompetens. En mer organiserad stödform för ökat lärande är olika mentorsordningar. Mentorn har då en mer gedigen yrkeserfarenhet och kunskap om organisationen som han ska vidareförmedla till en mindre erfaren medarbetare. En annan form av relationsstöd är coaching och då fungerar coachen mer som en vägledare som ska stödja och stimulera en medarbetare till att lära nya saker. Konsultstöd är också en variant av lärandeform på en arbetsplats, det vill säga att man tar in hjälp utifrån. Konsulten ska då främja en positiv och lärovänlig utveckling på arbetsplatsen (Abrahamsson, 2008).

Att integrera hela organisationen och möjliggöra för alla att få sin röst hörd och kunna påverka är väsentligt för att bedriva ett hälsofrämjande arbetet. För att förbättra arbetsmotivationen bland medarbetarna måste uppmärksamhet fokuseras på arbetets innehåll. Teorier kring arbeteegenskaper kan ge ledtrådar till att förbättra arbetsituationen. Detta kan till exempel innebära mer variation i arbetsuppgifterna, större självständighet och mer feedback. Välbefinnande på en arbetsplats kan främjas genom att uppmärksamma de sociala relationerna i organisationen. Socialt stöd från kolleger och arbetsledare kan vara till stor hjälp för att främja gemenskap samt för att minska och förebygga emotionell utmattning.

För att kunna utföra möjliga förbättringar i organisationen krävs att man utgår från ett realistiskt synsätt och tror på den egna förmågan att lyckas. Det handlar om att fokusera och bygga vidare på det som fungerar bra på arbetsplatsen (Angelöw, 2002).

”Ett leende kostar ingenting men skapar mycket. Det dör bort på ett ögonblick, men dess minne varar ibland för evigt. Det kan inte köpas, lånas eller säljas. Ty sådant är leendet att det inte är värt ett grand om det ej skänks bort. Om du därför brådskande eller jäktande möter någon som är för trött att ge dig ett leende, så skänk honom ett i stället. Ty ingen behöver ett leende så mycket som den vilken inte själv har något att giva” – Dale Carnegie.

Litteraturförteckning

- Abrahamsson, K. (2008). *Arbetsplatsanknutet lärande*. I: Abrahamsson, K., Edling, J. & Holmberg, C. *Det nya läroriket – Från formell vuxenutbildning till lärande regioner*. Stockholm: Premiss. 2008; 57-60.
- Abrahamsson, K. & Wallin, G. (2007) *Katekes för ett lärande arbetsliv*. Stockholm: Premiss.
- Andersen Krarup., Christensen, K. & Frederiksen, H. (2007). Self - rated health and age: A cross – sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45 – 102. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 35; 164-171.
- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Allebeck, P., Diderichsen ,F. & Theorell, T. (1998). *Socialmedicin och psykosocial medicin*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Allender, S., Colquhoun, D. & Kelly, P. (2006). Governing the working population through workplace health: Knowledge, self and power in workplace health programs. *Critical Public Health*. Vol. 16; 131-142
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser: att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetsmiljöverket. (2009). Arbetsmiljölagen (AML, 1977:1160). Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket.(2009).RAP2000:08.[Elektronisk].TillgängligURLhttp://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2000_08.pdf [Läst:2009-10-03].
- Bauer Alfredson, B. (1991). *Förändringsarbete i äldrevården. Utvärdering av personalutbildning inom institutionsbunden och alternativ äldrevård*. Lund: Studentlitteratur.
- Bauman, H. (2001). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Bjurvald, M. (2004). *Från arbetsskydd till hälsofrämjande arbetsplatser*. I: Källestål, C., (red) Bjurvald, M., Menckel, E., Schärström, A., Schelp L. & Unge, C. *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser - effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32; 11-13.
- Bringsén Å., Andersson HI. & Ejlertsson G. (2009). Development and Quality Analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009; 37: 13-19.
- Danielsson, M., et. al. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Deeks, A., Lombard, C., Michelmores, J. & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health related behaviours. *BMC Public Health*. Vol. 9; 1-9.

- Edling, C. & Hedström, P. (2003). *Kvantitativa metoder – Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2003). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. En handbok i enkätmetodik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande: förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ellström, E., Ekholm, B. & Ellström, P. (2003). *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitutet & Prevent. (2001). *Hälsofrämjande som affärsstrategi - fakta och argument*. Stockholm.
- Folkhälsoinstitutet. (2009). *4. Hälsa i arbetslivet*. [Elektronisk]. Tillgänglig URL: <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/4-Halsa-i-arbetslivet/> (Läst:2009-10-03).
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2000). *Socialpsykologi – En introduktion*. Malmö: Liber AB.
- Hughes, C. (2004). The supervisor's influence on workplace learning. *Studies in Continuing Education*. Vol. 26; 275-287.
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Janssen, P.P.M, De Jonge, J. & Bakker, A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 29; 1360-1369
- Johansson, I. (1997). *Ålder och arbete. Föreställningar om ålderns betydelse för medelålders tjänstemän*. Stockholm. Graphic Systems.
- Kanfer, R. & Ackerman, P.L. (2004). Aging, adult development, and work motivation. *Academy of Management Review*. Vol. 29; 440-458.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kylén, J-A. (2004). *Att få svar intervju, enkät, observation*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Källestål, C. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004:33.

- Laschinger, H. K. S. & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: A Strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing economics: The Journal for health care leaders*. Vol. 23; 6-13.
- Liu, Y. (2008). Complexity science and participation in decision making among Taiwanese nurses. *Journal of Nursing Management*. Vol.16; 291–297.
- Lucas, V., Laschinger, H. K. S. & Wong, C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management*. Vol. 16; 964–973.
- Luxemburgdeklarationen. (1997). *Luxembourg declaration on workplace health promotion*. ENWHP in the European Union.
- Menckel, E. (2004). *Arbetsplatsen som hälsofrämjande arena*. I: Källestål, C., (red) Bjurvald, M., Menckel, E., Schärström, A., Schelp L. & Unge, C. *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser - effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32; 15-17.
- Menckel, E. & Österblom, L. (2002). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Moxnes, P. (1995). *Att lära och utvecklas i arbetsmiljön*. Borås: Natur och Kultur.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion. Foundations for practice. Second edition*. London: Baillière Tindall.
- Naumanen, P. (2006). The health promotion model as assessed by ageing workers. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15; 219–226.
- Nielsen, M.L., Rugulies, R., Christensen, K.B., Smith-Hansen, L., Bjorner, J.B. & Kristensen T.S. (2004). Impact of the psychosocial work environment on registered absence from work: A two-year longitudinal study using the IPAW cohort. *Work & Stress*. Vol.18; 323- 335.
- Nilsson, P., Bringsén, Å., Andersson, HI. & Ejlertsson, G. (2010). Development and quality analysis of the Work Experience Measurement Scale (WEMS). *A Journal of Prevention, Assessment and Work Rehabilitation*. Vol. 35, Number 2 / 2010.
- Noblet, A. (2003). Building health promoting work settings: identifying the relationship between work characteristics and occupational stress in Australia. *Health Promotion International*. Vol. 18; 251-359.
- Ohlsson, J. (2008). *Mellan jobb och fritid. En organisationspedagogisk belysning av lärandevillkor i arbetets gränslöshet*. I: Tedenljung, D., *Arbetsliv och pedagogik*. Lund: Studentlitteratur.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Petterson, I.-L, Donnersvärd, Å., Lagerström M. & Toomingas, A. (2006) Evaluation of an intervention programme based on empowerment for eldercare nursing staff. *Work & Stress*, Vol. 20; 353-369.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & Medicine*. Vol. 58;1483-1499.

Socialdepartementet. (1984). *Hälso-och sjukvård inför 90-talet. Regeringsproposition 1984:39*. [Elektronisk]. Tillgänglig URL <http://www.regeringskansliet.se> (Läst 2009-09-29).

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialdepartementet. (2002). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Mål, ansvar och åtgärder för ett övergripande mål för människor i arbete. Del 1. Slutbetänkande. (SOU 2002:5)* Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svederberg, E., Svensson, L. & Kindeberg, T. (2001) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Tangen, H. & Conrad, C. (2009). *Skapa och bygga hälsa på arbetsplatsen*. Lund: Studentlitteratur.

Thelander, E. (2003). *Delaktighet och dialog: på väg mot hållbara arbetsplatser*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Tynjälä, P., Välimaa, J. & Sarja, A. (2003). Pedagogical perspectives on the relationships between higher education and working life. *Higher Education*. Vol. 46; 147-166.

Van Der Doef, M. & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control(-Support) Model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. *Work & stress*. Vol. 13; 87-114.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Warr, P. et al. (1996). *Younger and older workers*. I: Warr, P. et al. *Psychology at work*. England. Penguin books. 1996; 308-327.

Wegge, J., Van Dick, R., Fisher, G.K., Wecking, C. & Moltzen, K. (2006). Work motivation, organizational identification, and well-being in call centre work. *Work & Stress*. Vol. 20; 60-83.

WHO. (2010). [Elektronisk] Tillgänglig: http://www.euro.who.int/Housing/20080319_10 .

WHO. (1998). *Health promotion glossary*. WHO: Geneva. [Elektronisk] Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HEP_98.1.Pdf (läst 2010-03-28).

Wiesmann, U., Niehörster, G. & Hannich, H-J. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *British Journal of Health Psychology*. Vol. 14; 767-787.

Wigaeus Tornqvist, E., Eriksson, N. & Bergqvist, U. (2000) ”Datorarbetsplatsens fysiska och psykosociala arbetsmiljörisiker” i Marklund S (red) *Arbetsliv och Hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet och Arbetarskyddsstyrelsen; 335-360.

Åteg, M., Hedlund, A. & Pontén B. (2004). *Attraktivt arbete. Från anställdas uttalanden till skapandet av en modell*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Till dig som arbetar inom äldreården!

Vi är två studenter från Högskolan i Kristianstad som läser sista året på Folkhälsopedagogiska programmet. Vi håller just nu på med ett examensarbete rörande arbetsliv och hälsa. Syftet med studien är att undersöka vilka faktorer som bidrar till att skapa och bibehålla en hälsosam arbetsplats. Målgruppen för undersökningen är begränsad till de anställda inom äldreården. För att undersökningen ska bli relevant behövs minst 200 personer delta i ett frågeformulär som ska skickas ut och besvaras via dator.

Deltagandet i undersökningen är självfallet helt frivilligt. Dock är det betydelsefullt för att undersökningen ska fullföljas och vara av bra kvalitet, att du som tillfrågas besvarar frågeformuläret.

Alla uppgifter som lämnas av den personal som väljer att delta kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att datainsamlingen kommer hanteras utan identitetsuppgifter och utomstående kommer alltså inte kunna koppla svaren till dig som person. All datamaterial kommer slutligen att förstöras efter att uppsatsen är examinerad.

Utöver mailkontakt kan ni också nå oss på följande telefonnr:

Gentiana Haliti, på nr: 076-2841634 eller maila gentianahaliti@hotmail.com
Hanna Thillgren på nr: 070-2085609 eller maila hannathillgren@hotmail.com

Vid ytterligare frågor går det även bra att kontakta vår handledare,
Göran Ejlertsson på telefonnr: 044-20 40 51.

Vi hoppas att ni kan ta er tid att hjälpa oss att besvara frågeformuläret snarast.

Tack på förhand för ER medverkan!

Kristianstad, 2009-11-23

Gentiana Haliti och Hanna Thillgren