



Högskolan Kristianstad

Examensarbete

Våren 2012

*Sektion för hälsa och samhälle
Folkhälsovetenskap och pedagogik*

Hur fungerar det med företagshälsovården egentligen?

En kvantitativ studie om hur anställda uppfattar att samarbete kring
hälsofrämjande insatser fungerar

Författare

Linn Blomberg

Daria Witaszczyk

Handledare

Bengt Selghed

Biträdande handledare

Ingemar Andersson

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
15 hp folkhälsovetenskap och 15 hp pedagogik (44 sid.)

Författare: Blomberg L., & Witaszczyk, D. (2012). *Hur fungerar det med företagshälsovården egentligen? En kvantitativ studie om hur anställda uppfattar att samarbete kring hälsofrämjande insatser fungerar.*

Handledare: Bengt Selghed

Sammanfattning

Arbetsplatsen är en arena där det finns goda möjligheter att arbeta hälsofrämjande. Inom äldreomsorgen finns det både utmaningar och möjligheter när det gäller att förändra arbetssituationen och på så vis förbättra de anställdas hälsa. För att underlätta detta arbete kan arbetsplatsen ta hjälp av externa samarbetspartners, till exempel företagshälsovården. Syftet med studien var att ta reda på hur de anställda inom äldreomsorgen i en kommun i södra Sverige uppfattar att samarbetet kring hälsofrämjande insatser mellan deras arbetsplats och företagshälsovården fungerar. Datainsamlingsmetoden som användes i denna studie var enkäter utdelade till alla 345 fast anställda. Svarefrekvensen blev 49 procent. Resultatet visade att personalen uppfattade samarbete mellan chefen och företagshälsovården som bra men att det var obefintligt mellan dem själva och företagshälsovården. De anställda anser att samarbetet kan utvecklas genom bättre kommunikation och information. Slutsatsen som dras i denna studie är att cheferna bör tydliggöra företagshälsovårdens roll i det hälsofrämjande arbetet. Genom välfungerande kommunikation och bra informationsspridning kan samarbetet mellan cheferna, de anställda och företagshälsovården förbättras.

Nyckelord: Äldreomsorg, Företagshälsovård, Arbetsplats, Hälsofrämjande, Kommunikation och Samarbete.

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

Equivalence: 15 ECTS points in Public Health Science and 15 ECTS points in education (44 p.)

Authors: Blomberg, L., & Witaszczyk, D. (2012). *How does it really work with the occupational health service? A quantitative study of how the employees perceive that the cooperation when it comes to working health promotive works.*

Supervisor: Bengt Selghed

Abstract

The workplace is an arena where there are good opportunities to work health promotive. In the elderly care, there are both challenges and opportunities when it comes to changing the work situation and thereby improve the employees' health. To facilitate this work, the workplace can take the help of external partners, such as the occupational health service. The purpose of this study was to find out how the employees of the elderly care in a municipality in southern Sweden perceive the cooperation between their workplace and the occupational health service when it comes to working health promotive. The data collection method used in this study was questionnaires distributed to all 345 of the permanently employed. The response rate was 49 percent. The results showed that the employees perceived that the cooperation between managers and the occupational health service was good, but that it was non-existent between themselves and the occupational health service. The staff has the opinion that the cooperation can be developed through better communication and information. The conclusion of this study is that managers should clarify the occupational health service's role in the health promotive work. Through effective communication and good methods of spreading information, the cooperation between managers, employees and the occupational health service can be improved.

Keywords: Elderly care, Occupational health service, Workplace, Health promotion, Communication and Cooperation.

Förord

Vårt intresse för arbetsmiljöfrågor väcktes under utbildningens gång. Vi insåg att arbetsplatsen är en arena där det finns goda möjligheter att arbeta hälsofrämjande för att stärka individens välbefinnande. Hur situationen på arbetsplatsen ser ut avspeglar sig även på fritiden. Därför är det viktigt att se till det sammanhang individen befinner sig. Att ha ett holistiskt synsätt gynnar individen eftersom alla insatser riktade mot att förbättra hälsan på arbetsplatsen även leder till bättre välbefinnande generellt. När det var dags att skriva examensarbete var valet av ämne självklart för oss. Tack vare högskolan lyckades vi få ett uppdrag till examensarbete som fångade upp vårt intresse.

Förarbetet med att samla information till litteraturgenomgången delade vi upp lika mellan oss. Vi skrev de olika delarna i litteraturgenomgången var för sig. Vi läste igenom varandras texter och ändrade gemensamt där det behövdes. Resten av arbetet har vi skrivit tillsammans. Anledning till det är att vi båda ville vara delaktiga i hela processen och för att vårt examensarbete skulle bli så bra som möjligt.

Vi vill passa på att tacka vår uppdragsgivare i kommunen, samtliga enhetschefer som lät oss komma till deras arbetsplatser och genomföra vår undersökning. Vi vill även rikta ett stort tack till alla de anställda som tog sig tid att svara på vår enkät. Utan Er hjälp hade det inte varit möjligt att genomföra vårt examensarbete. Sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Bengt Selghed och vår biträdande handledare Ingemar Andersson för stöd, hjälp och uppmuntran under arbetets gång.

Slutligen vill vi även tacka varandra för ett trevligt och bra samarbete som gjorde examensarbetet till en rolig och lärorik upplevelse.

Kristianstad, vårterminen 2012- 03- 14.

Linn Blomberg och Daria Witaszczyk

Innehåll

1. Bakgrund	5
1.1 Uppdraget	6
2. Litteraturgenomgång	7
2.1 Vård och omsorg.....	7
2.2 Hälsa i arbetslivet	8
2.3 Företagshälsovård	10
2.4 Ett sociokulturellt perspektiv	12
2.4.1 <i>Kommunikation</i>	13
2.5 Samarbete	14
2.5.1 <i>Samarbete mellan företagshälsovård och arbetsplats</i>	15
2.6 Delaktighet.....	16
3.1 Syfte.....	19
3.2 Frågeställningar	19
4. Material och metod	20
4.1 Val av metod	20
4.2 Målgrupp	20
4.3 Enkät.....	21
4.3.1 <i>Pilotstudie</i>	21
4.4 Validitet och reliabilitet	22
4.5 Genomförande	22
4.7 Etiska överväganden.....	23
5. Resultat	24
5.1 Basfakta	24
5.2 Företagshälsovård, hälsofrämjande tjänster och åtgärdande tjänster	25
5.2 Närvaro, samarbete, kommunikation och information	26
5.3 Önskemål om hälsofrämjande tjänster	29
5.4 Förbättring av det hälsofrämjande samarbetet mellan företagshälsovården och arbetsplatsen	29
6. Diskussion	30
6.1 Resultatdiskussion	30
6.2 Förslag till förbättring av samarbetet.....	33
6.3 Metoddiskussion.....	34
6.3.1 <i>Bortfall</i>	36
6.4 Konklusion.....	37

Referenser

Bilaga 1 (Följebrev)

Bilaga 2 (Enkät)

1. Bakgrund

Arbete är en stor och viktig del i en människas liv och påverkar både hälsa och välbefinnande. Många människor upplever att arbetslivet är det som ger dem mening med livet och vardagsstruktur. Arbetet ger dem en identitet, socialt stöd och materiell belöning och när det fungerar bra är det en av de viktigaste hälsofrämjande faktorerna. Detsamma gäller det omvända förhållandet, en dålig arbetssituation kan leda till missnöje bland personalen som i sin tur kan leda till såväl fysisk som psykisk ohälsa (Borgh, 2009).

Det yrkesområde som är mest drabbat när det gäller sjukskrivningar och förtidspensioneringar är vård och omsorg (Kommunal, 2011). Enligt Sveriges Kommunförbund och Landsting (SKL) arbetar det 213 400 personer inom vård och omsorgssektorn i våra kommuner (Sveriges Kommunförbund och Landsting, 2009). Gällande hälsoläget inom kommunal vård och omsorg, det vill säga äldreomsorg och handikappomsorg, finns det undersökningar som inte bara visar att det är dåligt utan att det också går att relatera till arbetslivet. Det handlar inte bara om den fysiska arbetsmiljön utan också om låga löner, osäker anställning, bristande ledarskap och bristande uppskattning.

De som arbetar inom äldreomsorgen har en fysisk arbetsmiljö som är mer belastande än andra delar på arbetsmarknaden. Det förekommer ofta tunga lyft och monotona rörelser och femtio procent av arbetstagarna anger att det sker dagligen. Dessa arbetsmoment ger besvär i rygg, nacke, skuldror och axlar. Var fjärde anställd inom äldreomsorgen lider av värk i någon form. Den enskilde individen får dessutom ökad belastning på grund av de personalnedskärningar som sker. Den psykiska påfrestningen har ökat de senaste åren och det beror på en del olika faktorer. Arbetet är stressigt och de anställda har litet inflytande över schemalagningen. Det är psykiskt jobbigt att arbeta med människor som befinner sig i svåra situationer. En arbetssituation som denna kan leda till att personalen känner sig otillräcklig, att de får skuld känslor för att de inte räcker till samt att de får ångest, oro, sömnbesvär och huvudvärk (Kommunal, 2011).

Hanson (2004) skriver att för att medarbetarna ska känna arbetsglädje och välbefinnande på arbetsplatsen är det viktigt att arbetet är lagom belastande och att deras kompetens utnyttjas på rätt sätt. Vidare skriver han att detta kan inverka på de anställdas arbetsprestation och på så sätt minska kostnader för sjukfrånvaro och rehabilitering.

Varje arbetsplats ansvarar för arbetsmiljöfrågor och ska antingen själv eller med hjälp av externa experter skapa en bra arbetsmiljö för sina anställda (Albin & Skerfving, 2009). Enligt arbetsmiljölagen Kapitel 3, § 2 c ska varje arbetsgivare se till att det finns en företagshälsovård (FHV) för de anställda som är anpassad efter deras arbetsförhållanden (Arbetsmiljölagen, 2011).

FHV är en oberoende expertresurs och fungerar som stöd för arbetsgivare och anställda gällande arbetsmiljö och rehabilitering. De besitter tvärfunktionell kompetens inom bland annat medicin, teknik, ergonomi och beteendevetenskap (Albin & Skerfving, 2009). En viktig del i deras arbete är även att arbeta förebyggande och eliminera hälsorisker på arbetsplatser (Josefsson & Kindenberg, 2004). Det vanligaste är att anlita en extern FHV, men större företag har egna interna enheter. Hur avtalet mellan arbetsplatsen och FHV ser ut varierar mellan olika arbetsplatser och det är detta som styr de anställdas tillgång till deras tjänster (Albin & Skerfving, 2009).

1.1 Uppdraget

Vi kom i kontakt med en kommun i södra Sverige och en enhetschef inom äldreomsorgen. Arbetsplatsen hade länge haft en påfrestande situation där arbetsmiljön inte ansetts vara optimal. Nuvarande chef arbetar aktivt med arbetsmiljöfrågor och vill göra det bättre för de anställda. Hon har skapat god kontakt med FHV när det gäller rehabilitering av personal. Nu är hon intresserad av att kartlägga hur samarbetet med FHV fungerar när det gäller det hälsofrämjande arbetet och hur det kan förbättras. Äldreomsorgen är ett arbetsområde där det finns många utmaningar och möjligheter till förbättring gällande de anställdas arbetssituation. FHV har en viktig nyckelroll i detta sammanhang.

2. Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången omfattar följande delar: vård och omsorg, hälsa i arbetslivet, företagshälsovård. De teoretiska utgångspunkterna utgår från ett sociokulturellt perspektiv på lärande, kommunikation, samarbete, samarbete mellan företagshälsovård och arbetsplats samt delaktighet. Dessa valdes eftersom de är av stor vikt för lärande samt utveckling på arbetsplatsen. Avsnitten fångar upp nuvarande forskning kring ämnet och utgör grund för den empiriska studien.

2.1 Vård och omsorg

På 1990-talet försämrades arbetsvillkoren för de anställda inom vården. Anledningen till det var minskade resurser, nedskärningar och omorganisationer. Detta ledde till ökad arbetsbelastning, lågt inflytande över det egna arbetet och konflikt om verksamhetens mål. Syftet med Karolinska Institutets longitudinella studie (HAKuL-studie, hållbar arbetshälsa i kommun och landsting) var att ”förbättra arbetsförhållandena genom att initiera interventiva och preventiva insatser samt att förbättra strukturen för rehabiliteringsarbetet” (Vingård, Karlsson Håål, & Brolin, 2002, s. 2532). Genom deras enkätstudie framkom det att hälsofrämjande och förebyggande insatser inom arbetslivet var viktiga för att bibehålla så många som möjligt i sitt yrkesverksamma liv. Åtta procent av sjuksköterskorna och sex procent av undersköterskorna rapporterade att deras arbetssituation påverkade deras privatliv negativt. Vidare visade studien att 68 procent av sjuksköterskorna och 40 procent av undersköterskorna uppgav sig ha en tung fysisk belastning i arbetet (Vingård m.fl. 2002). Det är tyvärr vanligt att både kunskaper och färdigheter i god arbetsteknik gällande de specifika och aktuella förflyttningssituationer som finns på arbetsplatsen, saknas hos de anställda (Harder, Hedén Svärd & Wigforss, 2000).

I HAKuL-studien framkom det även att balansen mellan arbetskraven och den egna kompetensen ansågs vara betydelsefull för att känna tillfredsställelse på arbetsplatsen. Det var även viktigt för hälsa, välbefinnande och produktivitet. Undersökningen visade att god arbetshälsa för de anställda innebar att de inte blev överansträngda i arbetet och hade möjlighet att ge god vård samt känna glädje av arbetslivet. I studien framkom det även att det var viktigt med bra ledarskap och att kraven motsvarar kompetensen. Privatliv bör inte påverkas negativt av arbete. Dålig arbetshälsa var förknippad med alltför höga eller låga krav, ökad arbetsbelastning och minskat inflytande samt den fysiska belastningen (Vingård m.fl. 2002).

Svenska kommunalarbetsförbundet som är företrädare för bland annat undersköterskor och skötare är medvetna om de brister som råder i arbetsmiljön. De ser framför allt ledningen som

huvudansvarig för arbetsförhållandena. Både kommuner och landsting bör sträva efter att vara attraktiva arbetsgivare genom att erbjuda sina anställda goda arbetsvillkor och främja arbetshälsa (Vingård m.fl. 2002). Här kan FHV vara en god samarbetspartner.

2.2 Hälsa i arbetslivet

Att förklara hälsa är svårt eftersom det är ett så mångfacetterat begrepp. Ofta används World Health Organizations (WHO) definition, vilken kan översättas till att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom eller skada (World Health Organization, 2012). Hälsa är något som alla individer har rätt till och den ska vara så jämlik som möjligt. Arbetet med att uppnå god hälsa bedrivs genom att förebygga sjukdom samt genom att främja hälsa. Två perspektiv används; i det *patogena* perspektivet ligger grunden i att veta vilka faktorer och förhållanden som gör att människor blir sjuka (patogenes). I det *salutogena* perspektivet ligger fokus på de faktorer som gör att människor förblir friska (salutogenes). Båda dessa perspektiv är viktiga att ha i åtanke i hälsoarbetet på en arbetsplats (Andersson I. & Ejlertsson G., 2009).

I Sverige bedrivs folkhälsoarbete utifrån elva övergripande folkhälsomålområden för att skapa en god folkhälsa i hela befolkningen. Det fjärde målområdet handlar om hälsa i arbetslivet. Människor ska ha en jämvikt mellan de krav som finns i arbetslivet och orken att må bra under ett helt arbetsliv. En annan viktig aspekt som tas upp i målområdet är att det ska gå att kombinera familjeliv och fritid med arbetslivet på ett sätt som främjar hälsan. Inom detta målområde finns det flera aktörer som kan vara med och påverka för att förbättra våra arbetsvillkor, bland annat myndigheter, arbetsmarknadens parter och FHV (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

I juli 1997 höll WHO en konferens i Djakarta där vikten av arbetsplatsen som arena för hälsopromotion framhölls. Hälsopromotion betyder enkelt förklarat att det på olika sätt görs insatser för att främja hälsa. Vid konferensen skrevs en deklaration som lade tonvikten på att det behövde göras stora satsningar på arbetsplatsen som hälsofrämjande arena. Hänsyn ska tas till fysiska, psykiska, emotionella, psykosociala, organisatoriska och ekonomiska faktorer när arbetet bedrivs. Ambitionen var att integrera många olika funktioner inom hälsopromotion. Arbetet ska baseras på fyra komplementära principer, hälsopromotion, FHV, personalarbete (HR) och uthållighet i social och fysisk miljö. De fyra principerna kan användas som norm eller funktioner samt som aktörer vilka kan eller bör delta i hälsoarbetet. Aktörsfrågan är betydelsefull att tydliggöra när arbetsplatsen är arena för det arbete som ska genomföras. Storleken på arbetsplatsen avgör hur många intressenter det finns som kan vara aktörer i arbetet. På en stor arbetsplats finns det fler intressenter som på olika sätt kan påverka både villkoren för hälsa och processen mot en uthållig arbetsplats. Hälsoarbetet kan därför kopplas till någon av dessa intressenter; chefer, personalavdelningen, medarbetare och FHV (Hanson 2004).

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ett stort ansvar för att se till att arbetsmiljön ska vara bra. Det ska strävas efter en trygg arbetsmiljö när det gäller de fysiska, psykiska och sociala aspekterna. Det finns många viktiga faktorer som påverkar arbetslivet. De viktigaste är att ha kontroll, känna delaktighet och ha inflytande över sitt arbete. Vi ska kunna påverka utförandet av arbetet samt i vilken mängd vi kan arbeta i relation till vår arbetsförmåga. Andra viktiga faktorer är att bli sedd och ha utvecklingsmöjligheter (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Flera studier har visat att de psykosociala kraven i arbetslivet, närmare bestämt de psykologiska kraven, beslutsutrymmet och det sociala stöd en individ får, bidrar till människans hälsa. Mest påverkan har de på de kardiovaskulära sjukdomarna, det vill säga hjärt- och kärlsjukdomarna. Dessa arbetsfaktorer kan även associeras till andra hälsoutfall, såsom mentala störningar, muskelsjukdomar och riskbeteenden i form av rökning och alkoholproblem. En stor kohortstudie från Frankrike visade att de psykosociala faktorerna på arbetet påverkar den självuppskattade hälsan både hos män och kvinnor (Niedhammer & Chea, 2003).

För att ha ett gott arbetsliv räcker det inte att endast förebygga ohälsa. Åtgärder som främjar hälsa är minst lika viktiga. Hälsöfrämjande arbetsplatser är ett begrepp som innebär att arbetsplatser fungerar som arena för ett hälsöfrämjande synsätt och aktiviteter i ett brett perspektiv. Det innebär även att arbetsplatsen inte producerar ohälsa. I Luxemburgdeklarationen från 1997 tas det upp fem viktiga aspekter för en hälsöfrämjande arbetsplats. För det första ska det finnas ledarskapsprinciper och metoder i vilka organisationens medarbetare ses som nödvändiga för framgång och inte som en kostnadsfaktor. För det andra ska det finnas en ledarskapskultur som uppmuntrar och motiverar de anställda samt ser till att de är delaktiga i det som sker på arbetsplatsen. Arbetsorganisationens principer ska ge medarbetarna de förutsättningar som behövs för att hitta balansen mellan krav, kontroll, kompetens och socialt stöd. Att personalpolicyn ser till att aktivt införliva hälsofrågor i organisationen är viktigt för den hälsöfrämjande arbetsplatsen. Sist men inte minst är det viktigt att FHV är en del av arbetet med hälsa på arbetsplatsen (Luxemburgdeklarationen, 1997).

Ett sätt att hjälpa till att främja hälsan på arbetsplatsen kan vara att utbilda hälsoinspiratörer. En hälsoinspiratör är en medarbetare som får gå en kurs hos till exempel FHV för att lära sig jobba för en friskare arbetsplats. Hälsoinspiratörerna kan bli en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Deras uppgift är att med ledningens stöd motivera och stötta övrig personal i företaget till en livsstil och vardag som är mer hälsosam. Bildas det ett nätverk av hälsoinspiratörer ger dessa goda möjligheter och förutsättningar för fortsatt hälsoutveckling på arbetsplatsen (FeelGood, 2010).

Ett väl fungerande arbetsliv är viktigt både för den enskilde individens välmående och för folkhälsan i stort. Det minskar den arbetsrelaterade ohälsan, de sociala skillnaderna i hälsa och är dessutom nödvändig för en hållbar tillväxt. Det råder inga tvivel om att välbefinnandet ökar när arbetsmiljön är god. Kopplingarna mellan personalens välmående och verksamhetens resultat är av stor betydelse. Trivs personalen leder det till högre närvaro, bättre arbetsprestation och högre kvalitet. Sjukfrånvaro- och rehabiliteringskostnaderna blir även

lägre. Det har visat sig att de kostnader som satsas på friskvård och främjande av hälsa betalas igen. Det är därför av stor vikt att hälsoarbetet görs till en del av organisationen och det vardagliga arbetet (Hanson, 2004; Marriner Tomey, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2011).

I arbetet med att förebygga sjukdomar och skador är arbetsplatsen den mest utvecklade arenan. Förutsättningarna har alltid varit att arbeta med den arbetsplatsrelaterade ohälsan men idag ses möjligheterna att använda arbetsplatsen som utgångspunkt för hälsofrämjande och förebyggande insatser. I detta synsätt ingår att ta hänsyn till såväl arbete som hem och fritid. Det finns goda förutsättningar för hälsopromotion med arbetsplatsen som arena eftersom arbetslivet mestadels är tydligt organiserat och strukturerat med givna ramar eller gränser. På en arbetsplats finns det regler och rutiner för bland annat kommunikation, beslutsfattande och arbetsprocesser. En annan bidragande faktor till framgång för det hälsopromotiva arbetet är att arbetslivet är en stor kunskapskälla när det kommer till förändrings- och utvecklingsarbete (Hanson, 2004; Marriner Tomey, 2009).

2.3 Företagshälsovård

Arbetsmiljölagen (1977:1160) talar om att det är varje arbetsgivares skyldighet att tillgodose att den FHV som arbetsförhållandena kräver finns tillgänglig. Huvudansvaret för att upphandla och anlita FHV eller likande sakkunnig hjälp ligger även det hos arbetsgivaren. I sin tur ska FHV fungera som en neutral expertkonsult, vilken både arbetsgivare och arbetstagare ska kunna nyttja (Socialstyrelsen, 2009).

Traditionellt har FHV:s roll varit att se till att människor inte utsätts för farliga hälsorisker i sin arbetsmiljö. Under de två senaste decennierna har rollen blivit mer komplicerad och nya utmaningar för FHV har tillkommit. Utöver de arbetsmiljörisker som funnits med från början har även frågor som rör arbetarnas miljö och sociala hälsa kommit upp på agendan. Även organisatoriska frågor ingår nu i FHV:s riskhantering. En inriktning mot arbetsförmåga och det hälsofrämjande arbetet ligger i fokus för FHV:s arbete. Som en följd av de snabba förändringar som sker i dagens arbetsliv med nya problem, ökar behovet av FHV:s tjänster. Med ökade krav på FHV är det svårare att hantera alla problem, vilket kan påverka tjänsternas kvalitet (Rantanen, 2005). För att försöka lösa problemen och stödja utvecklingen av FHV investerade riksdagen i en utbildningssatsning under 3 år, vilken startades 2009 och avslutades 2011. Anledning till denna satsning är statens intresse av att FHV ska kunna bidra till att förbättra samordning av insatser för snabb återgång i arbete samt för att de ska kunna medverka till en förbättrad sjukskrivningsprocess (Statens Offentliga Utredningar, 2011).

FHV har en stor och viktig roll i vårt välfärdssamhälle. Som aktör ska FHV medverka i arbetet med att upptäcka arbetsmiljörisker, förebygga ohälsa samt att främja hälsa. Den ska även hjälpa till att åstadkomma bra och säkra arbetsplatser där anställda inte löper någon risk att skadas eller bli sjuka. Insatserna från FHV är viktiga för företagets/organisationens arbete med arbetsanpassning och rehabilitering. Det ligger stora förväntningar på FHV. För att klara

av arbetet med att identifiera och beskriva sambandet mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa krävs det en mångfald av kompetenser inom verksamheten. Det kan röra sig om kunskaper i arbetsorganisation, yrkeshygien, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Ett arbete som bygger på samarbete, såväl mellan de olika yrkesgrupper som finns inom den egna verksamheten som de företag och organisationer de arbetar för, är också det av största vikt för att infria förväntningarna. För att garantera god kvalitet i arbetsmiljöarbetet är det att föredra om FHV fungerar som en enhetlig resurs. Att anlita den kontinuerligt istället för till enstaka tjänster är ett annat sätt att säkerställa kvaliteten i arbetsmiljöarbetet. Båda ökar möjligheten att i god tid upptäcka hälsorisker (Arbetsmiljöverket, 2011; Statens offentliga utredningar, 2011).

En arbetsplats kan nyttja FHV inom många olika områden. Deras expertkunskap kan komma till nytta för att inspektera och bedöma hälsorisker, både fysiska och psykiska samt för att föreslå åtgärder.

Exempel på tjänster som FHV erbjuder:

Riskinventering: Vid planering eller förändring av en verksamhet är det viktigt att ta hänsyn till de eventuella arbetsmiljörisker som kan finnas i arbetsmomenten. Arbetsgivaren och de anställda kan då ha nytta av FHV:s mångsidiga kompetens för att upptäcka, undvika eller minimera dessa risker.

Yrkeshygienisk bedömning: FHV kan göra en kartläggning av olika problem som kan finnas gällande miljön, exempelvis bullernivå, farliga ämnen eller hur väl ventilationen fungerar. Efter kartläggningen kan de ge förslag till vilka åtgärder som bör vidtas.

Läkarundersökning: Läkarundersökning är ett krav vid arbete i vissa miljöer eller vid speciella arbetsuppgifter, enligt arbetsmiljölagen. På FHV finns den kunskap som är viktig för en sådan läkarundersökning i och med att personalen på FHV besitter kunskap om både arbetsförhållandena och de medicinska risker som finns. En medicinsk bedömning av den framtida arbetsförmågan är viktig för de insatser som kan behövas göras om sjukskrivning blir aktuell. Med hjälp av den bedömningen är det möjligt att förbättra eller återställa arbetsförmågan i någon mån. FHV och den anställde kan föra en dialog med arbetsgivaren om vad som kommer att hända om det visar sig att arbetsförmågan är otillräcklig. Planering sker i samarbete med både den medicinska kompetens och den övriga kompetens som finns, inom och utanför FHV för att så effektiva åtgärder som möjligt ska kunna göras.

Ergonomi: Ergonomi handlar om mer än hur en person sitter, står och bär på bästa sätt. Det rör även själva planeringen och organiseringen av arbetet, att se helheten är av stor vikt. Andra faktorer som går att koppla till ergonomi är bland annat: arbetsinnehåll, arbetstider, variation, handlingsutrymme, löneformer och kognitiv belastning. Alla dessa faktorer och fler därtill påverkar påfrestningarna i kroppen, antingen positivt eller negativt. Den ergonomiska sakkunskap som FHV innehar kan nyttjas för att påverka de påfrestningar kroppen utsätts för i en positiv riktning.

Stress: FHV:s personal kan komma med förslag på att förebygga och/eller hantera stressfyllda arbetssituationer.

Krisstöd: FHV kan bistå med krisstöd när anställda råkat ut för traumatiska eller skakande incidenter och situationer på arbetet. Det kan röra sig om hot- och våldssituationer, svåra olyckor eller mobbning. De ger då de anställda ett kompetent och yrkeskunnigt omhändertagande.

Arbetskadetredning: FHV kan genomföra utredning om vad som förorsakat en inträffad olycka eller arbetssjukdom, vilken görs för att förhindra att det upprepas och att andra personer drabbas av samma skada.

Arbetsanpassning och rehabilitering: Såväl en välfungerande organisation som en kunnig arbetsledning är väsentliga för arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning. Det krävs även fungerande och väl kända rutiner för att upptäcka och åtgärda behov av insatser. FHV:s personal kan instruera i arbetsanpassning för att förebygga skador, uppfångade av tidiga tecken på ohälsa samt i hur kontakten med den anställda som är sjukskriva bör skötas.

Rehabiliteringsutredning: Arbetsgivaren är enligt lagen om allmän försäkring, skyldig att tillhandahålla Försäkringskassan med uppgifter gällande en rehabiliteringsutredning och plan för återgång i arbete. Under sådana förhållanden kan det bli aktuellt att fundera på olika åtgärder för att anpassa arbetet. Det kan röra sig om lyfthjälpmiddel, lämpliga arbetsställningar, bättre belysning, andra arbetsuppgifter eller byte av arbetsplats. FHV kan här vara behjälplig för att komma på förslag till lösningar.

Missbruksproblem: På arbetsplatsen behövs både en policy och riktlinjer för hanteringen av missbruksproblem och riskbruk (när en individ har en alkoholkonsumtion vilken medför både en fara för hälsan och produktionsbortfall för arbetsplatsen). Arbetsgivaren kan använda sig av FHV:s kunskaper för att skapa den policy och de riktlinjer som behövs (Arbetsmiljöverket, 2011).

2.4 Ett sociokulturellt perspektiv

För att kunna förstå hur människor lär och utvecklas i olika sociala sammanhang är det viktigt att nämna det sociokulturella perspektivet. I Sverige introducerades begreppet av Roger Säljö för att betona vikten av den sociala aspekten för lärandet. Lärandet ses som både en individuell och en social process. Varje individ har en utvecklingspotential och kan själv bestämma på vilket sätt den ska utvecklas. Utveckling måste dock ses i relation till den omgivning i vilken individen befinner sig. Människan socialiseras in i de mänskliga aktiviteterna och genom ett aktivt deltagande i dessa processer approprierar de gradvis olika tankegångar och färdigheter. Dessa används senare i andra situationer (Säljö, 2005).

Språket anses vara det viktigaste redskapet som vi människor använder oss av för att utveckla tankar, kunskaper, idéer samt erfarenheter. Även våra normer och traditioner utvecklades utifrån möjligheten till kommunikation. Genom språket kan människor ta del av varandras tankar, komma fram till en gemensam förståelse, dra lärdomar och vidarebefordra det till kommande generationer (Säljö, 2005).

Att använda det sociokulturella perspektivet i detta examensarbete är väsentligt då arbetsplatsen utgör en av de arenor där kollektivt lärande äger rum (Säljö, 2005). Människor som befinner sig på en arbetsplats styrs av de normer och traditioner som är inpräntade i organisationen. Genom gemensamt agerande och i samspel med omgivningen utvecklas de anställda med ständigt nyvunna kunskaper (Hanson, 2004).

2.4.1 Kommunikation

En viktig aspekt inom det sociokulturella perspektivet är kommunikation. Själva ordet kommunikation har sitt ursprung i latinets *communicare*, vilket betyder att delaktiggöra en person i något genom samtal, känslor och upplevelser. Definitionen av kommunikation kan sägas vara överförande av information och mottagande av meddelande via ord (talade eller skrivna), symboler, tecken eller rörelser (Saxin, 2011).

I kommunikationsprocessen finns det alltid en sändare som vill förmedla ett budskap via ett medium. Det finns även en eller flera mottagare som ska reagera på det budskap som sänds. Återkoppling eller feedback är när sändaren får en reaktion på budskapet från mottagaren. Kommunikationsprocessen innehåller även begreppet feed forward vilket betyder att sändaren tar reda på information om mottagaren innan kommunikationsprocessen inleds (Jarlbros, 2004).

Det finns två typer av kommunikation. Den första är envägskommunikation där sändaren beslutar om budskapets innehåll och hur det ska framföras. Exempel på envägskommunikation är reklamannonser. Den andra typen av kommunikation är tvåvägskommunikation vilket innebär att både sändare och mottagare kan diskutera budskapets mening. Det är en fördel med den här typen av kommunikation då sändaren kan ställa frågor för att kontrollera om budskapet blivit förstått av mottagaren. För en effektiv tvåvägskommunikation är det nödvändigt att bägge parter är lyhörda för varandras behov, känslor och kunskaper (Löow, 2009).

Hälsokommunikation är en kommunikationsform där hälsorelaterade frågor och ämnen hanteras på olika vis. Den kan dyka upp i de flesta sammanhang där mänsklig kommunikation inträffar till exempel i smågrupper, organisationer och i massmedia (Jarlbros, 2004).

Alla människor känner till och tillämpar kommunikation, dock är det ofta så att vi är missnöjda med hur den fungerar. Idag ägnar människan en stor del av sin vakna tid åt att kommunicera med andra på olika sätt. Trots att mängden kommunikation har tilltagit garanterar inte det att den är effektiv. Svårigheten med kommunikation ligger i att det är svårt för sändaren av ett budskap att nå fram till mottagaren på det sätt som det var tänkt från början. Det finns en hel del problem som gör att mottagaren urskiljer något annat än sändarens ursprungliga avsikt (Löow, 2009). För det första är vi människor olika och tolkar samma saker på helt olika sätt beroende på vilken förförståelse och verklighetsuppfattning vi

har (Sohlberg & Sohlberg 2009). Vi har olika referensramar vilket gör att det lätt blir missförstånd. Otydlighet i kommunikationen leder till att budskapet inte når fram på det sätt som är tänkt. Trötthet hos både sändare och mottagare påverkar kommunikationen på ett negativt sätt. I möte med andra människor står kroppsspråket för den viktigaste aspekten i kommunikationen. Vi använder oss av gester, mimik, röstläge för att frambringa vårt budskap. Det är genom kroppsspråket som vi gör den första tolkningen av budskapet då dess signaler är starkare än ord. Ibland kan det leda till att budskapet misstolkas genom ett kroppsspråk som inte överensstämmer med det en person försöker förmedla (Dawn, 2000; Lööv, 2009).

Kommunikation på arbetsplatsen är av stor vikt för att organisationen ska fungera, utan kommunikation blir det svårt att förmedla information om till exempel arbetsprocesser, regler och mål. Kommunikation är även viktig för gemenskap och delaktighet. Det finns olika faktorer som påverkar hur lyckad kommunikationen och delaktigheten blir. Människans mognad och färdighet påverkar. Likaså har organisation, lokaler och andra fysiska förutsättningar betydelse för resultatet. Alla arbetsplatser är olika och måste därför mötas på olika sätt för att öka delaktigheten. Därför krävs det bemötande och kommunikation anpassad efter organisationens förutsättningar (Dawn, 2000; Hanson 2004).

Ett problem när det gäller att förmedla ett hälsobudskap är att sändaren och mottagaren ofta befinner sig i skilda sociokulturella rum, vilket gör det svårt med kommunikationen. En anledning är att det finns stora sociala skillnader i hälsa, vilket gör det svårt att tolka och avkoda budskapet (Jarlbro, 2004).

Oavsett hur lokalerna är utformade, vilken språkkunnighet personalen har eller hur verksamhetens innehåll påverkar möjligheten till delaktighet genom kommunikation, så är det ett faktum att på alla arbetsplatser där två eller flera personer arbetar finns det en chans att inrätta naturliga mötesplatser för meningsfulla möten (Dawn, 2000; Hanson 2004).

2.5 Samarbete

Samarbete som begrepp är mångfacetterat och kan definieras på många olika sätt. I svensk litteratur jämförs dock ofta samarbete med samverkan. Detta innebär att två eller fler individer, grupper eller organisationer tillsammans bedriver verksamheten för att uppnå ett gemensamt mål (Carlson & Jäder, 2006).

Samarbete sker dagligen inom och utanför alla organisationer och är en viktig del av verksamheten. Samarbete förekommer på både individuell- grupp- och organisationsnivå, därför är det nödvändigt att integrera dessa med varandra. Att skapa samband mellan nivåerna är viktigt för att driva verksamheten och hitta lösningar för en mängd komplexa problem som uppstår på arbetsplatsen (Hanson, 2004). De interna resurserna som organisationen har tillgång till räcker oftast inte till, därför måste hjälp sökas utanför. Samarbete med olika parter anses vara de främsta metoderna för att uppnå både kort- och långsiktiga mål. Arbetsplatser som samarbetar med andra organisationer har möjlighet att åstadkomma resultat, vilka inte

skulle vara möjliga att uppnå på egen hand (Gajda, 2004). Hanson (2004) skriver att de bästa förutsättningarna för att åstadkomma goda resultat byggs på en öppen och ärlig relation med olika intressenter.

Att etablera ett välfungerande samarbete, både internt och externt, har stor betydelse för hela organisationen. Därför är det viktigt att skapa ett samarbetsklimat som gynnar hela arbetsplatsen (Angelöw, 2002).

Det finns en del framgångsrika faktorer som har identifierats i litteraturen gällande samarbete. Framför allt är det viktigt att ha tydliga mål och avsikter. Båda parter måste komma överens om vilka motiv som ligger bakom samarbetet och gemensamt komma fram till både kort- och långsiktiga mål. Upprättande av tydliga riktlinjer, rutiner och arbetsmetoder som alla berörda parter följer är avgörande i detta sammanhang. Det är även viktigt att rättvist fördela resurserna för samarbetsaktiviteter. Intressekonflikter är i stort sätt ofrånkomliga men om de hanteras på ett klokt och genomtänkt sätt finns det bra grund för samarbete. Stödande ledarskap är centralt i detta sammanhang. Ledare har en viktig roll framför allt då det gäller skapande av relationer mellan parterna. Ledaren ansvarar även för kommunikation och problemlösning. En annan betydelsefull aspekt är organisationskultur. De arbetsplatser som lyckas utveckla lärandemiljö har större chanser att utveckla bra samarbete med andra organisationer, eftersom deras anställdas engagemang och förtroende bidrar till lärande. Många organisationer ser ett ökat behov av att skapa välfungerade samarbete och därför lyfts kompetensutveckling och erfarenhet fram som ytterligare framgångsrika faktorer (Angelöw, 2002; Carlson & Jäder, 2006).

2.5.1 Samarbete mellan företagshälsovård och arbetsplats

Samarbete över gränserna är att föredra när det gäller hälsovård. Det mest använda argumentet för ett tvärprofessionellt samarbete är att det krävs mycket kunskaper och olika kompetenser för att lösa problem. Att yrkeskunniga inom olika områden samlas och delar information är av stor vikt för att få en helhets bild av den situation som behöver lösas (Thylefors, Persson & Hellstöm, 2005). Fördelarna med FHV och dess effektivitet påverkas i hög grad av hur relationen och kommunikationen mellan dem och deras klienter ser ut. Det krävs mycket för att detta ska fungera på rätt sätt. Det är av stor vikt att arbeta för att förbättra kommunikations- och samarbetsfärdigheter (Peltomäki & Husman, 2002).

I rapporten *Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovård* (Schmidt, Sjöström & Antonsson, 2011) tar författarna upp att det finns en svårighet för personal på FHV att lämna det gamla individriktade patientperspektivet och istället satsa på förebyggande insatser och att ge råd gällande arbetsmiljöfrågor. Ett effektivt samarbete mellan företagen och FHV bygger på att det är en ständigt pågående process och dialog. Det ska inte vara något som bara är begränsat till att lösa ett speciellt problem. Genom att samarbetet utvecklas över tid, ger det

på sikt ett bättre resultat. Är relationen mellan företag och FHV ömsesidig och tillitsfull får FHV den närhet till företagen som behövs för att de ska kunna ge stöd i strategiska diskussioner. När det görs en fortlöpande avstämning och kalibrering av insatser och roller mellan samarbetsparterna leder detta till att FHV åtgärdar det som behövs. Det i sin tur leder till att företaget får en bättre avkastning på sina investeringar. FHV måste vara anpassningsbara och prestigelösa. Företagen ska ha inarbetade rutiner och strukturer för att detta ska fungera. För att ett samarbete ska vara effektivt behöver företagen vara väl medvetna om att det är hos dem ansvaret för arbetsmiljön ligger och att FHV är en viktig expertresurs att ta hjälp av. Rapporten visar att FHV övervägande arbetar med de förebyggande och främjande insatserna när de har inrättat ett bra samarbete med företagen. Detta är en förutsättning för en bättre arbetsmiljö för de anställda.

Naumanen (2006) undersökte synen på hälsofrämjande faktorer bland äldre sjuksköterskor. Hon kom fram till att samarbetet mellan arbetstagarna, arbetsplatsen och FHV är viktigt för att främja hälsa och välbefinnande samt öka arbetsförmågan. Arbetstagarna själva ser möjligheten att påverka sin hälsa bland annat genom goda hälsovanor och ett balanserat liv. Nära relationer, fritidsaktiviteter, psykisk styrka och professionell utveckling bedöms som de viktigaste faktorerna för en god hälsa. Arbetsplatsens mest betydelsefulla hälsofrämjande faktorer anses vara ett positivt arbetsklimat där de anställda känner sig uppskattade och motiverade. Andra faktorer som främjar hälsan på arbetsplatsen är möjligheten till ett balanserat arbete där hänsyn tas till individens prestationsförmåga. Viktigt är även ledarskapet. Ledaren som lyssnar, uppmuntrar och diskuterar med sina underordnade utgör en hälsofrämjande faktor. Arbetstagarna i studien ansåg att hälsokontroller och hälsotillståndstester, rådgivning och utbildning, tillgång till vård samt rehabilitering och mentalt stöd hör till de viktigaste hälsofrämjande tjänsterna som FHV erbjuder. Alla tre delar har lika stor betydelse för medarbetarnas välbefinnande och därför bör samarbetet mellan de stödjas på ett effektivt och systematiskt sätt.

2.6 Delaktighet

Delaktighet och inflytande är två av de mest grundläggande förutsättningarna för människans hälsa. Alla människor oavsett kön, ålder, etnisk bakgrund, religiös tillhörighet, sexuell läggning eller funktionsnedsättning ska ha samma rätt till delaktighet och inflytande både i privat- och arbetsliv. Arbetet med att öka delaktighet och inflytande ingår i de elva nationella folkhälsomålområdena (Statens Folkhälsoinstitut, 2008).

Delaktighet på arbetsplatsen är viktigt för att medarbetarna ska trivas och må bra. Det är även en av de viktigaste förutsättningarna för att främja hälsan. De kunskaper och erfarenheter som finns inom varje organisation borde tas till vara för att utveckla förståelsen och ge dem anställda en gemensam bild av verkligheten. Kommunikation är av stor betydelse för delaktighet och för att skapa en delaktig kommunikation är dialogen central (Hanson, 2004; Marriner Tomey, 2009). Genom att delge andra våra erfarenheter och iakttagelser blir vi

delaktiga i olika sammanhang, således även på arbetsplatsen (Säljö, 2005). Individen som får utrymme till att tänka och agera på egen hand engagerar sig i det som händer runt om och upplever det som meningsfullt, eftersom den ser sin egen roll i relation till arbetsplatsen. Att bli tillfrågad och kunna komma med egna förslag ökar motivationen hos de anställda och har även betydelse för deras välbefinnande. För att kunna skapa bättre hälsa på arbetsplatsen krävs det engagemang från alla inblandade parter, det vill säga arbetstagarna, chefer och externa experter, eftersom varje arbetsplats är unik och har sina egna förutsättningar (Hanson, 2004).

Det finns en del faktorer och teorier som betonar vikten av delaktighet på arbetsplatsen. De som ansågs vara adekvata till studiens syfte presenteras nedan:

- *Empowerment och autonomi.* Det första begreppet översätts ofta till egenmakt och innebär en process där en individ tillägnar sig inflytande och kontroll över sitt eget liv (Ewles & Simnett, 2005). Empowerment på arbetsplatsen ses som både en strukturell och psykologisk process. Den strukturella processen innebär individens tillgång till information, stöd och resurser samt möjlighet till utveckling av kunskaper. Den psykologiska processen sker då individen har motivation i relation till sin arbetsplats. Relationen mellan den strukturella och psykologiska empowerment medför ökad trivsel och effektivitet på arbetsplatsen (Stewart, McNulty, Quinn Griffin & Fitzpatrick, 2008) Autonomi innebär i sin tur att varje individ har rätt till att vara fri och självständig (Hanson, 2004).
- *Känslan av sammanhang (KASAM).* Begreppet innehåller tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Teorin om KASAM skapades av Aaron Antonovsky för att förstå människors olika förmåga att förbli friska trots olika påfrestningar i livet. Han kom fram till att människan måste förstå det som händer i hennes omgivning idag för att må bra. Hon borde även kunna strukturera och förklara det som kommer att hända i framtiden. Vidare måste individen kunna hantera det som händer med hjälp av egna kunskaper och erfarenheter samt de resurser den har till förfogande i sin omgivning. Det är även viktigt att känna mening i det som händer för att kunna hitta motivation (Antonovsky, 2005).
- *Balans mellan krav och resurs.* Karasek och Theorell utvecklade krav-kontroll-stöd modellen, som används för att förstå varför olika människor hanterar sina arbetslivskrav på olika sätt. Modellen beskriver hur kraven i arbetet kopplade till vilken kontroll och vilket stöd individen har påverkar hälsan. Kraven i arbetet kan vara höga utan att påverka hälsan negativt om de samtidigt innebär att individen finner dem stimulerande, har stor kontroll och beslutsutrymme över sitt arbete. I detta fall leder arbete till psykologiskt och fysiologiskt välbefinnande. Tvärtom leder ett arbete fullt av krav men med lite stimulans, låg kontroll och beslutsutrymme till sjukdomar och stress (Karasek & Theorell, 1990).

- *Ledarskap*. Hur ledarskapet i en organisation är utformat har en avgörande roll gällande skapandet av friskare arbetsplatser. Det är viktigt att skapa förutsättningar för ett konstruktivt ledarskap. Ökad delaktighet på arbetsplatsen ställer höga krav på chefer som måste släppa ifrån sig kontroll och våga lita på de anställda. Delaktigt ledarskap ökar graden av kaos på arbetsplatsen och medför mindre möjligheter till förutsägbarhet. Ledarens roll i detta sammanhang handlar mer om att stödja och uppmuntra sina medarbetare istället för att styra dem. Bra chefer bör besitta vissa egenskaper för att kunna stimulera delaktighet på arbetsplatsen. Framför allt handlar det om hans/hennes förmåga att kommunicera med andra människor, eftersom dialog är den bästa förutsättningen för att skapa delaktighet. Chefen måste dock vara lyhörd för medarbetarnas synpunkter och öppen för diskussioner. Han/hon ska även vara tillgänglig och kunna vägleda sina underordnade på ett tydligt sätt och till det krävs ett pedagogiskt ledarskap (Angelöw, 2002; Hanson, 2004; Marriner Tomey, 2009).

3. Problemprecisering

Litteraturgenomgången tar upp arbetsmiljöns betydelse för hälsan och berör även hur FHV kan bidra till ett hälsofrämjande arbete samt betonar vikten av kommunikation och samarbete. Äldreomsorgen är ett utsatt arbetsområde där det är viktigt att rikta insatser för att främja hälsa. FHV har stor erfarenhet att arbeta med förebyggande och rehabiliterande insatser medan hälsofrämjande insatser förekommit i mindre omfattning. Det är därför viktigt att studera hur det hälsofrämjande arbetet i samspel mellan FHV och arbetsplatser i vården ser ut och kan utvecklas.

3.1 Syfte

Syftet med vårt examensarbete är att studera vilka uppfattningar de anställda inom äldreomsorgen har om samarbetet kring hälsofrämjande insatser mellan företagshälsovården och deras arbetsplats.

3.2 Frågeställningar

- Vilka uppfattningar säger sig personalen inom äldreomsorgen ha beträffande företagshälsovårdens hälsofrämjande tjänster?
- Hur upplever personalen inom äldreomsorg samarbetet med företagshälsovården?
- På vilket/a sätt anser personalen inom äldreomsorg att samarbetet kring hälsofrämjande insatser mellan företagshälsovården och deras arbetsplats kan utvecklas?

4. Material och metod

I detta avsnitt beskrivs tillvägagångssätt för hur studien genomfördes. Val av metod, målgrupp, konstruktion av enkät, genomförande och bearbetning presenteras för att ge en bild av arbetsgången.

4.1 Val av metod

Utifrån syftet med examensarbetet valdes den kvantitativa metoden för undersökningen. Den metoden användes för att få en bred överblick om vad personalen anser om samarbetet mellan FHV och sin arbetsplats samt hur de tycker att det kan förbättras. Att göra en kvantitativ undersökning innebär att resultaten ska kunna kvantifieras och generaliseras. För att detta ska vara möjligt kan enkäter användas för att samla in information om respondenternas attityder, kunskaper, åsikter med mera. Enkäten är ett frågeformulär som innehåller ett antal frågor med fasta svarsalternativ, men de kan även innehålla öppna frågor där respondenten själv kan utveckla sitt svar på ett djupare sätt. Enkäter är lämpliga då ett stort antal individer ska undersökas (Ejlertsson, 2005).

4.2 Målgrupp

Eftersom examensarbete skrevs på uppdrag av en kommun i södra Sverige bestod urvalet av alla anställda inom äldreomsorgen i den kommunen. Äldreomsorgen består av anställda inom hemtjänst och på äldreboende. Arbetsuppgifterna inom hemtjänsten kan variera mycket. De kan till exempel vara intimhygien, lyft, matning, städning, inköp av mat och enklare matlagning. Anställda på särskilda äldreboenden har i princip samma arbetsuppgifter. Den stora skillnaden är att hemtjänstpersonalen åker runt mellan olika brukares hem och utför sina arbetsuppgifter medan personalen på äldreboende har en fast arbetsplats. Inom båda yrkesgrupperna ingår det att ta prover, kontrollera temperatur och puls samt att assistera vid såromläggning (WorldSkills Sweden, 2012).

I undersökningen deltog fyra arbetsplatser inom hemtjänsten och tio arbetsplatser på äldreboenden, sammanlagt 345 anställda. De enda kriterierna för att delta i undersökningen var att respondenten skulle vara fast anställd och inte inneha en chefsposition. En stor del av personalen som arbetar inom kommunens äldreomsorg är timanställda men valdes bort eftersom de inte hade tillgång till FHV:s tjänster. Medarbetarnas uppfattningar var väsentliga för vårt syfte och uppdrag och därför ingick inte cheferna i undersökningen.

4.3 Enkät

Frågorna i enkäten (bilaga 2) konstruerades och utformades utifrån både ett folkhälsovetenskapligt och pedagogiskt perspektiv. Enkäten bestod av sjutton frågor där femton av dem var slutna och två var öppna. En sluten fråga innebär att respondenten enbart kan välja mellan de angivna svarsalternativen. En öppen fråga däremot ger respondenten frihet att själv kunna uttrycka sina åsikter (Barth & Näsholm, 2006). Två öppna frågor konstruerades för att få en djupare förståelse för vilka behov och önskemål gällande FHV:s tjänster som fanns bland personalen samt på vilket sätt samarbetet mellan FHV och arbetsplatsen kan utvecklas.

Vid utformning av enkäten eftersträvades enkelhet och tydlighet både när det gäller frågorna och layouten. Språket anpassades till målgruppen. Frågorna utformades på ett entydigt och neutralt sätt för att undvika misstolkningar. Innan fråga åtta (*Har du, under de senaste två åren, genom företagshälsovården, utnyttjat någon av dessa tjänster i **hälsofrämjande** syfte?*), fråga nio (*Har du, under de senaste två åren, genom företagshälsovården, utnyttjat någon av dessa tjänster i **åtgärdande** syfte?*) och fråga tretton (*Hur tycker du att kommunikationen fungerar mellan företagshälsovården och din arbetsplats?*) skrevs en inledande mening för att underlätta förståelsen av dessa frågor. I frågorna nummer åtta och nio angavs även tidsperspektiv för att fånga upp nuvarande situation. Vidare konstruerades svarsalternativen på ett ömsesidigt uteslutande sätt. Detta innebär att varje svarsalternativ förekom endast en gång för att utesluta tveksamheter då svaret väljs av respondenten. För att försäkra sig om att inget svarsalternativ saknades angavs ett ”annat, ange vad” alternativ i de flesta frågor. Det strävades även efter symmetri i svarsalternativen, det vill säga lika många positiva som negativa alternativ. Till varje enkät medföljde ett följebrev (bilaga 1) där studiens syfte och tillvägagångssätt förklarades på ett enkelt och sakligt sätt (Ejlertsson, 2005).

4.3.1 Pilotstudie

För att testa enkätfrågorna genomfördes en pilotstudie. Pilotstudien är en provundersökning, där frågeformuläret som ska användas testas innan själva huvudundersökningen. Genomförandet av en pilotstudie hjälper frågekonstruktören att se om de svarande tolkar frågorna och svaren på det sätt som det är tänkt eller om de har helt andra uppfattningar om dem (Ejlertsson, 2005).

Pilotstudien genomfördes på ett äldreboende i en annan kommun, eftersom personer som väljs till provundersökning borde likna den blivande undersökningsgruppen i så stor utsträckning som möjligt (Ejlertsson, 2005). Gruppen bestod av fyra svaranden. Vi var närvarande då deltagarna besvarade enkäten för att få deras direkta uppfattningar på frågorna och enkätens utformning. Med hjälp av deras synpunkter kunde vissa frågor formuleras om och fler svarsalternativ läggas till för att förbättra enkäten.

4.4 Validitet och reliabilitet

Hög kvalitet på studien är viktigt för att få ett korrekt resultat. Därför bör hänsyn tas till både validiteten och reliabiliteten. Validitet i en enkät utgör ett mått på hur väl frågorna mäter det som de är avsedda att mäta. Frågor som har hög validitet medför enbart små systematiska fel. Validiteten kan fastställas och mätas på olika sätt, till exempel genom att studera samma sak med andra mätinstrument. I den här studien kunde validiteten inte fastställas, dock förstärktes den genom pilotstudien samt genom att konstruera frågor på ett välunderbyggt sätt.

Reliabilitet handlar om studiens precision det vill säga tillförlitligheten. I den här studien kunde reliabiliteten inte fastställas (Andersson, 2006; Ejlertsson, 2005).

4.5 Genomförande

Genom kontakt med en enhetschef i kommunen, erhöles tillgång till de fyra arbetsplatser som hon ansvarar för. Övriga enhetschefer kontaktades via telefon för att boka tid och träffa deras personal. För att öka svarsfrekvensen valde vi att själva åka ut till arbetsplatserna och presentera syftet med vårt examensarbete. Eftersom undersökningen gjordes på uppdrag av kommunen var det viktigt för oss att förklara för de anställda att chefen enbart kommer att få tillgång till färdigställt resultat. Målsättningen var att träffa så stora grupper åt gången som möjligt för att på så sätt sprida informationen. På en del av arbetsplatserna fanns möjligheten att få delta på deras arbetsplatsträffar. Överlag var det svårt att träffa personalen samlad, särskilt de anställda inom hemtjänsten då deras arbetsplats är ute i brukarnas hem. Därför ansågs kafferaster vara ett bra tillfälle för att träffa så många anställda som möjligt. De ombads att sprida informationen vidare till sina kollegor som inte var närvarande.

Enkäterna lämnades på arbetsplatserna och de anställda fick cirka fem dagar på sig att svara innan enkäterna samlades in. Vi var inte närvarande då enkäten besvarades men de anställda fick möjlighet till telefonkontakt om de hade några frågor. De ifyllda enkäterna lades i en låda för att garantera anonymiteten.

4.6 Bearbetning

Bearbetning av insamlad data utfördes i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 18. Bearbetningsprocessen påbörjades med en lämplig kodning av varje fråga (Wahlgren, 2005). Därefter utfördes inmatningen av data. Frekvenstabeller togs fram för att få en uppfattning om datamaterialet samt för att kontrollera eventuella fel. Detta gjordes på samtliga variabler. För att göra jämförelser och se samband mellan de olika variablerna användes korstabeller och chi-tvåtest (χ^2). Chi-tvåtest används ofta vid hypotesprövning för att se skillnad mellan observerad och förväntad frekvens. Signifikansnivån bestämdes till 5 procent, det vill säga $p < 0,05$. Eftersom materialet

bearbetades i datorprogrammet erhöles de exakta p-värdena, vilka angavs under respektive tabell (Ejlertsson, 2005). För att uppfylla kraven för chi-tvåtest (Tabell 2) slogs svarsalternativen ”mycket bra” och ”bra” samman till ”bra” samt svarsalternativen ”dåligt” och ”mycket dåligt” slogs samman till ”dåligt”. I tabell 3 sammanställdes svarsalternativen ”mycket bra”, ”bra” och ”varken bra eller dåligt” till ”bra” samt ”dåligt” och ”mycket dåligt” till ”dåligt”. För att underlätta redovisning av resultatet (Figur 1) då svarsfrekvensen var liten fattades beslutet om att slå samman ”mycket bra” och ”bra” till ”bra” samt ”dåliga” och ”mycket dåliga” till ”dåliga”. Svaren på de öppna frågorna bearbetades och sammanställdes separat. Nästa steg var att påbörja resultatredovisning och tolkning av materialet.

4.7 Etiska överväganden

Från och med den 1 januari 2004 finns det i Sverige en etiklag gällande forskning som avser människor (Vetenskapsrådet, 2011). Etiska överväganden bör därför beaktas vid planering, genomförande och sammanställning av undersökningen. Till de viktigaste etiska principerna tillhör informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Ejlertsson, 2005).

I vårt examensarbete togs hänsyn till de etiska aspekterna som var adekvata för enkätundersökningen. Frågorna konstruerades med försiktighet för att inte vara av för känslig karaktär, för att inte utsätta individen för obehag. De ställdes på ett sätt som gjorde det omöjligt att identifiera respondentens identitet, för att säkra deltagarnas anonymitet och på så sätt uppfylla konfidentialitetskravet. Den ifyllda enkäten fick deltagarna lägga i en låda, vilken enbart vi hade tillgång till. Till varje enkät medföljde ett följebrev där respondenterna fick all information gällande undersökningen, detta för att beakta informationskravet. Eftersom det var omöjligt att träffa alla anställda och besvara deras frågor gavs möjligheten att kontakta oss via telefon. I följebrevet framkom det att deltagandet i undersökningen var frivilligt men att hög svarsfrekvens var viktig för att kunna erhålla ett tillförlitligt och användbart resultat. Även nyttjandekravet uppfylldes. I följebrevet beskrevs examensarbetet som forskningsändamål. Deltagarna gav sitt samtycke genom att fylla i enkäten.

Innan studien påbörjades fick överordnade, inom de valda äldreboendena och hemtjänsten, information om studiens syfte. Enhetschefen mailade och informerade de överordnade i förväg om att undersökningen skulle pågå inom kommunen.

Vid bearbetningen behandlades data med försiktighet. Ingen obehörig person hade tillgång till varken de ifyllda enkäterna eller de sammanställda resultaten. Vi tog även hänsyn till etiken vid rapporteringen av data genom att tänka på vilka konsekvenser de erhållna resultaten har för de berörda.

Eftersom ändamålet med undersökningen var att det skulle utmytna i ett examensarbete, förstördes alla enkäter så fort analysen var gjord och examensarbetet godkänt.

5. Resultat

Av de 345 enkäter som delades ut blev 171 besvarade, vilket motsvarade en svarsfrekvens på 49 procent och ett bortfall på 51 procent. Förutom det externa bortfallet, vilket innefattade de individer som inte svarade på enkäten, fick vi även internt bortfall, då vissa respondenter inte svarade på alla frågor i enkäten (Ejlertsson, 2005).

5.1 Basfakta

Könsfördelningen i materialet var snedfördelad då 98 procent av de svarande var kvinnor och endast 2 procent var män. Därför gjordes inga jämförelser mellan könen. Majoriteten (58 %) arbetade på äldreboende. Merparten (75%) av de anställda har arbetat 6 – 15 år eller 15 år och längre (tabell 1).

Tabell 1. Kön, ålder och arbetsförhållanden i svarsgruppen (n=171)

Basfakta	Andel procent
Ålder	
19-34 år	18
35-49 år	41
50-67 år	41
Kön	
Kvinna	98
Man	2
Arbetsområde	
Äldreboende inkl dagverksamhet	58
Hemtjänst	38
Båda arbetsområdena	4
Anställningslängd	
Mindre än 1 år	6
1 – 5 år	18
6 – 15 år	37
Mer än 15 år	38
Sysselsättningsgrad	
100 %	23
75 %	37
50 %	7
Annat	33
Arbetsskift*	
Dag	91
Kväll	70
Natt	10
Annat	8

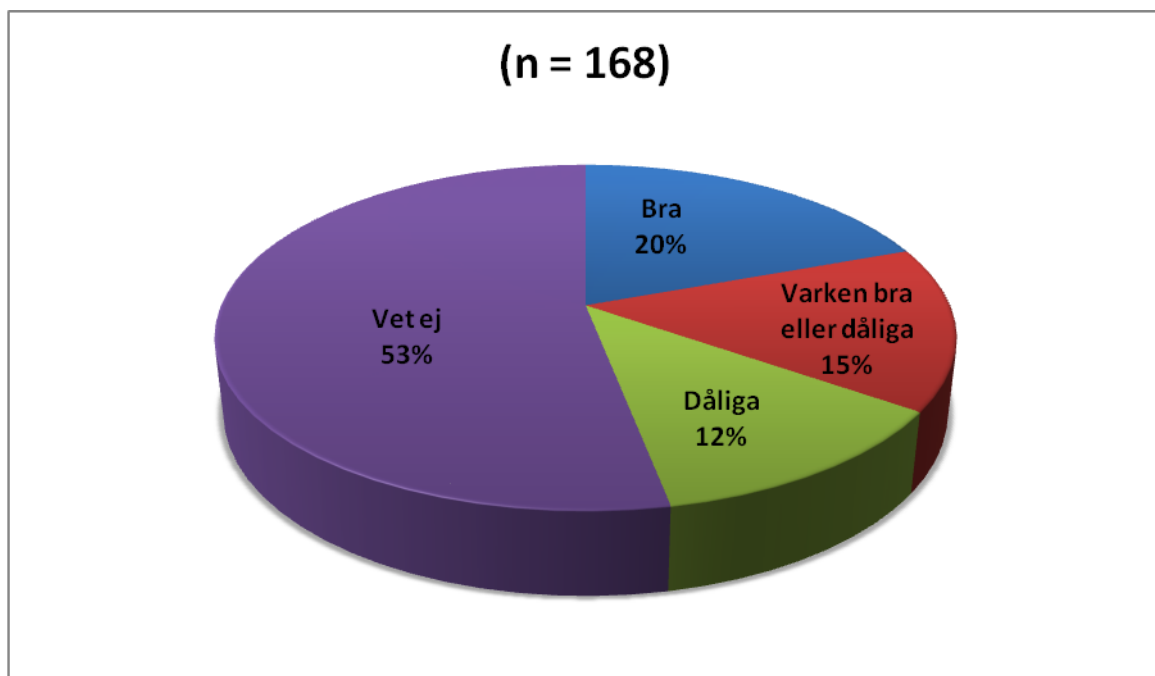
* Totalprocent är mer än 100 procent på grund av möjlighet att ange mer än ett svarsalternativ.

5.2 Företagshälsovård, hälsofrämjande tjänster och åtgärdande tjänster

Resultatet visade att 13 respondenter (8 %) inte visste vilken FHV de har tillgång till på arbetsplatsen. Gällande utnyttjandet av hälsofrämjande och åtgärdande tjänster var det inte många som uppgav att de hade använt sig av dessa. Andel anställda som har utnyttjat någon hälsofrämjande tjänst var 19 procent. De tjänster som använts mest var stödsamtal (5 %) och hälsoundersökning (4 %). Det var 5 procent, det vill säga nio respondenter, som angav ”annat” som svarsalternativ på frågan. Exempel på tjänster var friskvårdsbidrag, ”må bra kurs”, ”livet börjar vid 50 kurs” och viktningsprogram. Andel anställda som har utnyttjat någon åtgärdande tjänst var 8 procent. Mest använda tjänster uppgavs vara stödsamtal (4 %) och rökavvänjning (2 %).

På frågan om de mottagit någon form av hälsofrämjande utbildning var det 17 procent som uppgav att de gjort det. Utbildningar de fått var bland annat ergonomiutbildning och arbetsmiljöutbildning.

Det var 20 procent av personalen som tyckte att de hälsofrämjande tjänster som FHV erbjuder var bra. Vidare tyckte 15 procent att de hälsofrämjande tjänsterna varken var bra eller dåliga. Dock tyckte 12 procent att de är dåliga och 53 procent visste inte.



Figur 1. Åsikter om de hälsofrämjande tjänsterna

5.2 Närvaro, samarbete, kommunikation och information

Av de tillfrågade uppgav 16 procent att de ansåg att FHV var närvarande på arbetsplatsen. Vidare visade resultatet att 36 procent var nöjda med samarbetet mellan FHV och arbetsplatsen, dock svarade 41 procent ”vet ej”.

Gällande frågan om hur kommunikationen mellan FHV och arbetsplatsen fungerar svarade 31 procent att det fungerade bra och 39 procent svarade ”vet ej”. Samtal med chef (36,8%) samt via mail (21,1%) var de sätt på vilka de anställda fick information om FHV:s tjänster.

När de anställdas uppfattningar om samarbetet med FHV relaterades till ålder visade det sig att de yngre åldersgrupperna var mest nöjda med samarbetet ($p = 0,009$). Resultatet framgår av tabell 2.

Tabell 2. Uppfattningar om samarbete med företagshälsovård fördelat på åldersgrupper (andel %).

Samarbete	Åldersgrupp		
	19 - 34 år (n=31)	35 - 49 år (n=70)	50 - 67 år (n=67)
Bra	13	16	8
Varken bra eller dåligt	45	24	16
Dåligt	3	20	31
Vet ej	38	40	45
Totalt	100	100	100

$\chi^2 = 17,219$, $df = 6$, $p = 0,009$

Tabell 3 visar relationen mellan de anställdas uppfattningar om kommunikation med FHV och ålder. De yngre åldersgrupperna var mest nöjda med kommunikationen ($p = 0,001$).

Tabell 3. Uppfattningar om kommunikation med företagshälsovård fördelat på åldersgrupper (andel %).

Kommunikation	Åldersgrupp		
	19 - 34 år (n=31)	35 - 49 år (n=70)	50 - 67 år (n=67)
Bra	58	34	16
Dåligt	16	26	39
Vet ej	26	40	45
Totalt	100	100	100

$$\chi^2 = 18,121, df = 4, p = 0,001$$

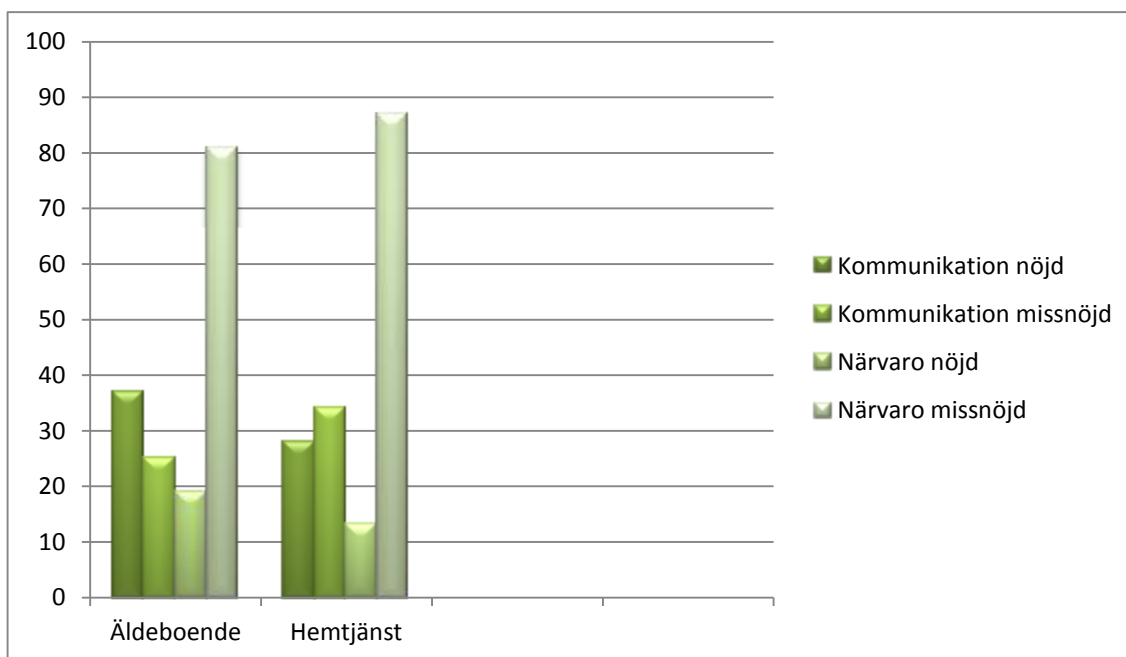
Gällande sättet på vilket information förmedlas till de anställda var mail, samtal med chef och informationsblad vanligast. Åldersgruppen 19-34 år angav att de fick mest information via mail (39%) och informationsblad (36%). Samtal med chef var det sätt åldersgrupperna 35-49 år och 50-67 år fick sin information om FHV hälsofrämjande tjänster. I tabell 4 redovisas enbart de tre svarsalternativ som fick högst svarsfrekvens. Svarsalternativet ”annat, ange vad” fick en svarsfrekvens på 17,5 procent och i de flesta fall betydde det ”ej fått någon information”.

Tabell 4. Informationssätt fördelat på ålder (andel %).

Informationssätt	Åldersgrupper		
	19 - 34 år (n= 29)	35 - 49 år (n= 65)	50 - 67 år (n= 50)
Mail	39	21	13
Samtal med chef	29	44	33
Informationsblad	36	13	14

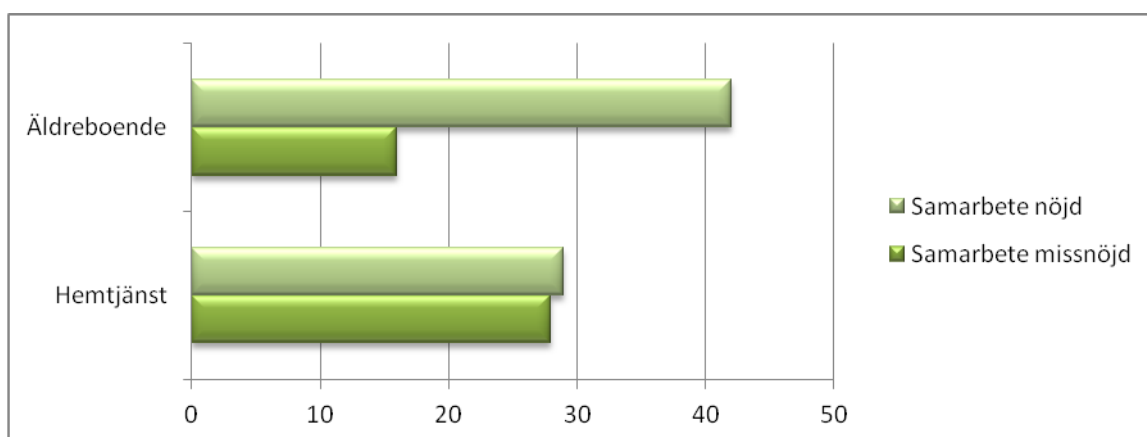
Summan i kolumnerna kan bli mer än 100 procent på grund av möjlighet att ange mer än ett svarsalternativ.

Vid jämförelser mellan äldreboende och hemtjänst gällande kommunikation och närvaro kunde inga skillnader säkerhetsställas. Det förefaller dock att de anställda på äldreboende var mer nöjda med både kommunikation mellan FHV och arbetsplatsen samt FHV:s närvaro på arbetsplatsen.



Figur 2. Uppfattningar om kommunikation mellan företagshälsovård och arbetsplatsen samt företagshälsovårdens närvaro på arbetsplatsen, fördelat på arbetsområde (andel %).

I figur 3 redovisas uppfattningar om samarbete mellan FHV och arbetsplatsen fördelat på arbetsområde. Av de anställda inom äldreboende var 42 procent nöjda med samarbetet och 16 procent var missnöjda. I hemtjänsten var 29 procent av de anställda nöjda med samarbetet och 28 procent var missnöjda.



Figur 3. Uppfattningar om samarbete mellan företagshälsovård och arbetsplatsen fördelat på arbetsområde (andel %).

5.3 Önskemål om hälsofrämjande tjänster

På den öppna frågan om vilka hälsofrämjande tjänster de anställda vill att FHV ska erbjuda kom det upp många olika förslag. Majoriteten önskade att det skulle finnas regelbundna hälsokontroller, gärna en gång om året. De andra tjänsterna som var mest efterfrågade var stresshantering, träning och kostrådgivning. De anställda inom äldreomsorgen önskade sig även ergonomirådgivning, olika kurser och utbildningar samt uppföljning efter rehabilitering. Det fanns även önskan om stöd i livets olika skeden, till exempel barnomsorgstiden kontra jobb samt övergången från arbetsliv till pension. Det fanns ett fåtal individer som inte hade någon kännedom om vilka hälsofrämjande tjänster FHV erbjuder och därför kunde de inte ge några relevanta förslag.

5.4 Förbättring av det hälsofrämjande samarbetet mellan företagshälsovården och arbetsplatsen

Gällande den öppna frågan om hur det hälsofrämjande samarbete mellan FHV och arbetsplatsen kan utvecklas framkom det att FHV bör vara mer synlig. De anställda föreslog att FHV borde besöka dem och önskemål var att detta skulle ske på arbetsplatsträffarna. FHV borde, enligt de anställda informera mer om vilka hälsofrämjande tjänster de har att erbjuda och bli bättre på att marknadsföra sig. Enkätundersökningen visade att samarbetet mellan FHV och chefen var bra, men att det var obefintligt mellan personal och FHV. De anställda såg ett behov av att kontakten mellan dem och FHV borde kunna ske direkt och inte via chefen, då chefen kan utgöra ett problem. Arbetsplatsen och FHV borde bli bättre på att fånga upp de individer som behöver hjälp.

6. Diskussion

Diskussionsavsnittet inleds med en resultatdiskussion där resultatet av undersökningen diskuteras utifrån syfte och frågeställningar kopplat till relevant litteratur och forskning. Därefter följer förslag till förbättringar av samarbetet. Diskussionen avslutas med metoddiskussion och konklusion.

6.1 Resultatdiskussion

Studiens resultat tyder på att de anställdas kännedom gällande samarbetet kring de hälsofrämjande tjänsterna är bristande. Arbete med hälsa bör bygga på kunskaper både om hur sjukdomar förebyggs och hur hälsa främjas. De anställda borde bli medvetna inte enbart om de faktorer som utlöser sjukdom (patogenes) utan även om de faktorer som stärker deras hälsa och håller dem friska (salutogenes) (Antonovsky, 2005).

För att personalen ska börja utnyttja FHV måste de veta vilka tjänster som erbjuds och i vilken utsträckning de kan använda dessa. Det är viktigt att poängtera att många av tjänsterna kan utnyttjas i både hälsofrämjande och åtgärdande syfte. Personalen bör även känna till avtalet för att få reda på vilka rättigheter eller möjligheter de har. Även hur själva processen ser ut, till exempel hur de kommer dit är viktig information de behöver få. Dessa kunskaper kan leda till att de blir mer motiverade att utnyttja de tjänster som FHV erbjuder dem.

Kunskaper kan vara det motiv som behövs för beteendeförändring och finns förutsättningarna i individens omgivning blir det lättare att hitta drivkraften till förändring (Borgh, 2009). Inte minst är kännedom om förutsättningarna viktiga för empowerment och individens välbefinnande (Stewart et al, 2008). De anställda borde få möjlighet till erfarenhet av de hälsofrämjande tjänsterna för att öka användandet och kunskapen om dem. Dewey poängterar vikten av erfarenhet för lärandet. Han menar att för att tillägna sig kunskaper räcker det inte enbart med teori utan individen måste prova sig fram och skaffa sig erfarenhet för att lära (Egidius, 2009; Granberg, O & Ohlsson, J, 2009). Vi tror att när de anställda får erfarenhet av någon av FHV:s tjänster lär de sig hur de fungerar och vilken nytta de medför. Förhoppningsvis delar de med sig av sina goda erfarenheter till sina kollegor, vilket kan kopplas till det sociokulturella perspektivet som betonar vikten av lärandet i olika sociala sammanhang (Säljö, 2005). Vidare ligger det i människans natur att följa andras exempel vilket förklaras i *The diffusion of innovation theory*. Det räcker med ett fåtal individer som initierar ett beteende, i detta fall att använda sig av FHV:s tjänster, för att andra efter ett tag ska följa deras exempel. I slutändan kan det leda till att det nya beteendet integreras i organisationen och blir en naturlig del av verksamheten (Harris, 2004). Indirekt kan detta påverka användandet av FHV:s hälsofrämjande och åtgärdande tjänster och förbättra hälsan

på arbetsplatsen. De flesta förändringar är lättare att åstadkomma om fokus inte ligger direkt på individen utan om engagemang skapas i hela gruppen (Granberg & Ohlsson, 2009).

KASAM kan användas som en pedagogisk modell för lärandeprocesser och förändringsarbete. De anställda uppnår begriplighet när de får information och kunskap om FHV:s hälsofrämjande tjänster. Hanterbarheten underlättas då individen har tillgång till resurser samt vet hur den ska gå tillväga för att komma i kontakt med FHV. När dessa krav är uppfyllda och individen förstår hur och varför de ska använda FHV:s hälsofrämjande tjänster upplevs meningsfullhet. Detta kan leda till att fler kommer att komma i kontakt med FHV och börja använda deras tjänster (Antonovsky, 2005; Hanson, 2004).

Bristande kunskaper och erfarenheter kan bero på hur kommunikationen fungerar. Genom kommunikation förmedlas information och den är av stor vikt för att ge de anställda förståelse för FHV roll för deras arbetshälsa. Otillräcklig kommunikation kan även vara en anledning till varför så många som svarade ”vet ej” gällande kommunikation. Skapandet av en välfungerande kommunikation och bra dialog ger förutsättningar för utvecklandet av en god arbetsmiljö (Marriner Tomey, 2009; Waldemarsson, 2009). Ledarens roll har stor betydelse i detta sammanhang. Bristande kommunikation kan även vara en förklaring till varför det var så många i personalen som inte hade använt FHV:s tjänster. Ledaren borde vara tydlig med sin kommunikation för att förmedla budskap till de anställda. Han/hon bör vara öppen för diskussion med både personal och FHV (Marriner Tomey, 2009).

Det finns olika sätt att kommunicera på. Av undersökningen framkom det att mail, informationsblad och samtal med chef var de vanligaste sätten att få information om FHV. På en arbetsplats som äldreomsorgen finns det människor i alla åldrar, med olika typer av utbildning samt med olika bakgrund. Detta gör att de anställda har olika förutsättningar för att ta till sig informationen och kan vara en anledning till varför informationen inte når fram till alla individer. De yngre har kanske bättre datorvana och har lättare att hitta information på egen hand. Genom att lägga ut informationen på intranätet tror chefen att den når ut till alla anställda, men så behöver det inte vara. En stor del kanske inte använder sig av intranätet i den utsträckning de borde. Det kan handla om tidsbrist, brist på intresse och på fritiden kanske de anställda inte vill gå igenom arbetsrelaterade saker. När det gäller samtal med chef som sätt att få information på så kan det brista i att chefen kanske inte har tillräckligt med tid för att nå ut till alla anställda.

Det är viktigt att anpassa sin kommunikation efter målgruppen och att vara tydlig med sitt budskap. På arbetsplatsen kan det vara bra att använda sig av tvåvägskommunikation så att de anställda har möjlighet att ställa frågor för att få bättre förståelse. Utifrån det sociokulturella perspektivet är dialogen av stor vikt för en effektiv kommunikation och behövs för gemensamt tänkande och kollektivt lärande. Genom dialogen kan varje individ uttrycka sina tankar och känslor (Granberg & Ohlsson, 2009; Säljö, 2005). Kommunikationen blir tydlig när den är anpassad efter målgruppen, när kommunikatören är öppen, ärlig och förtroendefull samt att kroppsspråket överensstämmer med det som förmedlas (Angelöw, 2002; Hanson, 2004; Jarlbro, 2004; Löw, 2009).

Jämförelser mellan arbetsområdena visade inga direkta skillnader i hur nöjd personalen är med kommunikationen. Dock verkar det som att de som arbetar på äldreboende är mer nöjda generellt. Detta kan bero på skillnader i arbetsmiljö. På äldreboenden är alla samlade och inom hemtjänst arbetar de anställda oftast hela dagen ute i brukarnas hem (WorldSkills Sweden, 2012).

Resultatet av hur nöjda de anställda är med samarbetet kan jämföras med resultatet av kommunikation. Många uppfattar att samarbetet är bra, medan en stor del svarade att de var missnöjda eller inte visste hur det fungerar. En anledning till missnöjet kan vara att det mesta samarbetet sker mellan chef och FHV. Det kan vara en svår situation att ändra eftersom chefen måste godkänna ett besök hos FHV då arbetsplatsen står för kostnaderna. Ett annat problem kan vara att chefen är länken mellan de anställda och FHV vilket kan försvåra det direkta samarbetet mellan dem som behöver hjälp och FHV. I kommunen är det olika enhetschefer som ansvar för de olika arbetsplatserna. Cheferna har olika personligheter och ledarstilar vilket påverkar hur samarbetet med FHV ser ut. Det påverkar även de anställdas uppfattningar om samarbetet. Är chefen en god ledare som kan avläsa sina medarbetare, får de den hjälp och det stöd som behövs utan att det tar för lång tid (Angelöw, 2002; Hanson, 2004). Detta kan vara anledning till att det fanns så stora skillnader mellan de som tycker att det är bra och de som är missnöjda eller svarat ”vet ej”. Skillnader kan även ses mellan arbetsområdena där de anställda på äldreboende var mer nöjda med samarbetet än de inom hemtjänst.

Generationsskillnader visar att de yngre är mer nöjda med hur samarbetet fungerar. Forskning visar att de yngre ställer högre krav på sin arbetssituation och att de är mer försiktiga och oroliga för sin framtid. Den äldre generationen i sin tur ligger nära pensionsåldern och prioriterar därför i mindre utsträckning frågor gällande arbetshälsa. Yngre personer befinner sig i den fasen i arbetslivet där skapandet av sociala nätverk är viktig, därför är de i högre grad engagerade och har lättare att knyta kontakter uppåt i hierarkin. Vidare är de mer bekväma med tekniken än deras äldre kollegor och har större vana vid att hitta information på egen hand (Wong, Gardiner, Lang & Coulon, 2008). Detta kan vara en anledning till varför yngre åldersgrupper i högre utsträckning uppfattar att samarbetet fungerar bra. Forskarna poängterar dock att de flesta skillnader beror på ålder, snarare är generationsskillnader. Inte minst spelar personlighetsdrag en viktig roll i detta sammanhang (Wong, et al., 2008).

Det var endast ett fåtal individer som tycker att FHV är närvarande på arbetsplatsen. Att personalen upplevde dem som icke närvarande kan ha sin förklaring i att all kommunikation och samarbete sker med chefen. Att FHV är närvarande är viktigt för att de anställda ska få förtroende för dem och deras tjänster. En tillitsfull, ömsesidig och aktiv relation mellan FHV och arbetsplatsen, underlättar samarbete då behoven synliggörs (Schmidt m.fl., 2011).

De anställda själva anser att det är viktigt att få mer information och att FHV borde vara mer synlig. De gav förslaget att det bästa tillfället till att synliggöra FHV är på en arbetsplatsträff. Det kan ske genom att chefen informerar eller att en representant från FHV är närvarande för att berätta om FHV:s arbete. Vi anser att personalmöten är bra idé eftersom alla är samlade

och har samma förutsättning att få information. Det är även ett bra tillfälle för de anställda att få ett ansikte på FHV och därigenom skapa ett större förtroende för dem. Organisationen bör sträva efter att integrera arbetet med FHV i den dagliga verksamheten och skapa förutsättningar för dialog om dem och deras tjänster. Förmedling av kunskap kan även ske via spontana möten i korridoren eller under kafferaster. Det borde bli en naturlig del av organisationen, någonting som alla öppet kan prata om (Waldermarsson, 2009). Detta är viktigt för att det hälsofrämjande arbetet ska fungera på ett bra sätt (Hanson, 2004). Chefens roll är viktig för att hålla dialogen om FHV vid liv. Ett annat sätt att hjälpa till att sprida budskapet om hälsa och att hålla dialogen om FHV:s tjänster vid liv, kan vara att utbilda hälsoinspiratörer.

De hälsofrämjande tjänster som personalen efterfrågade är sådana tjänster som FHV vanligtvis erbjuder. Regelbundna hälsokontroller var den tjänst som var mest efterfrågad följt av stresshantering, kostrådgivning och ergonomiutbildning. Ovanstående önskemål föranleder tanken att cheferna borde se över vilka tjänster som ingår i deras avtal med FHV och informera personalen om deras rättigheter. Finns möjligheten till årlig hälsokontroll eller ska den ske vart tredje år? Kan de anställda gå på stresshanteringskurs när de behöver eller är det en tjänst som köps in om tillräckligt många efterfrågar den?

För att kunna utveckla samarbetet med FHV är det bra ifall enhetscheferna kartlägger vilka behov och förutsättningar som finns på hans/hennes avdelning. Detta kan vara nödvändigt för att tillsammans med FHV komma fram till en hälsofrämjande strategi som passar bäst för avdelningen i fråga. Medarbetarnas delaktighet är central eftersom det är de som besitter den största kunskapen gällande arbetssituationen och de behov som finns. Vi ser detta som viktiga aspekter att kontrollera för att utveckla och förbättra samarbetet med FHV samt för att främja de anställdas hälsa.

6.2 Förslag till förbättring av samarbetet

Äldreomsorgen är ett arbetsområde med många utmaningar och möjligheter när det gäller det hälsofrämjande arbetet. Arbetssituationen kan vara både psykiskt, fysiskt och socialt påfrestande. Därför är det viktigt att se till att de anställda får de bästa förutsättningarna för ett gott arbetsliv. Ingen arbetsplats är den andra lik, de skiljer sig åt gällande bland annat organisering, ledarskap, planering och personalsammansättning. Detta gör att det inte finns någon "universal modell" för hur det hälsofrämjande arbetet ska bedrivas på ett bra sätt. Hälsoarbetet bör dock bedrivas med tanke på fyra kriterier som Ottawa charter tar upp. Fokus borde ligga på det salutogena tänkandet med hänsyn till delaktighet. Vidare är det viktigt med arenatänkande, vilket i detta sammanhang innebär arbetsplatsen. Sist men inte minst bör det hälsofrämjande arbetet ses som en ständigt pågående process för en lyckad förändring (Hanson, 2004).

Nedan presenteras våra förslag på hur ett hälsofrämjande samarbete mellan FHV och arbetsplatsen kan åstadkommas:

- Salutogent tänkande – fokus bör framför allt läggas på hälsofrämjande insatser istället för åtgärdande
- Kunskapsbaserat arbete:
 - kartläggning av vilka behov som finns på de enskilda arbetsplatserna
 - information – vilka tjänster erbjuder FHV? Hur ser avtalet ut? Vilka rättigheter eller möjligheter har de anställda? Hur ser själva processen ut?
 - erfarenhet
 - hälsoinspiratörer
- Kommunikation:
 - öppen och tydlig kommunikation anpassad efter målgruppen
 - rätt val av kommunikationskanal
 - dialog och diskussion
- Ledarskap:
 - öka medarbetarnas delaktighet
 - stödja och uppmuntra
 - vara lyhörd för medarbetarnas synpunkter
 - öppen för diskussioner
 - tillgänglig och kunna vägleda sina underordnade på ett tydligt sätt
- Synliggöra FHV via planerade och spontana möten
- Integrera arbetet med FHV i den dagliga verksamheten
- Utveckla hälsostrategi anpassad till arbetsplatsen
 - kort- och långsiktiga mål
 - tydliga riktlinjer, rutiner och arbetsmetoder

6.3 Metoddiskussion

En kvantitativ studie valdes eftersom metoden ansågs vara lämplig då en större grupp individer undersöks (Ejlertsson, 2005). Frågeformuläret bestod av femton slutna och två öppna frågor. Frågorna konstruerades med tanke på att inte vara alltför komplexa. Även utformningen av layouten var väl genomtänkt. Det skulle vara enhetligt för att öka läsbarheten. Språket som användes i frågeformuläret var anpassat till målgruppen. Begreppen ”hälsofrämjande” och ”åtgärdande” bedömdes vara svåra att förstå och därför gavs en neutral förklaring innan frågorna nummer åtta och nio som berörde utnyttjandet av hälsofrämjande och åtgärdande tjänster. På så sätt minimerades risken för att påverka respondenternas svar

(Ejlertsson, 2005). Förklaring gavs även till fråga nummer tretton, vilken handlar om kommunikation då vi ville vara säkra på att respondenterna förstod vad vi menade med kommunikation. Ovan nämnda åtgärder vidtogs för att öka svarsfrekvensen och minska bortfallet.

Vid bearbetningen av datamaterialet upptäcktes vissa brister. Framför allt saknades det ett svarsalternativ på fråga nummer fjorton (*Hur får du information om företagshälsovårdens hälsofrämjande tjänster?*). Det hade varit bra att ha med svarsalternativet ”har inte fått någon information om FHV:s hälsofrämjande tjänster”. Många respondenter svarade på svarsalternativet ”annat, ange vad” att de inte hade fått någon information om de hälsofrämjande tjänsterna som FHV erbjuder. En annan svårighet som upptäcktes vid bearbetningen var tolkningen av ”hälsofrämjande” och ”åtgärdande”. Vi kan inte med säkerhet påstå att våra respondenter förstod skillnaden mellan dessa tjänster, trots att förklaring av begreppen gavs i enkäten. Anledningen till det är att många av dessa tjänster kan vara både hälsofrämjande och åtgärdande beroende på när insatserna genomförs. Som exempel kan vi ta kostrådgivning. De anställda kan få en allmän utbildning om kost för att veta hur de ska äta rätt, då de flesta arbetar skift. Utbildningen är riktad till alla inom organisationen. Samtidigt kan FHV ge en kostrådgivning, i syfte att gå ner i vikt. Utbildningen är då riktad till de anställda som är överviktiga. I detta fall kan det vara svårt att avgöra om tjänsten är hälsofrämjande eller åtgärdande. Personer som är överviktiga, men inte har utvecklat någon sjukdom kopplad till övervikten som till exempel högt blodtryck, åderförkalkning eller diabetes, kan uppfatta viktninskning som en hälsofrämjande tjänst. Däremot kan överviktiga personer, som drabbas av någon ovan nämnd sjukdom, uppfatta viktninskning som en åtgärdande tjänst (Gillå, 2005). Vår undersökning tar inte hänsyn till de individuella förutsättningarna. Resultatet av frågorna gällande utnyttjandet av de hälsofrämjande (fråga åtta) respektive åtgärdande (fråga nio) tjänsterna är därför svårtolkat, inte minst på grund av det höga interna bortfallet.

Då resultatet skulle bearbetades valdes det att i tabell två och tre samt i figur ett slå samman vissa svarsalternativ. Anledning till det var dels för att uppfylla kraven för chitvå test och dels för att svarsfrekvensen på de olika alternativen var så låg att det krävdes en sammanslagning för att göra det mätbart.

Vi funderade även över urvalet. Eftersom examensarbetet skrevs på uppdrag av en kommun var målgruppen i förväg definierad. De enda begränsningar som gjordes var att respondenterna skulle vara fast anställda och inte inneha en chefsposition. Detta innebär att alla som uppfyllde dessa kriterier hade möjlighet att besvara enkäten oavsett vilken befattning de hade. Inom äldreomsorgen arbetar det inte enbart undersköterskor, sköterskor eller vårdare utan även ekonomer, personalen som ansvarar för kök och många fler. När enkätsvaren bearbetades insåg vi att befattningarna kunde separeras än mer för att kunna jämföra dessa grupper. Dock anser vi att den indelning av befattningar som gjort är representativ för vårt syfte.

Vidare övervägdes om valet av metod var korrekt. Enkätundersökning har precis som andra metoder sina för- och nackdelar. Framför allt var det ett snabbt och enkelt sätt på vilket ett

stort antal individer kunde tillfrågas. Tyvärr gav enkätundersökningen ingen möjlighet till att ställa kompletterade frågor. Detta skulle vara bra för att försäkra sig om respondenterna verkligen förstod skillnaden mellan hälsofrämjande och åtgärdande tjänster. I stället kunde den så kallade ”intervjueffekten” undvikas. Vid intervjutillfället påverkas respondenter av intervjuare och hans/hennes sätt att ställa frågor. Det är inte säkert att valet av en annan metod, till exempel intervju, skulle visa ett annat resultat. Genomförande av intervju skulle dock kunna ge en djupare förståelse för problemet (Ejlertsson, 2005).

Slutligen är det viktigt att resonera kring validiteten och reliabiliteten. Validiteten i denna undersökning handlar om enkätfrågorna mäter det som den är avsedd att mäta. På grund av ett begränsat tidsutrymme kunde inte validiteten fastställas med hjälp av andra mätinstrument. Validiteten hade kunnat vara högre om ett färdigt och välbeprövat mätinstrument använts i undersökningen men passande mätinstrument gick inte att finna till denna studie. Därför stärktes validiteten genom att genomföra en pilotstudie och genom att ha en välgenomtänkt frågekonstruktion. Reliabiliteten kunde inte fastställas i den här studien. Vi är medvetna om att reliabiliteten påverkas av låg svarfrekvens då resultatet blir svårare att generalisera (Ejlertsson, 2005). Dock anser vi att vårt resultat ger en representativ bild av verkligheten då den är baserad på 171 enkäter.

6.3.1 Bortfall

Den externa bortfallet i undersökningen motsvarade 51 procent. Förutom det externa bortfallet fanns även en del internt bortfall. Eftersom information om bortfallsgruppen saknades kunde inte en bortfallsanalys genomföras. Då bortfallet var stort och kännedomen om individerna som inte svarade på enkäten liten, fanns sämre möjligheter till att dra tillförlitliga resultat (Andersson, 2006). Dock kan orsakerna till det höga bortfallet diskuteras.

Den största anledningen som bidragit till den låga svarsfrekvensen var troligen den begränsade möjligheten att träffa alla anställda personligen. Detta försökte göras i så hög utsträckning som möjligt, för att presentera undersökningens syfte. De individer vi träffade uppmuntrades till att sprida budskapet till sina kollegor. På de arbetsplatser där en större personalgrupp informerades, blev svarsfrekvensen högre än på övriga arbetsplatser. Vidare kan vi spekulera kring att det höga externa bortfallet även kunde bero på missöde. Den typen av bortfall kallas för ”missing data” (Ejlertsson, 2005). Det går inte med hundra procent säkerhet påstå att enkäten nått ut till alla anställda inom äldreomsorg. De personer som fanns på plats vid mötena fick var sin enkät i handen. Övriga enkäter lades vid lådan där ifyllda enkäter skulle stoppas in. Det bestämdes att lådan och enkäterna skulle finnas i fikarummet men den exakta platsen kunde inte påverkas. Därför kan det finnas risk att all personal inte upptäckte enkäterna.

Bortfallet kan, i de flesta fall, minimeras genom att skicka ut en eller två påminnelser (Andersson, 2006). Eftersom tiden för undersökningen var begränsad fanns det inte möjlighet

att skicka ut några påminnelser överhuvudtaget. Vi lyckades dock visa oss två gånger på ett av ställena och upptäckte att svarsfrekvensen blev hundra procent på den arbetsplatsen. Förmodligen skulle svarsfrekvensen kunna höjas ytterligare genom att visa upp oss även på de övriga arbetsplatserna.

En annan anledning till det höga externa bortfallet kan förklaras med tiden då enkäterna distribuerades. Detta skedde i början av december, det vill säga vecka 49 och 50. De flesta arbetsplatserna drabbades, vid den tiden, av höga sjukskrivningar på grund av influensa.

När det gäller det interna bortfallet är vi medvetna om att detta skulle kunna minimeras genom att utforma enkätfrågorna på ett bättre sätt (Andersson, 2006). Framför allt handlar det om frågorna gällande hälsofrämjande och åtgärdande tjänster (åtta och nio) samt frågan om på vilket sätt de anställda får information om FHV:s hälsofrämjande tjänster (fjorton). Vi var medvetna om att frågorna åtta och nio kunde utgöra ett problem, därför gavs en begreppsförklaring till dessa frågor. På så sätt försökte osäkerheten bland de svarande minskas. På fråga nummer fjorton saknades det ett svarsalternativ. Detta kan förklara det höga interna bortfallet. Respondenterna hade inte möjlighet att kryssa i att de inte fick någon information om FHV tjänster. Alternativet ”annat, ange vad” tolkades av många som ett ”nej” alternativ. En möjlig tolkning av det interna bortfallet kan därför vara att de som inte svarade på frågan inte heller hade fått någon information om FHV tjänster.

6.4 Konklusion

För att samarbetet ska fungera bra finns det behov av att förbättra kommunikationen mellan cheferna, de anställda och FHV (Naumanen, 2006) Inte minst är det viktigt för empowerment då ökad information och utveckling av kunskaper kan leda till ökad förståelse för FHV:s hälsofrämjande tjänster (Stewart, et al., 2008). Vidare är det värt att investera i hälsofrämjande tjänster eftersom rehabilitering kostar mer i form av långtidssjukskrivningar, förtidspension med mera (Hanson, 2004; Marriner Tomey, 2009).

Det är viktigt att arbetsplatser samarbetar med FHV för att ge de anställda möjlighet att utnyttja de hälsofrämjande tjänsterna. Arbetsplatser och FHV bör i sitt samarbete utgå från de behov som finns. Eftersom situationen på arbetsplatser förändras är det av stor vikt att det finns en ständigt pågående dialog mellan FHV och arbetsplatser. FHV bör regelbundet uppdateras om arbetsituationen för att de på bästa sätt ska kunna främja de anställdas hälsa. När de har inrättat ett bra samarbete arbetar FHV mest med de förebyggande och hälsofrämjande insatserna (Schmidt m.fl. 2011).

Äldreomsorgen är ett arbetsområde där arbetsituationen är påfrestande. Därför behövs det vidare forskning som fokuserar på att främja de anställdas hälsa. Vidare forskning om hur

FHV och organisationer kan samarbeta är önskvärd, för att utveckla verktyg som kan bli användbara för att skapa ett bra samarbete kring hälsofrämjande insatser.

Beträffande den här studien finns behov av att göra en kompletterande forskning för att få djupare förståelse för hur situationen ser ut. Det är även av intresse att utvärdera huruvida de föreslagna åtgärderna har utvecklat samarbetet med FHV.

Referenser

Albin, M. & Skerfving, S.(2009). Arbets- och miljömedicin: miljöfrågor viktiga för folkhälsan. I Andersson I. & Ejlertsson G. (Red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap - möten mellan ämnen* (s. 293 – 315). Lund: Studentlitteratur.

Andersson I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson I. & Ejlertsson G. (2009). Folkhälsa – några begreppsdefinitioner. I Andersson I. & Ejlertsson G. (Red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap - möten mellan ämnen* (s. 17-30). Lund: Studentlitteratur.

Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser – att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Arbetsmiljölagen. (2011). Tillgänglig:

<http://www.av.se/lagochratt/aml/Kapitel03.aspx> (Läst: 2011-10-16).

Arbetsmiljöverket. (2011). *Företagshälsovården behövs för jobbet*. Tillgänglig:

http://www.av.se/dokument/publikationer/adi/adi_543.pdf (Läst: 2012-01- 23).

Barht, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI; Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Borgh, M. (2009). Motivation. I Kazemi, A. (Red.). *Välbefinnande i arbetslivet - socialpsykologiska perspektiv* (s. 65- 87). Lund: Studentlitteratur.

Bråten, I. (1998). *Vygotskij och pedagogiken*. Lund: Studentlitteratur.

Carlson, S. & Jäder, J. (2006). *Möjligheter och hinder för samarbete mellan kommun och landsting. En utvärdering av Stockholms läns diabetespreventiva program*. Mälardalens Högskola: Centrum för Välfärdsforskning och Mälardalens utvärderingsakademi. Tillgänglig: <http://mdh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:115929> (Läst: 2012-03-20).

Dawn, K. (2000). Using vision to improve organizational communication. *Leadership & Organization Development Journal* 21, 92-101.

Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård, Socialstyrelsen (2009) Dir. 2009:18, Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/12/33/27/5d55c61a.pdf> (Läst: 2012-01-14).

Egidius, H. (2009). *Pedagogik för 2000 – talet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

FeelGood. (2010). Tillgänglig:

http://www.feelgood.se/index.php?id=792&tx_seminars_pi1%5bshowUid%5d=182

(Läst: 2012-02-01).

Gajda R. (2004). Utilizing Collaboration Theory to Evaluate Strategic Alliances. *American Journal of Evaluation*. 25, 65-77.

Gillå, U. (2005). *Medicinsk grundkurs*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Granberg, O. & Ohlsson, J. (2009). *Från lärandets loopar till lärande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Harder, H. Svärd, E. Wigforss, A. & Hedén, K.(2000). *Stress och belastning i vård och omsorg. Verksgemensamt tillsynsprojekt 1998 och 1999*. Arbetarskyddsstyrelsen. Tillgänglig: http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2000_08.pdf (Läst: 2012-02-15).

Harris, E. & Nutbeam, D. (2004). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* Sydney: The McGraw-Hill Company.

Josefsson, C. & Kindenberg, U. (2004). *Företagshälsovårdens vägval - En översikt av svensk företagshälsovårds framväxt, organisation och uppdrag med europeiska utblickar*. Tillgänglig: http://www.ekhist.uu.se/Saltsa/Saltsa_pdf/2004_9_FHs%20vagval_SS_Kindenberg.pdf (Läst: 2011-10-10).

Jarlbro, G. (2004). *Hälsokommunikation*. Lund: studentlitteratur.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books.

Kommunal. (2011). Tillgänglig:

<http://www.kommunal.se/Kommunal/Branscher-och-yrken/Aldreomsorg/Arbetsmiljo-arbetstider-loner/> (Läst: 2011-12-08).

Luxemburgdeklarationen. (1997). *Luxembourg declaration on workplace health promotion*. ENWHP in the European Union. Tillgänglig:

http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

(Läst: 2012-01-25).

Lööw, M. (2009). *Att leda och arbeta i projekt – en praktisk handbok om att lyckas i projektet*. Malmö: Liber.

Marriner Tomey, A. (2009). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*. 17, 15-25.

Naumanen, P. (2006). Opinions of ageing workers on relative importance of health promotion. *International Journal of Nursing Practice*. 12, 352-358.

Niedhammer, I & Chea, M. (2003). Psychosocial factors at work and self reported health: comparative results of cross sectional and prospective analyses of the French GAZEL cohort. *Occupational and Environmental Medicine*. 60, 509–515.

Peltomäki, P. & Husman, K. (2002). Occupational health services and maintenance of work ability at workplaces. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*. 53, 263–274.

Rantanen, J. (2005). Basic occupational health services – their structure, content and objectives. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health Supplements*. 1, 5–15.

Saxin, E. (2011). *Information, kommunikation och patientupplevelse vid MR-undersökning* Uppsats, grundnivå. Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Göteborg: Göteborgs universitet.

Schmidt, L. Sjöström, J. & Antonsson, A-B. (2011). *Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovård*. Stockholm: Svenska miljöinstitutet. Tillgänglig: <http://www.ivl.se/download/18.4c8025261319380cae18000441/B1990.pdf> (Läst: 2011-10-29).

Sohlberg, B. M. & Sohlberg, P. (2009). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Malmö: Liber.

Statens Folkhälsoinstitut. (2011). Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/4-Halsa-i-arbetslivet/> (Läst: 2011-12-20, 2012-01-05).

Statens Folkhälsoinstitut. (2008). Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/1-Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/> (Läst: 2012-01-21).

Statens Offentliga Utredningar. (2011). *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*. SOU 2011:63. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/73/47/8643c4a4.pdf> (Läst 2012-01-15).

Stewart J.G., McNulty R., Quinn Griffin, M.T. & Fitzpatrick, J.J. (2010). Psychological

empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 22, 27–34.

Sveriges kommuner och landsting. (2009). Tillgänglig:
http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/antal-anstallda-per-personalgrupp
(Läst: 2011-12-08).

Säljö, R. (2005). *Lärande och kulturella redskap: om lärprocesser och det kollektiva minnet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Thylefors, I., Persson, O. & Hellstöm, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 19, 102- 114.

Vetenskapsrådet. Tillgänglig:
<http://vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html>
(Läst: 2011-12-13).

Vingård, E., Karlsson Håål, E. & Brolin, E. (2002). Arbetsmiljön i vården– från ord till handling. *Läkartidningen*. 99, 2532-2536.

Wahlgren, L. (2005). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Waldemarsson, A-K. (2009). Bekräftelse och feedback. I Kazemi, A. (Red.). *Välbefinnande i arbetslivet - socialpsykologiska perspektiv* (s. 139- 155). Lund: Studentlitteratur.

Wong, M., Gardiner, E., Lang, W., Coulon, L. (2008). Generational differences in personality and motivation. Do they exist and what are the implications for the workplace? *Journal of Managerial Psychology*. 23, 878-890.

World Health Organization (2012). Tillgänglig:
<https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html> (Läst 2012-03-19)

Worldskills Sweden. (2012). Tillgänglig:
http://www.yss.se/yrke_utbildning/visa_yrke/24 (Läst 2012-02-15).

Bilaga 1 (Följebrev)

Till Dig som arbetar inom äldreomsorg!

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad som läser till Folkhälsovetare. Vi är båda intresserade av arbetsrelaterad hälsa och därför bestämde vi oss för att skriva vårt examensarbete inom det området. På uppdrag av kommunen vill vi studera vilka uppfattningar du har om det hälsofrämjande samarbetet mellan företagshälsovården och arbetsplatsen.

Därför ber vi dig och andra anställda inom äldreomsorgen att besvara denna enkät.

Din medverkan i undersökningen är frivillig men dina svar är viktiga för att få ett resultat som är tillförlitligt och användbart. Försök därför svara så utförligt som möjligt på alla frågor. Det tar cirka 15 minuter att besvara enkäten. Den ifyllda enkäten lägger du sedan i en låda som finns i fikarummet.

Enkätsvaren kommer att behandlas så att din anonymitet garanteras. Detta innebär att du inte ska skriva ditt namn på enkäten och att frågorna är konstruerade på ett sådant sätt att det är omöjligt att identifiera dig som svarar. Svaren du lämnar in kommer endast att användas till denna undersökning och det är enbart vi som kommer att ha tillgång till enkäterna. När vi fått vårt examensarbete godkänt förstörs alla enkäter.

Om du har frågor angående undersökningen eller frågeformuläret finns vi tillgängliga på tel.0736 430 225 eller 0768 985 777.

Tack på förhand för din medverkan!

Kristianstad
2011-12-07

Linn Blomberg
Daria Witaszczyk

Bilaga 2 (Enkät)

Undersökning om samarbetet mellan företagshälsovården och din arbetsplats

Ange det svarsalternativ som passar bäst in på dig. Endast ett svarsalternativ per fråga om inte annat anges.

1. Kön:	Kvinna	<input type="checkbox"/>
	Man	<input type="checkbox"/>

2. Ålder:	19 – 34 år	<input type="checkbox"/>
	35 – 49 år	<input type="checkbox"/>
	50 – 67 år	<input type="checkbox"/>

3. Inom vilket område arbetar du?	Äldreboende	<input type="checkbox"/>
	Hemtjänst	<input type="checkbox"/>

4. Hur länge har du arbetat på din arbetsplats?	Mindre än 1 år	<input type="checkbox"/>
	Under 1 till 5 år	<input type="checkbox"/>
	Under 6 till 15 år	<input type="checkbox"/>
	Mer än 15 år	<input type="checkbox"/>

5. Arbetar du...	100 %	<input type="checkbox"/>
	75 %	<input type="checkbox"/>
	50 %	<input type="checkbox"/>
	25 %	<input type="checkbox"/>
	Annat, ange vad?.....	
	

- | | | |
|--------------------|-------------|--------------------------|
| 6. Arbetar du... | Dag | <input type="checkbox"/> |
| Du kan ange mer än | Kväll | <input type="checkbox"/> |
| ett alternativ | Natt | <input type="checkbox"/> |
| | Annat, ange | |
| | vad?..... | |
| | | |
-

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Vilken företagshälsovård | Avonova | <input type="checkbox"/> |
| har ni på arbetsplatsen? | Feel Good | <input type="checkbox"/> |
| | Previa | <input type="checkbox"/> |
| | Intern företagshälsovård | <input type="checkbox"/> |
| | Vet ej | <input type="checkbox"/> |
-

**Företagshälsovården erbjuder både hälsofrämjande och åtgärdande tjänster.
Hälsofrämjande tjänster är de insatser som görs för att hålla individen frisk.
Åtgärdande tjänster är de insatser som görs för att hjälpa individen vid sjukdom.**

- | | | |
|---|--------------------|--------------------------|
| 8. Har du, under de senaste två åren, | Kostrådgivning | <input type="checkbox"/> |
| genom företagshälsovården, | Stresshantering | <input type="checkbox"/> |
| utnyttjat någon av dessa | Hälsoundersökning | <input type="checkbox"/> |
| tjänster i hälsofrämjande syfte? | Alkoholrådgivning | <input type="checkbox"/> |
| Du kan ange mer än ett alternativ. | Stödsamtal | <input type="checkbox"/> |
| | Konflikthantering | <input type="checkbox"/> |
| | Ergonomirådgivning | <input type="checkbox"/> |
| | Stegräknartävling | <input type="checkbox"/> |
| | Sömnrådgivning | <input type="checkbox"/> |
| | Annat, ange | |
| | vad..... | |

Nej, jag har inte utnyttjat någon av ovanstående tjänster i hälsofrämjande syfte

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| 9. Har du, under de senaste två åren, | Kostrådgivning | <input type="checkbox"/> |
| genom företagshälsovården, | Stresshantering | <input type="checkbox"/> |
| utnyttjat någon av dessa | Rökavvänjning | <input type="checkbox"/> |

tjänster i åtgärdande syfte?	Rehabilitering	<input type="checkbox"/>
Du kan ange mer än ett alternativ.	Alkoholrådgivning	<input type="checkbox"/>
	Stödsamtal	<input type="checkbox"/>
	Konflikthantering	<input type="checkbox"/>
	Ergonomisk bedömning	<input type="checkbox"/>
	Sömnrådgivning	<input type="checkbox"/>
	Annat, ange vad.....	

Nej, jag har inte utnyttjat någon av ovanstående tjänster i åtgärdande syfte

10. Har företagshälsovården gett dig någon utbildning/information i hälsofrämjande syfte?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>
	Vet ej	<input type="checkbox"/>

Om ja, vilken sorts utbildning/information?.....

11. Upplever du att företagshälsovården är synlig(närvarande) på din arbetsplats?	Ja, mycket	<input type="checkbox"/>
	Ja, ganska	<input type="checkbox"/>
	Varken/ eller	<input type="checkbox"/>
	Nej, inte speciellt	<input type="checkbox"/>
	Nej, inte alls	<input type="checkbox"/>

12. Vad tycker du om samarbetet gällande de hälsofrämjande tjänsterna mellan företagshälsovården och din arbetsplats?	Mycket bra	<input type="checkbox"/>
	Bra	<input type="checkbox"/>
	Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>
	Dåligt	<input type="checkbox"/>
	Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>
	Vet ej	<input type="checkbox"/>

Kommunikation kan ske på olika sätt, till exempel mail, besök, samtal, informationsblad, informationsträffar och dylikt.

13. Hur tycker du att kommunikationen fungerar mellan företagshälsovården och din arbetsplats?
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Mycket bra | <input type="checkbox"/> |
| Bra | <input type="checkbox"/> |
| Varken bra eller dåligt | <input type="checkbox"/> |
| Dåligt | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dåligt | <input type="checkbox"/> |
| Vet ej | <input type="checkbox"/> |
-

14. Hur får du information om företagshälsovårdens **hälsofrämjande** tjänster? Du kan ange mer än ett alternativ.
- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Via mail | <input type="checkbox"/> |
| Via besök | <input type="checkbox"/> |
| Via samtal med företagshälsovården | <input type="checkbox"/> |
| Via samtal med chefen | <input type="checkbox"/> |
| Via informationsblad | <input type="checkbox"/> |
| Via informationsträffar | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad..... | |
| | |
-

15. Vad tycker du om de **hälsofrämjande** tjänster som företagshälsovården erbjuder dig?
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Mycket bra | <input type="checkbox"/> |
| Bra | <input type="checkbox"/> |
| Varken bra eller dåliga | <input type="checkbox"/> |
| Dåliga | <input type="checkbox"/> |
| Mycket dåliga | <input type="checkbox"/> |
| Vet ej | <input type="checkbox"/> |
-

16. Vilka tjänster skulle du vilja att företagshälsovården erbjuder?
Svar:.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

17. Hur kan det **hälsofrämjande** samarbetet med företagshälsovården och din arbetsplats utvecklas?

Svar:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!