



EXAMENSARBETE

Våren 2013

Sektionen för hälsa och samhälle

Folkhälsovetenskap

Bättre eller sämre på jobbet?

En jämförelse mellan olika yrkeskategoriers arbetsrelaterade hälsa ur ett salutogent perspektiv inom hälso- och sjukvården mellan åren 2005-2009

Författare

Mariana Möller & Malena Olsson

Handledare

Petra Nilsson

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad

15 hp folkhälsovetenskap (38 sid.)

Författare: Mariana Möller & Malena Olsson. (2013). *En jämförelse mellan yrkeskategoriers arbetsrelaterade hälsa ur ett salutogent perspektiv inom hälso- och sjukvården mellan åren 2005-2009.*

Handledare: Nilsson, Petra

Sammanfattning

Människan tillbringar en stor del av livet på arbetet och hälsan påverkas av hur vi upplever vår vardagliga arbetssituation. Hälsa i arbetslivet är därför ett viktigt folkhälsomål som verkar för att förbättra den arbetsrelaterade hälsan hos anställda. Arbetstempot och kraven har ökat ute på arbetsplatserna och det är inte lika accepterat att ha något hinder som gör att din arbetsförmåga minskar. Det finns hälsofaktorer som gör att vi klarar av kraven och kan behålla en god hälsa i arbetslivet. *Syftet* med studien var att påvisa om det har skett en positiv eller negativ förändring i sjukvårdspersonalens arbetsrelaterade hälsa genom att studera vilka faktorer som har förändrats under en fyraårs period. *Metoden* innebar analys av befintligt datamaterial som forskare från Högskolan Kristianstad har tagit fram genom tvärsnittsstudier på två olika sjukhus i södra Sverige under fyra tillfällen mellan åren 2005-2009. *Resultatet* visar att den rapporterade arbetsrelaterade hälsan har förbättrats markant mellan åren inom yrkeskategorierna. Genom att titta på olika hälsofaktorer fanns det möjlighet att se om de olika faktorerna påverkar yrkesgrupperna olika. *Slutsats*, utifrån resultatet kan det visas att sjukvårdspersonalens arbetsrelaterade hälsa har påverkats positivt vilket relateras till olika hälsofaktorer har förbättrats på arbetsplatsen. Det hälsofrämjande arbetet är därmed viktigt för att kunna fortsätta få en positiv utveckling av den arbetsrelaterade hälsan.

Nyckelord: Arbetsrelaterad hälsa, hälsofaktorer, sjukvårdspersonal och hälsofrämjande arbetsplats.

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

Equivalence: 15 ECTS points in Public Health Science (38 p.)

Author: Mariana Möller & Malena Olsson (2013). A comparison between professional categories work-related health from a salutogenic perspective in the health care between the years 2005-2009.

Supervisor: Petra Nilsson

Abstract

People spend much of their time at work and health is affected by how we experience our everyday work situation. Health in the workplace is important for public health and seems to improve the occupational health of the employees. The pace of work and requirements have increased at work and it's not equal accepted to have an obstacle that makes your work capacity decreases. Despite this, there are health factors that enable us meet the requirements and can maintain good health in the workplace. The *aim* of the study was to see if there has been a change in healthcare workers work-related health over time. The *Method* entailed analysis of the existing data materials researchers from Kristianstad University have developed through cross-sectional studies in hospitals in southern Sweden during the four occasions between 2005-2009. The *result* shows that the reported work-related health has improved markedly over the years within the professional categories. By looking at the various health factors, there was a opportunity to see if the factors affect the occupational groups different. *Conclusion*, based on the results, it can be shown that healthcare workers work-related health has been positively affected by various health factors which have enhanced in the workplace. Health promotion is therefore important for the positive development of the work-related health.

Keywords: Work-related health, health factors, healthcare workers and workplace health promotion.

Innehållsförteckning

Förord	6
Bakgrund	7
Litteraturgenomgång	8
Historisk utveckling av arbetsrelaterad hälsa	8
1900-1960 - talet	8
1970-2000 - talet	9
Nutidsperspektiv av arbetsrelaterad hälsa	10
Folkhälsoarbete.....	11
Folkhälsans målområde	12
Målområde 4 - Hälsa i arbetslivet	12
Målområde 6 – En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	12
Arbetsrelaterat hälsoarbete	13
Arbetsplatsen.....	13
Promotion på arbetsplatsen	13
Prevention på arbetsplatsen.....	14
Hälsotfaktorer.....	14
Sjukvårdsrelaterad arbetslivsforskning.....	15
Teoretiska utgångspunkter.....	17
Känsla av sammanhang (KASAM)	17
Savoring	18
Problemprecisering	19
Syfte.....	19
Metod.....	20
Beskrivning av studier	20
Frågeformulär	21
Friskfaktorer.....	21
Work Experience Measurement Scale (WEMS)	21
Etiska överväganden.....	22
Analys.....	22

Resultat	23
Yrkesgruppers utveckling av arbetsrelaterad hälsa	24
Diskussion	30
Metoddiskussion	33
Layout och innehåll i följebreven samt enkätformulär	33
Användning av befintligt material	33
Konklusion.....	34
Referenser.....	36

Förord

Idén att skriva om hälsa i arbetslivet uppkom efter diskussioner om vad vi båda var intresserade av. Vi är utbildade undersköterskor och har arbetat många år inom sjukvården och vet hur arbetsituationen har förändrats under åren. Men trots ett högt arbetstempo och krav finns det hälsofaktorer som gör att människan upplever sitt arbete positivt. Vi var intresserade av att skriva utifrån ett salutogent perspektiv och var nyfikna på om den arbetsrelaterad hälsa har förbättrats eller försämrats. Efter diskussioner med vår handledare blev det bestämt att vi skulle använda befintligt datamaterial som forskare på Högskolan Kristianstad har tagit fram. Utifrån datamaterialet görs analyser för att kunna se hur hälso- och sjukvårdspersonalens hälsa har utvecklats över tid.

Arbetsfördelningen mellan oss har varit jämn. Vi har delat upp bakgrunden och de olika delarna i litteraturgenomgången och skrivit det mesta var för sig. Därefter har vi läst igenom varandras texter, kommit med synpunkter och kompletterat för att sedan sammanfoga delarna. Metod, resultat, diskussion och metoddiskussion har vi skrivit gemensamt.

Vi vill ta tillfället i akt att tacka vår fantastiska handledare Petra Nilsson Lindström för hennes enorma engagemang och vägledning genom hela processen. Vi vill även rikta ett tack till Göran Ejlertsson och Ingemar Andersson som ställt upp och hjälpt oss när vi kört fast i SPSS.

Kristianstad, mars 2013

Mariana Möller & Malena Olsson

Bakgrund

Arbetslivet har betydelse för folkhälsan eftersom det berör många människor i många fall under en stor del av livet. Socialdepartementet (2007) menar att den arbetsrelaterade hälsan har blivit bättre trots att arbetsituationen har förändrats på arbetsplatserna. Statens folkhälsoinstitut (2011a) beskriver att tempot har ökat på arbetsplatserna och människan ska producera mer på kortare tid. Det är inte längre accepterat att ha något hinder som gör att arbetsförmågan minskar vilket leder till att ohälsotalet ökar. En relativt hög andel människor upplever dåligt stöd, lågt inflytande och höga arbetskrav på sina arbetsplatser. Kvinnorna upplever i högre grad än männen lågt inflytande och höga arbetskrav, medan männen i högre utsträckning upplever dåligt stöd. Kvinnor har svårare att påverka sin arbetstakt än vad männen har. Det finns också skillnader mellan olika yrkeskategorier och utbildningsnivå, högt utbildade trivs bättre på arbetet än lågt utbildade. Trots det höga tempot och arbetsbelastningen ute på arbetsplatserna finns det många människor som upplever sitt arbetsliv positivt, men det undersöks i mindre grad än negativa upplevelser (Statens folkhälsoinstitut, 2011a).

Region Skåne genomförde 2008 en folkhälsoenkät med inriktning på hälsoförhållandena i Skåne. Undersökningen visade bland annat på komponenter som sjukfrånvaro, höga psykologiska krav, låg kontroll och anspänd arbetssituation för alla yrkeskategorier i Skåne. Undersökningen visade att andelen sjukskrivningar är högre bland kvinnor än män, 53 procent av kvinnorna och 40 procent av männen har haft sjukfrånvaro under 2008 och det är åldersgruppen 18-34 som har högst sjukfrånvaro. Andelen som upplever höga psykologiska krav har minskat från 48 till 45 procent mellan åren 2004 till 2008. Det finns flera faktorer på arbetsplatsen som påverkar på olika sätt och i kombination med varandra kan de ge antingen en negativ eller positiv effekt. Att uppleva låg kontroll på sitt arbete i kombination med höga psykologiska krav kan vara relaterat till ett antal sjukdomar. I undersökningen av Region Skåne angav 55 procent av kvinnorna och 57 procent av männen att de har en låg kontroll på sitt arbete. Höga psykologiska krav i kombination med låg kontroll kan ge en upplevelse av negativ arbetssituation. En anspänd arbetssituation karakteriseras av höga psykologiska krav och låg kontroll, och andelen som upplever det har minskat från cirka 25 procent 2004 till ca 21 procent 2008 (Region Skåne, 2009).

Statens folkhälsoinstitut (2011b) menar att arbetsrelaterad ohälsa och sociala skillnader kan minskas genom ett fungerande arbetsliv med bra arbetsvillkor. Den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön bör vara trygg och säker och viktiga faktorer för hälsa på arbetsplatsen är delaktighet, kontroll och inflytande. Att kunna påverka arbetsmängd och arbetstakt efter förmåga främjar också en arbetsrelaterad hälsa. Men det räcker inte att bara förebygga ohälsa utan det behövs också insatser som främjar hälsa. Hälsofrämjande arbetsplatser innebär inte bara att reducera ohälsa utan att sträva efter ett hälsofrämjande arbetsliv.

Hälso- och sjukvården har fått en högre genomströmning av patienter och vårdtiderna har blivit kortare, vilket har gjort att arbetstempot för sjukvårdspersonalen har ökat. Det snabba flödet genom vårdprocessen har inneburit en ökad arbetsvolym för personalen (Statens folkhälsoinstitut, 2005a). Män och kvinnor som arbetar inom landsting eller yrken som innebär ständig närkontakt till andra människor upplever oftare att de har ett arbete som är jäktigt och psykiskt ansträngande. Kvinnor i större utsträckning än män rapporterar problem och speciellt kvinnliga läkare är en utsatt grupp när det gäller arbetsförhållanden och hälsa. Men trots den höga belastningen är det 72 procent som arbetar inom hälso- och sjukvården i riket som anser sig ha en bra hälsa. Hälso- och sjukvårdssektorn är en stor arbetsgivare som

bör vara en förebild genom att främja en bra arbetsmiljö för sina medarbetare. Att främja en positiv hälsoutveckling hos personalen bör ha en hög prioritet hos arbetsgivaren (Statens folkhälsoinstitut, 2011c).

Arbetslivet är en viktig faktor som påverkar människors hälsa och välbefinnande. Att må bra på sitt arbete påverkar positivt och ger en förbättrad hälsa. Statens folkhälsoinstitut (2011c) menar att hälso- och sjukvården ska arbeta för en god hälsa och vård på lika villkor för befolkningen. Det innebär att en välmående sjukvårdspersonal är betydelsefull för att kunna främja befolkningens hälsa. Därför är det särskilt intressant att undersöka om den arbetsrelaterad hälsa hos sjukvårdspersonal har utvecklats i en positiv riktning trots den höga arbetsbelastningen.

Litteraturgenomgång

Historisk utveckling av arbetsrelaterad hälsa

Genom en historisk beskrivning kan hälsorelaterat arbete ses mer ur ett helhetsperspektiv, där en förståelse för samhällsutveckling kopplat till hälsa och arbetsliv kan skapas. Promotivt arbete kräver tid för att kunna ge goda effekter samt är det viktigt att följa nutidsperspektivet för att hinna med att anpassa sig till samhällets ständiga utveckling. Det preventiva förebyggande arbetet har haft ett stort inflytande under en längre tid och det promotiva främjande arbetet kan i större utsträckning ses växa.

1900-1960 - talet

Den historiska utvecklingen startar år 1905 då Föreningen för arbetarskydd (dagens Arbetsmiljöforum) bildas och deras uppgift blir att studera miljöer som kan inverka på arbetstagarnas liv och hälsa. Yrkesinspektörer började synas på arbetsmarknaden och fokus var att förebygga olycksfall och skyddsanordningar. Arbetarskyddslagen kom först år 1912 med en försiktigt reglerande start på arbetsmarknaden. I det första skedet arbetades det med olycksfall och dåliga arbetsförhållanden i den allt mer växande arbetarrörelsen både fackligt och politiskt. Under 1930-talet utvecklas arbetsskyddslagen och frågorna som gällde var främst arbetsskydd och arbetsmiljö. År 1942 bildas Arbetsskyddsnämnden Prevent och som förstärks med den nya arbetarskyddslagen som kom 1949. Det innebär att staten också blev en del i samverkan och i utvecklingsgången. Mellan 1950- 60-talet var det främst frågor kring tekniska arbetarskydd, förebyggande av maskin- och fallolyckor som det arbetades med i förebyggande syfte (Källestål, 2004).

Under 1948 bildas World Health Organisation (WHO) och det dokument som skapades har ett holistiskt synsätt (helhetssyn) och är det första som beskriver hälsa ur ett salutogent perspektiv. WHO tog med de sociala och psykologiska dimensionerna för att beskriva hälsa utifrån individers egna upplevelser. Målet är hälsa för alla och är beroende av samhälleliga faktorer som ekonomiska förutsättningar, jämlikhet, kunskap och utbildning. Begreppet empowerment (egenmakt) myntas och används som benämning på politiska och sociala investeringar som ger människor möjligheter och tillgångar att hantera sin egen hälsa (WHO, 2009).

1970-2000 - talet

Mellan år 1970 och år 2000 arbetas det med flera betydelsefulla policydokument. I början av 1970-talet kom LaLonderapporten innehåller ett helhetstänk och utgår ifrån hälsans bestämningsfaktorer. Rapporten delas in i fyra områden, biologiska faktorer, miljö, livsstil och sjukvårdsorganisationen. LaLonde utformade en hälsofrämjande strategi för både organisationer och individer som kunde påverka, informera och hjälpa till för att ta ett större eget aktivt ansvar inom den egna organisationen eller enskilt som individ (Lalonde, 1981).

År 1978 kom den nya arbetsmiljölagen och medbestämmandelagen som skulle öka inflytande och samverkan mellan alla parter i arbetslivet. Under denna tid arbetades det med frågor som berörde arbetstakten, inflytande, psykosocial arbetsmiljö och utveckling. Under 1970- och 80-talet verkade företagshälsovården, som då fortfarande var en statlig förmånstagare men som under 1990-talet blev privatiserad (Källestål, 2004).

Ett viktigt tillfälle i den internationella utvecklingen för hälsopromotion var Ottawa charter 1986 som menar att delaktighet och jämlikhet är viktiga resurser för att skapa hälsa. Med en bra hälsopolitik och en stimulerande och stödjande livsmiljö ses hälsa som en resurs för individen. En samordning mellan alla potentiella aktörer i samhället engageras från regeringsnivå ner till individnivå. Arbetet innebär att ge alla förutsättningar att skapa en god hälsa. Hälsopromotion är en ny dimension för hälsostrategiskt tänkande och arbetar utifrån resurser och förutsättningar som kan stärka hälsan (WHO, 2009).

Under 1980- och 1990-talet etableras friskvårdsbegreppet och det arbetades inom områden som belastningsskador, psykosociala faktorer och systematiskt arbetsmiljöarbete (Källestål, 2004). Begreppet friskvård beskrivs som bevarandet av det friska på både grupp- och individnivå vilket innebar att vårda sin hälsa med avsikt att inte bli sjuk. Under denna tidsperiod kom friskvårdare och hälsopedagoger in på arbetsmarknaden och prioriterades på många arbetsplatser. Deras arbete blev att hjälpa individer att ändra livsstil genom till exempel sluta röka grupper, kostrådgivning och ökad fysisk aktivitet. Kostnaderna för företagets friskvårdssatsningar kom enligt Skatteverkets restriktioner att vara avdragsgilla och satsningarna upplevdes som positiva både för arbetstagare och verksamheten. Tanken med denna satsning var att ge verksamheten en vinst utifrån ett långsiktigt perspektiv (Ohlson, 2004).

År 1994 beskriver Arbetsmiljöverkets författningssamling arbetsgivarnas ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering som inkluderar alkohol- och drogproblematik. En alkohol- eller drogpåverkad anställd kan vara en riskfaktor i arbetslivet och arbetsgivare rekommenderas därför att arbeta fram handlingsprogram för olika missbruksproblem som kan förekomma i verksamheten. Det skulle leda till en främjande hälsa på både individ-, grupp- och organisationsnivå (Arbetsmiljöverket, 2012).

Under 1992 arbetades det fram ett policydokument för Workplace Health promotion (WHP) under European Foundation workshop i Dublin. Fyra insatsområden beskrivs som viktiga i arbetet att etablera WHP satsningen ute på arbetsplatserna, hur ska idén säljas in? Organisationsförändringar som främjar hälsa, utbilda aktörer inom WHP och utveckla strategier, metoder och verktyg för WHP. Efter Dublinkonferensen tog 1996 EU:s kommissions initiativ till European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Ett nationellt forskningsarbete startades och syftet var att arbetet skulle stödja och utveckla praktiska exempel på WHP.

Utifrån ENWHP har Luxemburgdeklarationen 1997 beskrivit vad WHP är och föreslagit riktlinjer för hur det hälsofrämjande arbetet ska bedrivas på arbetsplatsen. WHP:s utgångspunkt var att förbättra hälsa och välbefinnande i arbetslivet som en gemensam strävan mellan arbetsgivare, arbetstagare och samhället. Den ses som en affärsstrategi genom att minska ohälsa och öka produktiviteten via hög motivation, bra arbetsklimat och god hälsa. Genom att stödja personalen i personlig utveckling och aktivt deltagande i insatser förbättras organisation och arbetsmiljö. Faktorer som WHP kan bidra med på arbetsplatsen är att människor ska ses som investeringar istället för kostnader. Genom engagemang från anställda byggdes det upp en kultur av delaktighet, hälsofrämjande politik, socialt stöd, balans mellan arbetskrav och kontroll. En integrerad företagshälsovård anses vara betydelsefull (ENWHP, 2007).

Nutidsperspektiv av arbetsrelaterad hälsa *2000- talet*

Under 2000-talet arbetades det främst utifrån ett psykosocialt perspektiv i arbetslivet och fokus inom det främjande arbetet var friskvårdsinsatser och det förebyggande utmattningsdepression och stress (Källestål, 2004). Samarbeten mellan förebyggande och främjande arbete får sin utgångspunkt i Barcelona deklARATIONEN från 2002. WHP:s betydelse utvecklas till ett paraplybegrepp som innebär ett samarbete mellan det preventiva och promotiva arbetet (Burton, 2010).

Från 2001 fram till 2004 arbetas det nationellt med förbättringsarbete inom områden som arbetsorganisation, arbetsklimat och arbetsprestationer för en öka hälsan i verksamheterna (Hanson, 2004). Statens folkhälsoinstitut (2005b) beskriver att under tidsperioden 2000-2005 arbetades det främst med återhämtning och anställningstrygghet. Arbetet innebar bland annat att kunna få en balans mellan arbetsliv och fritid. En faktor som påverkar arbetsliv och fritid är fysisk aktivitet. Nilsson (2012) beskriver att år 2001 antogs projektet Sätt Sverige i rörelse som syftade till att främja fysisk aktivitet och utveckla förebyggande insatser på arbetsplatser, fritid, skola och inom hälso- och sjukvården. Fysisk aktivitet på recept (FAR) utvecklades under början av 2000-talet som en metod att arbeta med för att skapa en förändring av individers, grupper, organisationers och samhällets inställning till fysisk aktivitet. Därefter utvecklades Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) som kom 2003 och omfattar hur fysisk aktivitet bör användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Kallings (2002) beskriver övervikt som ett problem som orsakar många folkhälsosjukdomar, psykisk ohälsa och stora kostnader för arbetsplatser och samhället som en betydelsefull hälsofrämjande insats.

Under perioden 2003-2005 arbetas det med tobaksstopp som en kostnadseffektiv metod på arbetsplatsen och i samhället. Motiverande samtal används till tobaksavvänjning i samhället och tobaksfri arbetstid börjar synas 2004. Statens folkhälsoinstitut (2005d) beskriver att ett ökat intresse för det sekundärpreventiva arbetet i hälso- och sjukvården bör prioriteras för att öka hälsan i arbetslivet och i samhället.

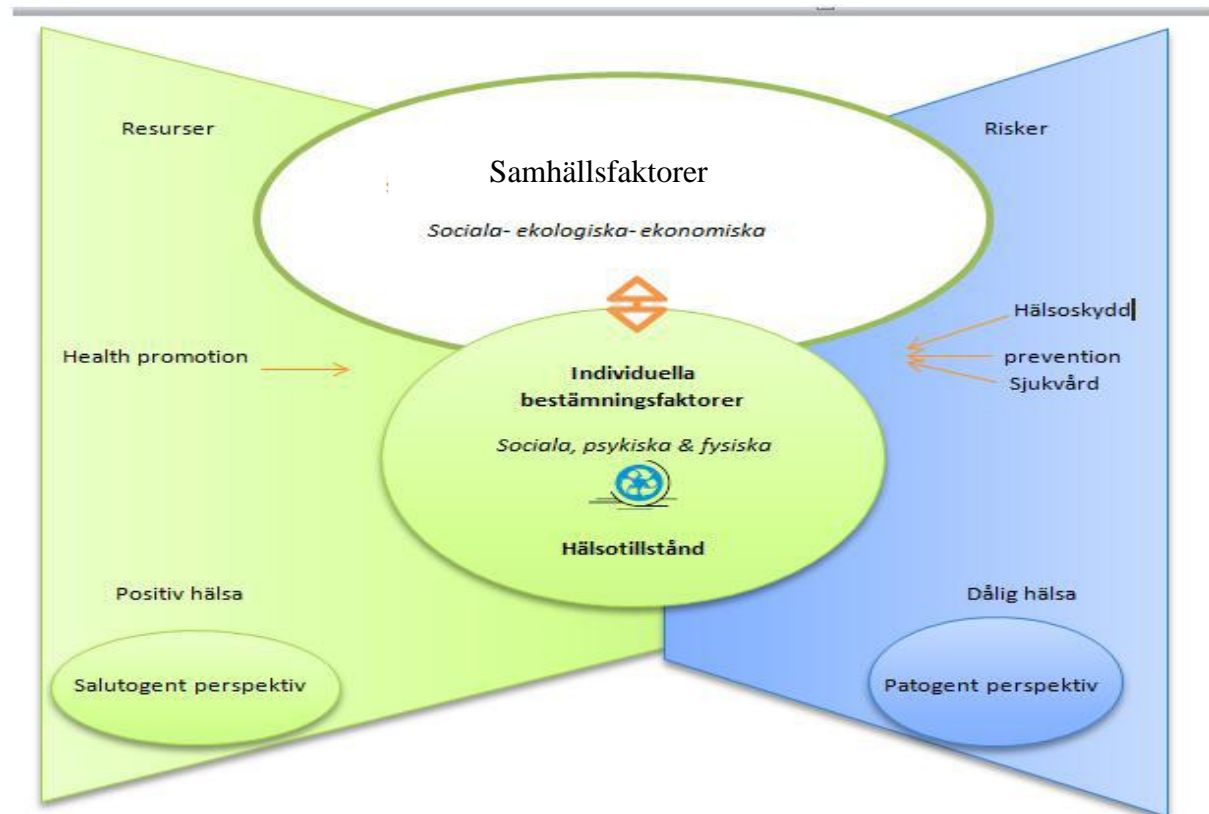
En minskning av arbetsolyckor och arbetsskador sker under 2000-talet men sjukfrånvaron består. Detta beror till hälften av fallen på belastningsfaktorer men också på organisations och sociala faktorer. De psykosociala aspekterna ligger i centrum för arbetsrelaterad hälsa från 2009 och det arbetas med att göra förbättringar inom olika grupper. Män upplever i större utsträckning än kvinnor sämre socialt stöd, betald utbildning och arbetsskador. Kvinnorna

känner sig tröttare, upplever sämre inflytande och känner större påfrestningar än män. Skillnader mellan grupper som till exempel arbetare och tjänstemän när det gäller psykiska välbefinnande. Under tidsperioden arbetas det med hälsofrämjande insatser, olika modeller för folkhälsa och arbetsmiljö, jämlika arbetsvillkor och samordning av regler och föreskrifter (Statens folkhälsoinstitut, 2010a).

Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete riktar sig främst till samhälls- och befolknings nivå men innefattar även individnivå. Arbetet är mål- och organisations fokuserat för att främja hälsa och förebygga sjukdom samt för att minska hälsoklyftor i samhället. Patogenes innebär kunskap om faktorer som påverkar att människor blir sjuka och salutogenes innebär vilka faktorer som gör att människor förblir friska. Utifrån olika områden kan folkhälsoarbete skapa förutsättningar och miljöer för befolkningens hälsa genom att förmedla ut kunskaper om samband mellan levnadsvanor och hälsa. De olika områdena folkhälsan bör ta hänsyn till är sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, fysiska, och emotionella (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012).

Hälsofrämjande arbetsfält kan delas i två olika synsätt, det ena avser hälso- och sjukvård ur ett mer patogent perspektiv med riskfaktorer som utgångspunkt. Det andra avser individ-, samhälles och miljörelaterade förändringar som ses ur ett mer salutogent perspektiv med utgångspunkt i redan befintliga resurser som kan förbättras. De båda synsätten bidrar till en bättre hälsa och är därför knutna till varandra i verksamheten. Båda synsätten visas i Figur 1. som beskriver modellen EUHPID (Health Development Model for the classification of public health indicators). Modellen kan användas för att förbättra hälsoutvecklingen inom folkhälsa, hälsofrämjande och sjukvård.



Figur 1. EUHPID Health Development model modifierad efter Bauer och Davis (2006).

EUHPID modellen vill påvisa att faktorer i samhället påverkar individens självkontroll av de tre bestämningsfaktorernas fysiska, psykiska och sociala hälsoutveckling. De tre bestämningsfaktorerna är beroende av varandra för att kunna skapa ett så bra välbefinnande som möjligt i vardagslivets olika situationer. Miljömässiga faktorer i samhället som påverkar att hälsan kan förbättras är de tre dimensionerna:

- sociala - möjligheten till att kunna skapa socialt nätverk och kulturell mångfald.
- ekologiska - ergonomiska resurser i till exempel hemmet eller på arbetsplatsen.
- ekonomiska - jämlikhet inom exempelvis inkomstfördelning eller olika hjälpinsatser från samhället.

Genom en så jämlik fördelning som möjligt av de tre dimensionerna i samhället kan en större möjlighet för den enskilde individens välbefinnande skapas (Bauer & Davies, 2006).

Folkhälsans målområden

”Skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Statens folkhälsoinstitut, 2010b s. 5) är ett övergripande folkhälsomål som regeringen har antagit. Under detta mål finns det elva målområden som är utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige. Målområdena anger i de centrala bestämningsfaktorerna för hälsa och är en vägledning i folkhälsoarbetet (Statens folkhälsoinstitut 2010c).

Målområde 4 - Hälsa i arbetslivet

Statens folkhälsoinstitut (2011c) menar att målområde 4, ökad hälsa inom arbetslivet innefattar hur ett bra arbetsliv påverkar vår hälsa. Ett bra arbetsliv med fungerande villkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan, sociala skillnader i ohälsa och främjar en förbättrad folkhälsa. Utgångspunkten är att det ska finnas en balans i arbetslivet som gör att människan kan må bra under ett helt arbetsliv, det ska finnas en balans mellan arbete och fritid.

Arbetsgivaren har ett stort ansvar för arbetsmiljön, arbetsplatsen ska vara trygg och säker både fysiskt och psykiskt. Viktiga faktorer på arbetsplatsen är delaktighet, inflytande, kontroll och utvecklingsmöjligheter. Det är viktigt att det inte bara bedrivs arbete för att förebygga ohälsa, utan det behövs även insatser som främjar hälsa i arbetslivet. Socialdepartementet (2007) menar att arbetsmiljöpolitiken bör prioritera att minimera risker och skador och utveckla arbetets positiva faktorer. Arbetsmiljön påverkar den enskildes välbefinnande och hälsa samt verksamhetens utveckling och ger därmed förutsättningar för tillväxt och konkurrens. Den arbetsrelaterad ohälsa har blivit bättre och det är viktigt att denna trend fortsätter. Statens folkhälsoinstitut (2011c) menar att det har skett en minskning av personer som upplever arbetsrelaterad ohälsa, kvinnor upplever oftare än män ohälsa på arbetet. Trots att hälsan blir bättre finns det fortfarande brister som behöver förbättras.

Målområde 6 – En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Statens folkhälsoinstitut (2013) menar att hälso- och sjukvården har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Deras arbete är inte bara att behandla skada och sjukdom, utan också att förebygga och främja hälsa. Verksamheten ska vara hälsoorienterad, vilket innebär att inriktningen ska vara att förbättra hela befolkningens hälsotillstånd i alla verksamheter.

Aktiviteter som ger de största hälsovinster för patienterna och personalen ska prioriteras. Socialdepartementet (2007) menar att en välfungerande hälso- och sjukvård har betydelse för folkhälsan och det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör därför stärkas. Det pågår utvecklingsarbeten för att utveckla den hälsofrämjande hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har arbetat fram nationella riktlinjer där sjukdom ska kunna förebyggas genom

att påverka på levnadsvanor och Statens folkhälsoinstitut arbetar med att värdera och sprida kunskap om hälsofrämjande arbete. Statens folkhälsoinstitut (2011d) menar att hälsofrämjande insatser inom sjukvården innebär att ta till vara på och stärka patientens upplevda hälsa och egna resurser. Hälsofrämjande och förebyggande insatser bör vara naturliga inslag i det dagliga vårdarbetet. Hälso- och sjukvården är en stor arbetsgivare och bör därför vara en förbild och arbeta för en bra arbetsmiljö. Personalen bör kunna få möjligheter att öka sin kompetens och förutsättningar att medverka i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Att främja hälsa hos den egna personalen bör ha en hög prioritering.

Arbetsrelaterat hälsoarbete

Arbetsplatsen

En arbetsplats ska inte bara producera arbetskraft utan också bidra till en upplevelse av arbetsglädje, stolthet och välbefinnande. Genom goda förutsättningar i en bra arbetsmiljö med lagom arbetsbelastning ökar välbefinnandet i arbetslivet och leder till ökad närvaro, arbetsprestation och god kvalitet vilket gynnar verksamhetens ekonomiska situation. Varje arbetsplats har sina egna faktorer som påverkar att skapa förutsättning till en frisk arbetsplats. Genom medarbetenas kompetens, vilja och ork skapas en välfungerande verksamhet och bra resultat (Hanson, 2004). Arbetsplatsen är för många människor en av de mest betydelsefulla platserna för den sociala miljön. Arbetsmiljön fungerar som en stödjande funktion och stärkande resurs till en positiv självbild för individens välbefinnande. En individ tillbringar cirka hälften av sin vakna tid på arbetsplatsen och funderingar på dagens händelser fortsätter ofta efter arbetstidens slut. Det innebär att den fysiska och psykosociala arbetsmiljön påverkar individens fritid (Kazemi, 2009).

Promotion på arbetsplatsen

Hälsopromotion innebär att söka efter hälsofrämjande faktorer som stärker en individs miljö och ses mer ur ett salutogent perspektiv. Ordet promotion betyder *för rörelse*, vilket innebär att skapa en rörelse med fokus på det friska och positiva i en organisation eller arbetsplats. Hälsofrämjande arbete har en salutogen inriktning och använder begrepp som hälsa och ohälsa för att tydliggöra kopplingen till hälsopromotion. En främjande verksamhet arbetar efter arbetsmiljölagen och förespråkar både individ, arbetsgruppen och organisationens övergripande hälsoperspektiv. Att personalen är delaktiga och att cheferna är lyhörda på en arbetsplats kan ge olika förutsättningar för organisationen att få en bra och engagerad verksamhet i sin helhet. Hälsopromotion är en strategi för att utveckla hälsa med fungerande processer som bidrar till en friskare organisation i arbetslivet. Det finns fyra kriterier som hälsopromotivt arbete utgår ifrån:

- Fokus på främjande: salutogen inriktning.
- Arenatänkande: promotivstrategi i stora sammanhang.
- Delaktighet: mänskliga förutsättningar.
- Process: används i förändringsarbete (Hanson, 2004).

Processarbeten som leder till en positiv utgång och når de satta målen generera oftast till positiv drivkraft i arbetslivet genom en motivationskänsla. Processen kan leda vidare till en positiv stress i arbetslivet och kan upplevas som en känsla av att arbetet flyter snabbt och bra samt att uppsatta mål och krav hinns med. Genom att använda sig av samarbetsstrategier ökas medarbetarnas känsla av delaktighet och inflytande som påvisats ge en ökad kreativitet, ansvarstagande, tillit och ett ökat samarbete i grupper. En annan viktig faktor är organisatorisk

rättvisa som innebär att medarbetarna inte upplever någon skillnad i till exempel lönesättning eller i tilldelade arbetsuppgifter. En god självkänsla och en uppfattning av att leva upp till de förväntningar som medarbetarna kan ha på arbetsplatsen genererar till en positiv inverkan på individens välmående (Kazemi, 2009).

Prevention på arbetsplatsen

Hanson (2004) beskriver begreppet prevention på arbetsplatsen som ett förebyggande arbete som ses ur ett mer patogent perspektiv i arbetsinsatsen. Att prevention ses ur ett förebyggande perspektiv skildrar också Källestål (2004) och menar att prevention oftast riktas till en riskgrupp för att stödja eller minska skador som sedan kan leda till ohälsa. Begreppen promotion och prevention kan vara svåra att sära men skiljs åt genom motivets insats. Prevention bygger på kunskap om riskfaktorer och är på så vis ett förebyggande arbete som genomförs med en patogen utgångspunkt. I preventionsarbete används begreppen frisk och sjuk i det förebyggande arbetet och kan ses ha en anknytning till varandra. Preventivt arbete innebär att ge individer möjlighet till ökad kontroll av sin egen hälsa och förbättra den genom bland annat hälsoinformation. Upplysningen kan ske i olika stadier primär, sekundär och tertiär. Det primära stadiet riktar sig till friska personer för att förebygga uppkomst av sjukdom och förbättra hälsotillstånd. Det kan göras genom till exempel undervisningsformer för att belysa den arbetsmiljöns betydelse för kroppens välmående. Sekundärt stadie riktar sig till personer som redan har utvecklat ett sjukdomstillstånd på grund av felaktig livsstil. Det innebär att individen ges information om deras nuvarande tillstånd och hur en förbättring kan ske. Arbetsplatsen kan försöka förbättra hälsotillståndet genom till exempel rökfri arbetstid. Tertiärt stadie innebär att en individ redan har någon form av kronisk sjukdom eller funktionshinder som behöver understödjas för att undvika onödiga påfrestningar som kan försämra hälsotillståndet. Det kan innebära rehabiliteringsprogram för att anpassa individen så gott det går i den nuvarande situationens. Det kan innebära att tidigare arbetsuppgifter måste ändras eller att en omplacering måste göras inom arbetsplatsen för att anpassas till sjukdomstillståndet (Hanson, 2004). Förebyggande arbete fokuserar på en förbättring av anställdas livsstil och skapa hälsorelaterade effekter som minskad sjukdoms incidens, minskad användning av hälso- och sjukvård, ökat hälsomedvetande och riskreducering (Bringsen, 2010).

Hälsofaktorer

Det är betydelsefullt för arbetsplatsen att ta reda på vilka faktorer som främjar hälsa hos de anställda. Minskad stress, ökad samarbetsförmåga och positivitet kan vara betydande faktorer på arbetsplatsen. En individ kan genom det sociala sammanhanget i arbetslivet känna välbefinnande och påverkas av organisationens strukturer samt arbetsgruppens arbetsklimat. Hur en individ förhåller sig till olika situationer kan vara subjektiv då individers tolkningar kan variera på grund av kön, kulturell bakgrund, ålder och socioekonomisk status. Eftersom en individ är på arbetsplatsen stora delar av den vakna tiden innebär det att ett ökat välbefinnande påverkar till ett bättre välmående på fritiden. Det finns studier som visar att en hög livskvalitet på fritiden gynnar till ett effektivare arbete på arbetsplatsen. Det betyder att hälsofrämjande insatser är viktiga och påvisar att verksamheten i slutändan genererar vinst. Insatserna kan ge vinst både ekonomiskt och hälsofrämjande genom högre frisknärvaro, bättre beslut och ökad effektivitet (Kazemi, 2009). Angelöw (2002) beskriver också dessa faktorer genom begreppet friskhetsutveckling som bland annat fokuserar på faktorer som långtidsfriska, frisknärvaro och friskhetsindex på arbetsplatsen. Framgångsfaktorer som kan påverka friskheten på arbetsplatsen kan vara till exempel positivt arbetsklimatet, arbetsmiljön, delaktighet och inflytande.

Kazemi (2009) beskriver att det sociala välbefinnandet kan stimuleras på olika sätt genom:

- Social integration- handlar om sammanhållning och medlemskap i ett kollektiv, hur arbetsgrupper kan fungera tillsammans.
- Social acceptans- innebär att känna tillit och bekräftelse från ledning och kollegor.
- Socialt bidrag- handlar om vilja till handling genom prestationer från individens kompetens som värdesätts av kollegor och ledning.
- Socialt förverkligande- innebär stimulans till utveckling genom nya utmaningar inom arbetslivet.
- Socialt sammanhang- ökar genom att individen känner begriplighet och meningsfullhet med det den gör i arbetet. Det ger förståelse och mening åt tankar, känslor och handlingar som en individ har.

Bringsén, Andersson, Ejlertsson och Troein (2009) menar att den mest betydelsefulla hälsotvå faktorn för att skapa välbefinnande på arbetsplatsen är de psykosociala faktorerna. Faktorerna som ger en positiv inverkan på sjukvårdspersonalens välbefinnande i arbetslivet är medarbetarskap, patientkontakt, arbetsförmåga, arbete och fritid. Bringsén (2012) menar att ett positivt hälsofrämjande perspektiv i arbetslivet handlar om goda förhållanden, säkerhet, stimulans, tillfredsställelse och att arbetsplatsen skapar glädje. Välbefinnande i arbetslivet har även en anknytning till positiv feedback, socialt stöd och att hantera det personliga ansvarområdet väl.

Genom att ge personal på arbetsplatser tillgång till friskvårdsinsatser i form av kost och motion kan möjlighet för ett hälsosammare liv skapas. Fysisk aktivitet är viktigt för att kroppen ska fungera och må bra och kan motverka många folkhälsosjukdomar som till exempel ryggproblematik (Angelöw, 2002). Andra faktorer som kan inverkar till en god fysisk arbetsmiljö är bra luft och temperaturklimat, bra belysning, låga buller och vibrationsfrekvenser (Statens folkhälsoinstitut, 2011d).

Angelöw (2002) menar att positiv stress är en lustbetonad och meningsfull ansträngning som kroppen mår fysiskt och psykiskt bra av. För att uppnå en god psykisk miljö i arbetslivet är det betydelsefullt att fokusera på möjligheterna i verksamheten och hos medarbetarna för att öka välmående. Även goda handlingar och ett bra språkbruk i arbetslivet ökar den psykiska och emotionella hälsan. Kroppen behöver återhämtning och mental uppladdning mellan aktivitet för att skapa en god balans i vardagen vilket också utvecklar ett bättre förhållningssätt till förändringsarbete och stress. En annan viktig faktor är god självinsikt och möjlighet till utveckling för att öka välbefinnandet i till exempel arbetslivet. Statens folkhälsoinstitut (2011d) tar upp faktorer som kön, etnicitet, sexuell läggning, funktionshinder och ålder som viktiga diskrimineringsgrunder att ta hänsyn till i arbetslivet och är betydelsefulla för hälsans välmående.

Sjukvårdsrelaterad arbetslivsforskning

I en studie av Wikström och Dellve (2009) undersöktes vilka utmaningar hälsoledare inom sjukvården ställdes inför. Hur ser utmaningar ut, hur diskuterar ledarna kring utmaningarna och vilket stöd anser dem sig behöva i arbetet. Ledarna nämner tre olika kategorier av utmaningar som är återkommande i det dagliga arbetet, administration, medarbetarskap och strategiskt arbete. Dessa kan hanteras på olika sätt och det stöd som kan kännas behov av för att anta utmaningarna på bästa sätt är delegering, delat ledarskap, arbetsfördelning, hjälp att definiera arbetsuppgifter, processrelaterat stöd och ökad kompetens inom dialog, kommunikation och samarbete. Studien visade att det administrativa arbetet har ökat och det

ställs högre krav på ledarna att uppfylla uppgifter som till exempel mätningar inom ekonomi och personal. Ledarna ansåg att dessa uppgifter var stressande och tidskrävande. Utmaningen innebar därför att få det administrativa arbetet på en hanterbar nivå. Den andra utmaningen är medarbetskap och innebär att stödja underordnade och utveckla medarbetarskap. Möten, hantering och utveckling av medarbetarskap tar allt mer tid och det är viktigt som ledare att vara närvarande. Att vara tillgänglig och finnas nära till hands i verksamheten ansågs vara viktigt i arbetet med att främja ett bra medarbetarskap där personalen tar ansvar och är engagerade i det dagliga arbetet. Skapa utrymme för det strategiska arbetet är den sista utmaningen som nämns i studien. Denna utmaning innebär att ledarna ska kunna vara aktiva i verksamhetens utveckling, kunna vara framtidsinriktade och samhällsorienterade. Det var svårt för ledarna att få tiden att räcka till det strategiska arbete då de andra två utmaningarna tog för mycket tid. I studien förslogs det två olika typer av ledarskaps modeller som kan hjälpa till att möta dagens krav i hälso- och sjukvårdens organisationer. Den ena modellen innebär ett ledarskap där de olika utmaningarna separeras. Det kan vara svårt som ledare att skilja på de olika utmaningarna och kan göra det svårt att arbeta med dem samtidigt. Ett stöd till ledaren kan då vara att separera utmaningarna, dela uppgifterna och ansvarsfrihet i olika former. Den andra modellen innebär ett ledarskap där utmaningarna integreras, där det finns en betydelse att hitta lösningen i en uppgift. Stödjande faktorer för ledaren kan vara deltagande ledarskap, utveckling av medarbetarskap och processtöd. Ledarnas strategier för att möta olika utmaningar påverkas av debatten om förändringar, ledarskap och prestation. Dialog och strategisk kommunikation är två viktiga komponenter i arbetet för en interaktion mellan ledare och medarbetare och har en viktig roll för ledarskapet i sjukvården.

Dellve, Skagert och Vilhelmsson (2007) beskriver i sin studie hur ledaregenskaper och strategier för hälsofrämjande arbete påverkar anställda inom mänskliga serviceyrkens och deras långsiktiga frisknärvaro på arbetsplatsen. Faktorer som är betydande för en hög frisknärvaro är ledarnas attityder till de anställdas arbetsrelaterade hälsa, ledaregenskaper och strategier för hälsofrämjande arbete. Studien visade att tydligt och engagerat ledarskap ökade frisknärvaron bland de anställda och att det fanns positiva effekter om ledaren hade kunskap om psykosociala faktorer. Belöningar, bekräftelse och respekt är de faktorer som starkast relaterar till ökad frisknärvaro menar Dellve, Skagert och Vilhelmsson. Vidare menar de att arbetsplatser där det finns en tillit och respekt från ledningen, ett positivt arbetsklimat och öppna diskussioner gjorde att de anställda hade en högre frisknärvaro. Ett långsiktigt och målinriktat ledarskap kan ge en friskare arbetsplats och ett målinriktat hälsofrämjande arbete har den största långsiktiga positiva effekten på frisknärvaron.

Den största delen av forskningen som genomförs inom arbetsrelaterad hälsa har en patogen inriktning. Bringsén (2010) menar att forskning inom folkhälsa oftast har ett patogent perspektiv där fokus ligger på vilka riskfaktorer, ohälsa, sjuklighet och dödlighet som finns. Bringsén (2010) beskriver i sin avhandling utifrån de sjukvårdsanställdas perspektiv hur salutogena faktorer som arbetsplats, arbete och hälsa förhåller sig till varandra. Sociala och psykologiska resurser beskrivs som dominerande för hälsan och att det fanns en möjlighet för personalen att känna en positiv känsla på arbetsplatsen genom att de fokuserade på medicinsk vård, kognitiva resurser och upplevelser av flow i arbetet. Flow innebär att individen kan känna en upplevelse av att den individuella kompetensen matchar stora utmaningar (Csikszentmihályi, 1999). Dessa situationer bidrar till upplevelser som glädje, motivation, kognitiv effektivitet och bättre hälsa. Olika faktorer påverkar personalens prestation på arbetet och de som var mer prestationsinriktade värderade flexibilitet, reflektion, lärande och utveckling i det dagliga arbetet. Medan de som var mindre prestationsinriktade värderade stabilitet, social samvaro och lugn och ro. Det ger varierande möjligheter i det hälsofrämjande arbetet genom att olika egenskaper påverkar den hälsofrämjande processen. Dessa skillnader

behöver identifieras och diskuteras för att arbetsplatsen ska kunna använda dem som resurser i det hälsofrämjande arbetet. Det innebär att arbetet behöver präglas av individuella resurser, möten mellan personalen och stöd från externa personer.

Nilsson, Andersson, Ejlertsson och Troein (2012) har studerat hur teorin känsla av sammanhang (KASAM) kan användas för att identifiera upplevda arbetsrelaterade faktorer och processer som kan vara betydande och positiva i arbetslivet. Studien kunde identifiera stärkande arbetsrelaterade resurser som förbättrade de anställdas hälsa på arbetsplatsen och det bildades åtta underkategorier till begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Under begriplighet finns reflektiva färdigheter, öppenhet och helhetssyn. Harmoni, flexibilitet och ansvar kommer under hanterbarhet. Under meningsfullhet finns belöningar och socialt klimat. Studien visade att KASAM är användbar inom det hälsofrämjande arbetet, ur både ett medarbetar- och arbetsgivarperspektiv. Genom att använda teorin kunde medarbetarnas positiva resurser som påverkar hälsan hittas. Ur ett arbetsgivarperspektiv är den användbar för att påvisa de positiva effekterna av hälsofrämjande arbete. Den skulle troligvis också kunna vara användbar som utgångspunkt i diskussioner omkring arbetsrelaterade faktorer och processer där medarbetarna kan skapa en förståelse i vad som ökar deras KASAM. Personalen uttryckte i studien att det fanns flera olika dagliga händelser, faktorer och processer som påverkade deras arbete på sjukhuset positivt. I studien nämns det att en utveckling av Antonovskys GMR (generella motståndresurser) skulle kunna ge teorin en större möjlighet att använda komponenterna (hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet) om de är mer direkt relaterade till arbetsplatsens sammanhang. För att få denna användbarhet föreslås det att specifikt stärkande resurser, Specific Enhancing Resources (SER). SER kompletterar KASAM och bidrar med en metod att kategorisera och förklara positiva egenskaper på en arbetsplats.

Teoretiska utgångspunkter

Studiens teoretiska utgångspunkter kommer att vara Antonovskys salutogena teori om känsla av sammanhang (KASAM) samt Bryant och Veroffs teori om Savoring. Med KASAM som utgångspunkt kommer vi att analysera data ur ett salutogent synsätt och fokusera på friskfaktorer. Genom att använda oss av Savoring kan studien analyseras utifrån hur positiva upplevelser kan tas till vara i olika arbetssituationer.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Antonovsky (2005) menar att KASAM handlar om människans förmåga att förbli friska och hantera svåra situationer som uppstått. Människan upplever större eller mindre grad av hälsa och ohälsa under sitt liv beroende på livssituation, vilket kan beskrivas som att röra sig på ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. KASAM är en bidragande faktor till var människan befinner sig på kontinuumet och rörelsen mot ökad hälsa kan stärkas av en stark upplevelse av KASAM genom dess tre centrala komponenter, *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Individer med ett högt KASAM ligger högt på de tre komponenterna. KASAM innebär att yttre och inre stimuli är förutsägbara, strukturerade och begripliga och genom att resurser finns tillgängliga klarar vi av de krav som stimuli ställer på oss, kraven blir därmed utmaningar som är värda investering och engagemang.

Antonovsky (2005) beskriver att känsla av *begriplighet* är en komponent som kan förklara hur människor upplever inre och yttre signaler och intryck. En person som har en hög känsla av begriplighet möter ofta sina signaler och intryck med en förutsägbarhet, de möter överraskningar med en inställning att de går att ordna och förklara. En arbetstrygghet är en begriplighet som är viktig för många idag. Trygghet i arbetet är viktig för begripligheten och genom att ha en anställning får medarbetaren en ekonomisk trygghet.

Den andra komponenten är *hanterbarhet* och innebär att människan anser sig ha resurser att kunna hantera olika krav som möter en i vardagen. Människan känner en möjlighet att styra över sitt liv och kan se tillgång i de resurser som finns i vardagen. En person med hög känsla av hanterbarhet kommer inte att känna sig utsatt för omständigheter, utan personen har resurser att tillgå som till exempel nära relationer. För att en medarbetare ska kunna känna en hanterbarhet på sitt arbete är det viktigt att det finns en balans i belastningen den utsätts för. Det är avgörande med en belastningsbalans för att känna känsla av hanterbarhet (Antonovsky, 2005)

Meningsfullhet är den tredje komponenten och den innefattar vikten av att vara delaktig och känna motivation. Antonovsky (2005) menar att meningsfullhet är en motivationskomponent och syftar på i vilken utsträckning människor kan känna att livet har en känslomässig innebörd. Meningsfullhet ger motivation och självkänsla till medarbetarna och medför att de kan utföra ett bra arbete. Om det finns glädje och stolthet i arbetet kommer känslan av att ”detta är mitt arbete och jag vill göra det jag gör” att infinna sig oavsett om medarbetaren själv valt sin arbetsplats eller inte. Känslor som glädje och stolthet är viktiga för att den anställde ska kunna känna meningsfullhet i sitt arbete. Komponenterna innebär i vilken utsträckning vi känner att livet har en känslomässig innebörd, genom att individen känner att det är värt att investera energi i de krav och problem som livet ställer och där utmaningar är välkomna.

Antonovsky (2005) menar att belastningsbalans, förutsägbarhet och medverkan i ett socialt värdesatt bestämmande i arbetssituationer skapar livserfarenheter som har betydelse för graden av KASAM. Människor tar med sig erfarenheterna från sitt arbete och överför dem till andra områden utanför arbetet. Situationer som sker utanför arbetslivet påverkar i sin tur också KASAM och har betydelse för hur individer upplever olika arbetssituationer.

Savoring

Teorin om Savoring utgår ifrån positiv psykologi. Genom att en individ kan självreglera mot positiva känslor och värna om tidigare erfarenheter innebär det att en individ kan buffra (lagra) de positiva upplevelserna och känslorna som inträffats för att sedan kunna njuta av dem i efterhand. För att buffra positiva känslor och upplevelser krävs vissa nödvändigheter för att kunna njuta av dem. Det krävs låg erfarenhet av sociala eller psykologiska krav, vara uppmärksam i vardagen och att uppfatta meningen med att ta in och använda positiva erfarenheter. Teorin fokuserar på positiva tillfällen i vardagslivet genom att öka positiva associationer till det förgångna, nuvarande situationer och på framtida händelser som upplevs stimulerande för individen. Teorin kan användas till att förstå och förklara hur de positiva faktorerna kan plockas fram för att studera vad som förstärker Savoring, till exempel situationer som upplevs glädjande för individen i arbetslivet. Teorin används praktiskt i arbetslivet bland annat som en grund för åtgärdsstrategier som syftar till att öka de positiva faktorerna på arbetsplatsen. Det går då att se om åtgärdsstrategierna påverkat den fysiska och psykiska hälsan i positiv riktning. Savoring bör inte kopplas samman med copingstrategier som handlar om bland annat hur stressiga eller jobbiga situationer hanteras utan teorin innebär att en individs glädje av någonting studeras. Genom att öka de positiva känslorna i sitt liv och bli positivt påverkad av omgivningen kan influera till att livet få mer meningsfullhet och att en rikare kontakt med andra människor kan byggas upp. Det finns olika synsätt av Savoring genom:

- *Savoringupplevelse* kan innebära bland annat tankar, känslor, upplevelser, förtäringar som uppskattar positiv stimuli. Ett exempel på en savoringupplevelse kan vara att ta emot en komplimang.

- *Savoringprocess* arbetas fram genom fysiska och psykiska åtgärder som pågår under en längre period och förvandlar positiv stimuli till positiva känslor. Det kan ske genom till exempel att arbeta en längre tid i ett bra arbetsklimat som knyter samman arbetsuppgiften med något positivt.
- *Savoringstrategi* är den verkställande delen där individen arbetar med sig själv genom att peppa sig själv eller påminna sig om ens lycka. Det kan göras genom att reflektera tillbaka till bra stunder som varit som påverkat individen positivt.
- *Savoring tro* är en individs uppfattning av att kunna njuta av sina personliga positiva erfarenheter. Det kan innebära att ha en förmåga av att njuta av stundens erfarenhet istället för att vänta på att den ska komma till en (Bryant & Veroff, 2007).

För att kunna njuta i livet är det betydelsefullt att känna en positiv längtan av framtidens kommande händelser. Det kan göras genom minst tre kognitiva färdigheter - *kunna reflektera över sina egna känslor, medvetenhet om framtiden och att kunna fördröja tillfredställelsen* som kan generera till ett ökat välbefinnande. Det är då viktigt att kunna plocka fram tidigare buffrade positiva erfarenheter för att tänka abstrakt om sina inre upplevelser. Savoring kan påverka och forma utveckling genom sociala relationer, livsstil och hälsa genom direkt eller indirekt styrande uppmuntran från till exempel familjen eller på arbetsplatsen (Bryant, Chadwick & Kluwe, 2011).

Problemprecisering

Litteraturgenomgången har speglat ett arbetsliv i omvandling under många år. Arbetsfaktorer har främst studerats utifrån riskfaktorer som bidrar till ohälsa och det är därför betydelsefullt att se arbetspersonal ur ett salutogent perspektiv. En yrkesgrupp som är intressant att belysa är vårdpersonal på grund av att deras arbete innebär att hjälpa och vårda andra människor samt att den höga arbetsbelastningen har ökat. Det är därför av stor vikt att se hur vårdpersonals upplevelse av arbetsrelaterad hälsa har utvecklats på senare år.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur den rapporterade hälsan inom olika yrkesgrupper på sjukhus i södra Sverige har förändrats mellan åren 2005 till 2009 ur ett salutogent perspektiv.

Frågeställningar:

1. Finns det skillnader mellan olika yrkesgruppers hälsa?
2. Vilka hälsoskapande faktorer kan relateras till olika yrkesgruppers hälsa under denna tidsperiod?

Metod

Beskrivning av studier

Studien bygger på datamaterial från fyra enkätstudier. En forskargrupp inom hälsa och samhälle på Högskolan Kristianstad har genomfört flera enkätstudier under åren 2005-2009 med sjukvårdspersonal i södra Sverige. Yrkeskategorierna som deltog i undersökningen var läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, administrationspersonal, paramedicinare och övrig personal inom sjukhusen. Undersökningarna var inriktade på sjukvårdspersonals hälsa utifrån ett salutogent perspektiv. Studierna genomfördes med en kvantitativ metod i form av tvärsnittsstudier av vårdpersonals upplevelser av hälsa och arbete. Se tabell 1 för urval och svarsfrekvens per studie.

Studie 1: 2005 skickades enkäter ut med post till respondenternas bostadsadress. Alla enkäterna var märkta med ett nummer för att inte behöva skicka påminnelse till de som redan svarat. Med enkäten skickades följebrev och svarskuvert. Till de respondenter som inte svarat inom två respektive fyra veckor skickades det ut påminnelser. Enkäterna avidentifierades när de inkommit med post. Respondenter från två sjukhus deltog i studien och det var sjukvårdspersonal från anestesi/operation och fem olika vårdavdelningar.

Studie 2: 2007 genomfördes på samma sätt som 2005 och bestod av respondenter från ett sjukhus (sju olika vårdavdelningar och operation). Respondenterna fick en postenkät hemskickad till sin bostadsadress med medföljande följebrev och svarskuvert. Efter två respektive fyra veckor skickade det en påminnelse om att besvara enkäten till de som ännu inte svarat.

Studie 3: 2009 maj skickades det ut en webbenkät med medföljande följebrev till respondenter från ett sjukhus. En webbplattform (EvaSys, som vanligtvis används för kursutvärderingar på högskolan) för kursutvärderingar användes som administreringssystem för att testa webbenkät som metod. Efter två veckor skickades en påminnelse via mejl till de som ännu inte besvarat enkäten.

Studie 4: 2009 november genomfördes på samma sätt som i maj 2009 genom en webbenkät med medföljande följebrev. Respondenterna bestod av sjukvårdspersonal från ett sjukhus där alla verksamheter deltog. Påminnelser skickades ut via mejl efter två veckor med syfte att öka svarsfrekvensen. Administreringssystemet som användes var samma webbplattform (Evasys) som föregående mätning för att samla in datamaterial.

Tabell 1. Tidpunkt, urval och svarsfrekvens för de fyra enkätstudierna.

År/månad	Antal utvalda Respondenter	Antal svarande (n)	Svarsfrekvens (%)
2005	610	446	73
2007	350	248	85
2009, maj	632	455	73
2009, nov	772	505	70
Total	2364	1654	70

Frågeformulär

Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) och Work Experience Measurement Scale (WEMS) är frågeformulär med en salutogen inriktning som använts i undersökningarna för att få kunskap om sjukvårdspersonalens arbetsrelaterade hälsa och individens salutogena (friska) välmående i arbetslivet. Det innebär att verktygen i undersökningen vill identifiera de faktorer som påverkar att den arbetsrelaterade hälsan på arbetsplatsen. Frågorna bedöms ha en god kvalitet då de har genomgått en kvalitetstestning (Nilsson, 2010 & Bringsén, Andersson & Ejlertsson (2009).

Friskfaktorer

Under 2005 var inte SHIS helt färdigutvecklat vilket innebär att SHIS inte används i sin helhet i föreliggande studie. Istället skapades ett subindex med frågorna som används från 2005-2009. Subindexet benämns som friskfaktorer och innehåller frågorna: känt mig pigg, känt mig glad- optimistisk, känt mig lugn- avslappnad, sovit bra, haft lätt för att koncentrera mig, varit idérik-kreativ, varit beslutsam och varit i känslomässig balans. SHIS i sin helhet är ett instrument för att mäta indikatorer på hälsa och Bringsén m.fl. (2009) menar att SHIS beskriver hälsa utifrån ett holistiskt och salutogent perspektiv. Instrumentet har en semantisk differential, vilket innebär att varje fråga besvaras på en sexgradig skala som går från positiv till negativ formulering av motsatsord. Ett högt värde ger indikationer på hälsa.

Exempel på fråga:

(6) (5) (4) (3) (2) (1)
 känt mig pigg känt mig trött, utmattad

Work Experience Measurement Scale (WEMS)

Nilsson, Bringsén, Andersson och Ejlertsson (2010) beskriver WEMS som ett multidimensionellt frågeformulär med 32 påståenden om upplevelser av arbete och arbetssituation. Det finns sex svaralternativ till varje påstående och går från ”instämmer helt” till ”tar helt avstånd”. Frågorna är utvecklade utifrån teorier som kan exempelvis kopplas till känsla av sammanhang och flow. Påståendena är positivt ställda och resultatet kan därför

tolkas utifrån ett salutogent perspektiv. Formuläret har sex dimensioner av arbetsupplevelser och vid en analys bildas indexvärden av de sex dimensionernas frågor. Dimensionerna är: stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap och förändringsarbete.

Det beräknas ett indexvärde för varje individ och varje fråga ger som mest värde 6 (positivt) och minst 1 (negativt). För varje index beräknas indexvärdet av summan på svaren på de ingående frågorna. Det går att jämföra olika grupper genom att beräkna lämpliga genomsnitts- och spridningsmått för varje grupp.

Etiska överväganden

Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet är etiska krav som bör tillgodoses i en enkätundersökning. Redan vid planering av en enkätstudie bör de kraven tas hänsyn till och bör granskas etiskt (Ejlertsson, 2005).

Informationskravet har tillgodosetts genom skriftligt följebrev. I följebrevet har deltagarna informerats om syfte, frivilligt deltagande, konfidentialiteten och kontaktuppgifter. Det informerades även om tidpunkt för genomförandet, tillvägagångssätt och vad resultatet kommer att användas till. Ejlertsson (2005) beskriver att deltagarna bör få skriftlig information om enkätundersökningens syfte och frivilligt deltagande.

Samtyckeskravet tillgodosågs då respondenterna via postenkät och datorenkät samtyckt till att medverka genom att svara och sända in enkäten. Att ta hänsyn till samtyckeskravet innebär att forskaren har samtycke, ett godkännande från undersökningssvaret med avsikt att vara med i undersökningen (Ejlertsson, 2005).

Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att identiteten var skyddad genom ett kodningssystem av personuppgifter vid postenkäterna. Det innebär att varje enkätformulär innehöll en siffra för varje individ som sedan raderades efterhand som datamaterialet fördes in i databasen. Det systemet valdes för att inte skicka påminnelser i onödan till individer som redan besvarat formuläret. Ejlertsson (2005) menar att personuppgifterna ska förvaras säkert för att skydda respondentens identitet. När webbenkäterna genomfördes så var respondenternas svar skyddade genom datasystemet där inget enskilt svar kunde urskiljas. Datasystemet skötte utskick av påminnelser.

Nyttjandekravet tillgodosågs i studierna när respondenterna informerades om att enkätdata kunde komma att användas i vidare studier. Ejlertsson (2005) menar att respondenterna ska informeras om hur nyttjande av data kommer att ske.

Analys

Analyseringen av befintlig data har skett genom kvantitativ metod och resultaten sammanställdes genom Statistical Package of Social Science (SPSS). Det betyder att enkätformulärens variabler fördes in i SPSS systemet genom respondenternas svar till databasen. Utifrån variablerna skapades sju olika index baserat på enkätdimensionerna. Index kan på ett enkelt sätt med en siffra illustrera ett förhållande mellan olika variabler genom att varje svar adderas samman till ett index. Indexens max och min värde var följande:

- stödjande arbetsförhållanden 7-24
- individuella inre upplevelser 6-36
- självbestämmande 4-24
- tidsupplevelse 3-18
- ledarskap 6-36
- förändringsarbete 6-36
- friskfaktorer 6-48

Att skapa index kan göras genom att sammanföra olika frågor som hör ihop. Därefter bör det göras en analys av hur frågorna korrelerar till varandra genom att beräkna Cronbachs alpha (CA). Ett CA värde ska vara 0,7 eller högre för att indexet ska vara accepterat att användas (Ejlertsson, 2005).

Variablernas utgångsläge i datamaterialet hade en negativ inriktning i svarsalternativen och eftersom denna studie belyses utifrån ett salutogent perspektiv valdes det att vända på variablerna till ett positivt utgångsläge i indexen. Efteråt standardiserades indexen för att likställa datamaterialets resultat och för att direkt möjliggöra jämförelser mellan olika grupper och mätningar (Ejlertsson, 2005). Envägs-ANOVA användes för att kunna jämföra de olika yrkeskategoriernas arbetsrelaterade hälsa över tid. ANOVA är en variationsanalys som jämför flera gruppers medelvärden och är den enklaste av variansanalys. För att jämföra de olika yrkesgrupperna med varandra utifrån enkätformuläret WEMS enskilda frågeställningar utfördes även chitvåtest. Chitvåtest har en utgångspunkt från två olika grupper där enskilda individer fördelas på de indelade grupperna. Det gjordes för att kunna utläsa en djupare analys av datamaterialets skillnader mellan yrkesgrupperna. Signifikansnivån på 5 % användes i samtliga tester (Ejlertsson, 2012). Yrkeskategorierna som valdes ut för att jämföras med varandra var läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på grund av deras nära samarbete av patientnära arbete. En annan anledning var även att det fanns ofullständigt datamaterial över de andra yrkeskategoriernas hälsa över tidsperioderna. Efter sammanställning av datamaterialet konstruerades tabeller och diagram för att göra materialets resultat lättöverskådligt.

Resultat

Resultatet visar att Cronbachs alpha värdet ligger över 0,7 på alla index utom tidsupplevelsen. Det går inte att beräkna CA värde på tidsupplevelsen då frågorna har förändrats och utvecklats mellan åren 2005-2009.

Tabell 2. Visar Cronbachs alpha värdet för de olika indexen.

Subindex	CA
Stödjande arbetsförhållanden	0,917
Individuella inre upplevelser	0,930
Självbestämmande	0,843
Tidsupplevelse	-
Ledarskap	0,921
Förändringsarbete	0,945
Friskfaktorer	0,968

I tabell 3 redovisas hur många deltagare totalt från varje yrkeskategori som medverkar mellan åren 2005-2009.

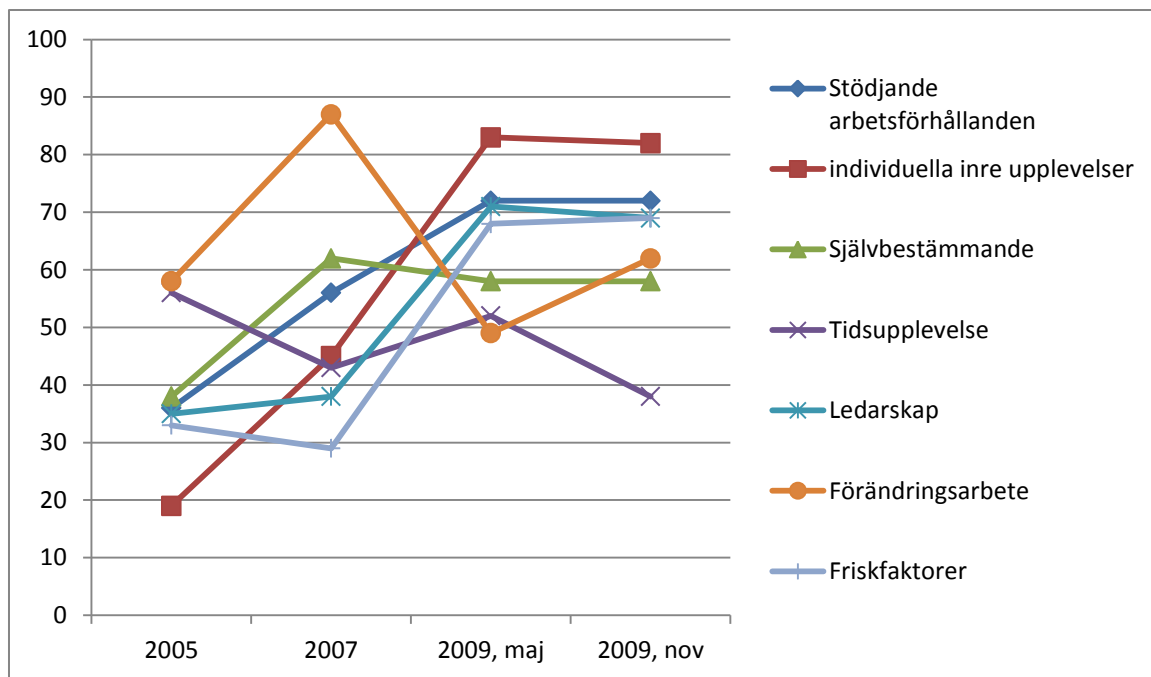
Tabell 3. Antal respondenter från år 2005, 2007, 2009 maj, 2009 nov inom ovanstående yrkeskategorier.

Yrkeskategorier	2005	2007	2009, maj	2009, nov	totalt
Läkare	20	17	25	31	93
Sjuksköterskor	163	129	120	162	574
Undersköterskor	165	91	91	107	454

Yrkesgruppers utveckling av arbetsrelaterad hälsa

Läkares rapporterade arbetsrelaterade hälsa mellan åren 2005-2009

Stödjande arbetsförhållanden, ledarskap och friskfaktorer påvisar en kraftig positiv utveckling. I individuella inre upplevelser syns en ökning i positiv riktning. Självbestämmande ökar i positiv riktning ifrån 2005-2007 för att sedan mellan 2007-2009 vara relativt oförändrad. Tidsupplevelsen för läkare visar en mindre negativ riktning. Förändringsarbetet går i en positiv riktning från 2005-2007 för att sedan vända till en mer negativ riktning 2009, i slutet av året vänder den riktning igen (figur 2).

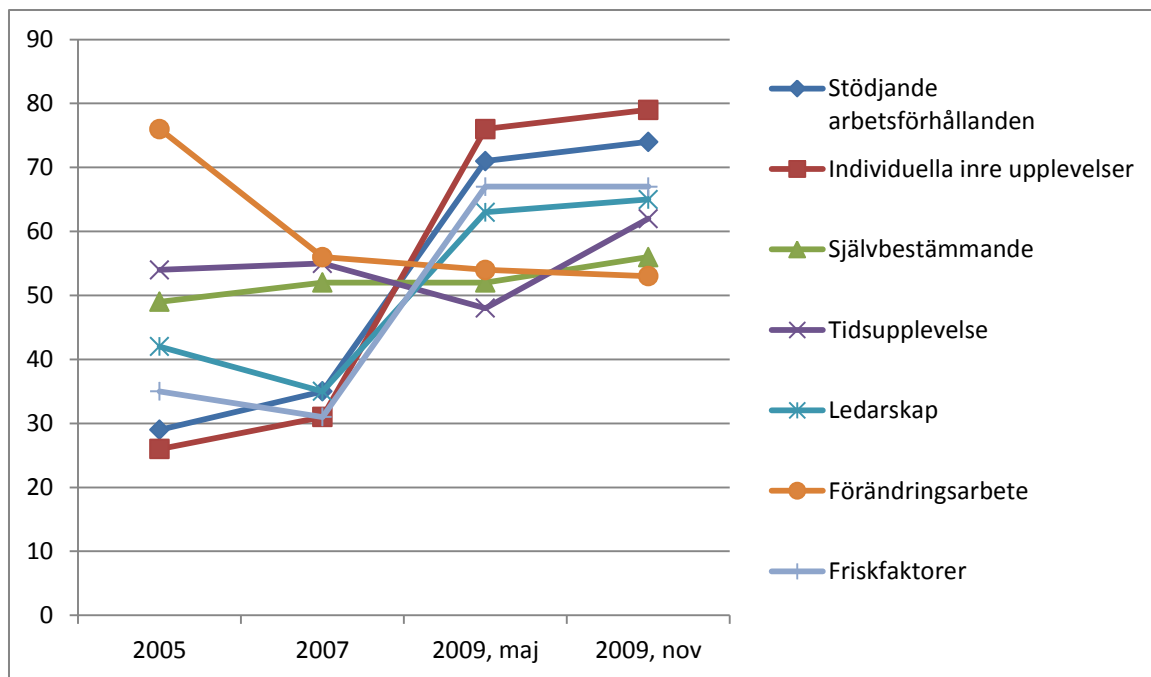


Stödjande arbetsförhållanden $F=21,0$, $df=3$ $p=0,000$, *Individuella inre upplevelser* $F=98,9$, $df=3$, $p=0,000$, *Självbästandande* $F=5,3$ $df=3$, $p=0,002$, *Tidsupplevelse* $F=3,5$, $df=3$, $p=0,019$, *Ledarskap* $F=17,2$, $df=3$, $p=0,000$, *Förändringsarbete* $F=8,86$, $df=3$, $p=0,000$, *Friskfaktorer* $F=21,65$, $df=3$, $p=0,000$.

Figur 2. Subindexens förändring över tid hos läkare, standardiserade värden.

Sjuksköterskor utveckling av arbetsrelaterade hälsa mellan 2005-2009

Inom stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, ledarskap och friskfaktorer sker en kraftig utveckling i positiv riktning. Självbästandande visar ingen större förändring. Tidsupplevelsen visar en negativ riktning 2007 fram till början av 2009 för att sedan i slutet av 2009 vända till en mer positiv riktning. Förändringsarbetet har gått från en positiv riktning till en negativ riktning (figur 3).

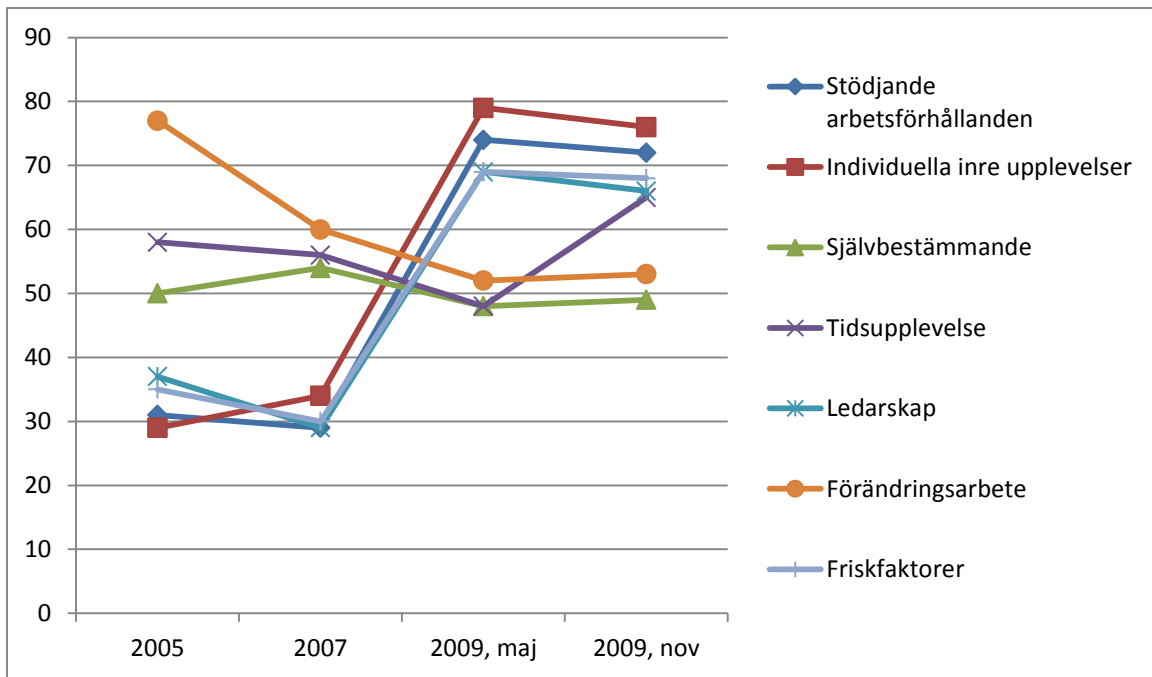


Stödjande arbetsförhållanden $F=268,1$, $df=3$, $p=0,000$, *Individuella inre upplevelser* $F=442,46$, $df=3$, $p=0,000$, *Självbestämmande* $F=2,61$, $df=3$, $p=0,051$, *Tidsupplevelse* $F=16,28$, $df=3$, $p=0,000$, *Ledarskap* $F=44,65$, $df=3$, $p=0,000$, *Förändringsarbete* $F=23,12$, $df=3$, $p=0,000$, *Friskfaktorer* $F=164,8$, $df=3$, $p=0,000$.

Figur 3. Subindexens förändring över tid hos sjuksköterskor, standardiserade värden.

Undersköterskors arbetsrelaterade hälsa mellan 2005-2009

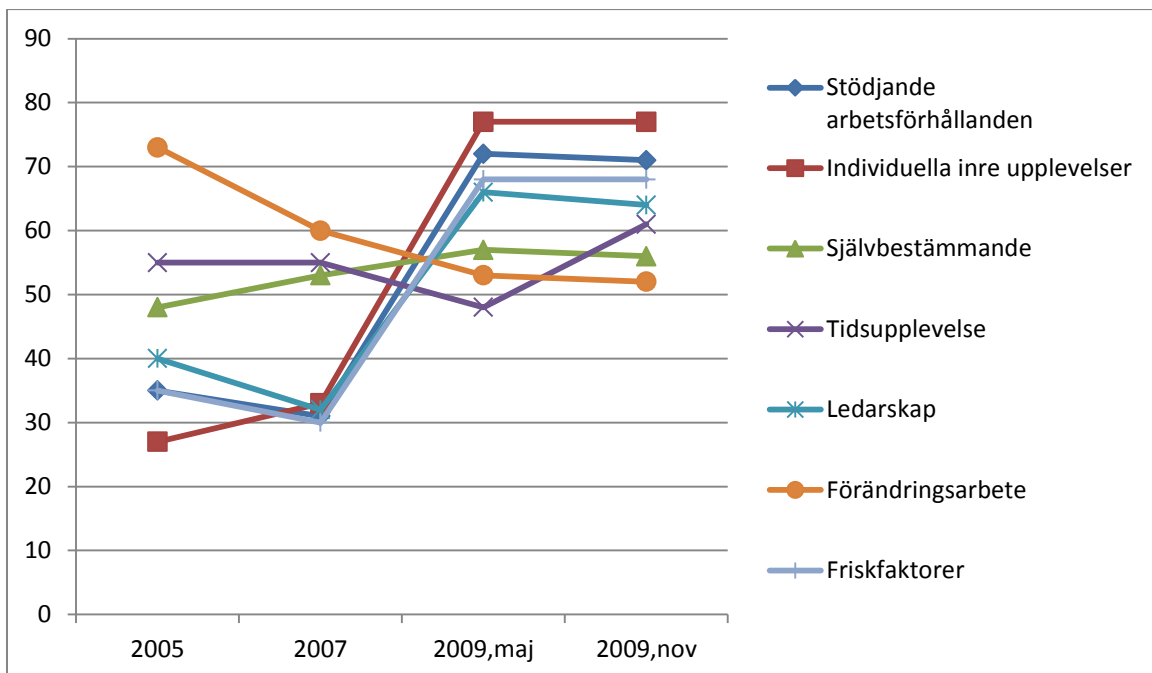
Stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, ledarskap och friskfaktorer påvisar en stor ökning i positiv riktning. Självbestämmande ligger relativt jämt i kurvan under åren. Tidsupplevelsen visar en negativ riktning från 2007 till början av 2009, för att sedan ökar markant till slutet av året. Förändringsarbetet visar en negativ riktning fram till början av 2009 för att sedan vara relativt oförändrad (figur 4).



Stödjande arbetsförhållanden $F=243$, $df=3$, $p= 0,000$, *Individuella inre upplevelser* $F= 279,98$, $df= 3$, $p= 0,000$, *Självbestämmande* $F=1,43$, $df=3$, $p= 0,233$, *Tidsupplevelse* $F=17,89$, $df=3$, $p= 0,000$, *Ledarskap* $F=76,83$, $df=3$, $p= 0,000$, *Förändringsarbete* $F=23,63$, $df=3$, $p=0,000$, *Friskfaktorer* $F=100,8$, $df= 3$, $p=0,000$.

Figur 4. Subindexens förändring över tid hos undersköterskor, standardiserade värden.

Figur 5 visar hur indexen har förändrats mellan åren 2005-2009. Stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, ledarskap och friskfaktorer är de index som har utvecklats i en positiv riktning. Självbestämmande och tidsupplevelse visar inga större förändringar genom åren. Förändringsarbetet är det index som påvisar en negativ förändring (figur 5).



Stödjande arbetsförhållanden $df=3, f=589,415, p=0,000$, individuella inre upplevelser $df=3, f=1047,257, p=0,000$, självbestämmande $df=3, f=17,301, p=0,000$, tidsupplevelse $df=3, f=41,352, p=0,000$, ledarskap $df=3, f=157,176, p=0,000$, förändringsarbete $df=3, f=50,803, p=0,000$, friskfaktorer $df=3, f=367,184, p=0,000$.

Figur 5. De totala subindexens förändring över tid. I denna figur är alla yrkeskategorier representerade (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinare, administrativ- och övrig personal).

I följande jämförelse har totalmaterialet från de fyra studierna använts.

Resultatet visar att fler sjuksköterskor jämfört med undersköterskor befinner sig i svarsalternativ 6 som innebär att de instämmer helt i frågan om de känner att deras arbete är meningsfullt. Övriga svarsalternativ visar ingen större skillnad (tabell 4).

Tabell 4. Sjuksköterskors och undersköterskors svarsfrekvens i procent på frågan "mitt arbete känns meningsfullt".

Mitt arbete känns meningsfullt (Individuella inre upplevelser)	SSK n=571	USK n=453
1, Tar helt avstånd	26,7 %	24,2 %
2	18,4 %	19,0 %
3	4,7 %	8,4 %
4	7,4 %	10,8 %
5	19,3 %	20,8 %
6, Instämmer helt	23,5 %	16,8 %
Totalt	100 %	100 %

Pearson chi-square = 15,199, $df=5, p=0,010$.

Tabell 5 visar att det inte fanns någon skillnad i hur sjuksköterskor och undersköterskor upplever uppmuntran och stöd på arbetet.

Tabell 5. Sjuksköterskors och undersköterskors svarsfrekvens i procent på frågan ”vi uppmuntrar och stödjer varandra på mitt arbete”.

Vi uppmuntrar och stödjer varandra på mitt arbete (Stödjande arbetsförhållanden)	SSK n=571	USK n=454
1, Tar helt avstånd	11,4 %	16,7 %
2	21,0 %	21,8 %
3	13,7 %	12,3 %
4	14,5 %	15,0 %
5	23,6 %	21,4 %
6, Instämmer helt	15,8 %	12,8 %
Totalt	100 %	100 %

Pearson chi-square =7,864, df=5, p=0,164

Resultatet visar att det finns en skillnad i hur sjuksköterskor och läkare upplever en god stämning på arbetet. En större andel läkare än sjuksköterskor instämmer i att stämningen på arbetet är god (tabell 6).

Tabell 6. Sjuksköterskors och läkares svarsfrekvens i procent på frågan ”det är en god stämning på mitt arbete”.

Det är en god stämning på mitt arbete (Stödjande arbetsförhållanden)	SSK n=571	Läkare n=93
1, Tar helt avstånd	15,7%	5,4 %
2	17,7%	16,1%
3	13,5%	14,0%
4	14,0%	9,7 %
5	22,8%	34,4%
6, Instämmer helt	16,3%	20,4%
Totalt	100%	100%

Pearson chi-square =12.531, df=5, p=0,028

Det finns en skillnad i hur sjuksköterskor och läkare upplever att deras arbete känns meningsfullt. Läkarna upplevde arbetet mer meningsfullt jämfört med sjuksköterskorna (tabell 7).

Tabell 7. Sjuksköterskors och läkares svarsfrekvens i procent på frågan "mitt arbete känns meningsfullt".

Mitt arbete känns meningsfullt (Individuella inre upplevelser)	SSK n=571	Läkare n=93
1, Tar helt avstånd	26,7%	19,4%
2	18,4%	14,0%
3	4,7%	4,3%
4	7,4%	2,2%
5	19,3%	20,4%
6, Instämmer helt	23,5%	39,8%
Totalt	100%	100%

Pearson chi-square= 14,220, df=5, p=0,014

Diskussion

Den arbetsrelaterade hälsan förbättras markant i alla yrkesgrupperna mellan åren 2005 till 2009 och viktiga faktorer som ledarskap, stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser och friskfaktorer visar att personalens hälsa har förbättrats. Upplevelsen av faktorerna har förstärkts under tidsperioden. Ett bra ledarskap är viktigt för att det hälsofrämjande arbetet ska utvecklas och bli bättre. Genom att faktorer som till exempel att uppleva en god stämning på arbetet, att arbetet känns meningsfullt och utvecklande och känslan av att vara i känslomässig balans upplevs positiva gör att vår arbetsrelaterade hälsa förbättras. Dellve m.fl. (2007) menar att ledarnas attityder till de anställdas arbetsrelaterade hälsa och de egna ledaregenskaperna är betydande för de anställdas välmående på arbetsplatsen. Viktiga ledaregenskaper är tillit, respekt, engagemang och tydlighet skapar ett bra arbetsklimat. Nilsson, Andersson, Ejlertsson och Troein (2012) beskriver att teorin KASAM kan användas till att identifiera upplevda arbetsrelaterade faktorer som är betydande och positiva i arbetslivet. Genom att stärka faktorer som stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser och friskfaktorer på arbetsplatsen förbättras hälsan hos de anställda. KASAM är användbar i det hälsofrämjande arbetet och genom teorin kan positiva resurser som påverkar hälsa identifieras. Bryant, Chadwick & Kluwe (2011) beskriver att Savoring kan påverkas och utvecklas indirekt eller direkt i samspel med andra individer som till exempel på arbetsplatsen. Det innebär att det är viktigt att positiva erfarenheter skapas på arbetsplatsen för att sedan buffras och kunna plockas fram vid olika tillfällen för att ge en positiv stimuli för en individs inre upplevelser.

Under 2005 och 2007 upplever alla tre yrkesgrupperna ett sämre ledarskap, men från 2007 fram till 2009 förbättras indexet. Under 2009 upplever alla grupperna ett bättre ledarskap. I det hälsofrämjande arbetet är ledarskapet en viktig faktor och påverkar de anställdas arbetsrelaterade hälsa. Ledarskapet är en faktor som förändras till det positiva i alla tre grupperna. Frågorna i indexet är bland annat fokuserade på om chefen finns tillgänglig när

den enskilde individen behöver det, om chefen skapar intresse och engagemang för arbetet och om chefen låter gruppen vara delaktiga i viktiga beslut. Dellve m.fl. (2007) beskriver belöning, bekräftelse och respekt som de faktorer som betydande för de anställdas arbetsrelaterade hälsa. Ett hälsofrämjande ledarskap innebär att chefen har tillit till sina anställda, är engagerad och tydlig. Wikström och Dellve (2009) nämner att stödja och utveckla sina medarbetare är en utmaning som cheferna ställs inför i sitt dagliga arbete. Genom att vara en tillgänglig chef som finns där när medarbetarna behöver dem främjar ett bra medarbetarskap där personalen känner engagemang och ansvar i sitt arbete.

Tidsupplevelsen har hos sjuksköterskor och undersköterskor i studien förbättrats under 2009, vilket innebär att de hinner med att avsluta sina arbetsuppgifter som planerat, arbetet utförs utan tidspress och de behöver inte arbeta utöver sin arbetstid. Samarbete är en viktig faktor inom sjukvården och arbetets organisering har betydelse för stressupplevelser bland sjukvårdspersonal. Ett bra samarbete gör att grupperna kan utföra arbetsuppgifterna på ett effektivt sätt och kan skapa en sammanhållning. Genom ett bättre arbetsklimat upplever grupperna arbetstiden som positiv, vilket även påverkar hälsan i positiv riktning. Ericsson (2010) beskriver PatientNärmre Vård (PNV) som en ny arbetsmodell inom hälso- och sjukvården i södra Sverige. Modellen uppkommer när arbetssituationen definieras som ohållbar framförallt för sjuksköterskorna och grunden i modellen innebär att frigöra tid för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna lägger ca 70 % av sin tid på administration istället för hos patienten. Genom att lägga över den vårdadministration som inte kräver legitimation hos receptionisterna har det frigjorts tid till patienterna. Ute på avdelningarna har de stora vårdexpeditionerna tagits bort och ersatts av små moduler som gör att personalen kommer närmare sina patienter och kan tillgodose patientens behov snabbare. Modellen påverkar inte enbart sjuksköterskorna utan även andra yrkeskategorier till exempel undersköterskan. Genom en parrelation mellan undersköterska och sjuksköterska skapas ett samarbete som kräver kommunikation och planering på ett nytt sätt. Yrkeskategorierna får ett mer genomgripande samarbete vilket i sin tur ger en bättre arbetsmiljö.

Resultatet från läkares arbetsrelaterade hälsa över tid visar en markant ökning av individuella inre upplevelser från 2005-2009. Läkarna upplever att deras stödjande arbetsförhållanden, ledarskap och friskfaktorer förbättras under tidperioden och den arbetsrelaterade hälsan förbättras avsevärt. Genom att uppleva att arbetet är meningsfullt och förstärker de positiva resurserna förbättras hälsan. Individuella inre upplevelse innebär att arbetet känns meningsfullt, utvecklande och att individen går dit med glädje. Faktorer som stödjande arbetsförhållanden, ett bra ledarskap och friskfaktorer påverkar också den individuella inre upplevelsen på arbetsplatsen och förstärker den positiva upplevelsen. Bringsén (2010) menar att stödjande arbetsförhållanden med positiv feedback ökar välbefinnandet på arbetsplatsen och att positiva hälsofrämjande insatser genererar till att goda förhållanden och arbetsglädje skapas på arbetsplatsen. Nilsson m.fl. (2010) menar att KASAM kan användas för att identifiera upplevda arbetsrelaterade faktorer som kan vara betydande och positiva i arbetslivet. Inflytande i förändringsprocesser och möjlighet till att planera sin arbetsdag är positiva resurser som påverkar hälsan.

Sjuksköterskor och undersköterskor är två yrkesgrupper som arbetar relativt nära varandra, vilket relateras till deras snarlika resultat. Det finns en liten skillnad i hur de upplever sitt arbete meningsfullt. Fler sjuksköterskor instämmer helt i frågan om meningsfullhet, resterande resultat i frågan visar inga större skillnader. Resultatet visar att båda yrkesgrupperna upplever att de uppmuntrar och stödjer varandra på arbetet. Yrkesgrupperna arbetar nära patienterna och ett samarbete krävs för att det dagliga arbetet ska fungera och kännas meningsfullt. Genom att skapa tydlighet i arbetsuppgifter, främja samarbete och respektera varandra skapas

en bra arbetsmiljö för båda grupperna. Bringsén (2012) beskriver att goda arbetsförhållanden och att arbetsplatsen skapar glädje är viktiga faktorer som påverkar positivt på det hälsofrämjande perspektivet i arbetslivet. Positiv feedback, socialt stöd och hanterbarhet av det personliga ansvarsområdet på arbetsplatsen skapar välbefinnande hos medarbetarna. Det är främst de psykosociala faktorerna som till exempel medarbetarskap, patientkontakt och arbetsförmåga som påverkar sjukvårdsanställdas välbefinnande i arbetslivet.

Sjukvårdsanställda har olika faktorer som påverkar deras prestation i arbetet och för att få ett effektivt hälsofrämjande arbete är det viktigt att identifiera och diskutera de olika faktorerna för att kunna använda dem som resurser. Bryant och Veroff (2007) beskriver att Savoring innebär att buffra positiva känslor och upplevelser för att sedan använda dem vid senare tillfälle. För att kunna använda den buffrade energin krävs det att sociala eller psykologiska krav inte är för höga.

En jämförelse mellan sjuksköterskor och läkare visade att fler läkare instämmer helt i upplevelsen av ett meningsfullt arbete. I upplevelsen om en god stämning på arbetet svarar fler läkare än sjuksköterskor i svarsalternativ 5 och 6, som innebär att de i större utsträckning upplever stämningen positiv. Utbildningsnivå är en faktor som påverkar en människas hälsa och en högre utbildning ger positiva effekter som bättre ekonomi och social status. Läkarna har en högre utbildningsnivå än sjuksköterskorna och har därmed en större möjlighet till att påverka sin arbetssituation. Deras arbetsfält är bredare och deras kompetens innebär att de har en ledande roll på arbetsplatsen. Yrket sjuksköterska är kvinnodominerat och kvinnor i större utsträckning än män rapporterar en sämre psykisk hälsa. Pellmer m.fl. beskriver att faktorer som påverkar hälsan är till exempel ekonomi, utbildning och kön. Vilken social position en människa har i samhället påverkas bland annat av utbildning, yrke och ekonomi. Social position används för att förklara sambanden mellan socioekonomiska resurser och hälsa. Statens folkhälsoinstitut (2010a) beskriver att kvinnor i större utsträckning än män upplever en sämre hälsa oberoende av utbildningsnivå. Kvinnorna upplever att de har en sämre situation än männen när det gäller arbetskrav och inflytande. Inom folkhälsoområdet hälsa i arbetslivet påpekas det att det är särskilt viktigt att uppmärksamma kvinnor när det innefattar den psykosociala arbetsmiljön.

Självbestämmande och tidsupplevelse visar inga större förändringar mellan åren 2005-2009. Hälso- och sjukvårdspersonal är en yrkesgrupp som har en begränsad påverkansmöjlighet på sina arbetsuppgifter och arbetstid. Att arbeta med människor innebär ett ansvar och kan därför inte utföras hur som helst utan behöver strukturerade former. Personalens arbetstid styrs efter verksamhetens behov och arbetsuppgifterna efter vilken yrkesroll personen har. Statens folkhälsoinstitut (2005b) menar att hälso- och sjukvårdsanställda är en grupp som under en längre tid har upplevt att de har ett lågt inflytande på arbetsplatsen. Flexitid och relativt fria arbetstider är mindre vanligt inom yrket. I Statens folkhälsoinstitut (2005a) beskrivs att hälso- och sjukvården de senaste årtionden har genomgått stora förändringar som idag gör att de står inför problem med att tillhandahålla en mer och bättre vård då resurserna är begränsade. Det kan vara en av anledningarna till att personalen inte kan påverka sin arbetstid och arbetsuppgifter i lika stor utsträckning som andra yrken.

I den totala bilden där alla yrkeskategorier är representerade visas det att stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, ledarskap och friskfaktorer är de index som har utvecklats i en positiv riktning under tidsperioden. Genom att forskare kommer till arbetsplatsen för att studera sjukvårdspersonalens hälsa blir deras situation uppmärksammas och kan ge en positiv effekt. En yttre stimuli kan göra att deras hälsa upplevs positivare och förbättras genom att personalen blir synliggjord. Adair (1984) nämner Hawthorne- effekten som innebär att en person omedvetet förändrar sitt beteende vid en observation.

Produktiviteten hos anställda kan öka bara genom att ledningen eller utomstående visar ett intresse för deras arbetssituation. Det är inte alltid det är förändringen som genomförs på arbetsplatsen som har den största effekten utan vetskapen om att bli sedd kan göra att personalen känner sig mer uppskattad och motiverad till sitt arbete.

Metoddiskussion

Postenkät och webbenkät

Vid de två första tillfällena skickades det ut postenkät till respondenter för utvalda avdelningar som arbetade på sjukhus i södra Sverige. De andra två tillfällena skickas det ut webbenkät till alla anställda på ett sjukhus i södra Sverige. Ejlertsson (2005) beskriver att en korrekt genomförd webbenkät på en internetadress kräver inga inmatningar av data eftersom svaren blir sparade i ett dataregister. Både postenkät och webbenkät kan användas inom ett större geografiskt område och kan samla in ett större datamaterial. Enkätformulären var standardiserade vilket innebär att alla frågor och svar presenterades på samma sätt för alla respondenter. Det ger samma förutsättningar för alla deltagande individer bortsett från om inte svårigheter i att behärska språket och datorer finns. Både postenkät och webbenkät är mindre tidskrävande och ger en snabb svarsinsamling av datamaterialet vilket underlättar genomförandet. Enkätundersökning kan göras på ett stort urval och ger inga utgifter för undersökarna.

Layout och innehåll i följebreven samt enkätformulär

Genom att använda sig av ett kortfattat enkelt, logiskt och snyggt designat brev och frågeformulär ökar noggrannheten och eftertänksamheten när materialet besvaras. Det gör även att materialet tas på större allvar om layouten och innehållet är bra konstruerat och lättöverskådligt. Det är betydelsefullt att innehållet i följebrevet inleds på ett positivt sätt med tydligt syfte, varför undersökningen görs och för att öka respondentens intresse att vara med och delta. (Ejlertsson, 2005).

Postenkäterna och webbenkäternas följebrev innehåller information om tre av de fyra viktiga etiska kraven som bör tillgodoses när ett forskningsarbete planeras. Följebreven uppfyller informationskravet genom att information om varför enkätstudien genomförs. Det beskrivs dock i följebrevet att det är frivilligt att delta och kan ses som att samtyckekravet uppfyllts. Samtyckekravet borde beskrivas i följebrevet på ett tydligare sätt genom att klargöra deltagarens samtycke genom insänd enkät som ett godkännande samt att deltagandet kan avbrytas när som helst. Konfidentialitetskravet delges genom en beskrivning av hur datamaterialet kommer att hanteras för att skydda den enskilda individens identitet. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter enbart kommer användas i den informerade forskning som underrättats (Andersson, 2006). Följebrevet informerade inte respondenterna om nyttjandekravet och fortsatta forskningsstudier av datamaterialet. Informationen i följebrevet var kort och tydligt i beskrivningen men fattades utförligare framställning av samtyckekravet och nyttjandekravet. Postenkäterna och webbenkäternas layout var enkel och bra men kunde utformats ytterligare för att göra designens utseende mer tilltalande för respondenterna.

I studierna som genomfördes visades ingen större skillnad i svarsfrekvensen mellan webbenkät och postenkät. Samtliga studier som genomfördes påvisade bra svarsfrekvens med ett genomsnittligt värde på 70 % av insamlat datamaterialet. Ejlertsson (2005) menar att ett insamlat datamaterials svarsfrekvens bör ligga efter utsända påminnelser från cirka 70 – 90 %.

Utifrån den höga svarsfrekvensen går det att konstatera att layouten på följebreven och enkätformulären har varit lättförståeliga och bra utformat.

Användning av befintligt material

Studien har utgått ifrån flera tidigare utförda tvärsnittsstudier vilket Ejlertsson (2005) beskriver som en ögonblicksbild som tittar på den nuvarande situationen och kan inte kopplas samman med något tidsperspektiv. Det går inte heller att se några samband mellan olika faktorerens uppkomst, men det går att se nuläget situation och var olika insatser bör prioriteras för att kunna påverka den arbetsrelaterade hälsan.

Det har funnits både för- och nackdelar att använda befintligt material. Fördelarna har varit att lära sig se på ett datamaterial från ett utomstående perspektiv och kunna hantera ett befintligt material. Nackdelen har varit svårigheter med att kunna se sammanhanget i diskussionen kopplat till varför vissa resultat visar det som framkommit efter datakörning i SPSS. En stor nackdel har varit att vi inte har tid att sätta oss in i tidigare undersökningar i ett djupare perspektiv och därför under tidens gång fått problem med att utläsa det befintliga datamaterialets resultat. Frågeformulären har utvecklats mellan åren 2005 -2009 och det har därför krävts vissa justeringar i datamaterialet. I datamaterialet fanns sex olika yrkesgrupper och valet att endast visa resultatet från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor beror på att det insamlade data materialet innehöll fel i de andra yrkesgrupperna. Detta gjorde att resultatet blev för litet och kompletterades med chitvåtest, där en jämförelse gjordes mellan yrkesgrupperna i en specifik fråga. Andra aspekter kan vara att validiteten har förändrats i frågeformulären genom åren eftersom en del frågorna har utvecklats under tidsperioden. Validiteten bör ha ökat under tidsperioden eftersom justeringar har gjorts för att förbättra undersökningsinstrumentet. Insamlingsmaterialet var rapporterad data vilket innebar att andra faktorer än arbetsplatsen kan ha påverkat svarsalternativen av upplevt hälsotillstånd som därmed kan påverka validitetens trovärdighet genom att svaren inte längre svarar på det som var tänkt från början. Det positiva har varit att lära sig använda befintligt material i SPSS systemet och att få ett litet grepp om hur det fungerar för framtida eventuella kvantitativa undersökningar.

Konklusion

Studien visar på att det finns hälsofaktorer i det dagliga arbetet som främjar en god arbetsrelaterad hälsa hos sjukvårdspersonalen. Alla yrkesgrupper förbättrades från 2005-07 och framåt. Genom att genomföra denna studie kan det skapas en förståelse i hur arbetslivet påverkar sjukvårdspersonalens arbetsrelaterade hälsa över tid. Det är även viktigt att påvisa vilka friskfaktorer som påverkar sjukvårdspersonalen i deras arbete, detta kan sedan vara till hjälp när det ska skapas hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. En god arbetshälsa hos medarbetarna främjar också den hållbara utvecklingen inom arbetsplatsen då ekonomin blir bättre och sociala och miljöanpassade förutsättningar kan öka.

Studien har väckt nya frågor gällande skillnader mellan olika yrkeskategorier och hälsofaktorer. Vidare studier kan ge en förståelse i hur de olika yrkesgrupperna upplever olika hälsofaktorer och vilka faktorer som är betydande för just en specifik yrkesgrupp. Genom att hitta dessa faktorer och använda dem i det hälsofrämjande arbetet kan personalens arbetsrelaterade hälsa stärkas. Möjligen skulle en kvalitativ studie kunna ge en djupare förståelse i hur de anställda upplever sin arbetssituation och kunna återge vilka hälsofaktorer

som påverkar positivt i arbetslivet. Det hade varit av intresse att intervjua en del av personalen som ingick i enkätstudierna för att få en förklaring till vad det är som gör att deras arbetsrelaterade hälsa förbättras markant mellan åren.

Referenser

- Adiar, J G. (1984). The Hawthorne Effect: A Reconsideration of the methodological artifact. *Journal of applied psychology*, 69(2): 334-345.
- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2 uppl. Stockholm: Liber.
- Arbetsmiljöverket (2012). [Elektronisk]. *Alkohol och droger*. Tillgänglig: <http://www.av.se/teman/arbetsanpassning/alkohol/>
Läst: 130122.
- Bauer, G, Davies, JK. & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21:153-159.
- Bringsén, Å, Andersson, I, Ejlertsson, G och Troein, M. (2012). Exploring workplace- related health resources from a salutogenic perspective. *Work: A journal of Prevention, Assessment and rehabilitation*, 42(3):403-414.
- Bringsén, Å, Andersson, HI & Ejlertsson, G. (2009). Development and Quality Analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37: 13-19.
- Bringsén, Å. (2010). *Taking care of others - what's in it for us? Exploring workplace-related health from a salutogenic perspective in a nursing context*. Diss. (sammanfattning) Lund: Lunds universitet.
- Bryant, F.B. & Veroff, J. (2007). *Savoring: A New Model of Positive Experience*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Bryant, F.B., Chadwick, E.D & Klume, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1 (1): 107-126.
- Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Switzerland: World Health Organization.
- Csikszentmihályi, M. (1999). *Finna flow- Den vardagliga entusiasmens psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dellve, L, Skagert, K & Vilhelmsson, R. (2007) Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17(5): 471-476.
- ENWHP. (2007). [Elektronisk]. *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Tillgänglig: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf Läst: 130311.

- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken- En handbok i enkätmetodik*. 2uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, U. (2010). *Om organisering av det regenerativa arbetet- samtal om roll, process och interaktivt meningsskapande*. Diss. Stockholm: Kungliga Tekniska högskolan.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Kazemi, A. (2009). *Välbefinnande i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Källestål, C. (2004). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians- a working document*. Canada: Ottawa.
- Nilsson, K. (2012). [Elektronisk]. *FaR Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet-Historik*, Östersund, Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Handbocker/FaR-Individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/Historik-kring-FaR/>
Läst: 130121.
- Nilsson, P. (2010). *Enhance your workplace! A dialogue tool for workplace health promotion with a salutogenic approach*. Diss. Lund: Lunds universitet.
- Nilsson, P, Bringsén, Å, Andersson, HI & Ejlertsson, G. (2010). Development and quality analysis of the Work Experience Measurement Scale (WEMS). *A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 35: 153-61.
- Nilsson, P, Bringsén, Å, Andersson, HI, Ejlertsson, G & Troein, M. (2012). Workplace health resources based on sense of coherences theory. *International Journal of Workplace Health Management*, 5(3): 156-167.
- Ohlson, H-E. (2004). *Den lekande arbetaren – Från hälsosamma till kreativa arbetsplatser- ett fritidsperspektiv på det goda arbetet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Pellmer, Wramner och Wramner. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Region Skåne. (2009). *Hälsoförhållanden i Skåne- Folkhälsoenkät Skåne 2008*. Malmö: Region Skåne.
- Socialdepartementet. (2007). *En förnyad folkhälsopolitik: Regeringens proposition 2007/08:110*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005a). *Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005-målområde 6, En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005b). *Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005-målområde 4, ökad hälsa i arbetlivet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2005c). *Åtgärder för att stimulera tobaksavvänjning i tobaksuppdraget 2002-2005*, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr A 2005:10. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/3092/a200510underlatgardertobaksavvanjning0509.pdf>
Läst: 130117.

Statens folkhälsoinstitut. (2005d). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). [Elektronisk]. *Målområde 6- Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/6-Halsoframjande-halso--och-sjukvard/>
Läst: 130115.

Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsopolitisk rapport 2010- framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2010b). [Elektronisk]. *Vårt uppdrag*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/> Läst: 130125.

Statens folkhälsoinstitut. (2010c). [Elektronisk]. *Övergripande mål för folkhälsa*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/> Läst: 130115.

Statens folkhälsoinstitut. (2011a). *Målområde 4- Hälsa i arbetslivet- Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011b). [Elektronisk]. *Arbetsliv och hälsa*. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Arbetsliv-och-halsa/> Läst 130207.

Statens folkhälsoinstitut. (2011c). *Målområde 6- Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård- Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2011d). [Elektronisk]. *Arbetsliv och hälsa- bestämningsfaktorer*. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Andra-uppdrag/Arbetsliv-och-halsa/Bestamningsfaktorer/> Läst: 130304.

WHO. (2009). *Milestones in health promotion- Statement from global conferences*. Switzerland: World Health Organization.

Wikström, E & Dellve, L. (2009). Contemporary leadership in healthcare organizations: Fragmented or concurrent leadership. *Journal of Health Organization and Management*, 23(4): 411-428.