



EXAMENSARBETE

Våren 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Personal- och Arbetslivsvetenskap

Distriktssköterskors psykosociala arbetsmiljö inom hemsjukvården

Författare

Herbert Floria

Jannika Lilliebjörn Norlin

Handledare

Ann-Margreth Olsson

Examinator

Maria Melén Fäldt

Abstrakt:

Titel: Distriktssköterskors psykosociala arbetsmiljö inom hemsjukvården

Nivå: C uppsats även kallad kandidatuppsats vilket motsvarar 10 veckors heltidsstudier och innebär 15 högskolepoäng.

Författare: Herbert Floria och Jannika Norlin

Handledare: Ann-Margreth Olsson

Examinator: Maria Melén Fäldt

Nyckelord: distriktssköterskor, hemsjukvård, stress, arbetsglädje, krav, kontroll, stöd, välbefinnande, hälsa, sjukfrånvaro

Sammanfattning

Bakgrund: Stresstudier inom sjukvården har huvudsakligen handlat om sjuksköterskor som arbetar på sjukhus. Få studier har berört sjuksköterskor inom hemsjukvården.

Sjuksköterskor har rapporterat hög arbetsrelaterad stress. Stress och höga psykologiska krav leder till arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos kvinnor. Trivsel och positivt arbetsklimat på arbetsplatsen är betydelsefullt för den psykiska hälsan för de anställda.

Syfte: Syftet var att undersöka distriktssköterskors arbetsrelaterade stress, välbefinnande, hälsa, upplevda krav och kontroll. Detta för att bidra till kunskapsutveckling om hur distriktssköterskornas arbetsmiljö kan förbättras.

Metod: Kvantitativa och kvalitativa data samlades in via enkäter, intervjuer, personalstatistik och litteratur. Studiens ansats blev en triangulering genom att använda flera datakällor.

Resultat: Studien visade att distriktssköterskor trivdes bra med sina arbetsuppgifter, hade stor arbetsglädje och tillgång på hög egen kontroll samt var utsatta för höga krav men hade tillgång till bra stöd. Även stress förekom hos distriktssköterskor inom hemsjukvården men denna var hanterbar. Slutligen var sjukfrånvaron inte åldersrelaterad då yngre och äldre hade samma sjukfrånvaro.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
	1.2 Studiens disposition.....	3
2	Syfte.....	4
	2.1 Frågeställningar.....	4
3	Bakgrund.....	4
	3.1 Hemsjukvård.....	4
	3.2 Distriktssköterskans yrkesroll.....	5
	3.2.1 Distriktssköterskans yrkesroll inom hemsjukvården.....	6
4	Teoretisk referensram.....	6
	4.1 Hälsa.....	7
	4.2 Välbefinnande i arbetslivet.....	8
	4.3 Ledarskap och ”värdesättande verksamhetsutveckling”.....	8
	4.4 Psykosocial arbetsmiljö.....	9
	4.4.1 Riskfaktorer i arbetsmiljön.....	10
	4.5 Vad är stress?.....	10
	4.6 KASAM - Känsla av sammanhang.....	12
	4.7 Coping.....	13
	4.8 Krav-, kontroll-, och stödmodell.....	14
5	Metod.....	15
	5.1 Enkätkonstruktion.....	15
	5.2 Intervjufrågor.....	16
	5.3 Avgränsningar.....	16
	5.4 Urval.....	16
	5.4.1 Bortfall.....	16
	5.5 Datainsamling.....	17
	5.6 Genomförande.....	17
	5.7 Databearbetning.....	17
6	Forskningsetiska överväganden.....	18
7	Resultat.....	19
	7.1 Bakgrundsdata.....	19
	7.2 Trivsel, hälsa och välbefinnande.....	19
	7.3 Socialt stöd.....	20
	7.4 Handlingsutrymme.....	21
	7.5 Arbetsbelastning.....	22
	7.6 Krav.....	22
	7.7 Kontroll.....	23
	7.7.1 Krav-, kontroll och stödmodell utifrån distriktssköterskornas variabelindex.....	23
	7.8 Utveckling och kompetens.....	24
	7.9 Ledarskap.....	25
	7.10 Sjukfrånvaro och sjuknärvaro.....	25
	7.10.1 Sjukfrånvaro och utbildning.....	27
8	Analys.....	28
9	Metoddiskussion.....	29
10	Resultatdiskussion.....	30
11	Slutsatser.....	32
	Referenser.....	34
	Bilagor.....	38

Förord

Föreliggande studie har genomförts inom ramen av en kandidatuppsats motsvarande 15 högskolepoäng vid Personal och Arbetslivsprogrammet på Högskolan i Kristianstad under vårterminen 2014.

Vi vill rikta ett varmt tack till sektionschefen och hennes medarbetare som arbetar som distriktssköterskor i kommunala hemsjukvården i X stad, vilka har tagit sig tid att delta i vår studie och göra vår uppsats möjlig att genomföra.

Vidare vill vi tacka vår handledare Ann-Margreth Olsson för Dina goda råd, kloka tankar och entusiasm för vårt arbete.

Varmt tack till alla Er som bidragit med er kunskap för att berika vårt arbete!

Kristianstad 2014 - 03- 17

Herbert Floria och Jannika Lilliebjörn Norlin

1 Inledning

”Det är inte stressen som dödar oss utan hur vi reagerar på den. Att inta rätt förhållningssätt kan omvandla negativ stress till något positivt” (Hasson, 2008 s.9). Hälsa och ohälsa inom arbetslivet är en angelägen fråga för samhället och våra arbetsplatser. Årligen drabbas många kvinnor av hög arbetsbelastning och stressrelaterad ohälsa (Nordin & Wilén, 2004). Kvinnor har generellt högre arbetsrelaterad sjukfrånvaro än män, vilket gör det intressant att undersöka den psykosociala arbetsmiljön på en kvinnodominerad arbetsplats (Fredriksson, 2004). Inom hemsjukvården är majoriteten av medarbetarna kvinnor (Andersson & Lundström, 2010).

Studien behandlar den psykosociala arbetsmiljön för de som är anställda som distriktsköterskor i kommunal hemsjukvård i X stad. Distriktsköterskor ställs inför höga krav att arbeta självständigt och vara professionella i kontakten med patienter och anhöriga samt arbetskolleger (Distriktsköterskeföreningen, 2008). Hemsjukvården är en vård som ständigt expanderar, vilket leder till ökad arbetsbelastning och tidsbrist för distriktsköterskan (Munch, Fridlund och Mårtensson, 2011). Fokus på den psykosociala arbetsmiljön beror på den ökade arbetsrelaterade ohälsan inom vård och omsorg (Fredriksson, 2004). Offentlig verksamhet drabbas av kontinuerliga organisationsförändringar som kan leda till ohälsa (Theorell, 2012). Återkommande organisationsförändringar leder till ökad arbetsmängd och konflikter som resulterar i stressrelaterade arbetssjukdomar (Arbetsmiljöverket, 2013:6).

Turbulens på arbetsmarknaden under 1990-talet med skärpta arbetskrav och trygghetsförluster kan ha haft långsiktiga effekter på folkhälsan (Fredriksson, 2004). Inom personal och arbetslivsområdet (PA) kommer arbetsuppgifterna även innebära att ha kontakt med medarbetare som drabbas av stress och psykosociala problem, vilket innebär att personalvetare bör ha kunskap om problemområdet.

1.2 Studiens disposition

Studien innehåller elva kapitel. Inledningskapitlet, kapitel 1, beskriver innehållet av uppsatsen samt vilka olika avsnitt som finns med. I kapitel 2 definieras syftet med uppsatsen samt vilka frågeställningar som har använts som utgångspunkt. Vidare beskrivs övergripande teorier som behandlar hemsjukvård och distriktsköterskans yrkesroll i kapitel 3. Detta är bakgrunden eftersom det är individerna respektive miljön som studien utgår ifrån. Kapitel 4 fortsätter sedan med den teoretiska referensramen som berör de olika teorierna som uppsatsen baserar sig på. Sedan följer metod i kapitel 5, där tillvägagångssättet för datainsamling och

databearbetning beskrivs. Forskningsetiska överväganden som lägger fokus på olika etiska principer samt forskarnas ansvar gentemot deltagarna i studien hanteras i kapitel 6. I kapitel 7 som är resultat presenteras det resultat som enkäterna samt intervjuerna resulterade i. Kapitel 8 är analys och lägger fokus på analys av resultatet i kombination med teorier som används som stöd. Kapitel 9 som är metoddiskussion tar upp vilka fördelar respektive nackdelar som finns med de olika tillvägagångssätten som studien baserat sig på. Kapitel 10 är resultatdiskussion och belyser resultatet utifrån ett större sammanhang. I kapitel 11 redovisas studiens slutsatser.

2 Syfte

Syftet med vår studie var att undersöka hur den psykosociala arbetsmiljön för distriktssköterskor kan se ut inom den kommunala hemsjukvården (i X-stad).

Kvinnor som arbetar inom vård- och omsorg har höga ohälsotal på psykisk ohälsa (Nordin & Wilén, 2004). Studien har kartlagt hur distriktssköterskornas arbetsmiljö upplevs och hur denna kunskap kan leda till förbättringar inom verksamheten samt kunskapsutveckling inom likartade verksamheter.

2.1 Frågeställningar

- Hur upplever distriktssköterskor inom kommunal hemsjukvård den psykosociala arbetsmiljön?
- Hur upplevs trivsel, hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen?
- Vilket socialt stöd kan erhållas på arbetsplatsen för distriktssköterskor?
- Hur ser möjligheterna ut till handledning och kompetensutveckling för distriktssköterskor?

3 Bakgrund

I detta kapitel får läsaren ta del av vad som menas med hemsjukvård och distriktssköterskans yrkesroll i hemsjukvården.

3.1 Hemsjukvård

Hemsjukvård innebär att hälso- och sjukvård ges i patientens bostad eller motsvarande med målet att inte bara bidra till livskvalitet och funktionell hälsa utan även ersätta sjukhusvård till livets slut (Thomé, Dykes & Rahm Hallberg, 2003). Genom Ädelreformen år 1992 fick primärkommunerna det samlade ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade

(Socialstyrelsen, 2010). Idag finns två tredjedelar av hemsjukvården i kommunal regi i hela landet (Enström, 2011). Den medicintekniska utvecklingen innebär att allt mer avancerad behandling kan ges i hemmen samtidigt som det finns en politisk vilja att hemsjukvården ska ta över (Agerberg, 2008).

Innan åtgärder och insatser genomförs av hemsjukvården ska vård och omsorgsplanering ha planerats (Socialstyrelsen, 2008). Hemsjukvård omfattar omvårdnad, medicinska insatser, rehabilitering och habilitering som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller annan vårdpersonal med delegering enligt föreskrifter från Socialstyrelsen (SOFS 1997:14). Gränserna mellan de olika huvudmännens (landsting och kommuner) ansvar är otydlig och hemsjukvården kan därför se olika ut i regioner och kommuner (Socialstyrelsen, 2008). Allt fler personer vårdas i hemmiljö av hemsjukvården till följd av att vårdtider kortas ned på sjukhus samt att den äldre befolkningen ökar (ibid.). Hemsjukvården är en trygghet för individer som är i behov av vård i hemmiljö och som anses av sjukvården kunna skötas av hemsjukvården och därmed inte behöver innebära sjukhusvistelse (Modin & Furhoff, 2004). Vårdtagarna har genomgående en hög medelålder och många har flera symptom och diagnoser. En gång i veckan har vårdtagarna regelbunden kontakt med distriktssköterskan (ibid.).

3.2 Distriktssköterskans yrkesroll

Distriktssköterskor arbetar med hälsofrämjande arbetsinsatser för att förebygga, hjälpa, stödja, vårda samt behandla individen och anhöriga i livscykelns alla skeenden utifrån psykisk, fysisk, kulturell, social och existentiell hälsa och sjukdom (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Enligt Distriktssköterskeförbundet i Sverige definieras distriktssköterskan som en legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning inom hälso- och sjukvård. Det finns ungefär 9000 stycken yrkesverksamma distriktssköterskor i Sverige (ibid.). Distriktssköterskor har en universitetsutbildning på 4,5 år och ofta flera års yrkeserfarenhet (Modin & Furhoff, 2004). Distriktssköterskan har kompetens kring specifika behov som befolkningen har och bemöter vårdtagaren utifrån individens problem. Distriktssköterskor koordinerar vårdinsatser med patienten och patientens anhöriga. Detta kan exempelvis avse rehabilitering, omvårdnad eller behandling (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Distriktssköterskor kan arbeta inom landsting, kommuner och inom privat vård som till exempel: barnhälsovård, vårdcentral, hemsjukvård, palliativ vård, koordinatorsverksamhet, sjukvårdsrådgivning, vård av äldre eller funktionshindrade inom särskilt boende (ibid.). Distriktssköterskor samverkar med olika professioner och ska även vara arbetsledare i relation till andra medarbetare (Modin &

Furhoff, 2004). Det ställs höga krav på distriktssköterskor att kunna arbeta självständigt, vara flexibla, ha god yrkeskompetens, vara professionella i kontakten med patienter och anhöriga samt arbetskolleger (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskan behöver även vara skicklig i journalföring och ha goda datakunskaper. Samhällsutvecklingen leder även till ökade krav på teknisk kompetens och kontinuerlig fortbildning (ibid.).

3.2.1 Distriktssköterskans yrkesroll inom hemsjukvården

Det finns risker att ta hand om vårdtagare med en komplicerad medicinsk bild med nedsatt rörlighetsförmåga och reducerad ADL kapacitet vilket kan skapa problem i kommunikationen mellan hemsjukvården och specialistvården (Modin & Furhoff, 2004). Stina Öresland (2011) skriver att patienter och sjuksköterskor har olika uppfattningar om sina roller i hemsjukvården. Hemsjukvården bör bygga på medvetenhet, öppenhet och förståelse (ibid.).

Distriktssköterskan får en uppfattning av den verklighet som patienten befinner sig i, vilket leder till att relevanta problemställningar tas upp och att eventuella lösningar diskuteras. Det gäller att anpassa åtgärder utifrån patientens situation. En annan aspekt i hemsjukvården är vikten av kontakt och samverkan med vårdgivare, slutenvård och anhöriga.

Distriktssköterskan kan uppleva patientens anhöriga som en resurs eller en börda i sitt arbete inom hemsjukvården (Benzein, Johansson & Saveman, 2004).

Informationsöverföring respektive vårdplanering anses vara viktig i hemsjukvården. Många patienter som distriktssköterskan tar hand om erhåller även insatser som kommer från kommunens hemtjänst. Detta innebär att omsorgen samt vården kräver en samordning, för att på ett optimalt sätt tillgodose de behov som patienter har (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Munch, Fridlund och Mårtensson (2011) menar att hemsjukvården är som en vård utan väggar som konstant expanderar med obegränsade antal patienter som leder till ökad arbetsbelastning och tidsbrist. Vårdtagarnas egna erfarenheter av hemsjukvården kan vara en god indikator på kvalitet (Törnkvist, Gardulf & Strender, 2000). Nöjda vårdtagare är villiga att följa professionella råd och instruktioner, när de söker vård i framtiden (ibid.). Vårdtagare som har sämre fysisk och psykisk hälsa var ofta mer missnöjda som vårdtagaregrupp (ibid.).

4 Teoretisk referensram

I detta avsnitt kommer vi att belysa tidigare forskning inom hälsa och välbefinnande i arbetslivet samt forskning och teoretiska modeller som används i mätningar av den psykosociala arbetsmiljön.

4.1 Hälsa

Världshälsoorganisationen definierar hälsa som att må bra både fysiskt och psykiskt samt som socialt välbefinnande och inte endast frånvaro eller skröplighet av sjukdom (WHO, 1948). Hälsodeklarationen betonar att både psykiska, fysiska och sociala faktorer har betydelse för att komma tillrätta med ojämlikhet vad beträffar hälsa. Socialt välbefinnande som arbetsliv, ekonomiska möjligheter, socialt nätverk och boende har betydelse för att minska ohälsa (WHO, 2001). Enligt WHO är psykisk ohälsa och stressrelaterade sjukdomar de ledande orsakerna till för tidig död i Europa. Många av de vanligaste sjukdomarna (hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, mental ohälsa och långvarig smärta) kan kopplas till långvarig stress i kombination med ohälsosam livsstil (Hasson, 2008).

Den naturvetenskapliga synen på hälsa är frånvaro av sjukdom. Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv handlar hälsa mer om individens eget subjektiva välbefinnande. Sigmund Freuds definition av hälsa är att kunna älska, arbeta och njuta (Freud, 1963). Sömn är betydelsefull för vår hälsa och välbefinnande. Sömn återställer olika kroppsliga funktioner som är viktiga för återhämtning. God sömn kan förbättra både vår fysiska och mentala förmåga (Hasson, 2008). Stress däremot förstör sömnen och leder till flertalet uppvakningar. Störd sömn är en stressor som kan leda till olika psykiska sjukdomar som ångest, depression och utmattningssymptom. En störd sömn kan även göra att reaktionsförmågan blir sämre och koncentrationen och även beslutsförmågan försämras (Hasson, 2008).

Ett salutogent synsätt utgår från det som håller oss friska i samhället och hos individerna för att förklara varför vi inte blir sjuka. Salutogent är motsatsen till patogent synsätt som fokuserar på ohälsa för att förklara sjukdom och hur denna kan undvikas (Antonovsky, 2005). Människor som drabbas av psykisk ohälsa måste ges möjligheter till återhämtning och rehabilitering. Sjukskrivning kan bli nödvändig om arbetsförmågan är kraftigt nedsatt. Den anställde ska ges möjlighet till att ta eget ansvar för sin egen rehabilitering. Det är viktigt att arbetsgivare och arbetskamrater är uppmärksamma på tidig överbelastning och minskade prestationer inom arbetet. (Glise, 2007)

Kognitiva störningar och trötthet samt stresskänslighet kan bidra till nedsatt arbetsförmåga. Lindring av utmattning eller utbrändhet kan förebyggas med gruppsamtal och åtgärder på arbetsplatsen. Rehabilitering bör även omfatta arbetsplatskontakter, gruppsamtal, möjligheter till stressreduktion på arbetsplatsen och eventuellt möjligheter till livsstilsförändring (Åsberg, Wahlberg, Wiklander, Nygren & Åsberg, 2011). Som nämndes i inledningen har kvinnor generellt högre arbetsrelaterade sjukfrånvaro än män. Detta gäller både kort och lång

sjukfrånvaro. Kort sjukfrånvaro är vanligast hos män och kvinnor under 50 år (Nordin & Wilén, 2004).

Distriktssköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2012).

4.2 Välbefinnande i arbetslivet

Människan får sin identitet och sitt sammanhang via gruppen som hon tillhör. Gruppen kan bidra till en positiv självbild och medverka till välbefinnande men även motsatsen kan inträffa om arbetskamrater eller chefer sänder signaler som sänker ens självförtroende (Kazemi, 2009). Människor är cirka en tredjedel av dygnet på sina arbetsplatser. Den psykosociala arbetsmiljön på en arbetsplats kan leda till sidoeffekter det vill säga den kan både leda till att människor mår bättre på sin fritid men även till att de mår sämre. Lågt välbefinnande leder till lägre produktivitet, sämre beslut och högre sjukfrånvaro (Kazemi, 2009).

Välbefinnande som fenomen kan beskrivas i fem dimensioner. Den första är *social integration* som handlar om närhet och samhörighet med kolleger och att vara delaktig i en arbetsgrupp. *Social acceptans* berör tillit till andra medarbetare och ledningen. *Socialt bidrag* tar sikte på människans vilja till egen handling. *Socialt förveckligande* beskriver huruvida arbetsplatsen tillåter att individen utnyttjar sin fulla kapacitet att få lov att anta nya utmaningar och utvecklas. *Socialt sammanhang* handlar om begriplighet och meningsfullhet. Ovanstående dimensioner är viktiga och bör tillföra organisationen för att medarbetarna ska uppleva välbefinnande (Kazemi, 2009).

Upplevelser av orättvisa på en arbetsplats kan leda till försämrade relationer, minskad lojalitet till organisationen, undanröja chefers legitimitet, leda till minskad arbetstillfredsställelse och sänka produktiviteten (Kazemi, 2009). Orsaken till att vi arbetar är för att kunna försörja oss, nå social status eller få inflytande. Arbetet kan väcka både glädje och olustkänslor (Nyström, 2004). En del upplever sitt arbete som en plikt, livsuppgift eller rentav som ett kall. Det viktigaste är att arbetet känns betydelsefullt för sig själv (Nyström, 2004). Distriktssköterskor rapporterade hög grad av arbetsrelaterad stress men också högt välbefinnande och kontroll (Doncevic, Romelsjö & Theorell, 1998).

4.3 Ledarskap och ”Värdesättande verksamhetsutveckling”

Att vara chef innebär att planera, organisera, leda och kontrollera. Ledarskapet går ut på att skapa engagemang hos personalen, planera och leda verksamheten mot verksamhetens mål,

organisera medarbetare, kontrollera och utvärdera prestationer samt ge feedback (Thylefors, 1996). M-L Österlind (2013) skriver om att vara en omsorgsfull chef inom kommunal omsorgs verksamhet. En omsorgsfull chef sätter människan i centrum både personal och vårdtagare. Vårdtagarna mår bra om personalen mår bra var chefernas uppfattning om sitt uppdrag. Cheferna har ansvar för verksamheten, personalen, vårdtagare och ekonomi. (Österlind, 2013).

Ledarskapet har stor betydelse för de anställdas välbefinnande. Positivt och stödjande ledarskap kan förbättra sjuksköterskors hälsa, arbetstillfredsställelse, förbättra medbestämmande, minska utmattning och få medarbetare att stanna kvar längre i verksamheten (Lachinger, Wong, Cummings & Grau, 2014). Positivt ledarskap kan också leda till ökad delaktighet bland medarbetare vilket leder till minskad arbetsbelastning och stress. Medarbetarnas engagemang ökar och verksamheten får tydligare mål. (Arnetz, 2002)

I boken ”Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change” har David L. Cooperrider & Diana Whitney (2005) lagt fokus på begreppet Appreciative Inquiry (AI). AI syftar på att upptäcka det bästa hos människor och världen omkring oss, vilket bekräftar tidigare och nuvarande styrkor, framgångar och möjligheter för att bevara det som ger livet hälsa, vitalitet samt kompetens. Vidare bygger AI på konsten och praxis att ställa frågor som stärker ett systems förmåga att uppfatta, förutse samt öka positiva potentialer. AI strävar efter att bygga en konstruktiv förening mellan ett folk och den helheten av vad folk talar om som tidigare och nuvarande kapacitet: tillgångar, prestationer, utforskade potentialer, styrkor, upphöjda tankar, berättelser etcetera (Cooperrider & Whitney, 2003). I boken ”Appreciative Inquiry Handbook: The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change” nämner David L. Cooperrider, Diana Whitney och Jacqueline M. Stavros (2004) att AI har använts på ett framgångsrikt sätt inom följande områden: Organisationskultur (förändring och medarbetarutveckling) och Human resource (HR) – rutiner: (bemanning, orientering och verksamhetsstyrning, kommunikation och undersökningar). Distriktssköterskor leder personalen i det medicinska arbetet och är arbetsledare i de sjukvårdsuppgifter som ska utföras genom instruktioner, handledning och delegering (Westlund & Larsson, 2007).

4.4 Psykosocial arbetsmiljö

Utvecklingen från industrisamhälle till det moderna informationssamhället innebär att många tunga arbeten har försvunnit och att nya påfrestningar har tillkommit istället. Informations-teknologin kräver mycket av individernas flexibilitet och tillgänglighet. Fritid och arbete

glider ihop. Många anställda tar med sig arbetet hem (Währborg, 2009). Kristina Glise (2007) beskriver att stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Bakom utvecklingen ligger förhållanden på arbetsplatser, den sociala situationen och individuella faktorer. Utmattningssyndrom kan utvecklas om stressen blir långvarig. Det är viktigt med återhämtning, möjligheter till arbetsanpassning och stöd till livsstilsåtgärder (Glise, 2007). Åldersgruppen 16-44 år har drabbats av stressrelaterade besvär. Vanliga diagnoser i samband med sjukskrivning är trötthet, depression, oro, ångest, stress och utbrändhet. Ohälsotal är utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk och aktivitetsersättning samt sjukbidrag från socialförsäkringen. Ohälsotalen är högre bland kvinnor än män med 46,4 dagar respektive 30,8 genomsnittliga sjukskrivningsdagar i november år 2007 (Währborg, 2009). Under 1990-talet halverades antalet anställda inom den offentliga sjukvården. Informationssamhällets speciella påfrestningar börjar spegla sig i nya sjukdomar. Människan och hennes hälsa är beroende av hennes psykosociala sammanhang (Währborg, 2009). Distriktssköterskor liksom andra arbetstagare drabbas av organisatoriska och sociala faktorer som påverkar den psykosociala arbetsmiljön (Öberg, 2002).

4.4.1 Riskfaktorer i arbetsmiljön

Enligt Arbetsmiljöverket (2012) är följande faktorer riskfaktorer i arbetet för stress: Arbetsmängd (kvantitetskrav), arbetets svårighetsgrad (kvalitetskrav), arbetstidens förläggning, oförenliga krav, oklara roller, osäkerhet i anställning, täta förändringar, upprepat monotont arbete, våldsrisker, arbetsbetingade konflikter, arbete med människor och ensamarbete. Sjukfrånvaron i kommunal och landstingsdriven verksamhet är väsentligt högre än i statlig verksamhet. Sjukfrånvaron i statlig verksamhet är också lägre än i den privata sektorn (Nordin & Wilén, 2004).

4.5 Vad är stress?

Alla vet vad stress är men ändå finns det ingen vedertagen definition enligt Währborg (2009) som kan användas för att beskriva vad som menas med stress. Walter Cannon införde begreppet "kamp och flyktreaktioner". En känslomässig reaktion som uppstår vid ilska och rädsla samt att beteendet inriktas på kamp eller flykt och medför kroppsliga reaktioner (Cannon, 1935).

Forskaren Hans Selye (1950) skapade begreppet stress på 1930-talet. Selye (1950) gjorde en uppdelning i positiv stress (eustress) och negativ stress (distress). Begreppet stress (respons)

var en följd av påverkande stimuli (stressorer). Stressresponsen följer ett speciellt mönster, generella anpassningssyndromet, som har betydelse för vår överlevnad (Selye, 1950). Selyes tre huvudfaser är: alarm, motstånd och utmattning. Inför ett hot eller påfrestning startar ”alarmet”. Nästa steg innebär att individen mobiliserar krafter för motstånd för att hantera stressorerna (Selye, 1950).

Extrem överansträngning att hantera stressorerna i arbetsmiljön eller i hemmet kan leda till utmattning (Perski, 2002). Kognitiva och kroppsliga symptom är ofta reaktion på stress. Kognitiva symptom är: Överkänslighet för ljud eller ljus, tunnelseende, låg stress tolerans, problem att ta in flera intryck samtidigt. Allvarliga minnesstörningar och koncentrationsproblem. Kroppsliga symptom är: trötthet eller utmattning, sömnstörningar, infektionskänslighet, muskelspänningar, yrsel, symptom för mage och hjärt- och kärlsystemet (Perski, 2002).

Enligt stressforskaren Dan Hasson (2008) innebär stress psykiska och sociala påfrestningar på individer. Stressen är ofta kopplad till arbetsmiljön och kan bero på följande stressorer som högt arbetstempo, omorganisationer, konflikter, mobbning, vantrivsel (Theorell, 2012). Skadlig stress kan uppstå om arbetet ställer höga krav och möjligheter till eget inflytande är bristfälligt (Theorell, 2012). Stressorer kan även finnas i privatlivet till exempel sjukdom, skilsmässa, dålig ekonomi eller förlust av nära anhörig (Lundgren, 2007). Stress kan vara kortvarig eller långvarig och kan leda till ökad eller minskad energi. Beteendet kan bli kamp eller flykt och leda till uppgivenhet. Fysiologiskt kan kroppen reagera med hjärklappning eller högt blodtryck samt med ökad risk för blodpropp samt immunförsvaret kan försämrats. Metaboliskt kan individerna erhålla höga blodfetter, högt blodtryck eller bukfetma. Stressmönster kan vara otålighet, hets, irritation och gå på högt varv. Vidare kan upplevas spänning, olust, ångest, utmattning, trötthet, depression och total utbrändhet (Perski, 2002).

Hasson (2008) belyser att kvinnor ofta har vårda och knyta an beteende (tend and befriend). Kvinnor använder sig av denna beteendestrategi för att reducera stress. Vårda innebär moderliga beteenden som reducerar stressbeteende. Knyta an handlar om att skapa och underhålla sociala nätverk som kan ge ytterligare skydd. (Hasson, 2008)

Forskaren Usha Rani Rout (2000) undersökte stress bland distriktssköterskor i nordvästra England. Distriktssköterskorna besvarade frågeformulär som berörde stress, arbetstillfredsställelse, mental hälsa samt förmågor att klara av arbetet. Studien resulterade i både positiva respektive negativa slutsatser. (Rout, 2000). Distriktssköterskorna upplevde

stress eftersom de hade för mycket att göra, vilket medförde att de fick ta med sig arbete hem. Tillfredsställelse hade en koppling till arbetskamrater och variationen som fanns i arbetet. Störst missnöje fanns mot befordran och ledningsstruktur. En lösning på detta, skulle exempelvis kunna vara utbildning och handledning. Genom att utveckla sina administrativa - och ledarskapsförmågor kan karriärutvecklingen påverkas. Vidare upplevde distrikts-sköterskorna en bristfällig kommunikation samt en förlust av personlig kontroll. Studien framhävde att distriktsköterskorna kunde hantera stressen på ett effektivt sätt. Metoden för detta visade sig vara att de hade socialt stöd av varandra och hade möjligheter att ventilerat sina problem och känslor (Rout, 2000).

Yngre kvinnor med högre utbildning svarar för den största ökningen av långtidssjuk-skrivningen. Kvinnor upplever ofta bristande stöd och kommunikation från sin arbetsledning. Stressrelaterad utmattning betecknades tidigare med utbrändhet. Idag beskrivs det som utmattningssyndrom. Människor som drabbas av psykisk ohälsa arbetar ofta inom sjukvård, skola och omsorg och har ansvar för andra människor. (Glise, 2007)

4.6 KASAM – Känsla av sammanhang

Sociologen Aaron Antonovsky grundade begreppet KASAM, vilket står för ”Känsla av sammanhang”. I boken ”Hälsans mysterium” nämner Antonovsky (2005) att KASAM innehåller tre olika komponenter: Meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Balansen som råder mellan dessa tre avgör hur individer mår samt kan hantera svåra situationer. Individer som har en god psykisk hälsa har en hög känsla av sammanhang. De tre olika komponenterna som ingår i KASAM har olika innebörd. *Meningsfullhet* syftar på att uppleva en mening, att ha möjligheten att påverka situationen samt att känna delaktighet. (ibid.) *Begriplighet* syftar på förmågan samt förståelsen som individer har för att kunna bedöma respektive förklara olika händelser (ibid.). *Hanterbarhet* syftar på förmågan att bemöta dessa olika händelser samt hantera de på sådant sätt att undvika att bli offer för omständigheter (ibid.). Dessa komponenter samarbetar utan att vara beroende av varandra. Detta innebär att komponenterna är olika starka från individ till individ, vilket betyder att det finns skillnader i hälsa. Problem uppstår först och främst när det är skillnad emellan komponenterna. Följs komponenterna åt är det inte något större problem. Att de följs åt innebär att individen har högt eller lågt på alla tre komponenterna. Enligt Antonovsky har meningsfullhet mest betydelse för hälsan eftersom en individ med hög meningsfullhet fortsätter att kämpa i situationer som individen inte vet hur den ska handskas med. En individ med stark KASAM

är mer anpassningsbar samt har ett flexibelt förhållningssätt, utan att bli påverkad negativt utifrån ett hälsomässigt perspektiv. (ibid.)

Antonovsky delar in de stressorer som finns i livet i tre olika typer och klargjorde hur KASAM påverkar dem. Dessa tre stressorer är: Kroniska stressorer, livshändelsestressorer, dagliga förtretligheter. *Kroniska stressorer* syftar på något som påverkar en individ en stor del av livet. Detta kan exempelvis vara mobbning, sjukdom eller barnlöshet. En individ med stark KASAM och som upplever en kronisk sjukdom, anpassar sin dag efter hur denne mår just då. En individ med svag KASAM upplever frustration eftersom denne känner otillräcklighet och inte kan planera saker och att det saknas mening i tillvaron på grund av sjukdomen.

Livshändelsestressorer är stressorer som vi alla påverkas av och som hör till livet (ibid.). Det kan vara pensionering, dödsfall, att få barn, skilsmässa med mera. Trots att vissa av dessa händelser kan förutses avgör vår KASAM hur vår reaktion blir. En individ som har stark KASAM kan känna ilska, sorg, smärta men fokuserar ändå på problemet samt löser det. En individ som har en svag KASAM upplever istället övergivenhet, ångest, förtvivlan och blir förnekande samt passiv i situationen (ibid.). *Dagliga förtretligheter* syftar på att individer ska hinna hantera hushållsbestyren, tillfälliga konflikter eller en dålig dag. Dessa situationer hamnar alla individer i, men de påverkar inte den långsiktiga hälsan eller stressituation. Om det inträffar flera händelser samtidigt kan detta påverka vårt livsmönster och hamna under kroniska stressorer (ibid.). Känsla av sammanhang kan betraktas som en del av personliga egenskaper hos sjuksköterskor som fyller en viktig funktion i processen att hantera professionella problem (Basińska, Andruszkiewicz & Grabowska, 2011).

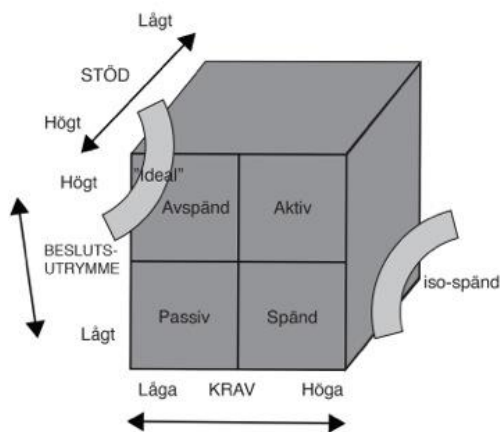
4.7 Coping

Lazarus och Folkman (1984) definierar coping som ständigt föränderliga kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att hantera specifika yttre och/eller inre krav som tangerar eller överskrider individens resurser. Coping innebär förmågan att hantera stress. Copingteori skiljer på problemfokuserad, social och emotionsbaserad coping. Problemfokuserad coping innebär problemlösning. Emotionsbaserad coping innebär att hantera de negativa känslor som uppstår om det inte går att lösa problemet. Social förmåga är en viktig del av copingförmågan som syftar till att be andra om hjälp och råd. (Lazarus & Folkman, 1984)

Distriktssköterskor använde sig av problemlösningstrategier för att hantera och utnyttja sin tid genom att använda sig av befintliga resurser och göra prioriteringar (Leary, Gallagher, Carsen, Fagin, Bartlett & Brown, 1995).

4.8 Krav-, kontroll-, och stödmodell

Karasek och Theorell skapade krav- kontroll modell för att analysera arbetsrelaterade stressfaktorer. Jeffrey Johnsson Phd och Ellen Hall MA (1988) genomförde senare en komplettering av modellen och plockade in en tredje faktor kallad socialt stöd. Den ursprungliga modellen delar in arbetet i fyra olika arbetssituationer: avspända arbeten, aktiva arbeten, passiva arbeten, spända arbeten (Karasek & Theorell, 1990). Höga krav i arbetet med små möjligheter till egen påverkan och brist på stöd leder till stress. Personlig utveckling kan dock bli möjlig om det finns stora möjligheter till inflytande och socialt stöd. Låga krav med stora möjligheter att påverka betyder att individen inte får tillräckliga utmaningar i arbetet. Låga krav och små påverkansmöjligheter skapar en omotiverad arbetsmiljö. Höga krav, låg kontroll och lite stöd leder till en dålig arbetsmiljö och risker för den psykosociala hälsan. (Theorell, 2012)



Figur 1. Hämtad från Theorell (2012, s.22)

Psykliska krav och kontroll i arbetet mäts med frågeformulär. Alla frågeformulär är inte standardiserade och det finns många sätt att beräkna och klassificera vad som är arbetsbelastning (job strain). Bedömningar bygger på någon form av gradering eller percentil beräkningar. En kvot mellan ”kravpoäng” och ”kontroll poäng” kan bildas och som leder fram till en kvotpoäng. Kvotvärde över 75:e percentilen definieras som exponering för ”job strain”. (Järvholm och Reuterwall, 2012). Karasek och Theorell (1990) anser att sjuksköterskor har aktiva arbeten med höga psykiska krav och stort handlingsutrymme samt har egen kontroll, vilket innebär att ha kontroll över sin arbetssituation.

5 Metod

I denna del kommer läsaren få en förståelse för studiens tillvägagångssätt. Forskningsfrågorna besvarades genom att genomföra en undersökning av distriktssköterskornas aktuella arbetsmiljö inom kommunala hemsjukvården i X-stad. Metoder för datainsamlingen var kvantitativa (enkäter för att mäta den psykosociala arbetsmiljön och personalstatistik) och kvalitativa (intervjuer). Enligt Bryman (2008) beskriver kvantitativa data den sociala verkligheten och kvalitativa data hur individen tolkar sin sociala verklighet. Fördelar med enkäter är att de är billigare och snabbare att administrera, medför inga intervjuareffekter, samma frågor till alla och kan anpassas till informanternas behov (ibid.). Denna studies intervjuer användes för att ge kompletterande information till enkäter. Personalstatistik gav tillgång till sekundär data som till exempel distriktssköterskornas utbildningsnivå. Enkäten gav information från samtliga distriktssköterskor i urvalet och på så sätt erhöles en fylligare bild av distriktssköterskornas upplevelser av sin arbetsmiljö.

Data kan samlas in med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Enligt Lundahl & Skärvad (2008) finns ingen anledning att vara dogmatisk, när det gäller distinktionen mellan kvantitativa och kvalitativa undersökningar. Holme & Solvang (1997) skriver att det är forskarens frågeställningar som ska vara avgörande i valet av metoder. Både kvantitativa och kvalitativa metoder kan användas i samma undersökning och på så sätt förstärka informationen. I denna studie har triangulering genomförts genom att inhämta data från flera olika källor och på så sätt höja validiteten och reliabiliteten i studien (Jacobsen, 2012).

5.1 Enkätkonstruktion

Enkätfrågorna bygger huvudsakligen på tidigare etablerade enkätundersökningar som är vetenskapligt beprövade och används för att kartlägga den psykosociala arbetsmiljön. En sammanställning av olika enkäter finns i ”Instrument för att mäta den psykosociala arbetsmiljön - En beskrivning av ett urval av de instrument som används inom företags hälsovård och forskning” (Hultberg & Ahlborg, 2008). Att använda sig av snarlika enkätfrågor stärker validiteten. Innehållsvaliditet anger i vilken utsträckning som frågorna kan omfatta de teoretiska begrepp som avses att mäta medan begreppsvaliditet handlar om i vilken utsträckning frågorna relaterar till varandra (Kristensson, 2014). Validitet innebär i vilken utsträckning det går att mäta det som avses att mäta (Lundahl & Skärvad, 2008).

Enkäter som innehåller frågor kring krav, kontroll och stöd är JCQ (Job Content Questionnaire) som konstruerades av Karasek (Theorell, 2012). En annan enkät som erhållit stor spridning i Europa är det danska arbetsmiljöformuläret COPSQ (The Copenhagen

Psychosocial Questionnaire) som finns i tre versioner varav en längre version för forskning med fler frågor (Kristensson, 2014).

5.2 Intervjufrågor

Intervjufrågor till distriktssköterskor och sektionschef utformades utifrån enkäten för att kunna komplettera vår undersökning ytterligare med information som inte kom fram i enkätsvaren. Enligt Bryman (2008) innebär en semistrukturerad intervju att forskaren har en lista över specifika teman och dessa teman ska beröras. Detta är en form av intervjuguide. Semistrukturerade intervjuer ger intervjupersonen möjligheter att utforma svaren på eget sätt. Frågor som inte ingår i intervjuguiden kan också förekomma under förutsättning att intervjupersonen tar upp något som är väsentligt för ämnet. Frågorna ställs ofta utifrån den ursprungliga ordningen. Intervjuaren ska tolka vad som är viktigt vid förklaring av händelser, mönster samt beteenden. (ibid.). Intervjufrågor se bilaga 3.

5.3 Avgränsningar

Vårt arbete berörde X- stads kommunala hemsjukvård med fokus på distriktssköterskornas psykosociala arbetsmiljö avseende hälsa, välbefinnande och stress. Vi har medvetet valt att inte ta med all övrig personal som arbetar inom hemsjukvården för att begränsa studiens omfattning.

Få undersökningar har genomförts beträffande yrkesrelaterad stress bland distriktssköterskor (Doncevic, Romelsjö & Theorell, 1998). Tidigare undersökningar har huvudsakligen varit kopplat till sjuksköterskor inom sjukvården (ibid.).

5.4 Urval

Urvalet begränsades till medarbetare som var anställda som distriktssköterskor inom hemsjukvården i X- stad. Samtliga distriktssköterskor blev tillfrågade att besvara enkäten (totalundersökning). Vårt urval bestod av 26 distriktssköterskor. Åldersintervallet för distriktssköterskorna är mellan 20-67 år. Det dominerande åldersintervallet är 50-59 år (9 personer). I övrigt ganska jämn fördelning på åldrar i åldersintervallen.

5.4.1 Bortfall

Vårt externa bortfall blev fem informanter. Detta innebär att 21 av 26 distriktssköterskor besvarade vår enkät (en man och tjugo kvinnor). Bortfallet blev lågt eftersom sektionschefen engagerade sig i vår enkätstudie och uppmuntrade medarbetarna att besvara enkäten. Chefen

är delvis i maktposition men samtidigt har chefen ansvar för systematiskt arbetsmiljöarbete. Chefen avsatte tid för medarbetarna att besvara enkäten.

5.5 Datainsamling

Litteraturgenomgång kan betraktas som en kvalitativ ansats för att finna relevanta frågor till enkäten. Granskning av olika frågor som berörde den psykosociala arbetsmiljön genomfördes.

Datainsamlingsmetoden bestod av en halvstandardiserad enkät (elektronisk) som innehöll tre öppna frågor till 26 distriktssjuksköterskor samt intervjuer med sektionschef och två distriktssjuksköterskor. Vi erhöll kvantitativ data (enkäter och relevant personalstatistik).

Intervjuer med distriktssjuksköterskor och avdelningschef kom att bli av kvalitativ karaktär.

Intervjuerna spelades in på dator och har lagts över på separat USB- minne.

Att använda sig av flera olika metoder för att undersöka en och samma företeelse för att få fler olika perspektiv på studieobjektet kallas triangulering (Björklund & Paulsson, 2012). Detta innebär att studiens metod kommer att bli en triangulering det vill säga genom att samla information från fyra olika källor så som enkät, intervju med sektionschef och två distriktssköterskor, personalstatistik för sjukfrånvaro och utbildningsnivå och litteraturstudie. Vidare har olika högskolors och universitets sökbara bibliotekstjänster och databaser som LUP (Lunds Universitets avhandlingar och forskningspublikationer, Summon (Högskolan Kristianstad och Malmö Högskola) samt Läkartidningen använts för att samla information.

5.6 Genomförande

I ett första steg kontaktades arbetsledningen för att erhålla ett samtycke till studien.

Information om studien skickades till sektionschefen. Därefter skapades relevanta frågor för undersökningen och ett följebrev (se bilaga 1). Enkätfrågorna granskades av sektionschefen som också lämnade förslag på frågor. Följebrev skickades till studiens respondenter i samband med enkäten. Efter genomförd och bearbetning av enkäten utformades kompletterande intervjufrågor till två distriktssköterskor och sektionschefen för att skapa en återkoppling på det insamlade materialet. För att vidga forskarnas perspektiv bestämdes att en av oss skulle genomföra intervjuerna och den andre skulle transkribera. Erhållen personalstatistik gav information över sjukfrånvaro och utbildningsnivå.

5.7 Databearbetning

Efter genomförd datainsamling av enkäten påbörjades arbetet med statistisk bearbetning genom Survey Monkey som sammanställde enkätsvaren. Edling och Hedström (2003) anser

att det inte är rimligt att genomföra en mera omfattande statistisk analys med ett urval som understiger trettio individer, vilket kan betraktas som ett minimum för att statistisk analys ska vara värdefull.

Enkätsvaren sparades på ett USB minne som kommer att uträddas efter genomfört arbete. Därefter påbörjades kodning av enkätsvaren efter olika frågeområden/dimensioner till trivsel, hälsa och välbefinnande, socialt stöd, handlingsutrymme, krav, kontroll, utveckling och kompetens.

Intervjuerna transkriberades ordagrant och en sammanställning genomfördes av samtliga intervju svar (två medarbetare och sektionschef). I kodningsarbetet har vi försökt finna nya perspektiv, rön och avvikelser i relation till enkätsvarens frågeområden. Vi valde även ett arbetsledareperspektiv på arbetsplatsens psykosociala arbetsmiljö för att få sektionschefens bild av arbetsmiljön. Kvalitativ analys innebär att delar och helheten granskas i innehållsanalysen och att i denna försöka finna teman och kategorier i svaren (Jacobsen, 2012).

Distriktssköterskornas frånvaro hämtades från personalstatistik för X-stad och enkätsvaren. Den åldersrelaterade sjukfrånvaron följdes upp med frekvensanalys och hypotesprövning (tvåsidigt teckentest) (Gunnarsson, 2014). Frånvaron kopplad till utbildningsnivå följdes upp med frekvensanalys och linjär regression för att undersöka om det fanns ett positivt samband (korrelation) (Berg, Ek & Körner, 1992).

6 Forskningsetiska överväganden

Detta avsnitt belyser hur deltagarna som ingår i studien respekteras genom att hänsyn tas till etiska principer.

Sektionschefen för hemsjukvården har gett tillstånd för genomförande av studien. Information om studiens syfte lämnades i ett missivbrev till distriktssköterskorna. Vi informerade om frivilligheten att delta och besvara enkäten i studien. Samtycke uppstod när enkäten besvarades eller att intervju personen deltog i intervjun. Deltagarna ska garanteras sekretesskydd om det kan uppstå negativa konsekvenser för att medverka (Justesen, Mik & Meyer, 2011). Deltagarna garanterades anonymitet. Insamlad data kommer ej att förvaras efter godkänt examensarbete. Transkriptionsprocessen av intervjuerna kommer inte att publiceras för att garantera deltagarna anonymitetsskydd. Vi har erbjudit att informera om studiens resultat på ett personalmöte för återkoppling. Jimmie Kristensson (2014) beskriver följande forskningsetiska principer: autonomi-, nytto-, inte-skada- och rättvisepincipen. Autonomiprincipen innebär att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Deltagarna har rätt till information om studien. Nyttoprincipen: Undersökningen ska vara motiverad och noga övervägd. Inte-skada principen: Sekretess och datahantering på ett säkert sätt. Rättvis principen: Alla ska behandlas lika. På grund av tidsbrist hade vi inte möjlighet att intervjua alla men alla fick möjlighet att anmäla sitt intresse för intervju.

7 Resultat

I detta avsnitt redovisas studiens resultat mera övergripande. Fördjupning på enskilda frågor (F) i övrigt hänvisas till bilaga 2. Frågor som berör samma dimensioner som socialt stöd, handlingsutrymme, arbetsbelastning och krav redovisas i tabeller för att underlätta för läsaren att tolka svar som hör ihop och bygger på enskilda svar från enkäterna. På grund av att vårt urval understiger 50 deltagare redovisas svarsfrekvenserna numeriskt i antal och medelvärde/index. Högt index är att föredra om inget annat anges. Intervjupersoner benämns som IP i den löpande texten och deras svar kursiveras.

7.1 Bakgrundsdata

Hemsjukvårdens personal domineras av kvinnor. I vårt urval som besvarades av 21 distriktssköterskor är en man distriktssköterska. Civilstatus visar på en jämn fördelning av singelhushåll och gifta/sambo. Ingen av distriktssköterskorna hade vård eller omsorg av någon vuxen hemma.

7.2 Trivsel, hälsa och välbefinnande

Distriktssköterskor inom hemsjukvården i X-stad trivs mycket bra på sin arbetsplats. Ett flertal av distriktssköterskorna har mer än fem års yrkeserfarenhet. Två distriktssköterskor har arbetat kortare tid än ett år. Övriga har arbetat mellan 1-5 år. En majoritet av distriktssköterskorna tror att de kommer arbeta kvar i yrket inom två år. En informant kommer ej att fortsätta arbeta inom hemsjukvården. IP berättar: *"Det finns en stor personalomsättning av yngre medarbetare"*. De flesta distriktssköterskor har en tillsvidareanställning och en person har ett långtidsvikariat. Arton distriktssköterskor arbetar heltid och två arbetar deltid varav ett internt bortfall. Distriktssköterskorna säger att det är roligt att gå till sitt arbete och många av distriktssköterskorna trivs med att arbeta med människor. IP berättar: *"Jag rekommenderar arbetet inom hemsjukvården till blivande kolleger"*. Sektionschefen säger: *"Arbetsmiljön är viktig för medarbetare inom vård och omsorg. Medarbetarna ska känna arbetsglädje samt ha tillgång på ett bra arbetsklimat och kunna samarbeta med varandra"*. Den fysiska arbetsmiljön skulle kunna förbättras genom att ha tillgång till eget arbetsrum, vilket kan sänka ljudnivån på vår gemensamma arbetsplats och ge bättre möjligheter till arbetsro svarar en

distriktssköterska. Det finns önskemål hos distriktssköterskorna att ha mer tid för gemensam kommunikation och diskussion med kollegerna. Mobiltelefonerna bör kunna stängas av under raster och luncher. Det upplevs som stressande att alltid vara tillgänglig.

Samtliga distriktssköterskor betraktar sitt arbete som självständigt. Distriktssköterskorna känner sig trygga i sin yrkesroll och har inga svårigheter att sätta gränser och markera i arbetet. Överlag är distriktssköterskorna nöjda med sina arbetsuppgifter och upplever att de har goda relationer med sina arbetskamrater. IP berättar: *"Jag gillar att arbeta med människor och sedan är lönen också motiverande"*. Två distriktssköterskor är missnöjda med sina arbetstider. IP berättar: *"Vi har bättre arbetstider än många andra arbetsplatser och vi arbetar mindre helger"*. Det är viktigt att ha ett fungerande tjänstgöringschema som fungerar med privatlivet. Hälften av distriktssköterskorna anser att de har tillgång till en positiv mängd stress. Några av distriktssköterskorna upplever en viss spänning av stress i arbetet och har delvis känt sig spända under arbetsveckan. IP berättar: *"Stressen är inte densamma som inom sjukhuset"*. Hälften av distriktssköterskorna känner sig pressade i arbetet. Psykisk trötthet är vanligare än fysisk trötthet hos distriktssköterskorna. Några har upplevt stor påfrestning eller känt sig pressade under mer än sex månader och även upplevt koncentrations- och minnessvårigheter. Några har känt sig spända kroppsligen och rastlösa samt haft svårigheter att sova på nätterna. Kroppsliga besvär eller smärta till exempel ledvärk, bröstsmärta, hjärtklappning eller yrsel har en tredjedel av distriktssköterskorna upplevt.

Distriktssköterskorna anser att de har ett bra allmänhälsotillstånd. En distriktssköterska har under de senaste tolv månaderna drabbats av hot eller våldssituation. Samtliga distriktssköterskor anser att det finns rutiner för att hantera avvikelser inom hemsjukvården.

7.3 Socialt stöd

Distriktssköterskorna anser att de kan få hjälp av sina arbetskamrater att lösa arbetsuppgifter, då arbetsbördan blir stor eller om det finns speciella problem. IP berättar: *"Vi täcker upp varandra på kortare frånvaro och om någon har mycket att göra fördelar vi om patienter mellan oss. Vi har tvillingar(distrikt) så är hon borta har jag hennes område också"*. Det ska finnas tillgång till glada och nöjda arbetskamrater som hjälps åt i besvärliga situationer.

Distriktssköterskorna har möjligheter till stöd av sin chef och känner att chefen bryr sig. Det finns även möjlighet att erhålla handledning vid behov, men några distriktssköterskor upplever att det finns svårigheter att få handledning. Distriktssköterskorna anser att de kan få yrkesmässigt och personlig utveckling i sitt arbete. De upplever också att de får uppskattning av patienter och anhöriga (se tabell 1 s. 21).

Tabell 1 Socialt stöd (F5 i bilaga 2)

Svarsfrekvens: 21 av 21.

Högt index på skala 1-5 är att föredra.

F5. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls		Delvis		Stämmer helt		Totalt	Medelvärde
	1	2	3	4	5			
1. Jag kan få hjälp av mina arbetskamrater när det gäller att lösa arbetsuppgifter (delfråga F5)	0	0	1	4	16	21	4,71	
2. Jag får stöd av min chef (delfråga F5)	1	0	0	6	14	21	4,52	
3. Vid behov så kan jag erhålla handledning i mitt arbete (delfråga F5)	3	2	3	5	8	21	3,62	
4. Jag har goda relationer med mina arbetskamrater (delfråga F4)	0	0	0	5	16	21	4,76	
5. Jag har patienter och anhöriga som uppskattar mitt arbete (delfråga F4)	0	0	2	5	14	21	4,57	
6. Jag har en chef som bryr sig (delfråga F4)	1	0	0	7	13	21	4,48	
7. Kan du utvecklas yrkesmässigt och personligt i ditt arbete? (Delfråga F18)	1	0	3	6	11	21	4,24	

7.4 Handlingsutrymme

Handlingsutrymmer handlar om vilka möjligheter det finns att påverka innehållet i det egna arbetet avseende hur olika arbetsuppgifter ska genomföras (hembesök, journalskrivning, kontakter med andra vårdgivare). Det ska även finnas frihet att ta ansvar och fatta beslut. Distriktssköterskorna anser att det ska finnas tid för planering och dokumentation samt möjligheter att träffa hemtjänstgruppen. Det ska även finnas utrymme för diskussioner med arbetskolleger. Sektionschefen berättar: *"Styrkor hos medarbetarna är öppenhet, kreativitet och förmåga att lösa ständigt nya utmaningar. Arbetsmiljön är vårdragarens hemmiljö och hemsjukvårdens anställda måste ta hänsyn till detta"*. IP berättar: *"Jag tycker att det är rätt mycket frihet och har möjligheter att planera min arbetsdag och i vilken ordning jag besöker mina patienter"*.

Distriktssköterskorna upplever att de har möjligheter att påverka förändringar som berör deras arbetsuppgifter. De upplever att de har befogenheter som behövs för att lösa arbetsuppgifterna och tillräckligt med handlingsutrymme för att utföra sina arbetsuppgifter (se tabell 2).

Tabell 2 Handlingsutrymme (F6 i bilaga 2)

Svarsfrekvens: 21 av 21.

Högt index är att föredra på skala 1-5.

F6. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls		Delvis		Stämmer helt		Totalt	Medelvärde
	1	2	3	4	5			
1. Jag har möjlighet att påverka förändringar som berör mina arbetsuppgifter	0	2	5	7	7	21	3,90	
2. Jag har den befogenhet som krävs för att lösa mina arbetsuppgifter	0	0	2	8	11	21	4,43	
3. Jag har tillräckligt med handlingsutrymme för att kunna utföra mina arbetsuppgifter på ett bra sätt	0	0	2	13	5	20	4,15	

7.5 Arbetsbelastning

Nedskärningar inom olika verksamheter kan leda till ökad arbetsbelastning på personalen som finns kvar. Ökade storlekar av patientgrupper leder även till en högre arbetsbelastning. I samband med sjukfrånvaro önskas tillgång på vikarie. Det finns önskemål om att ha tillgång på ”administrativ tid” eller tid för att hinna med ”allt omkring i arbetet”. Några distriktsköterskor upplever behov av ökad patienttid och fler kolleger. Distriktssköterskorna upplever att de har en rimlig arbetsbörda och att de har den tid som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter. IP berättar: *”Personalen hjälps åt vid hög arbetsbelastning att täcka upp för varandra vid hembesök och i samband med korttidsfrånvaro. Jourarbetet på kvällarna är stressande på grund av ensamarbete och många inkommande samtal samtidigt som andra arbetsuppgifter ska genomföras. Vi har även ansvar för tio distrikt på kvällen utöver LSS-boende och har cirka 40 samtal på kvällen. På dagen har vi ansvar för ett distrikt och tar emot cirka tio samtal”*. Arbetsuppgifterna kan emellanåt upplevas som psykiskt påfrestande för distriktssköterskorna (se tabell 3).

Tabell 3 Arbetsbelastning (F7 i bilaga 2)

Svarsfrekvens: 21 av 21.

Lågt medelvärde är att föredra på fråga F7:3. Resterande frågor är högt medelvärde att föredra.

F7. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Medelvärde
1. Min arbetsmängd känns acceptabel	1	1	4	8	7	21	3,90	
2. Jag har den tid som krävs för att utföra mina arbetsuppgifter	1	1	5	8	6	21	3,81	
3. Mina arbetsuppgifter är psykiskt påfrestande	3	4	8	4	2	21	2,90	

7.6 Krav

Psykiska krav kan medföra stress men kan även leda till utveckling. Negativ stress uppkommer om arbetets psykiska krav överstiger arbetstagarens förmåga att hantera kraven (Theorell, 2012). IP berättar: *”Det finns svårigheter att bedöma sjukdomstillstånd som Alzheimer och demens, när beslut ska tas huruvida patienten ska lämna sitt hem och flytta till annat boende. Mycket kan inträffa på en gång – flera patienter, vårdkontakter med vårdcentral och sjukhus”*. Sektionschefens uppfattning av distriktssköterskornas arbetsmiljö: *”Distriktssköterskorna arbetar i en krävande arbetsmiljö. Tänk på att vi arbetar i den enskildes hem. Vi kan inte ställa hur många och höga krav som helst. Det är balansgång hela tiden: deras hem – vår arbetsmiljö”*. Det kan dyka upp svårigheter i yrkesrollen. IP berättar: *”När du ser patienter som behöver hjälp men som inte vill ta emot den på grund av ekonomin eller att patienten upplever: att det går utför...”*

Distriktssköterskorna upplever att de behöver vara fokuserade på sina arbetsuppgifter hela tiden och att det är viktigt att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt samt ha tid för vårdtagare och vårdgivare. Patienternas bästa och säkerhet är alltid i fokus. Vårdinsatser ska göras korrekt, så att det blir bra för patienterna samt att patienterna ges möjligheter till feedback. Patienter och anhöriga ska vara nöjda. Några distriktssköterskor anser att de måste dra in på luncher, arbeta över eller ta med sig arbetsuppgifter hem. Ett fåtal distriktssköterskor upplever sin arbetsinsats som krävande medan de flesta anser att deras arbete inte kräver för stor arbetsinsats (se tabell 4).

Tabell 4 Krav (F19 i bilaga 2) Svarsfrekvens: 21 av 21. I denna tabell är lågt medelvärde att föredra på fråga F19:1 och F19:3.

F19. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Medelvärde
1. Kräver ditt arbete alldeles för stor arbetsinsats?	6	5	8	1	1	21	2,33			
2. Kräver ditt arbete nästan hela tiden att du är fokuserad på dina arbetsuppgifter?	2	0	5	2	12	21	4,05			
3. Måste du varje vecka dra in på luncher, arbeta över eller ta med arbetsuppgifter hem?	8	5	4	3	1	21	2,24			
4. Har du tillräckligt med tid för att hinna med dina arbetsuppgifter?	0	1	7	8	5	21	3,81			

7.7 Kontroll

Kontroll avser arbetstagarens möjligheter att ta inflytande över sina arbetsuppgifter och prioritera i vilken ordning som arbetsuppgifterna ska genomföras samt möjligheter till egen kontroll och psykisk energi efter arbetsdagens slut. Sektionschefen berättar: *"Vi får nya utmaningar nästan varje dag. Vi är en politiskt styrd organisation och det är ekonomin som styr"*. Distriktssköterskorna anser att det ska finnas bra rutiner och jämn arbetsbelastning och ett schema som fungerar med privatlivet. Utrymme för planering är primärt för att kunna göra ett bra arbete. Distriktssköterskorna upplever att de har tillräckligt med inflytande över sina arbetsuppgifter och utrymme att avgöra i vilken ordning arbetsuppgifterna ska genomföras. Två informanter finner det svårt att göra något annat efter arbetsdagens slut på grund av uttröttnings. En majoritet av distriktssköterskorna har inga svårigheter att koppla av från sitt arbete på ledig tid. En informant har problem att koppla av psykiskt efter arbetsdagens slut.

7.7.1 Krav- kontroll och stödmodell utifrån distriktssköterskornas variabelindex

Beräkning av medelvärden på frågorna som berör krav, handlingsutrymme, socialt stöd, ledarskap och kontroll visar att distriktssköterskorna ligger på höga medelvärden på samtliga

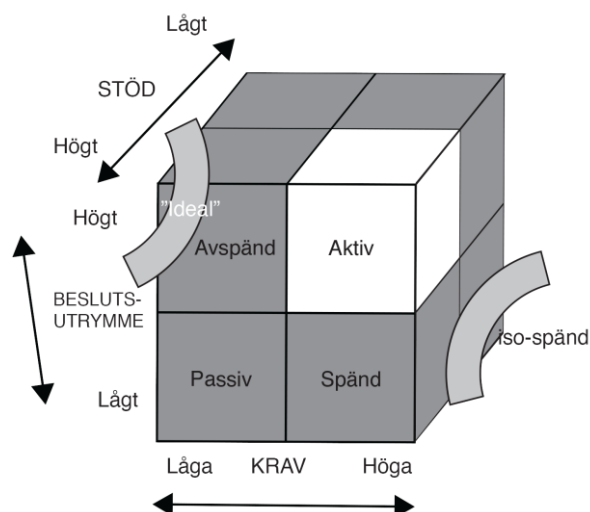
variabler utom på arbetsbelastning som ligger på en genomsnittlig nivå (se tabell 5).

Tabell 5 Frågeindex Medelvärden på skala 1-5. Höga värden är att föredra.

Krav	Handlingsutrymme	Socialt stöd	Ledarskap	Arbetsbelastning	Kontroll*
3,82	4,16	4,44	3,94	3,10	4,48

* Kontrollindexet består av genomsnittsvärdet av följande frågor (F18:1), (F18:2), (F18:3), (F20:1) och (F20:2). Stödindexet omfattar frågorna (F4:5, F4:7, F4:8, F5:1, F5:2, F5:3 se bilaga 2). Handlingsutrymmesindex omfattar (F:6). Kravindex beräknas på (F19) varav F19:1 och F19:3 har omvända index beräknats. Ledarskap är fråga (F17) och arbetsbelastning omfattar fråga (F7).

Distriktssköterskornas variabelvärden avseende krav, handlingsutrymme och socialt stöd redovisas grafiskt. Handlingsutrymme och socialt stöd motsvarar beslutsutrymme och stöd i Karasek och Theorells modell (se figur 2 nedan).



Figur 2. Enligt Karasek och Theorells modell skulle distriktssköterskorna hamna i den vita kuben (aktiv) med höga krav, högt beslutsutrymme och högt stöd.

Uträkning av kvotpoäng mellan krav och kontroll (krav/kontroll) ger kvotpoängen 0,85, vilket kan antyda hög arbetsbelastning för distriktssköterskorna. I denna studie omfattar indexet krav fyra frågor och indexet kontroll fem frågor. I tabell 5 redovisas medelvärden för krav och kontroll.

7.8 Utveckling och kompetens

Distriktssköterskorna bedömer att de har tillräcklig kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter. Majoriteten av distriktssköterskor upplever att de har möjligheter till att utvecklas yrkesmässigt och personligt i arbetet. Utrymme för kompetensutveckling finns om arbetsuppgifterna kräver detta. IP: ”Handledning ges via arbetskamrater eller via chefen. Vi är i

behov av fördjupad kompetensutveckling beträffande Alzheimer och demenspatienter. Vi får mycket utbildning här.” Tid för reflektioner över utfört arbete saknas delvis anser hälften av distriktssköterskorna medan nästan hälften anser att det finns utrymme för reflektioner.

7.9 Ledarskap

Det ställs stora krav på ledarskapet idag. Ledaren ska ha visioner för framtiden och klara verksamhetens mål och ekonomi. Ledaren ska främja en god arbetsmiljö för sin personal, hantera konflikter och ge konstruktivt stöd åt anställda samt ge feedback som kan vara både positiv och negativ. IP berättar: *”Vi har en bra chef som lyssnar om det är något och ger stöd”*. Distriktssköterskorna känner att de har en chef som ingriper när arbetsbelastningen är för stor. De upplever också att de vet vilka förväntningar chefen har beträffande deras arbete. De anser också att chefen är tydlig beträffande arbetsuppgifternas innehåll. En mindre grupp upplever att de inte får regelbunden återkoppling av chefen över utfört arbete (se tabell 6).

Tabell 6 Ledarskap (F17 i bilaga 2)

Svarsfrekvens 21 av 21

F17. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls		Delvis		Stämmer helt		Totalt	Medelvärde
	1	2	3	4	5			
Ingriper din chef när du har allt för mycket arbete att utföra?	0	0	6	7	8	21	4,10	
Vet du vilka förväntningar din chef har av dig i ditt arbete?	0	0	6	6	9	21	4,14	
Får du regelbunden återkoppling av din chef, hur du har utfört ditt arbete?	2	4	5	5	5	21	3,33	
Är chefen tydlig vad gäller innehållet samt omfattningen av dina arbetsuppgifter?	0	0	7	3	11	21	4,19	

7.10 Sjukfrånvaro och sjuknärvaro

Den vanligaste sjukfrånvaron omfattar 1- 7 arbetsdagar, vilket fjorton distriktssköterskor har. Sjukfrånvaron 8 -14 dagar har tre distriktssköterskor. En distriktssköterska har varit sjukskriven mer än 30 dagar. Sektionschefen berättar: *”Två medarbetare är långtidssjukskrivna men inte på grund av arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron varierar under tid ibland är den hög och ibland är den låg. Hög sjuknärvaro bottnar ofta i hög arbetsmoral hos medarbetaren”*. IP berättar: *”Många går till arbetet då de är genomförkylda på grund av karensdagar. Sjukfrånvaron är väldigt låg här. På sjukhuset var det alltid någon borta”*. Sjuknärvaro, det vill säga när den anställde har gått till arbetet trots sjukdom är vanligt hos distriktssköterskorna (se tabell 7 s.26).

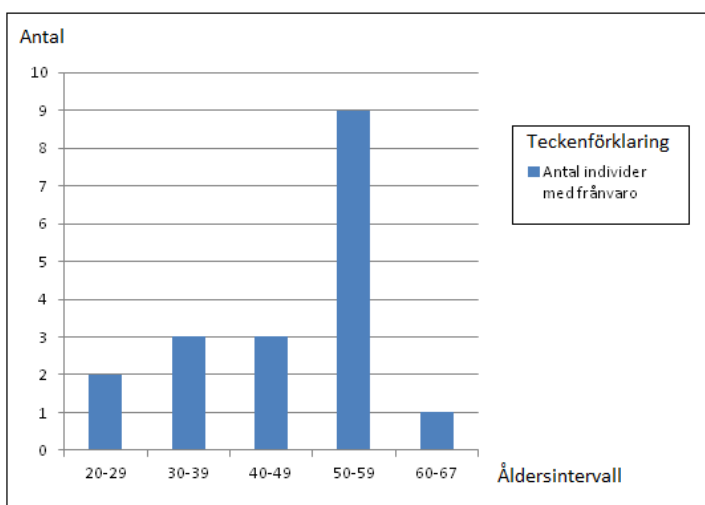
Tabell 7 Frekvensanalys av sjukfrånvaro

Utifrån enskilda svar har en sammanställning av sjukfrånvaro i åldersintervall utformats.

Åldersintervall	Antal	Frånvaro 0	Frånvaro 1-7 arbetsdagar	Frånvaro 8-14 arbetsdagar	Frånvaro > 30	Antal sjukskrivna
20-29	3	1	2	0	0	2
30-39	3	0	2	0	1	3
40-49	4	1	3	0	0	3
50-59	9	0	7	2	0	9
60-67+	2	1	0	1	0	1
Totalt:	21	3	14	3	1	18

Vi finner ingen skillnad på sjukfrånvaro och åldersintervall, då hänsyn tas till åldersintervallens storlek. Åldersintervallet 50-59 har tre gånger fler medarbetare än åldersintervallet 20-29 och 30-39. Den ursprungliga variationsvidden är $9 - 1 = 8$. Variationsvidden förändras till $3 - 1 = 2$ om justering av åldersintervall 50-59 (se figur 3).

Figur 3 Antal individer med sjukfrånvaro och åldersintervall



Hypotesprövning genom tvåsidigt test (Gunnarsson, 2014).

Nollhypotes (H_0): att det inte finns någon skillnad mellan åldersintervallen

Vald signifikansnivå: $p = 0,05$

$A > B$ 0 $A =$ Antal sjukskrivna

$A = B$ 2 $B =$ Antalet individer i intervallet

$A < B$ 3

Användning av tvåsidigt teckentest ger p- värdet: 0,24999. Sannolikheten att få tre par eller

fler är således 0,24999. P-värdet är större än vald signifikansnivå $p = 0,05$. Om p-värdet är större än vald signifikansnivå, så förkastas inte H_0 .

Slutsats: Nollhypotesen kan inte förkastas. Det finns således inte belägg att påstå att det föreligger skillnad mellan åldersintervallen. Sjukfrånvaron är oberoende av distrikts-sköterskornas åldrar.

7.10.1 Sjukfrånvaro och utbildning

Vi finner inget samband mellan sjukfrånvaro och utbildningsnivå inom distriktsköterskegruppen. Om ytterligare en legitimerad sjuksköterska och en distriktsköterska insjuknar, så erhålls en linjär regression där $Y=KX$ och riktningskoefficienten $K (Y/X)$ är 1,0. Y är antalet sjukskrivna och X är antalet sjuksköterskor inom varje utbildningsnivå. Variablerna samvarierar och positiv korrelation föreligger. Sjukfrånvaron ökar proportionellt med antalet individer och inget samband med utbildningsnivå föreligger (se tabell 8).

Tabell 8 Sjukfrånvaro och utbildning

Utifrån enskilda svar har en sammanställning av sjukfrånvaro och utbildning genomförts.

Utbildning	Antal	Frånvaro 0	Frånvaro 1-7 arbetsdagar	Frånvaro 8-14 arbetsdagar	Frånvaro > 30	Antal sjukskrivna	Riktning- koefficient (K)
Legitimerad sjuksköterska	9	1	6	2	0	8	1,0
" plus distrikt	8	1	5	2	0	7	1,0
" plus annan utb	4	0	3	0	1	4	1,0

8 Analys

I analysen kommer vi att förankra resultaten i Karasek & Theorells krav, kontroll och stödmodell och till Lazarus syn på coping samt Antonovskys modell för KASAM.

Distriktsköterskorna upplever att de har psykiska och arbetsbetingade krav från vårdtagare och anhöriga som kräver stora arbetsinsatser. I arbetssituationen har distriktsköterskorna tillgång till ett bra besluts- och handlingsutrymme som leder till kontroll. Det finns många förändringar som berör distriktsköterskornas arbetsuppgifter som de upplever att de inte har möjligheter att påverka trots att de har ett stort handlingsutrymme i att lösa och utföra sina arbetsuppgifter. Socialt stöd erhåller distriktsköterskorna av kolleger, arbetsledare samt vårdtagare och anhöriga. Enligt Karasek och Theorell (2012) är egen kontroll och handlingsutrymme av betydelse för hur de psykiska kraven upplevs. Tillgång på socialt stöd

enligt Johnsson och Hall (1988) är komplement till krav och kontroll som kan förebygga negativ stress i arbetet med höga krav.

Låga krav och små påverkansmöjligheter skapar en omotiverad arbetsmiljö som kan leda till låg arbetsmotivation. Socialt stöd leder till mindre stresssymptom. Stödet kan lämnas av kolleger och arbetsledare. Stödet kan även vara tekniskt och administrativt. Hög kontroll, låga krav och ett bra stöd leder till en bra arbetsmiljö. Höga krav, låg kontroll och lite stöd leder till en dålig arbetsmiljö och risker för den psykosociala hälsan. (Theorell, 2012).

Distriktssköterskorna har höga index på samtliga variabler som berör krav, handlingsutrymme (beslutsutrymme), stöd och kontroll (se figur 2 s. 24).

Lazarus och Folkman (1984) anser att psykologisk stress är ett förhållande mellan individen och omgivningen som tangerar eller överskrider hennes resurser och kan vara ett hot mot hennes välbefinnande. Distriktssköterskorna upplever att de i allmänhet har en god problemlösningsförmåga i stresshantering (coping) som är problemfokuserad till exempel att hantera många uppgifter och problem i arbetet. Social coping använder distriktssköterskorna, när de söker stöd och hjälp av kolleger och arbetsledare. Emotionsbaserad coping finns även inom distriktssköterskegruppen som visar sig i arbetsrelaterad stresssymptom som koncentration och minnessvårigheter, kroppsliga besvär eller smärta. Utifrån Lazarus modell om coping kan distriktssköterskorna betraktas ha en god problemfokuserad och social coping.

Enligt Antonovsky (2005) finns det en stark känsla av sammanhang (KASAM) om individer har förmåga att hantera svåra situationer genom *meningsfullhet*, *begriplighet* och *hanterbarhet*. Distriktssköterskorna hanterar många olika problem och händelser dagligen i kontakten med patienter och anhöriga samt andra vårdgivare. Distriktssköterskorna visar förmåga till *begriplighet* att hantera de olika kraven som ställs under arbetsdagen. De olika kraven och utmaningarna görs *hanterbara* genom erfarenhet, goda kunskaper och kollegialt stöd. Distriktssköterskorna visar även ett starkt engagemang för sina arbetsuppgifter och yrkes stolthet samt erhåller uppskattning från vårdtagare och anhöriga som anknyter till *meningsfullhet*.

Frånvarostatistiken över olika professioner inom hela X stad (totalpopulationen) visar på högre frånvarotal (10 %) för hela gruppen distriktssköterskor i jämförelse med övriga kommunala yrkeskategorier. Vår enkäts insamlade data redovisar kort- och långtidssjukfrånvaron i intervall (1-7,8-14 och > 30 dagar) och inte den enskilde individens frånvaro i timmar. Detta innebär att nyckeltal för urvalets sjukfrånvaro inte kan beräknas. X- stads kommunövergripande statistik redovisar sjukfrånvaron i procent av årsarbetstiden. Enligt Johnson, Lugn & Rexed (2003) är två till fyra procent sjukfrånvaro att betraktas som en normal biologisk sjuklighet. Åldersfördelning i åldersintervall visar på en god spridning på

olika åldrar utom för åldersgruppen 50-59 år. En analys av rapporterade sjukfrånvaro visade ingen skillnad mellan åldersgrupperna. Äldre distriktssköterskor hade lika god närvaro som yngre. Distriktssköterskorna anser att de har en chef som ingriper vid hög arbetsbelastning, ger stöd och är tydlig. I framtiden bör ledarskapet även inriktas på att se möjligheter i en expanderande verksamhet och se styrkor hos medarbetarna. Enligt Cooperrider och Whitney (2005) kan Appreciative Inquiry (AI) leda till att stärka och förutsäga en organisations förmåga att möta framtiden genom att stärka medarbetarnas styrkor.

9 Metoddiskussion

Detta avsnitt lägger fokus på reflektion av tillvägagångssättet för uppsatsen. Fördelar respektive nackdelar med datainsamlingen och databearbetningen tas upp. Det är vanligt att kombinera kvantitativ och kvalitativ metod där syftet med undersökningen är att få förståelse för ett fenomen och förklaring till enstaka samband (Justesen, Mik & Meyer, 2011). Från en kvantitativ undersökning kan det växa fram kvalitativa undersökningar (ibid.). Forskaren kan få insikt kring generella mönster som kan ge underlag till frågor som ställs i den kvalitativa undersökningen (ibid.). Denna studie kombinerade kvantitativ och kvalitativ metod vid insamling av data. Primära data har insamlats via enkäter och semistrukturerade intervjuer samt sekundär data har inhämtats via personalstatistik. Skribenternas ursprungliga tanke var att få mer information via personalstatistik utöver sjukfrånvarostatistiken. Designen av insamling av data kan ändå betraktas som en triangulering då vi har samlat in information via enkäter, intervjuer och litteratur. Jacobsen (2012) anser att fördelen med triangulering är att den ger fördjupad information och bättre förståelse av fenomenet som ska undersökas. Enkäten för studien innehåller frågor som berör fysiska, psykiska och sociala faktorer för att vi ville få en bredare bild av hälsa och välmående. En del av enkätfrågorna anknyter till krav, kontroll och stödmodellen. Många forskare använder krav, kontroll och stödmodellen för att analysera den psykosociala arbetsmiljön (Järvholm & Reuterwall, 2012). Johnson och Hall (1988) kompletterade variablerna krav och kontroll med socialt stöd. Till studiens enkät konstruerades speciella frågor som berörde variabeln stöd. Detta tillförde undersökningen en fördjupning och ökad förståelse av distriktssköterskornas psykosociala arbetsmiljö. I svaren på enkätfrågorna drabbades vissa frågor av internt bortfall. De öppna frågorna lämnade fem informanter obesvarade. Öppna frågor kan ibland leda till bekvämlighetsbortfall eller att frågorna är känsliga för respondenterna att besvara. Det externa bortfallet i vår studie är litet. Enkäten besvarades av 21 av 26 distriktssköterskor. Orsaken till den höga svarsfrekvensen beror i hög grad att chefen engagerade sig för att medarbetarna skulle besvara enkäten. Större delen av frågorna redovisas i frekvenser och medelvärde (index) på grund av urvalets storlek

understiger 50 individer. Omvända frågor kan ge ett lågt index på grund av den statistiska bearbetningen av den flergradiga skalan med skalpoängen 1-5. Valet av fyra datainsamlingsmetoder visade på en innehållsmässig överensstämmelse beträffande enkätsvar, intervjusvar och litteratur medan personalstatistiken inte gav tillräckligt information för studien, då vi enbart fick tillgång till frånvarostatistik. Vid bearbetningen av enkätsvaren framkom att en person varit utsatt för hot eller våld. Denna fråga skulle ha omkonstruerats eftersom den inte tydliggör om det rör sig om hot eller våld.

10 Resultatdiskussion

I detta avsnitt ligger fokus på vad resultatet av studien innebär för distriktssköterskorna och deras psykosociala arbetsmiljö inom hemsjukvården i relation till tidigare forskning.

Distriktssköterskorna inom hemsjukvården i X-stad trivdes bra. Många hade mer än fem års yrkeserfarenhet inom yrket, trivdes med sina arbetsuppgifter, kände motivation och arbetsglädje. En jämförbar studie genomfördes bland distriktssköterskor i Stockholm avseende stress, arbetstillfredsställelse, kontroll och hälsa. Studien rapporterar hög nivå av arbetsrelaterad stress, hög grad av trivsel och kontroll samt stress på grund av pågående organisationsförändringar. Deras studie visar att distriktssköterskor ofta trivs och har hög kontroll i arbetet. (Doncevic, Romelsjö & Theorell, 1998).

Distriktssköterskornas arbete kan betraktas som aktivt med höga krav av egen kontroll och psykiska arbetskrav (Theorell, 2012). Aktiva arbeten leder till stort handlingsutrymme, strategier att hantera stress, arbetskraven kan förvandlas till problemlösning som kan leda till en god psykosocial arbetsmiljö (Karasek & Theorell, 1990). Distriktssköterskorna anser att de har tillräckligt med handlingsutrymme och att arbetsbelastningen delvis kan vara ansträngd och psykiskt påfrestande som kan leda till stressreaktioner. De känner även att de har tillräckligt inflytande och kontroll på sina arbetsuppgifter. Enligt figur 2 (s.24) visar denna att distriktssköterskorna är aktiva med höga krav, höga beslutsutrymmen och högt stöd. En framräknad kvotpoäng mellan krav/kontroll ger kvotpoäng 0,85, vilket kan antyda en hög arbetsbelastning för distriktssköterskor. Många av förändringarna som drabbar hemsjukvården ligger delvis utanför distriktssköterskornas möjligheter att påverka, vilket framkom i studien.

Socialt stöd upplevde distriktssköterskorna att de fick av patienter och anhöriga. De hade även möjligheter att erhålla kollegialt stöd och chefsstöd. Enligt Kazemi (2009) kan gruppstillhörighet bidra till en positiv självbild och medverka till välbefinnande. Distriktssköterskorna bildar en homogen arbetsgrupp inom hemsjukvården. I krav- kontroll - stöd modellen betraktas

ledarskapet som en del av stöd-dimensionen (Theorell, 2012). Bristande socialt stöd medför ökade risker för att utveckla stressrelaterade sjukdomar. Socialt stöd innebär att ha möjligheter att prata med arbetskamrater under arbetstid och raster. Det kan även medverka till att förebygga negativ stress och öka känslan av kontroll. Personer med aktiva arbeten och stort socialt stöd upplevde sin arbetssituation bättre och mera positiv än personer som saknade stöd (Johnson & Hall, 1988).

Distriktssköterskegruppen har tillgång till följande hälsofrämjande faktorer på individnivå: yrkesstolthet, eget ansvar, delvis möjligheter att påverka den egna arbetssituationen, meningsfullt och positivt arbete samt möjligheter till personlig utveckling. På gruppnivå finns en stark samhörighet – vi-känsla, förtroende, tydlig kommunikation, bra arbetskamrater och god stämning. På organisationsnivå finns en närvarande chef, tydlighet, delvis tillräckliga med resurser (ibland svårigheter att få tillgång på vikarie, återkoppling på genomfört arbete samt tid för reflektioner).

Stress och arbetsrelaterad ohälsa uppstår när de psykiska kraven är högre än den egna kontrollen/ handlingsutrymmet (Johnson, 1986). Det finns markörer i enkätsvaren hos enskilda individer som tyder på stressorer som kan ge svårigheter med sömnen, sjuknärvaro, problem med avkoppling och återhämtning samt stark arbetsbelastning. Några distriktsköterskor önskade reducerad arbetstid. Ohälsa orsakas av organisatoriska och sociala förhållanden på arbetsplatsen. Drygt en av tre får nästan aldrig stöd eller uppmuntran från chefen. I samband med underbemanning uppstår känslor av otillräcklighet som bidrar till psykisk påfrestelse. Stor arbetsmängd, ständiga förändringar, ensamarbete, risker för hot och våld är psykosociala faktorer i arbetsmiljön som kan leda till en psykisk ohälsa (Arbetsmiljöverket, 2014). Personalstatistiken för X- stad visade att frånvaron inom distriktssköterskegruppen ligger något högre än några andra kvinnoyrken inom X-stad. En anledning till sjuknärvaro kan vara svårigheter att få vikarie i samband med frånvaro eller att arbetsuppgifterna samlas på hög eller att det kostar att stanna hemma ekonomiskt. Hög sjuknärvaro finns inom distriktssköterskeyrket. Ofta på grund av svårigheter att få in ersättare men är även kopplad till låg inkomst (Aronsson, Gustafsson och Dallner, 2000). Intervjuerna nämnde hög personalomsättning bland yngre medarbetare inom hemsjukvården, vilket skapade kontinuitetsproblem. En förklaring till hög personalomsättning av yngre medarbetare kan bottna i osäkerhet i yrkesrollen, rollkonflikter (Chang & Hancock, 2003). Personalomsättning leder till ökad arbetsbelastning för kolleger. Vidare tar det tid att få in ersättare för den som slutat. Kvällsjouren upplevdes som stressande på grund av ensamarbete med vårdinsatser och samtidigt vara tillgänglig på telefon (jourtid/många ingående samtal)

som störde pågående vårdinsats. Distriktssköterskan har stort ansvar för människor (Arbetsmiljöverket, 2014). Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) har i Sverige ofta fokus på felsökning och riskfaktorer i arbetsmiljön i stället för att se styrkor hos medarbetarna. Arbetspsykologi utanför Sverige studerar mer de enskilda individernas förmåga att hantera stress (coping) medan Sverige har mer fokus på den fysiska och psykosociala arbetsmiljön.

11 Slutsatser

Genom att studera den psykosociala arbetsmiljön vilket i detta fall är hemsjukvården, visas hänsyn gentemot personalen (distriktssköterskorna). Personalen är en viktig resurs och därmed viktig att ta hänsyn till. Är arbetsmiljön hälsofrämjande kan detta leda till ökad produktivitet. Vidare kan detta resultera i att både arbetstagaren respektive arbetsgivaren gynnas. En personal som känner glädje samt motivation i arbetet kan bidra till ökad lönsamhet respektive konkurrenskraft för verksamheten. Minskar sjukfrånvaron inom personalen kan detta i sin tur leda till minskade utgifter för verksamheten. Upplever personalen att de har inflytande över sitt eget arbete samt god kommunikation med ledningen, kan detta bidra till att kompetensen som de besitter används på ett mer optimalt sätt. Det är viktigt att begränsa riskerna samt utveckla det som är positivt i arbetsmiljön. Studien visar att distriktssköterskorna i X-stad kände sig starka i sin yrkesroll, visade stor motivation och arbetsglädje samt hade tillräckligt handlingsutrymme att lösa sina arbetsuppgifter. Detta innebär att distriktssköterskorna besitter en stark KASAM, känsla av sammanhang, genom att göra sitt arbete begripligt, hanterbart och meningsfullt. Distriktssköterskorna inom hemsjukvården hanterar stress på ett bra sätt, även om det finns markörer för arbetsrelaterad stress hos några informanter. I ett personaladministrativt perspektiv bör den framtida utvecklingen av distriktssköterskornas arbetsmiljö följas upp på grund av ökad arbetsbelastning inom hemsjukvården och allt fler äldre med multiproblem i diagnoser och i behov av medicinska/tekniska hjälpmedel. Troligen kommer även antalet äldre i behov av vård och omsorg i livets slutskede öka. En del av förändringarna ligger utanför distriktssköterskornas kontroll och behöver därför följas upp ur ett organisatoriskt perspektiv av verksamhetsansvariga och personalfunktionen. Denna studie är genomförd med ett litet urval, vilket gör att resultaten ej är generaliserbara på motsvarande verksamheter. Eventuellt skulle en större studie kunna genomföras i framtiden. Framtida forskning kan belysa kommunikationen mellan hemsjukvården och sjukvården avseende rutiner och medicinhantering. Många undersökningar av ledare och anställda fokuserar på negativa drag i stället för positiva. Vi söker ofta fel på människor i stället för att se deras styrkor. Hur hanteras besvärliga situationer? Vad gör att de anställda lyckas med olika arbetsuppgifter? Målet är att skapa

positiva arbetsplatser och välbefinnande. En annan forskningsfråga som kräver fördjupning är ökade ohälsotal för psykisk ohälsa hos kvinnor. Slutligen kan det vara rekommenderat att utföra vidare forskning kring sjuknärvaro. För mycket sjuknärvaro utan återhämtning kan leda till att anställda drabbas av utökad trötthet och på sikt kan detta resultera i långtidssjuk-skrivningar.

Referenser:

- Agerberg, M. (2008). Brister i hemsjukvården hotar patientsäkerheten. [Elektronisk version]. *Läkartidningen*, 47, 3450.
- Andersson, S & Lundström (2010, februari). Könnsstruktur per utbildning och yrke. [Elektronisk version]. *Arbetsmiljöverket*, 2010:1, 1-72.
- Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur AB
- Arbetsmiljöverket. (2012). Kvinnors arbetsmiljö -Tillsynsaktivitet 2012 inom regeringsuppdraget. [Elektronisk version]. *Arbetsmiljöverket*, Delrapport 2012:11, 1-11.
- Arbetsmiljöverket (2012). Stress i arbetslivet. [Elektronisk version]. *Arbetsmiljöverket*, 1-12.
- Arbetsmiljöverket. (2013). Inspektionskampanj SLIC 2012 - psykosociala riskbedömningar. [Elektronisk version]. *Arbetsmiljöverket*, 2013:6, 1-8.
- Arbetsmiljöverket (2014). Psykosociala faktorer i arbetsmiljön. [Elektronisk version].s.1
- Arnetz, B. (2002). Den goda arbetsplatsen – ingen utopi. I G. Leander (Red.), *Jäktad, pressad – utbränd. Forkare diskuterar strategier mot skadlig stress*. Vetenskapsrådet: Elanders Gummessons AB
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M (2000). Sick but yet at work an empirical study of sickness presenteeism. [Elektronisk version]. *J Epidemiol Community Health*, 54, 502-509.
- Basińska, M., Andruszkiewicz, A. & Grabowska, A (2011). Nurses´sense of coherence and their work related patterns of behavior. [Elektronisk version]. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24:3, 256-266.
- Benzein, E., Johansson, B., Saveman B-I. (2004). Families in home care - a resource or a burden? District nurses´ belief. [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 867- 875.
- Berg, S, Ek, L & Körner, S (1992). *Deskriptiv Statistik*. Lund: Studentlitteratur AB
- Björklund, M. & Paulsson, U (2012). *Seminarieboken*. Lund: Studentlitteratur AB
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB
- Cannon, W- B. (1935). Stresses and strains of homeostasis. [Elektronisk version]. *The American Journal of the medical sciences*, 12, 189(1): 13-14
- Chang, E. & Hancock, K (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. [Elektronisk version]. *Nursing and Health Sciences*, 5,155-163.
- Cooperrider, D-L & Whitney, D (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change*. San Francisco: Berett- Koehler Publishers
- Cooperrider, D-L., Whitney, D & Stavros, J-M (2003). *Appreciative Inquiry Handbook: The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change*. Berett- Koehler Publishers

- Distriktssköterskeföreningen (2008). Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. [Elektronisk version]. *Distriktssköterskeföreningen i Sverige*. 1-15.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). Distriktssköterskans uppdrag. [Elektronisk version]. *Distriktssköterskeföreningen i Sverige*. 1- 22.
- Doncevic, S-T., Romelsjö, A. & Theorell, T (1998). Comparison of stress, job satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockholm and Prewar Zagreb. [Elektronisk version]. *Scand J Soc Med*, 26, 2.
- Edling, C & Hedström, P (2003). *Kvantitativa metoder Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur AB
- Freud, S. (1963). *Sexuality and the psychology of love.1: The collected papers of Freud*. New York: Collier Books
- Glise, K (2007). Stressrelaterad psykisk ohälsa – hur ser problemet ut? [Elektronisk version]. *Institut för stressmedicin*, 1-8.
- Gunnarsson, R (2011). Mc Nemar test / teckentest. [Elektronisk version]. *Samhällsmedicin och folkhälsa*. Göteborgs universitet
- Hasson, D. (2008). *Stressa rätt! Öka din energi, hälsa och effektivitet*. Stockholm: ScandBook AB
- Holme, I., Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB
- Hultberg, A. & Ahlberg, G. (2008). En beskrivning av ett urval av de instrument som används inom företagshälsovård och forskning. [Elektronisk version]. *ISM häfte nr 1*, 5-33.
- International Council of Nurses (2012). The ICN Code of ethics for nurses. [Elektronisk version]. 3, 1-12.
- Jacobsen, D-I. (2012). *Förståelse, Beskrivning och Förklaring Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB
- Johnson, J-V. & Hall, E. (1988). Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross- Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. [Elektronisk version]. *AJPH*, 78, 1336-1342.
- Johnsson, J., Lugn, A. & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk: Så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Stockhom: Ekerlids Förlag
- Justesson, L. & Meyer-Mik, N. (2012). *Kvalitativa metoder: Från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur AB
- Järholm, B & Reuterwall, C. Arbetsmiljöns bidrag till hjärt- kärlsjukdom. [Elektronisk version]. *Rapport 2012:9*, 5-77.

- Kazemi, A. (2009). *Välbefinnande i arbetslivet – socialpsykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life*. USA
- Kristensson, J. (2014). *Handbok I uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur
- Lachinger, H., Wong, C., Cummings, G. & Grau, A. (2014). Resonant Leadership and Workplace Empowerment: The Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility. [Elektronisk version]. *Nursing Economics*. 32. 5-44.
- Lazarus, R-S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company: New York
- Leary, J., Gallagher, T., Carsen, J., Fagin, L., Bartlett, H. & Brown, B.J (1995). Stress and coping strategies in community psychiatric nurses: a Q-methodological study. [Elektronisk version]. *Journal of Advance Nursing*. 21.230-237.
- Lundahl, U., Skärvad, P-H. (2008). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Malmö: Bokförlag Holmbergs
- Lundgren, M. (2007). *Psykologi – vetenskap eller galenskap?*. Polen: Pozkal
- Modin, S., Furhoff, A-K. (2004). The medical care of patients with primary care home nursing is complex and influenced by non-medical factors: a comprehensive retrospective study from a suburban area in Sweden. [Elektronisk version]. *BMC Health Center*, 1-10.
- Munch, B., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011). District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. [Elektronisk version]. *Journal of Nursing Management*, 19, 845-854.
- Nordin, A. & Wilén, A. (2004:3). Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige – en belysning utifrån SCB:s statistik. [Elektronisk version]. *Statistiska centralbyrån*, 2004:3, 1-77.
- Nyström, J. (2004). *Jobbet och jag*. Stockholm: Bokförlaget Författares Bokmaskin
- Perski, A. (2002). Utbrändhetens ansikte – trötthet utan botten, tankar utan styrsel. I G. Leander (Red.), *Jäktad, pressad – utbränd*. Forkare diskuterar strategier mot skadlig stress. (s.73) Vetenskapsrådet: Elanders Gummessons AB
- Rout, R. (2000). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 303-309.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaption syndrome. [Elektronisk version]. *British Medical Journal*, 1383-1392.
- Socialstyrelsen (2008). Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. [Elektronisk version]. *Socialstyrelsen*, 6-135.

- Socialstyrelsen (2010). Lägesrapport 2010 Folkhälsa, Hälsa- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre. [Elektronisk version]. *Socialstyrelsen*, 2010:3, 1-149.
- Sofs (1997:14). Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. [Elektronisk version]. *Socialstyrelsen*: 1-12.
- Thomé, B., Dykes, A-K. & Hallberg, I-R. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. [Elektronisk version]. *Journal of clinical nursing*. 2003:12, 860-872.
- Theorell, T (2012). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur AB
- Thylefors, I (1996). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Törnkvist, L., Gardulf, A., Strender, L-E (2000). *Patients Satisfaction with the Care given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centres*. [Elektronisk version]. *Scandinavian journal of caring sciences*, 14, 67-74.
- Wahlberg, K., Wiklander, M., Nygren, Å., Åsberg, M. (2011). Psykiskt sjuk av stress... diagnostik, patofysiologi och rehabilitering. [Elektronisk version]. *Läkartidningen*, 36, 1680-1683
- WHO (1948). WHO definition of health. [Elektronisk version]. *Världshälsoorganisationen*, 1.
- WHO (2001). The world health report 2001. [Elektronisk version]. *Världshälsoorganisationen*, 1-169.
- Währborg, P (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Bokförlaget. Natur och kultur
- Öberg, S (2002). Arbetsskador 2001. [Elektronisk version]. Statistiska centralbyrån, AM69, SM0201.
- Öresland, S (2011). Nurses go visiting: ethics and gender in home based nursing care. [Elektronisk version]. 4-59.
- Österlind, M-L (2013). *Att gestalta och omgestalta sitt ledarskap. Verksamhetsnära chefer inom kommunal omsorgsverksamhet reflekterar över chefsroll och arbetets innehåll*. Lund: Media Tryck

Bilaga 1

Följebrev

Välbefinnande på arbetsplatsen leder till mindre stress och ett bättre välbefinnande. Hälsa och ohälsa inom arbetslivet är en angelägen fråga för samhället och våra arbetsplatser. Inom hemsjukvården är majoriteten av medarbetarna kvinnor. Många kvinnor drabbas av hög arbetsbelastning och stressrelaterad ohälsa.

Vår C-uppsats går ut på att studera den psykosociala arbetsmiljön inom hemsjukvården i X-stad för distriktssköterskor och sjuksköterskor. Vi har varit i kontakt med sektionschefen som informerat oss att ett flertal av er sjuksköterskor upplever vardaglig stress i ert arbete. Den psykosociala arbetsmiljön berör arbetstempo, välbefinnande, utveckling, otrygghet, oklara roller, motivation etcetera.

Vi vill kartlägga hur er verksamhet mår och genom Din insats hoppas vi att vår utvärdering kommer att leda till förändringsarbete för att Ni ska må bättre.

Ett avgörande moment för oss i denna process, är att utföra en enkät som berör psykosociala faktorer samt erhålla deltagare som kan besvara vår enkät.

Syftet är att få en helhetsbild och översikt av er psykosociala arbetsmiljö. Vi hoppas att ni hjälper oss med denna process genom att besvara enkäten. Vi vill även intervju några medarbetare och göra en fördjupning beträffande er arbetsmiljö. Du som även vill delta i en fördjupad intervju, vänligen kontakta sektionschefen för mer information.

Vi respekterar samt tar hänsyn till er som respondenter genom att följa vissa etiska principer. Informationskravet syftar på att vi har ett ansvar att informera deltagarna om undersökningens syfte. Det är värdefullt om Ni vill besvara vår arbetsmiljöenkät (samtyckeskravet) för att vi ska kunna kartlägga er arbetssituation. Konfidentialitetskravet innebär att vi kommer behandla era uppgifter konfidentiellt. Nyttjandekravet syftar på att de uppgifter som vi har samlat in endast får användas för forskningsändamål.

Vår logik är att det är medarbetarna som utgör och representerar organisationen och därmed är Ni de viktigaste resurserna!

Vi som tänker genomföra studien heter Herbert Floria och Jannika Norlin och läser sista terminen av en treårig utbildning på Personal och arbetslivsprogrammet på Högskolan i Kristianstad. Utbildningen tillhör kategorin Human Resources (HR) som syftar på hantering av mänskliga resurser inom en organisation både strategiskt som operativt arbete med

personal och verksamhet. Vår kandidatuppsats, även kallad C-uppsats är ett utredande forskningsarbete på högskolenivå motsvarande 15 högskolepoäng och är en förutsättning för att erhålla kandidatexamen. Vår handledare heter Ann Margreth Olsson och är universitetslektor i socialt arbete.

Era enkätsvar kommer endast att bevaras fram tills vårt examensarbete är klart och kommer sedan tas bort ur SurveyMonkey (webbenkät).

Om du har några frågor eller synpunkter så hör av er till

Jannika och Herbert

examensarbete2014@hotmail.com

Vi tackar på förhand för din medverkan!

Bilaga 2

Sammanställning av enkätsvar

F1. Jag har tagit del av ovanstående information (bilaga 1)

Svarsfrekvens: 20 av 21

F1. Jag har tagit del av ovanstående information...	Antal
Ja	20
Totalt	20

F2. Hur trivs du på din arbetsplats?

Svarsfrekvens: 20 av 21

F2. Hur trivs du på din arbetsplats?	Svar
Mycket bra	10
Bra	10
Varken bra eller dåligt	0
Dåligt	0
Mycket dåligt	0
Totalt	20

F3. Hur länge har du arbetat i det här yrket?

Svarsfrekvens: 20 av 21

F3. Hur länge har du arbetat i det här yrket?	Svar
Under 1 år	2
1-5 år	7
6-10 år	3
11-15 år	2
Över 15 år	6
Totalt	20

F4. Vad är det som lyfter upp dig i ditt arbete?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F4. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
1.Jag tycker att det är roligt att gå till mitt arbete	0	0	3	4	14	21	4,52	
2.Arbetet med människor gör att jag trivs med mitt arbete	0	0	2	4	15	21	4,62	
3.Mitt arbete är självständigt	0	0	0	7	14	21	4,67	
4.Jag är nöjd med mina arbetstider	0	1	1	9	10	21	4,33	
5.Jag har goda relationer med mina arbetskamrater	0	0	0	5	16	21	4,76	
6.Jag har en positiv mängd av stress	0	0	8	9	3	20	3,75	
7.Jag har patienter och anhöriga som uppskattar mitt arbete	0	0	2	5	14	21	4,57	
8. Jag har en chef som bryr sig	1	0	0	7	13	21	4,48	

F5. Dessa frågor berör området ”stöd”

Svarsfrekvens: 21 av 21

F5. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Jag kan få hjälp av mina arbetskamrater när det gäller att lösa arbetsuppgifter	0	0	1	4	16	21	4,71			
Jag får stöd av min chef	1	0	0	6	14	21	4,52			
Vid behov så kan jag erhålla handledning i mitt arbete	3	2	3	5	8	21	3,62			

F6. Dessa frågor berör området ”handlingsutrymme”

Svarsfrekvens: 21 av 21

F6. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Jag har möjlighet att påverka förändringar som berör mina arbetsuppgifter	0	2	5	7	7	21	3,90			
Jag har den befogenhet som krävs för att lösa mina arbetsuppgifter	0	0	2	8	11	21	4,43			
Jag har tillräckligt med handlingsutrymme för att kunna utföra mina arbetsuppgifter på ett bra sätt	0	0	2	13	5	20	4,15			

F7. Dessa frågor berör området ”arbetsbelastning”

Svarsfrekvens: 21 av 21

F7. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg
Min arbetsmängd känns acceptabel	1	1	4	8	7	21	3,90			
Jag har den tid som krävs för att utföra mina arbetsuppgifter	1	1	5	8	6	21	3,81			
Mina arbetsuppgifter är psykiskt påfrestande	3	4	8	4	2	21	2,90			

F8. Kommer du att arbeta inom ditt nuvarande yrke om två år?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F8. Kommer du att arbeta inom ditt nuvarande yrke om två år?	Svar
Ja	17
Nej	1
Vet ej	3
Totalt	21

F9. Hur många dagar under de senaste tolv månaderna har du sammanlagt varit borta från arbetet på grund av sjukdom?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F9. Hur många dagar under de senaste tolv månaderna har du sammanlagt varit borta från arbetet på grund av sjukdom?	Svar
Ingen dag	3
1-7 arbetsdagar	14
8-14 arbetsdagar	3
15-30 arbetsdagar	0
Fler än 30 arbetsdagar	1
Totalt	21

F10. Har det hänt att du gått till arbetet trots att du borde ha sjukanmält dig på grund av ditt hälsotillstånd under de senaste tolv månaderna?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F10. Har det hänt att du gått till arbetet trots att du borde ha sjukanmält dig på grund av ditt hälsotillstånd under de senaste tolv månaderna?	Svar
Aldrig	4
En gång	12
2-3 gånger	4
4-5 gånger	0
Mer än 5 gånger	1
Har inte varit sjuk under de senaste tolv månaderna	0
Totalt	21

F11. Erhåller du vikarie i samband med frånvaro från arbetet?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F11. Erhåller du vikarie i samband med frånvaro från arbetet?	Svar
Ja	11
Nej	10
Totalt	21

F12. Hur ser din tjänstgöring ut?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F12. Svartalernativ	Ja	Nej	Totalt
Oregelbunden arbetstid	2	16	18
Nattarbete	0	15	15
Helgarbete	13	6	19
Jour/beredskap	0	15	15

F13. Vad har du för anställningsform?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F13. Vad har du för anställningsform?	Svar
Tillsvidareanställning	20
Vikariepool	0
Timanställning	0
Korttidsvikariat	0
Långtidsvikariat	1
Totalt	21

F14. Jag arbetar...

Svarsfrekvens: 21 av 21

F14. Jag arbetar...	Ja	Nej	Totalt
Heltid 100 %	18	2	20
Deltid 75 %	2	8	10
Deltid 50 %	0	9	9
Deltid 25 %	0	9	9
Om du är anställd på deltid skulle du vilja utöka din arbetstid?	2	5	7
Skulle du vilja reducera din arbetstid?	4	9	13

F15. Har du under de senaste tolv månaderna drabbats av hot eller våldssituation?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F15. Har du under de senaste tolv månaderna drabbats av hot eller våldssituation?	Svar
Ja	1
Nej	20
Totalt	21

F16. Har ni rutiner ifall det sker avvikelser?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F16. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg
Har ni rutiner ifall det sker avvikelser?	0	0	0	3	18	21	4,86			

F17. Dessa frågor berör området "ledarskap"

Svarsfrekvens: 21 av 21

F17. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Ingriper din chef när du har allt för mycket arbete att utföra?	0	0	6	7	8	21	4,10			
Vet du vilka förväntningar din chef har av dig i ditt arbete?	0	0	6	6	9	21	4,14			
Får du regelbunden återkoppling av din chef, hur du har utfört ditt arbete?	2	4	5	5	5	21	3,33			
Är chefen tydlig vad gäller innehållet samt omfattningen av dina arbetsuppgifter?	0	0	7	3	11	21	4,19			

F18. Dessa frågor berör området "utveckling"

Svarsfrekvens: 21 av 21

F18. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Har du tillräckligt med kompetens för att utföra dina arbetsuppgifter?	0	0	1	6	14	21	4,62			
Har du möjligheter att erhålla nya kunskaper om arbetsuppgiften kräver detta?	0	0	3	2	16	21	4,62			
Har du tid för reflektion över utfört arbete?	1	1	11	2	6	21	3,52			
Kan du utvecklas yrkesmässigt och personligt i ditt arbete?	1	0	3	6	11	21	4,24			

F19. Dessa frågor är specifika för kravindex

Svarsfrekvens: 21 av 21

F19. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Kräver ditt arbete alldeles för stor arbetsinsats?	6	5	8	1	1	21	2,33			
Kräver ditt arbete nästan hela tiden att du är fokuserad på dina arbetsuppgifter?	2	0	5	2	12	21	4,05			
Måste du varje vecka dra in på luncher, arbeta över eller ta med arbetsuppgifter hem?	8	5	4	3	1	21	2,24			
Har du tillräckligt med tid för att hinna med dina arbetsuppgifter?	0	1	7	8	5	21	3,81			

F20. Dessa frågor berör området för egen kontroll

Svarsfrekvens: 21 av 21

F20. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Upplever du att du har tillräckligt med eget inflytande över dina arbetsuppgifter?	0		1		2	7		11	21	4,33
Väljer du själv i vilken ordning arbetsuppgifterna ska utföras?	0		0		2	6		13	21	4,52
Jag har krafter kvar att göra annat efter arbetsdagens slut?	0		2		7	6		6	21	3,76
Jag kan koppla av psykiskt från mitt arbete på min lediga tid?	0		1		5	4		11	21	4,19

F21. Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F21. Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd?	Svar
Dåligt	0
Ganska dåligt	0
Varken eller	1
Ganska bra	12
Mycket bra	8
Totalt	21

F22. Denna fråga berör området välbefinnande:

Svarsfrekvens: 21 av 21

F22. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Jag känner mig trygg i min yrkesroll och har lätt för att sätta gränser och markera	0		0		1	8		11	20	4,50

F23. Vilka känslor har du upplevt i arbetet under den senaste veckan?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F23. Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis	3	4	Stämmer helt	5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Avslappnad	4		3		5	3		6	21	3,19
Spänd	6		3		8	4		0	21	2,48
Aktiv	0		0		3	4		14	21	4,52
Stressad	2		4		6	9		0	21	3,05
Energisk	0		1		6	9		0	21	4,05
Pressad	8		2		7	4		0	21	2,33
Lugn	0		3		6	6		6	21	3,71
Passiv	14		2		4	0		0	20	1,50
Ineffektiv	17		0		3	1		0	21	1,43
Effektiv	0		0		3	4		14	21	4,52
Öppen	0		0		4	3		14	21	4,48

F24. Dessa frågor berör området ”välbefinnande”

Svarsfrekvens: 21 av 21

F24. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Har du känt dig fysiskt trött under mer än två veckor?	9		2	4	4	2	21	2,43
Har du känt dig psykiskt trött under mer än två veckor?	6		2	5	7	1	21	2,76
Har du varit utsatt för stor påfrestning eller upplevt dig pressad under mer än sex månader?	10		3	3	2	3	21	2,29

F25. Har du under de senaste tolv månaderna upplevt...

Svarsfrekvens: 21 av 21

F25. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Koncentration- eller minnessvårighet	15		2	2	2	0	21	1,57
Nedsatt förmåga att hantera krav eller göra saker under tidspress	12		3	4	2	0	21	1,81
Har du haft sömnsvårigheter?	14		5	1	1	0	21	1,48
Upplevt kroppsliga besvär eller smärtor t ex ledvärk, bröstsmärtor, hjärtklappning, yrsel	11		3	3	3	1	21	2,05

F26. Stress innebär att du upplever oro, känner sig spänd eller rastlös eller har problem att sova på natten. Känner du av någon sådan stress för närvarande?

Svarsfrekvens: 21 av 21. Lågt index är att föredra.

F26. Skala 1-5. Ett står för ”stämmer inte alls” och fem står för ”stämmer helt”	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Stress innebär att du upplever oro, känner sig spänd eller rastlös eller har problem att sova på natten. Känner du av någon sådan stress för närvarande?	12		6	3	0	0	21	1,57

Redovisning av öppna svarsalternativ från enkätsvaren

Några informanter har utelämnat att svara på de öppna frågorna (F27, F28, F29).

Svarsfrekvensen redovisas på varje fråga.

F27. Vad vill du förändra eller utveckla på din arbetsplats för att du och dina arbetskamrater ska kunna få en bra arbetsmiljö?

Svarsfrekvens: 16 av 21

En distriktssköterska vill ha tillgång till eget arbetsrum, vilket skulle kunna sänka ljudnivån på arbetsplatsen och medföra större möjligheter till bättre arbetsro. De har även önskemål att kollegerna respekterar egentid för eget arbete och reflektion. De önskar även mer tid för kommunikation med arbetskamraterna. I samband med sjukfrånvaro önskas tillgång på vikarie. Administrativa dagar eller tid önskas för att hinna med ”allt omkring” arbetet. Mobilerna bör stängas av under rasterna. Det bör finnas tydliga mål, rutiner och

arbetsområden och mera utvecklande arbetsuppgifter. Det behövs även mer patienttid och fler kolleger samt ökad tid för arbetsuppgifterna.

F28. Utifrån din arbetsituation vad är viktigast för dig? Svarefrekvens: 17 av 21

Distriktssköterskorna anser att det är viktigt att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt samt ta tid för vårdtagare och vårdpersonal. Patientens bästa och säkerhet är alltid i fokus. Distriktssköterskorna anser att det är viktigt att trivas med sina arbetsuppgifter och att det finns tillgång på bra bemanning samt utvecklingsmöjligheter inom arbetet. På arbetsplatsen ska det finnas en god stämning och ansvarstänkande. Det bör även finnas ett salutogent synsätt i arbetet. Vårdinsatser ska göras korrekt så att det blir bra för patienterna samt att patienterna ges möjligheter till feedback. Det är viktigt att ha ett fungerande tjänstgöringsschema som fungerar med privatlivet.

F29. Hur ser en önskad arbetsdag ut för dig? Svarefrekvens: 16 av 21

Det är viktigt att ha tid för planering och kunna utföra arbetsuppgifterna noga samt ha kontakt med hemtjänstgruppen. Det ska finnas tid för dokumentation och att reflektera tillsammans med arbetskamraterna. Det ska finnas möjligheter att ha rast tillsammans. Möjligheter till längre rast i samband med lunch (en timme). Att ha möjligheter till en lugn och harmonisk dag utan stress. Det ska finnas tillgång till glada och nöjda arbetskamrater. Det ska finnas lagom med tid för patienterna och möjligheter att prata med patienterna som behöver detta. Bättre rutiner och jämn arbetsbelastning är önskvärt. Det ska finnas arbetsro och arbetsglädje på arbetsplatsen. Möjligheter till ökad kontakt med högskola och universitet.

F30. Kön?

Svarefrekvens: 21 av 21

F30. Kön	Antal
Man	1
Kvinna	20
Totalt	21

F31. Ålder?

Svarefrekvens: 21 av 21

F31. Ålder	Antal
20 - 29	3
30 - 39	3
40 - 49	4
50 - 59	9
60 - 67+	2
Totalt	21

F32. Civilstatus?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F32. Civilstatus	Antal
Ensamstående	9
Gift	3
Sambo	9
Totalt:	21

F33. Har Du/Ni några barn som bor hemma?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F33.Har Du/Ni några barn som bor hemma?	Antal
Ja	11
Nej	10
Totalt	21

F34. Jag upplever ett stort ansvar för hemmet (tvätt, städning, inköp)

Svarsfrekvens: 21 av 21

F34 Skala 1-5. Ett står för "stämmer inte alls" och fem står för "stämmer helt"	Stämmer inte alls	1	2	Delvis 3	4	Stämmer helt 5	Totalt	Genomsnittligt betyg/ index
Jag upplever ett stort ansvar för hemmet (tvätt, städning, inköp?)	2	3	2	4	10	21	3,81	

F35. Har du ansvar för omvårdnad av vuxen närstående?

Svarsfrekvens: 21 av 21

F35. Har du ansvar för omvårdnad av vuxen närstående?	Antal
Ja	0
Nej	21
Totalt	21

F36. Jag är utbildad....

Svarsfrekvens: 21 av 21

F36. Jag är utbildad...	Antal
Legitimerad sjuksköterska	9
Leg sjuksköterska med vidareutbildning distriktssköterska	8
Leg sjuksköterska med annan vidareutbildning	4
Totalt	21

Bilaga 3

Intervjufrågor till sektionschefen:

1. Hur länge har Du arbetat inom hemsjukvården?
2. Vad upplever du som viktigast för dig i ditt arbete som arbetsledare inom hemsjukvården?
3. Upplever du att din personal känner arbetsglädje?
4. Vilka styrkor ser du hos dina medarbetare?
5. Hur upplever du distriktssköterskornas arbetsmiljö?
6. Hur ser du på dina medarbetares sjuknärvaro respektive sjukfrånvaro?
7. Har du någon medarbetare som är långtidssjukskriven?

Intervjufrågor till distriktssköterskor:

1. Hur länge har Du arbetat inom hemsjukvården?
2. När är ditt arbete som mest givande?
3. Vad ger ditt arbete mening och stimulans?
3. Vad gör din arbetsplats attraktiv?
4. Vad gör att du trivs med dina arbetsuppgifter?
5. Skulle du rekommendera din arbetsplats till en blivande kollega?
6. Hur märker du om en kollega är stressad?
7. Hur stöttar du en kollega som är stressad?
8. Hur upplever du en stressad situation i kontakt med en vårdtagare?
9. Hur hanterar du en stressad situation i kontakt med en vårdtagare?
10. Vad upplever du som svårast i din yrkesroll?
11. Vad motiverar dig i ditt arbete?
12. Hur hanterar du stress i ditt arbete?
13. Vilka stressorer finns i din arbetsmiljö?
14. Vilka stressorer anser du är svårast att hantera? (Är det till exempel arbetsmiljön, svårt sjuka, patienter/anhöriga, tidsbrist, arbetsbelastning).
15. Vad bidrar till en hälsofrämjande arbetsplats inom hemsjukvården?
16. Hur får du handledning i att hantera svåra och besvärliga situationer med patienter och anhöriga?
17. Hur upplever du att du kan påverka din arbetssituation?
18. Vad upplever du som positivt i din yrkesroll?
19. Vad ger arbetsglädje inom hemsjukvården?
20. Upplever du att dina arbetsuppgifter har förändrats under de senaste åren? På vilket sätt?
21. Hur ser du på sjuknärvaro hos dina kollegier?