



Salutogena arbetsfaktorer för friska medarbetare - en enkätstudie inom primärvården

*Lina Ejlertsson
Bodil Hejbel
Göran Ejlertsson
Ingemar Andersson*

KRISTIANSTAD UNIVERSITY PRESS

Salutogena arbetsfaktorer för friska medarbetare

- en enkätstudie inom primärvården

Lina Ejlertsson

Bodil Heijbel

Göran Ejlertsson

Ingemar Andersson

Kristianstad University Press
Grafisk form omslag: Thomas Ottosson, Högskolan Kristianstad
Tryck: Högskolan Kristianstads tryckeri, Kristianstad 2014

ISSN: 1654-0131 2014:01

Forskningsmiljön Människa • hälsa • samhälle 2014:01
© Respektive författare

Projektgrupp

Från Högskolan Kristianstad

Ingemar Andersson (IA), bitr professor i folkhälsovetenskap,
allmänläkare

Göran Ejlertsson (GE), professor i folkhälsovetenskap

Lina Ejlertsson (LE), magister i folkhälsovetenskap, forsknings-
assistent

Från Region Skåne

Bodil Heijbel (BH), med dr i personskadeprevention, allmänlä-
kare

För ytterligare information kontakta

Lina Ejlertsson: lina@ejlertsson.se

Ingemar Andersson: ingemar.andersson@hkr.se

Bodil Heijbel: heijbelbodil@gmail.com

Sammanfattning

Bakgrund: En fungerande primärvård är viktig för invånarnas hälsa. Hälso- och sjukvården i Sverige är under stor press och sjukvårdspersonalens välbefinnande är ett omdiskuterat ämne. Många studier i primärvården lyfter fram stress och ohälsa bland personalen, medan s.k. salutogena studier, dvs. sådana som lyfter fram resurser och möjligheter, i princip saknas. Det övergripande syftet med denna studie var att belysa goda arbetsförhållanden i primärvården ur ett salutogent perspektiv.

Metod: En enkätstudie genomfördes vid samtliga 26 vårdcentraler, 18 offentliga och åtta privata, i sex kommuner i nordöstra Skåne. Enkäten riktade sig till alla anställda inom primärvården (n = 599). Frågorna omfattade olika dimensioner av arbetsförhållanden och hälsa. Som bas användes två salutogent inriktade mätinstrument: SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale), som mäter indikatorer på hälsa, och WEMS (Work Experience Measurement Scale), med frågor om upplevelsen av arbetet och arbetsituationen. Dessa frågor kompletterades med nyskapade frågor. Dels gjordes en inledande intervjustudie, som resulterade i frågor av särskild relevans för primärvården, dels inkluderades frågor inspirerade av befintliga frågeinstrument. Index bildades utifrån de olika områdena, vilka skapades genom att frågor med logiskt samband slogs samman. Samtliga index presenteras i den här rapporten.

Resultat: Den totala svarsfrekvensen var 84 procent. Det fanns stora individuella variationer mellan de olika vårdcentralerna. Hälso- och sjukvårdstillståndet hos de anställda var i första hand associerat med *återhämtning*, följt av *balans mellan arbete och privatliv* samt *individuella inre arbetsupplevelser*, som t.ex. att kunna gå till jobbet med glädje och att uppleva arbetet som meningsfullt och utmanande. *Egenskaper som präglar arbetsplatsen* hade det tydligaste förhållandet till upplevelsen av energi på arbetet, och det mest signifikanta sambandet med feed-

back var att ha en *tillgänglig chef*. Det fanns en positiv trend för den yngre åldergruppen (<35 år) i upplevelsen av hälsa (SHIS). Samma grupp hade inom flera andra områden signifikant högre värden än resterande åldersgrupper, bl.a. gällande individuella inre upplevelser samt upplevelsen av feedback och arbetet som energigivare. Bland yrkesgrupperna var SHIS högt bland sköterskorna liksom upplevelsen av arbetet som energigivare. Den paramedicinska personalen upplevde självbestämmande såväl som möjlighet till reflektion på arbetet i störst utsträckning, medan den administrativa personalen tillsammans med läkarna upplevde högst grad av feedback på arbetet.

Slutsats: Studien ger en grund för arbetsrelaterade insatser i syfte att stärka de funna salutogena faktorerna, samt för att öka de anställdas deltagande i framtida hälsofrämjande arbete. Varje vårdcentral har genom studien goda möjligheter att arbeta vidare med de egna resultaten.

Innehållsförteckning

Projektgrupp	1
Sammanfattning	3
Bakgrund	7
Syfte.....	9
Metod	11
Val av metod och urval	11
Tillvägagångssätt.....	11
Enkät.....	13
Analys.....	14
Index	14
Etiska överväganden.....	16
Läsanvisning	17
Resultat	19
Hälsa - SHIS	19
Balans mellan arbete och privatliv	21
Upplevelser av arbetet - WEMS.....	22
Stödjande arbetsförhållanden	23
Individuella inre upplevelser	25
Självbestämmande.....	26
Tidsupplevelse.....	28
Ledarskap	30
Egenskaper som präglar arbetsplatsen	31

Feedback	33
Reflektion.....	35
Återhämtning	37
Arbetet som energigivare	39
Diskussion.....	43
Upplevelsen av hälsa.....	43
Framtida möjligheter.....	47
Tillkännagivanden	49
Referenser	51

Bakgrund

En fungerande primärvård är viktig för invånarnas hälsa. Den svenska primärvården har under senare tid diskuterats och debatterats ur olika perspektiv. Brister i tillgänglighet, kontinuitet och innehåll har framhållits ur patientperspektiv medan resursbrist, ansträngda medarbetare och brist på personal har präglat arbetssituationen för de anställda. Avsikten med den här studien är att belysa hälsa och arbetsförhållanden i primärvården ur ett salutogent perspektiv, för att ytterligare kunna stärka dem.

Den svenska primärvården har under de senaste decennierna genomgått flera och omfattande organisatoriska förändringar. Olika vårdvalssystem har introducerats, ersättningsvarianter har provats och ledningsfunktioner har förändrats. Arbetsbelastningen i primärvården har sedan mer än 15 år ökat i samband med en kraftig reduktion av slutenvården. Både läkare och sjuksköterskor, men också sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt administrativ personal, har i varierande omfattning påverkats av den ökade belastningen, där sjukskrivning och en ”frivillig” nedgång i arbetstid har ökat (Agerberg, 2013).

En nyligen publicerad enkätstudie har visat att förekomst av s.k. illegitima eller oskäligen arbetsuppgifter, dvs. uppgifter som egentligen skulle utföras av någon annan, i hög grad bidrar till stress hos läkare (Aronsson, Bejerot & Härenstam 2012). Arbetsmiljöfrågor har aktualiserats på flera skånska vårdcentraler den senaste tiden, då arbetsmiljöverket påpekat alltför belastande arbetsförhållanden. Studier har genomförts av vårdpersonals upplevda arbetsmiljö; de flesta studierna har dock varit i sjukhusmiljö med genomgående fokus på belastningsgrad och riskfaktorer relaterade till symtom eller sjuklighet (Bejerot et al. 2011; Virtanen et al. 2008).

Av tradition har arbetsmiljöforskning haft en patogen utgångspunkt. Det paradigmskifte som genomfördes 1986 genom en WHO-

konferens i Ottawa, Kanada, om hälsofrämjande arbete, har successivt utvecklats tänkandet mot ett salutogent angreppssätt. Begreppet salutogenes, vilket myntades av Antonovsky (Antonovsky 1987), tar sin utgångspunkt i de resurser hos människor och miljöer som kan leda till en förbättrad hälsa. Det finns enbart begränsad forskning kring salutogena faktorer bland anställda inom vård och omsorg. Undantag finns dock. Studier från skånska sjukhus beträffande de anställdas arbetsupplevelser och hälsa från ett salutogent perspektiv har redovisats (Ejlertsson et al. 2010; Bringsén, Andersson & Ejlertsson 2011). I en annan svensk studie undersöktes arbetsplatser där bl. a mindre sjukhus samt vård- och omsorgspersonal i hemmet ingick, men inte primärvård. Studien visade att den starkaste korrelationen till självskattad hälsa var att ha tillräckligt gott om tid för att slutföra sina arbetsuppgifter. Goda relationer och stöd från chefer var också viktiga för välbefinnandet bland de anställda (Fjell, Alexander-son & Bildt 2008). Olika salutogena fenomen på arbetsplatsen har identifierats av Nilsson et al. (2012), vilka kan betraktas som specifikt stärkande resurser i en arbetskontext.

Vilka faktorer som påverkar att arbetsförmågan bibehålls har studerats inom olika yrken i Sverige (Lindberg et al. 2005). Faktorer av betydelse för att behålla arbetsförmågan, och som var kopplade till arbetet, angavs vara att uppleva arbetet som inte fysiskt ansträngande, att arbetsplatsen inte hade planer på att försvinna eller stänga ner, att känna sig återställd och full av energi samt att ha en vilja gå till arbetet. Arbetsmiljöverket beskriver att en god arbetsmiljö kan definieras som något mer än en neutral och riskfri arbetsmiljö. Det är en arbetsmiljö som har positiva, gynnsamma effekter på individen (Lindberg & Vingård 2012). Inom arbetspsykologin har begreppet regenerativt arbete skapats, dvs. arbete som har förmågan att återskapa människans resurser (Docherty, Forslin & Shani 2002; Kira & Forslin 2008).

Eftersom studier med fokus på anställda inom primärvården, vilka tar sitt avstamp i det positiva, det hälsosamma och de anställdas resurser, i princip saknas, finns ett stort behov av sådana studier.

Syfte

Projektet genomfördes mot bakgrund av de ständiga larmrapporterna om en hårt ansträngd primärvård samt bristen på kunskap om salutogena arbetsfaktorer. Det övergripande syftet med studien var att belysa arbetsförhållandena i skånsk primärvård ur ett salutogent perspektiv. Avsikten är att den ökade kunskapen ska leda till att de för medarbetarna positiva faktorerna ska kunna stärkas ytterligare.

Metod

Val av metod och urval

En enkätstudie genomfördes vid samtliga 26 vårdcentraler, både offentliga och privata, i nordöstra Skåne. Sex kommuner, bestående av både stads- och landsbygdsområden, valdes ut för deltagande på grund av att de vid projektets start ingick i samma sjukvårdsdistrikt. Målgruppen var samtliga anställda vid de deltagande vårdcentralerna (n = 599). De olika yrkena var läkare, sjuksköterska, undersköterska, distriktssköterska, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, samt administrativ personal (t.ex. medicinsk sekreterare, receptionist och vaktmästare). Ett brett urval av anställda i primärvården var därför representerat i studien. Anställda som var långtidssjukskrivna eller föräldralediga exkluderades, liksom alla verksamhetschefer samt ägare av vårdcentralerna.

Tillvägagångssätt

Projektgruppen kontaktade och/eller träffade verksamhetscheferna på alla vårdcentralerna under våren 2013. Samtliga 26 vårdcentraler ombads att delta i den kommande enkätstudien och alla accepterade. För att få ett underlag till enkätfrågor genomfördes intervjuer. Syftet var att kartlägga vilka salutogena arbetsförhållanden som kan vara specifika för primärvården. Två i projektgruppen (LE och BH) genomförde fem fokusgruppsintervjuer och fyra individuella intervjuer vid sju av de deltagande vårdcentralerna, där både offentliga och privata var representerade. Varje fokusgruppsintervju utfördes av en moderator och en bisittare, medan de individuella intervjuerna genomfördes av en intervjuare enbart. Fokusgrupperna bestod av 3-6 personer med en variation i yrke, ålder och kön. Intervjuerna spelades in digitalt och det transkriberade materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. LE och BH arbetade fram ett preliminärt resultat var för sig

genom att lyssna på alla intervjuer, transkribera dem och analysera dem. Resultatet diskuterades sedan gemensamt och användes för att skapa frågor till enkäten som var relevanta för primärvården.

Frågorna som genererats av intervjuerna kompletterades i enkäten med andra frågor. Sedan enkäten hade ställts samman gjordes en pilotstudie för att öka validiteten, och därmed giltigheten, av studien. En grupp med företrädare för olika yrkesgrupper i primärvården ombads att besvara enkäten medan de samtidigt kommenterade frågorna. Vissa mindre ändringar gjordes och under hösten 2013 erhöll alla anställda enkäten. De fick även ta del av ett informationsblad som förklarade syftet med studien, att deltagandet var frivilligt och att deras svar skulle behandlas konfidentiellt.

Vid 18 av de deltagande vårdcentralerna deltog någon från projektgruppen, oftast LE, på arbetsplatsträffar där de flesta anställda var närvarande. Det möjliggjorde dels att ytterligare information om studien kunde ges och att frågor kunde besvaras, dels att respondenterna fick tid att fylla i enkäten på plats. De anställda som var frånvarande vid mötet fick enkäten i efterhand av verksamhetschefen, tillsammans med informationsblad och frankerat svarskuvert, för en chans att delta.

Vid åtta av de deltagande vårdcentralerna hade ingen från projektgruppen möjlighet att medverka på arbetsplatsträffar. Vid två av dessa vårdcentraler lämnades enkäterna till verksamhetschefen, som tog ansvar för att dela ut dem till medarbetarna. De återstående sex vårdcentralerna fick personlig information om projektet och enkäten lämnades sedan att fyllas i vid ett annat tillfälle (återigen med informationsblad samt frankerat svarskuvert). På grund av studiens krav på konfidentialitet för de deltagande kunde personliga påminnelser inte göras. Istället hade LE och/eller BH kontakt med alla verksamhetschefer och lät dem veta den totala svarsfrekvensen för sina respektive vårdcentraler, varefter de kunde påminna samtliga medarbetare.

Enkät

Enkäten som används i den aktuella studien har ett salutogent perspektiv och omfattar olika dimensioner kopplade till hälsa, t.ex. psykosocial arbetsmiljö, lärande och utveckling, autonomi, ledarskap, självkänsla och optimism, socialt klimat, reflektion samt återhämtning. Som bas användes två salutogent inriktade mätinstrument: SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale), som mäter indikatorer på hälsa (Bringsén, Andersson & Ejlertsson 2009), och WEMS (Work Experience Measurement Scale), med frågor om upplevelsen av arbetet och arbetssituationen (Nilsson et al. 2010). Båda är validerade och psykometriskt testade vid tidigare studier knutna till Högskolan Kristianstad. Dessa frågor kompletterades med nyskapade frågor. Dels genom det analyserade intervjumaterialet (ej presenterat i rapporten), vilket genererade nya frågor, dels inkluderades frågor inspirerade av befintliga frågeinstrument.

För de flesta frågorna (inkl. WEMS) användes en symmetrisk sexgradig skala av Likert-typ, där respondenterna fick ta ställning till olika påståenden. Alla påståenden var positivt formulerade med svarsalternativ från *Instämmer helt* (6) till *Tar helt avstånd* (1). En semantisk differential (där svaren graderades från en positiv till en negativ ytterlighet genom en sexgradig skala) användes i två av frågeområdena. Bakgrundsfrågor om t.ex. ålder, kön och yrke ingick också i enkäten. Ålder var indelat i tre grupper: *yngre än 35 år*, *35-54 år* samt *55 år och äldre*, medan yrke var indelat i fyra logiskt sammansatta grupper: 1. *Läkare*, 2. *Sjuksköterska, undersköterska, distriktssköterska*, 3. *Administrativ personal (receptionist, medicinsk sekreterare, vaktmästare, m.fl.)*, 4. *Paramedicinsk personal (arbetsterapeut, dietist, sjukgymnast, kurator, psykolog)*. (Benämns i resultatredovisningen som *läkare, sköterskor, administrativ personal* och *paramedicin*). Genom grupperingen kunde materialet analyseras statistiskt på ett bra sätt, samtidigt som sammanslagningen möjliggjorde att enskilda respondenter skulle kunna identifieras.

Analys

Den statistiska analysen utfördes med hjälp av SPSS 20.0. Fem index, från några av de olika frågeområdena, skapades som ett tillägg till de redan befintliga indexen för SHIS och WEMS. Samtliga index skapades utifrån det logiska sambandet mellan frågor inom de olika frågeområdena, samt från det som visat sig vara viktigt ur det kvalitativa resultatet. Reliabiliteten, dvs. tillförlitligheten, för alla index har beräknats med Cronbachs alfa. De tolv index som bildats användes tillsammans med enskilda frågor i den statistiska analysen. Vid analysen togs även deskriptiv statistik fram, och för att jämföra olika grupper användes t-test eller envägs ANOVA. Alla statistiska test var tvåsidiga med en signifikansnivå på 0,05.

Index

Nedan följer en beskrivning av de index vars resultat presenteras genom tabeller och diagram i resultatdelen. Med anledningen av det olika antalet frågor som bildar respektive index, men också för att tydliggöra jämförelser, har indexvärdena omvandlats till en skala från 0 till 100, där 0 är det mest negativa värdet och 100 är det mest positiva. För vart och ett av de olika indexen anges ett Cronbachs alfa, vilket är ett mått på hur väl de olika frågorna som ingår i indexet är relaterade. Alla index i studien finns i intervallet 0,73–0,96, dvs. inom det intervall som anses bra för att ett index ska vara användbart.

SHIS index: En semantisk differential (med två ytterligheter) som mäter indikatorer på hälsa och inleds med frågan: *Hur har du känt dig under de senaste 4 veckorna, i följande avseenden?* Frågan följs av tolv påståenden, som t.ex.: *Under de senaste 4 veckorna har jag... känt mig pigg/känt mig trött, utmattad; känt mig glad, optimistisk/känt mig nedstämd, dystert; haft mycket energi/haft lite energi.* Cronbachs alfa: 0,94.

WEMS index: En sammanställning av de sex frågeområden som ingår i WEMS: *stödjande arbetsförhållanden, individuella inre upplevelser, självbestämmande, tidsupplevelse, ledarskap och förändringsarbete*. Cronbachs alfa: 0,82. Vart och ett av dessa områden bildar ett eget subindex. Fem av dem används i rapporten, och de presenteras nedan.

WEMS subindex för stödjande arbetsförhållanden: Sju frågor om arbetssituationen kopplat till stödjande arbetsförhållanden; t.ex. om arbetskamraterna uppmuntrar och stödjer varandra, om de har väl fungerande rutiner samt om de trivs på arbetet. Cronbachs alfa: 0,90.

WEMS subindex för individuella inre upplevelser: Sex frågor om arbetssituationen kopplat till respondenternas egna upplevelser; t.ex. om de går till arbetet med glädje, om arbetet känns meningsfullt samt om arbetet känns som en utmaning. Cronbachs alfa: 0,86.

WEMS subindex för självbestämmande: Fyra frågor om arbetssituationen kopplat till självbestämmande; om respondenterna själva får bestämma när olika uppgifter skall utföras, vad som ska utföras, hur det ska utföras, samt arbetstempot. Cronbachs alfa: 0,85.

WEMS subindex för tidsupplevelse: Tre frågor om arbetssituationen kopplat till tid; t.ex. att hinna med sina arbetsuppgifter utan stress under planerad arbetstid. Cronbachs alfa: 0,87.

WEMS subindex för ledarskap: Sex frågor om arbetssituationen kopplat till ledarskap och ledarens förmågor; t.ex. att vara tillgänglig, att medverka till att arbetet blir rättvist fördelat samt att ha en förmåga att fatta egna beslut vid behov. Cronbachs alfa: 0,92.

Index för egenskaper som präglar arbetsplatsen: En semantisk differential om åtta egenskaper som präglar arbetsplatsen; t.ex.: positiv/negativ, trygg/otrygg, flexibel/rigid. Cronbachs alfa: 0,96.

Index för feedback: Tre frågor om feedback; en om generell feedback för det arbete som utförs samt två frågor om feedback från chefen och från arbetskamraterna. Cronbachs alfa: 0,80.

Index för reflektion: Tre frågor om reflektion: t.ex. om respondenterna tar tid till att reflektera över händelser på arbetet samt om självreflektion hjälper dem att göra arbetet meningsfullt. Cronbachs alfa: 0,73.

Index för återhämtning: Fyra frågor om återhämtning, både under tiden på och utanför arbetet. T.ex. om respondenterna upplever att de får tillräckligt med återhämtning i vardagen såväl som under arbetstid. Cronbachs alfa: 0,83.

Index för arbetet som energigivare: Tre frågor om arbetet som energigivare; t.ex. om respondenterna upplever att de får mycket energi i arbetet och om energin de får i arbetet är större än den de gör av med. Cronbachs alfa: 0,80.

Etiska överväganden

Alla deltagare fick information personligen och eller/genom ett skriftligt informationsblad, som förklarade syftet med studien. De informerades också om det frivilliga deltagandet, den konfidentiella behandlingen av svaren samt att resultaten endast kommer att användas för det beskrivna ändamålet. Studien genomfördes i enlighet med den svenska etikprovningsslagen (SFS 2003:460).

Läsanvisning

Vart och ett av de områden som presenteras under *Resultat* (med undantag för *balans mellan arbete och privatliv*) innehåller två tabeller, uppdelade på kvinnor, män och totalt, med antal personer, medelvärde och standardavvikelse (SD) samt ett p-värde. Tabellerna behandlar ålder respektive yrkesgrupp. Dessutom finns ett diagram som presenterar medianvärden.

SD är ett mått på hur värdena sprider sig kring medelvärdet. Ett högt SD anger att det är stor spridning. I tabellerna redovisas även p-värdet, med en signifikansnivå på 0,05. Ju mindre p-värdet är, desto högre sannolikhet att det finns en verklig skillnad mellan medelvärdena (inte bara slumpmässig). Om p-värdet är mindre än signifikansnivån, dvs. $p < 0,05$, tolkas det som om skillnaden mellan aktuella ålders- eller yrkesgrupper är signifikant, dvs. statistiskt säkerställd. Inte bara skillnader i medelvärde utan även gruppstorlekarna påverkar p-värdet. Det är ”svårare” att få signifikans vid små gruppstorlekar. Därför blir enbart enstaka jämförelser signifikanta bland män, även om medelvärdena är lika dem för kvinnor. Om en grupp är liten ($n < 10$) redovisas inte resultaten, eftersom alltför små grupper kan ge skenbara skillnader som egentligen är slumpmässiga.

I resultatredovisningen framgår 24 vårdcentraler pga. att en vårdfilial samt en vårdcentral (med lågt antal anställda) slagits samman med sina respektive samarbetsenheter. Slutligen, i diagrammen presenteras medianvärdena för samtliga vårdcentraler, sorterade från lägsta till högsta värde för respektive index. Medianen valdes eftersom det är stor skillnad i antal medarbetare vid de olika vårdcentralerna, samt att medianen är mindre känslig för slumpvariation än medelvärdet i sådana fall.

Vid tolkningen av resultatet bör hänsyn tas till de stora organisatoriska förändringar som skedde inom Region Skåne under de månader som

studien pågick. Hälso- och sjukvården indelades i tre stora områden, där sjukhusvård och primärvård är hopslagna: Skånes Universitets-sjukvård (Malmö, Lund), Skånevård Sund (Trelleborg, Ängelholm, Landskrona och Helsingborg) och Skånevård Kryh (Kristianstad, Ystad, Hässleholm). Inom primärvården hade varje vårdcentral tidigare en verksamhetschef, men efter omorganisationen ansvarar varje verksamhetschef för två vårdcentraler och det har tillkommit en chefsnivå, enhetschef, som nu finns på varje vårdcentral. På flera vårdcentraler infördes också det nya journalsystemet PMO i nära anslutning till studiens genomförande.

Resultat

Svarsfrekvensen var 84 procent (n = 501). Majoriteten av respondenterna var kvinnor (n = 430; 86 %) och den största yrkesgruppen var sköterskor (n = 232; 46 %). Den största åldersgruppen var 35-54 år (n = 276; 55 %) och mer än hälften av respondenterna hade en anställning på 81-100 procent (n = 296; 58 %). En beskrivning av respondenterna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. En beskrivning av respondenterna vad gäller kön, ålder, yrke och anställning.

	n	procent
Kön		
Kvinnor	430	86
Män	68	14
Ålder		
34 år och yngre	54	11
35-54 år	276	55
55 år och äldre	170	34
Yrke		
Läkare	99	20
Sköterskor	232	46
Adm. personal	83	17
Paramedicin	86	17
Anställning		
1-50 %	44	9
51-80 %	165	33
81-100 %	288	58

Hälsa - SHIS

För en djupare analys valdes tre teman av positiva påverkansfaktorer ut, vilka hade visat sig vara intressanta i relation till arbetet. Ett av dem var *salutogena indikatorer på hälsa (SHIS)*. De faktorer som visade sig vara mest essentiella för upplevelsen av god hälsa var *återhämtning, balans mellan arbete och privatliv* samt *individuella inre upplevelser*. Nedan presenteras medelvärdena för SHIS i relation till

ålders- och yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt. Resultaten var inte signifikanta, men visade en tendens till att kvinnor i den yngre åldersgruppen (yngre än 35 år) hade ett högre *SHIS* (tabell 2), vilket även gällde för yrkesgruppen sköterskor (tabell 3).

Tabell 2. Medelvärde (SD) för *SHIS* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

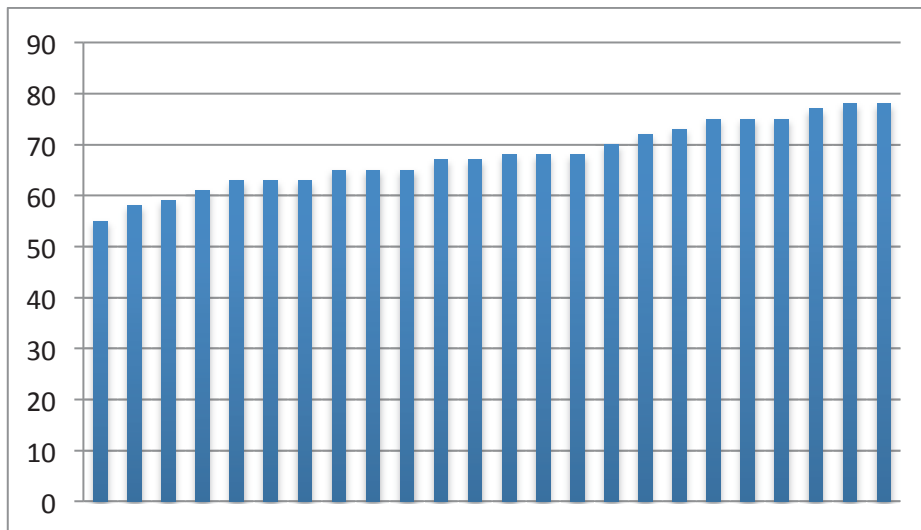
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	42	72,8 (17,57)	10	66,8 (15,08)	54	71,7 (17,15)
35-54 år	245	65,1 (19,10)	23	67,4 (18,89)	276	65,2 (19,06)
55 år och äldre	129	66,3 (18,43)	33	67,4 (17,20)	170	66,4 (18,10)
	p=0,08		p=0,10		p=0,07	

Tabell 3. Medelvärde (SD) för *SHIS* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	45	64,3 (20,57)	50	68,1 (15,75)	95	66,3 (18,19)
Sköterskor	218	68,5 (18,21)	*		225	68,2 (18,18)
Adm. personal	78	63,6 (19,81)	*		79	63,8 (19,76)
Paramedicin	75	63,6 (18,02)	10	64,5 (25,11)	85	63,6 (18,80)
	p=0,08		p=0,78		p=0,13	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande SHIS-värde, presenteras medianen för de olika vårdcentralerna nedan (figur 1). SHIS-värdena sträckte sig från 55 till 78.



Figur 1. Medianen för *SHIS* vid vårdcentralerna.

Balans mellan arbete och privatliv

Till påståendet *Jag är nöjd med min livssituation när det gäller balansen mellan arbetet och privatlivet* svarade 62 procent av respondenterna att de helt, eller nästan helt, instämmer, medan fem procent svarade att de helt, eller nästan helt, tar avstånd.

Tabell 3. Andelen respondenter som instämmer helt eller nästan helt (5+6 på den sexgradiga skalan) med påståendet att vara nöjd med *balansen mellan arbete och privatliv* i relation till kön, ålder och yrke

	n	%	p
Kön			
Kvinnor	429	62	
Män	68	62	0,95
Ålder			
34 år och yngre	53	62	
35–54 år	274	61	
55 år och äldre	169	64	0,77
Yrke			
Läkare	96	54	
Sköterskor	231	67	
Adm. personal	83	69	
Paramedicin	86	51	0,01

Upplevelser av arbetet - WEMS

Medelvärde för *WEMS* i den totala respondentgruppen visade signifikanta skillnader vad gäller åldersgrupp, där gruppen *yngre än 35 år* hade högst värde. Resultatet indikerade att *WEMS*-värdet sjönk med stigande ålder (tabell 4). Vad gäller yrkesgrupp påvisades inga signifikanta skillnader (tabell 5).

Tabell 4. Medelvärde (SD) för *WEMS* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	39	72,2 (11,16)	*		48	72,5 (11,07)
35-54 år	227	65,0 (15,89)	22	68,4 (16,10)	250	68,3 (15,85)
55 år och äldre	116	64,6 (16,46)	27	64,3 (15,47)	144	64,4 (16,18)
	p=0,02		p=0,25		p=0,01	

* n < 10

Tabell 5. Medelvärde (SD) för WEMS i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	42	65,8 (15,98)	42	66,8 (16,00)	84	66,3 (15,90)
Sköterskor	205	66,0 (16,08)	*		212	65,9 (15,91)
Adm. personal	68	66,5 (13,79)	*		69	66,8 (13,91)
Paramedicin	67	63,1 (16,60)	10	68,6 (14,18)	77	63,8 (16,33)
	p=0,58		p=0,62		p=0,67	

* n < 10

Stödjande arbetsförhållanden

Det fanns en skillnad i synen på *stödjande arbetsförhållanden* i relation till ålder, där den yngre åldersgruppen (yngre än 35 år) hade det högsta värdet, dvs. i högst grad upplevde stöd i arbetet. Samma tendens fanns för både män och kvinnor (tabell 6). Det fanns skillnad vad gäller stödjande arbetsförhållanden även i relation till yrkesgrupp, där den administrativa personalen uppvisade ett högre, och paramedicinsk personal ett lägre, värde än resterande grupper (tabell 7).

Tabell 6. Medelvärde (SD) för *stödjande arbetsförhållanden* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

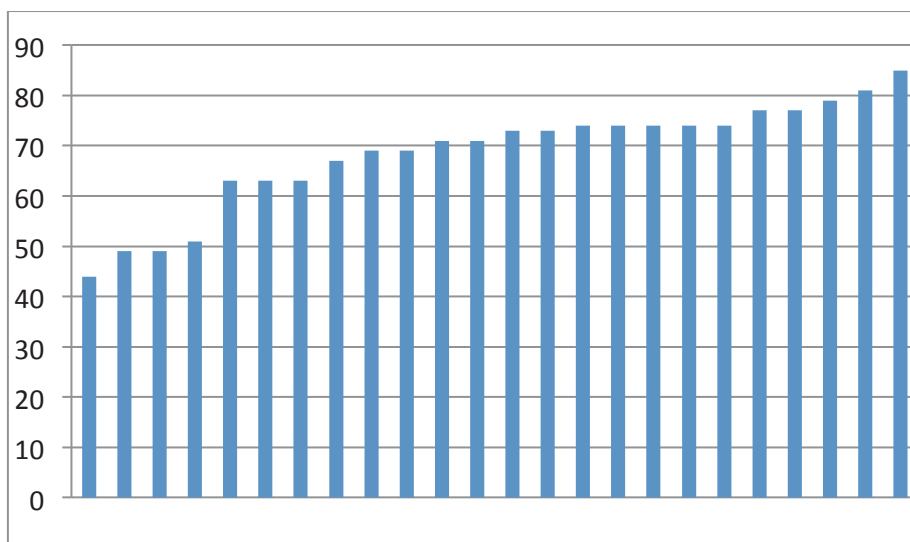
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	40	75,1 (14,94)	10	80,0 (12,42)	50	76,1 (14,49)
35-54 år	250	67,5 (19,51)	23	71,3 (14,68)	274	67,9 (19,13)
55 år och äldre	126	67,8 (17,75)	32	66,3 (17,86)	159	67,5 (17,67)
	p=0,05		p=0,07		p=0,01	

Tabell 7. Medelvärde (SD) för index för *stödjande arbetsförhållanden* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	69,8 (18,07)	49	70,8 (16,85)	95	70,3 (17,37)
Sköterskor	221	69,5 (18,24)	*		228	69,6 (18,05)
Adm. personal	75	72,0 (16,98)	*		76	72,3 (16,98)
Paramedicin	74	60,8 (20,19)	10	64,9 (16,88)	84	61,3 (19,78)
		p=0,00		p=0,51		p=0,00

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande upplevelsen av *stödjande arbetsförhållanden* på arbetsplatsen, presenteras medianen för de olika vårdcentralerna i figur 2. Värdena låg på min 44 och max 85.



Figur 2. Medianen för index för *stödjande arbetsförhållanden* vid vårdcentralerna.

Individuella inre upplevelser

Resultatet i den totala respondentgruppen visade en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna, där den yngre åldersgruppen (yngre än 35 år) hade det högsta medelvärdet för *individuella inre upplevelser* (tabell 8). Vad gäller skillnaden mellan yrkesgrupperna påvisades inga signifikanta resultat (tabell 9).

Tabell 8. Medelvärde (SD) för index för *individuella inre upplevelser* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	84,1 (12,38)	*		52	84,0 (12,46)
35-54 år	246	80,4 (15,22)	23	74,5 (16,75)	270	79,9 (15,39)
55 år och äldre	128	78,3 (17,99)	33	76,1 (16,72)	162	72,9 (17,66)
	p=0,11		p=0,35		p= 0,05	

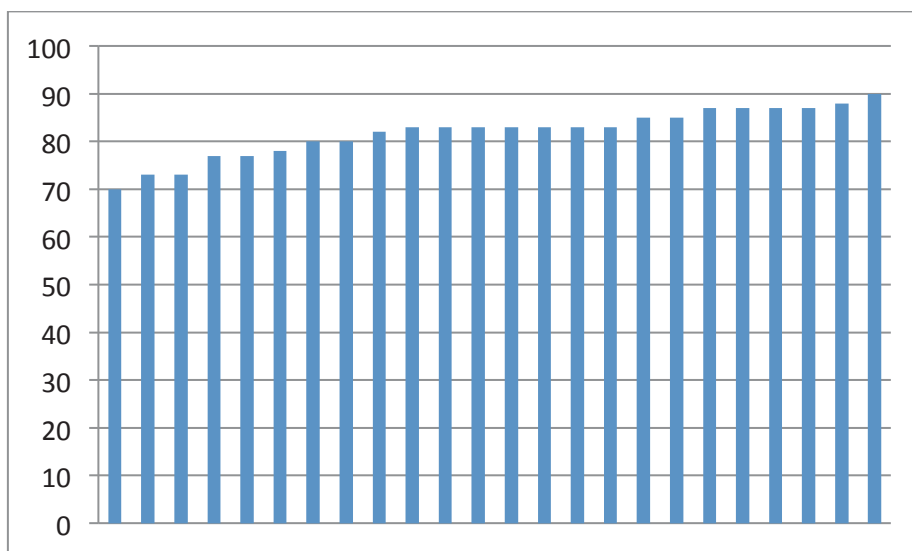
* n < 10

Tabell 9. Medelvärde (SD) för index för *individuella inre upplevelser* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	79,6 (16,34)	49	76,6 (17,08)	95	78,0 (16,71)
Sköterskor	219	81,3 (15,38)	*		226	81,2 (15,22)
Adm. personal	80	78,2 (16,42)	*		81	78,3 (16,37)
Paramedicin	72	79,7 (16,86)	10	75,0 (17,01)	82	79,1 (16,84)
	p=0,48		p=0,86		p=0,30	

* n < 10

Variationen mellan vårdcentralerna gällande *individuella inre upplevelser* presenteras i figur 3 genom medianen för de olika vårdcentralerna. Spannet gick från 70 till 90.



Figur 3. Medianen för index för *individuella inre upplevelser* vid vårdcentralerna.

Självbestämmande

Resultatet visade inte några signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna (tabell 10). Dock fanns tydliga skillnader både i totalgruppen samt bland kvinnor och män vad gäller yrkesgrupperna, främst förklarar av att den paramedicinska personalen hade högst värden (tabell 11).

Tabell 10. Medelvärde (SD) för index för *självbestämmande* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

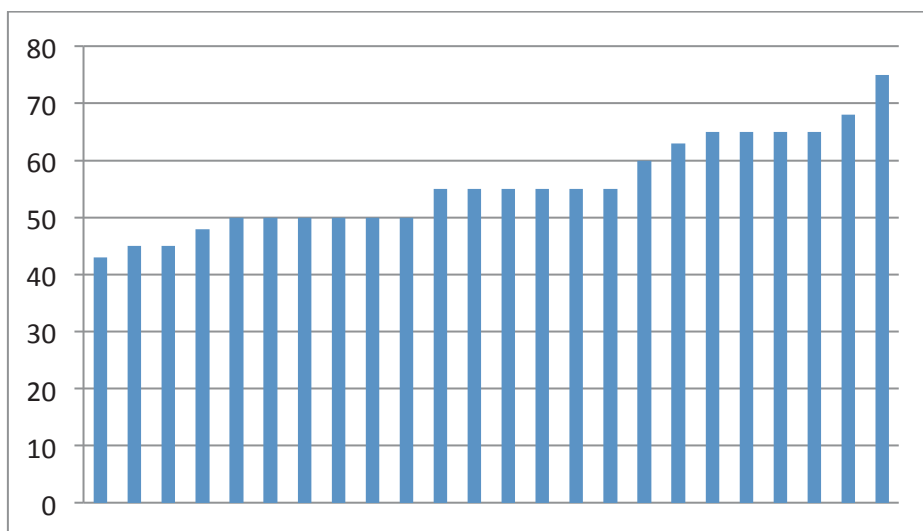
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	57,4 (21,89)	10	62,5 (21,63)	53	58,4 (21,70)
35-54 år	245	53,0 (21,45)	23	58,5 (20,80)	269	53,4 (21,47)
55 år och äldre	129	54,5 (23,85)	32	54,8 (22,95)	162	54,4 (23,64)
	p=0,46		p=0,60		p=0,32	

Tabell 11. Medelvärde (SD) för index för *självbestämmande* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	51,0 (20,83)	49	54,1 (21,81)	95	52,6 (21,29)
Sköterskor	219	50,5 (21,54)	*		226	50,2 (21,56)
Adm. personal	80	52,1 (23,45)	*		81	52,5 (23,51)
Paramedicin	72	68,8 (16,88)	10	75,5 (10,92)	82	69,6 (16,37)
	p=0,00		p=0,02		p=0,00	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande upplevelsen av *självbestämmande* på arbetet presenteras medianen för vårdcentralerna nedan (figur 4), med ett lägsta värde på 43 och ett högsta på 75.



Figur 4. Medianen för index för *självbestämmande* vid vårdcentralerna.

Tidsupplevelse

Resultatet av *tidsupplevelse* på arbetet visade inga skillnader i relation till åldersgrupp (tabell 12). Gällande yrkesgrupper påvisades emellertid signifikanta skillnader, där administrativ personal och sköterskor visade sig ha högst värden (tabell 13).

Tabell 12. Medelvärde (SD) för index för *tidsupplevelse* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

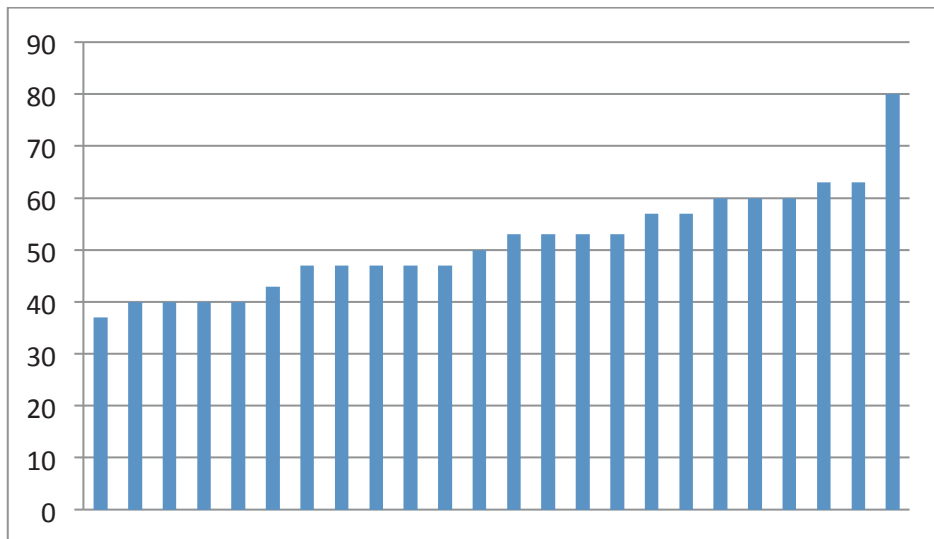
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	55,2 (24,01)	10	62,0 (21,33)	53	56,5 (23,48)
35-54 år	247	48,7 (24,84)	23	51,6 (27,13)	271	49,1 (25,03)
55 år och äldre	131	48,5 (24,87)	33	45,9 (30,99)	165	48,0 (26,05)
	p=0,26		p=0,29		p=0,10	

Tabell 13. Medelvärde (SD) för index för *tidsupplevelse* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	33,2 (26,87)	50	47,2 (29,81)	96	40,5 (29,15)
Sköterskor	221	52,4 (23,77)	*		228	52,6 (23,79)
Adm. personal	81	53,3 (24,62)	*		82	53,7 (24,86)
Paramedicin	73	45,6 (22,69)	10	59,3 (18,18)	83	47,2 (22,55)
	p=0,00		p=0,27		p=0,00	

* n < 10

Variationen mellan vårdcentralerna gällande *tidsupplevelse* presenteras i figur 5 genom medianen för de olika vårdcentralerna. Majoriteten av vårdcentralerna hade ett värde mellan 37 och 63, med ett avvikande värde på 80.



Figur 5. Medianen för index för *tidsupplevelse* vid vårdcentralerna.

Ledarskap

Det fanns signifikanta skillnader vad gäller synen på *ledarskap*, både i relation till åldersgrupp och till yrkesgrupp. Den yngre åldersgruppen (yngre än 35 år) hade det högsta värdet och upplevde därmed ledarens förmågor som mer positiva än de resterande två åldersgrupperna (tabell 14). Bland yrkesgrupperna hade läkare det högsta värdet (tabell 15).

Tabell 14. Medelvärde (SD) för index för *ledarskap* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	74,8 (17,85)	*		52	76,2 (17,23)
35-54 år	243	66,7 (23,95)	23	71,0 (23,81)	267	67,1 (23,88)
55 år och äldre	127	67,0 (21,62)	31	73,2 (21,73)	159	68,1 (21,72)
	p=0,09		p=0,39		p= 0,03	

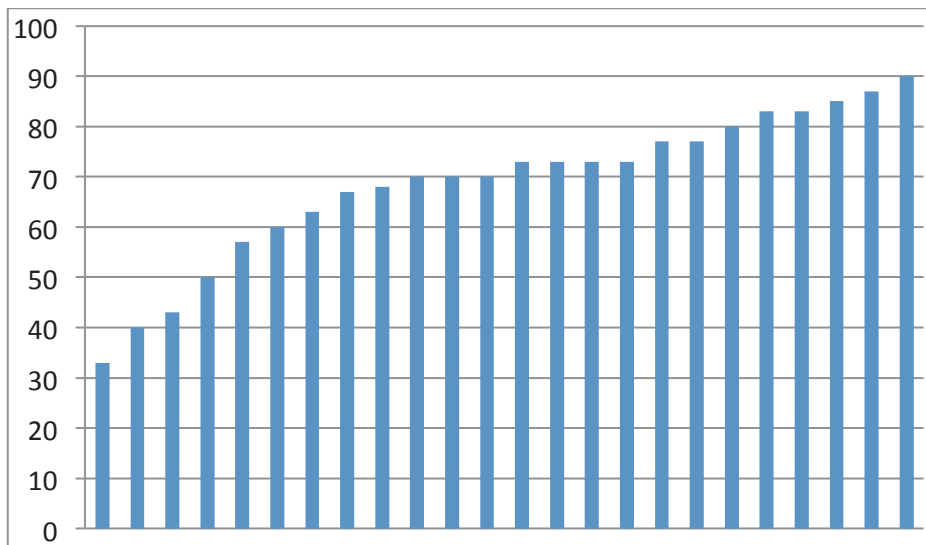
* n < 10

Tabell 15. Medelvärde (SD) för index för *ledarskap* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	45	77,7 (19,67)	47	75,1 (22,82)	92	76,4 (21,26)
Sköterskor	217	66,5 (22,46)	*		224	66,4 (22,23)
Adm. personal	80	70,8 (21,28)	*		81	70,9 (21,17)
Paramedicin	72	61,7 (24,87)	10	70,7 (19,99)	82	62,8 (24,40)
	p=0,00		p=0,78		p=0,00	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande *ledarskap*, presenteras medianen för vårdcentralerna nedan (figur 6). Med ett lägsta värde på 33 och ett högsta värde på 90, var variationen mellan vårdcentralerna den största som uppmättes för något index.



Figur 6. Medianen för index för *ledarskap* vid vårdcentralerna.

Egenskaper som präglar arbetsplatsen

Skillnader mellan åldersgrupperna, såväl som skillnader mellan yrkesgrupperna, föll ut signifikant i relation till *egenskaper som präglar arbetsplatsen*. De respondenter som var yngre än 35 år visade sig ha det högsta värdet, dvs. i högst grad upplevde att arbetsplatsen präglas av positiva egenskaper (tabell 16), medan den paramedicinska personalen utmärkte sig genom ett lägre värde än resterande yrkesgrupper (tabell 17).

Tabell 16. Medelvärde (SD) för index för *egenskaper som präglar arbetsplatsen* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	76,9 (17,51)	*		51	77,6 (16,41)
35-54 år	246	68,1 (21,74)	23	69,2 (19,25)	270	68,2 (21,49)
55 år och äldre	125	68,9 (20,52)	32	67,8 (19,26)	158	68,7 (20,15)
	p=0,04		p=0,18		p=0,01	

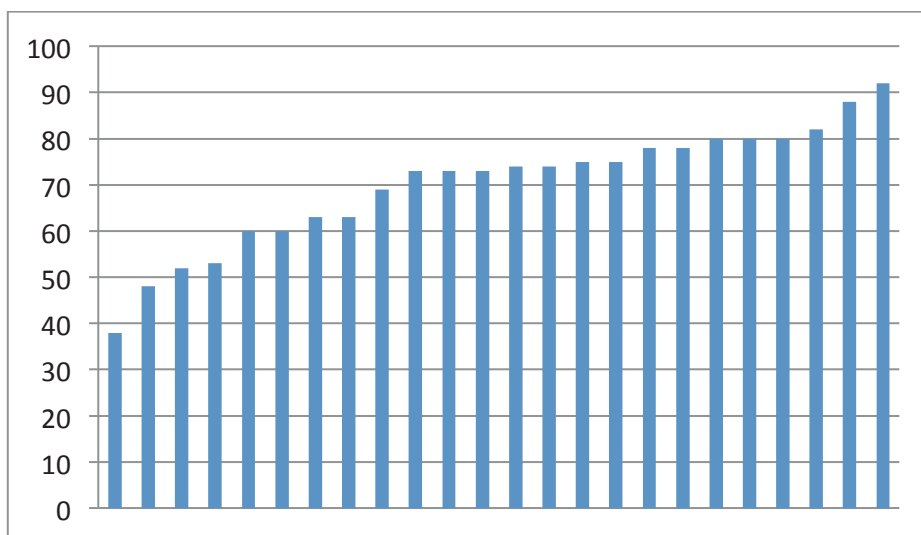
* n < 10

Tabell 17. Medelvärde (SD) för index för *egenskaper som präglar arbetsplatsen* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	70,1 (19,35)	48	68,7 (18,55)	94	69,4 (18,86)
Sköterskor	218	70,2 (21,88)	*		225	70,3 (21,62)
Adm. personal	79	72,7 (18,46)	*		80	72,9 (18,48)
Paramedicin	71	62,1 (21,31)	*		80	63,2 (21,50)
	p=0,01		p=0,56		p=0,02	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande *egenskaper som präglar arbetsplatsen* presenteras medianen för de olika vårdcentralerna i figur 7. Diagrammet visar en stor variation med värden från 38 till 92.



Figur 7. Medianen för *egenskaper som präglar arbetsplatsen* vid vårdcentralerna.

Feedback

Feedback var det andra temat kopplat till positiva arbetsfaktorer i den djupare analysen, där de tre viktigaste faktorerna som var relaterade till upplevelsen av feedback var att ha en *tillgänglig chef*, att känna att man *uppfyller sitt ansvar på jobbet*, samt att *bli sedd och hörd av sina arbetskamrater*. Resultatet vid jämförelse av medelvärden för index för *feedback* i relation till åldersgrupp och yrkesgrupp föll ut signifikant. Den yngsta åldersgruppen (yngre än 35 år) hade högst värden och upplevde därmed en större grad av feedback än de andra åldersgrupperna (tabell 18). Vad gäller de olika yrkesgrupperna påvisade den paramedicinska personalen det lägsta värdet i upplevelsen av feedback; ett värde som utmärkte sig i jämförelse med övriga yrkesgrupper (tabell 19).

Tabell 18. Medelvärde (SD) för index för *feedback* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

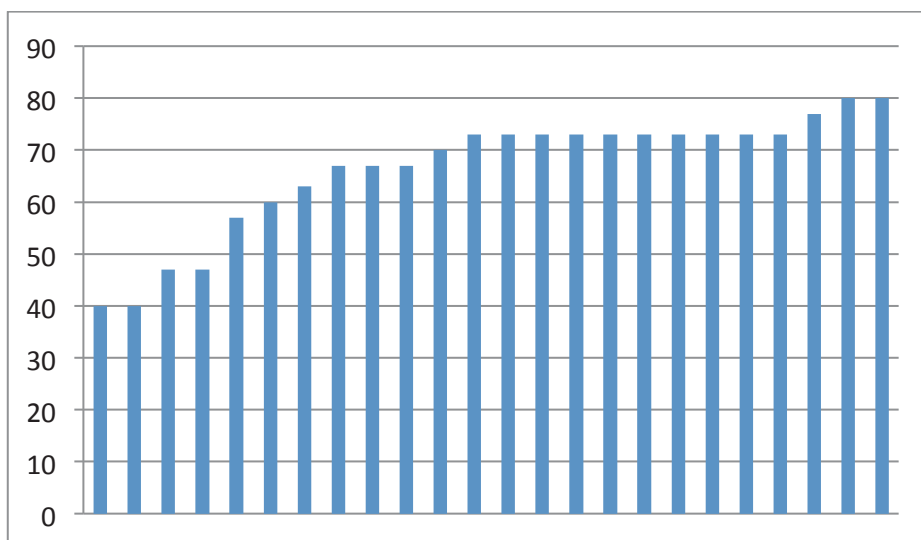
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	42	71,3 (16,36)	10	74,0 (15,85)	52	71,8 (16,15)
35-54 år	250	61,0 (23,17)	24	68,9 (19,23)	275	61,7 (22,89)
55 år och äldre	130	65,1 (21,83)	31	63,7 (22,83)	163	64,9 (21,94)
	p=0,01		p=0,35		p=0,01	

Tabell 19. Medelvärde (SD) för index för *feedback* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	45	66,4 (20,45)	49	67,8 (18,82)	94	67,1 (19,52)
Sköterskor	223	64,0 (22,57)	*		229	64,2 (22,40)
Adm. personal	79	68,5 (20,89)	*		81	68,8 (20,81)
Paramedicin	75	54,6 (22,56)	11	61,2 (29,94)	86	55,4 (23,53)
	p=0,00		p=0,63		p=0,00	

* n < 10

Variationen mellan vårdcentralerna gällande upplevelsen av *feedback* presenteras i figur 8 genom medianen för de olika vårdcentralerna. Vårdcentralerna ligger i spannet 40-80.



Figur 8. Medianen för index för *feedback* vid vårdcentralerna.

Upplevelsen av feedback från patienter (ej redovisat i tabell eller diagram) visade sig vara generellt högt för alla ålders- och yrkesgrupper.

Reflektion

Det fanns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna, såväl som yrkesgrupperna, i hur man upplevde möjligheten till *reflektion*. Åldersgruppen *yngre än 35 år* hade det högsta värdet (tabell 20), medan paramedicinsk personal var den yrkesgrupp som hade högst värde (tabell 21).

Tabell 20. Medelvärde (SD) för index för *reflektion* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

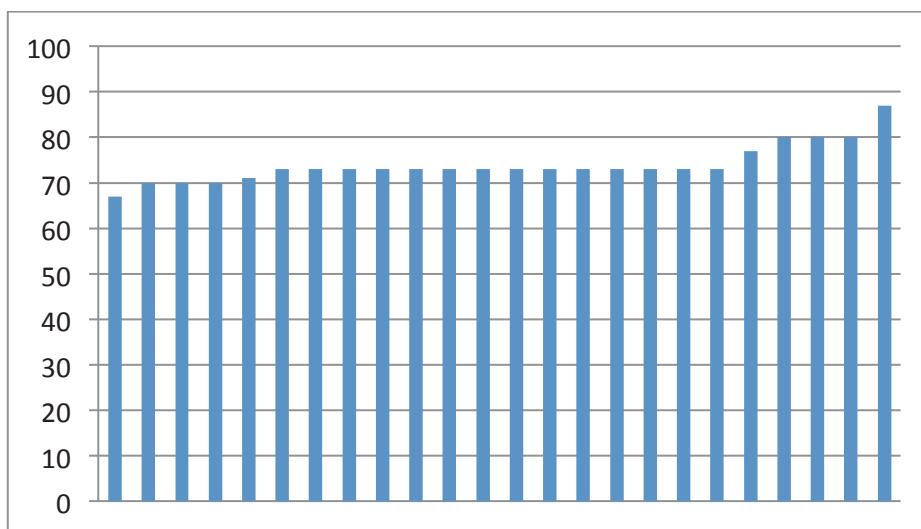
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	43	78,0 (16,23)	10	76,7 (9,03)	53	77,7 (15,07)
35-54 år	246	72,4 (16,10)	24	69,2 (19,44)	271	72,1 (16,38)
55 år och äldre	130	71,0 (15,81)	33	72,9 (18,40)	164	71,3 (16,30)
	p=0,05		p=0,51		p=0,04	

Tabell 21. Medelvärde (SD) för index för *reflektion* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	71,0 (20,00)	50	72,0 (17,46)	96	71,5 (18,62)
Sköterskor	221	73,5 (15,03)	*		228	73,3 (14,97)
Adm. personal	79	67,5 (17,16)	*		80	67,7 (17,11)
Paramedicin	74	75,4 (15,52)	11	73,9 (21,80)	85	75,2 (16,32)
	p=0,01		p=0,90		p=0,02	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna vad gäller *reflektion*, presenteras medianen för vårdcentralerna i figur 9. Vårdcentralerna hade en förhållandevis jämn fördelning med värden från 67 till 87.



Figur 9. Medianen för index för *reflektion* vid vårdcentralerna.

Återhämtning

En signifikant skillnad mellan åldersgrupperna påvisades, då den äldsta gruppen (55 år och äldre) upplevde en högre grad av *återhämtning* än de yngre åldersgrupperna (tabell 22), medan mellangruppen (35-54 år) låg lägst. Bland kvinnorna fanns det en skillnad i upplevelsen av *återhämtning* relaterat till yrkesgrupp. Gruppen sköterskor hade det högsta värdet medan läkarna hade det lägsta (tabell 23).

Tabell 22. Medelvärde (SD) för index för återhämtning i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

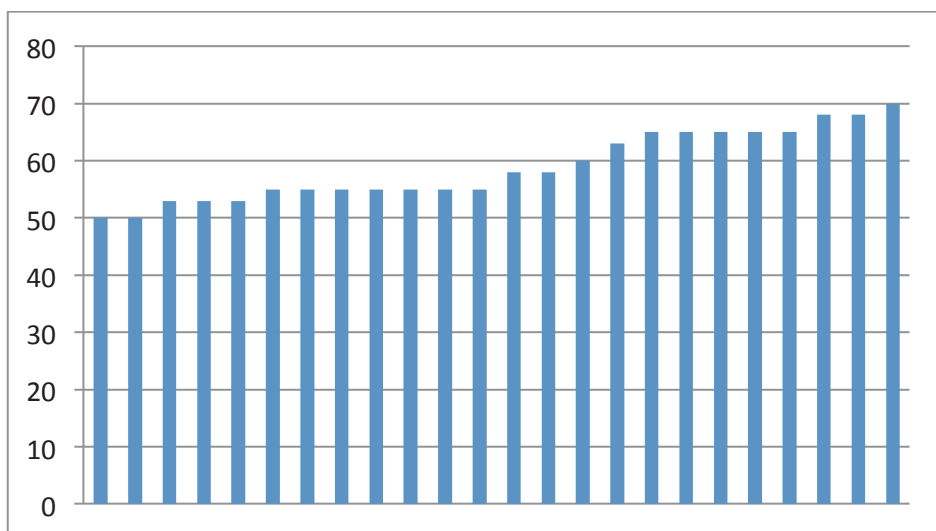
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Yngre än 35 år	42	58,6 (21,02)	16	56,5 (25,39)	52	58,2 (21,67)
35-54 år	247	54,4 (21,37)	23	57,4 (21,15)	271	54,6 (21,29)
55 år och äldre	131	60,3 (20,62)	34	60,6 (20,84)	166	60,3 (20,54)
	p=0,03		p=0,80		p=0,02	

Tabell 23. Medelvärde (SD) för index för återhämtning i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)
Läkare	46	48,5 (22,63)	51	60,9 (20,63)	97	55,0 (22,37)
Sköterskor	221	58,4 (20,77)	*		228	58,3 (20,59)
Adm. personal	78	57,1 (21,79)	*		79	57,3 (21,75)
Paramedicin	75	55,9 (20,36)	10	49,5 (26,29)	85	55,1 (21,06)
	p=0,04		p=0,37		p=0,49	

* n < 10

För att visa variationen mellan vårdcentralerna gällande upplevelsen av återhämtning, presenteras medianen för de olika vårdcentralerna i figur 10. Vårdcentralerna hade värden mellan 50 och 70.



Figur 10. Medianen för index för återhämtning vid vårdcentralerna.

Till påståendet *Jag upplever att jag får återhämtning under arbetstid* svarade 18 procent att de helt, eller nästan helt instämmer, medan 38 procent svarade att de helt, eller nästan helt, tar avstånd.

Arbetet som energigivare

Det tredje och sista temat som valdes till den djupare analysen var index för *energi*, till vilket *återhämtning*, *egenskaper som präglar arbetsplatsen*, *relationen med arbetskamraterna* och *balans mellan arbete och privatliv* visade sig vara signifikant relaterade. Resultatet vid jämförelse av medelvärden för index för *energi* påvisade signifikanta resultat i relation till åldersgrupp. I den totala gruppen upplevde medarbetarna som var yngre än 35 år i högre grad arbetet som en energigivare än vad de äldre gjorde (tabell 24). Motsvarande gällde för gruppen sköterskor och administrativ personal, vilka också hade de högsta värdena (tabell 25).

Tabell 24. Medelvärde (SD) för index för *energi* i relation till åldersgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

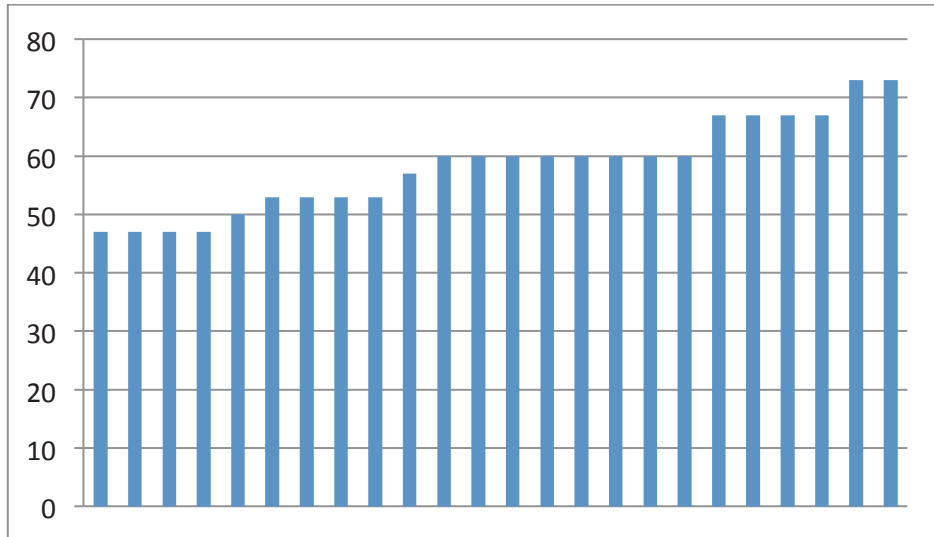
Åldersgrupp	Kvinnor		Män		Totalt n	medelv. (SD)
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)		
Yngre än 35 år	42	65,6 (17,91)	10	63,3 (13,43)	52	65,1 (17,04)
35-54 år	247	57,9 (20,18)	23	55,1 (23,63)	271	57,7 (20,43)
55 år och äldre	130	59,2 (18,37)	34	51,2 (18,69)	165	57,5 (18,63)
	p=0,07		p=0,24		p=0,03	

Tabell 25. Medelvärde (SD) för index för *energi* i relation till yrkesgrupp, uppdelat på kvinnor, män samt totalt.

Yrkesgrupp	Kvinnor		Män		Totalt n	medelv. (SD)
	n	medelv. (SD)	n	medelv. (SD)		
Läkare	46	56,5 (20,45)	51	52,3 (20,02)	97	54,3 (20,23)
Sköterskor	220	61,0 (19,16)	*		227	61,0 (18,90)
Adm. personal	79	59,5 (19,47)	*		80	59,7 (19,41)
Paramedicin	75	54,2 (19,74)	10	58,7 (24,10)	85	54,7 (20,19)
	p=0,06		p=0,44		p=0,01	

* n < 10

Variationen mellan vårdcentralerna vad gäller *arbetet som energigivare* presenteras nedan (figur 11) genom medianen för de olika vårdcentralerna, med värden från 47 till 73.



Figur 11. Medianen för index för *energi* vid vårdcentralerna.

En djupare analys gjordes även kopplat till påståendet *Jag upplever att energin jag får i mitt arbete är större än den jag gör av med*, vilken visade att det fanns fyra signifikanta påverkansfaktorer. Dessa var *individuella inre upplevelser, autonomi, egenskaper som präglar arbetsplatsen och återhämtning under arbetstid*.

Diskussion

Rapporten har sin utgångspunkt i det salutogena, i de positiva resurser som kan leda till en god hälsa. Det handlar om att se möjligheter istället för hinder, med fokus på arbetet som begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Upplevelsen av hälsa

Den här studien visade att *återhämtning*, både under arbetstid och utanför arbetet, hade den starkaste relationen till SHIS, dvs. de anställdas upplevda hälsa. Olika studier, dock inte tidigare inom primärvården, har rapporterat om denna länk mellan återhämtning och de anställdas fysiska och psykiska hälsa och konstaterar att återhämtning är viktigt för ett friskt och balanserat liv. Jansen, Kant och van den Brandt (2002) fann att en av de viktigaste faktorerna som påverkar de anställdas välmående är i vilken utsträckning de har möjlighet att återhämta sig från stress och utmattning i arbetet. Om återhämtning under arbetstid är bristfällig, vilket ofta är fallet, är behovet av återhämtning utanför arbetet särskilt nödvändigt (Geurts & Sonnentag 2006). Man konfronteras med olika typer av påfrestningar under hela arbetsdagen som alla kräver energi, fysisk såväl som mental. Vi behöver återhämtning för att kunna fylla på med ny energi och vara redo för en ny arbetsdag med nya utmaningar (Jansen et al. 2003).

Att uppleva *balans mellan arbete och privatliv* var en tydlig påverkansfaktor för upplevelsen av hälsa i den här studien. Schluter et al. (2011) påvisade att upplevelsen av balans i livet är av stor betydelse vad gäller hälsan hos anställda inom hälso- och sjukvård. Samma studie visade att belöningen som de anställda får genom sitt arbete övervinner den belastning och de stora ansträngningar de utsätts för. I en studie bland amerikanska läkare visade sig möjligheten att kunna påverka det egna schemat och den egna arbetstiden vara två av de mest centrala prediktorerna för upplevelsen av balans i livet, såväl som

riskerna för utbrändhet (Keeton et al. 2007). Kroth, Boverie och Zondlo (2007) undersökte vad framgångsrika chefer gjorde för att skapa en hälsosam arbetsmiljö inom en vårdorganisation. Ett av de viktigaste resultaten var att en bra chef stödjer, och arbetar för, möjligheten till balans mellan arbete och privatliv för de anställda.

Den sista faktorn av betydelse för de anställdas upplevda hälsa (SHIS) i den här studien var *individuella inre upplevelser*, som t.ex. att gå till arbetet med glädje och att uppleva arbetet som meningsfullt och utmanande. Antonovsky (1987) menar att man genom en stark känsla av sammanhang, med sina tre delkomponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, också har en hög förmåga att hantera utmaningar. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (1986) ska arbetet vara roligt och stimulerande. Vilka faktorer som krävs för att skapa en hälsosam arbetsmiljö har studerats. Den viktigaste faktorn var att chefen såg till att arbetsplatsen hade en positiv atmosfär som de anställda kunde trivas i (Kroth, Boverie & Zondlo 2007). Samma forskare fann också att det är viktigt för de anställda att utföra det arbete de är utbildade för, samt att arbetet är rätt i förhållande till den anställdes förmågor och intressen. Att uppleva arbetet som utmanande och utvecklande visade sig ha en direkt koppling till hälsotillståndet bland de anställda i den aktuella studien. Detta kan ses som en bekräftelse av flera tidigare studier rörande arbetsglädje, motivation och positiva resurser (Josephson et al. 2008; Fjell, Alexanderson & Bildt 2008). Ett liknande resultat konstaterades av Vinje och Ausland (2013), vilka påvisade att känslan av att vara behövd, att vara skicklig inom sitt yrkesområde, samt att vara entusiastisk angående arbetet var centrala faktorer vid valet att stanna kvar på arbetsplatsen.

Flera samband mellan salutogena arbetsfaktorer och upplevelsen av arbetet som energigivare framkom i vår studie. Att få *återhämtning* såväl som att uppleva en *balans mellan arbete och privatliv* visade sig vara nödvändiga faktorer för en hög energinivå. Bringsén et al. (2012) har beskrivit sambandet mellan arbetsliv och privatliv. Sjuksköters-

korna som deltog i studien betonade det faktum att en bra dag på arbetet gjorde dem mer förberedda på att hantera olika situationer hemma och vice versa. Även *individuella inre upplevelser* framträdde som en av de viktigaste faktorerna kopplat till en hög energinivå, tillsammans med *egenskaper som präglar arbetsplatsen och relation med arbetskamrater*. Det sociala klimatet är grundläggande för att kunna skapa en hälsosam arbetsplats (Åkerlind, Larsson & Ljungblad 2013). Schaufeli och Bakker (2004) hävdade att stöd från arbetskamrater är starkt associerat med engagemang i arbetet, eftersom det leder till mer nöjda anställda med högre självuppskattad hälsa.

I vår studie påvisades ett signifikant samband mellan upplevd feedback och att ha en *tillgänglig chef*, ett resultat som stöds av tidigare studier med salutogen utgångspunkt (Kroth, Boverie & Zondlo 2007; Åkerlind, Larsson & Ljungblad 2013). Lindberg et al. (2006) uppgav att positiv feedback är en av de viktigaste hälsofrämjande faktorerna. God kommunikation, vilket inkluderar tillgänglighet, återkommande möten och feedback, men även förmågan att lyssna på de anställda, visade sig vara viktiga egenskaper för en chef som vill skapa en hälsosam miljö på arbetsplatsen. Kroth, Boverie och Zondlo (2007) konstaterade att feedback bör vara uppriktig och konkret samtidigt som den får medarbetarna att utvecklas. De anställdas närvaro på arbetet har visat sig öka om de har förtroende för chefen (Dellve, Skagert & Wilhelmsson 2007). Dessutom finns det en tydlig koppling mellan hälso-tillståndet hos de anställda och hur chefen hanterar olika arbetsförhållanden (Åkerlind, Larsson & Ljungblad 2013). Enligt Åkerlind, Larsson och Ljungblad (2013) finns det, kopplat till chefen, tre komponenter som definierar ett positivt arbetsklimat: att få feedback, att delta i viktiga beslut samt möjligheten att få hjälp med att utveckla de egna färdigheterna. Dessa delar leder, förutom till ett positivt arbetsklimat, även till en förbättrad hälsa bland de anställda och att de upplever en högre grad av trivsel i arbetsgruppen.

Förutom att ha en *tillgänglig chef* visade sig upplevelsen av att *bli sedd och hörd av arbetskamraterna* samt att känna att man *uppfyller sitt ansvar på jobbet* vara viktiga faktorer relaterade till upplevelsen av feedback på arbetet i den här studien. Det finns ett positivt samband mellan socialt stöd och medarbetarnas hälsa (Lowe, Schellenberg & Shannon 2003), men det negativa sambandet, dvs. vad bristande stöd kan leda till, har också redovisats. En studie bland sjuksköterskor inom primärvården visade t.ex. att den allra tydligaste stressfaktorn var brist på stöd, tillsammans med arbetsbelastning och otillräcklig möjlighet för förberedelse inför patientmöten (Lee 2003). Ett liknande resultat konstaterades av Josephson et al. (2008), vilka påstod att sjukfrånvaro och nedsatt hälsostatus hade en koppling till de anställdas känsla av utanförskap på arbetsplatsen. Dessutom har låga nivåer av engagemang i arbetet visat sig ha ett signifikant samband med feedback och stöd från chefen vad gäller de anställdas utförande av sina respektive arbetsuppgifter (Demerouti et al. 2000).

Det fanns en positiv trend för den yngre åldergruppen (yngre än 35 år) i upplevelsen av hälsa (SHIS). Samma grupp hade inom flera andra områden signifikant högre värden än resterande åldersgrupper, bl.a. gällande *individuella inre upplevelser*, upplevelsen av *feedback* och *arbetet som energigivare*. Den yngre åldersgruppen har mindre erfarenhet av arbetet och har förmodligen spenderat kortare tid på arbetsplatsen, men ser arbetsplatsen som mer positiv än de som är äldre. Vi har inte studerat orsakerna till detta, men en möjlig förklaring kan vara att de yngre helt enkelt har mer energi och därmed har lättare att uppleva arbetet som positivt. Det kan också vara en generationsfråga, där gruppen genom sin ålder och med en utbildning i förändring ser annorlunda på arbetet och på de faktorer som påverkar hälsotillståndet.

Om en arbetsplats är så positiv att de anställda upplever att energin de får på arbetet är större än den de gör av med, och om detta dessutom visar sig ha ett samband med deras upplevda hälsa, då kan vi tala om

begreppet hälsoskapande arbetsplats, vilket är en utveckling av den nuvarande hälsofrämjande arbetsplatsen. En djupare analys av materialet visade genom en logistisk regressionsmodell att det fanns fyra signifikanta påverkansfaktorer kopplat till påståendet *Jag upplever att energin jag får i mitt arbete är större än den jag gör av med*. Dessa var *individuella inre upplevelser, autonomi, egenskaper som präglar arbetsplatsen och återhämtning under arbetstid*. Endast 15 procent av respondenterna i den aktuella studien instämde helt, eller nästan helt, i det ovan nämnda påståendet om energi på arbetet. Lindberg et al. (2006) fann att känslan av att vara återhämtad och full av energi var de två mest framträdande faktorerna för att upprätthålla arbetsförmågan. Ämnesområdet regenerativt arbete, dvs. arbete som har förmågan att återskapa människans resurser, är fortfarande näst intill outforskat. Reflektion över den egna prestationen efter en arbetsdag, tillsammans med förmågan att koppla bort arbetet då man är ledig, har visats vara betydelsefulla för upplevelsen av tillfredsställelse och välmående (Bringsén et al. 2012). Det behövs mer kunskap om vilka faktorer som påverkar de anställdas upplevda energinivå i relation till deras hälsa.

Framtida möjligheter

Utöver det traditionella att leta efter tecken på sjukdom och ohälsa, och agera utifrån det, bör vi som ett viktigt komplement även studera i vilken omfattning människor är friska och har en god hälsa. Genom att ta reda på vilka faktorer som påverkar oss positivt är det möjligt att arbeta vidare med dem och stärka dem ytterligare. Upplevelsen av energi på arbetet visade sig vara en viktig faktor för att må bra, men hur får man energi på arbetet? Det är faktiskt möjligt att gå hem från arbetet med mer energi än vad man hade när man kom dit. Målet är att skapa en miljö som stärker hälsan hos medarbetarna istället för att bryta ned den. Genom goda och positiva omständigheter kan arbetet bli en hälsoskapande arena.

De unika resultaten från den aktuella studien för varje enskild vårdcentral redovisas personligen av forskargruppen för samtliga 26 vårdcentraler. Det är stor variation mellan de deltagande vårdcentralerna i de olika variablerna, vilket gör det extra viktigt att varje vårdcentral hittar sitt eget sätt att använda resultaten. Vad är redan bra och vad kan man lära av det? En väl etablerad och välfungerande vårdcentral med höga värden i enkäten kan t.ex. välja att vid arbetsplatsträffar beta av de olika enkätområdena och diskutera varför värdena var höga, och hur den kunskapen kan utnyttjas i framtida arbetsmiljöarbete. På så sätt kan en redan positiv arbetsmiljö stärkas ytterligare. Det som är mindre bra, hur kan det förbättras? En vårdcentral där vissa problem, som visade sig påverka de anställdas hälsa, uppmärksammades genom enkäten kan istället välja att arbeta vidare med just de områdena. Om varje vårdcentral ansvarar för att förstärka de positiva faktorerna finns goda möjligheter för medarbetarna att nå en god hälsa. Vad är påverkbart på den egna vårdcentralen? Var finns förbättringspotential som inte kostar något extra?

Det är viktigt att kunna arbeta med generellt salutogent arbete utifrån det övergripande resultatet, och inte bara utgå från de individuella resultaten. Därigenom går det att skapa en stödjande miljö med inriktning på återhämtning, feedback, meningsfullhet och utmaning i arbetssituationen samt underlätta för en bra balans mellan arbete och övrig tid. Dock krävs ett individuellt inriktat arbete där metoden för intervention bör anpassas till lokala förutsättningar och prioriteringar utifrån varje enskild vårdcentral. Exempel på arbetssätt kan vara discussionsforum och dialog i grupper med mindre arbetsgrupper för specifika områden, samt regelbundna återkopplingar vid arbetsplatsträffar. Byggstenarna i det fortsatta arbetsmiljöarbetet bör vara kommunikation, medvetenhet, delaktighet och glädje. Medarbetarna bör arbeta vidare tillsammans för att nå de mål och visioner som den egna vårdcentralen står för, och sträva efter att skapa en pågående process som kan hållas levande.

Tillkännagivanden

Studien är finansierad av Högskolan Kristianstad med ekonomiskt stöd från Region Skåne.

Ekonomiskt bidrag har erhållits från Svenska Distriktsläkarförbundet Samfonden.

Illustrationerna på rapportens fram- och baksida är gjorda av Nils Sjöberg efter idé av Lina Ejlertsson.

Referenser

Agerberg, M. (2013). Saknas: 1400 läkare. *Läkartidningen*, 11: 538-542.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, Publishers.

Aronsson, G., Bejerot, E., och Härenstam, A. (2012). Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare. Samband mellan illegitima arbetsuppgifter och stress kartlagt i enkätstudie. *Läkartidningen*, 48: 2216–2219.

Bejerot, E., Aronsson, G., Hasselbladh, H., och Bejerot, S. (2011). Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. *Läkartidningen*. 50: 2652–2656.

Bringsén, A., Andersson H. I. och Ejlertsson, G. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1):13-19.

Bringsén, Å., Andersson, H. I. och Ejlertsson, G. (2011). Flow situations during everyday practice in a medical hospital ward. Results from a study based on experience sampling method. *BMC Nursing*, 10: 3.

Bringsén, Å., Andersson, H. I., Ejlertsson, G. och Troein, M. (2012). Exploring workplace-related factors and health from a salutogenic perspective. Results from a focus group study among health care workers in Sweden. *WORK*, 42(3): 4013-414.

Dellve, L., Skagert, K. and Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17(5): 471-476.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. and Schaufeli, W. B. (2000), A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 454-464.
- Docherty, P., Forslin, J. och Shani, A. B. (red). (2002). *Creating sustainable work systems: Emerging perspectives and practices*. London: Routledge.
- Ejlertsson, G., Andersson, H. I., Bringsén, Å. och Nilsson, P. (2010). A new perspective in measuring health. The salutogenic approach. *European Journal of Public Health*, 20(1): 184.
- Fjell, Y., Alexanderson, K. och Bildt, C. (2008). Health promoting factors in public work places. *Italian Journal of Public Health*, 5(1): 34-44.
- Geurts, S. A. E. och Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6): 482-492.
- Jansen, N. W. H., Kant, I. J. och van den Brandt, P. A. (2002). Need for recovery in the working population: description and associations with fatigue and psychological distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9: 322-340.
- Jansen, N. W. H., Kant, I. J., van Amelsvoort, L. G. P. M., Nijhuis, F. J. N. och van den Brandt, A. (2003). Need for recovery from work: evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. *Ergonomics*, 46(7): 664-680.
- Josephson, M., Lindberg, P., Voss, M., Alfredsson, L. och Vingård, E. (2008). The same factors influence job turnover and long spells of sick leave – a 3-year follow up of Swedish nurses. *European Journal of Public Health*, 18(4): 380-385.

- Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R. B. och Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology*, 109(4): 949-955.
- Kira, M. och Forslin, J. (2008). Seeking regenerative work in the post-bureaucratic transition. *Journal of Organizational Change Management*, 21(1): 76–91.
- Kroth, M., Boverie, P. och Zondlo, J. (2007). What managers do to create healthy work environments. *Journal of Adult Education*, 36(2): 1-12.
- Lee, K. L. J. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 86–91.
- Lindberg, P., Vingård, E., Josephson, M. och Alfredsson, L. (2005). Retaining the ability to work – associated factors at work. *European Journal of Public Health*, 16(5): 470–475.
- Lindberg, P., Vingård, E., Josephson, M. och Alfredsson, L. (2006). Promoting excellent workability and preventing poor workability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL-study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63: 113-120.
- Lindberg, P. och Vingård, E. (2012). *Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer*. En kunskapsöversikt. Rapport 2012:7. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Lowe, G. S., Schellenberg, G. and Shannon, H. S. (2003). Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion*, 17(6): 390-399.
- Nilsson, P., Bringsén, Å., Andersson, H. I. och Ejlertsson, G. (2010). Development and quality analysis of the Work Experience Measurement Scale (WEMS). *WORK*, 35: 153-161.

- Nilsson, P., Andersson, I. H., Ejlertsson, G. och Troein, M. (2012). Workplace health resources based on sense of coherence theory. *International Journal of Workplace Health Management*, 5(3): 156–167.
- Schaufeli, W. B. och Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multisample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25: 293-315.
- Schluter, P. J., Turner, C., Huntington, A. D., Bain, C. J och McClure, R. J. (2011). Work/life balance and health: The Nurses and Midwives e-cohort study. *International Nursing Review*, 58: 28–36.
- Vinje, F. H. och Ausland, H. L. (2013). Salutogenic presence supports a health-promoting work life. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6: 890-901.
- Virtanen, M., Virtanen, P., Oksanen, T., Kivimäki, M., Pentti, J. och Vahtera, J. (2008). Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(5): 364.
- Världshälsoorganisationen. (1986). *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. Världshälsoorganisationen, Ottawa, Geneva, Canada.
- Åkerlind, I., Larsson, R. och Ljungblad, C. (2013). Ledarskap, socialt klimat, hälsofrämjande åtgärder och sjukfrånvaro – en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6: 799-809.



För att öka kunskapen om salutogena arbetsfaktorer i primärvården genomfördes under 2013 en studie vid Högskolan Kristianstad i samverkan med Region Skåne. Samtliga 26 vårdcentraler, offentliga såväl som privata, i sex kommuner i nordöstra Skåne deltog i studien. En förstudie, med intervjuer vid några vårdcentraler, bidrog till utveckling av ett frågeformulär som alla anställda under hösten fick möjlighet att besvara.

Frågorna berörde olika dimensioner av hälsa såsom stödjande arbetsförhållanden, självbestämmande, tidsupplevelse, balans mellan arbete och privatliv, ledarskap, stämning på arbetsplatsen, reflektion, återhämtning och arbetet som energigivare.

Resultatet visade på en betydande variation mellan de deltagande vårdcentralerna inom skilda områden. Den nyvunna kunskapen om dessa positiva faktorer bör kunna omsättas i hälsoskapande arbete och därmed en mer välfungerande primärvård med friskare medarbetare.

Forskningsmiljön Människa - hälsa - samhälle

