



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

På spaning efter friskfaktorer!

En kvalitativ studie om hur arbetsrelaterad hälsa upplevs och vilka friskfaktorer som gör att man mår bra på arbetet

Svanberg Camilla

Examensarbete (Folkhälsovetenskap, Avancerad nivå) 15 hp

**Juni 2011
Sundsvall**

Sammanfattning

Titel: På spaning efter friskfaktorer! En kvalitativ studie om hur arbetsrelaterad hälsa upplevs och vilka friskfaktorer som gör att man mår bra på arbetet.

Syfte: Studiens syfte är att beskriva hur arbetsrelaterad hälsa upplevs samt att identifiera vilka friskfaktorer som anses vara nödvändiga för att vidmakthålla hälsa.

Metod: Studien är en empirisk studie med kvalitativ ansats. Kvalitativa intervjuer har genomförts med fyra informanter. Tolkning och analys har gjorts utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

Resultat: Resultatet består av sju huvudteman och tre subteman, som bildats av de kategorier och koder som förelåg. Huvudteman som framkom var; *Hälsa, Friskfaktorer, Medvetenhet, Livskamrat, Ohälsa, Arbetsrelaterad ohälsa* och *Medvetet handlande*. Temat *Friskfaktor* bestod av tre subteman, vilka var; *Individnivå, Gruppnivå* och *Organisatorisk nivå*. I studiens empiriska resultat framträder även domänerna *hälsorelaterad* och *ohälsorelaterad*.

Slutsatser: Slutsatser som kan dras av *denna* studie är att hälsa upplevs som en balans mellan olika delar, såsom fysiska, psykiska, sociala aspekter samt arbete, familj och privatliv. Dessa delar eller dimensioner av hälsan hänger samman och påverkar varandra. Trots att arbetet är mycket krävande och påfrestande så trivs informanterna på sitt arbete och tycker att det är roligt och utvecklande, de känner sig engagerade och delaktiga vilket bidrar till att de upplever hälsa (arbetsrelaterad hälsa). Ett flertal friskfaktorer går att identifiera och de friskfaktorer som finns på individnivå tycks vara av mycket stor betydelse, även om de på gruppnivå och organisatorisk nivå också inverkar på den arbetsrelaterade hälsan. Friskfaktorerna på individnivå är betydelsefulla för att kunna nyttja de friskfaktorer som finns på gruppnivå och organisatorisk nivå. De individuella friskfaktorerna är tydligt synliga hos individen i både privata sammanhang och i arbetssammanhang, medan friskfaktorerna på gruppnivå och organisatorisk nivå endast är relaterade till arbetet och arbetssituationen.

Nyckelord: Hälsa, Arbetsrelaterad hälsa, Arbetsrelaterad ohälsa, Friskfaktorer, Kvalitativ innehållsanalys

Summary

Title: Searching for determinants of health! A qualitative study of how work-related health is perceived and what determinants of health that makes you feel good at work.

Purpose: The purpose of this study is to describe how work-related health is experienced and to identify determinants of health that are considered necessary for maintaining health.

Method: The study is an empirical study with a qualitative approach. Qualitative interviews were conducted with four informants. Interpretation and analysis was made based on qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman.

Results: The results consist of seven main themes and three subthemes, formed from the categories and codes in existence. The main themes that emerged were: *Health, Determinants of health, Awareness, Life companion, Unhealth, Work-related unhealth and Action of awareness*. The theme *Determinants of health* were consisted of three subthemes, which were: *The individual level, Group level and Organizational level*. The study's empirical results also enter the domains related to *Health-related* and *Unhealth-related*.

Conclusion: The conclusions to be drawn from *this* study is that health is perceived as a balance between various elements, such as physical, mental, social elements and work, family and personal life. These elements, or dimensions of health are related and affect each other. Although the work is very demanding and stressful the informants feel at home and feeling happy during work and find it fun and educational, they feel engaged and involved, which contributes to experience health (work-related health). A number of determinants of health can be identified and the determinants of health that exist at the individual level seems to be if very great importance, although the group level and organizational level also have impact on work-related health. Determinants of health at the individual level is important to be able to utilize the determinants of health that are in group level and organizational level. The individual determinants of health are clearly visible in individuals in both private and working contexts while the determinants of health of group level and organizational level is only related to the work and the work situation.

Keywords: Health, Work-related health, Work-related unhealth, Determinants of health, Qualitative content analysis

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	HÄLSANS UTVECKLING I SVERIGE	1
2.2	MÅLOMRÅDE 4 - HÄLSA I ARBETSLIVET.....	2
2.3	BEGREPPET HÄLSA	2
2.3.1	Hälsoperspektiv i denna studie.....	3
2.4	BEGREPPET HÄLSOFRÄMJANDE	3
2.5	HÄLSA OCH OHÄLSA I ARBETET	4
2.6	FRISKFAKTORER I ARBETET	6
2.7	PROBLEMFÖRMULERING.....	7
2.7.1	Syfte.....	7
2.7.2	Studiens avgränsning	7
3	METOD	7
3.1	KVALITATIV VETENSKAPSTEORETISK ANSATS.....	7
3.1.1	Förförståelse	8
3.2	GENOMFÖRANDE.....	8
3.2.1	Litteratursökning.....	8
3.2.2	Urval av informanter.....	8
3.2.2.1	Ställningstagande inför urval.....	9
3.2.3	Kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod.....	9
3.2.4	Kvalitativ innehållsanalys för tolkning och analys av data.....	10
3.2.4.1	Studiens analysprocess	11
3.3	KVALITETSKRITERIER.....	14
3.4	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
4	RESULTAT	15
4.1	RESULTAT – STUDIENS HUVUDFYND	15
4.1.1	Hälsa och Ohälsa.....	16
4.1.2	Livskamrat.....	16
4.1.3	Friskfaktorer – Individnivå	17
4.1.4	Friskfaktorer – Gruppnivå	17
4.1.5	Friskfaktorer – Organisatorisk nivå.....	18
4.1.6	Arbetsrelaterad ohälsa.....	19
4.1.7	Medvetet handlande	19
4.1.8	Medvetenhet	20
5	DISKUSSION	24
5.1	RESULTATDISKUSSION.....	24
5.1.1	Hälsa och Ohälsa.....	24
5.1.2	Livskamrat.....	25
5.1.3	Friskfaktorer - Individnivå.....	25
5.1.4	Friskfaktorer – Gruppnivå	26
5.1.5	Friskfaktorer – Organisatorisk nivå.....	27
5.1.6	Arbetsrelaterad ohälsa.....	27
5.1.7	Medvetet handlande	28
5.1.8	Medvetenhet	29
5.2	DISKUSSION KRING STUDIENS STYRKOR OCH SVAGHETER	29
5.2.1	Styrkor och svagheter i förhållande till andra studier	30
5.3	FRAMÅTBlickAR.....	30
5.4	SLUTSATS	31

REFERENSLISTA

Tabellförteckning

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen 13

Tabell 2. Kategorisering och tematisering av koder 21

Bilagor

Bilaga 1 – Informationsbrev

Bilaga 2 - Intervjuguide

1 Inledning

Människors hälsa påverkas ständigt av yttre och inre faktorer, varav en faktor för många människor är arbetet. De flesta människor tillbringar mycket av sin vakna tid på arbetet, därför har det betydelse för hälsan hur man upplever sitt arbete. Arbetet kan bidra med en meningsfull tillvaro och en tillhörighet som gör att man mår bra, men det kan också vara orsak till att människor upplever ohälsa på grund av arbetet.

Utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv är det intressant att vända på perspektivet, det vill säga att fokusera utifrån hälsa och vad som gör att människor har hälsa, istället för att studera vad som orsakar ohälsa. I denna uppsats har det därför studerats hur människor upplever sin arbetsrelaterade hälsa. Vidare studeras också om det finns specifika friskfaktorer som gynnar den arbetsrelaterade hälsan.

2 Bakgrund

I nedan avsitt följer *Hälsans utveckling i Sverige*, en kort beskrivning av *Målområde 4 – Hälsa i arbetslivet*, *Begreppet hälsa* samt *Hälsoperspektiv i denna studie*, vidare presenteras *Begreppet hälsofrämjande*, *Hälsa och ohälsa i arbetet* och sist *Friskfaktorer i arbetet*. Sedan följer *Problemformulering*, *Syfte* och en beskrivning av *Studiens avgränsning*.

2.1 Hälsans utveckling i Sverige

Sveriges nationella folkhälsopolitik syftar till att hela befolkningen ska kunna uppnå en god hälsa på lika villkor. Hälsa är en förutsättning för välbefinnande och livskvalitet hos människor. Hälsa är även en grundläggande faktor för en hållbar ekonomisk tillväxt i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

En grundläggande förutsättning för hälsa är fred och frihet (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Sverige är ett land som har haft fred sedan början av 1800-talet vilket gett möjlighet till att fokusera på olika resurser för att främja en positiv samhälls- och hälsoutveckling. Sverige har goda levnadsförhållanden och ett väl utbyggt skyddsnät i samhället, vilket är mycket betydelsefullt för hälsan (Sundin, Hogstedt, Lindberg & Moberg, 2005). De mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan anses vara delaktighet, inflytande samt ekonomisk och social trygghet (Statens folkhälsoinstitut, 2010)

Hälsa har sedan länge varit en stor del inom svensk välfärdspolitik. Ända sedan 1700-talet har man tagit initiativ till och genomfört hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Folkhälsoarbetet har sett ut på olika sätt under åren, bland annat så har fokus, mål och medel förändrats med tiden (Medin, 2005). Händelser som har haft stor betydelse för Sveriges hälso- och samhällsutveckling är bland annat freden, centralmaktens framväxt, merkantilismen, urbaniseringen, industrialiseringen, tabellverket, den medicinska vetenskapens utveckling, hygienismen, utveckling av demokratin och välfärdsstaten (Sundin, et al., 2005).

Den nationella folkhälsopolitiken syftar till att människor ska kunna uppnå en god hälsa på lika villkor och det gäller för hela befolkningen. År 2003 beslutade Sveriges Riksdag om en övergripande folkhälsopolitik med ett övergripande mål och elva målområden. Det övergripande målet är att skapa strukturella förutsättningar för en god hälsa på lika villkor hos hela befolkningen (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

De elva målområdena är; Målområde 1 *Delaktighet och inflytande i samhället*, Målområde 2 *Ekonomiska och sociala förutsättningar*, Målområde 3 *Barn och ungas uppväxtvillkor*, Målområde 4 *Hälsa i arbetslivet*, Målområde 5 *Miljöer och produkter*, Målområde 6 *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*, Målområde 7 *Skydd mot smittspridning*, Målområde 8 *Sexualitet och reproduktiv hälsa*, Målområde 9 *Fysisk aktivitet*, Målområde 10 *Matvanor och livsmedel*, Målområde 11 *Alkohol, narkotika, doping, tobak och spel* (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

2.2 Målområde 4 - Hälsa i arbetslivet

Målområde 4 *Hälsa i arbetslivet* är relevant för denna uppsats.

I korthet beskriver målområde 4 att då ett väl fungerande arbetsliv och arbetsvillkor finns så minskar den arbetsrelaterade ohälsan. Det måste finnas en balans mellan kraven i arbetet för individen och möjligheterna att må bra under hela arbetslivet. Det ska vara möjligt att förena arbetsliv med sin fritid och familj. För att kunna må bra på sitt arbete behöver man exempelvis kunna känna sig sedd, delaktig, ha inflytande och kontroll över sin arbetssituation. Det måste även vara en god arbetsmiljö på arbetsplatsen så att individen är trygg i miljön, i den fysiska, psykiska och den sociala arbetsmiljön (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

2.3 Begreppet hälsa

Hälsa är ett begrepp som är komplext att definiera, som i teorin beskrivas på många olika sätt men det finns ingen gemensam accepterad definition över vad hälsa är (Hallberg, 2002).

Synen på hälsa och sjukdom har förändrats med tiden (Åkerlind & Schunder, 2007). Begreppet hälsa har utvecklats från att ha ett utpräglat medicinskt, fysiskt perspektiv till att mer och mer innefatta även andra dimensioner av hälsa, såsom psykisk, emotionell (Tangen & Conrad, 2009), social (Medin & Alexandersson, 2000) och andlig (Eriksson, 1996; Tangen & Conrad, 2009) hälsa.

Idag råder två övergripande perspektiv på hälsa, det biomedicinska perspektivet där hälsan beskrivs som objektiv och det holistiska perspektivet där hälsan beskrivs som subjektiv (Blaxter, 2010; Medin & Alexandersson, 2000).

Det biomedicinska perspektivet kan härledas till den naturvetenskapliga revolutionen under 1600-talet. Kyrkan hade tidigare haft makten att förklara världen och tillvaron för folket. Detta innebar exempelvis att sjukdom ansågs som en bestraffning av gud för de synder man begått. Framväxten av naturvetenskapen ställde krav på kyrkan att ta över monopolet på att

kunna förklara den fysiska världen. En förlikning skedde då mellan kyrkan och naturvetenskapen om att kyrkan behöll monopolet kring att förklara själen och andliga krafter medan naturvetenskapen tog över monopolet att förklara den materiella världen (Åkerlind & Schunder, 2007).

Det biomedicinska perspektivet innebär att hälsa ses som frånvaro av sjukdom och/eller som motsats till sjukdom. Det är en reduktionistisk syn på människan som då inte ses som en helhet (Medin & Alexandersson, 2000). Människans hälsa kan mätas utifrån vilka fysiologiska förutsättningar som individen har (Tangen & Conrad, 2009). Inom det biomedicinska perspektivet anses patogen vara specifika ämnen som påverkar människan och orsakar ohälsa eller sjukdom. Exempel på patogen är till exempel virus, bakterier, miljögifter, och så vidare. Det finns inga andra förklaringsorsaker till ohälsa och sjukdom (Baum, 2008).

Det biomedicinska synsättet där man delar upp människan i kropp och själ har påverkat synen på hälsa långt in på 1900-talet. Under 1900-talet har nya vetenskaper, som cybernetik, datologi och ekologi, vuxit fram vilket inneburit ytterligare perspektiv som influerat synen på hälsa. Dessa vetenskaper intresserar sig för processer och samspel mellan olika faktorer snarare än att se till enskilda specifika faktorer (Faresjö & Åkerlind, 2005).

Det holistiska perspektivet karaktäriseras av att hälsan sätts i fokus och att fysiska, psykiska, emotionella, andliga och samhällsbetingade dimensioner samspelar med varandra (Tangen & Conrad, 2009). Man har därmed en uttalad helhetssyn på människan och hennes hälsa. Människans känsla eller upplevelse av välbefinnande är en central aspekt av hälsan (Medin & Alexandersson, 2000).

Varje människa har sin egen individuella hälsa och hälsan som helhet är unik för varje enskild individ. Hälsan är heller inte något konstant utan den formas och utvecklas ständigt (Eriksson, 1996). Hälsan ses som en rörelse eller en process som människan själv upplever och skapar i sin vardag (Medin & Alexandersson, 2000). Enligt Marmot (2004) är bland de viktigaste aspekterna i livet att ha kärlek, sociala relationer och att ha kontroll över sitt liv. Om man inte upplever att man har kontroll över det som påverkar livet kan man heller inte uppleva hälsa, utan upplever då ohälsa.

2.3.1 Hälsoperspektiv i denna studie

Fortsättningsvis i denna uppsats används det holistiska perspektivet av hälsa och ohälsa som teoretisk ram för vad som avses med hälsa och ohälsa i denna uppsats, om inget annat anges.

2.4 Begreppet hälsofrämjande

Begreppen främjande (promotion) och förebyggande (prevention) är intressanta då man talar om hälsa och ohälsa. Begreppet hälsofrämjande syftar till att skapa stödande miljöer med bra förutsättningar och möjligheter till en bättre hälsa hos alla människor. Det kan till exempel vara hälsofrämjande insatser på en arbetsplats. De förebyggande insatserna riktar sig ofta mot en specifik riskgrupp människor och innebär att identifiera, minska eller ta bort risk för ohälsa

och skador. Dessa två synsätt kompletterar varandra (Green & Tones, 2010; Källestål, Bjurvald, Menckel, Schaerström, Schelp & Unge, 2004).

Eftersom hälsofrämjande insatser innefattar allt som syftar till att stödja människor till att må bra i tillvaron så är faktorer både på och utanför arbetet av betydelse (Green & Tones, 2010; Källestål, et al., 2004). Arbetet är en viktig arena och en person tillbringar en tredjedel av sin tid på arbetet (Åkerlind, Schunder & Frick, 2007). För att insatserna ska upplevas som hälsofrämjande krävs att de är varaktiga för att underlätta vidmakthållande av hälsan.

Det hälsofrämjande perspektivet syftar till att ge människor stöd och förutsättningar till att utveckla en problemlösningsförmåga, stärka sin identitet och själva kunna göra goda och medvetna val kring sina levnadsvanor (Källestål, et al., 2004). Individen måste vara medveten om sitt sociala, fysiska och psykiska tillstånd för att kunna tillfredsställa sina behov (Pellmer & Wramner, 2001).

Folkhälsoarbete bör inriktas på hälsans bestämningsfaktorer, eller friskfaktorer, istället för att inrikta sig mot själva sjukdomarna eller ohälsan i sig (Green & Tones 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2010). Det är därför betydelsefullt för folkhälsoarbetet att ha förståelse för dessa faktorer, som exempelvis kan vara livsvillkor, levnadsvanor, arbetsmiljö eller andra miljöer som påverkar folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2005; Åkerlind & Schunder, 2007).

Friskfaktorer skapar förutsättningar för människan att röra sig mot hälsa (Tangen & Conrad, 2009) och de är centrala och finns naturligt i människans liv (Antonovsky, 2005).

Friskfaktor är en företeelse som förekommer i den enskildes arbets- och eller totala livsmiljö och levnadsmönster och ger denne förutsättningar för att fungera optimalt, utvecklas och må bra i arbetslivet (Abrahamsson, et al., 2003. s. 46).

2.5 Hälsa och ohälsa i arbetet

Ur ett samhällsperspektiv så ger en god hälsa ett ökad arbetskraftsdeltagande, en högre produktivitet och fler produktiva år i näringslivet. Därmed bidrar en god hälsa till en god ekonomisk utveckling och tillväxt, både för individen men också för näringslivet och för samhället. Ohälsa däremot, medför stora ekonomiska direkta och indirekta kostnader för samhället. De direkta kostnaderna som då ökar på grund av en ökad efterfrågan kan vara hälso- och sjukvård, rehabilitering och läkemedelskostnader och de indirekta kan vara förlorad inkomster eller produktionsbortfall orsakat av exempelvis sjukfrånvaro (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

I Sverige finns en lång och god tradition då det gäller arbetsmiljöarbete. Det finns både positiva och negativa trender i arbetsmiljöns påverkan på individens hälsa. Arbetsmiljön och den enskildes arbetssituation har förändrats mycket under det senaste decenniet i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Man kan se att den fysiska arbetsmiljön och hälsan har blivit betydligt bättre men att den psykiska arbetsmiljön och psykiska hälsan hos yrkesverksamma har försämrats. En av de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning är just psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2005; Åsberg, Grape, Krakau, Nygren, Rodhe, Wahlberg &

Währborg, 2010). Den psykiska ohälsan ökar generellt och besvär som kronisk trötthet och utbrändhetssymtom ökar medan mer traditionella belastningsskador fortsätter att ligga konstant högt (Åkerlind, et al., 2007). Forskning visar på mönster i form av att psykisk ohälsa oftast drabbar individer i yrken där man arbetar med människor, såsom till exempel socialt arbete, vård- och omsorgsyrken och läraryrken. Dessa yrken är kvinnodominerade och aktuell forskning tyder på att kvinnor drabbas av psykisk ohälsa i större utsträckning än män (Ekstedt & Fagerberg, 2005; Hakanena, Schaufelib & Ahola, 2008; Janssen, Jonge & Bakker, 1999; Jones 1993; Sarmiento, Spence Laschinger & Iwasiw, 2003; Sundin, Hochwälder, Bildt & Lippers, 2007).

Människors arbetsliv har en stor betydelse för folkhälsan i samhället (Källestål, et al., 2004). Hälsan skapas och påverkas på platser där människor är verksamma, som till exempel på arbetsplatsen (Hansson, 2004). Hälsan och den totala livssituationen hänger ihop och individens egna personliga förutsättningar och omgivningen påverkar hälsan (Källestål, et al., 2004). Individen har olika roller och funktioner i olika sammanhang på olika arenor. Exempelvis har individen en roll på sitt arbete som arbetstagare och en annan roll i hemmet inom familjen, som till exempel kan vara att vara mamma. De olika rollerna innebär olika typer av krav, ansvar och behov och individen förhåller sig annorlunda i relation till olika arenor på grund av sina erfarenheter och värderingar (Abrahamsson, Bradley, Brytting, Eriksson, Forslin, Miller, Söderlund & Trollestad, 2003). Än idag står kvinnor, i hög grad, ansvariga för hushållsarbetet i hemmet (Statens folkhälsoinstitut, 2005). En ojämlikhet mellan kvinnor och män påverkar också relationen mellan dem (Wilkinson, 2007). Genom att främja ett gott arbetsliv kan man även bryta den rådande genusordningen som finns i samhället för att skapa likvärdiga villkor för kvinnor och män. Med mer liknande villkor finns möjligheter att kombinera arbetsliv och privatliv så att både kvinnor och män blir gynnade av de (Abrahamsson, et al., 2003).

Människor spenderar, som tidigare nämnt, mycket av sin vakna tid på arbetet och arbetet upptar och påverkar en stor del av människors liv (Abrahamsson, et al., 2003; Faragher, Cass & Cooper, 2005; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Arbetet och arbetsplatsen hjälper människor att få en rik och meningsfull tillvaro (Marmot, 2004), men det kan också innebära påfrestningar som skapar ohälsa hos individen då arbetet är en plats där individen utsätts för arbetsbelastning, såsom stress och press vilka är viktiga faktorer som påverkar individens hälsa (Faragher, et al., 2005; Marmot, 2004). Därför är det viktigt att det skapas förutsättningar för att må bra på arbetet (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

En bidragande orsak till ohälsa i arbetet för kvinnor kan vara att arbetsmiljön för kvinnor är generellt sämre än vad den är för män. Detta kan förklaras med att kvinnor oftare har arbeten där de inte har så stor möjlighet till inflytande, delaktighet, påverkan och kontroll i sitt arbete (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Sociala och organisatoriska faktorer påverkar individen och prestationen på arbete, genom till exempel strukturer, processer, aktörer, normer och värderingar (Abrahamsson, et al., 2003). Globalisering och avregleringar innebär en ökad konkurrens och det ställs ökade krav på flexibilitet (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Nya omständigheter på arbetsplatser, till exempel en snabb teknologisk utveckling, förändrar förutsättningarna för arbeten och kan leda till ohälsa hos arbetstagaren (Faragher, et al., 2005) i och med att individen idag *kan* ständigt vara tillgänglig med hjälp av informationsteknik. Detta medför att arbetstidsgränser och det

fysiska rummets gränser suddas ut. Detta kan öka effektiviteten på arbetet men även skapa stress i arbetet (Abrahamsson, et al., 2003; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Arbetstagare tvingas arbeta utöver sina ordinarie arbetstimmar på grund av att organisationer ständigt kämpar mot konkurens och snäva deadlines (Faragher, et al., 2005). Kraven på anpassning efter nya villkor och förutsättningar ställs dels på organisationer men även på den enskilda individen inom organisationen (Abrahamsson, et al., 2003; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Dessa trender genomsyrar stora delar av Europa och skapar en kultur av "arbetsnarkomani", vilket medför en negativ inverkan på tillfredsställelsen som arbetstagare kan få av sitt arbete (Faragher, et al., 2005).

2.6 Friskfaktorer i arbetet

Då individen interagerar med sin omgivning, speciellt i mötet med andra människor, så skapas en förståelse för omvärlden (Abrahamsson, et al., 2003). Den miljö som individen vistas i påverkar därmed tankar, beslut och beteende. Vi lever i en social omgivning där vi har olika typer av relationer till våra medmänniskor (Tangen & Conrad, 2009). Arbetsmiljön är en miljö som har stor betydelse för hälsan, bland annat vad det avser individens möjlighet till att skapa en god balans mellan sitt arbete och sin fritid (Statens folkhälsoinstitut, 2010). På en arbetsplats kan exempelvis de sociala relationerna fylla ett behov av tillfredsställelse vad det gäller identitet och tillhörighet. Det sociala stödet är därför en viktig friskfaktor som främjar hälsan (Tangen & Conrad, 2009). För att göra själva arbetet eller arbetsplatsen till en stödjande miljö som skapar eller vidmakthåller hälsa istället för att orsaka ohälsa eller skador så är friskfaktorer en god utgångspunkt (Abrahamsson, et al., 2003).

Att ha möjlighet och tid till återhämtning mellan arbetspassen är mycket viktigt för att kunna fylla på med energi och att kunna hantera sitt arbete. Kvinnor har oftare problem med stress än vad män har och de har också svårare än männen att koppla av och återhämta sig från arbetet. Sömnproblem är också vanligare hos kvinnor än män. När återhämtningen uteblir under en längre period kan detta leda till problem med att hantera stress och sömn och ur ett längre perspektiv kan utmattningssyndrom och psykisk ohälsa utvecklas (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

En annan central friskfaktor som framträder i aktuell forskning är arbetstillfredsställelse, som består av olika aspekter av tillfredsställelse och olika aspekter på individens arbete. Arbetstillfredsställelse kan beskrivas som den positivt känslomässiga reaktion och attityd som individen har för sitt arbete och den är också en viktig faktor som påverkar individens hälsa. Det finns en relation mellan arbetstillfredsställelse och hälsa, det vill säga en hög arbetstillfredsställelse förknippas med en bättre hälsa. Enligt The HERMES project (Health and Employment Review: a MEta-Analysis Study) är det en faktor som dominerar över andra faktorer i vad som påverkar individens välbefinnande och det är friskfaktorn självrapporterad hälsa. Andra viktiga friskfaktorer för arbetstillfredsställelse kan till exempel vara om individen finner sitt arbete intressant, har goda relationer med sin chef och kollegor, har en hög inkomst, tillåts att arbeta självständigt och att man har tydligt definierade karriärmöjligheter (Faragher, et al., 2005). Abrahamsson, et al. (2003) nämner även friskfaktorer såsom humor, att trivas, att utvecklas, arbetsglädje, få feedback, få beröm, gemenskap, respekt, påverka arbetssituationen, variation i arbetet, rimlig arbetsbelastning, tydlig arbetsledning, bra löneförmåner, bra fysisk arbetsmiljö och friskvård i arbetet.

Arbetsstillfredsställelse är i högre grad sammankopplad med psykiska och psykosociala problem än med fysiska besvär. Individer som känner en låg arbetsstillfredsställelse löper en högre risk att uppleva känslomässig utbrändhet, att ha en reducerad självkänsla och ha en förhöjd nivå av ångest och depression. Eftersom människor spenderar många av sina vakna timmar på sitt arbete så är det viktigt att arbetet innebär en personlig tillfredsställelse, annars kan individen känna sig otillfredsställd och olycklig vilket under en längre period är negativt för hälsan (Faragher, et al., 2005). För att arbetsplatsen ska kunna vara en stödjande miljö som främjar hälsa så behövs insatser på individ-, grupp- och organisationsnivå samtidigt (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

2.7 Problemformulering

Som tidigare beskrivits i uppsatsen så visar aktuell forskning att, framför allt, den psykiska ohälsan i arbetet ökar och allt fler människor mår dåligt av sitt arbete. Arbetsmiljöer har under senare tid förändrats mycket och den psykiska ohälsan har ökat. Man kan se allvarliga konsekvenser i samhället av den ökade ohälsan bland befolkningen. Dessa konsekvenser ses dels på ett personligt plan för individen och dennes hälsa och livssituation, dels på samhällsnivå i form av ökade direkt och indirekta ekonomiska kostnader.

Det ligger i folkhälsoarbetets intresse att befolkningen mår bra och har hälsa. Det är därför viktigt att främja hälsan hos befolkningen. För att vända det negativa mönstret av ohälsa som utvecklas i arbetsmiljöer i samhället är det viktigt att fokusera på och få mer kunskap om *hälsan* och hur den upplevs i relation till arbetet, samt att fokusera på de friskfaktorer som gör att människor upplever hälsa!

2.7.1 Syfte

Utifrån ovan problemformulering följer här studiens syfte som var att beskriva hur arbetsrelaterad hälsa upplevs samt att identifiera vilka friskfaktorer som anses vara nödvändiga för att vidmakthålla hälsa.

2.7.2 Studiens avgränsning

Studiens empiriska del avgränsas till och exemplifieras genom fyra informanter som arbetar inom kommunal verksamhet (se vidare 3.2.2 Urval av informanter och 3.2.2.1 Ställningstagande inför urval) i en medelstor svensk kommun.

3 Metod

I avsnittet nedan presenteras kort den *Kvalitativa vetenskapsteoretisk ansats* som används för uppsatsen och efter det följer en beskrivning av studiens genomförande.

3.1 Kvalitativ vetenskapsteoretisk ansats

I denna uppsats användes en kvalitativ ansats för genomförandet av studien, då intresset var att fånga hur informanterna själva *upplever* sin arbetsrelaterade hälsa, samt att identifiera friskfaktorer som *anses vara* nödvändiga för vidmakthålla hälsa. Enligt Widerberg (2002)

söker den kvalitativa forskningen efter fenomenets innebörd eller mening. Syftet med en kvalitativ studie är att skapa en annan och en djupare förståelse för det man valt att studera. Fokus ligger på hur individen uppfattar och tolkar sin sociala verklighet (Backman, 2008).

3.1.1 Förförståelse

Det är mycket svårt att sätta den egna förförståelse helt åt sidan, vilket innebär att den alltid påverkar och finns med till en viss grad av tolkning. Därmed är tolkningen aldrig förutsättningslös utan forskarens egna erfarenheter, uppfattningar och livsstil påverkar studien i viss utsträckning vilket påverkar forskningsresultatet. En viktig aspekt är forskarens medvetenhet om sin förförståelse och att detta tas upp i arbetet för att skapa en förståelse kring hur den kan ha påverkat studiens resultat (Alvesson & Skoldberg, 2008).

3.2 Genomförande

I nedanstående avsnitt presenteras först den *Litteratursökning* som gjorts för uppsatsen, för att sedan i texten beskriva genomförandet som är kopplat till denna studies genomförande.

3.2.1 Litteratursökning

De böcker som använts till denna uppsats är sökta i en elektronisk bibliotekskatalog vid Mälardalens högskola i Eskilstuna. Rapporter är nerladdade från Folkhälsoinstitutets hemsida (www.fhi.se) eller sökta via Google (www.google.com).

De vetenskapliga artiklar som använts har sökts fram ur elektroniska databaserna; EBSCO HOST, CINAHL Plus, LibHub, PubMed eller via Google scholar (<http://scholar.google.se/>). Samtliga sökningar gjordes mellan 28 januari och 23 februari 2011 och sökord som användes var; the qualitative content analysis (=903 träffar i CINAHL Plus), "the qualitative content analysis" (8 träffar i LibHub), "content analysis" AND "qualitative research" (=412 träffar i LibHub), public health science + wellbeing at work (=42 träffar i Pub Med), self-rated health burnout (=1879 träffar i EBSCO HOST), burnout risk factor (= 1284 träffar i EBSCO HOST) samt public health burnout (=1199 träffar i EBSCO HOST). En svensk artikel hittades slumpartat vid sökning på Google (www.google.se).

Artiklar valdes i ett första steg ut via deras titel, om den tycktes relevant och närliggande problemområdet. 51 stycken artiklar valdes slutligen ut. Sedan lästes samtliga abstracts igenom för att få en översiktlig uppfattning om vad dessa artiklar handlade om. Slutligen kom 9 stycken artiklar som bedömdes som relevanta för studien att användas till studien.

3.2.2 Urval av informanter

Innan studiens genomförande togs kontakt med en områdeschef inom en förvaltning i en medelstor svensk kommun, i syfte att presentera den tänkta studien och förfrågan om eventuellt deltagande och samarbete. Områdeschefen visade intresse och gav godkännande till datainsamling inom dennes verksamhetsområde. Viss hjälp erhöles från områdeschefen att

finna potentiella informanter. Med anledning av detta samt på grund av tidsbegränsningen för denna magisteruppsats, så utgjordes informanterna senare av fyra personer med chefsbefattning inom den aktuella kommunens verksamhet.

Sättet som urvalet gjordes på benämns enligt Bryman (2004) för att man gör ett bekvämlighetsurval. Detta är ett befogat val inom kvalitativ forskning eftersom att intresset inom kvalitativ forskning inte primärt är att få en representativitet (Bryman, 2004).

Efter att kontakten med områdeschefen var tagen så hölls initialt ett informationsmöte för tilltänkta informanter, vid det tillfället var de totalt fyra personer närvarande. En muntlig presentation i kombination med ett power point-bildspel gavs då om studien samt dess relevans och genomförande. "Informationsbrev" (Bilaga: 1) delades ut efter informationen till samtliga personer som lyssnat på informationen. De intresserade ombads att fylla i sina kontaktuppgifter på informationsbrevet och lämna det till mig på plats. Samtliga fyra informanter tackade ja till att delta i studien. Datum, tid och plats för intervjuerna bokades in redan vid detta första möte.

Alla fyra informanter fullföljde sitt deltagande i studien, därmed fanns inget bortfall.

3.2.2.1 Ställningstagande inför urval

Ett eget aktivt val gjordes dock i denna studie om att anta ett *hälsoperspektiv* och inte ett *chefs-* eller *ledarskapsperspektiv*. Vilket innebar att intresseområdet för studien ligger inom hur *hälsa* upplevs, inte hur *chefer* upplever hälsa.

3.2.3 Kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod

Studien har en kvalitativ ansats där data har insamlats med hjälp av kvalitativa intervjuer. Data har sedan analyserats enligt en struktur för kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Graneheim (2008).

Enligt Widerberg (2002) så karaktäriseras kvalitativa intervjuer av att forskaren använder sig av mötet som sker mellan forskare och intervjupersonen och av det samtal som då uppstår mellan dem. Samtalet är unikt för var och en av intervjupersonerna (Widerberg, 2002). Forskaren har en mycket viktig roll, genom att få fram och följa upp just det som den här intervjupersonen berättar. Den kvalitativa intervjun kan inledas med genomtänkta, planerade och semistrukturerade frågor, men beroende på vad intervjupersonen svarar så måste forskaren vara följsam och fånga substansen i det som intervjupersonen säger för att kunna ställa följdfrågor och utveckla intervjun utifrån denna intervjupersons svar (Alvesson & Skoldberg, 2008; Widerberg, 2002).

En intervjuguide (Bilaga: 2) skapades i syfte att ha samma struktur som utgångspunkt för samtliga intervjuer, även om intervjuerna sedan utvecklades utefter den aktuella informanten. Intervjuguiden delades in utifrån fem större frågeområden som var; *Personligt, Hälsa - Individnivå, Arbetet/Hälsa/Ohälsa - Individnivå/Gruppnivå/Samhällsnivå,*

Arbetet/Arbetsituationen - Individnivå/Samhällsnivå samt *Arbetet/Arbetsrelationer - Individnivå/Gruppnivå*. Under varje frågeområde skapades cirka fem berättarfrågor som informanterna kunde svara fritt utifrån.

Under intervjuerna användes intervjuguiden som en struktur att utgå ifrån. Under själva intervjuerna ställdes följdfrågor utifrån det som uppkom under intervjun som då bedömdes vara relevant att fråga vidare kring. Vid transkriberingen visade det sig att vissa av dess ”utvecklande” var sidospår som då bedömdes som att inte ha relevans utifrån studiens syfte.

De fyra intervjuerna skedde i ett konferensrum på en högskola, under olika dagar. En intervju tog i cirka 30 minuter, en tog cirka 90 minuter och de två övriga tog cirka 50 minuter. De spelades in med diktafon och filerna sparades där tills transkriberingen var slutförd, sedan raderades de. Transkriberingen gjordes samma dag som intervjun hade genomförts, detta för att hålla exempelvis nyanser, uttryck för tveksamhet, med mera färskt i minnet. Varje intervjutranskriberades enskilt och varje informant fick ett fingerat namn i det transkriberade materialet. Transkriberingen gjordes ordagrant, inklusive pauser, suckar, fyllnadsljud, och så vidare i syfte att återge så nära så som informanten själv hade uttryckt det, istället för att redan på den här nivån lägga in en viss grad av tolkning och sammanfattande summering då det finns risk att betydelsefullt material går förlorat.

Däremot uppmärksammades vissa utvecklade svar under transkriberingen, där följdfrågor hade varit lämpliga för att få svaret vidare utvecklat. Tyvärr uteblev dessa följdfrågor ibland, vilket är en brist hos forskaren och kan förklaras med ovanan att intervjua personer. Likaså var det ett svårt avvägande när man skulle prata och vad man skulle säga för att samtidigt inte i förväg påverka informanten svar.

Intervjuer, transkribering, tolkning och analys av det transkriberade materialet gjordes av en och samma person, av forskaren.

3.2.4 Kvalitativ innehållsanalys för tolkning och analys av data

I denna uppsats har kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Graneheim (2008) använts som analysmetod av insamlad data.

Kvalitativ innehållsanalys används för att fokusera på tolkning av texter och på att beskriva olika variationer mellan texter och dess innehåll, till exempel likheter och skillnader. Dessa skillnader och likheter delas sedan in i olika kategorier och teman på olika nivåer. En kvalitativ innehållsanalys kan göras på olika abstraktions- eller tolkningsnivåer. Då man arbetar efter en tolkande ansats så arbetar man också på olika abstraktionsnivåer samtidigt, vilket kan innebära svårigheter i att särskilja kategorier och teman. Använder man sig av tolkning i större utsträckning så kan detta istället underlätta att skapa kategorier och teman därför att tolkningen gör det möjligt att se sammanhang och mönster (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

3.2.4.1 Studiens analysprocess

Nedan presenteras hur denna studies kvalitativa innehållsanalysprocess genomfördes i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Graneheim (2008).

Analysprocessen i kvalitativ innehållsanalys innehåller följande centrala delar; *analysenhet*, *domän*, *meningsenhet*, *kondensering*, *abstraktion*, *kod*, *kategori* och *tema* (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

I ett första skede slogs samtliga fyra intervjuers transkriberade text samman till en textmassa, vilket utgjorde analysenheten (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008). Även en sammanfattande berättelse av varje intervju skrevs för att förenkla för forskaren att bilda sig en uppfattning om det transkriberade materialet.

Domäner (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008) är den grova uppdelningen som kan göras av analysenheten med hjälp av en låg grad av tolkning. I denna analysprocess var domänerna *hälsorelaterad* och *ohälsorelaterad* på grund av det som informanterna beskrev under intervjuerna var olika aspekter av eller faktorer som de ansåg påverka hälsa och/eller ohälsa.

Efter detta lästes hela analysenheten igenom ett par gånger för att bilda en uppfattning av materialet. Efter det började meningsenheter (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008) att väljas ut. Dessa meningsenheter valdes ut genom att de bedömdes ha ett relevant innehåll med utgångspunkt i studiens syfte. Den text som föll bort, det vill säga inte togs med som meningsenheter bedömdes inte längre som relevant, på grund av att svaren inte var representativa för frågorna i intervjuguiden eller på grund av att uppföljning och följdfrågor missades att ställas av forskaren, därmed blev svaren outvecklade och/eller malplacerade i förhållande till frågan.

Då meningsenheterna var utvalda påbörjades arbetet med att kondensera dem. Kondensering (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008) innebar att förkorta ner meningsenheterna men att samtidigt behålla innehållets kärna i dem, vilket bildar en kondenserad meningsenhet. Kondenseringen av meningsenheterna skedde genom att kondensera dem var för sig, en åt gången, utifrån den ordningsföljd som de dök upp i analysenheten.

För att göra arbetet mer översiktligt med de kondenserade meningsenheterna så gavs de koder. Enligt Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Graneheim (2008) innebär kodning att man abstraherar den kondenserade meningsenheten och ger den ett namn, en kod, som överensstämmer med meningsenhetens sammanhang. Vid abstraktion lyfts dess innehåll till en högre nivå, fortfarande på så vis att den överensstämmer men sammanhanget (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008). Under kodningsarbetet togs vissa meningsenheter och kondenserade meningsenheter bort då de inte längre bedömdes som relevanta. Vissa meningsenheter drogs isär på grund av att flera kodningar föll under samma

meningsenhet. Istället skapades då exempelvis två nya meningsenheter med varsin olik kondensering och varsin olik kodning.

När samtliga koder hade bestämts gjordes en kontroll både mot meningsenheterna och de kondenserade meningsenheterna för att se om kodernas benämning hade relevans och stämde i sammanhanget.

I nästa steg skrevs alla koder först upp i en lista, i syfte att få en översikt över dem. Sedan sammanfördes de koder som naturligt berörde samma område till en gemensam kategori (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008). En kategori visar en gruppering av olika liknande koder. Enligt (Graneheim och Lundman (2004) och Lundman och Graneheim (2008) så har varje kategori ett liknande innehåll samtidigt som innehållet skiljer sig från andra kategorier. Kategorins namn ska kunna svara på frågan *vad?* och kunna förklara dess innehåll på en beskrivande nivå. Även under kategorier kan även under kategorier (subkategorier) skapas (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

Det sista steget i analysprocessen var att skapa teman (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008) utifrån de kategorier som vuxit fram. Ett tema kan stämma överens med innehållet i flera av kategorierna, därmed blir temat en ”röd tråd” som kan löpa genom flera kategorier. Temat ska kunna svara på frågan *hur?* utifrån en tolkande nivå. Även underteman (subteman) kan skapas (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

I Tabell 1 på nästa sida (sid. 13) illustreras ett exempel ur analysprocessen för att ge läsaren en möjlighet att bilda sig en egen uppfattning om analysprocessen.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Domän	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema (Subtema)
Hälsorelaterad	<i>"Åh, det är viktigast av allt och då tänker jag på att va frisk å inte ha några sjukdomar som som är påverkar en eh... påverkar en dagligen, livsföringen liksom."</i>	Hälsa relateras till friskhet som ses som en frånvaro av sjukdom och hälsa är det viktigaste i livet.	Hälsa är viktigast i livet	Att må bra och känna harmoni i sin livssituation	Hälsa
	<i>"Ja men absolut å jag vet ju vad mina belastningar är å liksom mina styrkor är så att det är bara att försöka hitta en bra balans så att... och som sagt där men vet att man har svagheter ta hjälp av andra utan att behöva jobba för mycket med dä å, å så som sagt balansen genom alla områden, asså socialt, privat å jobbet å..."</i>	Känner till sina svagheter och styrkor, tar hjälp av andra i sina svagheter, balansen både i och utanför arbetet är viktig för att upprätthålla hälsan.	Självisikt	Personlig mognad	Medvetenhet
Ohälsorelaterad	<i>"En viss press gillar man ju liksom så där å det händer lite å men just det här när man inte känner att man hinna med liksom, enheterna eller..."</i>	Viss press är positivt och stimulerande i arbetet, men känslan av att inte hinna med och inte hinna med enheterna skapar stress och ohälsa.	Upplevelse av tidsbrist på jobbet	Faktorer i arbetet som skapar stress	Arbetsrelaterad ohälsa
	<i>"... man vill ju hinna med alla å man vill ju helst se alla å liksom sådär, eller att alla ska känna sig sedda å det e omöjligt ibland i perioder så det e kart att man får lite dåligt samvete."</i>	Svårt att hinna med alla och bekräfta alla, i perioder är det omöjligt att hinna med och man får dåligt samvete.	Dåligt samvete gentemot andra	Känsla av skuld mot andra	Arbetsrelaterad ohälsa

3.3 Kvalitetskriterier

Det är viktigt att kunna legitimera sin kunskap och sträva efter att vara saklig och tillförlitlig i genomförandet av studier, dock finns alltid utrymme för andra tolkningar eller variationer av tolkningar vid kvalitativa studier. Inom den kvalitativa ansatsen används vissa kvalitetskriterier för att diskutera trovärdigheten kring de resultat som framkommer i studien. I denna uppsats beaktas kvalitetskriterierna *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* enligt Graneheim och Lundmans (2004) och Lundman och Graneheims (2008) definition och en diskussion kring dem i förhållande till analysprocessen i denna studie förs i texten nedan.

Resultatet i denna studie kan anses giltigt med hänsyn till att det var en och samma person (forskaren) som har genomfört intervjuerna, lyssnat på dem, transkriberat dem och senare också skapat kategorier och teman under analysprocessen. Det har hela tiden funnits möjlighet att "backa" i materialet och gå tillbaka och kontrollera de kategorier och teman som vuxit fram mot originaltexten i transkriberingen, vilket också gjorts då tveksamheter uppstått. Om en rimlighet visar sig i kategoriernas och temans innehåll och benämning mot texten har man en god överensstämmelse och giltighet, det vill säga att det som visar sig där är representativt för det som var tänkt att beskrivas.

Studiens giltighet och tillförlitlighet kan styrkas genom att tillvägagångssättet i analysprocessen presenterats helt öppet, inklusive arbetsmaterial under analysen, vilket ger läsaren en möjlighet att själv bedöma de tolkningar som gjorts. Även ett flertal citat presenteras i resultatet, där samma möjlighet till bedömning av tolkning finns.

Överförbarhet innebär i vilken grad resultatet kan överföras i andra situationer eller till andra personer eller grupper. Läsaren är dock den som bedömer om resultatet kan föras över till andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008).

Med hänsyn till giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet så har strukturen för kvalitativ innehållsanalys analysprocess följts noggrant och därmed är resultatet följd av studien och inte forskarens egna åsikter, även om *tolkning* förekommit. Resultatet kan alltså härledas genom data. En beskrivning av urval, informanter, datainsamling och analysprocess presenterats också öppet i uppsatsen.

3.4 Etiska överväganden

Det finns en rad etiska aspekter som bör beaktas vid kvalitativa intervjustudier (Kvale & Brinkmann, 2009). I denna studie har tre centrala etiska aspekter beaktats, dessa är; *informerat samtycke*, *konfidentialitet* och *konsekvenser* av studien.

Tillämpning och hänsyn av informerat samtycke och konfidentialitet togs i studien. Informanterna informerades muntligt om att personliga data inte kommer att röjas och att konfidentialitet garanteras i studien.

I studien intervjuades fyra vuxna personer, som inte tillhör någon utsatt eller sårbar grupp i samhället. De ansågs därför vara autonoma och kunna ta ansvar gällande sitt deltagande i studien. Informanterna fick information om studien och dess syfte, samt att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan att uppge särskild förklaring.

Diskussioner fördes med områdeschefen kring eventuella konsekvenser av studien. En aspekt som beaktades var att det förelåg risk att information som framkom under intervjuerna kunde uppfattas som ofördelaktig eller obekvämt för verksamheten. Detta speciellt då studien publiceras i form av en magisteruppsats samt kommer att publiceras, distribueras och användas inom kommunens verksamhet. Områdeschefen ansåg inte detta som ett problem utan i så fall snarare som en möjlighet lyfta problematiken och åtgärda brister.

Cheferna var medvetna om att studiens resultat kommer att presenteras och användas inom verksamheten. Områdeschefen och cheferna gav även sitt medgivande till att i uppsatsen ange vilken kommun och verksamhetsområde som studien genomförts i (vilket dock inte har gjorts). Ett försök har ändå gjorts att inte blottlägga det som framkommit under intervjuerna och därför har informanternas namn ändrats till fingerade namn. De fingerade namnen är; Alex, Sam, Michelle och Kim.

Konsekvenser, såsom nytta och risker, av denna studie har ytligt beaktats. Inga specifika risker med studien bedömdes föreligga. Nyttan med studien är att förhoppningsvis kunna bidra till en ökad förståelse och kunskap för hur hälsa kan upplevas i arbetet samt att få förståelse för friskfaktorerens inverkan på hälsan. Detta kan bidra med en igenkänneeffekt hos arbetstagaren som är positiv för hälsan samt också ur ett långsiktigt perspektiv kan stödja arbetsgivare i ett hälsofrämjande arbetssätt.

4 Resultat

I detta avsnitt presenteras studiens resultat i löpande text och sedan en tabell (Tabell 2) över studiens resultat. Resultatet utgörs av de koder, kategorier och sedan teman som vuxit fram under analysprocessen. Texten under 4.1 Resultat – studiens huvudfynd, är indelad i underrubriker efter de sju teman som framkom (oberoende ordning) i analysprocessen, *Hälsa, Ohälsa, Livskamrat, Friskfaktorer, Arbetsrelaterad ohälsa, Medvetet handlande och Medvetenhet*.

4.1 Resultat – Studiens huvudfynd

Under analysprocessen växte domänerna *hälsorelaterad* och *ohälsorelaterad* fram ur genom att det som informanterna beskrev under intervjuerna var just olika aspekter av eller faktorer som de ansåg påverka hälsa och/eller ohälsa. Med en grov uppdelning med mycket låg grad av tolkning kunde domänerna skapas.

Resultatet består vidare av sju huvudteman och tre subteman, som bildats av de kategorier och koder som förelåg. Huvudteman som framkom var; *Hälsa, Ohälsa, Livskamrat, Friskfaktorer, Arbetsrelaterad ohälsa, Medvetet handlande* och *Medvetenhet*. Temat *Friskfaktor* bestod av

tre subteman, vilka var; *Individnivå*, *Gruppnivå* och *Organisatorisk nivå*. Dessa teman är kursivt markerade då de initialt nämns i sina respektive stycken i den nedanstående texten, för att de lättare ska kunna urskiljas för läsaren.

4.1.1 Hälsa och Ohälsa

Informanterna upplevde att de hade *hälsa* och menade att hälsan var det viktigaste i livet, att må bra och känna harmoni i sin livssituation. De menade också att hälsan kan variera i olika sammanhang. De beskrev också att hälsan innefattar sociala, psykiska och fysiska aspekter och att den hänger samman med och påverkas av till exempel familjesituationen och arbetet. De beskrev också att det måste råda balans mellan dessa aspekter för att man ska känna hälsa. Då balans saknades mellan aspekterna upplevdes *ohälsa*. Nedanstående citat är ett exempel på balansen mellan de olika delarna uttrycks;

Att få va frisk, att få må bra. Att få må bra känna harmoni, eh... att ha en god hälsa är jätteviktigt. Det här att känna sig pigg å stark å ...a Att man har en bra balans mellan liksom sitt yrke och sitt privata liksom. Nej, jag tror den hära balansen är en viktig del att jag upplever att jag har hälsa. När jag har den här balansen, jobb, privat då upplever jag också en god hälsa.

En av informanterna uttryckte sin syn på hälsa som vid det uttalandet var mer utifrån ett biomedicinskt perspektiv på hälsan, hon sa;

Åh, det är viktigast av allt och då tänker jag på att va frisk å inte ha några sjukdomar som som är påverkar en eh... påverkar en dagligen, livsföringen liksom.

Stress upplevdes av informanterna som ohälsa. Stress var ett mycket centralt begrepp som informanterna tog upp under intervjuerna. De upplevde att stress påverkade deras hälsa negativt och fick dem att känna ohälsa. Stressen kunde finnas både i privata sammanhang och i familjesammanhang (ohälsa) men också i arbetssammanhang (arbetsrelaterad ohälsa). Hälsan som de upplevde under sin lediga (privata) tid sammankopplades med hälsan som upplevdes på arbetet. En av informanterna uttryckte det såhär;

(...) när jag har det bra hemma å ja då har jag det bra på jobbet, har jag det bra på jobbet har jag det bra liksom lite mer så dära...(...) asså dom här det påverkar ju varandra asså eh blir jag stressad på jobbet så kan man ju lätt ta hem det å gör att jag reagerar för småsaker hemma som gör att jag stressar upp mig mer eller har jag nånting mä mig privat som stressar då kan jag bli irriterad på jobbet och bli lite mer lättstressad...

4.1.2 Livskamrat

Relationer till nära och kära, att ha någon att dela livet med och att känna stöd från sin partner (*livskamrat*) ansågs ha en stor positiv inverkan på hälsan. En av informanterna uttryckte detta väldigt tydligt, vilket illustreras med nedanstående citat;

(...) det som gör att jag mår bra det är ju naturligtvis jag tycker om å att ha en bra relation till min man, å så där å att det liksom är lugnt å bra å att vi har samma värderingar å samma eh någorlunda samma mål å sådär. E... jag tycker det är viktigt. Det är ju en stor del naturligt... för egentligen så är väl dä basen. Eh... tycker jag, han är ju jätteviktigt naturligtvis. I det här å liksom hitta lugnet på nåt sätt. Det är viktigt att ha nån att dela saker å ting med tycker jag när man har sånt här jobb också att man kan liksom, speciellt när det är tufft som jag säger dom där gångerna när det är riktigt tufft då... då behöver man liksom få lite stöd (...)

4.1.3 Friskfaktorer – Individnivå

De friskfaktorer på individnivå som kunde identifieras var bland annat att informanterna hade positiva känslor kring sitt arbete och samtliga informanter trivdes mycket bra med sitt arbete. De kände sig exempelvis tillfredsställda, delaktiga, ansvarstagande, stimulerade och engagerade i sitt arbete och de upplevde i hög grad påverkansmöjlighet och meningsfullhet i sitt arbete. De hade också stor frihet arbetet genom att kunna planera och i viss mån prioritera arbetets innehåll. Känslan av att ha kontroll över sin arbetssituation värdesattes mycket och upplevdes som positivt för att minimera stress i arbetet. En av informanterna sa såhär om känslan av meningsfullhet;

Det är jätteviktigt. Arbetet är ju en stor del i ens liv. Jag brukar säga att arbetet gud det är ju mitt andra hem, asså så där det är jätteviktigt å trivas att eh att man känner att man gör nåt meningsfullt å... å jaa...

Nedanstående citat visar några av de friskfaktorer som informanterna ansåg spela in för att ha en positiv inställning till och att må bra i sitt arbete;

Lön e en, asså en faktor, kompetensutveckling... å, att bli lyssnad på, att man blir sedd, att man känner att man gör ett bra jobb, man vill gå till jobbet, det finns nånting som driver mig jag har ett engagemang, jaa det finns ... (skratt) det e mycket.

4.1.4 Friskfaktorer – Gruppnivå

Det som var mycket tydligt under analysen och som växte fram under temat *friskfaktorer på gruppnivå* var kollegornas positiva betydelse i arbetet. Detta yttrade sig bland annat genom att informanterna kände kollegialt stöd från varandra och de tog tillvara på varandras intressen och kompetens och gav varandra utrymme. De hade även goda relationer med sin närmsta chef och sammantaget fanns goda relationer i kollegiegruppen, vilket sågs som en resurs. Informanterna i denna studie upplevde att de hade en sammansvetsad kollegiegrupp och att de kände varandra väl och att de stöttade varandra i arbetet. En av informanterna uttryckte;

Men jo men så är det asså vi har vi fyra har väl också olika svårt att säga nej eller lätt, eller hur man ska se det. Så vissa är ju kanske, tar ju säkert på sig kanske mer. Å kanske inte verkligen säger till att nej men nu har jag jättemycket... utan å man tar det å sen så blir det liksom men det är också där tycker jag att vi är ganska bra liksom har den kunskapen om varandra mycket i och med handledningen så att man kan liksom säga att nej men jag tar det där istället eller... jag kan hjälpa dig med det där eller... som man försöker ju samtidigt som man liksom självklart har ett eget ansvar att säga nej eller be om hjälp men... man försöker ändå

De två nedanstående citaten visar att kollegorna stöttar varandra och att det är en viktig del i arbetet och för att uppleva hälsa i arbetet, likaså är stöd från organisationen en viktig del;

Vi stöttar upp varandra liksom sådär tänker helhet. Så det är ju jätteviktigt också utifrån ett hälsoperspektiv tänker jag, asså sina arbetskolligor hur ledningen stöttar förvaltningen asså ... det är ju jättemånga olika delar som påverkar ens hälsa.

Informanterna deltog regelbundet i handledning och upplevde att de genom handledningen fått en bättre förståelse för sig själva och varandra. Citatet nedan belyser självkänedom som erhållits av handledningen;

Men min kropp säger ifrån idag å jag måste lyssna på den å dä tror jag handledningen har gett mig jättemycket kunskap om hur jag fungerar. Hur jag reagerar på stress och vad jag kan göra för att minimera å förebygga.

4.1.5 Friskfaktorer – Organisatorisk nivå

Informanterna uppfattade både en tydlighet och en otydlighet i organisationens verksamhetsmål. Tydlighet i organisationen samt stöd i organisationen från en närvarande chef sågs som *friskfaktorer på organisatorisk nivå* medans en otydlighet i organisationen upplevdes som stressande och att man själv fick ta mycket ansvar, vilket kan förknippas med arbetsrelaterad ohälsa. Otydlighet i organisationen kunde till exempel vara omorganisation. Detta upplevdes som pressande och stressande, speciellt då man kände sig ensam och utlämnad i rollen som chef. Återigen var stöd från kollegor, men också ett stöd och trygghet från organisationen upplevdes som viktigt för att minska och/eller hantera stressen. Nedanstående citat belyser detta;

...blir mindre stressad när det liksom har mer välfungerande system runt omkring som stöttar mig så att jag inte sitter där ensam med ett tungt ärende... eller tungt uppföljningsansvar eller vad det nu kan vara.

Ett exempel på otydlighet i organisationen kunde vara, som en informant uttryckte det, omorganisation i organisationen;

Men annars tror jag också att det kan vara eh... vi är ju lite grann ändå under nån form av omorganisation även om liksom inte vi omorganiserar men förvaltningen håller ju på å ändras. Å det kan va de också man känner av mycket att... det ska det är mycket som ska styras upp å... mycket ska bli ordning å reda på vilket ju är bra men det blir lite annat arbetssätt liksom det krävs mer man ska rapportera tillbaka mer man ska skriva mer, det läggs mer alla chefer ska göra det här, alla chefer ska göra det här... å liksom det finns ingen tid till det. Så det är klart att det påverkar säkert. Å litegrann kan jag tycka sådär att allas humör eller alla är stressade så alla är lite mer taggiga. Vart man än ringer nästan.

4.1.6 Arbetsrelaterad ohälsa

Ett annat tema som framkom i analysen var *arbetsrelaterad ohälsa* där man kan se olika faktorer framträda som skapar stress i arbetet. Informanterna talade genomgående mycket om stress i arbetet och olika faktorer kunde identifieras som stressutlösare. Exempel var att de upplevde att arbetet innebar mycket stress på grund av tidsbrist för att utföra uppgifter och samtidigt ha ett övergripande ansvar som chef. Stressen påverkade också humöret negativt och gjorde att de dels blev mer egocentriska i sitt handlande på arbetet, det vill säga de tog inte hänsyn till kollegor i utan handlade efter eget tyckande. Stressen gick också ut över kollegor och medarbetare genom att man visade irritation. Informanterna hade en medvetenhet om detta, vilket också skapade en arbetsrelaterad ohälsa i form av skuld känslor och inre konflikter med sig själva. Chefsansvaret i sig var också något som upplevdes som pressande och skapade en viss stress och ohälsa, som en informant uttryckte det;

Att jag ska kunna allt, veta allt, sådär... Att jobba som enhetschef så är du ju ansvarig du är ju liksom har ju ett ekonomiansvar du har ett personalansvar du har ett brukar och verksamhetsansvar du har ett arbetsmiljöansvar. Så du har många perspektiv att hålla dig ajour inom sådär... å det kan påverka genom att man blir a stressad och hälsa... trötthet, att man blir trött...

Informanterna hade en medvetenhet om detta och dessa känslor skapade också en arbetsrelaterad ohälsa i form av inre konflikter med sig själva och skuld känslor, vilket citatet nedan visar;

...det är klart att man liksom... man vill ju hinna med alla å man vill ju helst se alla å liksom sådär, eller att alla ska känna sig sedda å det e omöjligt ibland i perioder så det e kart att man får lite dåligt samvete.

4.1.7 Medvetet handlande

Temat *medvetet handlande* beskriver de åtgärder som informanterna själva gjorde för att hantera sitt arbete och att vidmakthålla sin hälsa på arbetet. De berättade att de skapade yttre strukturer för att minimera ohälsa som var sammankopplad med arbetet, det kunde till exempel vara att sätta gränser för sig själv genom att sätta att prioritera sina arbetsuppgifter eller att sätta gränser för sina medarbetare genom att exempelvis inte svara på telefonsamtal eller mail efter arbetstidens slut. Informanterna hade också vissa strategier för återhämtning för att förhindra att hamna i långvarig ohälsa eller stress. En informant sa;

För jag återhämtar mig snabbare när jag får vara lite mer själv så jag har blivit mer egoistisk med åren, i början i mitt ledarskap så då körde jag bara på. (...) Och att det är viktigt att jag verkligen tar mig för å gör det för annars kommer jag att hamnar här å då kommer du ju att bli längre återhämtningsperiod.

Det kunde också handla om att sätta av dagar för egen tid på arbetet, det vill säga att enbart arbeta med administrativa arbetsuppgifter en dag i veckan och inte vara ute i olika möten med medarbetare, brukare och samarbetspartners. Att ständigt interagera med andra människor

upplevdes som slitsamt. En annan likande åtgärd var att förlägga en arbetsdag i hemmet och arbeta hemifrån, med de arbetsuppgifter som tillät det.

Återhämtning och avkoppling beskrevs som viktigt för att uppleva hälsa. Under de perioder som arbetet var slitsamt och i stressigt så ansågs det vara viktigt att ta tid för återhämtning och vila för att fylla på med positiv energi för att orka med arbetet. Återhämtningen och vilan kunde bestå av olika saker för de olika informanterna. Det kunde bland annat vara att vila och att sova det vill säga att få tillräckligt många timmars nattsömn, det kunde även handla om att vara fysiskt aktiv genom att till exempel träna eller rida. En av informanterna sa;

För även liksom det man fyller på tänker jag i det privata är ju liksom påverkar ju jobbet också så klart att eh... det är viktigt att hitta det här som man mår bra av. Det behöver inte alltid va att vila, vila, vila utan det kan va liksom det man gör på nåt sätt...

4.1.8 Medvetenhet

Informanterna hade stor självinsikt och personlig mognad vilket visade sig genom att de själva på ett medvetet sätt (*medvetenhet*) beskrev sin kompetens, sina styrkor och begränsningar. Medvetenhet utifrån ett personligt plan kunde uttryckas såhär;

Å man vet också mer vad det är som gör eller som får en å må bra tror jag. Försöker göra mer av det å liksom å välja bort sånt som tar energi å...

Medvetenhet utifrån ett mer arbetsmässigt och professionellt plan kunde uttryckas vid;

Ja men absolut å jag vet ju vad mina belastningar är å liksom mina styrkor är så att det är bara att försöka hitta en bra balans så att... och som sagt där men vet att man har svagheter ta hjälp av andra utan att behöva jobba för mycket med dä å, å så som sagt balansen genom alla områden, asså socialt, privat å jobbet å... å så.

I tabellen (Tabell 2) nedan (sid. 21-23) presenteras studiens resultat på ett översiktligt sätt.

Tabell 2. Kategorisering och tematisering av koder

Domän: Hälsorelaterad
(Koder)

- **Hälsa är viktigast i livet**
Må bra och njuta av livet
Att vara frisk
Att vara frisk och inte ha sjukdomar
Hälsa upplevs psykiskt och fysiskt
Att ha balans mellan olika delar är viktigt för hälsan
Att ha balans mellan de fysiska och sociala delarna och arbetet
Må bra privat och i arbetet
Att ha balans mellan arbete och fritid
- **Känsla av tillfredsställelse**
Känsla an meningsfullhet
Känsla av delaktighet
Känsla av hanterbarhet
Känsla av frihet
Känsla av kontroll
Känsla av engagemang
Känna att man trivs
Känsla av att vara respekterad
Möjlighet att påverka
Känsla av ansvar
Känner glädje inför arbetet
Stimulerad av arbetet

Kategori: Att må bra och känna harmoni i sin livssituation

Tema: Hälsa

Kategori: Positiva känslor (kring arbetet)

Tema: Friskfaktorer
Subtema: Individnivå

(Koder)

- Tydlighet i förväntningar på arbetet
Tydlighet i organisationen
Upplever stöd i organisationen
Tillgänglighet till chefen
Stöd från chefen
Tillåtande arbetsmiljö
Att ha balans inom arbetet
- Ta tillvara varandra
Ger varandra utrymme
Förståelse för varandra
Kompletterar varandra
Bra relationer till kollegor
Stöttar varandra i kollegiegruppen
Positiva effekter av handledning
- Självinsikt
- Att ha någon att dela livet med
- Vila
Påfyllnad
Fysisk aktivitet
Sömn

Kategori: Goda organisatoriska
förutsättningar på arbetet

Tema: Friskfaktorer
Subtema: Organisatorisk
nivå

Kategori: Kollegornas positiva
betydelse i arbetet

Tema: Friskfaktorer
Subtema: Gruppnivå

Kategori: Personlig mognad

Tema: Medvetenhet

Kategori: Att uppleva stöd
från sin partner

Tema: Livskamrat

Kategori: Avkoppling och
återhämtning

Tema: Hälsa

Domän: Ohälsorelaterad
(Koder)

- Att ha obalans mellan fysiska, psykiska, sociala, privata delarna, arbetet och familjen, påverkar hälsan negativt
Hälsan påverkas av stress
Relationer eller vardagssysslor kan skapa stress
- Blir stressad av att ha lite att göra på jobbet
Upplevelse av tidsbrist på jobbet
Stress på jobbet hänger ihop med stress hemma och tvärtom
Blir på dåligt humör av stress, går ut över personalen
Uppför sig egocentriskt och mindre ödmjukt vid pressade situationer i arbetet
Upplevelse av inre stress följer chefsrollen
Arbetet är slitsamt och tar mycket energi
Inte möjlighet att påverka skapar stress
Pressande ansvar följer chefsrollen
Otydlighet i organisationen
Upplevelse av ensamhet i chefsrollen
- Dåligt samvete gentemot andra
Upplever inre konflikt
Känsla av otillfredsställelse
Känsla av otillräcklighet
- Skapar yttre strukturer för att minimera ohälsa
Strategi för återhämtning

Kategori: Att må dåligt och inte känna harmoni i sin livssituation

Tema: Ohälsa

Kategori: Faktorer i arbetet som skapar stress

Tema: Arbetsrelaterad ohälsa

Kategori: Känsla av skuld mot andra

Tema: Arbetsrelaterad ohälsa

Kategori: Personliga åtgärder för att hantera arbete och hälsa

Tema: Medvetet handlande

5 Diskussion

Diskussionen har delats in under följande underrubriker; *Resultatdiskussion*, *Diskussion kring studiens styrkor och svagheter*, *Styrkor och svagheter i förhållande till andra studier*, *Framåtblickar* samt *Slutsats*.

5.1 Resultatdiskussion

Nedan följer en beskrivning av fynden i denna studie, vilka också relateras till och diskuteras mot tidigare presenterad litteratur i uppsatsen. Resultatdiskussionen är indelad i underrubriker efter de huvudteman som framkom (oberoende ordning) i resultatet.

5.1.1 Hälsa och Ohälsa

Inledningsvis i denna uppsats skrivs det att hälsa är ett komplext begrepp att definiera (Hallberg, 2002). Hälsa är också ett tema som framträdde ur analysen. Genomgående var att även informanterna hade svårt att definiera hälsa. Gemensamma nämnare är dock att de alla anser att hälsa kan vara både fysisk, psykisk, social och att den kan variera i olika sammanhang såsom på jobbet och hemma. Samtliga av dessa perspektiv på hälsa går att återfinna i litteraturen, till exempel Medin och Alexandersson (2000) samt Tangen och Conrad (2009). Resultatet ger dock inte stöd för begreppet andlig hälsa. Ingen av informanterna tar upp perspektivet om andlig hälsa som både Eriksson (1996) och Tangen och Conrad (2009) tar upp i sitt sätt att beskriva hälsa. Endast en av informanterna uttalade att hon hade en tro på något ”större”, men poängterade i samma uttalande att hon inte var kristen eller trodde på gud. Alla informanter var relativt unga (cirka 30-40 år) och har nödvändigtvis inte vuxit upp med starka kristna värderingar från hemmet eftersom religionen inte präglar vårt moderna samhälle så stark idag som den gjort tidigare i Sveriges historia och därför kunde ha varit en möjlig förklaring om informanterna varit betydligt äldre. En annan möjlig orsak kan vara vilken innebörd man ger ordet andlig. För många kan ordet vara förknippat med religion eller övernaturlighet och för många kan det användas nästan synonymt med ord som psykisk eller mental. Om det sistnämnda är fallet så har samtliga informanter talat om innebörden genom att de till exempel har använt ordet psykisk, därmed finns i så fall stöd för begreppet andlig hälsa i resultatet.

Under temat hälsa kunde man se att informanterna upplevde att de hade hälsa och menade att hälsan var det viktigaste i livet, att må bra och känna harmoni i sin livssituation. De menade också, som sagt, att hälsan kan variera i olika sammanhang och de beskrev att hälsan innefattar sociala, psykiska och fysiska aspekter och att den hänger samman med och påverkas av till exempel familjesituationen och arbetet. Hälsan som de upplevde under sin lediga (privata) tid sammankopplades med hälsan som upplevdes på arbetet. I bakgrunden i denna uppsats tas två övergripande hälsoperspektiv upp, det biomedicinska och det holistiska perspektivet (Faresjö & Åkerlind, 2005; Medin & Alexandersson, 2000; Åkerlind & Schunder, 2007) där det holistiska beskriver människan som en helhet och som påverkas av sin omgivning. Informanterna har övergripande ett utpräglat holistiskt perspektiv på hälsa, då de till exempel talar om hur hälsa *upplevs* och att hälsa kan innebära olika tillstånd för olika

individer och i olika situationer och att olika delar i livet måste vara i balans annars känner man ohälsa.

En av informanterna uttryckte sin syn på hälsa som vid det uttalande var mer utifrån ett biomedicinskt perspektiv (Faresjö & Åkerlind, 2005; Medin & Alexandersson, 2000; Åkerlind & Schunder, 2007) på hälsan, nämligen frånvaro av sjukdom. Samtidigt så var hennes föreställning om att vara sjuk och inte ha några sjukdomar sammankopplad i ett sammanhang, nämligen att hon inte vill att sjukdomar ska påverka hennes dagliga livsföring. Det sistnämnda kan också härledas till ett mer holistiskt sätt att resonera kring hälsan.

Medin och Alexandersson (2000) skriver att känslan eller upplevelsen av välbefinnande är viktig för hälsoupplevelsen. I en av de kategorier (att må bra och känna harmoni i sin livssituation) som växte fram ur denna studie framkom samma sak, att aspekter som till exempel att må bra njuta, av livet och att ha balans mellan arbete och fritid är viktiga för hälsan och båda tyder på att man känner och/eller upplever välbefinnande i sin tillvaro.

5.1.2 Livskamrat

Enligt Marmot (2004) är kärlek och relationer bland det viktigaste i livet för att man ska må bra. I studien framkom att relationer till nära och kära, att ha någon att dela livet med och att känna stöd från sin partner (livskamrat) ansågs ha en stor positiv inverkan på hälsan.

5.1.3 Friskfaktorer - Individnivå

Studiens resultat stämmer väl överens med de friskfaktorer som både Abrahamsson et al. (2003) och Faragher et al. (2005) tar upp. De friskfaktorer på individnivå som identifierades i studien var bland annat att informanterna hade positiva känslor kring sitt arbete och samtliga informanter trivdes mycket bra med sitt arbete. De kände sig exempelvis respekterade, tillfredsställda, delaktiga, ansvarstagande, stimulerade och engagerade i sitt arbete. Dessa friskfaktorer återfinns i litteraturen (Abrahamsson, et al., 2003), där trivsel, arbetsglädje, utveckling, gemenskap, beröm, möjlighet att påverka, få feedback, lön, med mera tas upp. Friskfaktorer som tillfredsställelse, delaktighet och engagemang återkom även i sammanhang då informanterna talade om exempelvis hemsituation och sin privata situation. Dessa tycks alltså ha en stor betydelse som friskfaktorer både under fritiden och under arbetet. Likaså talade samtliga informanter om att hur man mår privat påverkar hur man mår på arbetet och tvärtom, vilket ger förståelse för att friskfaktorer då är viktiga i det totala livssammanhanget, inte bara i direkt relation till arbetet. Ett liknande resonemang finner man i Källestål et al. (2004) där det beskrivs att hälsan och den totala livssituationen hänger ihop med varandra och att individens egna personliga förutsättningar tillsammans med omgivningen påverkar hälsan (Källestål, et al., 2004).

I uppsatsens bakgrund skrivs det om en orsak till ohälsa i arbetslivet hos kvinnor, att de generellt har sämre arbetsmiljö än vad män har. Kvinnor har också oftare arbeten med liten möjlighet till inflytande, delaktighet, påverkan och kontroll (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Informanterna i denna studie var alla kvinnor och de upplevde sig alla ha en god hälsa och trivdes mycket bra på arbetet. Kanske kan en bidragande orsak till detta vara att de arbetade

som chefer och hade därmed stort inflytande, delaktighet, påverkan och kontroll i och över sitt arbete genom att de själva är ytterst ansvariga, de kan planera sitt arbete och känner sig engagerade i det de gör. Därför upplever de en meningsfullhet och hälsa.

De friskfaktorer som vidare nämns i litteraturen är bland andra att känna att arbetet är intressant, att vara tillfredsställd i arbetet, att kunna arbeta självständigt, att ha tydliga karriärmöjligheter och en god lön (Faragher, et al., 2005). Dessa friskfaktorer framkom även i intervjuerna med informanterna, även om de tycks ha en underordnad roll. De friskfaktorer som hade en starkare betydelse för informanterna var som exempel att de kände sig respekterade, tillfredsställda, delaktiga, ansvarsstagande, stimulerade och engagerade i sitt arbete. De upplevde också i hög grad påverkansmöjlighet och meningsfullhet i sitt arbete.

De hade också stor frihet i arbetet genom att kunna planera och i viss mån prioritera arbetets innehåll. Känslan av att ha kontroll över sin arbetssituation värdesattes mycket och upplevdes som positivt för att minimera stress i arbetet.

De friskfaktorer som finns på individnivå tycks vara av mycket stor betydelse, även om de på gruppnivå och organisations nivå (se nedan text) också inverkar på den arbetsrelaterade hälsan. Friskfaktorerna på individnivå är betydelsefulla för att kunna nyttja de friskfaktorer som finns på gruppnivå och organisatorisk nivå. De individuella friskfaktorerna är tydligt synliga hos individen i båda privata sammanhang och arbetssammanhang, medan friskfaktorerna på gruppnivå och organisatorisk nivå endast är relaterade till arbetet och arbetssituationen.

5.1.4 Friskfaktorer – Gruppnivå

Det som var mycket tydligt under analysen och som växte fram under temat friskfaktorer på gruppnivå var kollegornas positiva betydelse i arbetet vilket bland annat innebar att informanterna upplevde ett stort stöd från varandra som kollegor, de tog tillvara på varandra och varandras intressen och kompetens och de gav varandra utrymme. Sammantaget fanns goda relationer i kollegiegruppen och till närmsta chefen vilket sågs som en resurs.

Likaså kan man se att Tangen och Conrad (2009) skriver att sociala relationer och stöd är mycket viktigt på arbetsplatsen genom att identitet och tillhörighet, vilket främjar hälsan. Även Faragher et al. (2005) understryker att goda relationer till kollegor och chefen är av stor betydelse. Informanterna i denna studie upplevde att de hade en sammansvetsad kollegiegrupp och att de kände varandra väl och att de stöttade varandra i arbetet. Kollegorna stöttade varandra och det är en viktig del i arbetet och för att uppleva hälsa i arbetet, likaså att känna stöd från organisationen. Informanterna deltog regelbundet i handledning och upplevde att de genom handledningen fått en bättre förståelse för sig själva och varandra.

5.1.5 Friskfaktorer – Organisatorisk nivå

Informanterna uppfattade både en tydlighet och en otydlighet i organisationens verksamhetsmål, vilket också uppfattades som både positivt och negativt. Då de upplevde det som positivt var att detta tillät att ”tänja på gränserna” i deras arbete. Det sågs som negativt då informanterna kände att det var otydliga direktiv från ledningen och de hade då svårt att förstå vad eller i vilken utsträckning som de förväntades att bidra till förvaltningen. Tydlighet i organisationen samt stöd i organisationen från en närvarande chef sågs därför som friskfaktorer på organisatorisk nivå medan en otydlighet i organisationen upplevdes som arbetsrelaterad ohälsa, som stressande och att man själv fick ta mycket ansvar. Detta upplevdes som pressande och stressande, speciellt då man kände sig ensam och utlämnad i rollen som chef. Här tycks hälsan vara direkt relaterad till informanternas yrkesprofession, det vill säga att de är chefer och i arbetet som chef ingår arbetsuppgifter såsom att ha stort och övergripande ansvar.

Ett mycket centralt begrepp som informanterna tog upp var stress och de upplevde att stress påverkade deras hälsa negativt och fick dem att känna ohälsa. Stressen kunde finnas både i arbetssammanhang (arbetsrelaterad ohälsa) men även i privata sammanhang och i familjesammanhang. Exempel på stress i arbetet kunde vara tidspress, när strukturer ruckades genom att det inte fanns en tydlighet i organisationen.

Abrahamsson et al. (2003) skriver om att både sociala och organisatoriska faktorer påverkar individen och prestationen på arbetet, genom exempelvis dess strukturer, processer, aktörer, normer och värderingar. Under intervjuerna framkom att organisationen var under omorganisation. Man kan se att denna förändring i organisation, struktur och process skapar stress och viss osäkerhet i arbetssituationen som gör att individen inte mår bra, då informanterna upplever att förändringsprocessen skapar mer arbete snarare än att underlätta det. Även normer och värderingar påverkas av denna omorganisation, då en informant beskriver att både hon själv och kollegor blir påverkade av stressen genom att visa en lägre tolerans och ett dåligt humör mot varandra.

5.1.6 Arbetsrelaterad ohälsa

Fortsättningsvis kunde man under temat arbetsrelaterad ohälsa se olika faktorer framträda som skapar stress i arbetet. I litteraturen som använts till denna uppsats beskrivs inte stress så specifikt, utan det talas generellt om ohälsa eller psykisk ohälsa som är relaterad till arbetet. Efter egen tolkning kan dock stress placeras under den benämningen av ohälsa som litteraturen beskriver på grund av det som informanterna berättar och som sammankopplas med stress i arbetet. Informanterna talade genomgående mycket om stress i arbetet och olika faktorer kunde identifieras som stressutlösare. Exempel var att de upplevde att arbetet innebar mycket stress på grund av tidsbrist för att utföra uppgifter och samtidigt ha ett övergripande ansvar som chef. Chefsansvaret i sig var också något som upplevdes som pressande och skapade en viss stress och ohälsa.

Stressen påverkade också humöret negativt och gjorde att de dels blev mer egocentriska i sitt handlande på arbetet, det vill säga de tog inte hänsyn till kollegor i utan handlade i större

utsträckning efter eget tyckande. Stressen gick också ut över kollegor och medarbetare genom att man visade irritation. Som nämndes tidigare ovan i diskussionen så var goda relationer till kollegor och chefen en viktig friskfaktor för hälsa. Då stress förklaras gå ut över sina kollegor på ett negativt sätt kan det skapa sämre relationer i kollegiegruppen och dess förhållanden och förutsättningar förändras. Om relationerna inte längre är goda och man inte längre har ett stöd i gruppen så finns inte längre den friskfaktorn kvar. Med detta resonemang kan man se att stress och ohälsa på arbetet, som litteraturen skriver, har ett samband. Informanterna hade en medvetenhet om detta och dessa känslor skapade också en arbetsrelaterad ohälsa i form av inre konflikter med sig själva och skuld känslor.

Det litteraturen tar upp om att arbetsplatsen ska kunna vara en stödjande miljö som främjar hälsa så behövs insatser på individ-, grupp- och organisationsnivå samtidigt (Statens folkhälsoinstitut, 2010) har tydligt visat sig i intervjuerna i denna studie. Samtliga informanter talar om vikten av att ha goda förutsättningar på individnivå (engagemang, delaktighet, självkännedom, med mera), på gruppnivå (exempelvis goda relationer till kollegor och till chef samt känna stöd från kollegor och chef) och på en organisatorisk nivå (det vill säga att uppleva en tydlighet och ett stöd från organisationen) för att känna att man gör ett bra och betydelsefullt arbete vilket leder till att de känner tillfredsställelse i arbetet och mår bra. Då detta ruckas, på något sätt, beskriver de stress och en arbetsrelaterad ohälsa.

5.1.7 Medvetet handlande

I och med globalisering och avreglering så ökar konkurrensen och arbetstagaren måste vara mer flexibel (Statens folkhälsoinstitut, 2011) för att fortfarande vara attraktiv på arbetsmarknaden. Det råder nya förhållanden på dagens arbetsplatser med till exempel en snabb högteknologisk utveckling och krav på att hantera detta för att kunna utföra sitt arbete. Faragher et al. (2005) påtalar att individen i dagens samhälle kan vara tillgänglig dygnet runt med hjälp av exempelvis internet och mobiltelefon, oberoende var i världen man befinner sig. Jag anser att detta i många sammanhang kan uppfattas som positivt, men när dessa möjligheter blir till outtalade krav så kan en stress och press upplevas. Informanterna berättar att de hanterar stress och press på olika sätt, men att de alla har strategier för att motverka ohälsa. Temat medvetet handlande beskriver de åtgärder som informanterna själva gjorde för att hantera sitt arbete och att vidmakthålla sin hälsa på arbetet. De berättade att de skapade yttre strukturer för att minimera ohälsa som var sammankopplad med arbetet, det kunde exempelvis vara att sätta gränser för sig själv genom att sättet att prioritera sina arbetsuppgifter eller att sätta gränser för sina medarbetare genom att exempelvis inte svara på telefonsamtal eller mail efter arbetstidens slut. Informanterna hade också vissa strategier för återhämtning för att förhindra att hamna i långvarig ohälsa eller stress. Det kunde handla om att sätta av dagar för egen tid på arbetet, det vill säga att enbart arbeta med administrativa arbetsuppgifter en dag i veckan och/eller att inte delta i olika möten med medarbetare, brukare och samarbetspartners. Att ständigt interagera med andra människor upplevdes som slitsamt. En annan likande åtgärd var att förlägga en arbetsdag i hemmet och arbeta hemifrån, med de arbetsuppgifter som tillät det.

Om förmågan saknas att hantera dessa arbetssituationer finns risk för att stress byggs på och byggs på utan att individen får någon form av avlastning, detta leder i längden till arbetsrelaterad ohälsa och kan ge bland annat ge utmattningssyndrom som är ett av de stora hälsoproblemen inom arbetslivet idag (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Detta är särskilt

viktigt att uppmärksamma då forskning visar att den arbetsrelaterade psykiska ohälsan ökar i samhället. Här behövs fler folkhälsoinsatser sättas in, framför allt i främjande syfte men även andra insatser är nödvändiga, som till exempel rehabilitering.

Återhämtning och avkoppling beskrevs både av informanterna och av litteratur (Statens folkhälsoinstitut, 2005) som viktigt för att uppleva hälsa.

Statens folkhälsoinstitut (2005) beskriver att kvinnor generellt har större problem med att hantera stress och de har också svårare att återhämta sig än vad män har. Detta kan orsaka ohälsa om tid för återhämtning eller strategier för att hantera stressen inte finns. Det är därför intressant att fundera på om denna aspekt togs upp under intervjuerna då samtliga informanter var kvinnor. Det framkommer tydligt att de har utvecklat och tillämpar alla personliga strategier för att motverka stress och att återhämta sig för att inte må dåligt. Skulle detta ha varit lika tydligt om det varit män som intervjuats? Eller beror detta på att det är ett krävande arbete att vara chef och att det är därför som dessa strategier används? Även detta är omöjligt att svara på då det perspektivet inte antogs, men det är en intressant aspekt att lyfta.

Det som överensstämmer mellan informanterna och litteraturen är att återhämtning i sig är viktigt, men att det man gör för att återhämta sig kan skilja sig åt mellan olika personer och situationer. Informanterna beskrev att under de perioder som arbetet var slitsamt och i stressigt så ansågs det vara viktigt att ta tid för återhämtning och vila för att fylla på med positiv energi för att orka med arbetet. Återhämtningen och vilan kunde bestå av olika saker för de olika informanterna. Det kunde bland annat vara att vila och att sova det vill säga att få tillräckligt många timmars nattsömn, det kunde även handla om att vara fysiskt aktiv genom att till exempel träna eller rida.

5.1.8 Medvetenhet

Informanterna hade stor självinsikt och personlig mognad vilket visade sig genom att de själva på ett medvetet sätt (medvetenhet) beskrev sin kompetens, sina styrkor och begränsningar, både vad det gällde på ett personligt plan men även utifrån ett arbetsmässigt och professionellt plan. Detta kan också relateras till att de kände en stor trygghet och stöd i kollegiegruppen. En personlig mognad och självinsikt skapar goda förutsättningar för att samarbeta med andra. Dessa egenskaper är särskilt viktiga i arbetet som chef, då rollen innebär att stödja och engagera andra människor i att utföra ett bra arbete.

5.2 Diskussion kring studiens styrkor och svagheter

Något som kan ses som en brist, *i sig*, i denna studie var bristen på representativitet bland informanterna. De var alla chefer även om intresset inte fanns i att undersöka hälsan utifrån ett chefsperspektiv, utan istället utifrån ett allmänmänskligt perspektiv. Förklaring och historien bakom orsaken till detta beskrivs under 3.2.2 *Urval av informanter* och 3.2.2.1. *Ställningstagande inför urval*. Vidare var informanterna i ungefärlig samma ålder och de var alla kvinnor. Samtliga informanter hade också svenska ursprung. Detta hade kunnat styras genom att välja andra personer till urvalsgruppen, vilket dock inte gjordes då urvalet var ett bekvämlighetsurval. Möjligen kan, dels aspekten att de arbetade som chefer dels att de var

relativt unga dels att de var svenska kvinnor, ha påverkat resultatet. Dock påpekas återigen att syftet med denna studie var att undersöka hur arbetsrelaterad hälsa *upplevs*, då är det intressant att belysa hur informanterna upplever det *oberoende* var de arbetar, hur gamla de är eller vilket kön eller etnisk tillhörighet de har. Ett antagande är att resultatet kan ha påverkats av detta, men det går heller inte att påvisa *att* det har påverkats just utifrån dessa aspekter.

Då kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2008) finns en medvetenhet om att det hade vart värdefullt med en spridning, med hänsyn till exempelvis arbete, ålder, kön och etnicitet i urvalsgruppen. Som argument för att se till denna studies giltighet av resultatet kan man istället poängtera att variationer har beskrivits utifrån hur informanterna har upplevt dels hälsa, men också ohälsa.

Dock, som tidigare påtalats, får man inte glömma eller förbise att detta är en kvalitativ studie och det som kan påtalas är att det resultat som framkommit är giltigt för de personer som intervjuats. Bara läsaren kan avgöra huruvida det i övrigt är ett överförbart resultat. Intresseområdet för denna uppsats låg i att ta reda på hur arbetsrelaterad hälsa *upplevs*, inte att genom fakta beskriva vad arbetsrelaterad hälsa är.

5.2.1 Styrkor och svagheter i förhållande till andra studier

Resultaten i denna studie kring arbetsrelaterad hälsa och vad som gör att det skapas bra förutsättningar på arbetet (friskfaktorer) överensstämmer till stor del med de resultat som presenteras i andra studier. Utfallet av denna uppsats kan därmed ses både som en styrka och en svaghet. Om man resonerar utifrån att det är en styrka så kan man belysa att resultatet ligger i linje med den aktuella forskning som finns, nationellt och internationellt, vilket kan styrka att det är ett troligt resultat som framkommit. Om man istället resonerar utifrån att det är en svaghet så kan man vara kritisk mot syftet, möjligen borde syftet ha utvecklats vidare alternativt specificerats mer innan intervjuerna genomfördes. Detta med tanke på att det finns litteratur och forskning som redan belyser detta problemområde.

5.3 Framåtblickar

Mer kunskap och kännedom om hur arbetsrelaterad hälsa upplevs kan leda till ökad förståelse och kunskap om betydelsefulla friskfaktorer när det gäller att vidmakthålla hälsa. Detta kan på längre sikt leda till att utveckla hälsofrämjande insatser och åtgärder som kan stödja människor i deras arbetssituation och privata situation. Det senare är viktigt med tanke på denna studies resultat som visade att den privata situationen sammanflätas med arbetssituationen då det gäller hälsan.

Studiens resultat kan exempelvis vara till nytta för folkhälsoarbetare inom främjande hälsoarbete samt även stödja olika verksamheter i att skapa goda främjande förhållningssätt på arbetsplatser. Det kan även vara till fördel och vägledning vid till exempel inrättande av nya tjänster på företag. Mer forskning behövs inom området!

5.4 Slutsats

Studiens syfte var att beskriva hur arbetsrelaterad hälsa upplevs samt att identifiera vilka friskfaktorer som anses vara nödvändiga för att vidmakthålla hälsa.

- Slutsatsen som kan dras av *denna* studie är att hälsa upplevs som en balans mellan olika delar, såsom fysiska, psykiska, sociala aspekter samt arbete, familj och privatliv. Dessa delar eller dimensioner av hälsan hänger samman och påverkar varandra. Trots att arbetet är mycket krävande och påfrestande så trivs informanterna på sitt arbete och tycker att det är roligt och utvecklande, de känner sig engagerade och delaktiga vilket bidrar till att de upplever hälsa (arbetsrelaterad hälsa).
- Ett flertal friskfaktorer går att identifiera och de som finns på individnivå tycks vara av mycket stor betydelse, även om de på gruppnivå och organisatorisk nivå också inverkar på den arbetsrelaterade hälsan. Friskfaktorerna på individnivå är betydelsefulla för att kunna nyttja de friskfaktorer som finns på gruppnivå och organisatorisk nivå. De individuella friskfaktorerna är tydligt synliga hos individen i båda privata sammanhang och arbetssammanhang, medan friskfaktorerna på gruppnivå och organisatorisk nivå endast är relaterade till arbetet och arbetssituationen.

De viktigaste friskfaktorerna på individnivå var känsla av;

- tillfredsställelse, meningsfullhet, delaktighet, hanterbarhet, frihet, kontroll, engagemang och ansvar samt att;
- vara respekterad, trivas, ha möjlighet att påverka, känna glädje inför arbetet, bli stimulerad av arbetet.

Referenslista

- Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollestad, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent – Arbetsmiljö i samverkan Svenskt Näringsliv, LO & PTK.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Baum, F. (2008). *The new public health*. South Melbourne: Oxford University Press.
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Bryman, A. (2004). *Social research methods* (2 uppl.). Oxford: University Press.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*. 49, 59–67.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*. 62, 105-112.
- Faresjö, T. & Åkerlind, I. (red.). (2005). *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan? Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig belysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. London: SAGE.
- Hakanena, J., Schaufelb, W B, & Aholaa, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*. 22:3, 224-241.

Hallberg, L. R-M., (2002). *Qualitative methods in public health research – Theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur.

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

Janssen, P. P. M., Jonge, J., & Bakker, A. B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 29:6, 1360-1369.

Jones, M. L. (1993). Role conflict: cause of burnout or energizer? *Social Work*. 38, 136-141.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Källestål, C. (red.), Bjurvald, M., Menckel, E., Schaerström, A., Schelp, L., & Unge, C. (2004). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*. Statens folkhälsoinstitut. R 2004:32. Sandviken.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kapitel 10 i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Marmot, M. (2004). *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur & Kultur.

Medin, J. (2005). Hälsa, folkhälsa och intervention. *Socialmedicinsk tidskrift*. 3, 118-209.

Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Sarmiento, T., Spence Laschinger, S., & Iwasiw, C. (2003). Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*. 46, 134–143.

Statens folkhälsoinstitut (2005). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. Statens folkhälsoinstitut. R 2005:5. Stockholm.

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Statens folkhälsoinstitut. R 2010:16. Östersund.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Målnråde 4. Hälsa i arbetslivet. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Statens folkhälsoinstitut. R 2011:03. Östersund.

Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J., & Moberg, H. (Red.). (2005). *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Sundin, L., Hochwälder, J., Bildt, C., & Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 758–769.

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

Wilkinson, R. (2007). *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. London: Routledge.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Åkerlind, I., & Schunder, S. *Perspectives on health*. Kapitel 3 i Johanson, U., Ahonen, G., & Roslender, R. (Eds.). (2007). *Work and Management Control*. Stockholm: Thomson Fakta.

Åkerlind, I., Schunder, S., & Frick, K. *Perspectives on health*. Kapitel 4 i Johanson, U., Ahonen, G., & Roslender, R. (Eds.). (2007). *Work and Management Control*. Stockholm: Thomson Fakta.

Åsberg, M., Grape, T., Krakau, I., Nygren, Å., Rodhe, M., Wahlberg, A., & Währborg, P. (2010). Stress som orsak till psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. 107, 1307-1310.

Bilaga 1: Informationsbrev



Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap
Campus Sundsvall

2011-03-21

Camilla Svanberg
076-xxx xx xx
E-post: camillasvanberg@xxxx.com

Inbjudan & information!

Du inbjuds att delta i en studie om hälsa i relation till arbetsituationen. Studiens syfte är att beskriva hur chefer upplever sin arbetsrelaterade hälsa samt att identifiera vilka (frisk)faktorer de anser vara nödvändiga för att vidmakthålla hälsa.

Att trivas och må bra i sitt arbete är viktigt och har betydelse för människors upplevelse av hälsa. En god och stabil arbetsförmåga gynnar också en hållbar ekonomisk utveckling i samhället. Därför är det viktigt att ta reda på hur arbetsituationen kan se ut och vilka faktorer som kan påverka hur människor mår i sitt arbete. Vill du medverka till mer kunskap om detta och därmed göra det möjligt att påverka utvecklingen mot ett mer hälsofrämjande arbetsliv?

Studiens data kommer att samlas in genom individuella intervjuer. Jag kommer att intervjua dig vid *ett* tillfälle, intervjun kommer också att ljudinspelas. Intervjun tar ca en till två timmar och vi kommer tillsammans överens om en lämplig plats, dag och tid för intervjun. Intervjun kommer att ske under veckorna 12-14, 2011.

Det du berättar under intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs att ingen annan än jag kommer att veta vilka som deltagit i studien och vad enskilda personer har svarat. Efter intervjun kommer personliga uppgifter och uppgifter om arbetsplats att avidentifieras. Det material som jag får fram ur samtliga intervjuer kommer att bearbetas enligt vetenskaplig metod och presenteras skriftligt i en magisteruppsats inom ämnet folkhälsovetenskap vid Mittuniversitetet i Sundsvall. Uppsatsen kommer också att publiceras i DiVA, *Digitala vetenskapliga arkivet*.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan välja att avbryta när som helst, utan särskild förklaring.

Om du har frågor kring studien, vänligen hör av dig till mig!

Med vänlig hälsning *Camilla Svanberg*
Student, Magisterprogrammet i folkhälsovetenskap 60 hp
Mittuniversitetet, Sundsvall

Ja, jag vill delta i studien

Namn:

Telefon nr:

Om du inte vill delta i studien, vänligen bortse från denna inbjudan!

Bilaga 2: Intervjuguide

Intervjuguide

”Kom ihåg”: Inled intervjun med att hälsa välkommen, fråga om kaffe/the/vatten. Berätta sedan om studien och syftet. Informera informanten om ljudinspelning, konfidentiellt. Gå sedan igenom intervjuns upplägg och genomförande och stäm av tidsramen för intervjun. Fråga om det finns några frågor. Ge uppskattning till att personen deltar! Skapa tillit och ge bekräftelse, lyssna, värdera inte svaren, ställ följdfrågor, sammanfatta. Efter intervjun, tacka för informantens insats.

Studiens syfte

Studiens syfte är att beskriva hur arbetsrelaterade hälsa upplevs samt att identifiera vilka friskfaktorer som anses vara nödvändiga för att vidmakthålla hälsa.

Intervjufrågor

Personligt

- Namn? Kön? Ålder? (Civilstatus? Barn?)
- Utbildning/utbildningsnivå?
- Nuvarande arbete/arbetstitel?
- Hur länge har du arbetat som det?
- Vad är din tidigare arbetslivserfarenhet?
- Vad är dina framtidsplaner (inom arbetet)?

Hälsa - Individnivå

- Hur skulle du beskriva hälsa?
- Hur skulle du beskriva arbetsrelaterad hälsa?
- Hur viktigt tycker du att det är att ha hälsa? Beskriv din hälsa?
- Beskriv vad som får dig att uppleva hälsa? Vad gör att du mår bra?
- Anser du att du har ohälsa? Vad gör att du mår dåligt?

Arbetet/Hälsa/Ohälsa - Individnivå/Gruppenivå/Samhällsnivå

- Beskriv hur ditt arbete påverkar din hälsa?
- Beskriv vad som gör att du mår bra på jobbet?
- Beskriv vad som gör att du mår dåligt på jobbet?
- Vid sjukfrånvaro, vilken ohälsa har du då?
- Hur stor är din sjukfrånvaro? (Beror din sjukfrånvaro på andra saker än sjukdom?)

Bilaga 2: Intervjuguide

Arbetet/Arbetsituationen - Individnivå/Samhällsnivå

- Beskriv hur du ser på ditt arbetes betydelse i ditt liv.
- Vad är viktigt för dig i ditt arbete?
- Beskriv hur du trivs på ditt arbete?
- Anser du att verksamhetens (din arbetsplats) mål och visioner är tydliga?
- Hur påverkar detta din hälsa?
- Berätta varför du valde/vill arbeta som chef?
- Hur ser du på din roll som chef?
- Hur stor personalgrupp har du ansvar för?

Arbetet/Arbetsrelationer - Individnivå/Gruppnivå

- Beskriv hur rollfördelningen (mellan dig och dina kollegor) ser ut på din arbetsplats/i ditt arbete?
- Hur ser du på relationen mellan dig, dina kollegor och din chef?
- Beskriv på vilket sätt du har möjlighet att utföra ett bra och tillfredsställande jobb. Vad anser du inverkar på möjligheten att göra ett bra jobb? (*Finns till exempel rätt/goda förutsättningar på ditt arbete, hos dig som individ, i förhållande till din totala livssituation?*)
- Hur ser organisationen ut?