

Den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet bland chefer inom hemvården i Finland

En studie inom NURED-projektet

Grotell Maria

MASTERSARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	
Författare:	Maria Grotell
Arbetets namn:	Den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet bland chefer inom hemvården i Finland - En studie inom NURED-Projektet.
Handledare (Arcada):	Anu Grönlund
Uppdragsgivare:	NURED
<p>Sammandrag:</p> <p>Situationen för hemvården i Finland har en längre tid beskrivits som allt sämre: klienterna blir ständigt fler, medan det samtidigt är svårt att locka personal. Det EU-finansierade NURED-projektet 2016-2019 utvecklade en ny studieheltet inom hemvårdslära för sjukskötetstuderanden inom Baltikum. Inom NURED-projektet utfördes i Finland som en del av bakgrundsforskningen fokusgruppsintervjuer bland chefer inom hemvården angående deras upplevda arbetshälsa och arbetsvälmående, eftersom ledarskap kan konstateras vara en nyckelfaktor gällande bägge, samt gällande hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatser. Dessa intervjuer utgör det material som analyserats för detta mastersarbete med abduktiv ansats. Syftet med mastersarbetet är att utreda upplevelsen av vilka faktorer som är viktiga för arbetshälsan och arbetsvälmåendet för cheferna inom hemvården i Finland, samt hur denna kunskap kan bidra till en ökat hälsofrämjande arbetsplats. Som teoretisk referensram används <i>"WHO Healthy Workplace Model: Avenues of Influence, Process and Core Principles"</i> (Burton 2010), där det konstateras att en hälsosam arbetsplats utgörs av den fysiska arbetsmiljön, den psykosociala arbetsmiljön, de personliga hälsoresurserna i arbetet samt företagets samhällsengagemang. I analysprocessen formades sammanlagt 7 överkategorier som innehåller faktorer som upplevs bidra till chefernas hälsa inom hemvården i Finland: fysiska faktorer (hemvårdens arbetsmiljö, fysisk aktivitet under arbetsdagen), personliga hälsohandlingar (hälsosamma levnadsvanor, balans mellan arbete och fritid), personlig hälsomentaltet (det egna förhållningssättet, attityd och inställning, positivitet), planering & organisering (ledarskap och handledning, klara förväntningar, arbetets flyt), relationer inom arbetet (arbetskamrater och kolleger, kommunikation och öppenhet, samarbete och stöd), motiverande faktorer (att hjälpa andra, utmaningar, utveckling, feedback), arbetshälsovård samt betydelsen av hemvårdsarbetet. Likaså formades tre kategorier som speciellt belastade chefernas arbetshälsa och arbetsvälmående: ohälsa bland personal, stress och inkonsekventa handlingar. På basen av de faktorer som bidrar till chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården i Finland kan hälsofrämjande åtgärder på arbetsplanen planeras och förverkligas. Likaså kan man genom att försöka motverka de faktorer som belastar chefers arbetshälsa och arbetsvälmående nå en hälsofrämjande effekt.</p>	
Nyckelord:	NURED, hemvård, chef, arbetshälsa, arbetsvälmående, hälsofrämjande
Sidantal:	92
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	11.6.2020

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health Promotion (Master's Degree)
Identification number:	
Author:	Maria Grotell
Title:	Den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet bland chefer inom hemvården i Finland - En studie inom NURED-projektet
Supervisor (Arcada):	Anu Grönlund
Commissioned by:	NURED
<p>Abstract:</p> <p>The situation for home care nursing in Finland has for a long time been described as worsening: the amount of clients is increasing, while it simultaneously is difficult to attract staff. The EU-funded NURED project 2016-2019 developed new curricula for home care nursing students in the Baltic Sea Region. Within the NURED project focus group interviews were conducted among home care managers regarding their perceived occupational health and well-being, as part of the background research in Finland. Leadership is considered to be a key factor regarding both occupational health and well-being, as well as regarding conducting health promotion measures in workplaces. These interviews were analyzed for this thesis with an abductive approach. The purpose of the master's thesis is to investigate the experience of the factors that are important for occupational health and well-being for home care managers in Finland, and how this knowledge can be used to achieve a health-promoting workplace. The theoretical frame of reference is the <i>"WHO Healthy Workplace Model: Avenues of Influence, Process and Core Principles"</i> (Burton 2010), which states that a healthy workplace consists of the physical work environment, the psychosocial work environment, personal health resources at work and the company's social commitment. In the analysis process, a total of 7 subcategories were formed that contain factors that managers feel contribute to their occupational health and well-being in Finland: physical factors (home care work environment, physical activity during the working day), personal health actions (healthy living habits, work-life balance), personal health mentality (own approach, attitude and frame of mind, positivity), planning & organizing (leadership and supervision, clear expectations, work flow), relationships (workmates and colleagues, communication and openness, cooperation and support), motivating factors (helping others, challenges, development, feedback), occupational health care as well as the importance of home care work. Similarly, three categories were formed that particularly burden the managers' occupational health and well-being: ill-health among staff, stress and inconsistent actions. Health promoting measures in the workplace can be planned and implemented based on these factors that contribute to managers' occupational health and well-being in home care in Finland. Similarly, by trying to counteract the factors that burden managers' occupational health and well-being a health-promoting effect can be achieved.</p>	
Keywords:	NURED, occupational health, occupational well-being, managers, homecare, health promotion
Number of pages:	92
Language:	Swedish
Date of acceptance:	11.6.2020

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Maria Grotell
Työn nimi:	Den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet bland chefer inom hemvården i Finland - En studie inom NURED-projektet
Työn ohjaaja (Arcada):	Anu Grönlund
Toimeksiantaja:	NURED
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Kotihoidon tilannetta Suomessa on jo pitkään kuvailtu heikentyväksi: asiakkaita on palvelun piirissä yhä enemmän, mutta samalla on vaikeaa houkutella henkilöstöä töihin. EU:n rahoittamassa NURED-projektissa 2016-2019 kehitettiin hoitotyön opiskelijoille uusi kotihoito-opin opintosuunnitelma Baltian maihin. Koska johtajuutta pidetään avainasemassa sekä työpaikkojen terveyden edistävien käytäntöjen toteuttamisessa että työterveyden ja työhyvinvoinnin tukemisessa tehtiin NURED-projektin puitteissa osana taustatutkimusta Suomessa myös kohderyhmähaastatteluja kotihoidon esimiehille, koskien heidän käsitystään omasta työterveydestään ja työhyvinvoinnistaan. Nämä haastattelut on analysoitu tässä yamk-opinnäytetyössä abduktiivisen lähestymistavan kautta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kokemusta siitä, mitkä tekijät ovat tärkeitä kotihoidon esimiesten työterveydelle ja hyvinvoinnille Suomessa, ja kuinka tämä tieto voi osaltaan auttaa terveyden edistämistä heidän työpaikoillaan. Teoreettisena viitekehyksenä käytetään <i>"WHO Healthy Workplace Model: Avenues of Influence, Process and Core Principles"</i> (Burton 2010), jonka mukaan terveellinen työpaikka koostuu fyysisestä työympäristöstä, psykososiaalisesta työympäristöstä, henkilökohtaisista terveysresursseista työssä ja yrityksen sosiaalisesta sitoutumisesta. Analyysiprosessissa muodostui yhteensä 7 kategoriaa jotka sisältävät kotihoidon esimiesten työterveyteen ja työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä heidän kokemuksensa perusteella: fyysiset tekijät (kotihoitoon työympäristö, fyysinen aktiivisuus työpäivän aikana), henkilökohtaiset terveys-toimet (terveelliset elintavat, työ- ja perhe-elämän tasapaino), henkilökohtainen terveyden menta-liteetti (oma suhtautuminen, asenteet ja suhtautuminen, positiivisuus), suunnittelu ja organisointi (johtaminen ja ohjaaminen, selkeät odotukset, työnkulku), työsuhteet (työtoverit ja kollegat, vies-tintä ja avoimuus, yhteistyö ja tuki), motivoivat tekijät (muiden auttaminen, haasteet, kehittämi-nen, palaute), työterveyshuolto sekä kotihoitoon työn merkitys. Samoin materiaalista nousi esille kolme kategoriaa, jotka erityisesti kuormittivat johtajien työterveyttä ja hyvinvointia: henkilöstön huono terveydentila, stressi ja epäjohtonmukaiset toimet. Kotihoidon esimiesten työterveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden perusteella voidaan suunnitella ja toteuttaa toimia terveyden edistämiseksi työpaikalla. Samoin yrittämällä torjua tekijöitä, jotka vaikuttavat kuormittavasti joh-tajien työterveyteen ja hyvinvointiin, voidaan saavuttaa terveyttä edistävä vaikutus.</p>	
Avainsanat:	NURED, kotihoito, esimies, työhyvinvointi, työterveys, terveyden edistäminen
Sivumäärä:	92
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	11.6.2020

INNEHÅLL / CONTENTS

1	Inledning.....	9
2	Bakgrund.....	11
2.1	NURED-projektet.....	11
2.2	Hemvården i Finland	13
2.3	Arbetshälsa.....	13
2.3.1	<i>Ledarskap och arbetshälsa</i>	<i>16</i>
2.4	Hälsofrämjande	19
2.4.1	<i>Hälsofrämjande på arbetsplatser</i>	<i>21</i>
3	Tidigare forskning	23
3.1	Risker för arbetshälsa och arbetsvälmående inom fältarbetet i hemvården	24
3.2	Hälsofrämjande faktorer inom hemvården	26
3.3	Chefers välmående inom vården/offentliga sektorn	29
4	Teoretisk referensram	33
4.1	WHO:s modell för en hälsosam arbetsplats	33
4.2	Stigar av inflytande	35
4.2.1	<i>Den fysiska arbetsmiljön.....</i>	<i>36</i>
4.2.2	<i>Den psykosociala arbetsmiljön.....</i>	<i>37</i>
4.2.3	<i>Personliga hälsoresurser på arbetsplatsen.....</i>	<i>37</i>
4.2.4	<i>Företagets samhällsengagemang</i>	<i>38</i>
4.2.5	<i>Utvärdering och prioritering</i>	<i>39</i>
5	Syfte, frågeställningar och beskrivning av arbetsprocessen	40
6	Metod.....	42
6.1	Abduktiv ansats, innehållsanalys och datainsamling	42
6.2	Analysprocess och tolkning	45
6.3	Etiska överväganden	47
7	Resultat	48
7.1	Faktorer som bidrar till chefernas arbetshälsa inom hemvården	49
7.1.1	<i>Fysiska faktorer i arbetet</i>	<i>50</i>
7.1.2	<i>Psykosociala faktorer i arbetet</i>	<i>51</i>
7.1.3	<i>Personliga hälsoresurser.....</i>	<i>59</i>
7.1.4	<i>Samhälleliga faktorer.....</i>	<i>63</i>
7.2	Faktorer som belastar chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården ..	65
7.3	Den hälsofrämjande betydelsen av resultaten	67

8	Diskussion	69
8.1	Metoddiskussion	69
8.2	Diskussion i förhållande till tidigare forskning	70
8.3	Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen.....	74
8.4	Diskussion i förhållande till NURED Projektet	75
9	Kritisk granskning	77
9.1	Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	77
9.2	Kritisk tillbakablick	80
9.3	Fortsatt forskning inom ämnet.....	81
	Källor / References	83
	Bilagor	85

Figurer / Figures

Figur 1: WHO Healthy Workplace Model (Burton, 2010).	34
Figur 2: WHOs fyra stigar av inflytande (Burton, 2010).	35
Figur 3: Maslow's behovshierarki. (Maslow, 1943)	40
Figur 4: Beskrivning av studiedesign och arbetsprocess.....	42
Figur 5: Visuell tidslinje över sambandet mellan insamlat datamaterial i NURED-projektet och skribentens roll	44
Figur 6: Faktorer som bidrar till hemvårdschefers upplevelse arbetshälsa och arbetsvälmående i enlighet med Burton 2010	50
Figur 7: De psykosociala faktorerna som bidrar till hemvårdschefers arbetshälsa och arbetsvälmående	59
Figur 8: Hemvårdschefers personliga hälsoresurser.....	63

Tabeller / Tables

Tabell 1: Exempel: analysprocessen för kategorin "personliga hälsoresurser"	47
---	----

FÖRORD / FOREWORD

It always seems impossible until it's done. – Nelson Mandela

Ett ödmjukt tack till NURED-projektet, till informanterna som deltog i de intervjuer vars material jag hade tillgång till, samt till min handledare Anu för all vägledning, inspiration, stöd och hjälp under hela processen! Tusen tack även till alla som jag haft lyckan och glädjen att diskutera och fundera kring mitt mastersarbete med.

Tack Max, Molly 4 år och Melvin 2 år. Det visade sig att våren 2020 inte endast skulle bli utmanande tack vare slutförandet av mina masterstudier, utan även på grund av den rådande pandemin. Tack för att ni gett mig tid och ro att slutföra detta – även i undantagsläget!

Tack också Mamma och Pappa, för allt.

I Esbo, juni 2020

Maria Grotell

1 INLEDNING

Det har inte på senare tid gått att undgå diskussionen och debatten kring hemvårdens läge i vårt land. *”Arbetsbördan inom hemvården (i Finland) är värst i Norden – forskare talar redan om en nedåtgående spiral”* – så lyder en rubrik ur Tehy-tidningen från mars 2018 där resultaten för forskningen Nordcare2 presenteras med oroväckande resultat för Finlands del. *”Krisen i hemvården fördjupas”* skriver också Silja Paavola, ordförande för SuPer, i januari 2019 i en text där hon bland annat nämner att vi är i en situation där vårdare betalar ett hårt pris där samhället inte är villigt att betala tillräckligt. I juli 2019 skriver Svenska YLE i sin artikel *”’Bristen på svenskspråkig personal blir värre hela tiden’ – så här ser hemvården ut i Helsingfors”* att förutom att läget överlag förvärras inom hemvården är läget gällande svenskspråkig service ännu sämre. Alla dessa är oroväckande rubriker både yrkesmässigt och från en samhällselig synvinkel, men även från en personligen vinkel: visst har de flesta av oss nära och kära som högst sannolikt vid något skede kommer att behöva denna service, kanske också vi själva?

År 2018 arbetade ca. 15000 vårdare inom hemvården i Finland med 73 563 patienter, varav 35% fick motta fler än 60 besök av hemvården per månad – en ökning på 1.6% från 2017 och 11.7% från situationen år 2010 (Kehusmaa et.al. 2018; THL, 2019). De mer krävande patienterna blir alltså allt fler, men vad beror krisen annars på? Enligt Kehusmaa & Hammar (2019) ligger bristerna bl.a. i att det inte finns tillräckligt med hemvårdstjänster tillgängliga överallt i landet, att skolningen för specialkunskap så som drogmissbruk inom hemvården inte fungerar, och att hemvården skulle behöva ökat stöd av akuta läkartjänster även under veckosluten då patienterna är allt fler och i allt sämre skick (Kehusmaa & Hammar, 2019).

Samma problemområden konstateras i slutrapporten för Nordcare2, en Nordisk studie om äldreomsorg där resultat från 2015 jämfördes med resultat från 2005. Studien konstaterade att situationen inom hemvården hade ändrats mer än i andra områden av äldreomsorgen, och speciellt mycket i Finland. Att klientantalet ökat utan att personalresurserna ökats i motsvarande takt har lett till stress hos vårdarna, till ökat övertidsarbete (både betalt och obetalt sådant), ökad oro över patienternas välmående samt en klyfta mellan

arbetstagarna och ledningen. Likaså är vårdarna alltmer oroade över sin egen hälsa och säkerhet i arbetet, i samma takt som sjukfrånvaron har ökat. År 2005 funderade redan 41% av finska vårdare inom hemvården på att byta yrke. (Kröger et.al., 2018)

Det är lätt att konstatera att något måste göras åt hemvårdens situation. Det Baltiska, EU-finansierade NURED-projektet har försökt svara på detta behov. NURED har under 2016-2020 utvecklat nya, 16 studiepoängs läroplaner om hemvård för vårdstuderande, i hopp om att kunna öka på den kunniga arbetskraften inom Baltikum, att minska på bortfall både under studietiden såväl som från arbetslivet, samt kunna bättre förbereda de blivande hemvårdarna på yrkets krav. (NURED, 2020).

Under NURED-projektets slutseminarium 14.11.2019 gav Timo Sinervo, forskningsledare på Institutet för hälsa och välfärd, en presentation om hemvårdens nu-läge i Finland. Förutom att presentera en liknande situation som Kröger et.al. lyfte han även fram den viktiga rollen av arbetssamfundet: lika viktigt som att höja på resurserna är att förbättra arbetsorganisationen, samarbetet och speciellt ledarskapet inom hemvården. Endast så kan man på bästa möjliga sätt stöda hemvården i att förbättra de kunskaper och kompetensområden som kommer att möjliggöra framtidens hemvård. Dessa kompetensområden är bl.a. ökad kunskap om digital service inom hemvården, ett ökat multiprofessionellt samarbete samt nya arbetssätt och omorganisering av arbetet, varav inget kan nås utan ett gott ledarskap. (Sinervo, 2019)

I mitt arbete som företagshälsovårdare har jag fått på paradplats följa med hur ledarskapets egna välmående ibland glöms bort: det talas om hur personalen mår, eller hurdana ledarskapsmetoder bör användas, men förvånansvärt sällan frågas hurdant stöd cheferna skulle behöva för specifikt sitt välmående och sin hälsa i arbetet. Genom att forska i arbetshälsa hos chefer inom hemvården i tvåspråkiga kommuner i Finland tangerar detta mastersarbete arbetslivet starkt – vad gör att cheferna inom hemvården mår bra och orkar i sitt krävande arbete? Om ledarskap och cheferna är en del av nyckeln till framtidens hemvård, hur mår cheferna själv? Genom att söka svar på dessa frågor via forskning i vad chefer upplever att bidrar till deras egna arbetsvälmående och arbetshälsa kan det vara möjligt att förbättra arbetsvälmåendet både för cheferna, samt via det indirekt för arbetskraften inom hemvården i Finland. Detta kunde ha en positiv, hälsofrämjande effekt på

flera aspekter i själva yrket, men även för samhället – den nedåtgående spiralen inom hemvården kanske ännu hinner stoppas.

2 BAKGRUND

Som bakgrund för detta mastersarbete kommer NURED-projektet att presenteras. Vidare ges en inblick i arbetshälsa och ledarskap, hälsofrämjande teorier samt hälsofrämjande arbetssätt och relevant tidigare forskning inom det valda temat.

2.1 NURED-projektet

NURED-projektet (2016-2019) är ett forskningsprojekt inom Baltikum som strävar till att förbättra utbildningen inom hemvårdskunskaper för blivande sjukskötare/närvårdare ("nurse" + "education" + "development" = "NURED"). Projektet finansieras av EU via "The Central Baltic Programme 2014-2020", ett gränsöverskridande samarbetsprogram vars syfte är att finansiera forskningsprojekt med en strävan att lösa gemensamma utmaningar i Finland (inkl. Åland), Sverige, Estland och Lettland. I NURED-projektet deltar samarbetspartners från alla fyra länder: Yrkeshögskolan Arcada i Finland ("lead partner", dvs. ansvarspartner), Mälardalens Högskola i Sverige, Tallinn Health Care College i Estland samt Riga Stradins University i Lettland. Alla partnerländer tacklas med samma utmaningar då det gäller hemvården: det finns ett ökande behov för hemvård då stora folkgrupper åldras, men samtidigt råder det regional brist på kvalificerad arbetskraft inom hemvården. Genom gränsöverskridande samarbete har NURED projektet kunnat dra nytta av alla partnerländers erfarenheter.

Det övergripande målet för projektet var att utveckla 2 nya 16 studiepoängs studiehelheter för den Baltiska regionen inom utbildningen för sjukskötare och närvårdare inom hemvården. Syftet var att bidra till utvecklingen av yrkeskunskaper inom vårdutbildningen, att bidra till utveckling och vidare integration i vårdarbetet samt att bidra till social integration, jämställdhet, professionellt engagemang och ökad aktivitet inom yrkesutbildningsområdet inom regionen. Studiehelheten är sammanställd av fyra engelskspråkiga moduler: *Teamwork and professional skills in the home care setting (5 ECTS)*, *Occupational*

stress, stress and time management (incl. ergonomics) (3 ECTS), E-services and e-products (5 ECST), och Pedagogical attitude and way of work (PFA) in intellectual disability practice in the home care context (3 ECTS)

Slutresultatet av projektet förväntas bli framtida sjukskötare och närvårdare inom hemvården med förbättrade yrkeskunskaper (inklusive IT-kunskaper och ergonomi), förbättrad stresshantering och annan arbetshandlingsrelaterad kompetens, ökade färdigheter inom teamarbete mellan de olika yrkesgrupperna samt kunskap och ökad beredskap inför den framtida arbetsmarknaden. Vidare förväntas studerande vara mer förberedda på att använda sina egna resurser, mer motiverade, ha högre självkänsla samt ha nya färdigheter, vilket förväntas leda till effektiva studier och en god attityd till livslångt lärande. De nya studiehelheterna förväntas bidra till ett minskat antal utfall av studenter, minskad stress, förbättrad yrkeskunskap, motiverade studenter och ett professionellt engagemang. På längre sikt kommer dessa förbättringar att bilda en grund för ökad kvalitet inom närvårdar- och sjukskötarutbildningen, samt kostnadseffektivitet gällande utbildning för kommuner, skolor, arbetsmarknaden och samhället som helhet.

Den aktiva fasen av projektet inleddes 2017 med en QWC-enkät (Quality, Work, Competence – copyright tillhör företaget Springlife i Sverige) som skickades ut till personal inom hemvården i alla partnerländer, för att utreda kompetensbehoven och situationen på fältet (n=685 totalt i alla partnerländer). På basen av alla partners enkätresultat formulerades modulerna 1-4, som piloterades 2017-2018 i respektive partnerskolor. Efter pilotfasen samlades feedback av studerande lokalt, och den första versionen av läroplanerna skrevs i samarbete hösten 2018. För att diskutera och utvärdera studiehelheterna ordnades fokusgruppsintervjuer i alla partnerländer bland professionella (vårdlärare, vårdare) och studerande vintern 2019, som sedan analyserades både lokalt och i samarbete via SWOT-analys. På basen av analysen förbättrades den första versionen av studiehelheterna, och därmed tillkom den andra versionen av studiehelheterna i april 2019. Från denna version testades olika inlärningsmål bland studenter i alla partnerländer under hösten 2019. Den sista och slutliga versionen av studiehelheterna är tillgänglig för allmänheten på NUREDs hemsida från och med november 2019, samt inkluderat som Bilaga 1 i detta mastersarbete.

Utöver dessa gemensamma projektaktiviteter har partners även utfört egna aktiviteter i relation till projektet. Till dessa lokala aktiviteter hör till exempel de fokusgruppsintervjuer som gjordes bland hemvårdspersonal i Finland våren 2018, som används som material för detta mastersarbete. Uppdraget och behovet för detta mastersarbete har sitt ursprung i projektet, och önskas efter godkänt mastersarbete utmyнна i en vetenskaplig artikel för projektet. Skribenten arbetade själv för projektet som projektassistent, men deltog inte i forskning eller utveckling utöver detta mastersarbete.

(Källa: NURED forskningsplan, 2016-2019)

2.2 Hemvården i Finland

I Finland ansvarar Social- och hälsovårdsministeriet för lagstiftningen, allmänna planeringen och styrandet av de olika hemvårdstjänsterna på basen av Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) samt Socialvårdslagen (1301/2014). Kommuner stöder klienternas möjligheter att klara sig hemma genom att erbjuda hemservice och kompletterande stödtjänster, samt hemsjukvård. I vissa kommuner har hemservicen och hemsjukvården sammanlagits till hemvård - med hemvård avses alltså en avgiftsbelagd helhet av service i hemmet som hemservice och hemsjukvård tillsammans utgör. Hemvården hjälper människor att klara sig hemma, som t.ex. på grund av sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga behöver hjälp med vardagliga sysslor. Oftast är klienterna åldringar, som enligt nationella målsättningar bör kunna få stöd till att bo kvar hemma så länge som möjligt. I Maj 2018 hade hemvårdstjänsterna i Finland ca. 51700 klienter dagligen, även om endast 11% av de som fyllt 75 behövde hemvårdstjänster i landet 2018. Personalen inom hemsjukvården består till mesta dels av hemvårdare (sjukskötare/hälsovårdare), hemhjälp och närvårdare, och till deras uppgifter hör bl.a. uppföljning av klientens hälsa och dosering av mediciner. (Social- och hälsovårdsministeriet 2020; THL 2020; Valvira 2017)

2.3 Arbetshälsa

Arbetshälsa kan definieras på många olika sätt (finska *työterveys*). Enligt en definition av Anttonen och Räsänen (2009) avser arbetshälsa ett tryggt, sunt och produktivt arbete som yrkeskunniga arbetstagare och arbetsgemenskaper utför i väl ledda organisationer. Vidare

innebär arbetshälsa att arbetstagarna och arbetsgemenskaperna upplever sitt arbete som tillfredsställande, meningsfullt och givande, och att det också stödjer samt bidrar till deras livskontroll (Anttonen & Räsänen 2009) .

Arbetshälsa är samtidigt en del av ett större begrepp – arbetsvälbefinnande (finska *työhyvinvointi*). Arbetshälsoinstitutet i Finland har valt att definiera välbefinnande i arbetet på följande, holistiska sätt: ”*Välbefinnande på arbetsplatsen innebär ett tryggt, hälsosamt och produktivt arbete som utförs av kvalificerad arbetskraft och arbetsgemenskaper i en välskött organisation. Anställda och arbetsgrupper upplever sitt arbete på ett meningsfullt och givande sätt, och anser att arbetet stödjer deras livsförvaltning.*” (TTL.fi a) 2020). Virtanen & Sinokki (2014, s.28) påpekar också att arbetsvälmående är långt ifrån en entydig term: arbetsvälmående är både subjektivt samt bundet till kultur och tid.

WHO poängterar dessutom att ingen definition av arbetshälsa eller en hälsosam arbetsplats kan göras utan en definition hälsa i sig – “*ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.*” (WHO, 1948). Alternativt kunde man tänka sig skåda fenomenet *hälsa* från Aaron Antonovskys salutogenesa synvinkel i *Hälsans mysterium* (1978, s. 38-39): istället för att klassificeras som antingen friska eller sjuka befinner vi alla oss på ett multidimensionellt kontinuum från hälsa till ohälsa, och tillbaka. Vår hälsa påverkas ständigt av vår totala historia som människa, inklusive den sjukdom som kanske just då utreds. Likaså menade Antonovsky att man i stället för att fråga om orsakerna bakom att någon drabbas av en viss sjukdom hellre kunde fråga sig ”vilka faktorer som bidrar till att upprätthålla ens position på kontinuet eller till att skapa en rörelse mot den friska polen?” (Antonovsky 1987). Både WHO:s definition och Antonovskys idéer om hälsa lämpar sig världen av arbetshälsa väl, då de tar i beaktande ett flertal faktorer gällande en människas välbefinnande och inte enbart fokuserar snävt på sjukdom.

Professor Katie Eriksson rör sig i samma tankebanor som Antonovsky i sitt verk *Hälsans idé* (orig. 1984). Enligt Eriksson hör utforskningen av hälsa till våra evighetsproblem, där en tillfredsställande beskrivning på människans hälsa kanske aldrig nås. Hon poängterar dock att hälsa inte nödvändigtvis alls är motsatsen till sjukdom: hälsan kan vara i högre eller lägre grad, lika som människan inte behöver definiera om hen befinner sig antingen

väl eller illa. *”Det teoretiska hälsobegreppet är en abstraktion i den bemärkelsen att det beskriver ett idealtillstånd som aldrig kan bli identiskt med verkligheten, men som kan fungera som vägledning för utvecklingen av det praktiska hälsobegreppet.”* (s.139). (Eriksson 2018, s. 137-139)

Det gemensamma för WHO's, Antonovskys och Erikssons syner på hälsa är ändå att de har flera dimensioner, inte är entydiga och inte enbart fokuserar på medicinska synen på sjukdom. Därför utgör de enligt skribenten en bra grund för diskussion kring individens arbetshälsa och arbetsvälmående.

Arbetshälsans och arbetsvälmåendets betydelse förbigår också endast individen till att även gynna hela samhället. Arbetsvälmående påverkar effektivitet och ekonomi, men den har även ett värde i sig själv som förstärker företagets konkurrenskraft och framgång. De som är med i arbetslivet har i snitt nuförtiden bättre hälsa än de som ligger utanför arbetslivet – arbetet ger mening med livet och förstärker självförtroendet. Genom förbättrad hälsa och funktionsförmåga förlängs också arbetskarriärerna, vilket har en positiv inverkan på landets produktivitet samt sjukvårds-, pensions- och arbetslöshetskostnaderna i landet. Virtanen & Sinokki (2014) konstaterar även att mentala sjukdomar intressant nog inte har blivit vanligare bland >30-åriga arbetskraften, medan sjukfrånvaro samt sjukpensioner p.g.a. mentala problem har det. Detta tyder alltså på att arbetslivet har förändrats, och olika problem identifieras allt mer noga än förr. (Virtanen & Sinokki 2014, s. 30-32)

Enligt både Virtanen & Sinokki (2014, s. 36) och WHO (Burton, World Health Organization 2010) har definitionerna av en hälsosam arbetsplats också utvecklats under gångna årtionden: från att ha fokuserat nästan enbart på den fysiska arbetsmiljön, dvs. en ”traditionell” arbetshälsosyn på hälsa och säkerhet har definitionen utvidgat sig till att även innehålla hälsovanor och livsstil, psykosociala faktorer (arbetsorganisation och -kultur) samt en länk till samhället. Fokuset på att bygga upp en hälsosam arbetsplats ligger allt mer i människorelationerna och deras betydelse, samtidigt som förbättringen av arbetsvälmående alltmer handlar om att stöda upp arbetsförmågan samt kvaliteten av arbetslivet (Virtanen & Sinokki 2014, s.30).

Det är dock värt att notera att en mängd yttre faktorer också påverkar välmående på en arbetsplats. Arbetstagarna har olika livssituationer där exempelvis barn, åldrande föräldrar, nära och kära som dör, problem med rusmedel i nära kretsen, relationskriser eller ekonomiska kriser exempelvis kan figurera. Dessa är alla exempel på situationer där enorma resurser krävs för att klara av en svår situation samtidigt som arbetstagaren borde klara av arbetet och behålla någon form av arbetsvälmående. (Virtanen & Sinokki 2014, s.154)

Processerna som innebär att ett företag kan leda och styra arbetshälsan skapas av att ordna företagshälsovård, arbetsskyddet, uppföljning av sjukfrånvaro, modellen för tidigt stöd, möjliga rusmedelsprogram samt andra valfria metoder (Alahautala & Huhta 2018, s. 23). I Finland styr Lagen om företagshälsovård (1383/2001), hand i hand med arbetarskyddslagen (23.8.2002/738), det förebyggande arbetet gällande arbetshälsan på arbetsplatserna. Syftet med lagen om företagshälsovård är enligt 1§ att man tillsammans (arbetsgivare + arbetstagare + företagshälsovård) förebygger sjukdomar och olycksfall i arbetet, främjar hälsan och säkerheten i arbetet och arbetsmiljön, främjar arbetstagarnas hälsa samt arbets- och funktionsförmåga, och främjar verksamheten bland de anställda. Även FPA:s principer för ersättning av kostnader styr företagshälsovården till att ske i samarbete med företagen: från och med 2020 ersätter FPA 60% för förebyggande företagshälsovårdskostnader och 50% av sjukvårdskostnader inom företagshälsovården, men ändå så att max. 40% av helhetskostnaderna kan bestå av sjukvårdskostnader (FPA.fi 2020). Detta betyder i praktiken att FPA ersätter i första hand den förebyggande vården, som alltid uppgörs och planeras i samarbete med företagshälsovården.

2.3.1 Ledarskap och arbetshälsa

Temat ledarskap och arbetshälsa kommer att presenteras kort. Detta mastersarbete forskar inte i *ledarskap* som ett fenomen, men eftersom de som intervjuats för materialet agerar som chefer i hemvården närmas temat med tanke på deras arbetsuppgifter som chefer. Likaså agerar de som mellanchefer, dvs. har de också en ledning ovanför sig som påverkar deras arbetshälsa och -välmående.

Enligt Arbetshälsoinstitutet är välmående och hälsa i arbetet både på arbetsgivarens och -tagarens ansvar – de tillsammans uppehåller och utvecklar arbetsvälmåendet, och därför sker främjandet av arbetsvälmående på en arbetsplats alltid i samarbete och växelverkan med chefer, förmän och arbetstagare. Välmående är en del av vardagen i arbetet, och kan inte främjas genom tillfälliga hälsojippon utan kräver längre och mer genomgående processer gällande t.ex. arbetsmiljön, arbetsgemenskapen, ledarskapet och arbetssätt. Vidare är en investering i arbetsvälmående en investering i hela företagets framtid, med positiv inverkan på bla. produktivitet, sjukfrånvaro och kundbelåtenhet. (TTL: Työhyvinvointi, 2020)

När man tänker på hur man leder hälsa i arbetet är det ändå inte så viktigt att tänka på hälsa som ett fenomen, utan egentligen funktionsförmågan kopplat till arbetsförmågan. Arbetsförmågan görs upp av individens hälsa och funktionsförmåga, men också kunskap, attityd, värdesättningar, motivation, ledarskap, arbetsgemenskapen, arbetsmiljön samt hela den omgivande världen. Det finns nämligen ett flertal sjukdomar som kräver vård och medicinering, men som ändå inte kommer att påverka arbetsförmågan. Likaså spelar individens upplevelse av det egna hälsotillståndet samt individens attityd en avgörande roll – samma sjukdom hos två olika individer kan väl resultera i att den ena känner sig helt arbetsförmögen, den andra ej. Därför är det väldigt viktigt att chefer känner sina anställda, lyssnar till dem samt vet hurdan arbetsbörda, kunskap, motivation och arbetsförmåga de har. (Alahautala & Huhta 2018, s. 21-22).

Enligt Sjukskötarförbundet (2020) börjar chefens arbete i att kunna leda sig själv och sitt välmående, dvs. ta hand om sig själv – utan detta kan man inte leda andra. De definierar att leda sig själv som att kunna leda sin kropp, sitt psyke, sina känslor, sina värderingar samt sina talanger. Vidare poängteras behovet av självförtroende och självkänedom hos chefer, samt att chefens roll inte är att vara perfekt, utan handlar egentligen om att känna igen de egna begränsningarna (Sjukskötarförbundet 2020). Tänker vi specifikt på hemvården är en av utmaningarna för cheferna det, att arbetstagarna jobbar hemma hos klienterna och därmed är cheferna inte lika delaktiga i det vardagliga arbetet som t.ex. på sjukhus eller anstalter (Vehko et.al. 2017).

En allmän princip för ett gott och stödjande ledarskap är att chefen diskuterar med människorna och tar i beaktande olika åsikter. Delaktighet ökar engagemanget och arbetsmotivationen, samt producerar nya idéer. Juuti & Vuorela (2002) nämner att chefer ofta klagar på mängden möten de har, som äter upp en hel del tid. Ledarskap går ändå långt ut på att pussla ihop olika synpunkter till en fungerande helhet i arbetet så att vissa mål kan nås – detta kan inte nås utan kommunikation och gemensamma diskussioner. Likaså är det vanligt att arbetsgivarens och -tagarens synpunkter kan vara långt ifrån varann, men ifall diskussioner gällande mål och kriterier inte begås kan ingendera part vara säker på arbetets slutresultat eller dess framgång. (Juuti & Vuorela 2002 s.19-20)

Vidare är det ett känt faktum, som även hjärnforskare har bekräftat, att känslor smittar av sig. Därmed är det endast logiskt att också chefers känslenergi påverkar hela arbetssamhället. Positiva känslotillstånd hjälper oss att tänka i nya banor, att se olika lösningar samt göra bättre beslut. Ändå menar Virtanen & Sinokki (2014) att negativitet tyvärr är en ännu starkare kraft, och katastrofen står inför dörren ifall chefen agerar som en förstörande energi som sänker allas arbetshälsa och arbetsvälmående. Det är därmed viktigt för en chef att komma ihåg att förutom att leda arbetskraften leder hen även känslor, och kan därmed komma att påverka energinivåerna på en arbetsplats. Därför bör speciellt chefer ta väl hand om de egna energiresurserna. (Virtanen & Sinokki 2014, s.150)

Samma konstaterar också Köppe et.al (2018) i en intressant studie från Tyskland om chefers känslööverförning på arbetskraften, där de jämförde den nivå av utmattning som chefer rapporterade med den nivå av hälsofrämjande ledarskap (som i denna studie kallas *StaffCare behaviour*) som arbetskraften ansåg chefer utöva. Tre månader senare fick ännu arbetskraften rapportera sina egna, somatiska tillstånd (totala n=106). Resultaten påvisade att de chefer som rapporterade en högre grad av utmattning inte orkade utöva hälsofrämjande ledarskap lika bra som de chefer som kände en mindre grad av utmattning. Detta i sin tur visade en indirekt påverkan på arbetskraftens somatiska symtom i form av ökning. Forskarna kunde alltså inte fastställa att en utmattad chef direkt skulle ha en betydelse för den mängd somatiska symtom som arbetskraften rapporterade, men att ett sämre hälsofrämjande ledarskap nog hade det. Köppe et.al. (2018) rekommenderar på basen av deras resultat att organisationer fäster mer uppmärksamhet på chefers välmående i arbetet, så

att de orkar leda på ett hälsofrämjande sätt och därmed positivt påverka arbetskraftens arbetshälsa och arbetsvälmående. (Köppe et. al. 2018)

2.4 Hälsofrämjande

I denna del av mastersarbetet kommer några hälsofrämjande teorier och tankar att presenteras, samt hur hälsofrämjande arbete kan tillämpas på arbetsplatser och speciellt inom vårdarbetet.

Hälsofrämjande är inte en ny företeelse, utan något som man bedrivit inom bl.a. befolkningspolitik i Europa sedan sent 1600-tal (Medin & Alexandersson 2008, s. 106). Själva ordet, hälsofrämjande, är en översättning från engelskans *health promotion*, där *promotion* både kan uppfattas som en term från försäljningslivet (något ”promoterats”: marknadsförs och säljs) eller arbetslivet (någon blir ”*promoted*”) (Medin & Alexandersson 2008, s. 105). Efter att ha gjort breda litteraturstudier inom definiering av hälsa och hälsofrämjande sammanfattar Medin & Alexandersson (2008, s. 161) att där *hälsa* handlar om ett tillstånd, en position, en process, en egenskap osv. hos en individ, handlar *hälsofrämjande* om en verksamhet, en åtgärd eller ett förhållningssätt. Det finns flera teorier om vad hälsofrämjande egentligen är, och det råder fortfarande en förvirrande mångfald av definitioner inom området. (Medin & Alexanderson 2008, s. 107)

En av de mest använda definitionerna, där hälsofrämjande ses som en vittomfattande social och politisk process (Medin & Alexanderson 2008, s. 113), är den definition som WHO anammade vid Ottawa-konferensen 1986: *”Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realise aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”* (WHO 1986). I Ottawa chartern identifieras även tre basstrategier för att genomföra hälsofrämjande: förespråkande (*advocate*) av hälsa, möjliggörande (*enable*) av hälsa samt förmedling (*mediate*) av hälsa i samhället.

Nutbeam utgår i sin definition från år 1998 också ifrån WHO's definition: "*Health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health*" (s.351). Nutbeam anser överlag att det finns sju termer som är centrala för hälsofrämjande: hälsa, hälsofrämjande arbete, hälsa för alla (dvs. rättvisa och jämlika möjligheter), folkhälsa, primärvård, sjukdomsprevention och hälsoutbildning (Nutbeam 1998, s. 351-353).

Enligt Aaron Antonovsky, som också nämndes tidigare då *hälsa* definierades, kan man närma sig ett hälsofrämjande tankesätt via det salutogena perspektivet genom att tänka i termer av flera olika faktorer som främjar rörelsen mot den friska polen. Antonovsky menar alltså att det aldrig är enbart en faktor (t.ex. riskfaktor för en sjukdom) som bestämmer om vi blir sjuka eller inte, utan även de faktorer som fungerar som buffertar eller direkt bidragande till ökad hälsa bör tas i beaktande. Det är också enligt Antonovsky viktigt att vara noggrann med frågan man ställer t.ex. när man gör upp en hypotes inom hälsoforskning: är det frågan om ökad sjukdom, eller ökad hälsa? En salutogen inriktning i en hälsofrämjande studie t.ex. söker efter hypoteser om vilka resurser som ökar hälsa, inte efter de hypoteser som lätt bekräftar sjukdom i en viss del av samplet. (Antonovsky 1978, s. 31-32)

Oavsett vilken syn på hälsofrämjande man väljer konstaterar Tones och Tilford (1990/2001, s. 18) att även om det vore logiskt att identifiera hälsofrämjande som vilken som helst åtgärd som främjar hälsa, är det ändå vettigt att anta att hälsofrämjande står för *planerade* åtgärder. Även om slumpmässiga händelser också kan främja hälsa, lika som en inläring av hälsa kan ske utan någon menad planering eller utbildning, menar Tones och Tilford (1990/2001, s.18) att meningsfull planering av hälsofrämjande aktioner ändå leder till positiva resultat med högre sannolikhet än enbart slumpen. Också Medin och Alexandersson (2008, s. 129) har lagt märke till att speciellt senare definitioner på hälsofrämjande betonar en samverkan som grund för att skapa stödjande miljöer, samt att detta kräver övergripande allianser mellan aktörer i samhället. Dessa tankesätt anser skribenten att passar arbetshälsa och arbetsvälmående väl, eftersom hela verksamheten bygger på planering i samarbete med arbetsgivare och arbetshälsovård samt andra möjliga aktörer.

2.4.1 Hälsöfrämjande på arbetsplatser

Enligt Arbetshälsoinstitutet i Finland är en hälsöfrämjande arbetsplats en sådan arbetsplats där:

- arbetet, arbetsgemenskapen och arbetsmiljön utvecklas så att de möjliggör hälsosamma val
- arbetstagarna uppmuntras till att aktivt delta samt göra hälsöfrämjande aktiviteter dagligen
- sporrar personalen till att utveckla sig själva
(TTL.fi b) 2020)

Målet för hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser är alltså att, i enlighet med arbetets krav, främja arbetstagarnas arbetsförmåga, återhämtning samt vardagliga agerande för att lyckas med sitt arbete och sin profession (Laitinen et.al. 2018). Också svenska Menckel och Österblom (2000, s. 26) är på samma linje. Enligt dem inkluderar hälsöfrämjande på arbetsplatser alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar, och som syftar till att öka välbefinnandet och hälsa. Vidare är grunden i hälsöfrämjande på arbetsplatser i orsakerna till ohälsa, men fokuserar på möjligheterna till en god hälsa. Syftet är att möjliggöra att arbetande människor utvecklar en god hälsa och goda hälso-relaterade beteenden (Menckel & Österblom 2000, s. 26). Både Laitinen et. al. (2018) och Menckel & Österblom (2000, s. 26) lyfter även fram vikten av att också orka på fritiden, samt att man i hälsöfrämjande på arbetsplatser inte kan bortse ifrån att arbetslivet och privatlivet är sambundna.

I vårdarbetet, för t.ex. närvårdare och sjukskötare, ingår ett flertal belastande faktorer så som psykosocial belastning från kundarbete, belastning från skiftesarbete samt både kognitivt och fysiskt belastande arbetsuppgifter (Laitinen et.al. 2018). Inom hemvården verkar brådskan vara ett speciellt belastande fenomen, som gör att hemvårdarna känner att de inte har tillräckligt med tid eller möjligheter att kunna utföra sitt arbete väl (Viehko et.al. 2017). Likaså känner de stress på grund av det ensamma arbetet hemma hos klienterna utan arbetsgemenskapets stöd, och detta är ett ständigt växande problem p.g.a. allt fler och allt sjukare klienter (Viehko et.al. 2017). Viehko et.al. (2017) nämner överlag i sin utredning att hemvårdspersonalens arbetsprocesser och arbetsvålmående bör tas bättre i

beaktande – detta är ett bra exempel på där det skulle behövas hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen.

Södra-Finlands regionförvaltningsverks ansvarsområde för arbetarskyddet, som övervakat ca. 160 hemvårdsenheter i regionen sen 2016, har konstaterat fenomen i samma banor som de ovannämnda: belastningen på hemvårdspersonalen är enorm, medan dess inverkan på hälsan ofta inte är evaluerad. När belastningen är långvarig växer även riskerna för olyckor och utbrändhet. Förutom att också de konstaterat att hemvårdspersonalen lider av att inte kunna utföra sitt arbete väl på grund av bl.a. tidsbrist och bristfälliga resurser, nämner de även att personalomsättningen är stor, vilket orsakar ett ständigt behov av att inskolning samt försäkring om arbetets flyt inom enheten. Det har även visat sig att arbetsgivarna också har en positivare uppfattning om arbetsvardagens flyt än arbetstagarna inom hemvården. Via regionförvaltningens granskningar har de dock även stött på goda exempel gällande hälsofrämjande arbete via minskning av belastning. Många av dessa åtgärder fungerar långsamt, men handlar exempelvis om att göra om och förbättra strukturerna för arbetsdagarna, att förbättra arbetsfördelningen genom att ta mer hänsyn till vårdpersonalens kunskaper samt genom att på kommunnivå omorganisera hemservicen. Lika så har de enheter som lyckats minska på belastningen satsat på planering och organisering av arbetet, och åter tagit i bruk system för inhoppare i arbetet. Övergranskare Ulla Arvo påpekar att man ofta hör att belastningen inom hemvården inte kan påverkas, men att detta inte stämmer i enlighet med deras resultat: det krävs nya tankebanor och nya lösningar av ledningen för att minska på belastning och öka arbetshälsan och arbetsvälmåendet inom hemvården. (Arbetarskyddsförvaltningen 2017)

Hurdant är då ett hälsofrämjande ledarskap inom vården? Grönlund och Stenbock-Hult (2014) tog i sin artikel tagit fasta på vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap, eftersom även de nämner att ledarskapet har en inverkan på personalens hälsa och välmående i arbetet, som i sin tur har en inverkan på kvaliteten av vården för klienterna. I sin studie kom de fram till att det finns tre villkor för ett hälsofrämjande ledarskap inom vården - förståelse, mod och etiskt bemötande – samt att ledarskapets hälsofrämjande påverkningsmöjligheter kan beskrivas genom omsorg och växelverkan. För ett icke-hälsofrämjande ledarskap fann de fenomen så som bristande moral och växelverkan, att gömma sig bakom titeln, oetiskt handlande, bristande kommunikation, bristande mod

samt uppgiftscentrerat handlande. Resultaten visar att ledarskapet är enligt vårdpersonalen i en nyckelroll gällande arbetshälsan, samt gällande skapandet av god atmosfär. De menar att genom en lyckad växelverkan, genom flexibilitet och genom förmågan att se de verkliga behoven på arbetsplatsen har chefer möjligheter att påverka personalens trivsel och arbetsvälmående, även hur länge de vill fortsätta på arbetsplatsen. (Grönlund & Stenbock-Hult 2014)

3 TIDIGARE FORSKNING

För att få fram relevant tidigare forskning inom ämnet gjordes ett flertal informationssökningar under hösten 2019-våren 2020. Endast artiklar som var max. 7 år gamla vid tillfället för informationssökningen valdes för att få fram en aktuell och relevant syn på ämnet, dvs. godkändes artiklar publicerade 2014-2020. Överraskande nog hittades inga artiklar som specifikt gällde chefernas arbetshälsa och välmående inom hemvården, vilket tyder på att detta ämne behöver belysas och forskas i. Det visade sig även snabbt att det inte fanns tillräcklig med specifikt relevant information att få fram inom hemvården vad som gäller chefer eller utbildad hemvårdpersonal, och därför godkändes även artiklar som gällde hemvårdsarbetare (dvs. icke-utbildade inom sjukvården), artiklar inom även inkluderade andra former av vård (ex. anstaltvård, sjukhusvård) samt artiklar inom offentliga sektorn i allmänhet. Ingen geografisk begränsning gjordes heller, för att försöka få en vid syn på ämnet. Artiklar med full access söktes på finska, svenska och engelska bl.a. med följande sökord i olika kombinationer: työhyvintöinti, työterveys, kotihoito, hemvård, arbetsvälmående, arbetshälsa, home care, home care nurses, home care nursing, nursing, occupational health, health, occupational well-being, middle-managers, middle-management. En lista över informationssökningar samt använda sökord hittas som Bilaga 2.

På basen av sökningarna valdes totalt 8 artiklar, som har grupperats enligt följande tema: risker för arbetshälsa och arbetsvälmående inom fältarbetet i hemvården, hälsofrämjande faktorer inom vården samt chefers välmående inom vården/offentliga sektorn.

3.1 Risker för arbetshälsa och arbetsvälmående inom fältarbetet i hemvården

I USA är hemvårdarens risk för olyckor dubbelt så hög jämfört med de vårdare som jobbar på sjukhus, samt 3 gånger högre än allmänna befolkningens olycksrisk, konstaterar Suarez. et al. (2017) som bakgrund för deras studie. Dessa olyckor är t.ex. försträckningar, fall av våld eller övergrepp i arbetet samt nålolyckor. Överlag nämner de att hemvårdsarbetet tär på säkerheten och hälsan av hemvårdspersonalen, samt att detta inte studerats tillräckligt då man tänker på frekvensen av olyckor samt det ökade behovet för hemvård i landet. Ett flertal av arbetsuppgifterna konstateras vara belastande både fysiskt (ex. dagliga flyttandet av klienten), psykiskt (ex. att koncentrera sig på medicinering i utmanande omständigheter) samt sociala (ex. att handskas med döende patienter). Eftersom hemvårdsklienterna ofta är mångsjuka och svaga ökar detta även riskerna gällande arbetshälsa. Suarez et. al. (2017) poängterar även att arbetsmiljön kan föra med sig oväntade risker – djur, skadedjur, tobaksrök, kemikalier osv. För att öka förståelsen gällande riskerna inom hemvården utvärderade studien förekomsten av dessa på basen av hemvårdspersonalens uppfattning, med hjälp av intervjuer samt ett utvärderingsprotokoll gällande riskerna (n=44).

Resultaten visar att det finns en skillnad på hurdana risker *nurses* (sjukskötare) och *aides* (kan jämföras med närvårdare) stöter på inom hemvårdsarbetet. Sjukskötarna rapporterade biologisk exponering (blod, saliv, infektioner osv.) och processorienterade uppgifter (så som pappersarbete) som det de anser mest riskfyllt och därmed belastande. Närvårdarna däremot nämnde fysisk belastning samt exponering gällande avföring och urin som deras största risker. Dessa resultat påpekar en skillnad mellan risker och belastningsfaktorer för olika arbetsgrupper inom hemvården, och Suarez. et al (2017) påpekar också att det är viktigt att ta i beaktande sådana skillnader inom arbetet. Slutligen konstaterar de, att för att förbättra arbetssäkerheten för hemvårdarna skulle det behövas interventioner gällande luckor i kunskap, säkrare medicinsk utrustning samt gällande arbetskraftens hälsa.

Också Love et.al. (2017) har forskat i hemvårdsarbetets risker inom USA. De nämner antalet hemvårdspersonal som 2.7 miljoner inom landet, och att år 2024 kommer behovet för hemvårdare redan att nå 3.5 miljoner. Orsaken bakom detta är att år 2029 kommer alla de 60 miljoner personer som föddes under USA:s ”babyboom” nå en ålder av 65 eller äldre, och speciellt då behöver välmående hemvårdsarbetskraft att behövas. I deras studie fokuserade Love et.al. (2017) specifikt på muskoskeletala riskerna i hemvårdsarbetet, eftersom det dagliga klientarbetet innehåller ett flertal moment som ökar riskerna för muskoskeletala besvär. Dessa risker ökades även av det faktum att hemvårdspersonalen (i USA) sällan får tillräckligt med inskolning eller tillräckligt med hjälpmedel. Studien utfördes som en kvalitativ pilotstudie med fokusgruppsintervjuer, där hemvårdsarbetare beskrev vad de uppfattade som muskoskeletala riskfaktorer i arbetet samt identifierade problemlösande strategier för att förbättra arbetsergonomin (n=37). (Love et.al. 2017)

De resultat som Love et.al. (2017) kom fram till avslöjade att hemvårdarna litade på deras insikter gällande deras och klienternas beteende, deras egna kunskaper gällande kommunikation samt deras egna sätt att vårda för att förutse muskoskeletala risker och kunna öka klienternas fysiska självständighet gällande rörelse (dvs. minska på hur mycket de själva måste fysiskt hjälpa klienten). På basen av resultaten konstaterade forskargruppen att det skulle behövas utbildande, tekniska, finansiella samt programmessiga stödjande åtgärder från såväl hemvårdsindustrin som regeringen, för att minska på de muskoskeletala riskerna inom arbetet och öka vårdarnas effektivitet inom arbetet. (Love et.al. 2017)

Även den sista studien gällande de mer traditionella riskerna för arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården kommer från USA. Zoeckler (2017) har (efter att hon börjar artikeln med att konstatera samma som Suarez et.al samt Love et.al. redan konstaterat ovan) valt att fokusera på arbetsrelaterad stress, genom att följa med arbetet hos nio olika leverantörer inom hemvård kombinerat med intervjuer bland chefer hos leverantörerna (n=20) samt intervjuer med hemvårdspersonal (n=25). (Zoeckler 2017)

Hemvårdspersonalen berättade bl.a. om ett flertal olyckor inom arbetet, om låga löner, otillräcklig skolning samt socialt isolerande arbete. Likaså berättade en del av dem om den rasism samt diskriminering de ibland utsätts för inom arbetet. När de frågades om hur

de tar hand om sin arbetshälsa nämndes speciellt den belastande psykosociala aspekten av arbetet, bl.a. gällande klientens familj, klienters död, pengarelaterade problem, den tid de hamnar spendera i trafiken under arbetsdagen samt skiftesarbetets inverkan på ex. transport och barnvård. Zoeckler (2017) lyfter även fram de emotionella riskerna i arbetet som också litteraturen hon använt kan bekräfta: hemvårdsarbetarna sätter sig själva på spel emotionellt då de lär känna sina klienter för att kunna ge bästa möjliga vård, kunna tillsammans arbeta mot hälsomål, kunna låta klienten ha ett utlopp för sina personligheter och intressen, samt helt enkelt kunna ge en behaglig och individuell vård.

Zoecklers (2017) resultat kunde lyfta fram fem stressfaktorer som alla intervjuade hemvårdare ansåg ha en inverkan på deras arbetshälsa: lön/naturaförmåner, farliga hem (löss, lyftarbete, luftkvalitet, våld m.m.), pressen från familjens och vänners förväntningar på dem, respekt som en medlem av hälsovårdsteamet, samt klienters död och personliga relationen till klienterna. Genom att ta beaktande till dessa samt andra riskfaktorer i arbetet kan man främja hemvårdarnas hälsa och stöda en kostnadseffektiv och långvarig hemvård. Zoeckler (2017) påpekar även att hemvårdsaktörernas strukturer och arbetskultur är inblandade i bristen på framsteg för att hantera hemvårdens hälsoproblem, samt att ändringarna bör fokusera på kompensation, hälsosammare arbetsvillkor och krav på utbildning.

3.2 Hälsofrämjande faktorer inom hemvården

Att förstå personalens syn på hälsa och välmående inom vården är en viktig grund för att sedan kunna utveckla arbetshälsan och arbetsvälmåendet vidare. Forskarna Perry et.al. (2017) var förundrade över hur vårdpersonal kan känna stress och trötthet enligt ett flertal forskningar, samtidigt som graden av tillfredsställelse i arbetet ändå är hög, och ville därför utreda ämnet närmare genom att fastställa hur personalen beskriver sin egen hälsa och välfärd. Datat samlades in i Nya Zeeland bland både hemvårdare samt vårdare inom anstaltvård (n=31). (Perry et.al. 2017)

Forskarna presenterar två huvudteman i sina resultat: "En holistisk tolkning av hälsa" diskuterar vårdgivares uppfattningar om innebörden av hälsa och välbefinnande. Tre underkategorier ("Uppfyllande av en inneboende natur", "Skyldighet att ta hand om sig

själv" och "Riskhantering") återspeglar samspelet mellan de faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande hos vårdare, och utgör därmed det andra temat "Att vara i samklang". Om balans inte uppnåddes erkände vårdare detta som en risk för deras hälsa och välbefinnande, särskilt för deras psykiska hälsa, och övervägde att lämna yrket. (Perry et.al. 2017)

Respondenterna var inte heller naiva inför den börda som deras särskilda yrke inom vården kunde komma att ha på deras hälsa och välbefinnande, både fysiskt och psykiskt. De identifierade flera hälsofrämjande resurser och strategier som särskilt berör deras arbete, och en viktig strategi verkade vara att ha insikt och självkänedom. Detta gjorde det möjligt för deltagarna i studien att sätta gränser för sin omsorgsroll, som de insåg kunde ta över deras liv, särskilt på grund av den tid och den känslomässiga energi som förbrukas hos kunderna. (Perry et.al. 2017)

Samarbetet med kollegor, inklusive förmågan av debriefing, hjälpte till att lindra frustration och skapade en positiv arbetsmiljö enligt respondenterna. Denna strategi var tydligast bland deltagare som arbetade på vårdinrättningar där möjligheterna att samverka var större än i hemvården. Möjligheten att prata om specifika problem var positivt och avlastande, och dessutom kände deltagarna stöd och värde när linjechefer (t.ex. arbetskoordinator) gav positiv feedback. Trots dessa strategier beskrevs även stress och frustration ofta av respondenterna. Det förklarades att dessa ohjälpsamma känslor, som härrör från kumulativa negativa fysiska eller psykiska interaktioner, sällan rapporterades tillbaka till chefer eller handledare eftersom deltagarna kände att deras oro skulle ignoreras. (Perry et.al.2017)

De resultat som Perry et.al. (2017) kom fram till visar alltså tydligt att flera faktorer ansågs påverka hälsa och välbefinnande bland vårdarna. Det fanns en välutvecklad insikt om att vårdarbetet kan vara belastande och att det kan komma åt att negativt påverka hälsa och välbefinnande. Många av deltagarna hade ändå antagit en hälsofrämjande attityd och livsstil, där de ägnade sig åt aktiviteter (inklusive arbete, hem och socialt liv) som ökade deras hälsa och välbefinnande. Vidare ansåg Perry et.al. (2017) att den salutogena modellen är lämplig för att överväga och vidare beskriva vårdgivarens inställning till hälsa och välbefinnande i denna studie. Respondenterna beskrev vikten av att vara i samklang,

att ha balans, och medvetet gjort tid för externa aktiviteter som var roliga. De beskrev hur meningsfullt deras arbete var, och hur det uppfyllde deras inneboende natur. Känslan av stolthet och tillfredsställelse som kom från att göra vad de beskrev som ett "bra" jobb betonade hur djupt de brydde sig. Dessutom använde respondenterna resurser för att framgångsrikt hantera de negativa erfarenheterna från sitt yrke och i livet. Till exempel diskuterade de sina personliga egenskaper, resurser och coping-strategier, användning av utrustning när man lyfter en patient, och motion för att underlätta hälsofrämjande aspekterna inom yrket. Det verkar alltså enligt denna studie som om Antonovsky's salutogenesa teori som även nämndes i bakgrundsdelen för detta mastersarbete stämmer in på vårdare, och kan användas för att förklara varför vårdare känner tillfredsställelse i arbetet trots påfrestande och belastande faktorer. (Perry et.al. 2017)

I Finland har samma ämne belysts specifikt inom hemvården av Outi Piirainen, i hennes pro-gradu från mars 2015. Hon har även valt att ta upp det hälsofrämjande ledarskapet. Piirainen menar att hemvårdspersonalens välbefinnande och hanteringen av det på arbetsplatsen spelar en viktig roll för hemvårdens effektivitet, så att vårdarna kan klara av arbetet. Hon konstaterar samma som ett flertal källor i detta mastersarbete redan konstaterat: dåliga resurser, äldre och allt sjukare klienter, den innovativa tekniken och behovet av ökad medicinsk kompetens inom hemvården sätter press på de anställda. I studien undersöktes vad som påverkar hemtjänstpersonalens välbefinnande, vilka ledningsmetoder som bidrar till eller försvagar arbetsvälmåendet, och hur hanteringen av välbefinnandet på arbetsplatsen kan utvecklas inom hemvården. (Piirainen 2015)

Studien genomfördes som gruppintervjuer bland hemvårdare inom den offentliga sektorn inom en stor stad i Östra Finland (n=20). Piirainen (2015) gjorde sin analys genom induktiv innehållsanalys. Undersökningen visade att hemvårdspersonalens välbefinnande beror på hemvårdsklienters egenskaper, hemvårdens karaktär, den lokala chefens stöd och hemvårdens utmaningar. Arbetet är utsatt för förändringar och är sårbart om det inte finns tillräckliga resurser av kvalificerad arbetskraft samt kvalificerade och långsiktiga närmaste arbetsledare. Ansvar och trycket i arbetet har ökat i takt med att klientbasen har blivit mer besvärlig, men resurserna har inte ökat nämnvärt i förhållande till efterfrågan på arbete. Utmaningarna inom hemtjänsten är ständig brådska, kommunikationssvagheter,

obegränsad arbetsbeskrivning för hemvårdare, låga möjligheter för hemvårdare att påverka arbetet, förnyelse av teknik, samt dålig kvalitet på hemvården i förhållande till vårdåtgärder och interaktion med klienter jämfört med den tid som finns tillgänglig för sjuksköterskorna. (Piirainen 2015)

Personalen uppskattar det förändringsledarskap som möjliggör ett väl fungerande arbete, vilket stödjer de anställdas coping-mekanismer och förhindrar utmattning. God arbetsstyrning innefattar goda anställningsvillkor, tillräckliga mänskliga resurser, en säker och icke-överbelastad arbetsmiljö, stödjande ledarskap, regelbunden verksamhet inom arbetsvälmående och stöd från företagshälsovården. Arbetsledarens flexibilitet när det gäller att organisera arbetet, autonom skiftplanering, arbetsfördelningen samt de system som finns för att stödja relationen mellan klient och egenvårdare (liksom även en nämnd vikarie för egenvårdaren för varje klient) förbättrar hanteringen av välbefinnandet i arbetet. (Piirainen 2015)

På många sätt är ledarskapet gällande arbetsvälmående på arbetsplatsen fortfarande ofullständigt skriver Piirainen (2015). Det hälsofrämjande ledarskapet undergrävs av de anställdas och lokala chefers ständigt brådskande arbete, snäva schemaläggningar, låga nivåer av stöd och feedback från chefen, brist på team- och kompetenshantering, osynlighet för chefen, svårigheter i informationsflödet och personalens begränsade inflytande i förändringarna. Piirainen (2015) konstaterar att inom hemvården bör både strategier och ledarskapet i framtiden på alla nivåer i organisationen ägna större uppmärksamhet åt personalens välmående för att säkerställa framgångsrika förändringar. Hemvårdspersonalens utbrändhet kan förebyggas genom regelbundna arbetspauser, ergonomi (förbättra kompetensen om ergonomi samt tillgången till verktyg), planer för att förbättra arbetsvälmåendet, kontinuerligt hälsofrämjande verksamhet och integrering av företagshälsovård i hemvårdsteamens vardag. (Piirainen 2015)

3.3 Chefers välmående inom vården/offentliga sektorn

Eftersom de flesta hemvårdsenheter i Finland också fungerar inom den offentliga sektorn i kommunerna passar den norska studien av Nilsen et.al. (2016) *”Stuck between a rock and a hard place: the work situation for nurses as leaders in municipal health*

care” väl in på ämnet. Syftet med deras studie var att visa hur chefer inom vården i kommuner är i interaktion med och får stöd av sina kolleger och chefer, samt hurdana styrkor och svagheter de har inom sitt arbete. Respondenterna för denna studie (n=9) jobbade som chefer antingen inom vårdhem eller hemvården. (Nilsen et.al. 2016)

Resultaten för studien visade att chefer inom vården är väldigt självständiga ledare. De är starka ledare för sina arbetstagare, men får själv dåligt stöd av deras egna chefer och likaså kan den relationen karakteriseras av en vilja att kontrollera strukturer istället för att stöda autonomi. Ofta begås kommunikationen dessa två emellan via e-post, och personliga möten är svåra att få in i kalendern. Vårdcheferna rapporterade att de är i en väldigt tajt mellanposition, där den egna chefens begäran ofta handlar om strama budgeter och pengar medan den andra ändan handlar om patienters bästa. Denna position kan lätt kännas som ”för mycket”, och leda till att man känner sig maktlös och sliten. Respondenter hade dock även svarat att det ändå är där de vill vara: nära vårdverkligheten, inte sitta på en högre ledarskapsposition. Som en följd av allt detta påvisade Nilsen et.al. (2016) också att chefer inom vården litade mera på att få stöd och hjälp från kolleger (horisontellt stöd) och arbetskraften, även hemifrån, än från den egna övermannen. Speciellt värdefullt nämner vårdcheferna att kollegernas stöd är, medan stödet i mångdisciplinära grupper blir mindre då frågorna inte berör just det egna arbetet och de egna frustrationerna. (Nilsen et.al. 2016)

Sammanfattningsvis konstaterar Nilsen et.al. (2016) att denna studie påvisar ett behov att öka medvetenheten om värdet av horisontellt stöd samt interaktion med kolleger och arbetskraften för chefer inom vården. Likaså behövs mera fokus på den ”saknade länken” uppåt i systemet, dvs. kommunens hälsochefer. Väldigt kontrollerade strukturer och det bristande stödet för autonomi från förmannen kan leda till minskad motivation och minskat välmående inom arbetet för vårdchefer.

En inhemsk, kvantitativ studie av Lampinen et.al. (2015) ger en intressant inblick i känslan av gemenskap och arbetstillfredsställelse (som tidigare i bakgrunden konstaterades vara en del av arbetshälsa och arbetsvälmående) bland social- och hälsovårdschefer i Finland (n=136). Deras resultat tyder på att ett meningsfullt arbete, öppen kommunikation och välflytande information inom organisationen, tillsammans med en känsla av

trygghet tack vare nära relationer inom arbetet samt chefernas övermäns uppskattning av deras ledarskap är alla nära relaterade till social- och hälsovårdschefernas arbetstillfredsställelse. Därför är det enligt forskarna viktigt att, förutom att möjliggöra meningsfulla arbetsmöjligheter för chefer, lägga mera vikt på interaktionen mellan cheferna inom social- och hälsovården, liksom även interaktionen mellan cheferna och deras övermän. Gällande interaktionen chefer emellan rekommenderar forskarna t.ex. att bygga upp en plattform för chefsgemenskap, där man kunde idka öppen kommunikation i en trygg miljö, samt få kamratstöd av kolleger.

Vidare fann Lampinen et.al. (2015), att den absolut främsta faktorn i bakgrundsfrågorna som korrelerade med arbetstillfredsställelse var det antal år chefen arbetat inom yrket. Det vill säga kände sig de med en längre arbetserfarenhet sig nöjdare med sitt arbete. Samma korrelation fanns gällande de chefer som hade en högre utbildning, versus de med lägre: de med högre utbildning rapporterade högre grader av tillfredstillhet inom arbetet, vilket enligt forskarna kan berätta något om de höga kraven av chefsarbetet inom hälso- och socialsektorn.

För att återgå till ett meningsfullt yrke påpekar Lampinen et.al. (2015) att fenomenet även stöds upp av tidigare forskningar, där liknande resultat har nåtts och det meningsfulla arbetet setts som en psykologiskt stärkande faktor. Likaså stöder tidigare forskningar upp sambandet mellan påverkningsmöjligheterna på den egna arbetsbördan och en ökning i arbetstillfredsställelse, som forskarna även fann inom denna studie. Det har redan inom tidigare forskningar konstaterats att chefer inom vården med större sannolikhet rapporterar sämre fysisk hälsa ifall de utsätts för höga krav inom arbetet, och detta anser Lampinen et.al. (2015) att kan motverkas via ökade påverkningsmöjligheter gällande den egna arbetsbördan. Också framskridningsmöjligheterna inom arbetet hade en positiv korrelation med arbetstillfredsställelse i denna studie. (Lampinen et.al. 2015)

Den sista studien inom detta kapitel, av Løkke & Madsen (2014), kommer från den offentliga sektorn i Danmark, där chefers uppfattning av stress utforskades inom socialvården (n=400). Även om den inte placerar sig inom hemvård eller vård valdes den ändå med på grund av att den utfördes inom offentliga sektorn (vilket forskarna poängterar är rätt så sällsynt när det gäller forskning inom chefers välmående), samt att den ändå

placerar sig inom en del av hälso- och socialvårdssektorn och kan antas vara jämförbar när det gäller chefsarbetet.

Løkkes & Madsens (2014) resultat visar att 42% av chefer inom offentliga sektorn ansåg sig vara stressade, men endast en bråkdel ansåg sig vara väldigt stressade. Orsakerna bakom stressen fördelades mellan psykosociala faktorer inom arbetet, balansen mellan fritiden och arbetet, kön och status inom organisationen. Angående de psykosociala faktorerna tyder resultaten på att faktorer så som arbetets innehåll, arbetsbördan, ansvar och de egna påverkningsmöjligheterna har en inverkan på stress. De chefer som hade en större möjlighet att påverka sitt eget arbete verkade mindre stressade, medan de som hade högre arbetsbörda, mera dilemman inom arbetet, dålig balans inom arbetet och sämre eller ingen inverkan på arbetsbördan led av högre nivåer av stress. Forskarna kunde inte inom denna studie fastställa andra faktorer angående balansen mellan arbete och fritid än en positiv balans som har en minskande effekt på stress för chefer. De som inte hade barn verkade också ha en lägre stressnivå, likaså de som kunde arbeta på distans emellanåt. (Løkke & Madsen 2014)

Resultaten gällande status inom organisationen tyder på att chefer med högre positioner är mindre stressade, medan mellanledarna framstod som mest stressade. Intressant nog var mellanledarna ändå minst stressade jämfört med lägre eller högre chefspositioner om deras balans mellan arbete och fritid var god. Intressant är också det att bland kvinnor var mellanledarskapet den mest stressande positionen, medan den bland män var den minst stressande positionen och män rapporterade högre nivåer av stress i lägsta chefsposition. (Løkke & Madsen 2014)

I praktiken menar forskarna att det med tanke på chefers stress är viktigt att fokusera på arbetets innehåll, arbetsbördan samt möjligheterna att påverka det egna arbetet, och att även ta i beaktande könet eftersom det bevisligen tycks finnas skillnader. Likaså skulle offentliga sektorn kunna dra nytta av att se över hur man kan stöda balansen mellan arbete och fritid för cheferna. Hurdana hälsofrämjande åtgärder som behövs beror dock på den enskilda arbetsplatsen. (Løkke & Madsen 2014)

Sammanfattningsvis kunde man konstatera, att den tidigare forskningen inom ämnet är i linje med den information som presenterats i bakgrunden. Gällande det arbete som utförs på fältet inom hemvården är riskerna både fysiska (så som miljö, ergonomi) och psykosociala (så som stress, arbetsbörda), vilka även är relevanta för en del av cheferna inom hemvården i Finland eftersom de ofta fortfarande även jobbar som sjukskötare/hälsovårdare inom hemvården. Likaså genomsyrar stress och vikten av ett gott ledarskap alla nivåer av arbetskraft inom hemvården, såväl bland hemvårdare som chefer. Utan ett gott ledarskap och klart organiserat arbete fungerar varken arbetet ute på fältet i hemvården eller för cheferna inom hemvården, och känslan av stress ökar. Också flexibilitet, påverkningssmöjligheter, kollegialt stöd samt balansen mellan arbete och fritid är viktiga faktorer med tanke på både hemvårdarnas och chefernas arbetsvälmående och arbetshälsa. Hemvårdare har ändå en god och salutogen insikt i hur de själva kan främja sin hälsa och sitt hälsofrämjande beteende, medan insikterna verkar än så länge vara lite sämre inom det hälsofrämjande ledarskapet.

4 TEORETISK REFERENSRAM

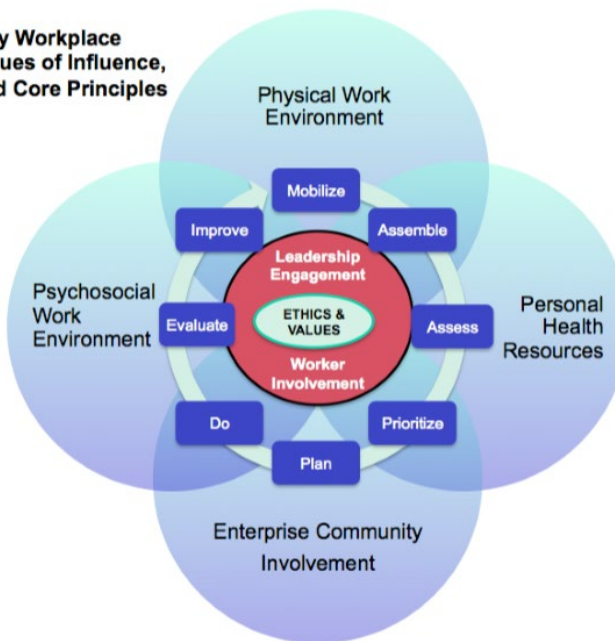
I detta kapitel presenteras den teoretiska referensramen, i relation till vilken resultatdiskussionen kommer att föras. Hela kapitel 4 använder sig av det beskrivna dokumentet som källa, dvs. Burton 2010. Dokumentet samt dess innehåll diskuteras vidare i diskussionsdelen samt den kritiska granskningen av arbetet.

4.1 WHO:s modell för en hälsosam arbetsplats

Den valda teoretiska referensramen för detta mastersarbete ingår i Världshälsoorganisationens dokument *"Healthy Workplace Framework and Model: Background and supporting literature and practice"* (Burton 2010). Världshälsoorganisationen (WHO) har för avsikt att detta dokument används som bakgrund, ram och modell för en hälsofrämjande arbetsplats. Dokumentet har sitt ursprung i överflödet av information gällande hälsofrämjande på arbetsplatser, och strävar till att ge en viss vägledning till de som försöker göra en skillnad i hälsa på arbetsplatsen genom att ha samlat relevant forskning och information till ett dokument. Burton har, på basen av den forskning och bakgrund som

presenteras i dokumentet, framkallat en visuell modell: ”WHO Healthy Workplace Model: Avenues of Influence, Process and Core Principles” (Figur 1). I detta kapitel kommer denna modell att presenteras i detalj, och modellen utgör källan för texten.

Figure ES1
WHO Healthy Workplace
Model: Avenues of Influence,
Process, and Core Principles



Figur 1: WHO Healthy Workplace Model (Burton, 2010).

Figuren är en sammansättning av två skilda teorier Burton (2010) kommit fram till via sin breda forskning inom ämnet, och för detta mastersarbete kommer det yttre skalet som består av stigar för inflytande (*avenues of influence*) att användas i resultattolkningen.

Enligt Burton (2010) är en hälsosam arbetsplats sådan, där arbetstagare och chefer samarbetar för att använda en ständig förbättringsprocess för att skydda och främja arbetstagarnas hälsa, säkerhet och välbefinnande och hållbarheten på arbetsplatsen genom att beakta följande, baserat på identifierade behov:

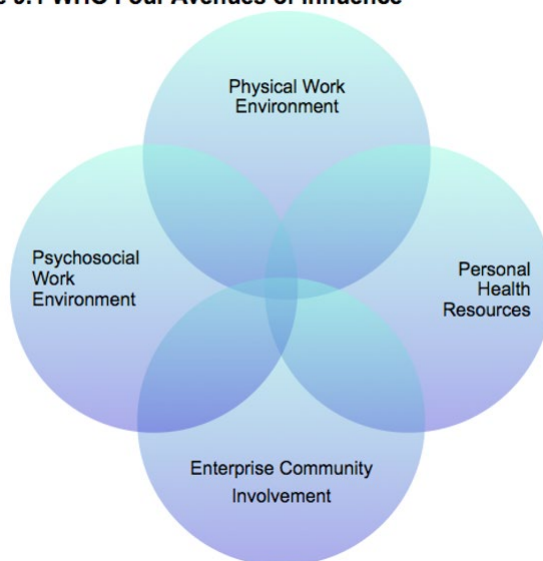
- hälso-och säkerhetsfrågor i den fysiska arbetsmiljön
- hälsa, säkerhet och välbefinnande i den psykosociala arbetsmiljön, inklusive organisering av arbete och arbetsplatskultur.
- personliga hälsoresurser på arbetsplatsen
- sätt att delta i gemenskapen för att förbättra hälsan hos arbetstagare, deras familjer och andra medlemmar i gemenskapen

Burton (2010) nämner att det inte finns en *"One-size-fits-all"*-modell, och varje företag måste anpassa dessa rekommendationer till sin egen arbetsplats, sin egen kultur och sitt eget land. Den framkallade WHO-modellen och –ramen som sammanför ändå de principer och gemensamma faktorer som verkar vara universellt stödda i litteraturen och i uppfattningen av experter och praktiker inom områdena hälsa, säkerhet och organisatorisk hälsa. (Burton 2010)

4.2 Stigar av inflytande

För att skapa en arbetsplats som skyddar, främjar och stöder den omfattande fysiska, mentala och sociala välfärden av arbetstagare bör företaget/organisationen fundera på att förhålla sig till innehållet via fyra stigar av inflytande (*avenues of influence*), som baseras på identifierade behov. De fyra stigarna beskriver hur arbetsgivare i samarbete med arbetstagare kan påverka hälsotillståndet inte bara för arbetstagarna, utan även för företaget/organisationen som helhet när det gäller effektivitet, produktivitet och konkurrenskraft.

Figure 9.1 WHO Four Avenues of Influence



Figur 2: WHO:s fyra stigar av inflytande (Burton, 2010).

Dessa fyra stigar ovan i Figur 2 är: 1. den fysiska arbetsmiljön 2. den psykosociala arbetsmiljön 3. personliga hälsoresurser på arbetsplatsen 4. företagets samhällsengagemang. Dessa fyra delområden berör hela *innehållet* av en hälsofrämjande arbetsplats, inte *processen* av att nå det. Stigarna är därför inte separata helheter, utan skapar tillsammans en större helhet där de fyra går in i varandra. Processbeskrivningen är däremot den inre

cirkeln i Figur 1, som är avgränsad från analysprocessen i detta mastersarbete men tas upp i diskussionsdelen. (Burton 2010)

4.2.1 Den fysiska arbetsmiljön

Den fysiska arbetsmiljön är den del av arbetsplatsen som kan upptäckas av människors sinnen eller via elektroniska sinnen, inklusive struktur, luft, maskiner, möbler, produkter, kemikalier, material och processer som finns eller som förekommer på arbetsplatsen, och som kan påverka arbetstagarnas fysiska eller psykiska säkerhet, hälsa och välbefinnande. Ifall arbetaren utför sina uppgifter utomhus eller i ett fordon, är den platsen i fråga den fysiska arbetsmiljön. Burton (2010) menar att betydelsen av just denna stig inte kan över-skattas: utvecklade länder ser ofta på detta som den ”grundläggande” delen av arbetshälsa och –säkerhet (trots detta sker bl.a. olyckor på arbetsplatser i utvecklade länder som lätt kunde ha förebyggts), medan faror och risker inom den fysiska arbetsmiljön hotar arbetstagarnas säkerhet och liv dagligen i många delar av världen. Denna stig skiljer sig också från de tre andra, eftersom de faror som existerar i den fysiska miljön kan potentiellt vara fysiskt skadliga eller dödliga för arbetskraften.

Exempel på hälsorelaterade arbetsproblem i den fysiska miljön är exempelvis kemiska risker (t.ex. lösningsmedel, asbest, tobaksrök), fysiska risker (t.ex. strålning, buller, vibrationer, värme/köld), biologiska risker (t.ex. mögel, smittosamma sjukdomar, dålig hygien) och ergonomiska risker (t.ex. repetitivt arbete, dåliga arbetsställningar, lyftande). Riskerna inom den fysiska arbetsmiljön utgör oftast arenan för den traditionella arbetshälsan och arbetssäkerheten. För att förhindra eller minimera exponeringen för faror och möjligt resulterande sjukdomar/skador måste riskerna på arbetsplatsen igenkännas, bedömas och kontrolleras.

(Burton 2010)

4.2.2 Den psykosociala arbetsmiljön

Den psykosociala arbetsmiljön omfattar arbetets organisering och organisationskulturen; de attityder, värderingar, övertygelser och praktiker som demonstreras dagligen i företaget/organisationen, och som påverkar de anställdas mentala och fysiska välbefinnande samt kan orsaka emotionell eller psykisk stress för arbetstagarna.

Exempel på hälsorelaterade risker i den psykosociala arbetsmiljön (icke-fysikaliska) är exempelvis dålig arbetsorganisation (t.ex. tidspress, bristande arbetsträning, problem med belöning & erkännande, dålig kommunikation), brister i organisationskulturen (t.ex. avsaknad av politik och praxis, trakasserier, diskriminering på grund av sjukdom, intolerans), en kontrollerande ledarstil (t.ex. brist på samarbete eller förhandling, dubbelriktad kommunikation), skiftesarbete eller bristande stöd för balans mellan arbete och fritid.

När det gäller sätt att påverka den psykosociala arbetsmiljön bör icke-fysiska faror åtgärdas på samma sätt som fysiska faror. Arbetsgivaren kan också hjälpa skydda arbetaren från psykosocial belastning t.ex. genom att skola arbetskraften i stresshantering och konfliktsituationer.

(Burton 2010)

4.2.3 Personliga hälsoresurser på arbetsplatsen

Olika arbetsplatsförhållanden eller en brist på information och kunskap kan leda till att arbetstagarna upplever svårigheter med att anta en hälsosam livsstil, eller hållas friska. Med personliga hälsoresurser på arbetsplatsen avses exempelvis en stödjande arbetsmiljö, de hälso- och sjukvårdstjänster som arbetsgivaren står för, information, resurser, möjligheter att påverka arbetet och flexibilitet. Genom dessa åtgärder kan arbetsgivaren motivera arbetstagarna till att förbättra eller bibehålla sunda personliga livsstilsvanor, samt att övervaka och stödja deras fysiska och psykiska hälsa. Exempel på personliga hälsoresursfrågor som kan uppkomma på arbetsplatsen är exempelvis en fysisk inaktivitet som beror på arbetstid, bristande flexibilitet gällande pauser i arbetet, tillåten rökning inom arbetsmiljön eller sömnproblem som påverkas av arbetsstress.

Företaget kan skapa eller upprätthålla en stödjande miljö och resurser i form av medicinska tjänster, information, utbildning, finansiellt stöd, goda faciliteter, politiskt stöd, flexibilitet eller PR-program för att möjliggöra och uppmuntra arbetstagarna att utveckla och behålla sunda livsstilsvanor. Detta kan göras t.ex. via finansiella stöd för motion och sport för arbetstagaren, genom att bjuda på hälsosamma alternativ i matsalen på en arbetsplats, eller genom att vara en rökfri arbetsplats.

(Burton 2010)

4.2.4 Företagets samhällsengagemang

Företag finns i samhällen, och därmed påverkar samt påverkas av dessa samhällen. Eftersom arbetstagarna i sin tur bor i dessa samhällen påverkas deras hälsa av samhällets fysiska och sociala miljö. Företagets samhällsengagemang omfattar alltså den verksamhet, expertis och andra resurser som ett företag bedriver eller tillhandahåller till det sociala och fysiska samhället, och kommer via detta att påverka arbetstagarnas och deras familjers fysiska och psykiska hälsa, säkerhet och välbefinnande. Detta gäller inte bara den närmaste lokala omgivningen, utan även mer globalt.

Exempel på samhällseliga frågor som påverkar arbetsplatsen är exempelvis dålig luftkvalitet, brist på expertis eller kunskap om hälsa eller säkerhet i området, bristande tillgång till primärvården för arbetstagare och deras familjer, och naturkatastrofer så som översvämningar och jordbävningar.

Företag kan öka sitt samhällsengagemang t.ex. via att erbjuda sjukvård åt arbetskraften (arbetshälsovård), stöda jämlikheten mellan könen, anlita arbetskraft med funktionsnedsättningar för att minska på antalet arbetslösa och inkludera dem i samhället, delta i välgörenhet inom regionen eller minska på utsläpp utöver det som krävs enligt lagarna.

Burton (2010) påminner dock läsaren om att denna stig ser väldigt olika ut beroende på var i världen man bor. Medan dessa risker och faror är stora och väldigt verkliga i utvecklingsländer (bl.a. på grund av de rådande politiska och rättsliga miljöerna) är de mindre i välutvecklade länder så som Finland. I ett högt utvecklat land med utmärkt nationell hälso-och sjukvård samt stark och välutvecklad lagstiftning kan de saker som ett

företag kan göra för att engagera sig i samhället vara mer diskreta och ha mindre omedelbara och uppenbara konsekvenser för samhället. I ett utvecklingsland där hälso-och sjukvård inte är tillgängligt eller arbetslagstiftningen inte verkställs kan verksamheten ett företag gör för samhället göra en värld av skillnad för livskvaliteten.

(Burton 2010)

4.2.5 Utvärdering och prioritering

För att kunna nå en förändring måste de fyra stigarnas innehåll och påverkan på arbetsplatsen utvärderas och behoven sedan prioriteras. Burton (2010) lyfter fram två huvudkategorier gällande denna utvärdering: (1) den nuvarande situationen för både företaget och arbetstagarna, och (2) de önskade framtida villkoren och resultaten för både företaget och arbetstagarna. Den nuvarande situationen kan utvärderas på ett flertal olika sätt, beroende på storleken av företaget/organisationen, men kan t.ex. handla om basdata gällande arbetsplatsen och dess arbetskraft (demografisk data, sjukfrånvaro, arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar, företagets omsättning osv.), data gällande produktivitet, olika riskutvärderingar som gjorts samt en överblick över den praxis och den politik arbetsgemenskapen följer. Likaså rekommenderar Burton (2010) att man utför en hälsoenkät i relation till arbetet, som tar fasta på de fyra stigarna. Den önskade framtiden för företaget kan utvärderas t.ex. genom benchmarking, forskning och utredning av god praxis inom branschen, samt genom att intervjua arbetskraften.

Efter att utvärderingen gjorts bör resultaten rangordnas enligt prioritetsklass. Innan man försöker sätta upp prioriteringar är det dock klokt att diskutera och enas om de kriterier som skall användas för att fatta beslut om prioriteringar. Hur kommer ett beslut att fattas om vilket som är viktigare, om de exempelvis gäller att antingen ge andningsskydd för arbetare som gör sandblästring, eller eliminera rasistiska trakasserier på arbetsplatsen? När man fattar dessa beslut finns det enligt Burton (2010) två viktiga saker att ta hänsyn till: yttranden och preferenser inom arbetsgemenskapen (inklusive chefer, arbetstagare och deras företrädare) samt positionen på Maslow's hierarki av behov.



Figur 3: Maslow's behovshierarki. (Maslow, 1943)

I Abraham Maslows behovspyramid utgörs pyramidens botten av fysiska behov, följt av trygghetsbehov, sociala behov, självhävdebehov samt behov av självförverkligande. Basen av pyramiden utgörs naturligtvis av mer brådskande behov, och bör prioriteras före det som ligger närmare toppen av pyramiden. Funderar man på exemplet innan – att andas in farliga substanser i arbetet dödar arbetskraften snabbare än rasistiska trakasserier, även om ingendera är hälsofrämjande. (Burton 2010; Maslow 1943)

Efter utvärderingen och prioriteringen bör företaget göra upp en hälsoplan för att främja hälsan och minimera risker på arbetsplatsen, samt utvärdera planen åter igen efter en viss tidsperiod. (Burton 2010)

5 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BESKRIVNING AV ARBETSPROCESSEN

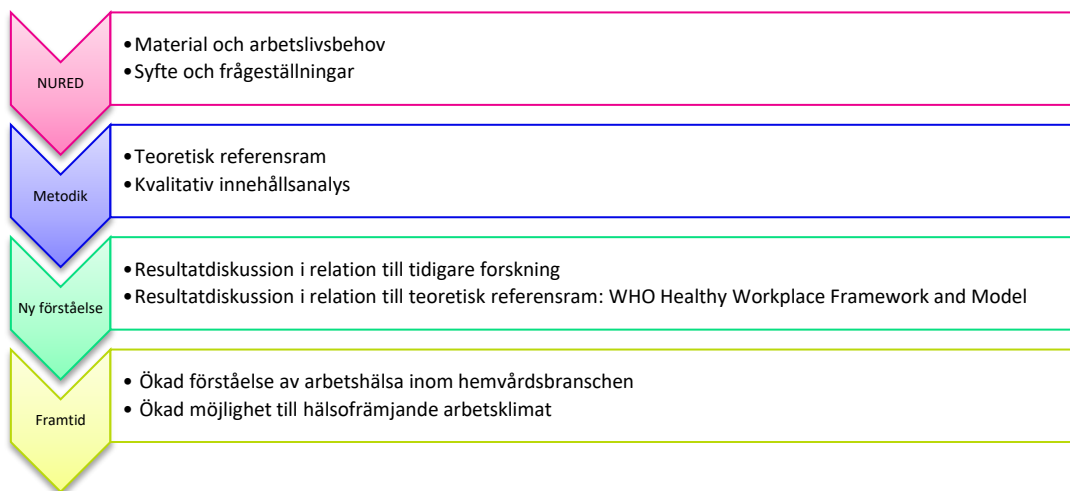
För att öka hälsofrämjandet på arbetsplatser, i NUREDs fall inom hemvården, måste vi först förstå hur personalen upplever sin arbetshälsa och sitt arbetsvälmående. För detta mastersarbete har fokus satts på cheferna inom hemvården. Därför är syftet med detta mastersarbete att utreda upplevelsen av vilka faktorer som är viktiga för arbetshälsan och arbetsvälmåendet för cheferna inom hemvården i Finland. Vidare utreds hur denna kunskap kan bidra till en mer hälsofrämjande arbetsplats.

Därmed vägleds arbetet av två centrala frågeställningar:

1. Vilka faktorer upplever cheferna inom hemvården att bidrar till deras egna arbetshälsa och arbetsvälmående?
2. Hur kan denna information utnyttjas till att skapa en mer hälsofrämjande arbetsplats för chefer inom hemvården?

För att klargöra syftet med detta mastersarbete har vissa avgränsningar gjorts. Detta arbete bygger endast på de fokusgruppintervjuer som gjorts inom NURED-projektet i Finland, och tar inte i beaktande möjliga intervjuer som gjorts i partnerländer där både arbetsförhållanden och kulturella faktorer ser annorlunda ut. Fokuseringen och synpunkten härstammar från intervjuerna: resultaten tolkas från hemvårdschefernas perspektiv i relation till deras egen arbetshälsa, inte i relation till deras egna ledarskap dvs. arbetshälsan hos deras medarbetare, eller i relation till ledarskap som ett fenomen. Också andra möjliga teman som diskuterats i fokusgrupperna men inte tangerar mastersarbetets tema bortses.

Arbetsprocessen för detta mastersarbete beskrivs nedan i Figur 4. Processen började med ett arbetslivsbehov och tidigare insamlat material från NURED-projektet, på basen av vilka skribenten begick diskussioner med projektets forskare och projektledare för att fastställa vilket material skribenten ska fördjupa sig i för att bäst gynna projektet. Via denna process formades en rubrik, ett syfte och relevanta frågeställningar. Efter detta skedde valet av metoden, samt den teoretiska referensramen för att bäst kunna besvara och belysa frågeställningarna. På basen av resultatdiskussionen i relation till tidigare forskning och referensramen kommer ny förståelse att nås, som i framtiden kan hjälpa bidra till ökad arbetshälsa och ökad förståelse för hur hälsofrämjande arbetsplatser kan nås inom hemvården i Finland.



Figur 4: Beskrivning av studiedesign och arbetsprocess

6 METOD

För denna kvalitativa studie beskrivs härnäst metod, datainsamling, analysprocessen och tolkningen, samt etiska överväganden gällande processen.

6.1 Abduktiv ansats, innehållsanalys och datainsamling

Fejes och Thornberg skriver i sin utgåva ”Handbok i kvalitativ analys” (2012) att enligt Bogdan och Biklen (2007) kan dataanalys i kvalitativ forskning definieras som en process under vilken forskaren systematiskt undersöker och arrangerar sitt datamaterial, för att till slut komma fram till ett resultat. Utmaningen med kvalitativ analys är dock att skapa mening ur en stor mängd data, konstaterade Patton (2002), där man bör skilja mellan det betydelsefulla och det triviala, samt identifierar betydelsefulla mönster. (se Fejes & Thornberg 2012 s. 32)

Den övergripande ansatsen för detta mastersarbete inom kvalitativ forskning, för vilken skribenten fått tillgång till färdigt transkriberade fokusgruppintervjuer, är abduktiv. I en abduktiv ansats pendlar forskaren enligt Patton (2002) mellan deduktion och induktion, utan att fullt anamma någon av dessa två logiker. En abduktiv ansats kunde exempelvis liknas vid ett detektivarbete: forskaren resonerar och drar slutsatser via en ständig växelverkan mellan deduktion och induktion, där allmänna principer och enskilda fall prövas mot varandra. (se Fejes & Thornberg 2012 s. 24-25)

I en abduktiv ansats kan analysen av empirin *”t.ex. mycket väl kombineras med, eller föregripas av, studier av tidigare teori i litteraturen: inte som mekanisk applicering på enskilda fall, utan som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse”* konstaterar Alvesson & Sköldbberg (2008, se Fejes & Thornberg 2012 s. 25).

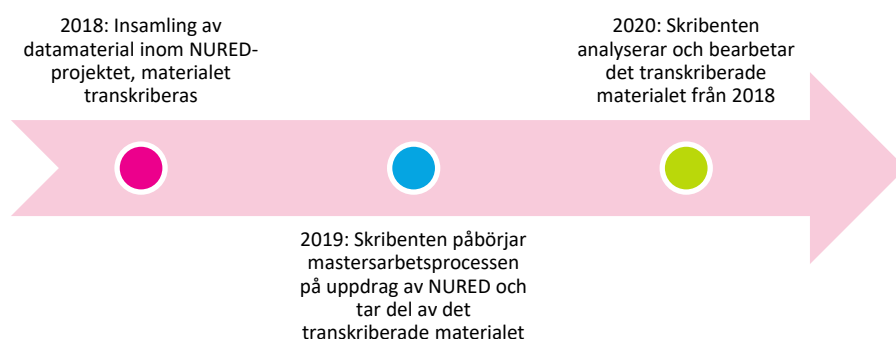
Själva analysen av intervjumaterialet görs därmed först som en induktiv innehållsanalys eftersom den lämpar sig väl då svar till forskningsfrågor söks från en intervju. En induktiv forskningsansats låter materialet styra tematiseringen versus en deduktiv ansats, där kategorierna redan är förbestämda (Jacobsen, 2012). Den deduktiva fasen av analysen för detta mastersarbete görs då resultaten tolkas mot den teoretiska referensramen, dvs. aspekten av de fyra stigarna av influens för en hälsofrämjande på arbetsplats enligt Burton (2010). Enligt Jacobsen (2012) är också all innehållsanalys dessutom hermeneutisk, då man växlar mellan analys av enskilda element och analys av helheten. Detta närmelsesätt anser skribenten att passar väl för analys från ett hälsofrämjande perspektiv, där hälsa ses om ett helhetstillstånd, men desto mer in på djupet av hermeneutik kommer inte detta mastersarbete att gå in på.

En innehållsanalys på ett insamlat material går ut på att först förenkla och kondensera data genom tematisering, då man även skapar överskådlighet. I andra omgången berikar man samma data genom kategorisering, dvs. placerar in teman i ett större sammanhang. Slutligen tolkas dessa i relation till den valda referensramen. (Jacobsen, 2012)

Materialet som kommer att analyseras är samlat in via fokusgruppsintervjuer som gjorts inom ramerna av NURED-projektet år 2018. Gruppintervjuer lämpar sig då temat är begränsat och man vill veta varför människor är av en viss åsikt (Jacobsen, 2012). En kvalitativ intervju är speciellt väl lämpad för att ge insikt om informantens tankar, känslor och egna erfarenheter (Dalen, 2008). Dalen menar att intervjuer i allmänhet kan användas som huvudmetod då man samlar in kunskap, men kan också användas som hjälpmetod för att komplettera annat insamlat material - så som i NURED-projektet. Den mest använda formen är en semistrukturerad eller delvis strukturerad intervju: i sådana intervjuer är samtalet inriktat på bestämda ämnen som forskaren har valt i förväg (Dalen, 2008), så även gällande detta material.

En intervjuguide, som behövs för att styra intervjutillfället, innehåller centrala teman och frågor som tillsammans täcker de viktigaste områden för studien (Dalen, 2008). För insamlingen av detta material skapades inom NURED-projektet en intervjuguide som baserades på verket *"Focus groups. A Practical Guide for Applied Research"* av Krueger et.al (2014). Intervjuguiden finns till påseende som bilaga 3.

Intervjuerna utfördes av doktorand Anu Grönlund, som fungerade som forskare inom NURED-projektet i Finland, 27.2.2018 (n=5), 28.3.2018 (n=3) och 5.6.2018 (n=3) bland chefer i svenskspråkiga hemvårdsenheter inom Helsingfors, Borgå och Raseborg i Finland (n= totalt 11, varav 10 kvinnor och 1 man). Avgränsningen gällande svenskspråkiga enheter hade sitt ursprung redan tidigare under projektets gång, då en svenskspråkig kvantitativ enkät utfördes 2017 och dessa intervjuer utfördes för att kunna fördjupa den kunskapen projektet fick via den kvantitativa enkäten. Två av intervjuerna begicks på svenska, medan en gjordes på finska eftersom en informant inte talade väldigt stark svenska. Totala längden på det färdigt transkriberade materialet som skribenten fått tillgång till år 2019 är 38 sidor. Arbetserfarenheten inom hemvården bland deltagande chefer varierade mellan ca. 2 år till >20 år, och de flesta jobbade fortfarande även själv ännu som sjukskötare/hälsovårdare i hemvården vid sidan om chefsarbetet. Deltagarna angav olika titlar i ledande position inom hemvårdaren så som team/gruppledare, handledare, vikarierande förman, förman, arbetsfördelare, enhetschef samt områdesansvarig. Alla deltagarna svarade inte på demografiska frågan om ålder, men de som svarade var mellan åldrarna 35-59.



Figur 5: Visuellt tidslinje över sambandet mellan insamlat datamaterial i NURED-projektet och skribentens roll

6.2 Analysprocess och tolkning

I enlighet med Jacobsen (2012) har analysen påbörjats genom att noggrant ta del av data. I detta fall har alltså skribenten bekantat sig ingående med det transkriberade intervju-materialet. Själva analysprocessen började med att plocka fram meningsfulla enheter från intervjuerna, som sedan grupperades enligt tema. För att kunna se helheter placerades dessa teman sedan i större sammanhang genom att skapa olika kategorier. Efter denna kategorisering återgick skribenten till den teoretiska referensramen och forskningsfrågorna, för att vara säker på att besvara vad som efterfrågades. På basen av detta tolkades och placerades till näst de olika kategorierna under den stig inom den teoretiska referensramen där de platsade bäst. Därefter benämndes kategorierna *överkategori*, och teman *underkategori*, för att få en bättre förståelse och lättare kunna placera dem i sammanhang sinsemellan inom den teoretiska referensramen.

Nedan, i tabell 1, ges ett exempel på hur analysprocessen gjordes. Exemplet i fråga berör ”personliga hälsoresurser”. dvs. stig 3 i teoretiska referensramen. Inom denna stig formades, efter tematisering på basen av meningsenheter från data, överkategorierna **handlingar** och **mentalitet**, med respektive underkategorier som härstammar från tematiseringen.

Meningsenhet från data	Underkategori	Överkategori
<i>Att mår man bra i sitt andra liv, inte bara i sitt yrkesliv så tror jag också att man mår bra på jobbet.</i> <i>att det är balans mellan privata och arbetet. Har du ett bra privatliv och kan liksom, du njuter av det, så orkar du nog.</i> <i>että just pitää itsestään huolta vapaa-ajallaan myös, joka vaikuttaa siihen että jaksaa ja on... että se vapaa-aika on tärkeä jokaiselle, sekä esimiehelle että työntekijälle.</i> <i>det att man i privatlivet också rör på sig, du ska nog ha ganska bra fysik för att vara i hemvården.</i> <i>Men att man kan inte bara vara soffliggare och sen vara framgångsrik och bra i arbetet, det tror jag inte tyvärr</i>	Se över en balans mellan fritid och arbete Hälsosamma levnadsvanor	PERSONLIGA HÄLSOHANDLINGAR

<p><i>jag är liksom viktigt, att, det var ju nån som nån gång har sagt att jag har en sån där, att jag vrider på det där smilet när jag öppnar arbetsdörren</i></p> <p><i>Nå jag säger nu det där positiva. Positiv, att man är positiv, den där positiva atmosfären och en sån där liksom, inte nån tung atmosfär, det klarar jag inte av.</i></p> <p><i>Inte är det i onödan som det sägs att människan är ett flockdjur. Det smittar. Vi borde börja smitta med den där positiva..</i></p>		
---	--	--

Tabell 1: Exempel: analysprocessen för kategorin "personliga hälsoresurser"

6.3 Etiska överväganden

Detta mastersarbete skrivs i enlighet med Arcadas riktlinjer för *God vetenskaplig praxis inom utbildning och forskning*, som baserar sig på Forskningsetiska Delegationens riktlinjer för *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland* från 2012. Detta innebär att skribenten iakttar ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökningen, dokumenteringen och presentationen av resultat. Varken plagiering, förfalskning, försummelse eller användning av icke tillåtna hjälpmedel sker under arbetsprocessen. De etiska aspekterna inom det egna yrkesområdet tas också noga i beaktande. (Arcada, 2019; Forskningsetiska delegationen, 2012)

Enligt Jacobsen (2012) och vad som står centralt också i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 1964) finns det tre grundläggande, forskningsetiska krav:

- 1) informerat samtycke
- 2) krav på skydd av privatliv
- 3) krav på att bli korrekt återgiven

NURED-projektet har framskridit enligt dessa principer, och fått etiskt lov inom Finland av *Etiska kommittén för humanvetenskaper vid huvudstadsregionens yrkeshögskolor* 6.7.2017, samt forskningslov från de kommuner som deltog i projektet. För detta mastersarbete har inga vidare lov ansökts, eftersom ingen vidare data samlas in. Informanterna i intervjuerna som används som material för detta mastersarbete har skriftligt gett informerat samtycke till sitt deltagande.

När det gäller informanter är etiska överväganden gällande igenkänning viktiga. Konfidentialitet (versus anonymitet) inom forskning innebär att det i praktiken kan vara möjligt att identifiera enskilda personen, men forskaren som genomför undersökningen garanterar att personuppgifter inte sprids medan man även garanterar att förhindra att utomstående kan identifiera enskilda individer i resultatpresentation. Risken att identifiera personer är större ju mindre urval man har och speciellt i kvalitativ forskning där man ofta använder sig av få undersökningsobjekt. (Jacobsen, 2012)

Att fullständigt återge ett insamlat data är svårt, men ett ideal att sträva efter. Insamlad data ska presenteras på ett fullständigt sätt, samt placeras i korrekt sammanhang då man önskar att ett visst resultat skall bli begripligt. Korrekt presentation av data innebär även att man inte ska förfalska data eller resultat. I enlighet med Jacobsen kommer all data som presenteras att presenterats på ett fullständigt sätt, utan att försöka ta dem ur sitt sammanhang för att argumentera för något som de som undersökts ursprungligen inte har avsett. (Forskningsetiska delegationen, 2012; Jacobsen, 2012)

7 RESULTAT

Resultaten från den induktiva innehållsanalysen kommer att i detta kapitel presenteras både i löpande text samt i figurer och tabeller. Vidare placeras resultaten in i rätt kontext för detta arbete, dvs. i förhållande till den teoretiska referensramen som utgörs av modellen för en hälsosam arbetsplats som Burton (2010) sammanställde för WHO. Resultatskildringen är uppdelad enligt de två forskningsfrågorna:

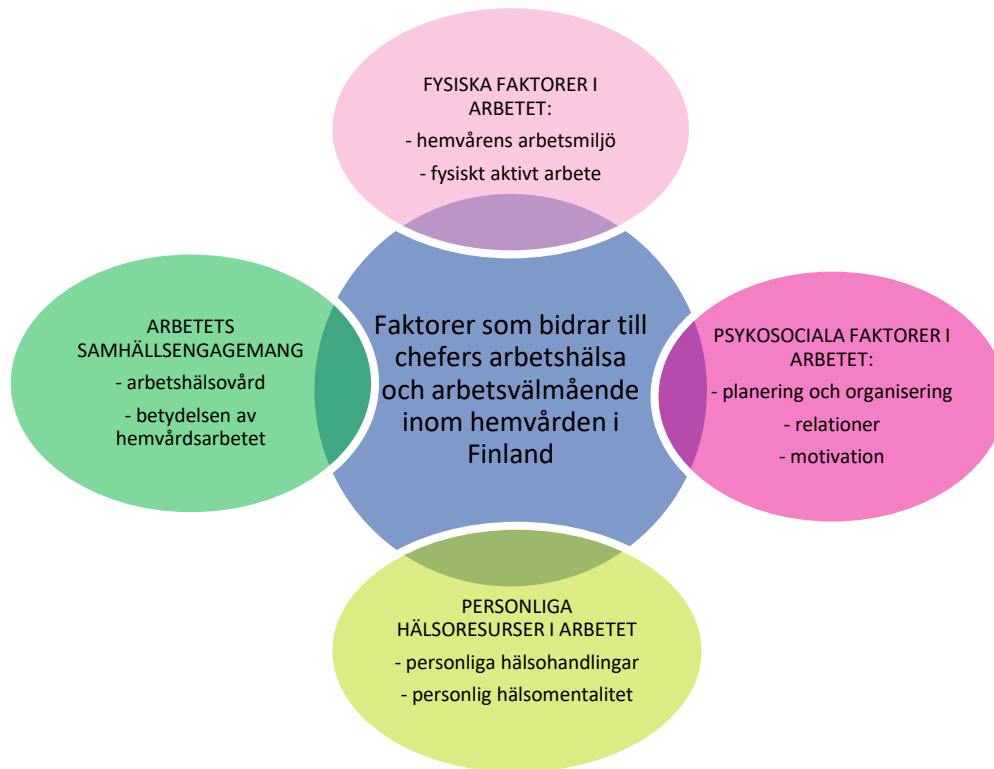
1. Vilka faktorer upplever cheferna inom hemvården att bidrar till deras egna arbetshälsa och arbetsvälmående?
2. Hur kan denna information utnyttjas till att skapa en mer hälsofrämjande arbetsplats för chefer inom hemvården?

Likaså uppstod från materialet behovet för en ytterligare kategorisering av faktorer som speciellt belastar arbetshälsan och arbetsvälmåendet bland cheferna inom hemvården. Även om dessa inte specifikt frågades efter i frågeställningarna bör de inte förbises i resultatskildringen.

7.1 Faktorer som bidrar till chefernas arbetshälsa inom hemvården

I analysprocessen formades till slut sammanlagt 7 överkategorier som innehåller faktorer som bidrar till chefernas hälsa inom hemvården i Finland: fysiska faktorer (hemvårdens arbetsmiljö, fysisk aktivitet under arbetsdagen), personliga hälsotagningar (hälsosamma levnadsvanor, balans mellan arbete och fritid), personlig hälsomentaltet (det egna förhållningssättet, attityd och inställning, positivitet), planering & organisering (ledarskap och handledning, klara förväntningar, arbetets flyt), relationer inom arbetet (arbetskamrater och kolleger, kommunikation och öppenhet, samarbete och stöd), motiverande faktorer (att hjälpa andra, utmaningar, utveckling, feedback), arbetshälsovård samt betydelsen av hemvårdsarbetet.

För att svara på forskningsfråga 1 i enlighet med den teoretiska referensramen av Burton (2010) placerades dessa överkategorier inne under rätt stig av influens: den fysiska arbetsmiljön (fysiska faktorer), den psyko-sociala arbetsmiljön (planering och organisering, relationer, motiverande faktorer), personliga hälsoresurser på arbetsplatsen (personliga hälsotagningar, personlig hälsomentaltet), företagets samhällsengagemang (arbetshälsovård, betydelse av hemvårdsarbetet). Härnäst kommer resultaten att presenteras stig för stig, där underkategorierna stöds upp av citat från de transkriberade intervjuerna. Som också Burton (2010) nämner går en del av kategorierna in i varandra, och en del av faktorerna kunde därför väl platsa under flera stigar som t.ex. balansen mellan arbete och fritid. För klarhetens skull har skribenten ändå valt att placera en överkategori under den stig där den hör hemma bäst.



Figur 6: Faktorer som bidrar till hemvårdscheferas upplevelse arbetshälsa och arbetsvälmående i enlighet med Burton 2010

7.1.1 Fysiska faktorer i arbetet

Vad söm gäller den första stigen, dvs. fysiska faktorer i arbetet som kan komma att påverka hälsa och välmående enligt Burton (2010), diskuterades detta tema rätt så ytligt av informanterna – troligen för att deras chefsuppdrag gör att de mer fokuserade på arbete som chef och inte arbetet ute på fältet, som de flesta ändå gjorde vid sidan om chefsarbetet. Det som dock lyftes speciellt starkt fram gällande arbetsmiljön var den form av frihet, ro och variation som hemvårdsarbetets miljö ger:

”Att inte vara instängd på en avdelning”

”Samma här, att man inte är på samma ställe hela tiden utan får röra på sig. Variationen.”

”Jo, det är en klient i taget. Och när du förflyttar dig från en klient till en annan så hinner du planera men på avdelning så hinner du inte då klockan ringer.”

Det ansågs alltså som något positivt att få röra på sig och fysiskt flytta sig från en klients hem till en annans, jämfört med att arbeta på en mer traditionell sjukhusavdelning där man arbetar och rör sig inom samma lokal hela arbetsskiftet. Likaså lämnar förflyttningen

tid för planering av arbetet, vilket kan ses som en psykosocial bifaktor av den fysiska miljön. Dessutom bidrar den fysiska arbetsmiljön till att man det faktiskt får ro att koncentrera sig på en klient i taget.

När informanterna frågades specifikt om vad som bidrar till välbefinnande i arbetet svarade informanterna följande gällande fysisk aktivitet i arbetet:

”Fysiken såklart, att man rör på sig. Det stämmer nog, det stöder också.”

”Men det att man i privatlivet också rör på sig, du ska nog ha ganska bra fysik för att orka i hemvården. Inte orkar man annars. Jag skulle inte orka. Det kan nog vara ganska många trappor som man måste upp ibland.”

”Och en fördel är ju nog att man får frisk luft mellan besöken! Vardagsmotion, nyttmotion.”

Det framstår alltså från informanternas kommentarer att man behöver ha en bra fysisk kondition för att klara av hemvårdsarbetet, bl.a. på grund av förflyttningarna mellan klienterna. Likaså bidrar den fysiska förflyttningen med motion och frisk luft till arbetshälsan och arbetsvälmåendet.

”...det krävs lite kondition och ork, liksom fysisk ork att klara det här jobbet, och det bidrar till att man orkar fokusera när man har lite kondis och kanske man har lite stresshanteringsförmåga också?”

7.1.2 Psykosociala faktorer i arbetet

För den andra stigen i Burtons (2010) modell för en hälsosam arbetsplats formades tre överkategorier: planering och organisering, relationer inom arbetet, samt motiverande faktorer.

Planering och organisering

Under överkategorin planering och organisering placerades följande underkategorier: ledarskap och handledning, klara förväntningar samt arbetets flyt.

Betydelsen av planering och organisering av arbetet, både som chef inom hemvården men även för de hemvårdare som arbetar på fältet togs upp ett flertal gånger under intervjuerna. Överlag kommenterade informanterna på följande vis gällande *planering och organisering* av arbetet:

”Ett välplanerat arbete. Att det är från morgonen ända välplanerat så får man det att löpa. Åtminstone så tycker jag att i vård i hemmet så måste man ha det ganska planerat för att få det att löpa. Man ska ha alla saker med och du ska ha dittan och dattan och du ska...”

”...men det är liksom... organiserat och jag vet att jag har allt i en lista att jag vet att det här ska jag göra idag, och sen om det inte blir så flyttar jag det till följande dag.”

”Och planeringen likaså förstås men att till den där planeringen hör ju att det ska finnas i system med handledning, och hur är vi säkra på att dom kan. Att dom har förutsättningar att klara av sitt jobb.”

”Så har det sen kommit just nåt sånt här att hej, nu blir det förändringar! Ja, då har man fått igen sådär att ”nu måste jag börja planera”. Så det är nog det som är att... det har varit hela tiden nytt och spännande och såhär. Så det är kanske därför man ännu är kvar.”

Delvis var planeringen och organiseringen av arbetet alltså något som cheferna själv åstadkom för att möjliggöra goda arbetsrutiner och god handledning för de anställda, men också något som hänvisade till hur chefernas eget arbete var handlett, planerat och organiserat av deras övermän.

Informanterna var ense om att det att de själva få rta del av *ledarskap och handledning* är en stor del av arbetshälsa och arbetsvälmående, bl.a. genom att uttrycka sig såhär:

”Och det andra är ju kanske också stödet från min förman och högre upp att man har möjlighet att påverka och kommunicera och...”

”Och sen har jag ännu det till att förmannen är ju viktig sen. Att den ska kunna säga att såhär är det nu. Och vad gör jag för att få stöd från förmannen, annars skulle man ju inte orka, det är ju helt klart.”

”Och så tycker jag det är kul när min chef ringer och frågar hur det går och att jag får också feedback på hur jag sköter jobbet, och sen på det viset vet jag sen om jag gör nånting fel eller ska jag ändra på nånting eller, det är också, annars så vet man ju inte hur man sköter sitt jobb, om man inte får feedback, så det brukar jag alltid fråga på utvecklingssamtal.”

Att cheferna inom hemvården får kommunicera med sina egna chefer framstod alltså som en väldigt viktig faktor, som både möjliggör stöd och handledning gällande det egna arbetet samt gav möjlighet att få feedback gällande det egna arbetet. Likaså kände cheferna inom hemvården behovet att själv få vara delaktiga i beslut som görs:

”Jag säger såhär att det som jag vet med mig själv ganska bra i dagens läge och att jag vill vara delaktig i dom beslut som görs på min enhet, alltså såhär. Lika så förstår jag att var och en av områdesansvariga, teamledaren och vart vi sen än far som har någon slags organiseringsansvar så vill var och en bli sedda och vara delaktiga i den beslutsprocessen som då förs där på fältet. Och det vet inte jag om jag sen lyckas eller inte, men jag har märkt att jag har hemskt svårt om jag inte själv uppåt får vara delaktig i det här.”

”Att det sker över huvudet någonting som jag ska svara på i framtiden, är det nu sen pengar eller principer eller vad det än är, så det skulle jag inte vilja sätta någon annan ut för. Jag tror att det kan vara en ganska stor grej.”

Vidare framstod det som viktigt gällande ledarskap och handledning för cheferna inom hemvården att själva kunna hålla kvar yrkeskunskapen som sjukskötare/hälsovårdare

samt känna till arbetet på fältet, för att lättare kunna handleda och leda de anställda. En informant kommenterade fenomenet såhär:

”Och på sidan om har jag gjort lite sjukskötararbete också, så det är sånt där smått. Att ändå hålla lite den där känslan ditåt också, för att när man ska leda sjukskötare och närvårdare så vet man vad som händer på fältet. Så det har jag tyckt om också.”

Gällande *klara förväntningar på arbetet* lyftes speciellt vikten av klara mål och arbetets strukturer fram i intervjuerna. Cheferna var ense om att målsättningar är viktiga för deras arbete med tanke på deras arbetshälsa och arbetsvälmående, eftersom det tydliggjorde vad som förväntades av dem och deras hemvårdsenhet. Såhär beskrev en informant vad klara förväntningar och strukturer betyder för hen:

”Och jag tycker om att jobba på det sättet, att jag vill ha att okej, det här ska göras och till vilken tid och inte vara att nå, jag gör nu nånting här lite. Väldigt strukturerat, jo så det är liksom, det har jag märkt, att om det blir för mycket så där liksom att ingen vet nånting och du får inte svar nånstans ifrån så börjar jag känna liksom sån där, jag får stress av sånt.”

Arbetets flyt hänvisar i dessa analysresultat till en situation där arbetet lyckas väl och smidigt, och alla förutsättningar i arbetet är goda för att detta skall ske. För cheferna inom hemvården verkade detta betyda att de kunde koncentrera sig på sina arbetsuppgifter, istället för att t.ex. ringa och försöka få in vikarier jämt för personal som var sjukledig. Då minskade stressen, och cheferna kände att de fick ro att se till deras arbetsuppgifter på ett annat sätt.

”För då kan jag fokusera på annat än att släcka bränder. Om det löper och finns förutsättningar för att göra ett gott jobb.”

”Det är lugnare. Det är inte sånt där hössel, utan det är liksom, alla vet ungefär vad som ska göras.”

Informanterna funderade i intervjuerna även på att man inte ens alltid tänker på att arbetet flyter på bra – man märker mer av då det inte fungerar bra, som en informant beskrev det:

”Det är kanske mer så, som du säger att man märker inte det där när det funkar, det är ju mer det som man utsätts för när dom inte mår bra. det är det som syns och det som man hamnar jobba massor med. Men man märker inte det alltid då när allt löper smidigt, så då antar man ju att folk mår bra.”

Som motsatsen till arbetets flyt för cheferna i hemvården kunde på basen av det insamlade materialet ses den situation där arbetet försvåras av bl.a. sjukfrånvaron bland de anställda, vilket tas närmare upp i del 7.2 av denna resultatbeskrivning.

Relationer inom arbetet

Överkategori relationer inom arbetet utgörs av flöjande underkategorier: arbetskamrater och kolleger, kommunikation och öppenhet, samt samarbete och stöd.

När informanterna frågades om varför de överlag valt att arbeta som chefer inom just hemvården lyftes *arbetskamraterna och kollegerna* väldigt starkt fram, samt överlag den sociala aspekten av hemvårdsarbetet. Att få komma till en arbetsplats med trevliga kolleger och sociala kontakter ansågs som glädjeggivande, vilket i sin tur kan ses ha en inverkan på arbetsvälmåendet och arbetshälsan. Likaså var arbetskamraterna och personalen till och med en orsak för någon att stanna kvar i arbetet, som det första citatet nedan tyder på:

”Intervjuare: Vad är sånt som gör att man väljer att stanna fast man har dom där sakerna som gör en galen? Informant: Det var svårt. Personalen. Arbetskamraterna.”

”No kyllä se varmast on tämä sosiaalisuus. Itse olen sosiaalinen ihminen ja tässä ollaan ihmisten kanssa tekemisissä. Mä väitän kyllä että se on se tärkein mun kohdalla.”

”Det är kul att komma på jobb när man har en kollega som man kan samarbeta med. Och samma funderingar, kan sitta ner och prata om saker och ting.”

Att ha en personal man trivs med sågs som en väldigt positiv aspekt av arbetet, vilket i sin tur kan ses som en hälsofrämjande del av arbetet. Likaså nämnde en informant det som en fördel att personalen och klienterna också varierar med tiden:

”Att personalen och klienterna byts ut och.... det är nog en helhet av både arbetskompisarna när du har stöd av dom men sen även klienterna i sig så... det är annorlunda att jobba där hemma. Och just den där variationen. Det går tillbaka till det att om du är på en avdelning så kanske du har dina 15 stycken som du alla skift ser, men i hemvården är det så många olika människor och det är roligt tycker jag.”

Personalen överlag verkar alltså ha en stor inverkan på hur man trivs och mår inom sitt arbete i hemvården. Speciellt stämningen och atmosfären på arbetsplatsen ansågs hänga ihop med att komma överens och trivas med sina arbetskamrater och kolleger, samt stöda upp orken inför det krävande hemvårdsarbetet:

”Att om man kommer överens med sina kollegor så löper arbetet också mycket bättre. Man behöver inte sätta negativ energi på att vara irriterad eller arg på nån.”

”Sen kanske arbetsgemenskapen. Stämningen på arbetsplatsen påverkar ganska mycket.”

”Att när annars redan jobbet är ansträngande och utmanande och det är hela tiden liksom turbulens, så skulle de ju, det skulle bli nästan för mycket om det skulle dessutom vara dålig atmosfär.”

”Såna här vanliga grejer gör att jag mår bra, riktigt såna här vanlig liksom, vad ska man säga, civiliserat liksom förhållande”

I detta sammanhang känns det även lämpligt att ta upp det som informanterna sa om känslööverföring. De upplevde att personalens känslor smittar av sig – är en del stressade blir fler stressade. Därför önskade sig speciellt en informant att man fokuserar på att ”smitta av sig” mera av en positiv attityd, för en mer positiv atmosfär bland personalen.

”... det finns det som alltid stressar fast oberoende om det är mycket eller lite jobb, kommer in redan med den inställningen, att idag är det brått. Fast det inte kanske är det! Så då kanske det smittar av sig till dom andra. Och kanske man inte vet det klockan 7 att hur det blir. Men jag tror att det lätt smittar av sig om en har de inställningen.”

”Inte är det i onödan som det sägs att människan är ett flockdjur. Det smittar. Vi borde börja smitta med den där positiva.”

Informanterna lyfte också starkt fram betydelsen av personalens välmående med tanke på deras egna välmående som chefer i arbetet. Det diskuterades att man som förman både vill öka personalens välmående och hälsa i arbetet, men samtidigt påverkas även själv väldigt starkt av hur personalen mår. En informant lyfte till och med upp detta som den viktigaste faktorn med tanke på den egna arbetshälsan och arbetsvälmåendet som chef:

”Jag skulle nog säga att för mitt välmående som förman så är ju nog personalens välmående och speglar sig. Att är det mycket frånvaro, sjukfrånvaro så är det klart att det påverkar också mig.”

”...att för att jag ska må bra? Så då är det ju liksom den där personalen som ska må bra där, som du säger att det ska rulla på.”

”Jag skulle nog säga att personalens välmående är det som kanske påverkar mig mest, hur jag själv mår.”

Kommunikation framstod som en faktor i att relationer överlag fungerar som de ska på arbetsplatsen:

”Kommunikation! Också det man känner varandra, att man jobbar bra”

”Alltså då löper arbetet utan att man nästan inte behöver kommunicera med varann utan man vet... nästan läser tankarna...jo! Alltså det blir ju så till sist, att man vet bara att det löper. Jo, det kanske kräver att man känner varandra. Och vet också vad som förväntas av en.”

Via kommunikation ansåg informanterna att man alltså kan lära känna sina arbetskamrater och kolleger, samt har möjlighet att förmedla tankar och kunskap som leder till ett gott samspel. Det som ett flertal informanter speciellt lyfte fram gällande kommunikationens betydelse för relationerna i arbetet, som i sin tur påverkar arbetshälsan och arbetsvälmåendet, var *öppenhet*:

”Intervjuare: Miten ne vaikuttaa työhyvinvointiin sun mielestä? Informant: No nehän vaikuttaa ihan hirveästi. Täytyyhän sen olla sellainen avoin sen työyhteisön, että pystyy sanomaan kaikesta. Tai puhumaan kaikesta.”

”...jag är hemskt för en sån här öppen diskussion, att alla skulle kunna prata med varandra, för att det är en sak om det är arbete och inte personligheter, att om det kommer någo dåliga saker eller bra saker.”

”Nå i alla fall, jag tycker att öppenhet, det är liksom väldigt viktigt. Att åt båda hållen, personalen är öppen mot mig och jag mot dom och... inte smyga och gömma saker och såna saker”

Genom öppenhet möjliggörs en smidigare och ärligare kommunikation emellan personalen, som i sin tur kunde ses stärka arbetsgemenskapen genom ärlighet.

Vad beträffar *samarbete* i arbetet diskuterades det på flera olika nivåer i fokusgrupperna. Gällande arbetstagarna lyfte informanterna fram samarbetet samt dess relation till kommunikation när det gäller själva vårdarbetet ute i hemvården, där samarbetet och den kommunikation som går hand-i-hand med det till och med har att göra med patientsäkerhet:

”Och också det där samarbete mellan sjukskötare och närvårdare är jätteviktigt. Att man har den där kommunikationen också med dem. Och likaså sjukskötare-läkare pratar samma språk, så när jag säger att det är grande katastrof så vet läkaren att det är grande katastrof.”

Samarbetet kolleger emellan, dvs. samarbetet med de andra cheferna inom hemvården, nämndes speciellt ofta i fokusgrupperna. Den stöd och hjälp som en kollega i samma position kan ge ansågs som väldigt viktigt med tanke på att psykiskt orka med chefsarbetet.

”Sitten mä uskon tähän myös että meillä on aika hyvä se esimiesten kesken, semmoista yhteistyö ja tämä... henki on hyvä. Joo. Tunemme toisemme aika hyvin ja voidaan... paljon huumoria! Että sillä tavalla että viljellään aika ronskia huumoria toisillemme, mutta kaikki tietää että mikä se on. Mutta tietysti silloin pitää tuntea toisensa myös. Ja se semmoinen turvallinen olo, että on mun mielestä tässä esimiesporukassa myöskin, että voi ja... ei ole oikeastaan sellaista asiaa jota ei olisi kehdannut kysyä. Ja että tarvitsisi miettiä että en kehtaa kysyä keneltäkään tämmöistä kysymystä. Ja tietää sen, että apua saa. Se on myöskin... Ja ne kyllä kaikki vaikuttaa siihen omaan työhyvinvointiin.”

”Närkollegan är nog den viktigaste att man orkar på jobbet på det sättet. Att man kan prata ut med henne eller honom (...) Så det är jätteviktigt nog. Man kan ju inte tala om allting med personalen då, på samma sätt inte, inte kan man riktigt gärna ta det med sig hem heller inte, så det är nog det viktigaste.”

Cheferna inom hemvården verkar alltså ha ett stort behov av att få diskutera sitt arbete med kolleger för att få stöd och ett utlopp för tankar och känslor.

Motiverande faktorer i arbetet

Överkategorierna motiverande faktorer i arbetet utgörs av underkategorierna att hjälpa andra, utmaningar, utveckling, feedback.

Motiverande faktorer i arbetet verkade enligt intervjumaterialet vara väldigt starkt anknytna till bland annat viljan att stanna kvar i yrket, till att orka med sitt arbete samt till att vilja prestera även bättre. Viljan *att hjälpa andra* kom fram rätt så starkt i detta material både med tanke på personalen och med tanke på klienterna inom hemvården:

”Nå kanske det att man hjälper till att dom äldre kan bo hemma så länge som möjligt. ”

”Kyllähän ne on asiakkaat. Kyllä. Sen takia me ollaan täällä töissä, että kyllä se on meidän asiakkaat jotka motivoi. Tietysti henkilökunta tulee seuraavana sitten, mutta ihan ykkös... on kyllä asiakkaat.”

”Nå, personalen. Det är liksom alltid, hur man får dom att fungera och hur man ska få det lättare för dem. Och så att dom trivs och... det är en sån där grej som dom vet också om, att jag är väldigt noga också med. Att dom måste tycka att det är kul att komma på jobb.”

Vidare framstod *utmaningar* i detta material främst som något positivt och en drivande kraft för cheferna inom hemvården. De beskrevs som något som gör arbetet varierande via nya utmaningar varje dag, och något som kräver självständighet och mod. Utmaningar går också starkt hand-i-hand med målsättningar och klara förväntningar på arbetet – cheferna inom hemvården vill ha någonting att sträva efter och jobba för.

”Tässä todellakaan ei ole samanlaisia päiviä, on rauhallisia päiviä, sitten on kun puhelin soi ihan taukoamatta,”

”Jag är ganska inriktad på målsättningar på det sättet att det motiverar mig att nå eller har redan.”

”Att jag vill ha nånting, så att jag har nånting att sträva efter.”

Också *utveckling* framstod som en motiverande faktor. Informanterna i alla intervjuerna nämnde att olika utvecklingsarbeten och utvecklingsprojekt förekommer rätt så ofta inom hemvården, och dessa diskuterades inte genomgående i enbart en positiv ton, men den

positiva aspekten av dem var att de ofta kan leda till bättre arbetssätt. Likaså kräver utveckling också hela personalens insats, inte enbart chefernas:

”Jag kan tänka mig att den här motivationen är mer sånt här utvecklande. Att jag, jag tycker om att utveckla och organisera och kanske blir lite nervös och otålig om det inte går liksom att... *skratt* att, om det inte går att ordna sen.”

”så tar jag det vidare och så försöker vi tillsammans och det kommer ju såklart negativ feedback ganska ofta för det är en förändring, men sen försöka motivera att vi ska nog försöka, att det blir liksom bra”

Speciellt motiverande inom utveckling verkade vara utvecklandet av personalens hälsa och välbefinnande. En hemvårdsenhet hade redan påbörjat hälsofrämjande utvecklingsarbete tillsammans med personalen, vilket hen verkade väldigt motiverad och nöjd över:

”Mä sanoisin, että se on tämä kehitystyö mitä koko ajan mietitään ettei olisi liian kovia listoja esimerkiksi, että kehitetään työtämme koko ajan että... joka vaikuttaa siihen työhyvinvointiin ja sitten henkilökunnan mukaanotto siihen että se ei tule ylhäältä vaan se henkilökunta on mukana kehittämässä sitä. Että sehän on mun mielestä tosi hieno juttu XX kunnassa että mehän ollaan järjestetty neljä eri kertaa missä koko henkilökunta on saanut olla mukana vaikuttamassa näihin asioihin”

Den sista underkategorin, *feedback*, handlar både om att man i enheten får tack för arbetet från klienterna, men även som chef från personalen eller från sin egen överman. Överlag ansågs det tack som kommer från klienter som en stor motivator, eftersom det påvisar att arbetet i sin helhet och sin övergripande målsättning, dvs. att hjälpa klienterna, har lyckats. Sådär funderade två informanter:

”Förstås, till oss kommer det som förmån från kunder eller anhöriga något tack eller att vidarebefordra något tack till personalen, det kommer väldigt sällan dom ringer ju oftast direkt till personalen eller säger direkt åt dem, men alltid då och då kommer det nånting sånt i alla fall. Det är alltid roligt att föra det vidare. Att vi har lyckats.”

”Nå nog blir man ju motiverad också när man får positiv feedback av klienterna, det där tacket.”

Det framstod ur intervjuerna att cheferna inom hemvården försökte göra sig själva öppna för feedback och ibland även rent ut begärde feedback av personalen och sin överman, för att kunna följa med hur de själva lyckas och hur de kunde förbättra sin prestation

”och att jag får också feedback på hur jag sköter jobbet, och sen på det viset vet jag sen om jag gör nånting fel eller ska jag ändra på nånting”

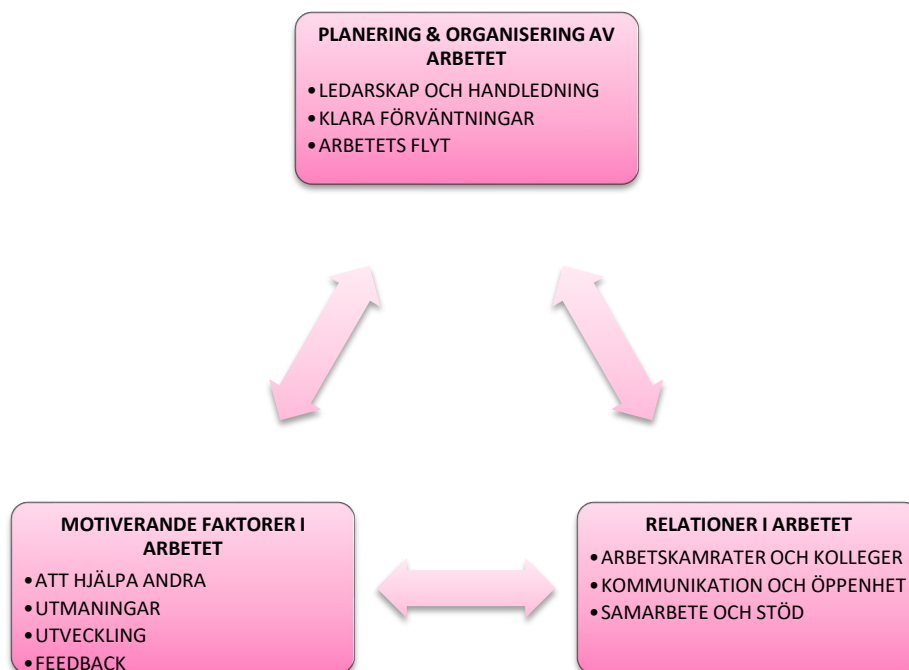
”samtidigt som jag står och vill ge och begär feedback också. Att det är också en sån här, jag tycker om att det ska vara en ganska... så att säga reilu peli.”

Likaså var god feedback från personalen ett sätt att följa med hur väl arbetet flyter på. En informant beskrev, att då allting rullar på som det ska kan feedbacken komma. Denna

informant nämnde dock att sådan feedback kommer rätt så sällan, och man kan tänka sig tolka mellan raderna att sådan feedback skulle vara välkommen även oftare:

”Sen kommer det ju feedback från dem, att det har varit en bra dag idag. Mer sällan, men det kommer.”

För att sammanfatta resultaten för de psykosociala faktorerna i arbete har följande figur ritats upp, där alla överkategorier har ritats in med en inverkan på varann. De olika underkategorierna kunde möjligen platsa även under någon annan överkategori inom grupperingen av psykosociala faktorer, och flera av faktorerna går också hand-i-hand. Till exempel kräver klara förväntningar i arbetet en kommunikation av dessa, lika så de klara förväntningarna kan skapa motivation.



Figur 7: De psykosociala faktorerna som bidrar till hemvårdschefers arbetshälsa och arbetsvälmående

7.1.3 Personliga hälsoresurser

Den tredje stigen i Burtons (2010) modell handlar om personliga hälsoresurser i arbetet. Till denna stig hörde två överkategorier hemma: personliga hälsotillstånd och personlig hälsomentalt. Med dessa kategorier skiljes alltså åt det man själv gör för att nå hälsa och hur man mentalt förhåller sig till hälsa.

Det kan konstaterats på basen av resultaten för del 7.1.1. att arbetsplatsen stöder upp de personliga hälsoresurserna genom att fysisk aktivitet ingår i arbetet, det vill säga får de chefer som fortfarande också arbetar på fältet vardagsmotion tack vare sitt arbete. Likaså togs arbetets varierande natur och självständighet tack vare den fysiska miljön upp i del 7.1.1., vilka också i sin tur stöder upp de personliga hälsoresurserna enligt Burton (2010). Även den nämnda arbetshälsovården i 7.1.2. stöder de personliga hälsoresurserna i arbetet. Eftersom intervjuerna dock inte ger en desto större inblick i hur arbetsplatsen faktiskt stöder upp de personliga hälsoresurserna fokuserar denna del av resultaten på hurdana hälsoresurser personalen själv har.

Överkategorierna personliga hälsotagningar görs upp av underkategorierna hälsosamma levnadsvanor och balans mellan arbete och fritid. De personliga hälsotagningarna handlar alltså om de åtgärder man som individ gör för att främja sin hälsa, det vill säga hur man tar hand om sig själv.

Hälsosamma levnadsvanor nämndes av informanterna ofta, både i form av motion och i form av kost. De var ense om att man inte orkar med arbetet inom hemvården ifall man inte tar hand om sin fysiska hälsa genom att både motionera på fritiden och genom att också äta hälsosamt. En informant såg det till och med som en av nycklarna till att vara framgångsrik och prestera bra i arbetet. Så här diskuterade de:

”...det att man i privatlivet också rör på sig, du ska nog ha ganska bra fysik för att vara i hemvården.”

”Men att man kan inte bara vara soffliggare och sen vara framgångsrik och bra i arbetet, det tror jag inte tyvärr”

”Että jos vaan makaa sohvalta ja popsii sipsejä ja karkkia niin eihän siitä tule mitään, vaan että on myös jotain sisältöä siinä vapaa-ajalla, vaikuttaa työelämään ihan, se on ihan päivänselvä asia.”

Minst lika viktigt ansåg de att någon form av *balans mellan arbete och fritid* är för alla, både chefer och personal, samt att det möjliggörs av arbetet:

”että just pitää itsestään huolta vapaa-ajallaan myös, joka vaikuttaa siihen että jaksaa ja on... että se vapaa-aika on tärkeä jokaiselle, sekä esimiehelle että työntekijälle.”

Informanterna uttryckte en upplevelse av att ifall det egna välmående är på god nivå på fritiden stöder det även arbetsvälmåendet – mår man bra hemma mår man bra också i arbetet. Man kan säkert anta, att det även kan spegla sig åt andra hållet.

”Att mår man bra i sitt andra liv, inte bara i sitt yrkesliv så tror jag också att man mår bra på jobbet.”

”...att det är balans mellan privata och arbetet. Har du ett bra privatliv och kan liksom, du njuter av det, så orkar du nog.”

Gällande överkategorin personlig hälsomentalitet är den indelad i underkategorierna det egna förhållningssättet, attityder och inställningar samt positivitet. *Det egna förhållningssättet* verkade enligt informanterna vara något som främjar och stöder upp den egna hälsan och det egna välmåendet både i arbetet och på fritiden. Denna underkategori handlar om att själv aktivt välja hur man förhåller sig till saker och ting, exempelvis arbetet eller sig själv. Som en informant uttryckte det har förhållningssättet till arbetet varit klart för hen redan då hen valde att jobba inom hemvården:

”Kyllä mä ainakin koen että ei tämä työ helppoa ole, mutta en mä tiedä onko sen tarkoituksaan olla helppoa. En mä ole kuvitellutkaan siinä vaiheessa kun mä sitten lähdin mukaan että mä lähtisin jotenkin niin kuin helpolla tienamaan nyt sen toimeentuloni.”

Viktigt var också hur man förhåller sig till sådant som man inte kan påverka eller förändra:

”Det finns saker som man inte kan förändra och som inte kan påverkas. Det är kanske bra att känna igen dem också.”

”Så måste man bara godkänna att man kan inte göra allting åt allting heller. För att godkänner man inte det, så då sover man inte på natten mera.”

Likaså lyftes förhållningssättet till sig själv som person fram, både genom självkritik men också självberöm:

”jo, att ta hand om sig själv är en grej, men också att se sig i spegeln. Och hurdan kollega, förman, mamma, svärmor, där tittar i spegeln. Ibland stanna upp och titta helt kritiskt. Eller sen också att jag ganska bra gjort!”

Att ha ett sunt förhållningssätt gentemot sig själv, arbetet samt sådant man inte kan påverka kan alltså bidra till den egna arbetshälsan och arbetsvälmående genom att ge en viss insikt i realiteter.

Vidare diskuterade informanterna olika *attityder och inställningar*. Cheferna var rätt så ense om att personlighetsdrag har en inverkan på hur man hanterar olika saker. Hur man som person väljer att ha för inställning eller attityd kan både hjälpa eller stjälpa det egna och andras arbetshälsa och arbetsvälmående. Exempelvis uttryckte en informant saken såhär när det frågades efter konkreta exempel på hur man kunde främja arbetsvälmåendet:

”Vaar että nythän se on paljon tämä asenne että sen saa muuttumaan kaikissa, että sehän on iso asia nyt se lähdetään miettimään vähän eri tavoin tätä työtä ja... siinä on kyllä iso työsarka meillä, että saada niin kuin asennemuutosta”

Speciellt märks denna attityd av då det gäller en känsla av att ha bråttom i arbetet – att redan färdigt ha den inställningen när man kommer på jobb att nu blir det bråttom påverkar arbetsdagen och gör den mer stressig:

”Mutta tässä on mun mielestä niin kuin NN sanoi hyvin, tämä asenne. Juu. Meillä on yllättävän paljon ihmisiä, joilla on asenteen kanssa kyllä pikkaisen ongelmia, kyllä on pakko myöntää. Sen takia just että koko ajan, että, melkein tulee vähän sellainen fiilis että jos on kaksi käyntiä niin on kiire. Että sillä tavalla, että tullaan jo sillä asenteella töihin tänne että on niin kiire.”

”Ja ehkä tähän liittyen vielä, kun meillä on ollut nämä iltapäivät niin on kaikilta tullut, melkein kaikilta että on kiire, kiire, kiire ja siihen ratkaisu on että lisää henkilökuntaa. Vaan että nythän se on paljon tämä asenne että sen saa muuttumaan kaikissa, että sehän on iso asia nyt se lähdetään miettimään vähän eri tavoin tätä työtä ja... siinä on kyllä iso työsarka meillä, että saada niin kuin asennemuutosta.”

Enligt en informant behövs det flexibilitet av alla för att klara av arbetet inom hemvården:

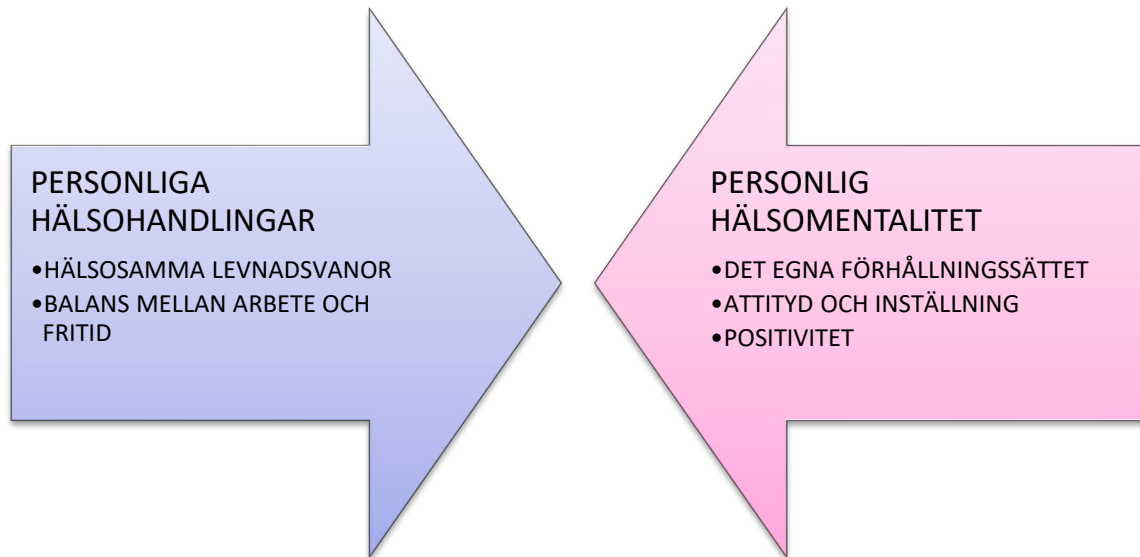
”...samtidigt tycker jag att en sån där en personlighet eller egenskap som man borde ha när man jobbar i vård i hemmet så är ju nog den där flexibiliteten att det vänder och svänger på fem minuter, att just när du tycker att det ser bra ut så kan det vara just den där katastrofen som följande sekund. Så du behöver kunna vara flexibel och kunna tänka flexibel.”

Också humör och *positivitet* överlag lyftes fram som en viktig faktor gällande den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet. Genom att välja att hålla humöret uppe och försöka främja positivitet kan man påverka både sig själv och andra:

”Välbefinnande... Jag kommer inte till jobbet nånsin sur. Eller liksom på dåligt humör på morgonen. Utan jag är nog, det tycker jag är liksom viktigt, att, det var ju nån som nån gång har sagt att jag har en sån där, att jag vrider på det där smilet när jag öppnar arbetsdörren”

”Nå jag säger nu det där positiva. Positiv, att man är positiv, den där positiva atmosfären och en sån där liksom, inte nån tung atmosfär, det klarar jag inte av.”

”Inte är det i onödan som det sägs att människan är ett flockdjur. Det smittar. Vi borde börja smitta med den där positiva.”



Figur 8: Hemvårdschefers personliga hälsoresurser

Resultaten gällande de personliga hälsoresurserna inom arbetet illustreras ovan i Figur 8. Även om de är indelade i personliga hälsohandlingar och personlig hälsomentalitet är de inte två underkategorier som helt skiljer sig åt – det finns en dialog dem emellan som utgör en holistisk hälsa för individen. Genom deras interaktion uppkommer de totala personliga hälsoresurserna baserat på dessa resultat.

7.1.4 Samhälleliga faktorer

De samhälleliga faktorernas inverkan på den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet för cheferna inom hemvården består av två överkategorier: arbetshälsovård samt hemvårdsarbetets betydelse. Även om detta är den av stigarna med den grupp av faktorer som diskuterades minst bland deltagarna i fokusgruppintervjuerna, är det ändå en väldigt viktig grupp faktorer eftersom de ger en viss mening till yrket likväl en känsla av att få bidra till samhället, samt visar arbetsgivarens uppskattning för personalens hälsa.

Genom att hemvårdspersonalen erbjuds *arbetshälsovård* av sin arbetsgivare kommer arbetsgivaren åt att påverka samhället. Då cheferna inom hemvården har tillgång till en

ordnad arbetshälsovård kan de söka sig direkt dit, istället för att belasta den allmänna hälsovården i landet. Arbetshälsovården diskuterades knappt alls dock i intervjuerna – det lyftes exempelvis inte upp av någon informant då de frågades om hur deras egna arbetshälsa och arbetsvälmående kan påverkas. Den kom ändå till tals när det var frågan om att motverka personalens sjukfrånvaro:

”Mutta se on nyt, meillä on nyt torstaina työterveyden kanssa kokous, että kyllä me nyt pyrimme koko ajan miettimään, että mitä me yhteistyössä muiden tahojen kanssa, että mitä voisimme nyt tehdä, mitä tässä nyt määttää, kun joku iso vika tässä kyllä on systeemissä.”

Denna chef inom hemvården skulle alltså ha ett möte med arbetshälsovården inom den nära framtiden, där de tillsammans skulle fundera på åtgärder som kunde minska på antalet sjukfrånvaron och var de egentliga problemet/problemen ligger. Funderar man utöver den lokala inverkan av detta möte, dvs. ett hoppeligen minskande antal sjukfrånvaro bland personalen i framtiden, har den också en långsiktiginverkan på personalens hälsa som en helhet, och kan via det resultera i samhället som sparade resurser i form av utbliven vård inom den allmänna vårdsektorn.

Den samhälleliga inverkan som framstod starkare ur materialet var möjligheten att få hjälpa de sjuka i landet, speciellt åldringar, och *hemvårdsarbetets betydelse*. Genom att de kan vårdas i hemmet via hemvården kräver de inte en plats inom äldreomsorgen på ett vårdhem eller en sjukhusavdelning, vilket i sin tur minskar på belastningen på olika sjukhus och vårdinrättningar inom samhället. Det begicks fina diskussioner om åldringsvården i de tre intervjuerna: hur den är mycket mångsidigare och mer utmanande än många tror, hur åldringarna verkligen behöver den bästa kunskapen och hjälpen, samt hur de bör vårdas för som en komplex helhet. Likaså nämnde informanter att arbetet även innehåller kontakten med klienternas närmaste, det vill säga kommer hemvårdspersonalen inte enbart åt att påverka klienten i fråga utan även hans närmaste krets. En del av cheferna inom hemvården jobbade fortfarande själv direkt i dessa situationer, men även en del av dem som inte längre arbetade på fältet nämnde den åldrade befolkningen som orsaken till varför de valt hemvården som sitt yrkesområde.

”...att man hjälper till att dom äldre kan bo hemma så länge som möjligt”

”..tämä kotihoitohan luo mahdollisuuden siihen, että sä pystyt niin kuin hyvin... siis voithan sä senkin hoitaa hyvin suppeasti, mutta sitten sulla on myös se mietön mahdollisuus hoitaa ne asiakkaat ihan kokonaisuutena.”

”...ja sieltä sitten jatkanut vanhuspuolelle. Että kyllä se on omalla tavallaan todella haastavaa, mutta sitten se on kyllä niin antoisaa kanssa. Että kyllä mä siitä tykkään.”

Också respekt för de äldre togs upp av en av informanterna, som berättade så här angående hur hen (liksom så många andra i vårt land) uppfostrats till att respektera de äldre:

”Ja sitten ikäihmiset ovat aina olleet semmoisia kiinnostava kohde aina, ihan lapsesta, on ollut tärkeä just kunnioittaa vanhempia ihmisiä omassa suvussa myös, että varmasti sieltä se lähtee.”

7.2 Faktorer som belastar chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården

Under analysprocessen uppkom en ytterligare överkategori, som skribenten inte ursprungligen hade tänkt sig som en del av denna process. Informanterna uttryckte dock vissa belastande faktorer så pass ofta, att det inte heller kunde förbises i analysprocessen. Dessa faktorer var ohälsa bland personal, stress och inkonsekventa handlingar.

Den överlägset mest diskuterade av faktorerna var *ohälsa bland personal*, som direkt speglade sig på chefernas egna arbetsvälmående. Att väldigt ofta måsta tackla otaliga sjukfrånvaron bland personalen upplevdes som *stressigt* och som något som kommer i vägen för allt det andra arbetet man borde hinna med under en dag som chef inom hemvården. Sådär funderade informanterna kring personalens sjukfrånvaro:

”Välillä on tosi turhauttavia päiviä ja ehkä lähinnä just nämä, siis nämä sairauspoissaolot on varmasti niin kuin se suurin mikä meitä kaikkia ajaa kyllä silleen välillä... Että tuntuu siltä että tässä ei ole mitään mieltä tässä työnteossa. Että kun sä vain yrität koko ajan venkslata työvuoroja, soittaa sijaisia ja melkein elät vähän paniikissa että puhelin soi että kuka nyt soittaa ja ilmoittaa ettei tule töihin. Ja sehän syö ihan hirveästi sitten siltä kaikelta muulta työltä mitä sä voisit tehdä. Että se kyllä vaikuttaa tosi paljon ainakin mulla sitten siihen omaan jaksamiseen ja työhyvintointiin”

”...että just tämä että tämä työ on tosi mielenkiintoista mutta se on just niin turhauttavaa tämä meidän sairauspoissaolo, ja se kyllä syö välillä ihan törkeästi. Kun ihan vaan tehdään työtä sen eteen että löydetään ihmisiä tänne töihin, jota ei löydy. Ja sitten pyydetään että ihmiset tekee pitkiä päiviä ja veivataan ja venkslataan niin se kyllä syö välillä ihan... että viime viikonloppuna esimerkiksi oli ihan semmoinen että ihan.... olisi voinut huutaa ja kovaa.”

Det kändes alltså frustrerande att konstant försöka fixa personal på jobb och bolla runt med arbetsturer för att få det att fungera, vilket leder till att cheferna själva mår dåligt och orkar sämre. Resurser ansågs ändå inte som ett problem i detta sammanhang – det finns

tillräckligt med personal ifall de skulle vara på jobb. Problemet i detta sammanhang uppstod mera av frekvensen av sjukfrånvaro, samt hemvårdsarbetet i sig: informanterna funderade på att det säkert är lättare att fixa vikarier till sjukhusavdelningar än till hemvården, där man ändå måste vara väldigt självständig och rätt så bekant med arbetet på ett annat sätt eftersom man arbetar hemma hos mångsjuka klienter. Cheferna upplevde att det inte är så lätt att hitta vikarier alltid, vilket ökade stressen.

”Meillä on henkilökuntaa ihan yllin kyllin riittävästi, jos kaikki olisi töissä. Mutta kun meillä on melkein 20 päivää per henkilöä poissaoloa vuodessa, niin sehän kertoo kaiken. Mitä meillä oli, 16-17 päivää viime vuonna per henkilö. Se on kuukauden poissaolo, jokainen on poissa kuukauden täältä. Niin se on ihan sairasta suoraan sanottuna. Että ei ole kumma että saadaan tämä sitten kunnolla pyörimään.”

”Ja ainakin esimiesten kohdalla väitän, että vaikuttaa työhyvinvointiin että meidän kaikki aikamme menee siihen että hankimme, yritämme hankkia ihmisiä tänne töihin. Sitten kun kotihoito on niin haastava, sä voit saada mutta sä et voi ottaa ihan uusi ihminen tänne. Se ei onnistu kotihoidossa. Laitoksessa, missä sä et koskaan ole yksin, siinä on samalla tavalla toinen hoitaja. Se on niin paljon helpompaa siellä, mutta kotihoidossa et voi ottaa noin vain kylmiltään kadulta tänne töihin.”

Speciellt upplevde cheferna att det är utvecklingsarbetet som lider av personalen konstanta sjukfrånvaron:

”Mutta just se että kun kehittää koko ajan, mikä on hyvä asia, niin se vie sitä pois siitä ajasta että kun pitäisi saada kehittää, joka on mun mielestä yksi esimiehen tärkeimmistä tehtävistä, kun meidän aika menee siihen että veivataan näiden ihmisten kanssa kun ne on poissa ja sitten yritämme löytää ihmisiä jotka eivät halua tulla töihin. Näin se valitettavasti on.”

”...kyllähän niin kuin NN ja NN sanoi, niin kyllähän se on niin kuin sijaisten hankkiminen ja se päivittäinen pyörittäminen niin kyllähän se vie paljon aikaa. Ettei siihen kehittämiseen niinkään jää sitä aikaa sitten. Tai ei nyt viime aikoina kyllä ole ollut oikeastaan yhtään.”

Personalens sjukfrånvaro var dock inte det enda som stressade cheferna inom hemvården, utan överlag beskrevs arbetet som stressande, svårt och utmanande. Det fanns även insikt i att om cheferna mår dåligt speglas det ändå hem till hemvårdsklienterna via personalen:

”För att speglas ju sen ändå till klienten ju! Det går ju hem ändå till klienten om man, om förmannen mår dåligt. Och sen annars också, när det är bara så stressande och jäktigt och utmanande det här jobbet.”

Likaså blev cheferna inom hemvården stressade av olika begär ”uppifrån” (antagligen då egna övermän, kommuner, politiken osv.) och speciellt *inkonsekventa handlingar*, exempelvis i form av olika utvecklingsprojekt som slutförs och sedan glöms bort. Cheferna ansåg det som speciellt frustrerande att fina projekt kommer och går, bara för att ersättas av nya projekt. Då uteblir lätt uppföljningen och ibruktagandet av de utvecklade metoderna.

”Sitten on kyllä pakko myös sanoa, että koko ajan tulee kyllä kaikenlaisia vaatimuksia sieltä ylhäältä, että joskus toivoisi ihan työrauhaa ja just se ett juu, kehittää pitää, mä olen ihan samaa mieltä, mutta ei kaikkea voida kehittää yhtä aikaa ja välillä tulee semmoinen että pitää kehittää, ja sitten kun ollaan kehitetty jotakin niin se jää jotenkin unholaan. Ja sitten tulee taas uusi, uusi, uusi. Ettei koskaan pääse ihan kokeilemaan ja miettimään, että hei miten tämä meni.”

”Että nyt ruvetaan taas kehittämään jotakin uutta, ja sittenhän ne valuu niin kuin hiekkaan, kaikki ne hienot jutut mitä on tehty, kun ei enää, siis eihän riitä oikeastaan resursseja enää siihen että sitten seurattaisi ja taas palattaisi siihen että hei, mitä me kehitettiin, miten me tehtiin ja missä me mennään tällä hetkellä tämän asian kanssa.”

Likaså nämndes överlag inkonsekventa handlingar och uppbrott i arbetet. Cheferna inom hemvården uttryckte en önskan av en viss arbetsro, istället för konstanta begär och förändringar.

”Och inte så att det alltid kommer nånting, för det har varit svårt att sen liksom vara som en chef, att sätta några mål och så. För sen när man har gjort det så helt plötsligt så kommer det att nej, nu ska ni flytta och nu tar du det här... Då blir det väldigt mycket.”

Det som var väldigt oroväckande överlag gällande chefernas upplevelse av arbetsvälmående var att två informanter rakt ut berättade om att de funderat på att säga upp sig:

”Nå jag har nog haft en massa funderingar på att sluta flera gånger. Ja, för det har blivit, det har varit rätt så jobbigt.”

”...onhan se niin vaihtelevaa se että yhtenä viikkona yes ja toisena viikkona ettei ikinä enää tänne, että aina ei... Varsinkin muistan tuossa vuodenvaihteessa niin mulla oli kyllä, mä olin kyllä valmis lyömään hanskat tiskiin, mutta onneksi oli loma edessä, pääsi ihan irtautumaan kun pääsi pois täältä, niin sitten se jo jotenkin taas lähti paremmin rullaamaan. Että kyllähän se menee vähän näin, aalloissa.”

Dessa två informanter jobbade dock ändå ännu kvar. Kunde det alltså vara möjligt att motarbeta uppsägningar eller tankar om uppsägning bland chefer inom hemvården genom att fästa mera uppmärksamhet på att minska deras stressnivåer? Detta kunde möjligen, på basen av det som diskuterades i dessa intervjuer, nås genom att försöka förbättra personalens hälsa och genom att försöka se på helheten gällande handlingar och krav inom hemvården.

7.3 Den hälsofrämjande betydelsen av resultaten

Dessa resultat kan kategoriseras som hälsofrämjande (7.1) samt icke-hälsofrämjande (7.2) för chefernas arbete inom hemvården i Finland. De hälsofrämjande faktorerna ger

möjlighet och inspiration för hälsofrämjande åtgärder inom arbetet, medan de icke-hälsofrämjande faktorerna fungerar som en sorts varningstecken på vad som inte främjar chefernas arbetshälsa och arbetsvälmående. Som exempel:

- Hälsofrämjande: En välmående personal bidrar till att cheferna inom hemvården själv också mår väl → positiv inverkan på hälsan
- Icke-hälsofrämjande: Högt antal sjukfrånvaro bland personalen orsakar stress hos cheferna inom hemvården → negativ inverkan på hälsan

Den hälsofrämjande betydelsen av resultaten med tanke på arbetshälsan och arbetsvälmåendet som chef inom hemvården är alltså märkbar. Med hjälp av att försöka stödja upp de faktorer som tas upp i del 7.1, eller med hjälp av att försöka motverka de faktorer som tas upp i del 7.2, kan man komma åt att förverkliga hälsofrämjande åtgärder för inte enbart cheferna inom hemvården, utan även för personalen inom hemvården eftersom resultaten pekar på att de är väldigt nära relaterade till varann. Exempelvis kunde man tänka sig att genom att stöda personalens (inklusive chefers) fysiska aktivitet på fritiden som en hälsofrämjande åtgärd kan man stöda deras välmående i arbetet, vilket kunde fungera som en hälsofrämjande åtgärd för bägge exempel som användes ovan i kategoriseringen hälsofrämjande/icke-hälsofrämjande: en fysiskt välmående personal mår väl på arbetsplatsen och ökar chefers välmående, samtidigt som de möjligen har färre sjukfrånvaro och minskar chefers upplevelser av arbetsrelaterad stress. De hälsofrämjande åtgärder som önskar göras bör visserligen prioriteras exempelvis enligt vad Burton (2010) framför, eller enligt någon annan metod, så att det mest brådskande tas itu med först.

Exempel på hälsofrämjande åtgärder som redan var i bruk inom dessa enheter kom även fram i intervjuerna. I det första exemplet hade personalen inkluderats i utvecklingen av deras arbetsvälbefinnande, medan cheferna i det andra exemplet tillsammans med företagshälsovården skulle ha ett möte för att fundera på hur man kunde minska på antalet sjukfrånvaro på arbetsplatsen. Båda exemplen är utmärkta, konkreta exempel, där den hälsofrämjande aspekten förverkligas i arbetsvardagen.

”...joka vaikuttaa siihen työhyvinvointiin ja sitten henkilökunnan mukaanotto siihen että se ei tule ylhäältä vaan se henkilökunta on mukana kehittämässä sitä. Että sehän on mun mielestä tosi hieno juttu XX kunnassa että meidän ollaan järjestetty neljä eri kertaa missä koko henkilökunta on saanut olla mukana vaikuttamassa näihin asioihin.”

”Mutta se on nyt, meillä on nyt torstaina työterveyden kanssa kokous, että kyllä me nyt pyrimme koko ajan miettimään, että mitä me yhteistyössä muiden tahojen kanssa, että mitä voisimme nyt tehdä, mitä tässä nyt määttää, kun joku iso vika tässä kyllä on systeemissä.”

Svaret på forskningsfråga 2, dvs. hur dessa resultat kan bidra till en mera hälsosam arbetsplats för chefer inom hemvården, är därmed att man på basen av de faktorer som bidrar till chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården i Finland kan planera och förverkliga hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen. Likaså med att försöka motverka de faktorer som belastar chefers arbetshälsa och arbetsvälmående kan man nå en hälsofrämjande effekt. Visserligen kan de hälsofrämjande/icke-hälsofrämjande faktorerna såklart variera något beroende på vilken hemvårdsenhet som är i fråga, men eftersom dessa resultat baserar sig på enheter i tre olika städer är de rätt så generaliserbara.

På basen av resultaten skulle skribenten rekommendera i första hand hälsofrämjande åtgärder för att stöda upp personalens hälsa samt se över möjliga organisatoriska orsaker bakom personalens sjukfrånvaro. Vidare rekommenderas mera stöd från hemvårdschefernas egna övermän och förbättrad kommunikation för denna relation, för att försöka förhindra inkonsekventa handlingar och möjligen förbättra helhetsbilden.

8 DISKUSSION

I detta kapitel kommer resultaten att diskuteras i relation till metoden, den tidigare forskningen, den teoretiska referensramen samt även i relation till NURED-projektet.

8.1 Metoddiskussion

Valet av metoden för detta mastersarbete, det vill säga en abduktiv ansats med både induktiv och deduktiv innehållsanalys enligt Jacobsen (2012), tyckte jag lämpade sig väl för det transkriberade intervjumaterialet som jag hade tillgång till. Det var en väldigt klar metod att följa, och gav en överskådlighet till materialet samt gjorde det lätt att växla mellan en helhet och mindre meningsenheter samt de olika delarna av analysprocessen. Visst kan man fråga sig ifall jag lyckades vara totalt induktiv i den första fasen av analysprocessen, dvs. tematiseringen av en större helhet till mindre helheter, då det ändå senare i analysprocessen skulle ske en deduktiv fas pga. att den teoretiska referensramen delvis

styrde slutliga grupperingen av de kategorier och teman som framkom ut materialet. Eftersom jag dock gjorde analysen så som den beskrevs i 6.2, dvs. lät teoretiska referensramen styra endast de sista valen i analysprocessen, har jag gjort mitt yttersta för att låta materialet styra och anser att jag lyckats med det väl.

Med tanke på metoden för det material jag fick ta del av, fokusgruppsintervjuer, verkade den formen av intervju som metod också lämpa sig väl. Deltagarantalet per intervjutillfälle var tillräckligt lågt för att alla skulle få chans att tala, och likaså verkade stämningen ledig och öppen vilket gav rum för ärlighet bland informanterna. Att jag som helt utomstående sedan analyserade materialet var befriande för mig och förstärkte informanternas anonymitet, eftersom jag aldrig träffat dem i verkligheten och inte heller vet vilken intervju gjordes på vilken enhet. Därmed har jag kunnat helt ta avstånd till informanterna som personer, och kunnat analysera och tolka intervjuerna objektivt.

Med kombinationen av metodvalet för analysprocessen samt det transkriberade intervju materialet anser jag att forskningsfrågorna blev konkret besvarade, och har svårt att föreställa mig ett annat metodval. Visst kunde man exempelvis ha gjort en mer hermeneutisk analys, eller kombinerat denna kvalitativa del av intervjuer med cheferna inom hemvården med antingen en kvantitativ del (t.ex. enkät), eller i samma veva analyserat de fokusgruppsintervjuer som doktorand Grönlund gjorde bland personalen på samma enheter. Tyvärr insåg jag ändå att materialet, som då skulle ha fördubblats, skulle ha blivit för stort och för brett att hanteras inom utsatta tiden för detta mastersarbete. Likaså kunde det ha gett ett mervärde att utföra fokusgruppsintervjuer av samma slag själv, samtidigt som objektiviteten angående analysen av materialet och anonymiteten av respondenterna möjligen skulle ha lidit.

8.2 Diskussion i förhållande till tidigare forskning

Angående de studier som togs upp i 3.1, d.v.s. Suarez (2017), Love (2017) och Zoeckler (2017) som alla handlade om riskerna inom fältarbetet i hemvården, kan det konstateras att de risker de förde fram på basen av sina studier inte steg väldigt starkt fram i resultaten för detta mastersarbete. Troligen ligger orsaken här i att deras studier var baserade på hemvårdare, medan denna studie handlar om chefer. Trots att en del av cheferna

fortfarande arbetade inom hemvårdsarbetet på fältet, och visst togs t.ex. den fysiska aspekten av hemvårdsarbetet kort upp i intervjuerna, låg deras fokus kanske på chefsarbetet under dessa intervjutillfällen. Likaså var ju dessa tre studier från USA, där arbetslivet och arbetsmiljön skiljer sig rätt så mycket från Finland. Det skulle vara intressant att veta ifall det höga antalet sjukfrånvaron som togs upp i resultaten för detta mastersarbete hade något att göra med exempelvis de muskoskeletala riskerna som Love (2017) tog upp, eller mera med stress och psykosociala risker som Zoeckler (2017) fokuserade på. Intressant nog skiljer sig denna del av den tidigare forskningen också i den mån att ingen av informanterna i intervjuerna nämnde bristfälliga resurser som en belastande faktor gällande den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet. Man kan fråga sig ifall detta har sin grund i att de informanter detta material grundade sig på hade alla en chefsposition och därmed möjligen en djupare förståelse av var problemen inom hemvårdsverksamheten ligger.

Beträffande de hälsofrämjande premisserna inom hemvården både på personlig och organisatorisk nivå som togs upp i 3.2 kan ett flertal likheter till resultaten dras. Den fråga som Perry et.al. (2017) baserade hela studien på i Nya Zeeland, dvs. varför vårdare stannar inom branschen trots den trötthet och stress de rapporterar, tangerades även i intervjuerna bland hemvårdscheferna i Finland. Perry et.al. (2017) lyfte fram faktorer så som vårdarnas holistiska och salutogena syn på sin egna hälsa, deras egna inställningar till hälsa och arbetet, att ha balans i livet, att uppleva arbetet som meningsfullt samt att ha ett gott samarbete och stöd – faktorer, som även framkommer i resultaten för detta mastersarbete. Svaret på Perrys et.als (2017) fråga kunde kanske på basen av detta mastersarbete besvaras med att arbetsgemenskapen, det meningsfulla arbetet med klienterna och hemvårdsarbetets premisser kan räknas upp som orsaker att stanna inom hemvården. Det meningsfulla arbetet togs även upp av Lempinen et.al. (2015) som en psykologiskt stärkande faktor specifikt för chefer inom vården.

Likaså finns det starka samband mellan Piironens (2015) gradu och resultaten. Piironen (2015) konstaterade att förändringsarbetet inom hemvården är svårt utan tillräckliga resurser av kvalificerad arbetskraft, vilket stämmer precis överens med det som informanterna ansåg belasta deras arbete som chefer inom hemvården. Likaså belyste Piironen

(2015) den brådskande naturen av arbetet, som ofta framkom då cheferna inom hemvården i intervjuerna diskuterade varför personalen verkade stressade. Några glädjande skillnader till Piironens (2015) rätt så dystra konstateranden fanns dock också: i intervjuerna som användes för detta mastersarbete nämnde cheferna ofta att de själva vill ha liksom de också vill ge personalen påverkningsmöjligheter exempelvis gällande hälsofrämjande åtgärder, samt ett inflytande i de beslut som görs. Det är såklart svårt att veta hur detta i praktiken förverkligades och hur personalen ser på saken inom samma enheter, men åtminstone verkar det finnas en strävan åt det hållet. Solklart var ändå det som också Piironen (2015) konstaterade, att inom alla nivåer i hemvårdsorganisationerna borde ledarskapet fästa ännu mera uppmärksamhet på arbetshälsan och arbetsvälmåendet för att kunna genomföra förändringsarbete.

Angående chefernas välmående inom vården tog både Lampinen et.al (2015) och Nilsen et.al. (2016) väldigt starkt upp meningen av stöd inom arbetet. Speciellt viktigt enligt båda studierna var det kollegiala/horisontella stödet, vilket korrelerar väldigt väl med vad informanterna diskuterade i intervjumaterialet för detta mastersarbete. Deras uppfattning om hur viktigt det är att öppet kunna diskutera med andra chefer inom hemvården stämde överens med Lampinen et. als (2015) och Nilsen et. als (2016) uppfattning om hur viktigt det är med tanke på arbetshälsan och arbetsvälmåendet. Vidare kunde bägge forskarlag även konstatera att det fanns en saknad länk uppåt till chefernas övermän, vilket man lite kan läsa mellan raderna även i intervjumaterialet för detta mastersarbete. Informanterna berättade ju hur det kommer osammanhängande krav ”uppifrån” och hur de ibland rent ut frågar efter feedback då det inte annars kommer – båda möjliga tecken på att det skulle behövas ett starkare stöd eller en starkare länk till den egna övermannen.

Lampinen et.al (2015) uttryckte vidare också nödvändigheten av öppen kommunikation och god interaktion mellan chefer och deras övermän, men även överlag inom arbetet som en faktor för arbetstillfredsställelse. Kommunikationen spelade en viktig roll i det dagliga arbetet enligt informanterna för detta mastersarbete, där cheferna önskade öppenhet av både kolleger och personal. De påverkningsmöjligheter som efterlystes av informanterna i intervjumaterialet framkom också som en viktig faktor i Lempinen et. als (2015) studie. Det skulle överlag ha varit intressant att kunna dra slutsatser mellan informanternas år

inom yrket och deras kommentarer gällande faktorer som bidrar eller belastar för att se ifall det stämde överens med Lampinen et. als (2015) tolkning om att de med längre arbetserfarenhet upplevde mindre stress, men tyvärr ger inte intervjumaterialet möjlighet till detta.

Løkke & Madsen (2014) poängterade precis som Lempinen et.al (2015) påverkningsmöjligheters betydelse när det gäller chefers välmående inom den allmänna sektorn, men också väldigt starkt behovet av en god balans mellan arbete och privatliv. Överlag ansåg de att psykosociala faktorer inom arbetet var en väldigt stor risk för arbetsrelaterad stress för chefer inom allmänna sektorn, vilket man säkerligen också kunde konstatera på basen av hur mycket utrymme de psykosociala faktorerna fick inom resultaten för detta mastersarbete. Även här är det lite synd att det inte går på basen av insamlat data att dra sambandet mellan den faktiska chefspositionen inom hemvården och hur de upplevde sin arbetshälsa och sitt arbetsvälmående, eftersom Løkke & Madsen (2014) konstaterade att mellanledaren ofta är mest stressad. Det fanns ju de två informanter som ofta funderat på att säga upp sig från sitt arbete som chef inom hemvården på grund av att arbetet känns jobbigt och stressigt.

Ser man alltså på den tidigare forskningen som togs upp i kapitel 3, som i sin tur var i linje med den bakgrundsinformation som användes i kapitel 2, finner man ett flertal likheter med resultaten. Dessa likheter märks speciellt gällande de psykosociala faktorerna för arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården, samt vilken roll de hälsofrämjande attityderna och inställningarna har. Likaså verkar det faktum att hemvårdsarbetet upplevs som meningsfullt spela en stor roll med tanke på arbetshälsa, arbetsvälmående och arbetstillfredsställelse både på basen av resultaten och den tidigare forskningen. Emellertid nämndes inte resurser egentligen över huvud taget i de intervjuer som gjordes inom NURED projektet, och påverkningsmöjligheterna verkade goda vilket inte var i linje med all tidigare forskning. Både på basen av resultaten och den tidigare forskningen finns en efterfrågan för god balans mellan fritid och arbete, för god interaktion och kommunikation inom arbetsgemenskapen på alla nivåer, för kollegialt stöd, för stöd från övermannen samt för passande hälsofrämjande åtgärder för att överlag stöda chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården.

8.3 Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen

Gällande den teoretiska referensramen har en del av diskussionen redan begåtts, eftersom valet gjordes att presentera resultaten i förhållande till den teoretiska referensramen. Beträffande de fyra stigarna av influens för en hälsosam arbetsplats fanns det alltså en stark korrelation mellan de överkategorier som uppstod ur analysen och den teoretiska referensramen. Aningen förväntat steg kanske två av stigarna lite starkare fram, den psykosocial arbetsmiljön och personliga hälsoresurserna i arbetet, medan arbetsplatsens samhällsengagemang och den fysiska arbetsmiljön fick mindre uppmärksamhet i dessa resultat. Troligen har detta att göra med att Finland är ett välutvecklat land med starka lagar som skyddar arbetstagarnas hälsa och välfärd, där riskerna inom arbetshälsa och arbetsvälmående inte tack vare det längre härstammar lika starkt från miljön eller samhällets funktionsnivå. Likaså påverkades resultaten det facto av att materialet baserade sig på intervjuer bland chefer, samt de olika nivåerna av chefspositioner som informanterna hade. Eftersom en del informanter arbetade som teamledare med en andel arbete på fältet som hemvårdare framkom ändå en del faktorer från den fysiska arbetsmiljön i dessa intervjuer. Samtidigt hade ju en del av cheferna högre chefspositioner inom kommunen utan något fältarbete alls. För dessa chefers egna, personliga upplevelse av deras arbetshälsa och arbetsvälmående spelade den fysiska arbetsmiljön kanske inte så stor roll eftersom miljöns risker i det arbetet är rätt så minimala, och därför fick den första stigen troligen också mindre uppmärksamhet i slutändan.

Likaså blev resultaten i förhållande till den tredje stigen gällande personliga hälsoresurser lite annat än förväntat. Vad Burton (2010) avser med personliga hälsoresurser i arbetet handlar om hur arbetsplatsen stöder individens egna resurser till hälsa, men detta var aningen svårt att nå genom det material som fanns till hands. Visst kan det antas att arbetsgivaren (kommunen) inom hemvården bl.a. ser över att arbetsmiljön är rökfri samt ger möjlighet till lunchpauser dagligen, men dessa företeelser diskuterades inte i intervjuerna som sådana.

Den stig som helt klart innehöll flest över- och underkategorier i resultatskildringen var den psykosociala stigen av inflytande. Burton (2010, s. 31) tar i bakgrundsdel av sin modell upp en annan modell som heter *Guarding minds @ work* (vilken sedan Burton's

dokument visserligen uppdaterats av CARMHA i Kanada och kommer snart att publiceras i ny form). Denna modell tar fasta på psykosociala riskfaktorer med tanke på den mentala hälsan i arbetet – de var 12 då Burton skrev om dem år 2010, numera 13 och snart kanske ännu fler? Men ser man på de över- och underkategorier som i detta mastersarbete tas upp angående de psykosociala faktorerna i arbetet kan paralleller dras till följande kategorier av *Guarding minds @ work*: organisationskultur (ärlighet, öppenhet, rättvisa), klara mål och ett klart ledarskap, tillväxt och utveckling, erkännande och belöning (feedback), delaktighet, balans i livet. Burton räknar det faktiskt upp ett flertal liknande dokument, riktlinjer m.fl. gällande psykosocial belastning inom arbetet, där paralleller kan dras med resultaten från denna analys. Detta kunde tyda på att resultaten är internationellt jämförbara, samt att de psykosociala faktorerna som uppstod från detta analysmaterial är i linje med den teoretiska referensramens bakgrund och källor.

Med tanke på kapitel 7.3 och de hälsofrämjande åtgärder som möjligen kunde göras på basen av resultaten har Burton (2010 s. 48) inkluderat en form av innehållsanalys baserat på Cochrane Collaboration som tar upp hurdana hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatser som inte har någon önskad effekt enligt forskning, åtgärder som har en medelmåttlig effekt enligt forskning samt åtgärder som har önskad effekt enligt forskning. Exempelvis: att endast utföra ergonomiska justeringar till personalens arbetsstationer har ingen effekt, men att utföra ergonomiska lyftövningar inom arbetet har en medelmåttlig effekt medan man genom att kombinera ergonomiska justeringar vid personalens arbetsstationer och ge träning inom ergonomi kan nå den önskade effekten. Burton (2010) poängterar att den listan som sammansatt inte på något sätt är tillräcklig och säkerligen inte inkluderar alla olika möjligheter av åtgärder för att förbättra arbetshälsan och arbetsvälmående på arbetsplatser världen runt, men att den ändå kan ge vissa idéer. Likaså är listan säkerligen redan någorlunda föråldrad, eftersom vi nu redan går in på 2020-talet. Ändå kan den absolut användas som stöd och vägledning för hälsofrämjande åtgärder baserat på resultaten av detta mastersarbete.

8.4 Diskussion i förhållande till NURED Projektet

Inom NURED projektet, vilket beskrevs närmare i kapitel 2.1, formades alltså en studiehelhet med fyra engelskspråkiga moduler:

Module 1: Teamwork and professional skills in the home care setting (5 ECTS)

Module 2: Occupational stress, stress and time management (incl. ergonomics) (3 ECTS)

Module 3: E-services and e-products (5 ECST)

Module 4: Pedagogical attitude and way of work (PFA) in intellectual disability practice in the home care context (3 ECTS).

Gällande resultaten för detta mastersarbete kunde man tänka sig att speciellt modulerna 1 och 2 som utvecklades inom NURED projektet har ett starkt samband med resultaten. Beträffande modul 1 förbereder dess läroplan hemvårdsstuderanden både för psykosociala faktorer inom arbetet (så som relationer och kommunikation på arbetsplatsen), personliga hälsoresurser samt även det samhälleliga engagemanget genom att poängtera betydelsen av mångprofessionellt samarbete inom hälso- och socialvården. Även modul 2 har en läroplan som är väldigt starkt anknyten till de psykosociala faktorerna samt personliga hälsoresurserna inom arbetet, och har även en starkare anknytning till arbetshälsa och arbetsvälbefinnande eftersom modulens mål är att lära ut kunskaper inom stresshantering och tidshantering inom yrket. Gällande modul 3, som handlar om olika digitala hälsolösningar inom hemvården, kunde man tänka sig att den samhälleliga aspekten är den största: genom att utveckla digitaliseringen av hälso- och sjukvårdstjänster kommer man att påverka hur samhället har tillgång till hälsokunskap och hälso- och sjukvårdstjänster. Det samma gäller för modul 4 som handlar om hemvården för klienter med nedsatta intellektuella funktioner: denna klientgrupp är en del av samhället som inte hittills varit väldigt starkt synliga inom läroplanerna för hemvårdslära, men genom att de lyfts fram och uppmärksammas som en viktig del av vårt samhälle kommer läroplanen hoppeligen även att påverka attityderna gentemot den inom samhället.

På basen av jämförelsen mellan resultaten och NURED projektets studieheltet för hemvårdsarbetet verkar studiehelteten alltså ha tagit rätt så väl fasta på de fyra stigarna som enligt Burton (2010) utgör en hälsosam arbetsplats. Likaså verkar det att studiehelteten fokuserar på de fyra valda modulerna korrelera väl med verkligheten ute på fältet: det finns behov för utveckling inom just dessa områden, och det finns definitivt hälsofrämjande möjligheter via dessa moduler gällande arbetshälsan och arbetsvälmående inom hemvården i Finland.

Sammanfattningsvis för hela diskussionskapitlet kan konstateras att resultaten motsvarar rätt väl både den tidigare forskningen, den teoretiska referensramen samt det projekt som detta mastersarbete varit en del av. Resultatens betydelse och arbetslivsrelevans är stark: på basen av dessa resultat kan man nu sätta fingret på en del av de faktorer som bidrar till chefers arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården, liksom även vilka faktorer som belastar dem. Tack vare denna kunskap skulle hälsofrämjande åtgärder kunna planeras för att förbättra chefernas hälsa och välmående inom hemvården. Via detta kan man komma åt att påverka hela hemvårdspersonalens hälsa och välmående, därmed kanske också i framtiden stoppa den nedåtlutande spiralen som lyftes fram i inledningen för detta mastersarbete. Som det redan konstaterades handlar den spiralen inte endast om resurser. Genom att fästa mer uppmärksamhet på orsaker bakom personalens sjukfrånvaro, på chefernas behov av stöd från kolleger och övermän, på klara målsättningar för hela arbetet inom hemvården samt på balansen mellan fritid och arbete för både chefer och personal kan man möjligen åstadkomma en situation där alla orkar bättre inom vårdarbetet.

9 KRITISK GRANSKNING

Detta mastersarbete avslutas med en kritisk granskning av arbetet i sin helhet genom att ta fasta på dess reliabilitet, validitet och generaliserbarhet, samt via en kritisk tillbakablick. Likaså diskuteras fortsatt forskning inom ämnet.

9.1 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

”I all forskning ställs det krav på att den är genomförd och framställd på ett sätt som ger uttryck för god kompetens och hög kvalitet.” (Fejes & Thornberg 2012, s. 216).

Reliabilitet handlar enligt Jacobsen (2012) om ifall man kan lita på den data man samlat in, och ifall det är faktorer i själva undersökningen som skapat de resultat man fått fram. Det frågas alltså efter ifall samma resultat kan reproduceras av andra forskare vid en annan tidpunkt. Enligt Tones & Tilford (1990) har kvantitativa studier generellt sätt en högre grad av reliabilitet än kvalitativa studier, eftersom kvalitativa studier är svårare att rekonstruera och utföra på precis samma sätt. Jacobsen (2012) menar att de som blir

undersökta påverkas av undersökaren, samtidigt som undersökaren påverkas av de undersökta. I detta avseende har reliabiliteten för resultaten varit på god nivå, eftersom jag som utomstående analyserat ett material som någon annan har intervjuat och transkriberat. Jag personligen har alltså inte kunnat bli påverkade av de som undersökts, eftersom jag inte kommit i kontakt med dem. Reliabiliteten av det material jag fått tillgång till via NURED anser jag vara på hög nivå.

Då jag själv inte samlat in data måste jag ändå basera min analys om denna studies reliabilitet på annat, exempelvis på hur jag analyserat materialet. Där kunde reliabiliteten testas genom att låta någon annan analysera samma material utifrån samma premisser och observera ifall analysresultaten blir lika. Eftersom analys och tolkning i kvalitativ forskning aldrig kan vara helt objektiv skulle en annan undersökare säkert nå aningen annat resultat, exempelvis döpa kategorierna på ett annat sätt. Jag tror ändå att de teman som skulle uppkomma ur materialet skulle se rätt så lika ut. Likaså kunde reliabiliteten testas genom att låta en oberoende undersökare gå igenom samma data och välja ut citat som är knutna till de olika kategorierna, eftersom det i såna här intervjuer alltid finns den risken att man inte väljer ut ”rätt” citat eller fäster sig på vissa teman och inte ”ser” andra (Jacobsen 2012). Jag har gjort mitt yttersta för att välja de citat som är väsentliga för framförandet av resultaten på ett ärligt, tydligt och respektfullt sätt gentemot materialet.

Begreppet *validitet* refererar till i vilken utsträckning den forskning som genomförs och metoden som används verkligen undersöker det som avses att undersökas (Kvale 1989: se Fejes & Thornberg 2012 s. 218). Begreppet har dock fått en del kritik av forskare som anser att andra begrepp, så som *rigorositet*, *trovärdighet* och *tillförlitlighet* kunde lämpa sig den kvalitativa forskningsansatsen bättre (Fejes & Thornberg 2012 s.219). Begreppen handlar om hur noggrann och systematisk man har varit under hela forskningsprocessen, och om hur trovärdiga och tillförlitliga ens resultat är som en följd av datainsamling och analys. Jag anser att validiteten för detta mastersarbete med kvalitativ ansats är på god nivå, och att syftet med detta arbete genomsyrar hela processen samt valet av metod. Jag har varit väldigt noggrann med att konstant återgå till både syftet och forskningsfrågorna, för att ha klart för mig vad som verkligen frågas efter. Jag har velat slutföra denna process på ett trovärdigt och tillförlitligt sätt, med enorm respekt för materialet som systematiskt och noggrant analyserats för att kunna återge så tillförlitliga resultat som möjligt.

Beträffande *generaliserbarheten* av resultaten tror jag väldigt starkt på att resultaten som nåtts på basen av intervjumaterial bland hemvårdschefer från tre städer i svenskfinland är generaliserbara inom hemvården överlag i Finland. Hemvårdsarbetet som ordnas av kommunerna i landet ser ändå så pass lika ut var man än befinner sig i Finland, att de faktorer som bidrar till chefernas arbetshälsa och arbetsvälmående inom hemvården kunde tänkas vara rätt så samma. Skulle generaliserbarheten lida tror jag den mest skulle lida beträffande den fysiska arbetsmiljöns skillnader runt i landet, om vi tänker oss hemvård i glesbygden där hemvårdare helt enkelt måste köra bil istället för att få fysiskt motionera vid förflyttning mellan klienterna.

Funderar man sedan på generaliserbarheten av resultaten för chefer inom hälso- och socialbranschen tror jag också att resultaten till en stor del är generaliserbara. Igen skulle jag våga påstå att det som inte är generaliserbart skulle vara beträffande den fysiska arbetsmiljön, som inom hemvården överlag är väldigt annorlunda än t.ex. hälsocentraler eller sjukhus. Annars tror jag att faktorerna gällande den psykosociala miljön och de personliga hälsoresurserna skulle se rätt så lika ut. Arbetsplatsens inverkan på samhället skulle naturligtvis lite påverkas, eftersom t.ex. sjukhus och hemvården har lite olika vinkling där. Överlag skulle det vara intressant ifall en likadan studie utfördes bland chefer som arbetar exempelvis på sjukhus eller hälsocentraler.

Ifall resultaten är generaliserbara utöver den egna branschen är en väldigt intressant fråga. Ledarskap och chefsarbete har ju vissa särdrag oberoende bransch, så visst kan jag tänka mig att en del säkerligen är generaliserbart, mest troligen igen gällande de psykosociala faktorerna samt de egna hälsoresurserna i arbetet. Ändå kan man ju fråga sig ifall chefer med en bakgrund inom hälsa- och välfärd och chefer med bakgrund inom t.ex. ekonomi förhåller sig lika till vad som belastar eller bidrar till den egna arbetshälsan och det egna arbetsvälmåendet. Jag tror alltså att resultaten säkerligen är generaliserbara inom hemvården i Finland, antagligen är generaliserbara inom hälso- och socialbranschen och eventuellt delvis generaliserbara även utöver den egna branschen.

9.2 Kritisk tillbakablick

Eftersom detta mastersarbete skrevs ur en hälsofrämjande synvinkel kunde säkerligen en annan synvinkel ha resulterat i annorlunda analysresultat från intervjumaterialet. Exempelvis kunde en ledarskapsvinkel ha fokuserat på andra aspekter i materialet, eller resulterat i en annorlunda gruppering av de teman som framstod ur materialet. Den hälsofrämjande synvinkeln valdes dock delvis på basen av materialet som jag fick tillgång till, eftersom själva intervjuguiden fokuserade starkt på just den aspekten. Det verkade alltså rimligt för mig att hitta svar på hälsofrämjande frågor ur det materialet jag fick ta del av. Likaså var en hälsofrämjande vinkel det naturliga valet, då detta är ett mastersarbete inom masterprogrammet för Hälsofrämjande på Yrkeshögskolan Arcada och jag är legitimerad företagshälsovårdare redan sen tidigare. Personligen är jag nöjd med valet, och tror att den hälsofrämjande vinkeln gav ett mervärde till resultaten.

Vidare har även valet av den teoretiska referensramen styrt hela arbetets fokus och gång. Den modell Burton (2010) tog fram för WHO är en universell modell – den tar fasta på grunderna till hälsa i arbetet på ett sätt som kan utvärderas så väl i Finland som överallt i världen. Eftersom den är universell har den såklart även sin svaghet just i det: en modell som är gjord för att fungera för olika yrken både i utvecklingsländer så väl som t.ex. Finland är inte skraddarsydd för någon. Med detta menar jag att en modell som skulle ta i beaktande till exempel vårddyrket, specifikt chefsarbetet eller det finländska samhällets särdrag kunde ha lämpat sig bättre. Också Burton (2010 s. 98-99) själv poängterar att denna modell enbart är en vägledare: det är värt att minnas att arbetsplatser existerar i ett mycket större kontext där politik, lagar, ekonomi osv. också spelar en roll och såklart kommer att påverka möjligheterna för hälsa på arbetsplatser. Likaså använder sig Burtons (2010) modell av Maslow's behovspyramid som fått en del kritik – bland annat ifall man ens kan försöka sig på en hierarkisk ordning gällande människor grundbehov. Ändå är jag nöjd med valet av den teoretiska referensramen, eftersom jag anser att den ger detta mastersarbete en mer internationell vinkling och ger resultaten en viss jämförbarhet, ifall exempelvis en liknande studie skulle förverkligas någon annanstans i världen. Innan jag gjorde valet funderade jag bl.a. på Arbetsförmågehuset av Arbetshälsoinstitutet eller

Comp HP (Core competencies framework for Health Promotion) som teoretiska referensramar, men vinklingen av dessa med tanke på mitt syfte och mitt material var ändå lite fel.

Vad gäller forskningsfrågorna kunde de ha formulerats på ett flertal olika sätt, men jag valde att hålla dem så neutrala som möjligt genom att fråga efter faktorer som ”bidrar till”, inte till exempel ”faktorer som påverkar positivt” eller ”påverkar negativt” på den upplevda arbetshälsan och arbetsvälmåendet. Orsaken bakom detta val var att bland en grupp med 11 informanter fanns t.ex. både de som tyckte att utvecklingsarbeten inom hemvården påverkade deras arbetsvälmående positivt, medan en del uttryckte motsatta åsikten. Då skulle inte en rättvis uppställning av resultaten egentligen kunna placera ”utvecklingsarbeten” under varken positiva eller negativa faktorer, medan det säkerligen kan kallas en bidragande faktor. Det blev visserligen ändå klart för mig under analysprocessen att även om jag strävat efter en neutralare klang för detta mastersarbete upprepades vissa belastande företeelser av så många informanter att de inte heller kunde ignoreras eller kallas för bidragande faktorer, då ”att bidra” ändå är synonymt med hjälpa/understödja/gynna. De krävde och var värda en egen kategorisering. Jag valde då att kalla den kategorin för ”belastande faktorer”, för att använda samma uttryck som används redan i bakgrundsdelen av detta mastersarbete, och för att fortfarande hålla en neutralare klang genom arbetet. Jag är själv nöjd med forskningsfrågorna, och anser att de blivit besvarade.

9.3 Fortsatt forskning inom ämnet

När det gäller fortsatt forskning inom ämnet är det säkerligen något som skulle behövas, eftersom liknande forskning bland chefer inom hemvården i vårt land inte fanns tillgänglig.

Inom NURED projektet gjordes fokusgruppsintervjuer med samma intervjuguide på samma enheter bland personalen. Att analysera det materialet med samma metod och samma teoretiska referensram skulle säkerligen ge intressanta resultat, och jämförelsen mellan personalens och chefernas synpunkter vore säkerligen väldigt givande att ta del av. Likaså kunde det finnas skäl för att kombinera resultaten från NUREDs kvantitativa resultat från frågeformuläret som skickades ut till hemvårdsenheter i Finland, med de

kvalitativa resultaten från dessa intervjuer. Det skulle också vara väldigt intressant att jämföra det finska materialets resultat med material från de andra deltagarländerna inom NURED projektet – finns det skillnader i hur cheferna mår inom arbetet i Finland, Lettland, Estland och Sverige? Säkerligen.

När det gäller den teoretiska referensramen, dvs. Burtons modell från 2010, ger den upphov till fortsatt forskning. Istället för den yttre ringen med de fyra stigarna kunde man fokusera på den inre ringen, som illustrerar hur hälsofrämjande åtgärder planeras och förverkligas, eller fokusera på den allra innersta kärnan där ledarskap och engagemang tillsammans med arbetstagarnas delaktighet roterar kring etiska principer och värden.

Vidare vet vi heller ingenting egentligen om hurdant ledarskap som utövas bland cheferna inom hemvården i Finland. Att jämföra dessa resultat gällande deras egna arbetshälsa och arbetsvälmående med hur deras eget sätt att leda inverkar på det kunde ge en inblick i hurdant ledarskap som bidrar eller inte bidrar till chefernas egna välmående.

För att öka arbetslivsrelevansen av dessa resultat kunde man även på basen av dem planera, tillsammans med hemvårdsenheterna som deltog i intervjutillfällena, ett hälsofrämjande program för cheferna inom hemvården samt sedan följa med förverkligandet av det programmet. Samtidigt skulle det även kunna validera de analysresultat jag nu gjorde: gjorde jag rätt anknytningar, lyfte jag fram rätt teman? Att sedan göra nya fokusgruppsintervjuer en tid efter det hälsofrämjande ingripandet kunde ge en inblick i ifall det fungerade eller inte, dvs. ifall upplevelsen av chefernas egna arbetshälsa och arbetsvälmående kunde förbättras på basen av vad de själv förde fram i intervjuerna 2018.

KÄLLOR / REFERENCES

- Alahautala, T. & Huhta, H-R. 2018. *Johda terveyttä: työnantajan opas*. Alma Talent, Helsingfors.
- Antonovsky, Aaron. 1987 (2005). *Hälsans mysterium*. Andra utgåvan. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm, Sverige.
- Arbetskyddsförvaltningen 2017. *Kotihoito kuormittaa monia työntekijöitä, mutta osa työpaikoista on onnistunut vähentämään kuormitusta*. Tillgänglig: <https://www.tyosuojelu.fi/-/kotihoito-kuormittaa-monia-tyontekijoita-mutta-osa-tyopaikoista-on-onnistunut-vahentamaan-kuormitusta>; hämtad 14.3.2020.
- Arcada, 2019. God vetenskaplig praxis i utbildning och forskning vid Arcada. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_utbildning_och_forskning_vid_arcada.pdf; hämtad 7.2.2020.
- Anttonen, H. & Räsänen, T. 2009. *Työhyvinvointi – uudistuksia ja hyviä käytäntöjä*. Työterveyslaitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-802-950-5> (pdf)
- Burton, J. & World Health Organization, 2010. *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and supporting literature and practice*. World Health Organization. https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf
- Dalen, Monica. 2008. *Intervju som metod*. Gleerups Utbildning AB, Malmö.
- Eriksson, Katie. 2018. *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet – Om det tidlösa i tiden*. Samlingsverk av Katie Eriksson. Liber, Stockholm.
- Finlex 1326/2010: Hälsö- och sjukvårdslagen. Tillgänglig: <https://finlex.fi/sv/laki/smur/2010/20101326>; hämtad 16.4.2020.
- Finlex 21.12.2001/1383: Lag om företagshälsovård. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383>; hämtad 30.12.2019.
- Forskningsetiska delegationen, 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Tillgänglig: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf; hämtad 7.2.2020.
- Grönlund, A. & Stenbock-Hult, B, 2014. *Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap*. Vård i Norden 1/2014. Publ. no. 111vol. 34 no. 1 s. 36–41
- Jacobsen, Dan. 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. 2. upplagan. Studentlitteratur.
- Juuti P. & Vuorela A. 2002. *Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi*. PS-kustannus Oy, Jyväskylä.
- Kehusmaa S., Alastalo H., Hammar T., Luoma M-L. 2018. Kolmasosa vanhuspalvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa – asiakkaita kotihoidossa on yli puolet . Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN_ISBN_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y; hämtad 9.2.2020.
- Kehusmaa, S. & Hammar, T. 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta>; hämtad 9.2.2020.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. 2014. *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 5th Edition. ISBN 978-1-4833-6524-4. Sage Publications.
- Kröger T., Van Aerschot L. & Puthenparambil J. M. 2018. Hoitotyö muutoksessa – Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän Yliopisto. YFI julkaisuja – YFI publications 6. Tillgänglig: <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/57183>; hämtad 7.2.2020.
- Köppe, C., Kammerhoff, J. & Schütz, A. 2018. "Leader-follower crossover: exhaustion predicts somatic complaints via StaffCare behavior", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 33 No. 3, pp. 297-310. <https://doi.org/10.1108/JMP-10-2017-0367>
- Laitinen J, Turpeinen M, Korkiakangas E, Kaksonen T, Oksanen T, Salmi A, Lusa S, Ahola S ja Promo@Work-konsortio. 2018. *Mars matkalle! – Terveystä työpaikoille*. Työterveyslaitos.
- Lampinen, M., Viitanen, E. & Konu, A., 2015. *Sense of community and job satisfaction among social and health care managers*, *Leadership in Health Services*, Vol. 28 No. 3, pp. 228-244. <https://doi.org/10.1108/LHS-09-2014-0067>
- Love, M., Tendick-Matesanz, F., Thomason, J., Carter, D., Glassman, M. & Zanoni, J. 2017. "Then They Trust You ...": *Managing Ergonomics in Home Care*. NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy. Vol. 27. No. 2, pp 225-245. <https://doi.org/10.1177/1048291117712544>

- Lökke, A. & Madsen, H. 2014. "Public sector managers and work stress", International Journal of Workplace Health Management, Vol. 7 No. 2, pp. 105-120. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-03-2013-0009>
- Maslow, A., 1943. A Theory of Human Motivation. Psychological Review, Vol. 50 No. 4.
- Nilsen, E., Olafsen, A., Steinsvåg, A., Halvari, H. & Grov, E. 2016. *Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care.* Journal of Multidisciplinary Healthcare. 9: pp. 153-161. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640>
- Nutbeam, Don. 1998. Health promotion glossary. HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL, Vol. 13 No. 4., s. 349-384. Oxford University Press.
- Perry, M., Mulligan, H. & Smith, C. 2017. *How do professional caregivers perceive their health and well-being?*, International Journal of Workplace Health Management, Vol. 10 No. 6, pp. 434-449. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-05-2017-0029>
- Piirainen, Outi. 2015. Työhyvinvointi ja työhyvinvoinnin johtaminen kotihoidossa: työntekijänäkökulma. Pro-gradu tutkielma, Lääketieteen laitos, Itä-Suomen Yliopisto.
- Robertson, I. & Cooper, G. 2011. *Well-being, Productivity and Happiness at Work.* CPI Antony Rowe. Chippenham & Eastborne.
- Sairaanhoitajaliitto 2020. Työhyvinvoinnin johtamisreppu. Tillgänglig: <https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/tyohyvinvoinnin-johtamisreppu/>; hämtad 11.3.2020.
- Sinervo, Timo. 2019. Challenges in Finnish home-care and competence needs. Presentation. Social och Hälsovårdsministeriet, 2020. *Hemvård och hemservice.* Tillgänglig: <https://stm.fi/sv/hemvard-och-hemservice> ; hämtad 16.4.2020.
- Suarez, R., Agbonifo, N., Hittle, B., Davis, K., Freeman, A. 2017. *Frequency and Risk of Occupational Health and Safety Hazards for Home Healthcare Workers.* Home Health Care Management & Practice. Vol. 29 No. 4, pp 207-215. <https://doi.org/10.1177/1084822317703936>
- SuPer.fi. Paavola, Seija. 2018. Mieliä: Kotihoidon kriisi syvenee. Tillgänglig: <https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/mielipide-kotihoidon-kriisi-syvenee/>; hämtad 7.2.2020.
- Svenska YLE. 2019. "Bristen på svenskspråkig personal blir värre hela tiden" - så här ser hemvården ut i Helsingfors. Tillgänglig: <https://svenska.yle.fi/artikel/2019/07/05/bristen-pa-svensksprakig-personal-blir-varre-hela-tiden-sa-har-ser-hemvarden-ut-i> ; hämtad 8.2.2020.
- Tehy.fi, 2018. Kotihoidon työpaine on Pohjoismaiden pahin – tutkijat puhuvat jo syöksykierteestä. Tillgänglig: <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/kotihoidon-tyopaine-pohjoismaiden-pahin-tutkijat-puhuvat-jo-syoksykierteesta>; hämtad 9.2.2020.
- THL. 2019. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018. Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat> Hämtad den 13.9.2019.
- THL. 2020. Kotihoito. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>; hämtad 16.4.2020.
- TTL.fi a): Työhyvinvointi (2020). Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>; hämtad 8.2.2020.
- TTL.fi b): Terveiden edistäminen (2020). Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/terveyden-edistaminen-tyopaikalla/>; hämtad 11.3.2020.
- Tones, K. & Tilford, S, 1990. *Health Promotion – Effectiveness, efficiency and equity.* Tredje utgåvan, Nelson Thornes Ltd, Storbritannien 2001.
- Valvira, 2017. *Service som ges hemma.* Tillgänglig: <https://www.valvira.fi/web/sv/socialvard/socialvardstjanster/service-som-ges-hemma>; hämtad 16.4.2020.
- Vehko, T; Sinervo T; Josefsson, K. *Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava.* Tutkimuksesta tiiviisti 11, kesäkuu 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Virtanen, P. & Sinokki, M. 2014. *Hyvinvointia työstä – työhyvinvoinnin kehittyminen, perusta ja käytännöt.* Tietosanoma Oy, Helsingfors; tryckt i Tallinn.
- WHO, 1948 (2006). Constitution of the World Health Organization. Tillgänglig: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; hämtad 1.2.2020.
- WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- World Medical Association, 1964. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects . Tillgänglig: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>; hämtad 1.10.2019
- Zoeckler, Jeanette. 2017. *Occupational Stress Among Home Healthcare Workers: Integrating Worker and Agency-Level Factors.* NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy. Vol 27. , No 4., pp 524-542. <https://doi.org/10.1177/1048291117742678>

BILAGOR

Bilaga 1: NURED Aligned Curricula for home-care nursing

The course aim

The overall aim of the NURED aligned curricula is to develop vocational education training and higher education training students' knowledge and practical skills in the homecare and nursing context (elderly care and chronic conditions) about stress, time management, ergonomics, team work, ICT and pedagogical attitude and way of work in intellectual disability practice.

Teaching and learning methods

Teaching and learning methods to use are blended learning/flipped classroom inspired in a mixture of traditional lectures, short video recorded lectures, discussions, case study, seminars, group work, individual and group reflection sessions, simulations, on-line/web materials (for example attitude and self-evaluation tests, interactive tests, animations and chats) use and test of web applications, seminars and course literature reading.

Guidelines, assessments and grading

Teachers guidelines, course literature (and other learning material), assessments, grading procedures are worked out and the responsibility on the institutions being the host of the vocational and higher education training. The curricula require continuously revisions regarding rapid society and technology development and changes.

EQF5 and EQF6 refers to: <https://ec.europa.eu/ploteus/content/descriptors-page>

Overall aim for course module	Learning outcomes after completed course the student will (EQF 5)	Learning outcomes after completed course the student will (EQF 6)
Module 1: Team-work and professional skills in the home care setting (5 ECTS) The aim of the course module is that the student understands the meaning of preven-	<ol style="list-style-type: none">1. be familiar with the normal ageing process and can identify variations from normal ageing.2. be familiar with the specific care needs of the patient, including medication administration, nutrition and rehabilitation.3. be able to plan, implement and evaluate a patient'	<ol style="list-style-type: none">1. have competence regarding the normal ageing process and can identify variations from normal ageing.2. have clinical competence in the specific needs of the patient, including medication administration, nutrition and rehabilitation.3. be able to plan, implement and evaluate a patient' care in the home care setting, and

<p>tion and health promoting actions in the field of homecare and outpatient care. The student gains a deeper understanding of and competence in the care for the patient. The student gains an understanding for the multi-professional collaboration between institutional care and outpatient care and the continuity of care. The student learns to collaborate in inter-professional teams in a person-centred way.</p>	<p>care in the home care setting.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. know how to assess a patient's status over the phone and knows who to consult. 5. be familiar with the specific aspects of the multi professional team in home care. 	<p>further to supervise other team members.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. have competence in how to assess a patient's status over the phone and how to plan the care after consultation. 5. have competence in the specific aspects of the multi professional team in home care and knows how to plan and delegate the work accordingly
<p>Module 2: Occupational stress, stress and time management (3 ECTS) The aim of the course module is to develop knowledge and practical skills in occupational health, stress impact to health, stress and time management in nursing context.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. be familiar with occupational health concept and be able to list occupational risk factors and common occupational diseases 7. know basics of ergonomics and use appropriate ergonomic techniques 8. know concept of stress and its definitions 9. know basics of non-specific adaptive reactions and general adaptation syndrome 10. be familiar with chronic stress effects on body and health related issues know burnout relation to chronic stress, its impact on health and professional performance 11. be familiar with professional quality of life concept, and well-being at work 	<ol style="list-style-type: none"> 6. be familiar with occupational health concept and be able to evaluate and classify occupational risk factors, and explain health outcomes 7. know most common occupational diseases and be able to explain basic aetiology 8. be able to demonstrate advance knowledge in ergonomics and use appropriate ergonomic techniques 9. know concept of stress and its definitions and explain acute and chronic stress reactions 10. explain stress systems as non-specific adaptive reactions and general adaptation syndrome 11. demonstrate knowledge and understanding about chronic stress effects on body and psychosomatics 12. explain burnout relation to chronic stress, its impact on

	<ul style="list-style-type: none"> 12. be familiar with different levels of occupational risk factor prevention programs 13. use preventive methods to reduce stress impact 14. use more effective stress and time management and scheduling of work time 	<ul style="list-style-type: none"> health and professional performance 13. be able to explain professional quality of life concept and assess well-being at work 14. know different levels of occupational risk factor prevention programs and choose most convenient in certain circumstances 15. use and can teach usage of preventive methods to reduce stress impact 16. use and integrate more effective stress and time management in every day work life
<p>Module 3: E-services and e-products (5 ECTS) The aim of the course module is to reorient at the market of e-products and e-services and support patients in applying and using the products and services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 15. be able to describe different e-products and e-services at the market 16. have knowledge to find information about e-services and e-products via internet 17. explain mutual connections between e-services and e-products 18. be able to notify possible problems and manage the identified problems/conflicts 19. co-operate with companies offering e-services and products according to special target group 20. supervise the patient on using e-services and products 	<ul style="list-style-type: none"> 17. be able to analyse connections between patients and different e-products and e-services at the market 18. have knowledge to find information about e-services and e-products via internet and by using suitable networking system 19. explain mutual connections between e-services and e-products and refer to possible problems 20. be able to notify possible problems and is able to manage the identified problems/conflicts 21. co-operate with companies offering e-services and products according to special target group 22. supervise the patient on using e-services and products 23. manage homecare teams
<p>Module 4: Pedagogical attitude and way of work (PFA) in intellectual disability practice in the home care context (3 ECTS) The aim of the course module is to learn to</p>	<ul style="list-style-type: none"> 21. be able to reproduce PFA's history and the initiatives to develop PFA 22. be able describe cognition, mentalisation, perception and central coherence and applied in own daily life 	<ul style="list-style-type: none"> 24. be able to reproduce PFA's history and the initiatives to develop PFA 25. be able describe cognition, metacognition (mentalisation), perception and central coherence and applied in own thinking 26. have knowledge about intellectual disability (ID) and its

<p>practice PFA when supporting people with intellectual disability in the homecare context. Further, the aim is, by point of departure in knowledge and understanding of the brain, cognition, adaption cognitive skills, intellectual disability and autism understand and grasp the basic practice of PFA founded in the theory of salutogenesis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 23. know about intellectual disability (ID) and its influence on cognitive functions applicable in-home care context 24. have knowledge of how stress effects on functioning and how it affects people with ID 25. have skills to create/develop adaptations compensating difficulties and increasing independency 26. be able to discuss benefits of practising PFA in the home care context. 	<p>influence on cognitive functions applicable in-home care context and manage to solve complex and unpredictable problems</p> <ol style="list-style-type: none"> 27. know how stress effects on functioning and how it affects people with ID and, manage to solve unpredictable problems that stress can create, further advanced understanding knowledge of the field of work or study how it is related to cognition and needs of control 28. have an understanding of theories and principles of cognitive functions and ID, and skills to create/develop adaptations, compensating difficulties and increasing independency 29. be able to discuss benefits of practising PFA in the home care context and take responsibility in increasing quality of life for the person with ID or autism
--	---	--

Source & Copyright: NURED, an EU-funded Interreg Central Baltic Project

Visit the NURED Homepage for more info: <https://www.arcada.fi/en/research/project/nured>

Bilaga 2: Tabell över informationssökning för tidigare forskning

Datum	Sökord	Databas	Träffar/valda
5.10.2019	<i>“home care” AND nurse AND “occupational health”</i>	SAGE	92/3
5.10.2019	<i>”occupational health” AND “home care” AND nursing</i>	EBSCO	163/0 (en del samma som ovan)
5.10.2019	<i>middle-managers AND nursing AND occupational well-being</i>	Emerald	117/2
5.10.2019	<i>middle-managers AND nursing AND health</i>	Emerald	63/0
12.2.2020	<i>“middle-manager” AND “occupational health”</i>	Emerald	142/1
12.2.2020	<i>occupational health and home-care</i>	Cinahl	10/0
12.2.2020	<i>occupational health and middle-managers or middle management</i>	Cinahl	4/0

12.2.2020	« <i>home care</i> » AND « <i>occupational well-being</i> »	Emerald	136/1
15.2.2020	<i>kotihoito ja työhy- vinvointi</i> "-theseus"	Google Scholar	1250 (som ändå in- nehöll för det mesta studier på bachelor- nivå från Theseus) / 1
15.2.2020	<i>hemvård och ar- betsvälmående</i>	Google Scholar	6/0
15.2.2020	<i>hemvård och ar- betshälsa</i>	Google Scholar	19/0

Bilaga 3: Intervjuguide för fokusgruppsintervjuerna bland chefer inom hemvården, av Anu Grönlund / NURED-projektet

Intervjuguide

Syftet med avhandlingen är att belysa och främja de faktorer som främjar arbetsrelaterad hälsa, motivation och kompetens i arbetet bland hemvårdspersonal. Fenomenet som jag vill belysa är hemvårdspersonalens välmående i arbetet.

Forskningsfrågan för denna studie är: Hur beskriver hemvårdspersonalen sitt välmående i arbetet?

- Vem är jag, min bakgrund, varifrån kommer mitt forskningsintresse.
- Tystnadsplikt, samtycke etc.
- Det finns inga rätt/fel svar

Struktur för intervjuguide (enligt Casey & Kruger, 2015)

- Öppnande fråga
Berätta ditt namn och hur länge du arbetat med vård/på den här arbetsplatsen
- Introducerande frågor
Vilka förväntningar har du på projektet? Mitä odotuksia sinulla on tästä projektistä?
- Övergångsfrågor
Vilka faktorer var det som fick dig att söka dig till den här arbetsplatsen/det här arbetet?
Mikä tekijät sai sinut hakeutumaan tähän työhön/tälle työpaikalle?
Kan du ge exempel på vilka faktorer det är som bidrar till att du stannar i ditt arbete?
Voitko antaa esimerkkejä niistä asioista jotka saavat sinut pysymään tässä työssä?
Vad motiverar dig i ditt arbete?
Mikä motivoi sinua työssäsi?
Vilken roll har relationer på arbetsplatsen för din arbetsrelaterade hälsa?
Mikä vaikutus työpaikan ihmissuhteilla on sinun työhyvinvointiisi?

- Nyckelfrågor

Hur skulle du beskriva ditt välbefinnande i arbetet?

Miten kuvailisit työhyvinvointiasi?

Vad i ditt nuvarande arbete bidrar till din arbetsrelaterade hälsa?

Mikä nykyisessä työssäsi vaikuttaa työhyvinvointiisi?

Vad betyder arbetsrelaterad hälsa för dig?

Mitä työhyvinvointi merkitsee sinulle?

Kan du ge exempel?

Voitko antaa esimerkkejä?

- Avslutande frågor

Om du tänker tillbaka på det vi pratat om idag, vad skulle du lyfta fram som det viktigaste?

Jos ajattelet niitä asioita mistä olemme tänään puhuneet, mikä olisi mielestäsi tärkein?

Efter att jag nu sammanfattat det vi pratat om idag, tycker ni att jag fått med det centrala?

Nyt kun olen vetänyt yhteen sen mistä tänään puhuimme, olenko saanut mukaan kaiken keskeisen?

Finns det ännu något som vi inte pratat om, men borde ha?

Onko vielä jotain mistä meidän pitäisi puhua?