

Modularbetets inverkan på vårdarnas välbefinnande

Ett pilotprojekt i modularbete på ett effektiverat
serviceboende

Maarit Mitts

Examensarbete för högre högskoleutbildning inom social- och hälsovård

Vasa 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Maarit Susanna Mitts

Utbildning och ort: Högre YH inom social och hälsovård, Vasa

Inriktning: Ledarskap och utveckling

Handledare: Susanne Jungerstam

Titel: Modularbetets inverkan på vårdarnas välbefinnande – ett pilotprojekt på ett effektiverat serviceboende

Datum: 26.04.2022 Sidantal: 67

Bilagor: 2

Abstrakt

Ämnet för arbetet är att undersöka ifall modularbete har någon inverkan på vårdarnas arbetsvälbefinnande. Syftet är att se hur modularbetet inverkar på vårdarnas välbefinnande och målet var att kunna identifiera de faktorer som påverkar vårdarnas arbetsvälbefinnande. Genomförandet gjordes som en undersökning som innehöll en testperiod för modularbete samt en före och efter enkät där vårdarna fick utvärdera sitt arbetsvälbefinnande. Enkäterna jämfördes sedan med varandra och utifrån vad de svarade utformades resultatet.

Modularbete är ett mera strukturerat och autonomt arbetsätt inom vården där avdelningarna delas in i olika moduler och var arbetare har sin egen modul att sköta om. De avdelningar som deltog i pilotprojektet delades klienterna in i moduler på 4 för morgonskift och i moduler på 5 för kvällsskift. Var arbetare på skiften tilldelades en modul som de sedan arbetade i. Vid behov hjälpte man med t.ex. klienter som behöver 2 vårdare eller där var kompetens inte räckte till.

Resultatet för undersökningen var att vårdarna ansåg att modularbetet hade förbättrat deras arbetsvälbefinnande. Det minskade på stressen, både den fysiska och psykiska, ökade deras autonoma arbete, möjliggjorde bättre vård och gjorde arbetet mera jämlikt. Det slutliga konklusionen är att vårdarna ansåg att modularbetet förbättrade deras välbefinnande att det bestämdes att avdelningen fortsätter med modularbete.

Språk: svenska

Nyckelord: välbefinnande, arbetsvälbefinnande, modularbete, vårdare, effektiverat serviceboende

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Maarit Susanna Mitts

Koulutus ja paikkakunta: Ylempi AMK sosiaali- ja terveysala, Vasa

Suuntautumisvaihtoehto: Johtajuus ja kehittäminen

Ohjaaja(t): Susanne Jungerstam

Nimike: Moduulityöskentelyn vaikutus hoitajien työhyvinvointiin - pilottiprojekti
ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa

Päivämäärä 26.4.2022 Sivumäärä 67 Liitteet 2

Tiivistelmä

Työn aihe on tutkia moduulityöskentelyn vaikutus hoitajien työhyvinvointiin. Työn tarkoitus on nähdä miten moduulityöskentely vaikuttaa hoitajien hyvinvointiin ja tavoitteena on tunnistaa tekijät jotka vaikuttavat hoitajien työhyvinvointiin.

Suoritus tapahtui tutkimuksena, joka sisältää moduulityöskentelyn testijakson sekä ennen että jälkeen kyselylomakkeen, missä hoitajat saivat arvioida omaa työhyvinvointia. Lomakkeet vertailtiin keskenään ja vastauksista muodostui tulos.

Moduulityöskentely on strukturoitu ja autonominen työtapa jossa osasto jaetaan moduuleihin ja jokaisella työntekijällä on oma moduuli hoitaakseen. Projektiin osallistuvat osastot jaettiin moduuleihin missä oli 4 tai 5 asukasta jokaisessa moduulissa riippuen oliko kyseessä aamuvuoro vai iltavuoro ja jokainen työntekijä sai työvuoron alussa oman moduulin. Tarvittaessa he auttoivat toisiaan työvuoron aikana, mikäli tarvittiin 2 hoitajaa tai jos kompetenssi ei riittänyt.

Tutkimuksen tulos oli, että hoitajien mielestä moduulityöskentely oli parantanut heidän työhyvinvointiaan. Moduulityöskentely vähensi stressiä, niin fyysistä kuin psyykkistä, paransi heidän itsenäistä työskentelyä, mahdollisti parempaa hoitoa asukkaille sekä teki työstä tasavertaisempaa. Lopullinen päätelmä oli, että moduulityöskentely on parantanut selvästi työntekijöiden hyvinvointia ja osasto jatkaa moduulityöskentelyllä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Hyvinvointi, työhyvinvointi, hoitaja, moduulityöskentely, tehostettu palveluasuminen

Master's degree

Author: Maarit Susanna Mitts

Degree Programme: Master's program in Social and Healthcare

Specialisation: Leadership and development

Supervisor(s): Susanne Jungerstam

Title: The effects of modular nursing on nurses' well-being – a pilot study in an elderly care facility

Date 26.04.2022 Number of pages 67

Appendices 2

Abstract

The aim of this thesis is to examine if a modular nursing work system has any impact on nurses' well-being. The aim for this study is to see if the modular nursing working system has any benefits regarding on nurses well-being with the goal being to identify the subjects that affects nurses' wellbeing. The method of the study was to implement a modular nursing working system, and one before and one after questionnaire where the nurses evaluate their well-being. The questionnaires were then compared with each other and a conclusion was made.

Modular nursing work system is a more autonomous and structural work system where the ward is divided into modules and each nurse gets his or hers own module to take care of during the shift. The ward was divided in 4 or 5 modules consisting of 4 or 5 clients in each module. Each nurse got his or hers own module to take care of in the beginning of the shift. If needed, they were helping each other for example when someone was needing care from 2 nurses or where the competence wasn't enough.

The conclusion of modular nursing was that the nurses found it increasing their well-being at work. It reduced stress, both physical and mental, improved their autonomy at work, made it possible to give better care and made the work more equal between nurses. The final conclusion was that the modular nursing working style had increased nurses' well-being so much that they decided to continue with it, even after the trial period ended

Language: Swedish

Key words: Well-being, work wellbeing, nurses, modular nursing, long time care facility

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och mål.....	2
3	Välbefinnande.....	2
3.1	Hedonistiska välbefinnande.....	5
3.2	Eudaimoniska välbefinnande.....	6
3.3	Psykologiskt välbefinnande.....	6
3.4	Fysiskt välbefinnande.....	7
3.5	Socialt välbefinnande.....	8
3.6	Människans behov.....	9
3.7	Det salutogena perspektivet.....	10
3.8	Självbestämmande teorin.....	12
3.9	Positiv psykologi.....	13
3.10	Stress.....	15
3.11	Sammanfattning.....	18
4	Välbefinnande på arbetsplatsen.....	20
4.1	Psykologiskt välbefinnande på arbetsplatsen.....	20
4.2	Fysiologiskt välbefinnande på arbetsplatsen.....	21
4.3	Socialt välbefinnande på arbetsplatsen.....	22
4.4	Beteende och motivation.....	23
4.5	Ledarens roll.....	25
4.6	Arbetsrelaterad stress.....	26
4.7	Att jobba i en förändring.....	29
4.8	Skiftesarbete.....	30
4.9	Konflikter och mobbning.....	31
4.10	Välbefinnande bland vårdarna.....	32
4.10.1	Psykiskt välbefinnande.....	33
4.10.2	Fysiskt välbefinnande och säkerheten inom vården.....	35
4.10.3	Socialt välbefinnande.....	36
4.10.4	Stress inom vården.....	36
4.10.5	Arbetsmotivation hos vårdare.....	37
4.11	Modulärt arbetssätt.....	39
4.12	Sammanfattning.....	40
5	Metodbeskrivning.....	42
5.1	Måluppfyllelsemodell som utvärderingsmetod.....	42
5.2	Forskningsetiska aspekter.....	43
5.3	Enkätundersökning som datainsamlingsmetod.....	44

6	Resultat.....	46
6.1	Det allmänna arbetsvälbefinnande bland vårdarna.....	48
6.2	Innan modularbete	49
6.2.1	Det självständiga arbetet.....	49
6.2.2	Teamarbete	50
6.2.3	Stress.....	52
6.2.4	Arbetssätt.....	53
6.2.5	Förväntningar på modularbete	54
6.3	Efter modularbete	55
6.3.1	Det självständiga arbetet.....	56
6.3.2	Teamarbete	57
6.3.3	Stress.....	59
6.3.4	Arbetssätt.....	61
7	Konklusion	64
8	Diskussion	66
9	Källförteckning.....	69

1 Inledning

Intresset för och mätning av välbefinnande har markant vuxit under de senaste årtionden. Intresset har vuxit i takt med att man i allt större grad har börjat förstå vikten av välbefinnande. Välbefinnande är ett svårdefinierat begrepp och definitionerna är många. Definitionen har förändrats över tid och forskare, filosofer, psykologer och socialvetare har gett sin egen definition på välbefinnande. (Linton, Dieppe & Medina-Lara, 2016).

Den åldrande befolkningen i Finland gör att behovet inom äldreomsorgen ökar och därmed ökar även behovet av service för de äldre (Institutet för hälsa och välfärd, 2022). Forskning har visat att de flesta vårdare är nöjda med sitt arbete och trivs bra på arbetsplatsen (Wallin, Jakobsson och Edberg, 2012), samtidigt som de säger att deras välbefinnande på arbetet försämras av den stress, både psykisk och fysisk, som arbetet medför. Den ökade stressen leder bl.a. till sjukskrivningar bland vårdpersonal. (Glasper, 2010; Hill, 2010; Brenna, 2017). Eftersom människan blir äldre behövs mera vårdare och det har blivit allt viktigare att försöka hålla vårdpersonalen motiverad och villig att stanna i yrkeslivet ända till pensionen (Wallin, Fjällman-Wiklund & Fagerström, 2022) Modularbete är ett mera strukturerat och individuellt arbetssätt bland vårdpersonal som ger vårdarna större bestämmande utrymme och bättre möjlighet till eget initiativ genom att dela upp klienterna på avdelningen så att alla vårdare får en egen modul att sköta om. Forskning har kommit fram till att ett strukturerat arbetssätt ökar arbetarnas välbefinnande och att ansvar och individuellt arbetssätt ökar motivationen. (Voutilainen & Laaksonen, 1994, s.74-76). Tidigare forskning visar att modularbete inte nämnvärt ökar på kvaliteten på vården men att det minskar på arbetarna stress och ökar deras välbefinnande genom att strukturera arbetet, ge vårdarna ett större utrymme att ta eget initiativ och ger dem mera ansvar. Genom att dela in avdelningen i moduler minskar risken för desinformation och dubbel arbete. (Campagna, Lanteri, Zanin, Fraternali, Sampiero, Gonella & Berchialla, 2011, s.80).

För att organisationen skall må bra är det viktigt att arbetarna mår bra och att man satsar på arbetarnas välbefinnande. Genom att ha motiverade och välmående arbetare ökar också effektiviteten av organisationen. Forskning har lyft fram vikten av inre och yttre motivationsfaktorer, sociala kontakter och kommunikation som viktiga punkter för att människan skall må bra på arbetet.

Denna undersökning utförs som ett utvecklingsarbete för ett effektiverat serviceboende för äldre med heldygnsomsorg, där det tas reda på om och hur modularbetet inverkar på vårdarnas välbefinnande. Pilotprojektet innehåller en 6 månaders provotid och undersökningen genomförs utifrån två enkäter och provotiden. Enkäterna kommer att jämföras med varandra och utifrån de svar som vårdarna ger görs en konklusion och det bestäms ifall modularbetet fortsätter eller ej. Avdelningen var undersökningen utförs är en demensavdelning. Resultatet kommer även att delas med resterande enheten och förmannen. Undersökningen görs i samråd med förmannen på enheten.

2 Syfte och mål

Ämnet för forskningen är hur modularbetet inverkar på vårdarnas välbefinnande och det kommer att utföras som ett utvecklingsarbete på ett effektiverat serviceboende. Syftet är att undersöka ifall välbefinnande ökar bland vårdarna efter övergång till modularbete. Målet med arbetet är att identifiera de faktorer som påverkar vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen. Det centrala är arbetarnas välbefinnande och det kommer att undersökas om modularbetet har en inverkan på stressnivån, teamarbetet och på det individuella arbetet.

Forskningsfrågor som arbetet skall ge svar på är följande:

- 1: Hur upplever vårdarna sitt arbetsvälbefinnande?
- 2: Hur inverkar modularbetet på vårdarnas välbefinnande?

3 Välbefinnande

Välbefinnande mäts på en bred skala och är brett definierat kvaliteten och tillstånd i en persons liv. Problemet med att mäta välbefinnande ligger i oenigheten i definitionen av välbefinnande och dess teoretiska bakgrund. Definitionerna skiljer sig åt och förväxlas ofta med relaterade ämnen såsom hälsorelaterad livskvalité, lycka och friskvård. Det finns många mätinstrument för att mäta välbefinnande, men ändå är det svårt att göra det. Detta beror på att det inte finns några klara kriterier över vad ett sådant instrument skall innehålla och dessutom finns det olika prioriteringar inom olika vetenskaper. Det anses vara ett realistiskt mål att få en gemensam mätare. Tvetydigheten orsakas även av de olika dimensioner av välbefinnande som finns: självacceptans, livstillfredsställelse, social integration samt biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska och andliga. Linton et al. (2016) har i sin

studie om mätinstrument hitta 99 olika mätinstrument som identifierat sammanlagt 196 olika dimensioner på välbefinnande. (Linton et al., 2016).

WHO definierar hälsa på följande sätt:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom). (World health organisation).

WHO:s definition har ändå kritiserats eftersom den menar att man skall vara "fullkomligt" frisk för att ha en god hälsa. Definitionen är ändå viktig eftersom den tar upp den flerdimensioneringen som finns av begreppet. (Rydén & Stenström 2015 s. 6)

Välbefinnande är ett brett begrepp och definitionen har varierat genom tiden och från person till en annan. Det som dessa definitioner ändå har gemensamt är att de på något sätt tangerar människans grundläggande behov samt de psykiska, fysiska och sociala tillfredsställande (Virtanen & Sinokki, 2014 s. 24-26). Det välbefinnande som människan känner formas av en balans mellan arbetet, fritiden, livs vanor, våra hobbyn samt våra relationer. (Paasivaara, 2009, s. 16). Välbefinnande kan vara både subjektivt, dvs. vad man känner, samt objektivt, dvs huruvida man har en sjukdom eller ej. Hälsan har alltså fler dimensioner än bara sjuk och frisk: man kan ha en sjukdom, men ändå uppleva att man mår bra, och man kan vara fysiskt frisk samtidigt som man känner att man inte mår bra. (Arén et al., 2006, s. 7). Forskning har kommit fram till att från en hälsosynvinkel är det mycket viktigt att förstå sig på hälsa och ha en bra hälsokunskap. Genom att öka hälsokunskapen och öka förståelsen för hur tillämpa den ökar människan också förståelsen för välbefinnande, och hälsan ökar. En begränsad hälsokunskap är förknippad med sämre fysisk hälsa och högre dödlighet medans en ökad kompetens ökar hälsotillståndet på alla aspekter och ökar även det subjektiva välbefinnande. (Fan, Peggy & Chung, 2020). Välbefinnande handlar å ena sidan om pengar, jobb och fysiska hälsa å andra sidan om våra känslor, emotioner samt psykologiska resurser. Välbefinnande kan påverkas av olika saker, så som t.ex. politiska aspekter. (Lambert et al., 2020, s. 6).

Det subjektiva välbefinnandet kan delas in i två delar: en kognitiv bedömning av tillfredsställelse med livet samt en affekt erfarenhet av positiva och negativa emotioner, eller det emotionella välbefinnande. (Connolly, Johansson-Sevä & Gärling, 2020). Tidig forskning om det subjektiva välbefinnandet handlade om upplevelsen av lycka i relation till välbefinnande. Teorin om det subjektiva välbefinnande har utvecklats och i slutet av 1970

talet och då började man mäta det genom tillfredsställelse. (Daven, Cummins & Stokrt, 2007). Den första att mynta begreppet subjektivt välbefinnande var Diener på 1980 talet som ett medel att försöka identifiera den delen av psykologin som försöker förstå människan utvärdering av livskvalitén, både kognitivt och affektiv. Studier inom subjektivt välbefinnande har inkluderat termer som lycka, hedonistisk nivå, tillfredsställelse med livet, moral samt positiv affekt. (Proctor, 2014).

Brolin (2017, s. 22) hävdar till Roger Qvarsell som menar att problemet med att ge en ordentlig beskrivning på hälsa och välbefinnande är den uppdelning mellan kropp och själ som finns i västvärlden och inom religioner. Speciellt inom kristendomen sägs själen gå över kroppen. Motsatsen till detta är den gamla grekiska tron om att kropp och själ lever i harmoni och är således en helhet och påverkar varandra. Under 1800-talet kom den kroppsliga hälsan med in i bilden och det blev viktigt med en stark kropp. Denna kroppskultur har levt vidare och idag präglas kroppskulturen över de ideal som medier och sociala medier lägger upp. Idag har även vikten av rätt kost för vårt välbefinnande ökat. En annan orsak till att det är svårt att ge en definition på välbefinnande är skillnaden mellan patogen och salutogen hälsosyn. Man kan säga att den patogena hälsosynen handlar om naturvetenskapligt perspektiv medans den salutogena handlar om humanistiskt perspektiv. (Brolin, 2017 s. 22).

Tidigare var religionen viktig för människan, men idag när religionen inte är en lika väsentlig del av vårt samhälle har människan måsta hitta andra sätt att orientera sig på. På så sätt har den egna kroppen blivit en del av identitetsskapandet. Brolin fortsätter med att hävda till Carl Cederström som har beskrivit det s.k. Wellness syndromet för vår definition på hälsa. Han menar att hälsa är idag en ideologi och att ordet synda har fått en ny betydelse. Det är inte mera att man brutit mod de 10 budorden, utan att man har ätit kolhydrater. Man blir fri från synden genom att träna och stäng diet. (Brolin, 2017, s. 23).

Brulde & Tengland (2003, s. 168) menar att man kan gå två vägar för att definiera hälsa: Det första sättet går ut på att man skall fokusera på en hälsonivå och beskriva de villkor som krävs för att uppfylla denna hälsonivå. Det andra alternativet är att man ger en dimensionell definition av hälsa, där hälsoförändringar och hälsojämförelser står i fokus.

Utgångspunkten i det humanistiska tänkesättet är hälsan och inte sjukdom där man utgår från människans upplevelser av välbefinnande. I det patogena synsättet uppnås hälsa genom att laga det som är trasigt, dvs. genom användning av medicin för att uppnå det som anses vara normalt. Sjukdomsbegreppet har följt den medicinska utvecklingen medans hälsobegreppet har fortsättningsvis starka band till filosofi, etik och religion. (Brolin, 2017, s. 24-25).

Huta (2015, s.2) har i sin översikt tagit fram att i en litteraturoversikt gjord år 2014 av Huta och Waterman som har hittat att definitionen av välbefinnande i forskning infallit i 4 kategorier: Inriktning, beteende, erfarenheter och fungerande. Inriktningen representerar vad en människa söker i livet och varför. Det inkluderar också värden, prioriteringar, motiv, ideal samt de mål som vägleder människans valda beteende. Beteende representerar de aktiviteter som människan ägnar sig åt. Erfarenheter inkluderar de upplevelser som representerar en persons tillfälliga eller subjektiva känslor, emotioner samt kognitiv-affektiva bedömningar. Den funktionella delen handlar om hur väl människan klarar sig i livet och hur långt människan kommit i sina förmågor, prestationer, hälsosamma vanor samt hälsosamma långsiktiga funktioner. (Huta 2015).

Forskare brukar säga att teorierna för välbefinnande kan delas in under två paraplyer och att de flesta sätter sig under någondera. Dessa två paraplyer är det hedonistiska och eudaimoniska välbefinnande. Inom forskning för välbefinnande har man försökt hålla dessa isär, men enligt ny forskning behöver människan dessa två för att kunna blomstra. Dessa är ej motsatser men kan heller ej utesluta varann. Det är alltså viktigt att ta i beaktande båda när man studerar välbefinnande. Dessa två kategorier är enligt Huta (2015) något som de flesta forskare anser att är de två huvudparaplyerna när det kommer till forskning av välbefinnande. (Huta, 2015).

3.1 Hedonistiska välbefinnande

Det hedonistiska välbefinnande härstammar från den grekiske filosofen Arisippus som beskriver välbefinnande som maximering av njutning och minimering av smärta, dvs människans upplevelse av positiva känslotillstånd och tillfredsställelse av önskningar. Psykologer har i deras försök på att ge en definition på hedonistiska välbefinnande hållit sig till Arisippus ursprungliga tanke. Den mest använda definitionen är Dieners tretrappsmodell av det subjektiva välbefinnande och innehåller tre komponenter: livstillfredsställelse samt en balans mellan positiv och negativ påverkan. Vissa forskare menar att den hedonistiska synen är ofullständig och menar att man inte kan begränsa välbefinnande till de omedelbara tillfredsställande upplevelserna. Det hedonistiska välbefinnande är relaterat till en nöjesinriktning på livet eftersom det betonar det större positiva känslotillstånd. (Disabato, Goodman, Jarden, Kashdan & Short, 2015). De variabler som definieras av hedonistiska synsättet har fokuset på ett visst tankesätt som inkluderar jaget, nuet, det påtagliga samt ett fokus på att ta och konsumera enligt det man vill och behöver. (Huta, 2015).

3.2 Eudainomiska välbefinnande

Det eudainomiska välbefinnande härstammar från Aristoteles tankar om att vara sann mot sig själv och betonar den personliga tillväxten. Aristoteles definierar ett bra liv som att leva upp till sin fulla potential i enighet med dygd eller förträfflighet. Det finns en mindre enighet bland forskare om vad som är eudaimonia än vad som är hedonistiskt. Det som dock är gemensamt för de flesta modeller är någon sort av personlig mening och tillväxt samt en uteslutande uttalen om en affekt komponent. En av de vanligaste teorierna är Ryff's syn på psykologiskt välbefinnande, dvs fokusen på den positiva mentala hälsan. Denna psykologiska välbefinnandemodell har använts för att studera samband mellan välbefinnande och personlighetsdrag, mental och fysisk hälsa, hälsosamt åldrande, familje- och yrkesupplevelser samt neurologiska processer. Eudainomia är starkt relaterat med en menings orientering till lycka och att söka mening i livet. Den betonar mening och syfte, tacksamsamhet och ensamhet, den betonar vikten av sociala relationer samt nyfikenhet och engagemang. Teorin involverar att utmana sig själv och söka efter personlig tillväxt. (Disabato et al., 2015, s. 471-473). Ryff's psykologiska välbefinnande består av sex begrepp: personlig tillväxt, mening med livet, omgivningens kunskap, autonomi, positiv relation till andra samt självacceptans. (Huta, 2015, s.10).

Enligt en annan definition har man hittat att det förekommer fyra olika typer av innehåll inom försöken att definiera eudainomiska välbefinnande: 1) Mening, värde, relevans i ett bredare sammanhang, 2) en personlig tillväxt, självförverkligande och mognad, 3) förträfflighet (excellence), etik och kvalitet samt 4) äkthet, autonomitet och integration. Dessa variabler är förknippade med ett tankesätt som inkluderar en balans mellan jaget och andra, mellan att fokusera på nuet och framtiden, en tendens till att styras av abstrakta och helhetsbilds koncept, samt att fokusera på att odla och bygga upp ens värderingar och visioner. (Huta, 2015, s.8-9).

3.3 Psykologiskt välbefinnande

Det finns många orsaker till varför välbefinnande är viktigt. Bl.a. har det visats att personer som mår bättre, är bättre på att visa medlidande, empati, prosocialt beteende, är mera socialt engagerade samt gör mera frivillig arbete. Dessutom gör de mera etiska val, röker mindre, rör på sig mera, är mera hälsosamma och tenderar att leva längre. (Lambert et al., 2020, s.3).

För att människan skall må bra bör livet vara i balans. Man skall inte bara må bra på jobbet, utan det är även viktigt med t.ex. sömn, kost och motion. För vår ork och återhämtning är

det viktigt med en regelbunden sömn vilket kan vara svårt i t.ex. yrken med skiftesarbete. Regelbunden sömn, dålig kost, fysisk inaktivitet samt psykosocial stress kan leda till till exempel magbesvär och ökad stress på sikt (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 66). Rydén & Stenström (2015, s. 2) menar att när en människa skadas eller blir sjuk är det inte bara fysiskt utan att det även har en inverkan på vårt psykiska mående samt på vårt sociala välbefinnande. Vad vi uppfattar som sjukdom är individuellt. Balansen i livet är mera känt i öst världen än i västvärlden, t.ex. Taoismen med sin teori om yin och yang som illustrerar den dynamiska processen av balans och harmoni genom två beroende porter. Tyvärr har synen på balans och harmoni inte beaktats lika stort i västvärlden, även om betydelsen är väl känd. (Lomas, Case, Cratty & Vanderwheele, 2021, s. 74).

Hur vi mår är en väsentlig del av vår hälsa, och livsstilsfaktorerna spelar en central roll i hur vi mår. Vi kan påverka vårt eget mående genom de val vi gör. Människan ”vet” hur man skall leva för att må bra, men man anser att det är svårt att leva så i praktiken. Många anser att de är styrda av andras värderingar och har lättare att uppfylla andras behov och se till att andra mår bra. Även om detta är viktigt är det än viktigare att man tänker hur man själv vill leva för att må bra och har det som en utgångspunkt. (Arén et al., 2006, s. 13).

3.4 Fysiskt välbefinnande

Fysisk hälsa är en viktig komponent när man mäter människans välbefinnande. Den fysiska hälsan har en stark korrelation med vår psykiska hälsa och är ofta inriktad på insatser för att öka vårt välbefinnande. Det har identifierats 4 stycken primära konditionskomponenter som har särskild effekt på hälsan: Cardioresporatorisk kondition, muskelkondition, flexibilitet och kroppssammansättning. Genom att förbättra dessa ökar den akademiska prestationen, minskar risken för faktorer associerade med sjukdom samt förbättrar uppfattningen om psykologiska självrapporteringsmått. (Oliver, Morton, Baldwin & Datta, 2020). Människan är skapt för att röra på sig och med en minskad aktivitet ökar risker för sjukdom och en för tidig död. En ökad fysisk aktivitet leder till bl.a. ökad stresshantering, bättre sömnkvalitet, starkare hjärta, starkare skelett, effektivare immunförsvar samt ökad muskelstyrka. Problem som den minskade fysiska aktiviteten har medfört är hjärt- och kärlsjukdom, typ 2 diabetes samt psykisk ohälsa. Fysisk aktivitet gör oss piggare, starkare och mera uthålliga vilket i sin tur leder till att vi klarar av vardagens påfrestningar bättre. (Andersson, 2020, s. 15-16, 24). Med hjälp av den fysiska konditionen kan vi främja vårt välbefinnande i såväl arbetet som på fritiden (Rauramo, 2008, s. 61).

3.5 Socialt välbefinnande

Forskning har visat att människan behöver ett socialt nätverk och att det sociala nätverket är en viktig psykologisk och fysiologisk resurs och kan ha en kapacitet till att förbättra hälsa och välbefinnande hos en individ. Kvaliteten och tillfredsställelsen är oftast mera viktig än hur många sociala kontakter man har. En av de viktigaste sociala relationerna man kan ha är kamratstödet. (Paasivaara, 2009, s.26) Forskning har visat att ett gott socialt stöd har en positiv inverkan både på den fysiska och psykiska hälsan. Även om sociala kontakter har visat sig ha en positiv inverkan på människans allmänna hälsa och välbefinnande, uppnår den sin funna potential enbart om människan känner att den kan dela identitet med en annan människa eller grupp. När en människa blir sjuk, kan en läkare hänvisa att ett socialt stöd kan göra helandet lättare, men det kan vara lättare att ordinera medicin än att mäta ifall den sociala anknytningen är tillräckligt. Det är således en subjektiv helande kraft. Det är även oklart hur mycket människor använder sig av den sociala anknytningen i bemärkelsen att förbättra sitt välbefinnande. Forskare har hittat att ju större och starkare en människas sociala anknytningar är, desto längre livslängd har man. Det har visat sig att isolerade människor har större risk för bl.a. stroke. Dåliga sociala kontakter kan leda till depression och ångest. (Jetten, Haslam, Haslam & Dingle, 2014 s. 106-108).

De sociala relationerna har förändrats genom tiden och i dagens läge kan det vara svårt för människan att hitta en grupp man känner samhörighet med och var man fritt kan prata om sina tankar och känslor. Tidigare har familjen varit en viktig social trygghet och man höll hårt i dessa relationer, men idag luckras familjerna upp samtidigt som de stora omsättningar på arbetsplatserna kan göra det svårt att hitta sig till rätta bland kollegorna. (Arén et al, 2006, s. 12). Rydén & Stenström (2015, s. 147) hänvisar till Caplan som i sin studie kommit fram till att det sociala stödet ökar individernas förmåga att hantera stress. De (Rydén och Stenström) hänvisar ytterligare till Walker et al. som menar att sociala stödet hjälper oss att bibehålla vår sociala identitet, ger oss emotionellt och materiellt stöd, tjänster, information samt nya sociala kontakter. (Rydén & Stenström, 2015, s. 147).

Nyqvist (2005) menar att forskning har kommit fram till att socialt kapital inte enbart har en positiv inverkan på människan välbefinnande utan även på demokratin. Hon refererar till den sk putnamska inriktningen där fokuset ligger på kollektiva nyttan av socialt kapital. Här fokuserar man på hur sociala nätverk, ömsesidighetsnormer och tillit inverkar på samfund, religioner och stater. Hon menar vidare att familjens band är viktiga för att man, framförallt barn, skall må bra. (Nyqvist, 2015, s.79-80).

3.6 Människans behov

Människans behov är ett brett begrepp som forskare anser att är vagt, men något som är närvarande i vår vardag. Alla funderar vi utgående från människans behov. (Bolman & Deal, 2015, s.156). Abraham Maslow har format en av de mest kända behovsteorierna där han lyfte fram individen som en helhet och ville se människan som en kreativ varelse som utvecklades psykiskt. Maslow menade att människans syfte är att förverkliga sina egna förmågor och möjligheter. Teorin går ut på att människans behov formar en hierarki där högsta målet är självförverkligande. Det finns 5 steg i behovshierarkin: fysiologiska behov, behov av trygghet, behov av gemenskap, behov av uppskattning och sist behov av självförverkligande. För att man skall kunna klättra upp på hierarkin, är det viktigt att alla delar i den föregående nivån är tillfredsställda. (Rauramo, 2012, s.29).

Det första trappsteget är de fysiologiska behoven. Hit hör behovet att andas, dricka vatten, sova, upprätthålla kroppstemperaturen, sex, bostad, klädsel etc. De fysiologiska behoven behöver med andra ord inte bara vara de kroppsliga behoven. (McLeod, 2018). Maslow menade att de fysiologiska behoven är viktigaste och när dessa är uppfyllda driver de människan till att söka tillfredställelse högre upp på pyramiden (Bolamn & Deal, 2012, s. 159).

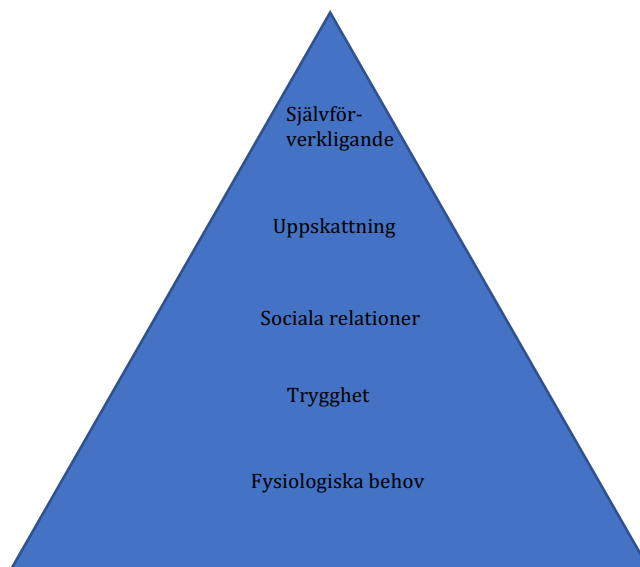
Nästa steg i Maslows behovshierarki är behovet av trygghet. Tryggheten är oftast psykologiska och berör oss som individer i samhället, arbetet och i olika sociala sammanhang. Här handlar det om människans personliga säkerhet, säkerhet för hälsa och välmående, en ekonomisk säkerhet samt ett socialt skyddsnät. (McLeod, 2018).

Den tredje nivån är kopplad till människans sociala relationer och grundar sig på våra känslomässiga relationer som t.ex. vänskap, kärlek och familjrelationer. Människan behöver mest av allt en vän, någon att älska, en partner eller barn. Alla människor behöver en känsla av gemenskap och tillhörande av en grupp. (McLeod, 2018).

Den fjärde trappan är uppskattningens trappa. Enligt Maslow behöver alla människor uppskattning av såväl andra som självuppskattning. Maslow delar in uppskattningen i två nivåer. Den lägre handlar om att man söker uppskattning av andra. Maslow tror att människan har ett behov av att hela tiden utvecklas och lära sig nytt, utmana omgivningen och framföra ny kunskap. Med hjälp av denna strävan försöker människan uppnå uppskattning av andra. Den andra delen av behovet av uppskattning handlar mera om självrespekten att man vill utvecklas för att man själv vill uppnå något. (McLeod, 2018).

Behov av självförverkligande är den sista stegen i Maslows behovshierarki och innebär att människan försöker nå sitt fullständiga potential och en personlig tillväxt. En begäran över att bli allt man har möjlighet att bli. (McLeod, 2018).

Maslows behovshierarki har kritiserats och en av orsakerna är den att den är så allmän att den på många avseenden inte går att pröva empiriskt. Dessutom menar man även att denna hierarkiska uppbyggnad inte alltid stämmer överens med verkligheten. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s. 92).



Figur 1: Maslow's behovshierarki baserat på McLeod (2018)

Reiss (2004, s.187) har utvecklat Maslows behovshierarki och har i sin studie kommit fram till 16 olika grundläggande behov hos människan. Dessa behov är: makt, oberoende, nyfikenhet, acceptans, ordning, sparande, heder, idealism, sociala kontakter, familj, status, romantik, mat, fysisk aktivitet och lugn.

3.7 Det salutogena perspektivet

Salutogenes är ett uttryck som myntades av Aaron Antonovsky och betyder att man istället för att fokusera på sjukfaktorer fokuserar på friskfaktorer. Den fokuserar på människans resurser, upprätthållande och förbättringen av hälsan. Den ger svar på varför människan trots svåra situationer klarar av att överleva vardagen. Antonovskys ursprungliga idé bakom den salutogena läran var att fokusera på människans resurser och den egna förmågan till att skapa hälsa istället för att fokusera på risker, ohälsa och sjukdomar. De nyckelelement som finns inom den salutogena läran är en inriktning på problemlösning samt att använda sig av de resurser som finns. Antonovsky menade att man kan placera in hälsan på en skala som

går från total ohälsa till total hälsa och att man alltid kan sträva mot en bättre hälsa. Genom att kunna förstå situationen och använda sig av de tillgängliga resurserna är vad han kallade för känsla av sammanhang. Antonovsky menade att om vi har en känsla av sammanhang kan vi klara av vardagen på ett sätt som inte bara upprätthåller vår hälsa, utan också främjar den. Människan har motståndsresurser som hjälper människan att hitta sammanhang. Dessa motståndskrafter kan vara bundna såväl till personen som till miljön och är arv, fysiska, materiella, kognitiva, emotionella resurser, människans inre resurser samt resurser i närmiljön. Det kan handla om sociala relationer, pengar eller förmåga att reflektera över liv och död. Det är motståndsresurserna som skapar förutsättningar för erfarenheter vilket i sin tur leder till känsla av sammanhang. Människan skapar dessa motståndskrafter under de första decennierna av ens liv och inte genom hela livet som man tidigare trott. (Lindström & Eriksson, 2005, s.440-442). Känsla av sammanhang är en viktig faktor i upprätthållande av positionen på hälsa-ohälsa skalan och i rörelsen på den mot den friska polen. (Antonovsky, 1991, s. 37).

Salutogenes kan brytas ner i tre olika faktorer Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Den som har en hög nivå på dessa faktorer har även en hög känsla av sammanhang (KASAM). Begriplighet inom KASAM handlar om hur man upplever inre och yttre stimuli som begripliga, ordnade, sammanhängande och strukturerade istället för kaotiska och slumpmässiga. Om man har en hög begriplighet kan man hantera de kommande som förutsägbart eller, ifall det handlar om överraskningar, förklarbara. Hanterbarheten inom KASAM handlar om de resursen människan har och i vilken grad man känner att man har dem till sitt förfogande och hur man kan använda sig av dem när man blir utsatt för något. Med hjälp av en hög hanterbarhet kommer man inte att känna sig som ett offer eller anse att livet behandlar en orättvist. Meningsfullheten handlar om hur man anser att livet har en känslomässig innebörd så att åtminstone en del av de problem och krav som livet medför är värt att investera och engagera sig i och i vilken utsträckning utmaningar är välkomna. Meningsfullheten brukar även kallas som KASAMS motivationskomponent och de som har hög KASAM nämner om områden i livet som är viktiga för dem. (Antonovsky, 1991, s. 38-41).

Salutogens är en teori som används på ett brett plan, men som har lämnats lite i skymundan inom sjukvården där en stor del av vården än fokuseras på den patogena omsorgen, dvs på själva sjukdomen och inte på människans resurser. (Pelikan, 2022, s. 389).

3.8 Självestämmande teorin

Självestämmandeteorin (*self-determination theory, SDT*) är en teori som innefattar mänsklig motivation, prestationsutveckling och välbefinnande. Teorins fokus ligger på frivilligt eller självbestämt beteende samt de sociala och kulturella förhållande som främjar dessa. Ryan (2009) menar att välbefinnande inte enbart kan definieras utgående från en hedonistiska föreställningar om lycka, utan definierar välbefinnande ytterligare som en vital, fullt fungerande och ett komplimenterande tillvägagångssätt. SDT betonar rollen av mindfulness i självreglering och välbefinnande. Teorin anser att människan är en aktiv organism med en medfödd och djupt utvecklade tendenser till psykologisk tillväxt och utveckling. Den aktiva mänskliga naturen är uppenbar i fenomenet om inre motivation – den naturliga fenomenet att från födseln söka utmaningar, nyheter och möjlighet att lära sig. För att den inre motivationen skall fungera behöver de ändå ett stöd från den social miljö. SDT innehåller tre psykologiska behov: autonomi, släktskap och kompetens. När dessa tre behov tillfredsställs och stöds av ett socialt sammanhang upplever människan mera vitalitet, självmotivation och ett bättre välbefinnande. (Ryan, 2009).

SDT har utformats av 5 miniteorier som tillsammans bildar ramen för SDT. Teori om kognitiv utvärdering (*Cognitive Evaluation theory, CET*) innebär hur social kontext endera kan förbättra eller försämra vår inre motivation och betonat vikten av autonomi och kompetens i vår förmåga till inre motivation. Faktorer som kommer i vägen för autonomi har en negativ inverkan på vår inre motivation. (Ryan 2009). I undersökning om denna miniteori kom det fram att t.ex. feedback angående en kompetens kan öka den inre motivationen för den handlingen. Det har i forskning om CET kommit fram att den autonoma känslan är viktig för ökande av den inre motivationen. (Ryan & Deci, 2000, s.72). Organisk integrations teorin (*Organismic Integration Theory, OIT*) innefattar hur man kan göra yttre motivationsfaktorer till inre motivationsfaktorer. Kausallitet orienterade teorin (*Causality Orientations Theory, COT*) beskriver de individuella skillnaderna varför människan söker sig till olika aspekter av omgivning för att uppfylla sitt behov. Grundläggande psykologiska behov teorin (*Basic Psychological Needs Theory, BPNT*) kopplar människans grundläggande behov till välbefinnande och menar att varje behov påverkar vårt välbefinnande. Varje påverkan på ett behov och har en inverkan relationen på tillfredsställelsen. Målinriktade teorin (*Goal Contents Theory, GCT*) har visat att materialism och yttre mål som t.ex. berömdhet, inte ökar känslan av tillfredsställelse, men att sociala relationer, personlig tillväxt och bidragande till samhället ökar på tillfredsställelsen och däremot har en större inverkan på hälsa och välbefinnande. (Ryan, 2009).

Det finns en förklaringsmodell till hur människan motiveras att ägna sig åt de beteenden vi gör som inte drivs av den inre motivationen. Ett kontinuum med en skala från kontroll till självbestämmande förklarar detta och vilken typ av reglering det har. När vi gör något handlar det om att göra något från vår ovilja (amotivation) till motvilligt deltagande (yttre motivation) till självbestämmande engagemang (inre motivation). Var vi befinner oss på denna skala beror på hur vi har anammat och gjort värderingar och beteenden till våra egna. Ju mer självbestämmande denna reglering är, desto större är sannolikheten att vi engagerar oss i beteendet. (Weman-Josedsson-Berggren, 2013, s. 96-97).

Typ av motivation

	Amotivation		Yttre motivation			Inre motivation
Typ av reglering	Icke-reglering	Yttre reglering	Introicerad regering	Identifierad reglering	Integrerad reglering	Inre reglering
Beteendekvalitet	Kontroll				Självbestämmande	

Figur 2: Självbestämmande teorins motivation baserat på Deci och Ryan, 2000

3.9 Positiv psykologi

Psykologiska teorier har idag blivit kritiserade eftersom de utgår från de negativa aspekterna. I Positiv Psykologi vill man utgå från de positiva känslorna när man försöker öka välbefinnande. Det handlar om vetenskapen om att styrkor och personlighetsdrag gör det möjligt för individer och samhällen att utvecklas och växa. Det är en teori, som får människan att må bra, blomstra och känna tillfredsställelse. Den hjälper oss också att förstå hur vi kan bygga upp motståndskraften och resurser för att hantera motgångar och på så vis förebygga psykisk ohälsa. Positiv psykologi satsar med andra ord på förebyggande arbete för vårt välbefinnande. Seligman, som anses vara upphovsmannen bakom positiv psykologi, började intressera sig för hur människan agerar när hon är på toppen, och inte bara när hon är i dalen. Positiv psykologi fick sin framfart i början av 2000-talet och man har intresserat sig för lycka, optimism, personliga styrkor och positiva känslor. (Blom & Hammarkrantz, 2014, s. 23-26).

Seligman menar att det är viktigt att utgå från det positiva, d.v.s. människans uppgift är att vara lycklig. Men för att kunna definiera en teori behöver man ha mer än bara en variabel, alltså blir det att försöka bryta ner lycka till fler variabler. Han menar att lycka kan vara

något som vi själv väljer, och kan många gånger vara något som vi just då behöver. Men det handlar även om saker som vi behöver. Han har kommit fram till 5 olika element som var innehåller fler variabler. Dessa element är:

- positiv emotion: Vad vi känner; nöje, hänföra, värme, extas, bekvämlighet.
- Engagemang: vara ett med något, stannad tid, självmedvetenhet.
- Mening: Hitta en mening med livet. Detta mäts subjektivt, men kan även tolkas av andra.
- Framgång: Framgång ökar vår välbefinnande och får oss att känna oss bra
- Positiva relationer: är en stor nyckelsten till att finna lycka. (Seilgman, 2012, s. 9-23).

De fem element som Selgman har kommit fram till definierar inte enskilt välbefinnande men alla element bidrar till välbefinnande. Vissa av dessa kan mätas enbart genom subjektiv självrapportering medan andra mäts mera objektivt. I Positiv psykologi är lycka det väsentliga och definieras genom tillfredsställelse. (Seilgman, 2012, s. 24).

Inom positiv psykologi teorin har man definierat tre sorters liv som bidrar till människans välbefinnande. Dessa är (1) njutningsfulla livet som består av saker som ger oss kortsiktiga positiva känslor. Följande är (2) det delaktiga livet som handlar om de aktiviteter som aktiverar oss. Det sista handlar om (3) det meningsfulla livet som ger oss lycka på längre sikt. (Blom & Hammarkrantz, 2014, s. 42).

Brennan (2017) har i sin studie refererat till Fredricksons teori om att det är viktigt att fokusera på de positiva känslorna för att uppnå en optimal funktion. Dessa positiva känslor kan vara t.ex. glädje, intresse, tillfredsställande och kärlek. Fredricson menar vidare att ett positivt humör kan brädna människors uppmärksamhet och tänkande, upphäva negativa känslor, stimulera motståndskraft och möjliggöra för människan att skapa de resurser som krävs för att förbättra välbefinnande. Brennan (2017) refererar vidare till Fiske (2014) som har identifierat fem sociala behov som påverkar människans tänkande, känslor och beteende i sociala situationer. Dessa är tillhörighet, förståelse, kontroll, självförverkligande och förtroende.

3.10 Stress

Stress är en naturlig känsla av att inte kunna hantera en specifik situation eller händelse och kroppens naturliga försvarsmekanism. Stress kan vara en bra sak och t.ex. öka motivationen i vissa sammanhang, men stress kan också vara farlig och leda till kroniska sjukdomar. Många saker kan leda till stress och en stressor är inte farlig, men ifall det triggas lätt eller om stressorerna är många kan det bli skadligt. När en människa känner ett hot av något slag aktiveras en fysisk reaktion som gör oss endera färdiga att fly eller viljan att möta utmaningen. Kroppen reagerar på en stressituation genom att blodtrycket och pulsen höjs, andningen blir snabbare, matsmältningssystemet blir långsammare, immuniteten blir sämre, musklerna spänns och man bli mer alert. Emotionella reaktioner på stress kan vara t.ex. ilska, utbrändhet, koncentrationssvårigheter, osäkerhet, glömska och rastlöshet. Hur människan reagerar på stress är individuellt och har en koppling till individens allmänna hälsa. De främsta faktorerna som kan orsaka stress är problem på jobbet, lite tid och pengar, familjeproblem samt sjukdom. Det är inte enbart negativa situationer som framkallar stress utan även positiva situationer, som t.ex. att föda barn kan leda till stress eftersom det ofta är förknippat med en förändring, en extra ansträngning, nytt ansvar och ett behov av att anpassa sig. Genom att öka kunskap om stress kan en människa lära sig att hantera stressen bättre. Beteenden som kan framkallas av stress är bl.a. matbegär, ökat alkohol- och tobakintag, dra sig undan socialt, gråtmildhet och relationsproblem. (Felman, 2020).

John W. Mason har kommit fram till att stressen minskade om man hanterar människor mer hänsynsfullt. Jay M. Weiss har i sina studier kommit fram till att stressen påverkas av manipulation av kontroll, prediktiv information och feedback. Detta är direkt kopplat till den nuvarande förståelsen att stressresponsen utlöses ifall individen upplever

Brist på kontroll

Oförutsägbarhet

Avsaknad av socialt stöd

Avsaknad möjlighet att avreagera sig

Negativa förväntningar

Nya okända situationer.

(Holmström & Ohlsson, 2014, s. 18-19).

National Institute of mental health (NIMH) har identifierat 3 typer av stressorer: (1) rutinerad stress som t.ex. hushållssysslor, (2) plötsliga händelser som t.ex. få veta att man blir av med arbete, samt (3) traumatisk stress som t.ex. krig eller större olyckor. NIMH har även identifierat två typer av stress: akut och kronisk stress. Den akuta stressen är den mera vanliga av dessa två och är oftast kortvarig. Den uppkommer ofta när man upplever press från någon handling eller man en uppkommande utmaning t.ex. en tent. Den akuta stressen är övergående och skapar inte samma sjukdomar som den kroniska stressen. (Felman, 2020)

Den kroniska stressen utvecklas på en längre sikt och är skadligare än den akuta stressen. Den kroniska stressen uppstår när man inte längre ser en utväg från situationen och man slutar att söka efter en lösning. Även en traumatisk händelse under tidiga barndomen kan leda till kronisk stress. Den kroniska stressen kan leda till problem i människans organ som t.ex. försämrad sömn och immunförsvaret. En kronisk stress kan leda till typ 2 diabetes, högt blodtryck, hjärtsjukdomar, ångest och depression. (Felman, 2020).

Stressen idag har en stor koppling till tidspress och tidspressen är något som människor inte bara känner på arbetstid, utan forskning har visat att människor känner en tidspress även på fritiden t.ex. av allt hemarbete som måste genomföras. Tidigare forskning har visat att tidspress har en negativ inverkan på det emotionella välbefinnande. Ur ett politiskt perspektiv är det viktigt att leta efter förbättringar till tidspress både på samhällsnivå och individnivå. Det är värt att kolla hur tidspress kan lindras genom förändrade levnadsomständigheter (*life circumstances*), som t.ex. förändrade arbetstider, att lära sig hantera tidspress samt hur man kan stöda hanteringen av den. (Connolly et al 2020, s.71-72).

Utvecklingen av förståelsen kring stress har varit lång, och många forskare har inspirerat varann och man har byggt på varandras forskningar och upptäckter. Claude Bernard anses vara fysiologins fader och som i hög grad har inspirerat medicinsk forskning och den moderna neurovetenskapen. Han upptäckte att förutsättningen för att en människa skall leva ett fritt och oberoende liv utgick från att vi kunde upprätthålla en stabil intern miljö. Walter Cannon tog mall av Bernard och vidareutvecklade hans teori. Cannon kom upp med den s.k. nödsituations teorin (*emergency theory*) dvs hur människan reagerar på rädsla, ilska, syrebrist och smärta. Reaktionen som människan fick av dessa situationen gynnade vår överlevnad genom att kroppen utsöndrar adrenalin. Cannon kopplade emotioner till instinktiva beteendemönster. I detta fall blev det ilska och ursinne kopplades till kamparbete

och rädsla till flyktbeteende. Denna upptäck ledde till teorier som vi idag känner som kamp- eller flyktreaktionen. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 16-17).

Hans Selye var den första forskaren som gjorde koppling mellan stress och sjukdom. Han observerade att patienter ofta uppvisade ett enhetligt reaktionsmönster, oberoende sjukdom. Reaktionsmönstret var: aptitlöshet, minskade ambitioner, viktnedgång och muskelsvaghet. I ett djurförsök observerade han att detta mönster uppkom vid nästan alla typer av belastande exponeringar. Denna effektbild kallas idag för det generella adaptationssyndromet. Denna består alltså av tre faser: alarm, motstånd och utmattnings. Selye kom fram till att kroppen reagerar både specifikt och ospecifikt på olika stimuleringar och han beskriver de ospecifika som stress. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 17). Hans Selye definierade stress som en form av generell fysiologisk och psykisk aktivering till följd av en fysisk eller psykisk belastning. (Weman-Josefsson & Berfåggen, 2013, s. 23).

Under 1970 talet blev stress synonymt med ångest, hot, konflikt och emotionell spänning. Då blev forskarna också mera intresserade av observerbart beteende och prestation. Tankarna om anpassning blev allt mer vanligt även i andra vetenskaper och ledde till att man började se att den sociala miljön kunde leda till sjukdom och vantrivsel. Man började rikta fokus på livshändelser, vardagsavbrott och samhällsfenomen. Richard S. Lazarus är en av de främsta teoretikerna inom teorin. Han kom fram till att stress är en naturlig del av livet och att det finns stora individuella skillnader. Skillnaderna låg i förutsättningar, mål och motivationer. Grundläggande för hans teori är att människan tolkar sin relation till omgivningen och tänker på hur omgivningen påverkar vårt välbefinnande. Tolkningen är en aktiv process som inkluderar våra sociala relationer eftersom vår omgivning oftast består av andra människor och tolkningen kan vara primär eller sekundär. I den primära tolkningen frågar man sig varför vi reagerar medan man i den sekundära tolkningen frågar sig vad kan jag göra åt situationen. Den sekundära tolkningen är nära relaterad till Coping metoden vilket innebär att människan anpassar sig till olika situationer och på så sätt klarar av de olika påfrestningarna. Lazarus skilde mellan tre sorter av den psykologiska stressen: skada eller förlust, hot samt utmaning. Skada eller förlust leder till stressens post facto, vid hot uppstår stressen före skada eller förlust och vid utmaning är det svårigheter som man trots allt tror sig kunna klara av. Hur man tolkar situationen är avgörande för vilken stress man känner. Denna teori har en koppling till arbetsorganisation och dess växelverkan med det övriga samhället. I denna teori ingår även Abraham Maslow med sin behovshierarki. Utgångspunkten är betydelsen av samhällets institutioner och förutsättningen är att individen inte existerar i ett socialt vakuum. Tanken om stress som exponering för yttre faktorer har

haft ett stort genomslag i arbetsmiljösystemet i de skandinaviska länderna. Bertil Gardell har menat att de sociala problem som finns kan omvandlas till privata problem. Han hävdade därför att man skulle via lagstiftning förebygga och hantera stressen på ett kollektivt plan. Gardells lade tyngdpunkt på att arbetets omgivning var en väsentlig del till arbetstrivseln och han hävdade vidare att en negativ miljö på jobbet kunde ha en negativ inverkan på fritiden vilket kunde leda till trötthet vilket kunde leda till ett mindre socialt engagemang. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 23-24).

Man kan påverka stressen och det finns många sätt att närma sig hälsofrämjande påverkningsmetoder. Man kan ta det traditionella vägen, dvs kolla på det patogent och fundera på riskfaktorerna, eller sedan kolla på det via det salutogena perspektivet och fokusera på friskfaktorerna. Man kan också förebygga stress genom att aktivt hålla på med fysisk aktivitet samt genom att ha ett gott socialt stöd. (Weman-Josefsson & Berggren 2012, s. 55-61). Man kan förebygga stress genom att lära känna sig själv och fundera på vad som får en stressad samt genom att reflektera över vad som får dig att reagera på stress. Genom att göra sig själv medveten om hur man reagerar kan man lättare göra de förändringar som krävs för att man skall kunna hantera stressen bättre. Arén et al. (2006, s. 59) nämner Kay Pollak som har sagt att genom att ändra vårt sätt att tänka kan undvika att bli offer för tillvaron. Man kan minska stressen genom ett s.k. prospektivt minne vilket innebär att man kan planera framtiden. Det kan handla om att man planerar när en rapport skall vara inne och planerar in när man skriver rapporten. (Melin, 2008, s. 263).

3.11 Sammanfattning

Välbefinnande är ett brett begrepp som saknar en enhetlig definition och definitionerna skiljer sig åt från tidsepok till tidsepok. Det som definitionerna ändå har gemensamt är att de på något sätt innefattar människans psykiska, fysiska och sociala välbefinnande samt människans behov. Det finns otaliga mätobjekt över att mäta välbefinnande, men det saknas en entydig mätskala på grund av dess breda definition och mångfaldiga dimension.

Människans hälsa är ett resultat av en harmonisk balans mellan arbete, fritid, läsvanor, hobbyn och relationer. Välbefinnande kan vara både subjektivt, dvs. vad man känner, samt objektivt, dvs huruvida man har en sjukdom eller ej. Genom att öka vår hälsokunskap ökar vi även vår hälsa.

Forskning om välbefinnande är svårt pga. dess breda aspekt. Det har gjorts en genomgång av olika mätinstrument som mäter människans självrapporterade välbefinnande och denna

forskning har kommit fram till 99 olika mätinstrument som tillsammans mäter 196 olika dimensioner av välbefinnande.

Man brukar tala om att det finns två huvudparaplyer som de flesta filosofer, psykologer och socialvetare ställer sig under. Dessa är hedonistiska välbefinnande och eudaimoniska välbefinnande. Dessa två har långa anor och har sina rötter bland de grekiska filosoferna. Hedonistiska tänkesättet har sina rötter i greken Aristippus som menar att välbefinnande är en maximering av njutning och minimering av smärta. Det eudaimoniska välbefinnande är mera komplex och har en bredare definitionsradie. De flesta definitioner poängterar ändå människans personliga mening och tillväxt samt uteslutande uttalande om en affektiv komponent. Den mest kända definitionen är Ryff's syn på psykologiskt välbefinnande och består av 6 begrepp: personlig tillväxt, mening med livet, omgivningens kunskap, autonomi, positiva relationer till andra samt självacceptans.

Psykologiskt välbefinnande är när man mår psykiskt bra och har en god balans i livet. Om man lever i en obalans kan det leda till stress och till psykisk ohälsa. En grundläggande sak för att människan skall må bra är vår fysiska välbefinnande. Genom att vara fysiskt aktiv klarar vi bättre av stress och ökar våra prestationer. Den andra viktiga komponenten är vårt sociala välbefinnande. Genom att ha goda sociala relationer har vi bl.a. större chanser att tillfriskna vid sjukdom. Det har visat sig att kompisstödet är bland det viktigaste människan har. Kvalitet och tillfredsställelse är viktigare än mängden kompisar.

Abraham Maslow är frontfiguren för teorierna om våra grundläggande behov. Han har format en hierarki över människans behov och anser att alla behov på den nedanliggande nivån måste vara uppfyllda för att man skall gå vidare. Högst upp på hierarkin finns självförverkligande, alltså det som människan framförallt strävar efter. Hierarkin består av 5 nivåer: fysiologiska behov, behov av trygghet, sociala relationer, uppskattning samt behov av självförverkligande. Reiss har utvecklat denna teori och han menar att människan har 16 grundläggande behov.

Det salutogena perspektivet handlar om att hitta och kunna använda sig av sina styrkor och resurser för att klara sig trots svårigheter och motgångar. Detta kallas känsla av sammanhang eller KASAM. Inom teorin fokuserar man på friskfaktorer istället för sjukfaktorer. Teorin består av 3 faktorer: Begriplighet (att kunna förstå), hanterbarhet (att kunna hantera) och meningsfullhet (hitta en mening med det som sker). Aaron Antonovsky är upphovsmannen bakom detta.

Positiv psykologi utgår från människans egna positiva känslor och hur man via dessa känslor kan öka/upprätthålla ett gott välbefinnande. Teorin satsar med andra ord på det förebyggande arbetssätt och ser inte enbart på hur vi tar oss upp ur dalar, utan fokuserar även på varför och hur vi mår bra när vi är på toppen.

Självbestämmandeteorin handlar om människan inre motivationer och människans grundläggande nyfikenhet för att lära sig och utveckla sig som individ. Teorin innefattar människans behov, prestationsutveckling och välbefinnande.

Stress är en naturlig känsla av att inte klara av en viss situation eller händelse och kroppens naturliga försvarsmekanism. Stress kan i viss mån öka människan motivation men på lång sikt kan det leda till utbrändhet och andra sjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar.

4 Välbefinnande på arbetsplatsen

Hur man mår på jobbet är individuellt och samma arbete kan medföra olika känslor för var individ. Vad som bestämmer hur vi mår på jobbet kan bero på många olika saker. Det kan hända att man vantrivs för att man inte vill träffa chefen eller medarbetarna, eller så är det just de som gör att man trivs bra på jobbet. (Holmström, Ohlsson s.49). Arbetet skall inte bara befrämja hälsan genom minskad sjukfrånvaro, utan den skall även befrämja välmående (Hertting & Samuelsson, 2000, s. 123).

I dagens samhälle poängteras det allt mera det goda arbetet och att man skall må bra. Det är viktigt för alla partners att arbetarna mår bra och därmed är också effektiva. Teamtänket har blivit allt viktigare och betydelsen av att kunna kontinuerligt utvecklas och det autonoma arbetet har fått en allt större tonvikt inom välbefinnande på arbetsplatsen. Dessutom har man också kommit fram till att arbetet bör vara varierande för att kunna upprätthålla den utveckling och motivation som arbetet kräver. Vi lever i ett samhälle där man betonar genustänk och därför är det även viktigt att rekonstruera arbetet så att det passar både män och kvinnor. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s. 120).

4.1 Psykologiskt välbefinnande på arbetsplatsen

För att en människa ska må bra på arbetsplatsen är den mänskliga aktiviteten viktig. D.v.s. om man känner att man får ut något av jobbet så mår man bra (Hertting & Samuelsson, 2000, s.123). Motivationsfaktorerna, såväl inre som yttre motivationerna, är av stor vikt när det kommer till arbetsvälbefinnande. Motivationen kommer från det att vi hittar en plats i

arbetet/yrket som går ihop med vårt behov, anlag och personlighet. De motiverande faktorerna medverkar till utvecklad och ökad kompetens hos arbetarna. Kraven på arbetet man gör skall vara tillräckligt höga och man skall även ha stort beslutsutrymme som arbetare. Att ha tydliga och utmanande mål i arbetet är en mycket bra motivationsfaktor. Att uppnå mål är tillfredsställande och kan därmed leda till ett förbättrat välmående. Den höga arbetsmotivationen hos arbetare kan öka produktiviteten och effektiviteten. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 49-61).

Arbetet och samhället förändras mycket i dagens läge vilket kan leda till ohälsa. Dagens arbete förutsätter en snabb förändringstakt (t.ex. ny forskning och ny teknologi) och det förväntas stor flexibilitet av arbetarna. Förändring kan vara bra och intressant och öka motivationen, men samtidigt kan långvariga och upprepade förändringar kapa stress och andra hälsoproblem. Med en god planering och genomförande kan man dock minska på stressen och förändringarna kan ha en mera positiv inverkan på arbetshälsan. Dessutom har dagens teknologi gjort att människan är tillgänglig hela tiden. Det är lätt hänt att arbetet kommer med hem. (Arnetz & Arnetz, 2003, s. 72-73).

4.2 Fysiologiskt välbefinnande på arbetsplatsen

De fysiska arbetsvälbefinnande handlar långt och mycket om ergonomi och det fysiska belastningarna som arbetet medför. De kroppsliga belastningarna är arbetsställningarna, arbetsrörelser samt användning av fysisk kraft. Typiska fysiska belastningar på arbetet är lyft, upprepande ensidiga rörelser samt stillasittande arbete. Arbetets fysiska belastning har en stark koppling till problem i led- och rörelseorganen. (Weman-Josefsson & Beggren, 2013, s. 73). Det som underlättar för den fysiska belastningen är ett organiserat arbetssätt, planering av förråd samt (rätt) användning av hjälpmedel. Det är viktigt att se till att man kan förändra storleken på hjälpmedlen så att de passar arbetare i olika storlekar. Ifall man inte kan ändra på storleken på ett hjälpmedel kan man inte genomföra arbetet ergonomiskt. Genom att göra förändringar i arbetet och göra arbetet mera mångsidigt kan man minska på den överbelastning på led- och rörelseorganen som ett ensidigt arbete kan bidra till. (Rauramo, 2008, s. 42). En för stor fysisk belastning på led- och rörelseorganen leder inte nödvändigtvis till långvariga sjukskrivningar, men till kortare som i längden sedan kan vara skadliga även på längre sikt. Det är viktigt att man utvärderar/bedömer samt identifierar de fysiska riskerna och gör upp en plan över hur man kan förebygga fysiska skador. Det är viktigt att redan i planeringsstadiet ta dessa i beaktande. (Rauramo, 2008, s. 45).

Arbetsförmåga är ett begrepp som saknar en klar definition trots att det används ofta. Människans arbetsförmåga beror på nivån av de fysiska psykiska och sociala krav som ett arbete ställer. Även individens egna förmåga att bemöta kraven påverkar vår arbetsförmåga. Högt anpassade krav kan leda till en bristande arbetsförmåga. (Toomingas, Mathiassen & Tornqvist, 2008, s. 24). När man talar om arbetsrelaterade skador i rörelseorganen är det viktigt att komma ihåg att det inte alltid är skador som sker på arbetsplatsen, utan det kan handla om skador som arbetet kan tidigare anlägga eller utlöser skador. (Toomingas et al 2008 s. 31).

4.3 Socialt välbefinnande på arbetsplatsen

Med det sociala stödet på arbetsplatsen menas ett sådant socialt samspel som förbättrar sociala relationer, främjar välmående samt förebygger stress. Arbetarna ger och får andligt, emotionellt, informativt, funktionellt samt materiellt stöd direkt från varandra. Med ett gott kamratstöd kan man lätt förhindra utanförskap och ensamhet. Det är viktigt med en tillit till sina kollegor att man får det sociala stödet när man behöver det. Framförallt när det gäller professionella problem. (Paasivaara, 2009, s. 25-26). Att kunna kommunicera såväl med medarbetarna och med chefen är en mycket viktig del av gruppens och individens välbefinnande. Försämrade kommunikation kan leda till vantrivsel på jobbet samt till ökad sjukfrånvaro. (Johansson, Vernon, Miller & Solage 2014). Ett gott kamratstöd kan man ge genom t.ex. byggande kritik, godkännande, fungera interaktivt, acceptera mångfald, lyssna och skapa hopp. (Paasivaara, 2009, s. 28)

Forskning har visat att en välfungerande arbetsgrupp bidrar till en ökad arbetstillfredsställelse vilket leder till att arbetarna är mera innovativa och entusiastiska. På en arbetsplats där arbetarna ger varandra hjälp, tillit och ömsesidighet samt har gemensamma värderingar och normer har man en ökad arbetsvälbefinnande. Det har även kommit fram att det är viktigt med lika bemötande av arbetare och att inkludera arbetarna i de beslut som berör dem samt att informera dem om de förändringar som sker ökar deras välbefinnande. (Stenman, Vahakangas, Hantikainen, Salo & Suhonen, 2020, s.5). Mycket i dagens arbetsklimat utgår från ett teamtankesätt. Detta kan vara en bra sak eller en dålig sak. Bra med detta är en bredare kunskapsram och man kan höja kvaliteten och effektiviteten på arbetet, men däremot kan det också leda till konflikter och en maktkamp, vilket i sin tur försämrar arbetsvälbefinnande. För att främja välbefinnande i grupper är det viktigt med grupputvärdering och teamträning. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 53). För ökat välbefinnande på arbetsplatsen är det även viktigt att man i gruppen kan stöda varandra. Det

sociala stödet man får från arbetskompisar i form av feedback och uppmuntran är betydelsefullt för den goda hälsan och arbetsförmågan. (Holmström & Ohlsson, 2014, s. 62). En god arbetsatmosfär kännetecknas av arbetsglädje, gott humör samt entusiasm. En god interaktion, måttliga krav samt goda överlevnadsstrategier leder till tillfredsställelse. När man upplever att man har kontroll och välbefinnande ökar, ökar även yrkeskunskapen. (Paasivaara, 2009, s. 17).

4.4 Beteende och motivation

Att förstå människans motiv, förmågor och ageranden i en organisation är en viktig del av organisationsteori eftersom organisationens effektivitet är i stark beroende av arbetarnas kompetens, attityd, motivation och agerande. Ambitionen för de flesta organisationer är att skapa en så kallad win-win situation där medarbetarna bidrar till att uppnå organisationernas mål medans organisationen bidrar till att uppnå medarbetarnas mål. (Bruzelius & Skärvad, 2017, s.269).

I service- och kunskapsintensiva organisationer är det viktigt att skapa förutsättningar som frigör individens kompetens, energi motivation och kraft. Detta eftersom dessa branschers styrning och ansvar ligger ofta hos den enskilda medarbetaren, vilket betyder att man bör stimulera och stödja ett fördjupande ansvarstagande hos medarbetarna. Det är viktigt för individerna att de känner sig behövd och att alla individer behandlas som en individ. När människor känner att de får ta ansvar har man möjlighet att ta fram sådana resurser som annars inte skulle komma upp till ytan. För att kunna förverkliga detta, betyder det att man skall låta medarbetarna ta del av utveckling, förnyelse och förbättring. (Bruzelius och Skärvad, 2017, s. 271). Genom att bibehålla motivationsfaktorerna vill också personalen komma på jobb och man har en positivare känsla för arbete. Då mår också människan bra på jobbet och välbefinnande ökar. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s. 105).

Individens beteende styrs av faktorer som är omkring oss samt av faktorer som är inom oss. Vad vi gör eller inte gör i olika situationer beror alltså dels på oss själva och på den situation vi befinner oss i. Situationer vi befinner oss i är beroende på den verkliga situationen samt hur vi uppfattar situationerna. Förhållandena som påverkar vårt beteende är organisationen, arbetsgruppen, arbetsuppgifterna samt personliga förhållanden. Förhållanden som påverkar inom individen är perception, dvs hur vi uppfattar, föreställer och tolkar omvärlden och andra människor, samt attribution dvs hur vi försöker hitta orsaker till ett visst beteende eller ett visst resultat. Självförtroende och förväntningar påverkar vårt beteende genom att ge en

tro på oss själva att vi är bra. Det ger oss även en känsla av trygghet. Våra prestationer har att göra med att vi har positiva förväntningar. Teorin som hör ihop med våra prestationer kallas för Pygmalioneffekten vars grundtanke är våra förväntningar styr vårt beteende och resultat. Ifall människan tänker att vi klarar av detta, så klarar man av det också. (Bruzelius och Skärvad, 2017, s. 274).

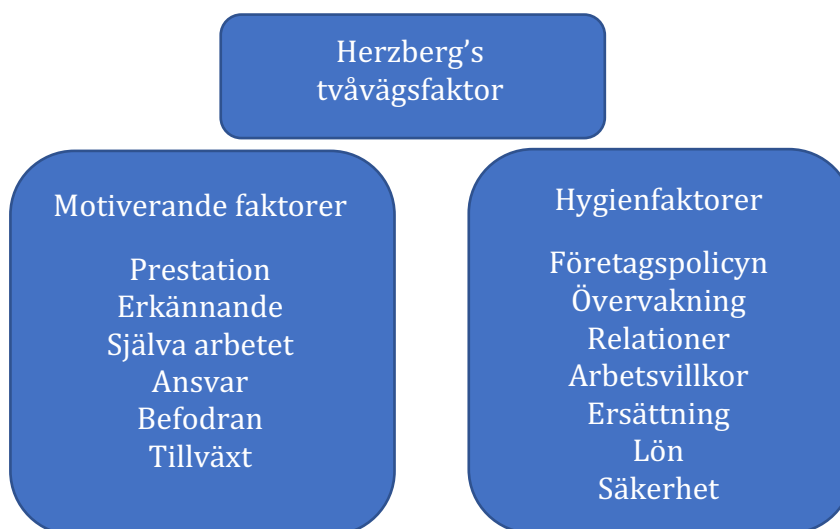
Teorin om självbestämmande (*self-determination theory, SDT*) menar att den inre motivationen innebär att motivationen ligger i själva beteendet. När den interna motivationen är hög tenderar arbetarna att visa högkvalitativ prestation och välbefinnande. Den yttre motivationen handlar om motivationer som sporrar oss att göra saker som leder till en konsekvens. En yttre motivation minskar på individens autonomi och den kontrolleras av andra, ofta som belöning eller hot. SDT har länge sökt reda på samband mellan prestation och motivation. Den har fokuserat på faktorer som underlättar högkvalitativ och hållbar motivation samt vad som lockar fram det frivilliga engagemanget. Enligt SDT teorin främjar stödet för självständighet tillfredställelsen på arbetsplatsen och ökar därmed fördelen för såväl individen själv som för organisationen. Den autonoma motivationen innebär att människan är engagerad med full känsla av vilja och val och hör till den inre motivation. I vissa fall kan även en yttre motivation bli en inre motivation. När arbetaren förstår både syftet och värdet av arbetet, känner ägarskap och autonomi samt får tydlig feedback och stöd kommer arbetarna att bli mera självständiga och motiverade. Detta kommer att leda till att man presterar och lär sig bättre samt att man bättre på att anpassa sig. När de yttre motivationerna är kontrollerade kan det leda till försämrade prestation och engagemang. (Deci, Olafsen & Ryan, 2017, s.27-28).

Enligt Deci et al (2017, s.20) har forskare som undersökt SDT kommit fram till att sådana sociala miljöer, som t.ex. arbetsplats, som stöder tillfredställelsen av de grundläggande fysiska och psykiska behoven främjar autonom motivation, psykisk och fysisk välbefinnande samt förbättrad prestation.

Forskning har kommit fram till att arbetarnas välbefinnande, motivation och framgång har ett samband med en organisations produktivitet. Det har även påvisats att en mera autonom arbetsmotivation ledde till ökad tillfredsställelse samt till mindre utbrändhet. Det har vidare kommit fram att en stark inre motivation ledde till en ökad motivation att lära sig och att dela med sig av sin kunskap, medan en yttre motivation leder till. (Deci et al, 2017, s.20).

Herzberg's tvåvägs teori om arbetsmotivation har utvecklats från Maslow's behovshierarki och Herzberg har i sin tidiga tid insett vikten av interna och externa motivationer.

Utgångspunkten var att det finns två skilda faktorer som leder till välbefinnande på arbetsplatsen och att dessa två inte kan metas med varandra, utan är helt skilda och bör även forskas som skilda delar. Dessa två delar är 1) människans behov av tillväxt dvs de motiverande faktorerna samt 2) behovet att undvika obehag dvs. Hygienfaktorer. De motiverande faktorerna är t.ex. prestation, erkännande, själva arbetet, ansvar, fördelar, möjligheter och tillväxt. Dessa är de inre motivationsfaktorerna och finns till för att öka och förbättra arbetstillfredsställelsen. Hygienfaktorerna handlar mera om administration och relationen till dessa samt lön. Dessa är de externa motivationsfaktorerna och finns till för att minska på missnöjet. Huruvida dessa har en motiverande eller icke motiverande isats beror på arbetarens egna nivå av tolerans. (Alshmemri, Shawan-Aki & Mande, 2017).



Figur 3: Herzberg's tvåvägsfaktor teori baserat på Alshmemir et al. (Alshmemri, Shawan-Aki & Mande, 2017).

4.5 Ledarens roll

Att leda en organisation kan ses som en påverkningsprocess där syftet är att få arbetarna att agera på ett sådant sätt att organisationen når sina mål. Det bygger alltså på en social relation mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. När ledarskapet fungerar bra ökar medarbetarnas respekt, tillit och förtroende för ledaren och dennes auktoritet, legitimitet och ledarställning stärks. För att uppnå ett gott ledarskap måste ledaren ha en god kunskap om individens motivation, gruppens sätt att fungera samt organisationskulturens påverkan på individens beslut och handlingar. (Bruzelius & Skärvad, 2017, s. 357-359).

Ledarskapsstil kan ha en inverkan på arbetarnas välbefinnande och olika ledarstilar passar för olika grupper, platser och företag. Forskare idag hänvisar till situations anpassat

ledarskap har en viktig betydelse i dagens samhälle. Det menas också att det finns inget rätt sätt att utöva ledarskapet på. Situations anpassat ledarskap betyder att man som ledare låter situationens krav bestämma ledarskapsstilen. I dag skall en god ledare dessutom ha en bred kunskap såväl om företaget, om de tjänster man producerar/erbjuder, social förmåga samt allmän kunskap. (Bruzelius & Skärvad, 2017, s. 367-369).

För utvecklingens skull är det viktigt att förstå betydelsen av psykologiskt välbefinnande samt av betydelsen att identifiera de faktorer som leder till ökat välbefinnande. För att ge arbetarna ett gått välbefinnande är det viktigt med ett bra förhållningssätt till befrämjande av välbefinnande, kunna promota ett gått arbetsvälbefinnande, flexibelt arbete samt en klar linje för hur man uppnår detta på arbetet. En omfattande närmande av välbefinnande på arbete innehåller den psykiska, fysiska och sociala välbefinnande och måste innehålla en förbättring över den psykiska välbefinnande samt en minskning av den negativa välbefinnande såsom stress. En förbättrad psykiska välbefinnande leder till mindre sjukskrivningar. (Robertson & Flint-Taylor, 2009, s. 20).

Feedback är viktigt och Robertson et al (2009) har kommit fram till att negativ feedback kan ha olika reaktioner beroende på vem som tar emot dem och det har att göra med vår personlighet. Ifall man är en person som strävar efter mycket kan en negativ feedback sporra dem och ge dem en större motivation att jobba även hårdare. En person som ser mera negativt på tillvaron kan en negativ feedback resultera i att man se än mera på det negativa. (Robertson et al, 2009). Feedback är viktigt eftersom arbetaren genom det har möjlighet till självreglering till jobbet. (Cordery & Parker, 2007, s. 191).

4.6 Arbetsrelaterad stress

Stress kan i viss mån anses vara en motiverande faktor och på kort sikt en bra sak. Man får en kick och det kan skapa en positiv energi i organisationen. När en organisation eller arbetsgruppen fokuserar på målet bildas det en positiv energi i gruppen och allt annat än målet känns oviktigt. Arbetarna klarar sig på mindre sömn än vanlige och när man är nära ett mål ökar organisationens prestationskapacitet. Däremot ger t.ex. nedskärningar den motsatta effekten och ökar på stressen. (Arnetz & Arnetz, 2003, s. 57). Arbetsrelaterad stress är ändå ett vagt ämnesområde och saknar en accepterad definition som forskare, läkare och politiker måste ta ställning till. Diskussionen kring arbetsrelaterad stress är stor, men det är sällan som sjukdomar orsakade av psykisk ohälsa anses vara en arbetsskada. (Holmström & Ohlsson, 2014, s.15) Arbete kan ha en negativ effekt på människans hälsa och orsakas

oftast av den negativa reaktionen människor får av bl.a. för höga prestationskrav. Stress är en stor orsak till långtidssjukskrivningar, vilket leder till produktivitetsförlust, förtidspensionering, ökad personalomsättning, rekrytering och utbildning. Personer som är stressade har tendensen att lämna kvar på arbetet, men de är mindre produktiva. För att undvika långtidssjukskrivningar är det viktigt att främja arbetarnas välbefinnande. (Glasper, 2010).

Under 1990 talet förändrades förståelsen för arbetsrelaterad stress och för hur man kan hantera de risker som det kan leda till för såväl individen som för organisationen (Cox, 2005). Stress är något som påverkar välbefinnande på arbetet i stor grad inom många professioner. På 1990 talet blev fokus på individens reaktion på och förmågan att hantera stress. Det som kan vara avgörande för hur en arbetare upplever arbetsrelaterad stress är vilket stöd arbetaren får från arbetsledningen, arbetskamrater och anhöriga. (Hertting & Samuelsson, 2000, s. 125). Stress kan leda till en nedsatt förmåga att göra arbete och den arbetsrelaterade stressen är en negativ reaktion på överdriven press eller andra krav som ställs på människan. En överdriven press kan leda till stress och stressen försämrar individens prestation på arbetet. En långvarig stress kan leda till andra sjukdomar som t.ex. depression, burnout eller hjärtsjukdomar. (Hawskly, 2007, s.34).

Hjärt- och kärlsjukdomar är sjukdomar som orsakas av stress, och hjärtsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken för både män och kvinnor i Amerika. Arbetsrelaterad stress är ett exempel på en psykosocial riskfaktor som har blivit alltmera intressant i dagens snabbt utvecklade och globaliserade värld. En studie från 2018 har påvisat att det finns ett samband mellan arbetsrelaterad stress och olika hjärtsjukdomar. Det är dock fortfarande oklart i hur stor grad arbetsrelaterad stress leder till utvecklingen av kranskärlssjukdomar. Forskning har visat att 10-40% insjuknat i arbetsrelaterad stress och åtminstone 1/3 av dessa upplever kronisk stress. Anledningen till att det är svårt att ta reda på huruvida arbetsrelaterad stress leder till kranskärlssjukdom är svårt p.g.a. dess subjektiva karaktär. Olika socialvetenskaper har försökt tackla detta problem genom att konstruera förenklade modeller där abstrakta koncept kan ses objektivt. Genom dessa modeller har man kunnat till viss mån kunnat forska i hur stress är relaterat till kranskärlssjukdomar. Modeller som har använts är bl.a. krav-resursmodellen och krav-kontroll-socialt stöd modellen. (Sara et al, 2018, s.5).

En bidragande faktor till att arbetsrelaterad stress uppstår är en obalans mellan arbetslivet och privatlivet. Balansen handlar inte bara om familj och barn eller om att arbeta mindre. Det handlar snarare om att kunna och orka ge allt man behöver både på arbetet och hemma

utan att de ena äventyrar det andra. För att kunna uppnå en bra balans rekommenderas det att ha en öppen dialog med förmannen, dela på ansvar, vara mera självsäker, motionera, äta hälsosamt, ta aldrig mera än vad du kan hantera samt att dela med sig av tankar och känslor med en annan person. (Hawksly, 2007, s.34).

Stressorer som finns inom arbetslivet är både fysiska och psykiska stressorer. Tidspress och höga krav är exempel på psykiska stressorer medans kyla och ljud är exempel på fysiska stressorer. En fysisk stress stör alltid kroppens balans oberoende hur vi psykiskt hanterar den. Beroende på hur vi reagerar på olika situationer kan vi skapa en stressreaktion. En stressreaktion uppkommer till följd av pressade situationer och är en normal fysiologisk reaktion till följd av en stressor. En psykisk stressor belastar vårt minne eller kräver kontinuerlig uppmärksamhet, snabba reaktioner eller kontakt med andra människor. (Melin, 2008, s. 244).

Det är bra med att ha en s.k. energimobilisering dvs. att man hela tiden håller igång och har med jämna mellanrum en stressreaktion, men detta blir farligt vid brist på återhämtning. Brist på återhämtning kan leda till t.ex. försämrad tillfriskning och försämrad fysisk förmåga. (Melin, 2008, s. 247).

Arbetets krav, kontrollmöjligheter, individens resurser och det sociala stödet på arbetet har en central roll i hur arbetaren trivs och orkar på arbetet. Brister i dessa kan leda till stress och ohälsa medans ökning kan leda till hälsa och utveckling. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s. 59-62). Nedan redogörs för två kända modeller för krav, kontroll, resurs och socialt stöd på arbetsplatsen.

Krav- resursmodellen går ut på att ifall individens resurser inte räcker till för det krav och utmaningar som arbetet medförkan det leda till negativa effekter i form av stress, funktionsnedsättning och på lång sikt ohälsa. Men ifall balansen är fördelad med god resurstillgång leder det till positiva effekter samt välbefinnande, funktion och hälsa. Man utvecklas genom positiva erfarenheter, kompetensutveckling och den säkerhet man tar sig an jobbet. Med tiden ger detta upplevelse av hanterbarhet och kontroll. En resurs är något i arbetet eller i miljön som bidrar till att arbetsmålen uppnås, som kan minska på kraven på individen, som kan stimulera och underlätta utveckling och lärande, positiva arbeteegenskaper, socialt stöd, delaktighet, goda relationer med ledningen, rättvisa samt hälsofrämjande normer och prioriteringar. (Eklöf, 2017, s. 133-134).

Krav-kontroll-socialt stöd modellen byggde ursprungligen på begreppen psykiska krav och arbetarens kontrollmöjligheter men utvidgades senare även med det sociala stödet. Modellen menar att kombinationen på höga psykiska krav och små kontrollmöjligheter innebär att man hamnar i ett tillstånd där man inte har kontroll över arbetssituationen. Detta leder i sin tur till hot mot vitala personliga intressen och därmed aktiveras stressmekanismer. En långvarig kontrollbrist medför även passivering vilket är stressande och i långa loppet kan det leda till både psykisk och fysisk ohälsa. Med höga psykiska krav och höga möjligheter till kontroll har man möjlighet att bestämma kraven genom frihet från detaljstyrning och genom att det finns möjlighet att använda all tillgänglig kunskap och förmågor. Detta leder till avspänning efter måluppfyllelse samt till ett positivt lärande. I förlängningen leder detta till tillfredsställelse, kompetenstillväxt samt bättre hälsa. Sociala stödet har en stor inverkan på hälsan och beroende på om den är god eller dålig har det även en inverkan på hur kraven och kontrollen tas. Med socialt stöd kan man stärka eller försämra effekten av krav- och kontrollmöjligheterna. (Eklöf, 2017, s. 136-138).

4.7 Att jobba i en förändring

Förändring är dagens visa och i bästa fall kan den fungera som en motiverande faktor för arbetarna. En förändring fungerar bara ifall alla inblandade har en stark tro till sin egna och gruppens förmåga att klara av förändringen. En förändring är inte enbart chefens önskan, utan kan även vara något som arbetarna själva vill. Målet med en förändring är att utveckla samt att öka resurserna samt förbättra verksamheten. (Paasivaara, 2009, s.62-63).

Den ständiga förändringen som människan lever i kan föra med sig både för och nackdelar. Till en del kan det handla om att man känner en viss otrygghet i att man inte alltid hänger med i utvecklingen, eller att man inte behärskar den nya tekniken som finns. Människan känner sig oftast säker i den bekanta miljön som man behärskar. Det som kan förbättra välbefinnande i en förändring är att man själv får vara med och förändra och komma med förslag. Det ger också en större trygghet när man kan vara med och se hur förändringen går till. I sådana situationer är det oftast vanligt att man tar med en representant från de olika arbetsgrupperna. (Rauramo, 2008, s.88).

Brunges et al (2014) menar att det är svårt att göra förändringar i arbetsklimatet och att det krävs bestämdhet och en klar vision. Man måste kunna motivera och engagera arbetarna samt motivera varför förändringen bör göras.

En förändring kan tagas emot både positivt och negativt, och största anledningen till att det tas emot negativt är att det oftast kommer ”uppifrån” och att anställda inte har möjlighet till att påverka. Förändring är dock oftast bra, eftersom det leder till utveckling och det skulle vara viktigt att se förändringar som en utmaning istället för ett hot. En förändring på arbetsplatsen leder till att människan utvecklas både som individer och som professioner. Ett förändringsarbete som bygger på delaktighet, trygghet, riklig och direkt information samt ömsesidig tillit brukar välkomnas mera positivt än något som bestäms utan arbetarnas delaktighet. (Angelöw, 2006, s. 19).

En förändring kan värderas på tre olika sätt. Det kan vara irrelevant, positiv eller påfrestande. En irrelevant förändring är en förändring som varken medför positiv eller negativ förändring på arbetarnas välbefinnande. En positiv förändring uppfattas som positiv och har en positiv inverkan på arbetarnas välbefinnande. En påfrestande förändring kan uppfattas som skada/förlust, hot eller utmaning. Ifall man upplever/förutspår att en förändring medför hot eller skada är det viktigt hur man bedömer sin handlingsförmåga vad som kan göras eller om något kan göras. Om en individ uppfattar förändringen som hotfull kommer en stor del av personens energi att gå åt att försvara sig mot förändringen. Samma förändring kan upplevas som irrelevant, positiv eller hotfull av samma arbetsgrupp. Det är individuellt hur den uppfattas. Det är viktigt att poängtera att alla förändringar inte innebär hot. Det är viktigt att komma ihåg att hotet uppstår oftast genom en ovisshet till framtiden eftersom man vet vad man har, men inte vad man får. (Angelöw, 2006, s. 20).

4.8 Skiftesarbete

Skiftesarbete leder till en förändrad rutin och har en inverkan på livet och hälsa. Man har en störning i dygnsrytmen vilket enligt forskning leder till dåliga kostvanor, sömnproblem, försämrade sociala relationer och försämrad allmän hälsa. Personer med skiftesarbete har större risk att insjukna i folksjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt samt diabetes typ 2 än personer som jobbar kontorstid. Kosterna är av sämre kvalitet och man har mera oregelbundna matvanor. Skiftesarbetare har också mera lätt för småätande och för att skippa måltider. Den fysiska aktiviteten är lägre och även om man är mycket på fötter under skiftet har man mindre fysisk aktivitet utanför arbetet. Man har lättare att skippa t.ex. lagsporter eftersom man inte har tid. De sociala relationerna kan också bli lidande, men många uppger samtidigt att de har en bra gemenskap bland kollegor och hittar på saker och ting gemensamt med dem. Skiftesarbete leder också till problem mellan arbete/familj. Däremot har det kommit fram att en positiv aspekt med att arbeta skift är att det finns en helt

annan möjlighet till t.ex. hushållssysslor än om man jobbar kontorstid. Dessutom har arbetare uppgett att skiftesarbete kan minska på behovet av barnomsorg. (Nea, Pourshahdi, Cearney, Livingstone, Bassul & Corish, 2018, s.483-488).

4.9 Konflikter och mobbning

Ordet konflikt har oftast en negativ klang, men kan i många avseenden även vara positiva och konstruktiva och leda till en organisatorisk utveckling. I dagens snabbt utvecklade samhälle är det nästan omöjligt att undgå konflikter, men många konflikter rinner ändå ut i sanden. Konflikter handlar ofta om missförstånd, brist i kommunikation eller trivialiteter och olyckliga omständigheter. Kortsiktiga konflikter är sällan till ondo, men ifall en konflikt är långvarig och därmed riskerar att bli en del av arbetsplatskulturen kan den bli negativ. En långvarig konflikt kan leda till mobbning, trakasserier och sjukskrivningar. I forskning har det framkommit att konflikter med chefer har ett tydligt samband med sjukskrivningar. Konflikter har visat sig ha ett samband med bristande socialt stöd i kombination med låga påverkningsmöjligheter. Saker som leder till konflikter på arbetsplatsen är meningsskiljaktigheter i mål, medel, fördelning av ansvar, brist i kommunikation och ledarskap samt skillnader mellan arbetarnas personligheter. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s.145-147).

För det allmänna välbefinnandets skull är det viktigt att man försöker lösa konflikterna. Ett negativt sätt att lösa konflikter på är en s.k. dold coping där man ignorerar problemet, vilket händer ifall man känner att man inte har något att säga till om i sammanhanget. Motsatsen är öppen coping där man diskuterar och försöker lösa meningsskiljaktigheten, visar känslor och ger uttryck för sina åsikter. Med en positiv konflikthantering menas att man försöker lösa konflikten på en neutral mark där parterna får uttrycka sina åsikter och argumentera för sin sak. Lösningarna bör innehålla en kompromiss och målet bör vara att öka de inblandades ömsesidiga förståelse. Mindre konflikter kan oftast lösas internt, men ibland måste man anlita en utomstående för att lösa konflikten. (Weman-Josefsson & Berggren, 2013, s.147-149).

Mobbning är när en eller flera individer upplever att de systematiskt och upprepade gånger utsätts för negativ behandling från en eller flera personer i situationer där den utsatte/utsatta har svårt att försvara sig. (Eklöf, 2017, s. 110).

Mobbningsprocessen har likheter med konfliktprocessen men skillnaden är att vid en mobbningsprocess är det en individ eller en liten grupp som upprepade gånger utsätts för

konfliktbeteende utan någon rimlig förklaring. Det är viktigt att hålla isär mobbning, som är ett socialpsykologiskt begrepp, från de juridiska begreppen kränkande särbehandling, diskriminering och kränkning. Det är oftast lättare att förstå varför någon upplevt att den blivit mobbad eller krängt än att bevisa det juridiskt. Mobbning och kränkningar på arbetsplatsen kan leda till psykisk och fysisk ohälsa och sjukfrånvaro. (Eklöf, 2013, s. 109-110).

Arbetsplatsmobbning kan genomföras kollegor emellan eller chef-arbetare eller arbetare-chef och kan uppkomma genom t.ex. mobbarens osäkerhet och maktposition, avund mellan arbetskompisar, mobbarens låga självkänsla, kravfyllt arbete, arbetsklimatet, ledarskapet samt i brister på hur arbetet är uppbyggt. Arbetsplatsmobbning kan synas genom t.ex. förändrade arbetsuppgifter så att de blir svåra eller t.om. omöjliga att genomföra, isolering, den mobbade hånas genom skvaller eller förolämpningar, verbala attacker och föröd mjukning samt fysiskt våld eller hot om fysiskt våld. (Sandberg, 2011, s. 38-39).

4.10 Välbefinnande bland vårdarna

Personer i människovårdande yrken (t.ex. vårdare) är oftast utsatta för en stor psykisk belastning. Det behöver inte alltid vara en negativ sak, men ifall påfrestningen blir för stor och man inte har tid för vila kan det leda till negativa psykiska och fysiska reaktioner. (Johannessen, Ree, Aase, Bal & Wilg, 2020).

Även om forskning stöder att vårdarna trivs på sin arbetsplats och är motiverade till arbete, finns det mången forskning som visar att vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen försämras av den stress som arbetet medför. Forskning har visat att det bland arbetare inom social och hälsovård finns den största andelen självrapporteringen av stress, ångest och depression. (Glasper, 2010). Vårdarna känner en press på att komma till jobb även om de är sjuka och denna press kommer från sig själv, kollegorna och av förmannen (Hill, 2010, s.151). Stressen som vårdarna känner är både av fysisk och psykisk karaktär. Arbetet är fysiskt tungt (lyft, förflyttningar etc.) vilket medför en fysisk stress samt en mental trötthet som handlar om att orka visa empati. Många som arbetar med människor känner att de inte har ork att visa empati åt andra arbetare, men nog åt klienterna. De menar att all deras energi går åt att visa empati mot klienterna, att det inte finns tillräckligt kvar att visa åt varan. (Glasper 2010; Australian nursing journal 2012, s.12; Brennan 2017).

American association of critical care nurses har definierat en grund för vårdarnas välbefinnande som består av 6 faktorer: bra kommunikation bland vårdarna, bra samarbete,

effektiv beslutsfattning, lämplig bemanning, meningsfullt erkännande samt autentiskt ledarskap. (Munro et al, 2022, s.4-6).

4.10.1 Psykiskt välbefinnande

Att jobba inom vården när man är mentalt trött kan leda till interna utmaningar som t.ex. ineffektiv kommunikation, avskildhet samt försämrade medkänsla och empati för andra. Olika coping metoder för personer som jobbar inom vården är att söka stöd, problemlösning samt egenkontroll. Den viktigaste av dessa copingmetoder var det sociala stödet. En bra balans mellan arbetet och fritiden är mycket viktig copingmetod för att vårdarna skall känna ett gott välbefinnande på arbetsplatsen. (Brennan 2017). Det var viktigt med bl.a. fysisk aktivitet och olika familjeaktiviteter. På vårdenheter borde det läggas mera vikt på det psykiska välbefinnande samt viktigt att identifiera de faktorer som inverkar negativt på vårdarnas psykiska hälsa. Man kan med andra ord säga att välbefinnande bland vårdarna är mycket central och även om många vårdare kan ge egenvård skall arbetsvälbefinnandet ändå inte ligga på vårdaren själv. (Robertsson et al 2009). Genom en hälsosam arbetsmiljö på en vårdenheter har vårdarna möjlighet till att maximera deras bidrag till en god vård och en bra sammanhållning inom vårdteamet. Genom den hälsosamma arbetsmiljön har man också bättre möjlighet att kvarhålla vårdarna och rekryteringen blir också bättre samtidigt som man kan ge en högkvalitativ vård till belåtna klienter. (Munro & Hope, 2022). Även Hill (2010, s.152) har kommit fram till att det finns en stark koppling mellan vårdarnas välbefinnande och klienternas belåtenhet. Genom att satsa på vårdarnas välbefinnande kan man också minska på sjukskrivning bland vårdarna och göra besparingar. (Australian nursing journal, 2012 s. 15; Hill, 2010). Genom att satsa på en bättre hälsa och välbefinnande bland vårdpersonal kan man göra besparingar. Arbetsmängden, (för) högt ansvar, förkortade eller uteblivna pauser minskar vårdarnas välbefinnande. (Foa et al., 2020, s.2).

Alla konversationer som människan har påverkar oss på något sätt, och genom diskussion kan vi hjälpa andra människor att komma över något traumatiskt. Gerge (2011, s. 14) skriver om empatitrötthet, alltså en trötthet som människor som jobbar inom människohjälpan yrken kan känna. Hon beskriver empatitrötthet på följande sätt

” Med empatitrötthet menas den känslomässiga och tankemässiga, kroppsliga och andligt-existentiella upplevelse av energilöshet och utmattning som människor inom humana serviceyrken – dvs. människotjänande yrken – kan drabbas av” (Gerge 2011 s.14)

Hur en människa upplever empatitrötthet är knutet till personlighet, tidigare erfarenheter samt omgivningen man lever i. Även Gerge menar att ifall vårdarna inte mår bra, kan det ha en negativ effekt på vården. Hon menar vidare att det finns olika grader av empatitrötthet vilket kan leda i värsta fall till långvarig sjukskrivning. Anledningen till att människor som jobbar i människohjälpande yrken insjuknar i empatitrötthet är det empatiska lyssnandet som yrkena medför. Människor med stor empatiförmåga har stor risk att bli empatitrötta. (Gerge, 2011, s. 14-15, 26).

För att kunna stå emot empatitrötthet är det viktigt att lära känna igen och acceptera det svåra som hänt i vårt och andras liv. När man jobbar med människor är det viktigt med en medveten empati som man lätt kan koppla på och av och dessutom att man kan dra en klar gräns mellan det professionella och privata. Man skall med andra ord lämna jobbet på jobbet och försöka att inte grubbla över dessa problem på fritiden. Det som kan personer i att stå emot empatitrötthet är goda relationer samt stödgrupper, konsultation och handledning av olika slag där man får möjligheten att diskutera och reflektera (Gerge, 2011, s.54). För att orka och utvecklas med orken är det viktigt att man främjar en god egenvård. Här kan man använda sig av olika avslappningsmetoder för att kunna slappna av och återsamla den kraft man behöver för att orka vidare (Gerge, 2011, s. 77).

Den psykiska belastningen för vårdpersonal är inte enbart relaterat till klientarbete utan även till olika IT-relaterade stysystem som måste hanteras. Enligt en undersökning gjord i Norge finns det för många parallella datasystem som används vilket kan göra det svårt att få en bra helhetsbild av klientens mående. Det kom fram ytterligare i undersökningen att det finns många program och mätdata som inte alls är nödvändiga och bara skapar stress. IT kan även vara ett problem när det kommer till dokumentation. På de flesta vårdanstalters finns det få datorer och flera vårdare som skall samsas om samma få datorer. Detta kan leda till att man inte alltid hinner läsa om klienterna eller dokumentera ordentligt, eftersom det inte finns tid och möjlighet för detta. Psykiska symptom och belastning är en stor andel av långtidssjukskrivningar bland människor i människorelaterade arbeten. (Johannessen et al, 2020).

Det är viktigt att kunna känna igen de faktorer som bidrar till vårdarnas välbefinnande för att kunna förbättra deras välbefinnande. Dessa faktorer är för vårdares del såväl individuella som organisatoriska faktorer. Individuella faktorer som kön, arbetserfarenhet, ålder och familj samt organisatorisk bakgrund som t.ex. arbetsenhet och personal/kollegiet har tidigare rapporterats som faktorer som påverkar vårdarnas välbefinnande. Utöver dessa har vårdare

uttryckt att kontinuerligt lärande och erfarenhet av praxis leder till en god arbetsmotivation. Det betyder, enligt forskarna att vårdarnas arbetsmotivation ökar med deras ålder och är på topp när halva karriären gått. Det kommer ytterligare fram, framförallt bland kvinnor, att familjen (att vara mor och fru) har påverkat negativt på vårdarnas arbetsmotivation och prestation. (Toodle et al., 2015, 248-249).

4.10.2 Fysiskt välbefinnande och säkerheten inom vården

I Sverige ökade sjukfrånvaron bland arbetare på 1980-talet och här kunde man se en klar relation med att kvinnor började jobba inom tyngre arbeten som t.ex. vården. Sjukskrivningarna kunde handla om smärtor i rörelseorganen som framkommer till följd av ett fysiskt tungt arbete. Idag har man mera kunskap om sjukdomar i rörelseorganen och i takt med att forskningen och tekniken har gått framåt har man fått mera kunskap om dessa och man har utvecklat en rad olika hjälpmedel för fysiskt tunga arbeten. (Hertting & Samuelsson, 2000, s. 124).

Säkerhet är en mycket viktig punkt när det kommer till välmående bland vårdpersonal. Genom att ha säkra föreskrifter vad gäller säkerheten kan man öka på trygghetskänslan och därigenom öka på vårdarnas välbefinnande. Hill (2010, s.152) har i sin undersökning kommit fram till att många vårdare känner våld från klienterna som ett hot. Wong (2019, s.960) har i sin undersökning kommit fram till att vårdarna anser att säkerheten är en av de viktigaste aspekterna av arbetsvälbefinnande.

Vårdarnas välbefinnande påverkas av den växande ekonomiska pressen, förändringar i klienternas förväntningar samt den nya teknologin. Den ökade stressen reflekteras i frånvaro, problem inom arbetsgemenskapen samt till förtid pension. Det skulle med andra ord vara viktigt att reagera på stress bland arbetare inom vårdbranschen. Den allt trängre ekonomin leder till att man inte alltid har möjlighet till anställningar och att det händer lätt att vårdarna jobbar underbemannade vilket i sin tur leder till minskad säkerhet. Minskad personal leder till ökad stress och tidspress vilket kan leda till brist på kvalité av vården samt till mera misstag. Vårdarna upplever även att de inte hinner rapportera alla misstag som görs eftersom det helt enkelt inte finns tid. När man talar om säkerheten inom vården är det viktigt att även poängtera klientsäkerheten. Hit kan man räkna t.ex. medicinsäkerhet och vårdkvalité. Det har kommit fram i forskning att medicinfel är det största rapporterade fel inom vårdbranschen. Näst största felet som dokumenteras är dokumentationen. Även detta har att göra med tidsbrist. Vårdare anser, och enligt forskning även anhöriga, att vårdarna inte

spenderar tillräckligt med tid med klienterna.(Grandner, Rose, Mason, Tylor & Cushway, 2005, s.128-139). Personaldimensioneringen på serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård bland äldre genomgår i skrivande stund en förändring i Finland. 1.oktober 2020 har det trätt i kraft en lag som kommer att öka personaldimensioneringen från 0,5/klient till 0,7/klient. Denna ökning kommer att gälla enbart de som gör direkt klientarbete. Ökningen kommer att ske stegvis och ökningen skall vara klar den 1 april 2023. (SHM, 2020).

4.10.3 Socialt välbefinnande

Foá et al (2020, s.1) har i sin undersökning bland arbetarna inom äldre vården (*work with elderly*) kommit fram till att det som ökar vårdarnas välbefinnande på jobbet är en positiv relation med förmannen, kollegorna och klienterna.

Bland vårdarna är en stor orsak till arbetsrelaterad stress de interna konflikterna i arbetsgemenskapen och mobbning i gruppen är en stor orsak till långvarig sjukskrivning. Det som hjälper mot detta är en god kommunikation samt en sträng nolltolerans för mobbning. (Glasper, 2010).

I dagens läge finns det en mångkulturalitet som ej funnits tidigare. Framförallt inom vården har den mångkulturella arbetsgemenskapen vuxit fram. De kulturkrockar som mångkulturell arbetsplats för med sig är viktigt att beakta när man gör upp verksamhetsplaner. Alla skall ha rätt till sin religion, och alla skall behandlas jämlikt. Det är viktigt att se mångkulturalitet som en resurs och att våga använda sig av denna resurs. Det är viktigt att ge utrymme för inläring av den eller de olika kulturer som finns på arbetsplatsen, så att man kan minska på missförstånden. Ett gemensamt arbetsspråk är allt viktigare i en mångkulturell arbetsgrupp. En tumregel när det kommer till mångkulturella arbetsgrupper är att Respektera varandras kulturer och undvik att såra varandra. (Rauramo, 2008, s. 127).

4.10.4 Stress inom vården

Det kan vara utmanande att jobba inom vården eftersom man har många möjligheter att påverka vården, men utmaningar kan bli problem. Att konstant jobba under press kan leda till stress vilket i sin tur ger en negativ effekt. Vården är full med motstridiga krav vilket kan leda till överbelastning och rollkonflikter. Med rollkonflikter menas t.ex. att en av vårdarnas roll är att få klienten bättre samtidigt som man ger känslomässigt stöd till klienterna. En

kommunikation mellan vårdarna och förman skulle hjälpa den mentala stressen. (Hawksly 2007, s.34-36).

Vårdare, framförallt på sjukhus, har ett stort ansvar över vårdkvaliteten och klientsäkerheten att det gör dem sårbara för arbetsrelaterad stress samt minskad arbetsmotivation vilket inkluderar en risk för sämre arbetsprestation och en större risk till att sluta jobbet. Den stora branschändringen gör det ännu viktigare att fundera på vårdarnas välbefinnande (Toodle et al., 2015)

Bland vårdarna är ett ständigt problem tidspressen samt underbemanning. Det kan leda till att man inte alltid hinner ta tid åt sig att äta. De har även kommit fram att det inte bara är klientarbetet som skapar stress utan även administrativa arbeten som t.ex. dokumentation. Det har även kommit fram att en organiserad arbetsstruktur har en positiv inverkan på arbetarnas välbefinnande. Bland vårdarna har det också visat sig att man försöker dölja de fel som sker och man är rädd för att berätta om dessa till kollegerna. (Bogaert, Oerenabs, Hesuden, Versout, Kureclova, Van de Crys & Franck, 2017).

De kom vidare fram till att arbetsengagemang kunde ökas genom egen arbetsautonomi (*professional autonomy*), kontinuerliga utbildningar, en känsla av tillhörighet (*a sense of belonging*), professionell tillväxt medans den kunde försämrats av få karriärmöjligheter, jobbosäkerhet samt lågt igenkännande av sitt arbete. Dessutom kom det även fram att dålig lön, hög omsättning och mentala erfarenheter relaterat till de äldre ökar arbetsstress/burnout medans psykiskt stöd, självständigt arbete samt en god relation till kollegerna och klienterna kunde minska på stressen. (Foá, Guarnieri, Bastoni, Benini, Giuntio, Mazzotti, Rossi, Savoia, Sarli & Artioli, 2020). Övriga stressorer som framkommer i vårddyrket är överbelastning, konflikter och aggression. (Brennan 2017).

4.10.5 Arbetsmotivation hos vårdare

Som tidigare nämnts har motivations faktorer en stor betydelse för arbetsvälbefinnande, och att de yttre belöningsystemet oftast är en positiv motivationsfaktor som leder till att människan presterar bättre. Dessa yttre faktorer (som t.ex. lön) är inte lika närvarande inom hälsobranschen eftersom arbetssättet är en annan och de visar mera betoning på de inre faktorerna. Men det betyder inte att man inte anser att lönen är otillräcklig, utan det kom fram i undersökningen att de som jobbar inom kommunala sektorn är missnöjd med sin lön och kan ta ner på arbetsmotivationen, men den eliminerar inte den. (Saarinen, Ruokalainen, Taimio, Pirttilä & Mauno, 2015, s.36).

Brunges et al (2014) har kommit fram till att jobbtillfredsställelsen ofta är hög bland vårdarna och de känner sig engagerade i sitt arbete. Vårdarna har angett att deras motivation ökar ifall de får gå kurser som hjälper deras professionella utveckling och inte bara gå sådana kurser som man måste gå. (Johannessen et al, 2020). Forskning har visat att det finns en skillnad mellan vårdarnas ålder och vilken typ av arbete som motiverar dem. De äldre vårdarna har angett att de motiveras mera av administrativa uppgifter än vad yngre vårdare med mindre erfarenhet anger. (Toodle, Routasalo, Helminen & Suominen, 2015, s.252).

Det är viktigt att försöka behålla vårdarna inom äldrevården i yrkeslivet ända till pension. Detta pga. den åldrande befolkningen och eftersom bristen på vårdare minskar på arbetsmotivationen och det leder till en begränsad service. Enligt denna undersökning har 75% av vårdarna inom hemtjänsten funderat på att byta arbete. Orsaken till att vårdare funderar på att byta arbete är den ökade mentala och fysiska arbetsbelastningen som orsakas av ett högre antal klienter, mera komplexa klienter samt mindre personal i jämförelse med behov. Torts detta har de kommit fram till att vårdarna känner att de gör ett meningsfullt arbete. Fler forskningar visat att det är viktigt att upprätthålla vårdarnas motivation för en kvalitativ vård. Vårdarnas arbetsmotivation handlar om att vilja att jobba bra och att utföra klara av uppgifter och mål samt att bidra med arbetsförmåga inom teamet. Motivationen är såväl inre som yttre. Det har kommit fram i forskning att de äldre vårdarnas motivation är mer ofta kopplad till inre motivation än yttre. En viktig resurs bland vårdarna är själv effektivitet. Den yrkesmässiga själv effektiviteten beskriver tron på vårdarens förmåga att framgångsrikt utföra de uppgifter som är involverade i ens arbete. Vårdarna har gett svar på de som de anser att motiverar dem i arbetet. Några exempel på de positiva variablerna som kom fram är arbetsgemenskapen, betydelse av arbete, stimulerande utmaningar. De negativa motivationerna som kom fram var organisatoriska arbetsomgivning, tidspress, jobbkaraktär, försämrade hälsa och energi, feedback från klienterna, lön, brist på personal. (Wallin et al, 2022, s.2).

Vårdarnas arbetsmotivation i Finland är mycket hög och att arbetsvälbefinnande var bra. Sjuksköterskorna var nöjda med sitt arbete och ansåg sig vara engagerade och aktiva i sitt arbete. Det finns en stark korrelation mellan vårdarnas välbefinnande och deras arbetsmotivation samt mellan en transformativ ledare och välbefinnande. Desto bättre transformativ ledare man hade desto mindre var korrelationen till viljan av att byta arbetsplats och desto mindre korrelation med utbrändhet. (Saarinen et al., 2015 s. 32).

4.11 Modulärt arbetssätt

Modularbete inom vården (*Eng. modular nursing*) är när man delar in en avdelning i geografiska moduler och varje modul har en eller flera skötare. Den vårdare som har hand om en modul sköter om allt vårdarbete för de klienter som finns i modulen. Ifall det finns arbete i modulen där arbetarens kompetens inte räcker till, hjälper en annan vårdare till. Inom modularbete är det fortfarande möjligt att nämna egenvårdare till klienterna. Man kan jobba i par i en modul ifall klientelet kräver det. Alla arbetare jobbar utifrån sin egen erfarenhet och kompetens och man hjälper varandra där det behövs. Ifall man jobbar 2 inom en modul kan man komma överens om vilka klienter man har huvudansvaret för, alltså man delar in modulen i ännu en modul. Fördelarna med modularbete är att man har möjlighet att fokusera på vården av några klienter åt gången samtidigt som klienterna inte behöver upprepa sig många gånger per dag till olika vårdare. Ifall man har möjlighet att ha samma personal på en avdelning underlättas modularbete när man kan rotera samma personal. Denna arbetsmodell kräver långt att arbetarna kan fatta egna beslut eftersom man jobbar mera individuellt med klienterna. Inom denna modell minskar även hierarkin på avdelningen och arbetsbördan bland vårdarna under arbetsskiftet blir mera jämlikt. Inom modularbete kan man ta till vara arbetarnas egna förmågor på ett effektivt sätt. En indelning av en avdelning kan även göra kommunikationen bättre. Kommunikationen går mellan de som skall jobba i modulen, och man behöver bara koncentrera sig på en klients information. Samtidigt är kommunikationen till anhöriga lättare, eftersom det är en person som vet hur klienten mår just denna dag. Vården blir mera koncentrerad och den mentala stressen minskar för vårdarna när man bara behöver koncentrera sig på ett fåtal klienter. (Voutilainen, Laaksonen 1994 s. 74-76).

Campagna et al (2011) har i sin experimentella studie kommit fram till att modularbete inte nämnvärt förbättrar kvaliteten på vården, men att den däremot har en positiv inverkan på vårdarnas hälsa, eftersom den anses vara ett strukturerat arbete. I Sverige har man övergått på många håll till klient närmare vård och en del av denna vårdmetod är att dela in avdelningarna i moduler för att underlätta och lugna ner sjuksköterskornas arbete. På dessa ställen har man kommit fram till att modularbete lugnar ner arbete och gör det möjligt för dem att se klienterna och ta sig an tid åt dem. (Dagens medicin, 2007).

Att jobba inom modul kan ses som en sort arbetsrotation. Arbetsrotation är ett managementsystem som hjälper ledarna inom ett företag att hitta rätt arbetare på rätt plats. Genom arbetsrotation utvecklar arbetaren sitt eget kunnande och får en större förståelse för organisationen. Dessutom minskar det på det monotona arbete som en arbetare i vissa fall

hamnar att utföra. Att ha olika arbetsuppgifter och se på arbetet från olika perspektiv ökar även arbetarnas motivation. Även om arbetsrotation är menat för större företag är det något som kan relateras till modularbete. Klienterna i de olika modulerna har olika sjukdomar och skall skötas om på olika sätt. Du får varierande klienter att sköta om och det minskar även på de fysiskt tunga arbetet eftersom det inte är samma klienter du sköter om varje dag. Det kanske minskar med mängden tunga klienter som man sköter om vilket i sin tur leder till minder belastning på led- och rörelseorgan. Modularbete tvingar även nyanställda att snabbare komma i kontakt med det tyngre jobbet och måste bära ett ansvar för det. Annars blir det lätt att de vana vårdarna tar hand om denna del. (Juneja, 2015).

Inom vården är säkerheten A och O och även om man utövar arbetsrotation är det viktigt att man ser till att säkerheten hålls som den skall. Det är viktigt för säkerhetsaspekten ändå att samma vårdare jobbar på samma avdelning, eftersom det ökar helhetsbilden av klienterna och det är lättare att göra klientrelaterade beslut. (Johannessen et al, 2020).

4.12 Sammanfattning

Arbetet är en stor del av människans liv och bl.a. därför är det viktigt att människan mår bra även på jobbet och kan hitta en harmoni mellan arbete och fritiden. Arbetet skall inte bara främja hälsa genom minskad frånvaro utan även främja välmående. Genom en välmående och motiverad arbetsgrupp blir organisationen mera effektiv. Även om teamtänket är en stor del av dagens arbetssamhälle har det även poängterats arbetarens individuella utveckling och möjlighet till eget initiativ. Genom utveckling och att ge arbetarna en större möjlighet till eget initiativ kan man öka arbetarnas motivation. Motivationen är en viktig del av att arbetarna skall trivas på arbetsplatsen.

Genom att se till den fysiska omgivningen främjar man även arbetarnas arbetsförmåga. Till den fysiska omgivningen hör t.ex. arbetsergonomi och att se till att arbetarna har rätt och fungerande hjälpmedel som är anpassningsbara så att personer i olika längd kan använda sig av dem. Den fysiska belastningen som arbetet kan medföra kan leda till problem i led- och rörelseorganen.

Genom socialt stöd på arbetsplatsen kan man förutom att främja arbetsvälbefinnande även förebygga stress. Genom gott kamratstöd och öppen dialog mellan kollegor och chefer/arbetare förbättrar man välbefinnande medans brist i kommunikation och mobbning/trakasserier kan leda till vantrivsel, ökad sjukfrånvaro och stress. En ökad

tillfredsställelse inom arbetsgruppen leder till en mera innovativ och entusiastiska arbetare som leder organisationen till en god utveckling.

Ledaren har en stor roll i arbetarnas välbefinnande. Ledarens centrala roll är att motivera arbetarna så att arbetarna känner att de gör ett gott och meningsfullt arbete vilket leder till att organisationen når sina mål och utvecklas. Genom en god kommunikation, lägeskoll och konstruktiv feedback har man möjlighet att påverka arbetstagarnas välbefinnande.

Arbetsrelaterad stress kan ge arbetarna en kick och skapa en positiv energi i arbetsgruppen. Men en långvarig stress kan nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivningar. Arbetsrelaterad stress handlar inte enbart om arbetsrelaterade saker utan kan även handla om en obalans mellan arbete och familj. Det finns både fysiska och psykiska stressorer. Psykiska kan vara t.ex. tidspress och höga krav medans fysiska stressorer är ljud och kyla.

Att göra förändringar i arbetsorganisationen kan vara både positivt och negativt och kan tas emot både positivt och negativt. Det är viktigt med en god kommunikation och motivering till varför förändringen görs och vad är nyttan med den. Dålig kommunikativ kan leda till konflikter. Alla konflikter är ändå inte av ondo utan kan i många fall leda till diskussion och kreativitet. Men ifall en konflikt håller på länge kan det i slutändan leda till mobbning trakasserier och sjukskrivningar. Vid mobbning är en individ eller grupp upprepade gånger utsatta för konfliktbeteende utan någon rimlig förklaring. Trakasserier är en mera juridisk syn på mobbning. För organisationens och arbetarnas välmåendes skull är det viktigt att så snabbt som möjligt lösa möjliga konflikter och mobbning.

Vårdare trivs på sin arbetsplats, men välbefinnandet minskar pga. den fysiska och psykiska stress som arbetet medför. Den psykiska stressen handlar om att konstanta svåra diskussionerna och genom att måsta visa empati, medans den fysiska stressen handlar om tunga lyft. Det har kommit fram att de sociala relationer som man har på arbetsplatsen är viktiga för trivseln.

Modularbete är ett arbetssätt vars mål är att minska på stressen och öka på arbetarnas motivation genom att ge dem ett större utrymme för att ta ansvar och initiativ. I modularbete delar man in en avdelning i olika moduler och var vårdare tilldelas en egen modul som denne sköter om under hela arbetsskiftet.

5 Metodbeskrivning

Utvecklingsarbetet som görs var en kvalitativ forskning som använde sig av kvantitativa arbetsmetoder. I en kvalitativ forskning har forskaren en närhet till problemet och det finns en öppen interaktion mellan informanterna och forskaren. Det handlar inte om precisa mätningar utan resultatet går på djupet och fokuserar på ett litet antal människor. (Olsson & Sörensen). Undersökaren är anställd på platsen där undersökningen gjordes och har således en nära relation till det som undersöktes och till deltagarna. Undersökningen gjordes som ett beställningsarbete från förmannen på enheten och syftet var att kunna förbättra vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen genom att övergå till modularbete.

5.1 Måluppfyllelsemodell som utvärderingsmetod

Arbetet är ett utvärderingsarbete och i utvärderingen kommer det att användas av måluppfyllelsemetoden. I modell kontrolleras det ifall undersökningsobjektet uppfyller målet och ifall det finns indikatorer som påverkar utfallet. (Vedung, 2009, s. 91).



Figur 4: Måluppfyllelsemodell baserat på vedung (vedung,2009, s.91-93)

I detta fall kommer det att kontrolleras ifall modularbete (objektet) förbättrar vårdarnas välbefinnande (målet). Det är centralt att kunna avgöra i vilken grad målen har blivit uppfyllda samt att utvärdera ifall insatsen bidragit till att målet blivit uppfyllt och hur mycket. (Vedung, 2009, s. 91-93).

5.2 Forskningsetiska aspekter

I forskningen är det viktigt med forskningsetiska aspekter och att man tar hänsyn till de individer som deltar i undersökningen. Deltagarna får ej utsättas för fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Det skall även vara frivilligt att delta i undersökningen och det material som kommer in skall hanteras konfidentiellt och användas enbart i forskningssyfte. Forskaren bör även ge information om den aktuella forskningens syfte. Forskningen bör vara trovärdig och till nytta för såväl individen som för samhällets utveckling. (Patel & Davidsson, 2011, s. 62-64).

Processen inleddes av förmanen på arbetsplatsen som under ett avdelningsmöte informerade avdelningarna om möjligheten att delta i undersökningen. På mötet utfördes en diskussion med vårdarna och de fick själva bestämma ifall de ville delta i undersökningen eller ej. En grupp utvaldes och deltog. Innan testperioden påbörjades gavs det en introduktion om projektet och dess syfte och mål. Under introduktionsmötets gång informerades det även om undersökningens konfidentiella del. Samma information kom även skriftligt i samband med enkät nr 1 (se bilaga 1). Enkäten inleddes med en kort introduktion om syfte och mål samt forskningens konfidentiella aspekter. Det nämndes även att det är frivilligt att delta, men en önskan om att alla deltar för att få ett så trovärdigt svar som möjligt. Även om det var frivilligt att delta i undersökningen, delades det ut moduler till samtliga arbetare för samtliga skift. De fick sedan sinsemellan komma överens om hur de jobbar ifall någon inte ville delta i undersökningen. För att arbetarna skulle känna sig säkra med att ställa frågor anonymt kom det på vårdarnas begäran att läggas ut ett ”modulhäfte” på avdelningarna vart de anonymt kunde ställa frågor i. Det betonades även att det viktiga inte är att få fram resultatet att modulararbetet förbättrar välbefinnande, utan syftet är att se ifall det förbättrar välbefinnande. Detta betyder att ifall det skulle ha kommit fram under undersökningens gång att arbetarna mår dåligt av modulararbete kunde undersökningen avbrytas.

Det samlades inte in personliga uppgifter och det som samlades in var enbart i forskningssyfte. Den insamlade informationen förvarades säkert och all dokumentation förstörs efteråt. Modullistor tilldelades till avdelningen varje vecka, men där stod enbart förnamn och den modul denne skall arbeta i.

Ifall forskningen görs i en verksamhet det är viktigt att ha tillstånd för att utföra en forskning. Man skall i god tid ta kontakt med enheten i fråga för att få tillstånd för forskningen (Patel & Davidson, 2011, s.64). Förmanen på det givna boendet kontaktades i god tid för att komma

överens om undersökningen. Ett forskningslov skickades till förmannen som undertecknade det och godkände det. Undersökningen gjordes på begäran av förmannen på enheten.

När forskningen är slut är det viktigt att utvärdera både undersökningen och resultaten. Det är viktigt att man tar med all information och därför är det viktigt att man hela tiden för en logg över vad som händer, våra idéer och tankar kring problemområdet. (Patel & Davidson, 2011, s. 65). Modulhäftet som delades ut till avdelningarna fungerade som en diskussionskanal mellan undersökaren och vårdarna. Undersökaren deltog i avdelningsmöten där det diskuterades tankar kring modularbete och det togs upp en lägeskoll. Undersökaren förde utöver detta även en kommunikation mellan vårdarna vid behov. Undersökaren deltog själv i vårdarbete några gånger och prövade på modularbete.

5.3 Enkätundersökning som datainsamlingsmetod

Undersökningens resultat baserar sig på enkäter där det samlas in information om vårdarnas upplevda välbefinnande på arbetsplatsen. Undersökningen bestod av två enkäter, en före och en efter enkät där resultaten jämfördes med varandra och det drogs en slutsats ifall vårdarna på avdelningarna ansåg att modularbetet har förbättrat deras välbefinnande. Även om det finns många mallar på och mätinstrument för välbefinnande och arbetsvälbefinnande utvecklades det en ny enkät som tog i beaktande de specifika variablerna som arbetet undersökte.

Enkätundersökning valdes som metod eftersom det tidsmässigt inte skulle ha varit möjligt att genomföra intervjuer. Dessutom tror jag att det är större sannolikhet att få ärliga svar om de får vara anonyma via skrift än om de skulle måsta berätta något åt mej som deras kollega. Det skulle ha kunnat bli en intressekonflikt vilket skulle ha kunnat påverka svaren. Via intervju skulle det ha samlats mera fakta och kanske mera ingående information genom följdfrågor, men jag valde ändå att gå med enkät.

Frågorna skall utgå från forskningsfrågorna och ge svar på det som behövs för att besvara forskningsfrågorna. Även svarsalternativen skall vara relevanta. För att få ett systematisk frågeformulär kan man dela in teorin i olika delområden och forma frågornas struktur utifrån det. (Patel & Davidsson, 2011, s. 78) . Variabler som kom att undersökas var det självständiga arbetet, teamarbete, stress och arbetsättet. Dessa variabler är de variabler som teorin anser att modularbetet kommer att inverka på. I enkät nr 1 besvarades det mera allmänt om hur vårdarna ansåg att deras arbetsvälbefinnande var, medans enkät två kom att fokusera mera på modul arbetets inverkan på arbetsvälbefinnande. Huvudfrågorna kommer att vara

samma, men i enkät 2 kommer följdfrågorna att fokusera på modularbetet. (Se bilaga 1 och 2)

Undersökningen är en totalundersökning vilket betyder att valet av svarspersonerna inte är slumpmässigt utvalda, utan gruppen är färdigt bestämd. (Patel & Davidsson, 2011, s. 74). Gruppen som valdes ut valdes i samråd mellan vårdarna och förmannen på enheten. För att få reda på om modularbetet har en inverkan på välbefinnande är det önskvärt med en hög svarsprocent. Både enkät 1 och enkät 2 delades ut i 16 exemplar. Enkät 1 fick en svarsprocent på 37,5% dvs 6 svarsenkäter kom tillbaka. Svarsenkät nr två hade svarsprocenten på 62,5% dvs 10 svarsenkäter kom tillbaka. Bortfall i undersökningen handlar om när man inte får alla svarsenkäter tillbaka. Det är viktigt att man noterar dessa bortfall och ser över ifall de kan ha påverkat resultatet. Man kan också se ifall man hittar ett mönster i bortfallet och se ifall man utifrån det kan se hur bortfallet påverkar resultatet. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 153).

En enkätundersökning går ut på att man är ute efter individens vilja att besvara på frågor och därför är det viktigt att kunna motivera de som skall svara på enkäten. Ett tydligt syfte med enkäten som i bästa fall kan förklaras till individens egna mål är ett bra sätt att försöka få dem att besvara på intervjun. Det är även viktigt att berätta vilken roll svaren har och huruvida det är konfidentiellt eller ej. (Patel & Davidson, 2011, s. 74). Syftet med enkäterna och undersökningen är vårdarnas egna upplevda känsla av välbefinnande på arbetsplatsen, och målet är att se ifall välbefinnandet kan förbättras genom att göra en förändring i arbetsstrukturen. Arbetarna kommer att vara anonyma, och det kommer inte heller att frågas efter varken kön eller ålder.

Processen med att utveckla en enkät börjar med att identifiera de variabler som enkäten skall ge svar på. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 148). De variabler som enkäten som delas ut skall ge svar på är det självständiga arbetet, teamarbetet, stress och arbetssätt. Arbetarna kommer även att få ge en egen syn på deras upplevda allmänna arbetsvälbefinnande samt vilka faktorer som påverkar arbetsvälbefinnande. I enkät nr 2 kommer de att fokuseras på vilken inverkan modularbete har haft och vårdarna kommer att ha möjlighet att ge sina tankar om hur det har påverkat välbefinnande. Huvudfrågorna kommer att vara samma, men de öppna frågorna kommer att fokusera på modularbetets inverkan.

6 Resultat

I följande kapitel ges svar på vad enkäterna kom fram till forskningsfrågor som ställts i början av arbetet besvaras. Det är genomgången av vad vårdarna tyckte om sitt arbetsvälbefinnande innan modularbetet och vad de anser om sitt arbetsvälbefinnande efter modularbetet.

På äldreboendet där undersökningen genomfördes finns det sammanlagt sex stycken avdelningar. Dessa sex avdelningar är indelade i tre paravdelningar och en av dessa paravdelningar har deltagit i undersökningen. Redan under våren 2021 bestämdes det vilken paravdelning som kom att delta i undersökningen. Under våren 2021 började även den teoretiska delen av arbetet. Utifrån denna teoretiska bakgrund formades enkäterna för vårdarnas välbefinnande som skulle stå som grund för det resultat som undersökningen gav.

Modularbetet började i september 2021 med en muntlig genomgång av undersökningens syfte och mål samt av modularbete. Under mötet kunde vårdarna ställa de frågor och funderingar de hade angående undersökningen och modularbete. Det diskuterades även hur de vill dela upp modulerna på avdelningarna (se figur 5). För ett morgonskift är de fem i personalen och fyra på ett kvällsskift och helger. Klienterna är 10 per avdelning alltså sammanlagt 20. Det blev fem moduler med fyra klienter i var modul för morgonskift och fyra moduler med fem klienter per modul på kvällar och helger. Varje arbetare blev tilldelad sin egen modul och modullistorna delades ut veckovis. Under mötet bestämdes att man börjar med en modulindelning enligt rumsnumrering men vid behov byter man så att modulerna är arbetsmässigt jämbördiga. Modulerna blev kallade efter avdelning och avdelningens modul 1 och 2. Det blev även till en mix modul som hade två klienter från var avdelning. Efter en tid ville personalen byta till en mera jämlik arbetsfördelning mellan modulerna eftersom de upplevdes väldigt ojämna i arbetsmängd och tid. Detta gjordes och det fortsatte även så perioden ut. Indelningen över rummen ändrades ett par gånger under undersökningens gång.

Morgonmoduler		Kvällsmoduler	*K=kvällsmodul
Modul 21	Rum 201-204	Modul 21K*	Rum 201-205
Modul 22	Rum 205-208	Modul 22K	Rum 206-210
Modul mix	Rum 209,210,301,310	Modul 31K	Rum 301-305
Modul 31	Rum 302-305	Modul 32K	Rum 306-310
Modul 32	Rum 306-309		

Figur 5: Exempel på hur modulindelningen kunde se ut.

Under mötet beslöts det även att man skulle införa duschdagar för klienterna. Då såg man till att det var två duschar per dag/avdelning och att duscharna var från olika moduler. Duscharna skedde en/skift. Det kom även ett önskemål om ett modulhäfte som skulle placeras på vardera avdelning som skulle fungera som ett kommunikationshäfte mellan vårdarna och undersökaren. Ett sådant införskaffades, men blev väldigt lite använt. Efter det inledande mötet delades den första enkäten ut och den fick vårdarna besvara på under arbetstid.

Processen var lång och det tog en stund innan allt föll på plats och innan modularbetet kunde påbörjas ordentligt. Det var mycket rodd i början och svårt att få grepp om modularbete. Detta var något som kom upp i den andra enkäten. När allt sedan föll på plats började även arbetet att rulla på.

Till följande kommer det att göras en analys om vad vårdarna ansåg om sitt arbetsvälbefinnande innan inledningen av modularbete samt hur de anser att välbefinnande är efter modularbetet. Kapitlet kommer att delas in i tre delar där första delen ger svar på vad vårdarna anser om sitt allmänna arbetsvälbefinnande. Följande del kommer att ge svar på hur vårdarna ansåg att deras arbetsvälbefinnande var innan modularbetet inleddes och del tre kommer att ge svar på vad de anser om deras arbetsvälbefinnande efter en sex månaders testeriod av modularbete.

Efter en analys av svarsenkäterna görs det en konklusion över hur modularbete har inverkat på vårdarnas välbefinnande och till sist en diskussion var det kommer upp de utomstående

faktorer som påverkar vårdarnas välbefinnande och vad som kunnat påverka undersökningen.

6.1 Det allmänna arbetsvälbefinnande bland vårdarna

I båda enkäterna frågades det om vad vårdarna anser om deras arbetsvälbefinnande samt vilka faktorer, arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade, som de anser att påverkar välbefinnandet. Anledningen till att det frågades i båda enkäterna var p.g.a. den låga svarsprocenten i enkät 1. På detta sätt kom fler aspekter fram eftersom den andra gav de som av någon anledning inte svarade på enkät ett en möjlighet att ge sin syn på saken.

I den första enkäten kom det fram att vårdarna tyckte att deras allmänna arbetsvälbefinnande var bra och att de trivs på arbetsplatsen. Även om de uppgav att de mår bra på arbetsplatsen (mycket p.g.a. den goda sammanhållning de har i arbetsteamet) kom det fram att arbetet var stressigt och att stressen var av såväl fysisk som psykisk karaktär. En av de svarade sa att har börjat ha tvivel på yrkesval.

I Tabellen nedan beskrivs de självrapporterade arbetsrelaterade faktorerna som vårdarna på enheten ansåg att påverkar deras arbetsvälbefinnande båda enkäterna.

Tabell 1: De självrapporterade faktorerna som påverkar arbetsvälbefinnande bland vårdarna

Variabel	Beskrivning
Klientel	Klienterna skall bo hemma så länge som möjligt vilket resulterar i att de är i sämre skick när de kommer in på boende enheten. Detta leder till fysiska tunga lyft och svårare skötta patienter i säng. Det behövs även allt oftare 2 vårdare som sköter om klienterna. Klienterna som färdigt bor på boendet blir också i sämre skick och kräver allt mera vård. Detta leder till att man måste jobba i oergonomiska ställningar som i sin tur leder till problem i led- och rörelseorganen.
Hjälpmedel	Vårdarna ansåg att hjälpmedel är en stor brist på boendet. Det fanns många hjälpmedel som inte fungerade och de kan vara gamla samt otillräckliga. Det finns för få takliftrar på avdelningarna och med det förändrade klientelet skulle det behövas fler. Problemet med hjälpmedel var något som kvarstod även i enkät 2.

Brist på personal	Brist på personal var en sak som de flesta svarade tog upp på ett eller annat sätt. Det framkom i båda enkäterna att personalbristen orsakar stress och ökar på tidspressen. Det fanns en känsla av att arbetarna inte hinner vara med klienterna och vården blir lidande
-------------------	---

6.2 Innan modularbete

Målet var att undersöka hur och om modularbete främjar vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen. De variabler som har tagits fram från teorin som gemensamma nämnare för arbetsvälbefinnande och modularbete är: stress (psykisk och fysisk stress), självständiga arbetet samt sociala relationer på arbetsplatsen (teamarbete). Arbetarna fick även ge sin synpunkt på arbetssättet de jobbar på. I den första enkäten frågas det även ifall det finns behov av mera hjälp/skolning av användning av hjälpmedel. Detta för att vårdarna skall känna sig trygga att arbeta mera självständigt. Vid behov ordnas en skolning av fysioterapeuterna.

6.2.1 Det självständiga arbetet

Vårdarna som besvarade den första enkäten ansåg att deras arbete var meningsfullt samt att de har möjlighet att ta eget initiativ och ansvar. Två tredjedelar ansåg att de har goda möjligheter att påverka arbetet. De kände sig säkra med att arbeta själv och ansåg att de kunde använda sig bra av de hjälpmedel som fanns tillgängliga och de användes. Behov av skolning av fysioterapeuter var inte nödvändigt så länge det inte kommer nya hjälpmedel. De påängterade dock att hjälpmedlen inte alltid var fungerande eller tillräckliga vilket i vissa fall gjorde arbetet med klienterna tyngre.

Vårdarna ansåg att de bra kunde ta eget initiativ bl.a. genom en god kommunikation med kollegorna. Detta kunde vara saker som t.ex. säga att man kan ta hand om en duschning en viss dag. Det kunde även handla om att ta beslut som skulle fattas på plats och man hade möjlighet att komma med alternativ till olika lösningar.

Att ha ansvar tyckte vårdarna till största delen att kändes bra, men att det även kunde vara tungt när man inte alltid kunde fråga en sjukskötare. Det kändes alltid tryggare med en sjuksköterska på plats.

”Tycker alla borde jobba med eget ansvar. Alltså att man delar på ansvaret och samarbetar”.

”Att man har fått allas förtroende”

Dessa kommentarer tycker jag att summerar ganska bra det faktum att vårdarna känner att de kan lita på varan och att alla kan jobba självständigt samt får ta ansvar. Det är bra med eget ansvar men det är viktigt att man delar på ansvaret när det behövs, så att någon inte behöver ta hela ansvaret själv. Genom att få ta ansvar känner även vårdare att de har fått allas förtroende.

Tabell 2: Svar från enkät 1 i frågan om det självständiga arbetet

Jag anser att mitt arbete är meningsfullt	Ja 5	Nej 0	Ibland 1
Jag har möjlighet att arbeta i egen takt	Ja 3	Nej 0	Ibland 3
Jag har möjlighet att ta eget initiativ	Ja 6	Nej 0	Ibland 0
Jag får ta eget ansvar	Ja 6	Nej 0	Ibland 0
Jag känner att jag har möjlighet att påverka arbetet	Ja 4	Nej 1	
Jag känner mig säker att arbeta själv	Ja 5	Nej 1	

6.2.2 Teamarbete

De hade en god sammanhållning och ett bra samarbete på avdelningen och de fick bra hjälp av kollegorna på samma avdelning när de behöver hjälp. Några tyckte att de får hjälp av kollegor på deras paravdelning och en ansåg att de i nödfall även fick hjälp av andra anställda i huset. De ansåg att de kan jobba bra självständigt och att de kände sig säkra på deras jobb. Arbetet inom gruppen upplevdes som flexibelt och största delen av de svarade ansåg även att alla tar ett ansvar under arbetsskiftet.

Fyra av sex menade att arbetet var jämlikt under arbetsskiftet medans resterande två menade att det bara är det ibland. I den öppna frågan om jämlik arbetsfördelning kom bl.a. följande påståenden upp:

” Alla jobbar olika i olika takt”

”Vi delar arbete på ett sätt att det blir jämt för de som jobbar”

”Blir ojämnt när vi jobbar med utbildade unga vikarier”

Tabell 3: Svar från enkät 1 angående teamarbete

Vi har ett bra samarbete på avdelningen	Ja 6		Nej 0	
Vi har ett bra samarbete på paravdelningen	Ja 5		Nej 1	
Jag får hjälp av kollegorna	Ja 6		Nej 0	
Av vem	Egen avdelning 2	Par avdelning 1	Huset 0	Övrig personal 1
Vi har en jämlik arbetsfördelning	Ja 4		Nej 0	Ibland 2
Vi kan diskutera arbetsrelaterade saker med varandra	Ja 6		Nej 0	
Vi kan vara flexibla	Ja 6		Nej 0	
Alla tar ansvar	Ja 4		Nej 1	

6.2.3 Stress

Alla förutom en ansåg att arbetet ofta var stressigt och den siste att det var stressigt sällan. Fem av de svarade, svarade på frågan vad som var mera stressigt: fysiska eller mentala stressen. En lämnade frågan obesvarad. Tre av dessa ansåg att den mentala stressen var mera tung medans två att den fysiska stressen belastade dem mera. 3/5 ansåg att kvällsskiftet var mera tung och 2/5 att morgonen var mera tung. Fyra hävdade att de har tid för de lagstadgade pauserna och de andra två att de bara ibland har tid för dessa. Personalmängden och klienternas allmänna tillstånd en specifik dag har en stor inverkan på ifall vårdarna hinner med pauserna eller inte. De uppgav ändå att de allt som oftast hinner sköta den vård av klienterna som finns i vård- och serviceplan.

Konklusionen av detta är att arbetet är på något sätt alltid stressigt och att det inverkar på vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen. Tunga lyft och oergonomiska arbetsställningar leder till problem i led- och rörelseorgan hos en del arbetare.

Kommentarer som kommit i öppna frågorna angående vad som känns stressigt eller vad som leder till stress var:

”Olika arbetstakt”

”Incidenter som sker samtidigt leder till stress”

” Lite personal, mycket inhoppare, nya tunga klienter som är oroliga”

”Mera skört kväll/helg -> mera vikarier på plats!

”Mera att göra på morgonen. Klienter skall upp till frukost, skall ’morgontvättas.’ ...Lättare att klä av än på.”

”Om någon boende är i dåligt skick eller personalbrist pga sjukdom och vi inte har möjlighet till vikarie”

”Kvällsskift mera betyngda. Mindre personal vid kris -> kaos”

Tabell 4: Svar från enkät 1 angående upplevd stress

Jag känner att arbetet är stressigt	Ja 5		Nej 1	
Hur ofta känns det stressigt	Alltid 0	Ofta 5	Sällan 1	Aldrig 0
Vad är mera stressigt	Mentala stressen 3		Fysiska stressen 2	
Vilket av arbetsskiften känns mera tungt	Morgon 2		Kväll 3	
Jag hinner med de lagstadgade pauserna	Ja 4		Nej	Ibland 2
Jag hinner utföra vården av klienterna utifrån vård- och serviceplan	Ja 4		Nej	Ibland 2
Jag har en överbelastning på led- och rörelseorganen	Ja 4		Nej 2	

6.2.4 Arbetssätt

Deras arbetssätt innan modularbetet tyckte de att var flexibelt och organiserat och de var nöjda med arbetssättet som de hade. Någon har i de öppna frågorna kommenterat följande:

”Ojämt fördelat. Rörigt”.

”Fungerar superbra med egna arbetsteamet.”

Tabell 5: Svar från enkät 1 angående arbetssätt

Anser du att ni arbetar organiserat	Ja 5	Nej 1
Har du tidigare jobbat med modularbete	Ja 5	Nej 1

6.2.5 Förväntningar på modularbete

Förväntningarna på modularbete var varierande, vilket delvis kan bero på vårdarnas tidigare erfarenheter av modularbete. 5/6 angav att de hade tidigare jobbat med modularbete och deras erfarenheter var mycket olika.

”OK, men det har fungerat en tid men med osäker personal fungerar modul dåligt”

”För 10 år sedan när boenden va i bättre skick och man klarade av att hjälpa boenden men i vårdare. Då fungerade det”.

I den öppna frågan om vilka förväntningar de har om modularbetet kom det fram varierande svar och det gav ”blandade känslor”.

”Klarare arbetsfördelning och bättre dokumentation”

”Blandade känslor. Tror det blir problem i början men hoppas att det fungerar”

”Det skall hjälpa att dela arbetet på jämt sätt”

För många kändes det oklart i början och kändes lite osäkert med förändring just nu eftersom det inte var så klart hur de skulle jobba. Överlag verkade de ändå positiva till att pröva på nånting nytt som skulle kunna leda till ett förbättrat välbefinnande på arbetsplatsen.

”Nytt är nytt. Hälsosamt. Skapar diskussion, nya nyaste, gott med förändringar.”

”Inte så bra just nu pga att alla inte tycker om modularbete. Och pga att vi har så dåliga klienter”

” ’turbulent’ eftersom jag inte fick någon klar bild över hur detta skall fungera”

”Bra”

6.3 Efter modularbete

Efter en testperiod på sex månader fick vårdarna utvärdera om och hur modularbetet hade inverkat på deras arbetsvälbefinnande. Vårdarna fick även ge öppna svar på vad som har varit bra och vad som har varit dåligt med modularbete och det gav mycket bra svar och synpunkter på modularbete. De fick även besluta ifall de ville fortsätta med modularbete eller återgå till arbetssättet innan. Den andra enkäten delades ut i 16 exemplar så att både fastanställda och aktiva vikarier skulle ha möjlighet att besvara enkäten. 10 svarsenkäter kom tillbaka och av dem uppgav tre att de tidigare svarat på enkäten. I den andra enkäten frågades det även ifall de tidigare besvarat enkäten eller ej

I de svar som kom in var tankarna om modularbetet mycket positiva. Det kom tydligt fram att personalen kände sig mentalt mindre stressade och att det kändes som ett mera rättvist arbete, eftersom det var en jämn arbetsbörda mellan arbetarna. De ansåg att det var bra med jämna moduler istället för moduler bestående av geografiska läget på avdelningen. I de öppna frågorna ifall modularbete haft någon inverkan på arbetsvälbefinnande kom det fram att de är mindre stressade framförallt efter morgonskift och att det har underlättat arbetet. Det finns motsatsen också och det kom fram att man inte har koll på alla klienter på samma sätt som förr. Det har även varit svårt eftersom det har varit frivilligt att delta i undersökningen vilket har lett till att man inte alltid följt modularbete.

”Jag tycket inte om att inte veta lite hur alla boenden har det under dagen”

”Kanske om det alltid fanns tillräckligt med närvårdare på jobb. Man får inte rätta bilden av moduljobb när det hela tiden är för lite folk”

”Det har underlätta arbetet, inte lika tungt”

”Känner mig mindre trött efter ett morgonskiftet om det är personal som räcker till alla moduler”

”Känns mindre stressamt att ha koll på ’sina’ klienter än alla 10”

”Bättre koll på uppbyggnaden av skiftet”

”Både ja och nej, mera att ’bestämma själv’, roligare jobb”

”Ja, uppdelningen har gjort det mera rättvist”

”Jo, det ha hjälpt mycket. Tidigare har det varit mycket tungt för att några i personalen bara tagit lätta klienter och lämnat alla tunga”

6.3.1 Det självständiga arbetet

Resultatet i de slutna frågorna om det självständiga arbetet följde samma spår som i den första enkäten. Arbetarna anser att arbetet fortfarande är meningsfullt och att de har möjlighet att ta eget initiativ. I de öppna frågorna kom det dessutom fram att fler anser att det är lättare att ta eget initiativ efter att de infört modularbete än vad det varit tidigare.

”Lite ja. Allt är uppdelat. De man kan t.ex. aktivera med olika saker är i olika moduler”

”Ja, jag är huvudansvarig för min modul så jag får bestämma hur vi gör. Ofta som ny blir det att ordinarie styr och ställer, men inte med modul”

”Ja, för man har ansvar/mera tid på ett annat sätt”

”Nej modularbete har inte ändrat att ta initiativ”

Vårdarna anser att de har möjlighet att arbeta i egen takt och att de har möjlighet till eget ansvar. 4/10 uppger att deras inställning till att ta eget ansvar har förändrats sedan de inledde modularbete. Alla förutom en anser att de känner sig säkra med att jobba själva.

”Tidigare vågade jag inte ta eget initiativ på samma sätt som nu”

”Började i sommar och var ny, personal tog initiativ före jag hade möjlighet”

”Man känner att man har ansvar för de boende i egen modul, att man tar ansvar för att de sköts om”.

Tabell 6: Svar från enkät 2 angående det självständiga arbetet

Jag anser att mitt arbete är meningsfullt	Ja 10	Nej 0	Ibland 0
Jag ha möjlighet att arbeta i egen takt	Ja 9	Nej 0	Ibland 1
Jag har möjlighet att ta eget initiativ	Ja 10	Nej 0	Ibland 1
Jag får ta eget ansvar	Ja 7	Nej 1	Ibland 1
Har din inställning till att ta ansvar förändrats med modularbete	Ja 4	Nej 4	
Jag har möjlighet att påverka arbetet	Ja 7	Nej 1	
Jag känner mig säker i att arbeta själv	Ja 9	Nej 1	

6.3.2 Teamarbete

Även i den andra enkäten kom det fram att vårdarna har en mycket bra sammanhållning i gruppen och att de får hjälp av varann när det behövs samt att de kan diskutera arbetsrelaterade saker med varan. De flesta anger att de får hjälp av den egna avdelningen, sju stycken menade att paravdelningen hjälper till, två att de får hjälp av annan avdelning och hälften av de svarade anser att de får hjälp av övrig personal. Sex stycken svarade att de har en jämn arbetsfördelning på avdelningen och två att deribland är jämt. 3/10 uppger i de öppna frågorna att arbetsfördelningen har blivit mera jämlik sedan de började på med modularbete. Två skrev att de inte är någon skillnad. Även med en övergång till modularbete,

som är ett mera självständigt arbetssätt, anser vårdarna att de är flexibla och hjälper till där var det behövs.

Tabell 7: Svar från enkät 2 angående teamarbete

Vi har ett bra samarbete på avdelningen?	Ja 8	Nej 0		
Vi har ett bra samarbete på paravdelningen	Ja 7	Nej 1		
Jag får hjälp av kollegorna	Ja 9	Nej 0		
Följdfråga: Av vem	Egen avdelning 9	Paravdelning 7	Huset 2	Övrig personal 4
Vi har en jämlik arbetsfördelning under skiftet	Ja 6	Nej 0	Ibland 2	
Vi kan diskutera arbetsrelaterade saker med varan	Ja 10	Nej 0		
Vi kan vara flexibla	Ja 10	Nej 0		
Alla tar ett ansvar	Ja 8	Nej 2		
Har modularbete förändrat teamarbete?	Ja 3	Nej 2		

”Jämligare än tidigare. Förr blev det att om du var snabb tog du alla, långsam fick du 2.”

”Det har påverkat på jämlikheten... modulerna är delade så att alla har lätta och tunga klienter i sin modul”

3/10 anser att modularbetet har förändrat teamarbete och 2/10 anser att det ej gjort det. Hälften har lämnat frågan obesvarad.

”Inte samma skillnad på ordinarie och vikarie då alla har sin uppgift. Mer lätt att fråga ’dumma frågor’ ”

6.3.3 Stress

I den andra enkäten uppkom det tydliga skillnader i nivån av den upplevda stressen bland vårdarna i jämförelse med den första enkäten. Hälften anser att arbetet är stressigt och fyra att arbetet inte var stressigt, en uppgav som enskilt svar att bara ibland. Ena hälften anger att arbetet ofta är stressigt medans andra hälften att det mera sällan är stressigt.

Tabell 8: Svar från enkät 2 angående stress

Känner ni att arbete är stressigt	Ja 5		Nej 4	
Hur ofta känns det stressigt	Alltid 0	Ofta 5	Sällan 5	Aldrig 0

I frågan om på vilket sätt modularbetet har inverkat på stressnivån finns det en klar iakttagelse i att den har minskat på stressen både fysiskt och mentalt samt att det finns en skillnad mellan morgon och kvällsskift. 9/10 anser att modularbete har minskat på stressen under morgonskift och hälften anser att det har minskat på stressen under kvällsskiftet. En anser att det inte är någon skillnad på morgonskift och tre anser att det inte är någon skillnad på kväll. 2/10 anser att det har ökat på stressen under kvällsskift. 7/10 anser att modularbete har minskat på den mentala stressen och 5/10 att den har minskat på den fysiska stressen. En anger att den har ökat den fysiska stressen.

Tabell 9: Svar från enkät 2 hur modularbete har påverkat stressen

Har modularbetet inverkat på stressnivån under skiftet	Minskat morgon 9	Ökat morgon 0	Ingen skillnad morgon 1	Minskat kväll 5	Ökat kväll 2	Ingen skillnad kväll 3
Hur har modularbetet inverkat på stressen	Minskat mentala stressen 7	Minskat fysiska stressen 5	Ökat mentala stressen 0	Ökat fysiska stressen 1	Ingen skillnad 0	

”Det känns som om man har mindre att göra med 4-5 klienter än med 10”

”Mindre klienter att sköta om, man har mer tid med dem”

”Mentala stressen har minskat, fysiska den samma”

Vårdarna på avdelningen anser även att de har bättre tid att utföra vården utifrån vård- och serviceplan. Åtta uppger att de hann utföra vården utifrån planen och två att de bara ibland hinner. I de öppna frågorna kom det fram att de hinner bättre utföra vården än tidigare.

”Jag hinner bättre då jag kan planera dagen bättre”

”...man hinner gåträna och sådana saker, lättare att komma ihåg RR osv.”

4 stycken anser att modularbete har inverkat på led- och rörelseorganen.

”Beroende på hur ofta man envisas med att sköta fysiskt tunga boenden ensam bara för att de är i ens modul”

”Ryggen/kroppen är inte lika sjuk mera då man jobbar i modul”

Tabell 10: Svar från enkät 2 på hur modularbete i övrigt har påverkat stressen

Jag har tid för de lagstadgade pauserna	Ja 7	Nej 0	
Jag hinner utföra vården utifrån vård- och serviceplan	Ja 8	Nej 0	Ibland 2
Har modularbete inverkat på överbelastningen på led- och rörelseorganen	Ja 2	Nej 4	

6.3.4 Arbetssätt

Som arbetssätt tyckte vårdarna mycket om modularbete och att det är ett mycket bra arbetssätt att arbeta utifrån. 6/10 anger att deras förhållningssätt till modularbete har ändrats sedan övergången. Många anser att de orkar bättre med modul än utan.

”Tycker inte om...”

”Tyckte inte alls om det först, men gillar det extremt mycket nu. Känns lättare, snabbare, mindre stressigt och jag får ta eget initiativ”

”Att det är det bästa sättet att arbeta. + mera tid + bättre vård + vårdarna orkar bättre

”Det är bra att ha modul, ibland när vikarier kommer och hjälper är det lätt”

I de öppna frågorna där de fick ge sin syn på för- och nackdelar med modularbete kom det fram fler fördelar än nackdelar. Det kom fram bl.a. att det är mera uppdelat, lättare att ta ansvar, jämlikt, lättare för vikarier, mindre stressigt, man får arbeta i egen takt samt att det är mera varierande arbete när modulerna byts och arbetsuppgifterna på så sätt förändras från dag till dag.

”... nya/vikarier får också bestämma och ta ansvar”

”man behöver inte ta ansvar för alla 10”

”lättare att komma ihåg mätningar”

”som ny tar man ofta hand om de enkla klienterna men med modul måste även de ta de svåra direkt från början”

”jag får arbeta i egen takt och bestämma själv t.ex. vilka jag tar upp till frukosten och vilka jag sköter senare”

Nackdelarna handlade mycket om osäkerhet och ojämna moduler samt om klientelet.

”Man gör själv sådant man kanske inte borde”

”Nya känner sig osäkra då de inte är vana med modul”

”pga att vi har många boenden som behöver hjälp av 2 vårdare så fungerar det inte på rätt sätt”

Tabell 11: Svar från enkät 2 med för och nackdelar på modularbete

Fördelar med modularbete	Nackdelar med modularbete
Lugnare Mindre stressigt Bättre möjlighet att bestämma och ta ansvar (även för nya och vikarier) Man behöver inte ha koll på alla = mindre stress och mentalt lättare när man får koncentrera sig på 4-5 klienter och inte behöver ta ansvar för alla Mera tid för klienterna = bättre vård Lättare att komma ihåg mätningar Snabbare Vikarier och nya kommer lättare in och känner att de får ta ansvar Får jobba i egen takt Får bestämma själv = roligare jobb	Lätt att man gör saker själv som man inte borde Mixmodulen inte där var den behövs Osäkerhet bland ny personal som inte tidigare jobbat i modul Följs inte alltid Svårt att följa när man har klienter som kräver 2 vårdare Ibland sover alla i modulen Har inte koll på alla klienter under skiftet Begränsar arbetet

<p>Lättare att ta initiativ</p> <p>Mera ansvar</p> <p>Jämlikare</p> <p>Inte samma skillnad på vikarie och ordinarie</p> <p>Lättare att ställa dumma frågor</p> <p>Man tar ej alltid de tunga = mindre påfrästning på stöd- och rörelseorganen</p> <p>Hinner bättre utföra vården utifrån vård- och serviceplanen</p> <p>Uppdelande/varierande jobb</p> <p>Minskar på desinformation</p> <p>Bättre dokumentation</p> <p>Minskar på risken att något arbete utförs dubbelt</p>	
--	--

Den avgörande frågan var ifall vårdarna anser att det har förbättrat deras välmående på arbetsplatsen i den mån att de känner att de vill fortsätta med modularbet. 9/10 har svarat att de vill fortsätta med modularbete medans en inte ville fortsätta. Av dessa nio som vill fortsätta med modularbete, vill sex fortsätta helt och hållet medans tre vill fortsätta enbart vid morgonskift.

Tabell 12: Svar från enkät 2 hur vårdarna vill fortsätta med modularbete

Detta har varit en 6 månaders testperiod som nu tar slut. Hur vill du fortsätta	
Med modularbete helt och hållet	6
Med modularbete endast på morgonskift	3
Enbart på kvällsskift	0
Jag vill inte fortsätta med modularbete	1

7 Konklusion

I teorin kom det fram att modularbete är ett mera strukturerat arbetssätt som skall minska på stressen och leda till ett större autonomt arbete med ökat ansvar och initiativförmåga bland vårdarna. Det skulle även göra jobbet mera jämlikt och ge vårdarna bättre påverkningsmöjligheter. I teorin om vad som förbättrar arbetarnas välbefinnande kom det fram att ett autonomt arbete med stort bestämmandeutrymme och var man får ta initiativ ökar arbetarnas motivation och därmed också välbefinnande. Ett organiserat arbete leder till mindre stress och en arbetsrotation kan minska på de problem som annars skulle leda till problem i stöd- och rörelseorganen. En stor bidragande faktor till ett gott arbetsvälbefinnande är en god sammanhållning i arbetsgruppen samt en god kommunikation.

För vårdarens del kom det ytterligare fram i teorin att säkerhet för såväl personal som för klienterna är en viktig bidragande faktor till arbetsvälbefinnande. Det är viktigt att man känner sig trygg som arbetare och att man kan ge klienterna den vård de behöver och förtjänar samt att vården som ges är säker. Ju bättre vårdarnas arbetsvälbefinnande är, desto bättre är också vården.

På avdelningen där modularbete infördes ansåg vårdarna att de redan från tidigare mådde bra på arbetsplatsen och ansåg att de fick ta ansvar och eget initiativ. De kunde även jobba i egen takt och de hade ett bra samarbete på avdelningen där de får hjälp av varan och kan diskutera arbetsrelaterade saker med varan. Däremot ansåg de att arbetet medförde stress av både mental och fysisk karaktär. Utgångspunkten var redan god men efter modularbetet kunde det ses en klar förbättring.

Vårdarna anser att modularbetet förbättrar deras välbefinnande på arbetsplatsen genom att den minskar på stressen och framförallt på den mentala stressen. De känner att de mår bättre och att de inte är lika utmattade. I den andra enkäten kom det tydligt fram att modularbete hade minskat på vårdarnas stress. Stressen hade framförallt minskat på morgonskiftet, men även på kvällsskiftet fanns det en förbättring. Fler kände sig lugnare efter skiftet och de menade att den mentala stressen inte var lika tung. Det var lättare att ha koll på bara några klienter än på alla.

Vårdarna känner att de får ta ett större ansvar och att de har bättre möjligheter att ta eget initiativ med modularbete. Detta har fått responsen att det är mycket trevligare att arbeta och att det ger en större autonomitet i arbetet. De har också bättre påverkningsmöjligheter när

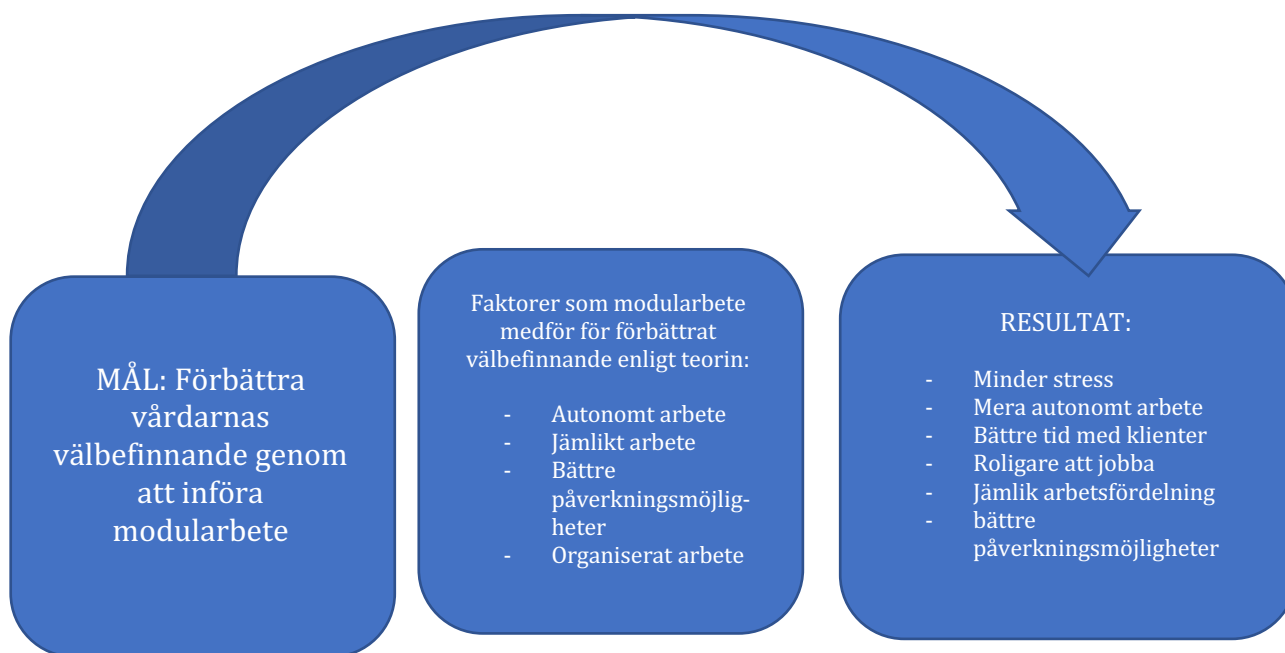
det kommer till deras eget arbete och de får jobba i egen takt på det sätt som de vill. De har också lättare att planera arbetsskiftet när de vet vilken modul de har.

Genom att övergå till modularbete har arbetet på avdelningen blivit mera jämlikt. Nu gör alla vårdare samma arbete och det har också minskat på klyftan mellan vikarier och ordinarie. Dessutom förbättrar också modularbete de nyanställdas möjlighet att ta hand om de tyngre klienterna redan i ett tidigt skede och att känna ansvar och initiativförmåga redan från början. Modularbete har således även haft en stor inverkan på arbetarens egna möjligheter på arbetet.

Modularbete gör också att vårdarna anser att de hinner ge bättre vård till klienterna eftersom det känns att de har mera tid när de bara tar hand om 4-5 klienter/skift. Det är dessutom också lättare att hinna med, och komma ihåg, olika mätningar och annat som skall skötas om. Det är även mindre risk att ett arbete utförs två gånger eftersom man själv bär ansvaret och det inte är ett kollektivt ansvar att se till att en klient sköts om.

Modularbete har en liten inverkan på led- och rörelseorganen. Denna är inte stor men ändå värd att nämna. Man tar inte alltid hand om de tunga klienterna utan bördan fördelas jämt med andra genom veckans gång. Detta har en positiv inverkan på led- och rörelseorganen och de blir inte lika belastade

Efter en 6 månaders testperiod och med slutsatsen från vad vårdarna hade svarat i enkäterna togs beslutet i samråd med förmannen och avdelningen att modularbetet kommer att fortsätta på avdelningen helt och hållet på alla skift.



Figur 6: Modell över hur modularbete påverkat vårdarnas välbefinnande enligt måluppfyllelsemodellen

8 Diskussion

Trovärdigheten i arbetet kan ha påverkats av att det kom få svarsenkäter tillbaka, vilket betyder att resultatet inte kan generaliseras på något vis. Dessutom jobbar jag själv på stället vilket kan resultera i att svaren inte var uppriktiga ifall de känner att jag lätt kan få reda på vem som svarat på enkäterna. Alla har inte heller svarat på alla frågor, vilket även kan ge en fel bild av svaren. Det blev heller inte ett fullständigt jämförande arbete, eftersom svarsprocenten var så låga, alla hade inte svarat på alla frågor och enbart tre uppgav att de svarat på båda enkäterna. Det är svårt att säga om bortfallet har påverkat resultatet. Det som det eventuellt kan ha påverkat är att det inte har kommit fram alla som inte har tyckt om modularbete, och negativa aspekter av modularbete på så sätt inte har tagits i beaktande i lika hög grad.

Det finns omständigheter som har kunnat påverka undersökningen. Underbemanning påverkar i stor grad arbetet inom vården, så även denna avdelning. Vid varje sjukdomsfall finns det ett bortfall av arbetare och det är inte alltid säkert att man hittar vikarier. Störst syns bortfallet på kvällen och helger när man färdigt jobbar med minimibemanning. Vikarier och nya arbetare har också varit en sak som vårdarna många gånger har påpekat att har emellanåt påverkat arbetet. Vikarier har kanske inte behörigheter att ge medicin vilket har gjort att man har måsta jobba över gränserna mera än vad man hoppats att man skulle ha behövt göra med

ordinariepersonal. Även förändringar i personalen har kunnat påverka undersökningen eftersom vissa personaländringar har ägt rum under processens gång. Det ha också varit ända från början frivilligt att delta i undersökningen vilket betyder att man inte i alla skift har arbetat i modul.

Klientelet är en sak som vårdarna har sagt att stundvis även har kunnat påverka modularbetet. Det har påverkat på det sättet att klienterna har kunnat vara i sämre skick under en tid vilket har gjort att någon vårdare har kunnat var fast vid en eller ett par klienter och det har varit ett större ansvar som lämnat till de andra vårdarna.

För att faktiskt få en helhetssyn på vilket sätt modularbetet verkligen fungerar skulle det ha varit intressant med en undersökning även bland klienterna för att kunna avgöra ifall vårdkvalitén hade förbättrats eller om klienterna känner sig nöjdare. Detta var dock inte möjligt eftersom undersökningen genomfördes på en demensavdelning.

Brist på hjälpmedel och fungerande sådana var ett problem som fanns redan innan vi började och ett problem som kvarstod även efter modularbetet. Det finns fortfarande bara sex stycken takliftrar på avdelningen och hjälpmedel blir äldre och går sönder. Detta är en ekvation som inte alltid går ihop med dagens sparåtgärder.

I skrivande stund har världen levt med coronaviruset COVID-19 i 2 år och det har påverkat människan starkt och framförallt vårdarna. Vårdarna har en ständig kontakt med COVID-19 och hamnar att sköta de som har insjuknat. Det är mentalt, emotionellt och fysiskt tungt att sköta om personer som insjuknat och forskning har visat att det har lett till ångest, sömnproblem och morla distress bland vårdarna. Pandemin har haft en så stor negativ inverkan på vårddyrket att många funderar på att byta yrke. Den underbemanning/brist på personal som vanligtvis också finns inom vården, har under pandemin ökat vilket har ökat vårdarnas tankar om att byta yrke. (Munro et al 2022). Enligt en undersökning gjord av vårdfacket Tehy har det även i Finland kommit fram att coronapandemin har minskat på vårdarnas välbefinnande, och att många inom vården funderar på att byta bransch. Enligt undersökningen vill nästan alla under 30 år byta jobb. Orsakerna till att vårdarna vill byta jobb handlar dels om den försämring i välbefinnande som coronan ställt till med, men även bättre löner och mindre påfrestning på det psykiska välbefinnandet har sin orsak. Många vårdare anser att de blivit dåligt bemötta av beslutsfattarna under coronatiden. Det har förväntats att de skall vara beredda att arbeta närhelst det behövs och utan extra betalt. (Tehy, 2022). I och med pandemin har även vårdarnas kompensation sats i fokus och Munro et al (2022) menar att dagens kompensationsmodell för vårdarna gör att vårdarna känner sig

demoraliserade. Coronapandemiläget hade även en inverkan på modularbetet och under vissa perioder hamnade avdelningen att lite frångå modularbetet när coronan har lett till sjukskrivningar och karantäner, både bland personal och klienter. Detta har betytt att man på avdelningarna har hamnat att stundvis jobba underbemannade och det har helt enkelt inte funnits resurser att jobba som modularbete är tänkt att jobba. Dessutom har pandemins restriktioner lett till att vi inte kunnat ha personalmöten med personalen och därmed har den aktiva kontakten tidvis även varit mindre aktiv än vad från början önskades. Nu i efterhand känns det att i mitten på en pandemi kanske inte var det rätta tillfället att prova på en ny arbetsmetod som kräver också en del av personalen. Det kunde bli 2 stressande saker samtidigt som kan ha inverkat på resultatet.

Vårdarna blev tillfrågade i båden enkät 1 och enkät 2 om det fanns några icke arbetsrelaterade faktorer som påverkade på deras arbetsvälbefinnande och där kom det fram några aspekter: Här kom coronapandemin upp som en sak som påverkade arbetsvälbefinnande. På samma sätt kom även det faktumet att de jobba skiftesarbete vilket påverkar välbefinnande genom att man har dåliga vanor och ingen ordentlig dygnsrytm.

9 Källförteckning

Alshmemri M., Shawan-Akl L. & Mande P. (2017). Herzberg's two way factory theory. *Life science journal*, 14 (5), 12-16, DOI: 10.7537/marslsj140517.03.

Andersson D. (2020). *Fysisk aktivitet hälsa välbefinnande och förändring hos individen*. Lund: Studentlitteratur Ab.

Angelöw, B. (2006). *Arbetsglädje – Att skapa större arbetslust*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Bokförlaget Natur och Kultur.

Arén, A., Ljusenius, T. & Laghammar, C. (2006). *Mår du som du förtjänar?: Hitta vägen till välbefinnande för individ och organisation*. Stockholm: Prevent.

Arnetz B. & Arnetz U. (2003). *Tornadon En positiv kraft i arbetslivet*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Australian nursing journal (2012). Nurse health and wellbeing under the spotlight. 20 (6) , 15. Hämtat från <https://search-ebcsohost-com.ezproxy.novia.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=83884052&site=ehost-live> (04.2021).

Blom K. & Hammarkrantz S. (2014). *Lycka på fullt allvar en introduktion till positiv psykologi*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Van Bogaert P., Peremans L., Hesuden D., Versout M., Kureckova V., Van de Crys Z. & Franck E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nurs*, 16 (5), 1-14, DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2015). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Brennan E.J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of nursing*, 12 (26), 43-47, DOI: 10.12968/bjon.2017.26.1.43.

Brolin M. (2017). *Perspektiv på hälsa: Att bredda vägen*. Stockholm: Liber AB.

Brülde B. & Tengland P. (2003). *Hälsa och sjukdom: En begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Brunges M. & Foley-Brinzs C. (2014). Projects for increasing Job satisfaction and creating a healthy work environment. *AORN Journal*, 100 (6), 670-671, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.029>.

Bruzelius, L. H. & Skärvad, P. (2017). *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur.

Campagna S., Lanteri D., Zanin L., Fraternali A., Sampiero P., Gonella G., Berchialla P., Gregori D., Menarello G., Maniero M. & Sasso L. (2011). Effectiveness of the implementation of Modular Nursing in a medical ward: an experimental study. *Assist Inferm Ric*, 30 (2), 73-83, DOI: 10.1702/845.9393.

Connolly F.F., Johansson-Sevä I. & Gärling T. (2020). How does time pressure influence emotional wellbeing? Investigating the roles of domain satisfaction and neuroticism among small-business owners. *International Journal of Wellbeing*, 10 (2), 71-88, DOI: 10.5502/ijw.v10i2.805.

Cordery J. & Parker S.K. (2007). Work Organization I: P. Boxall, J. Purcell, & P. Wright (red). *The oxford handbook of human resource management*, kap10, 187-209, Oxford Univ. Press.

Cox, T. (2005). Work-related stress, risk management and Management Standards. *Institute of Work, Health and Organisations, (I-WHO)* 18 (2), 89-90, DOI: 10.1080/02678370412331291489.

Dagens medicin (2007). *Ortopedavdelningen bytte administration mot mer vård*. Hämtat från <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/forskning/ortopedavdelningen-bytte-administration-mot-mer-varld/>. (04.2021).

Daven M.T., Cummins R.A., & Stokrt M.A (2007). Subjective wellbeing as an affective-cognitive construct. *Journal of happiness studies*, 8 (4), 429-449, DOI:10.1007/s10902-007-9066-1.

Deci, E.L.; Olafsen, A.H.; Ryan, R.M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4 (1), 19-43, DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108.

Disabato D.J., Goodman F.R. Jarden A., Kashdan T.B. & Short J.L. (2015). Different types of wellbeing? A cross-cultural examination of hedonic and eudemonic well-being. *American psychological association*. 28 (5),471-482, DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000209>.

Eklöf M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö: begrepp, bedömning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur Ab.

Fan Z., Peggy P.C. & Chung J.W.Y (2020). How different health literacy dimensions influences health status and wellbeing among men and women: the mediating role on health behaviours, *Research square*, 617-627, DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-23168/v2>.

Felman A. (2020). Why stress happens and how to manage it. *Medical news today*. Hämtat från: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/145855>, (15.3.2022).

Finlex (2019). *Arbetstidslagen 872/2019*. Hämtat från: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2019/20190872> , (27.4.2022).

Foá C., Guarnieri M.C., Bastoni G., Benini B., Giunti O.M., Mazzotti M., Rossi C., Savoia A., Sarli L. & Artioli G. (2020). Job satisfaction, Work engagement and stress/burnout of elderly care staff: a qualitative research. *Acta biomed*, 19 (12), 1-12, DOI: [10.23750/abm.v91i12-S.10918](https://doi.org/10.23750/abm.v91i12-S.10918).

Gerge A. (2011). *Empatitrött: att utveckla välmående i vård- och omsorgsyrken*. Vaxholm: Insidan.

Gardner B., Rose J., Mason O., Tyler P., & Cushway D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work and Stress*, 19 (2), 137-152, DOI: [10.1080/02678370500157346](https://doi.org/10.1080/02678370500157346).

Glasper A. (2010). Promoting wellbeing productive and healthy working conditions. *British journal of nursing*, 19 (1), 8-9, DOI:[10.12968/bjon.2010.19.1.45904](https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.1.45904)

Hawksly, B. (2007). Work related stress, work/life balance and personal life coaching. *British journal of community nursing*, 12 (1), 34-62, DOI: [10.12968/bjcn.2007.12.1.22690](https://doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.1.22690).

Hertting A., Samuelsson, J. (2000). *Smärta och trötthet: ohälsa i tiden: en utmaning för primärvård, skolhälsovård och företagshälsovård*. Lund: Studentlitteratur.

Hill, R. (2010). Wellbeing: not just a priority for patients. *Nurse Prescribing*, 8 (4), 150-152. DOI: <https://doi.org/10.12968/npre.2010.8.4.47407>.

Holmström E., Ohlsson K. (2014). *Människan i arbetslivet: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Huta, V. (2015). An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts. I: L. Reinecke & M.B. Oliver (red). *Handbook of media use and wellbeing*, kap 2. 1-15.

Institutet för hälsa och välfärd (2022) *Service för äldre förändras*. Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/aldre/service-for-aldre-forandras>, (25.4.2022).

Jetten J., Haslam C., Haslam S.A. & Dingle G. (2014). How Groups Affect Our Health and Well-Being: The Path from Theory to Policy. *Social Issues and Policy Review*, 8 (102), 103-130, DOI: 10.1111/sipr.12003.

Johansson C., Miller V.D. & Hamrin Solage (2014). Conceptualizing communicative leadership: A framework for analyzing and developing leaders' communication competence. *Corporate Communications: An International Journal*, 19 (2), 147-165 , DOI: 10.1108/CCIJ-02-2013-0007.

Johannessen T., Ree E., Aase I., Bal R. & Wilg S. (2020). Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and homecare – a case study as basis for theory development. *BMC health service research*, 20 (277), 1-12 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05149-x>.

Junea P. (2015). *Job Rotation – Meaning and its Objects*. Management studie guide Tillgänglig: <https://www.managementstudyguide.com/job-rotation.htm> (24.4.2022).

Lambert, L., Lomas, T., van de Weijer, M. P., Passmore, H. A., Joshanloo, M., Harter, J., Ishikawa, Y., Lai, A., Kitagawa, T., Chen, D., Kawakami, T., Miyata, H., & Diener, E. (2020). Towards a greater global understanding of wellbeing: A proposal for a more inclusive measure. *International Journal of Wellbeing*, 10 (2), 1-18, DOI: 10.5502/ijw.v10i2.1037.

Lindström B. & Eriksson M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59 (6), 440-442, DOI: 10.1136/j3ech.2005.034777.

Linton M-J., Dieppe P. & Medina-Lara A. (2016). Open review of 99 self-report measures for assessing well-being adults: exploring dimensions of wellbeing and developments of over time. *BMJ open*, 6 (7), 1-16, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010641.

Lomas T., Case B.W, Cratty F.J. & Vanderwheele T. (2021). A global history of happiness. *International journal of wellbeing*, 11 (4), 66-87, DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v11i4.1457>.

Lovejoy M., Kelly E.L., Kubzansky L.D. & Berkman L.F. (2022). Work Redesign for the 21st Century: Promising Strategies for Enhancing Worker Well-Being. *Workplace Redesign and Public Policy in the 21st century*, *AJPH*. 10 (10) 1787-1795, DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306283>.

MCLeod, S (2018). Maslow's *Hierarchy of Needs*. Simply psychology, Tillgänglig: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html> (11.4.2022).

Melin B. (2008). Arbete med hög psykisk belastning. I: (red): A. Toomingas, S-E. Mathiassen & E. Wigaeus Tornqvist. *Arbetslivsfysiologi*, Kap.7 241-275. Lund: Studentlitteratur.

Munro C.L. & Hope A.A. (2022). Improving Nurse Well-Being: The Need Is Urgent And The Time Is Now. *American journal of critical care*, January 2022, 31 (1) 4-6, DOI: [10.4037/ajcc2022603](https://doi.org/10.4037/ajcc2022603).

Nea F.M., Pourshahdi L.K., Kearney J.M., Livingstone M.B.E.L., Bassul C. & Corish C.A (2018). A qualitative exploration of the shift work experience: The perceived effect on eating habits, lifestyle behaviors and psychosocial wellbeing. *Journal of public health*, 40 (4) 482-492, DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy047>.

Nyqvist F. (2005). socialt kapital och hälsa – en forskningsöversikt. *socialvetenskaplig tidsskrift*, 12 (1), 75-89.

Oliver M.D., Morton L.A., Baldwin D.R. & Datta S. (2019). A pilot study exploring the relationship between wellness and physical fitness an examination into autonomic health. *Journal of American college health*, 68 (7) 712-719, DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1596919712-719>.

Olsson H. & Sörensen S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Paasivaara L. (2009). *Työnsä kokoinen ihminen*. Hämneenlinna: Kariston kirjapaino.

- Patel R., Davidson B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Pelican J.M. (2017). Applying Salutogenesis in Healthcare Settings. I: M.B. Mittelmark, S. Saggy, M. Eriksson, G.F. Bauer & J.M. Pelican. *Handbook of salutogenesis*, Kap 36 389-396.
- Proctor C.L. (2014). Subjective Well-being. I: A. Michalos (red). *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 6437-6441.
- Rauramo, P. (2012). *Työhyvinvoinnin portaat: Viisi vaikuttavaa askelta*. Helsingfors: Edita Prima Oy.
- Reiss S. (2004). Multifaceted nature of intrinsic motivation: the theory of 16 basic desires. *Review of general Psychology*, 8 (3) 179-193, DOI 10.1037/1089-2680.8.3.179.
- Robertson I. & Flint-Taylor J. (2009). Wellbeing in healthcare organizations: key issues. *British Journal of Healthcare Management*, 6 (1), 18-25, DOI:10.12968/bjhc.2010.16.1.45895.
- Ryan R. & Deci E.L. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American psychologist Association*, 55 (1) 68-78, DOI <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Ryan, R. (2009). Self determination theory and well being. *Social Psychology*, 84 (822), 848-849.
- Rydén, O. & Stenström, U. (2015). *Hälsopsykologi: Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Saarinen A., Ruokalainen M., Taimio H., Pirttilä J & Mauno S. (2015). *Palvelumotivaatio ja työhyvinvointi terveydenhuollossa Kunnallisan kehittämissäätiön*. Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nr 86, Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala.
- Sandberg H. (2011). *Samarbetshälsa: Om effektivt samarbete och välbefinnande*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sara J.D., Megha P., Mackram F.E., Ming Z. Widmer R.J. & Lerman A. (2018). Association between work-related Stress and Coronary Heart Disease: A review of prospective studies through the job strain, effort-reward balance, and organizational justice models. *Journal of American heart association*, 7 (9) 1-15, DOI: 10.1161/JAHA.117.008073.

Seilgman M.E.P. (2012). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and wellbeing*. New York: Simon & Schuster Ink.

Social och Hälsovårdsministeriet (2020). *Personaldimensionering I långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre* Tillgänglig <https://stm.fi/sv/aldre/personaldimensionering>, (11.04.2022).

Stenman P., Elo S., Vahakangas P., Hantikainen V., Salo P. & Suhonen M. (2020). Psychosocial Factors at Work after the Implementation of Kinesthetic in Elderly Care. *International Journal of Caring Sciences*, 113 (1) 4-14.

They (2022). *Tehys färska enkät: Nästan alla unga funderat på att byta bransch*. Tillgänglig: <https://www.tehy.fi/sv/mediatiedote/tehy-farska-enkat-nastan-alla-unga-wardare-funderat-pa-att-byta-bransch>, (11.4.2022).

Toode K., Routasalo P., Helminen M. & Suominen T. (2015). Hospital nurses' work motivation. *Scandinavian journal of caring science*, 29 (2) 248-257, DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12155>.

Toomingas A., Mathiassen S.E. & Tornqvist E.W. (2008). *Arbete, Arbetsliv, Arbetsfysiologi. I: (red): A. Toomingas, S-E. Mathiassen & E. Wigaeus Tornqvist. Arbetslivsfysiologi. Kap 2 17-36*, Lund: Studentlitteratur.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering I politik och förvaltning*. Lund. Studentlitteratus AB.

Virtanen P., Sinokki M. (2014). *Hyvinvointia työstä – hyvinvoinnin kehittyminen, perusta ja käytännöt*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (1994). *Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Wallin A.O., Jakobsson U. & Edberg A-K. (2012). Job satisfaction and associated variables among nurse assistant working in residential care. *Int Psychogeriatric*, 24 (12) 1904-1918, DOI: 10.1017/S1041610212001159.

Wallin S., Fjellman-Wiklund A. & Fagerström L. (2022). Work motivation and occupational self-efficacy belief to continue working among ageing home care nurses: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 21 (31) 1-15, DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00780-3>.

Weman-Josefsson K. & Berggren T. (2013). *Psykosocial arbetsmiljö och hälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wong K.C.K. (2018). Work support, psychological well-being and safety performance among nurses in Hong Kong. *Psychol Health med*, 23 (8) 958-963 DOI: 10.1080/13548506.2018.1437275.

World health organization (u.å) WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution, Tillgänglig: <https://www.who.int/about/governance/constitution>, (27.4.2022).

Bilaga 1

Detta är en undersökning om hur modularbetet påverkar vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen. Undersökningen görs som ett examensarbete för högre YH utbildning inom social och hälsovård med inriktningen på ledarskap och utveckling. Examensarbetet görs som ett utvecklingsarbete för effektiviserade serviceboendet xxx. Undersökaren är Maarit Mitts och undersökningen görs i samarbete med föreståndaren xxx.

Undersökningen innehåller två enkäter samt en provtid på modularbete. I första enkäten utvärderar ni ert välbefinnande just nu. I samband med det inför vi modularbete på avdelningarna och provtiden kommer att vara 6 månader under vilken tid vi vid behov kan pröva på olika sätt att arbeta i modul. Efter 6 månader görs en ny utvärdering i form av en enkät nr 2. Enkäterna jämförs sedan med varandra och svaren utgör resultatet för utvärderingen. Innan enkäten fylls i och ni övergår till modularbetet kommer ni att få en introduktion till modularbete. Undersökaren kommer att vara i ständig kontakt med er och ni kan när som helst ställa frågor och funderingar om modularbetet och arbetsvälbefinnande. På avdelningarna kommer det även att finnas ett häfte vart ni kan skriva era frågor och funderingar. Dessa besvaras så fort som möjligt. Svaren i enkäten används för att få svar till undersökningen samt för att arbetsgivaren skall få veta mera om välbefinnandet på arbetsplatsen.

Enkätsvaren kommer att behandlas konfidentiellt och ni är anonyma under hela processens gång. Alla svar kommer att förstöras efteråt. Att delta är frivilligt, men för att få bästa möjliga resultat önskar jag att alla deltar. Genom deltagande får vi bästa möjliga resultat över välbefinnande på arbetsplatsen

Korsholm 6.9.2021

Maarit Mitts

Arbetsförhållande fast långtidsvikarie (procentavtal) Inhoppare(timavtal)

Hur upplever du ditt arbetsvälbefinnande på ett allmänt plan?

Vilka arbetsrelaterade aspekter anser du att påverkar ert välbefinnande på arbetsplatsen?
Positiva som negativa

Finns det andra utomstående (icke arbetsrelaterade) faktorer som påverkar välbefinnandet på arbetsplatsen?

Det självständiga arbetet Sträcka under/ringa in det alternativ som passar bäst

- | | | | |
|--|----|-----|--------|
| 1. Jag anser att mitt arbete är meningsfullt | ja | nej | ibland |
| 2. Jag har möjlighet att arbeta i egen takt/får arbeta i egen takt | ja | nej | ibland |
| 3. Jag har möjlighet att ta egen initiativ | ja | nej | ibland |

På vilket sätt har du möjlighet att ta eget initiativ?

- | | | | |
|---------------------------|----|-----|--------|
| 4. Jag får ta eget ansvar | ja | nej | ibland |
|---------------------------|----|-----|--------|

5. Att ha ansvar känns (skriv en kommentar här under)

- | | | |
|---|----|-----|
| 6. Jag känner att jag har möjlighet att påverka mitt arbete | ja | nej |
| 7. Jag känner mig säker att arbeta själv | ja | nej |
| 8. Känner du att du kan använda dig av hjälpmedlen | ja | nej |
| 9. Jag behöver handledning i att använda hjälpmedlen | ja | nej |

Hurudan handledning skulle du behöva?

- | | | |
|--|----|-----|
| 10. Använder du dig av hjälpmedel i alla skift | ja | nej |
|--|----|-----|

Vilket hjälpmedel använder du? Saknar du något? Om så vilket?

Teamarbete sträcka under/ringa in det alternativ som passar in bäst

- | | | |
|--|----|-----|
| 11. Vi har bra samarbete på avdelningen | ja | nej |
| 12. Vi har ett bra samarbete på paravdelningen | ja | nej |
| 13. Jag får hjälp av kollegorna | ja | nej |

Av vem (flera svar kan väljas)

egen avdelning	paravdelnign
Huset	annan personal

- | | | | |
|--|----|-----|--------|
| 14. Vi kan diskutera arbetsrelaterade saker med varann | ja | nej | |
| 15. Vi har ett jämlik arbetsfördelning under arbetsskiftet | ja | nej | ibland |

På vilket sätt är den jämlik/ojämlik

- | | | |
|--------------------------|----|-----|
| 16. Vi kan vara flexibla | ja | nej |
| 17. Alla tar ett ansvar | ja | nej |

Stress sträcka under/ringa in det alternativ som passar in bäst

- | | | |
|--|----|-----|
| 18. Känner du att arbetet är stressigt | ja | nej |
|--|----|-----|

19. Hur ofta känns det tungt alltid ofta sällan aldrig

20. Vad känns mera stressigt mentala stressen fysiska stressen

Vad är det som känns stressigt

21. Vilket av dessa arbetsskift upplever du mera stressigt? Morgon kväll

Ge en kort motivering till svaret i fråga 21

22. Jag har tid för de lagstadgade pauserna ja nej ibland

Är det skillnad på skiften? Hurudan i så fall?

23. Jag hinner utföra vården av klienten utgående från det behov som finns i vård- och serviceplanen?

Ja nej ibland

Finns det skillnad i skiften? Hurudana i så fall? Andra kommentarer?

24. Jag har en överbelastning på led- och rörelseorganen pga arbetet ja nej

25. Vad anser du att belastar mest led- och rörelseorganen?

Arbetsätt Sträcka under/ringa in rätt alternativ

26. Hur upplever du er nuvarande arbetsmetod på avdelningen

27. Anser du att ni jobbar organiserat? Ja nej

28. Har du jobbat med modularbete tidigare ja nej

Vad tyckte du om modularbete?

29. Vad har du för förväntningar på modularbete?

30. Att jobba i förändring känns

31. Övriga tankar eller kommentarer

Bilaga 2

Detta är en undersökning om hur modularbetet påverkar vårdarnas välbefinnande på arbetsplatsen. Undersökningen görs som ett examensarbete för Högre YH utbildning inom social- och hälsovård med inriktningen ledarskap och utveckling. Examensarbetet gör som ett utvecklingsarbete för effektiverade serviceboende xxx. Undersökaren är Maarit Mitts och undersökningen görs i samarbete med föreståndaren xxx.

Nu har 6 månader gått sedan vi började på med modularbete och det är dags för en genomgång över hur/om modularbetet har inverkat på ert välbefinnande och det är dags att fylla i enkät nr 2. Efter att svaren samlats in kommer svaren att jämföras med de svar som ni gav vid enkät nr 1.

Enkätsvaren kommer att behandlas konfidentiellt och ni är anonyma under hela processens gång. Alla svar kommer att förstöras efteråt. Att delta är frivilligt, men för att få bästa möjliga resultat önskar jag att alla deltar. På så sätt får vi bästa möjliga resultat över välbefinnande på arbetsplatsen.

Tack för ert deltagande under den gångna perioden ☺

Korhsolm 15.3.2022

Maarit Mitts

maarit.mitts (at) edu.novia.fi

0442717292

4. Jag får ta eget ansvar **ja** **nej** **ibland**

5. Har din inställning till ansvar ändrats med modularbetet? **Ja** **nej**

Om ja, beskriv på vilket sätt

6. Jag känner att jag har möjlighet att påverka mitt arbete **Ja** **Nej**

7. Jag känner mig säker att arbeta ensam **Ja** **Nej**

8. Har du pga modularbete använt dig mera av hjälpmedel **Ja** **Nej**

Teamarbete Sträck under/ringa in det alternativ som passar in bäst

9. Vi har ett bra samarbete på avdelningen **ja** **nej**

10. Vi har ett bra samarbete på paravdelningen **Ja** **nej**

11. Jag får hjälp av kollegorna **Ja** **Nej**

Av vem (flera svar kan väljas)

egen avdelning
syskonavdelning
Huset
Övrig personal

12. Vi kan diskutera arbetsrelaterade saker med varan **Ja** **Nej**

13. Vi har en jämlik arbetsfördelning under arbetsskiftet **Ja** **Nej** **ibland**

Har modularbetet inverkat på den jämlika/ojämlika arbetsfördelningen? Hur?

14. Vi kan vara flexibla **Ja Nej**
15. Alla tar ett ansvar **Ja Nej**
16. Har modularbetet förändrat teamarbetet? **Ja Nej**

På vilket sätt?

Stress Sträck under/ringa in det alternativ som passar in bäst

17. Känner ni att arbetet är stressigt? **Ja nej**
- 18 Hur ofta känns det tungt **Alltid ofta sällan aldrig**
19. Har modularbetet inverkat på stressnivån under skiften

- Minskat på stressen under morgonskift
- Ökat på stressen under morgonskift
- Ingen skillnad på morgonskift
- Minskat på stressen under kvällsskift
- Ökat på stressen under kvällsskift
- Ingen skillnad på kvällsskift

Ge en kort motivering till svaret i fråga 20

20. Hur har modularbetet inverkat på stressen

- Minskat på den mentala stressen

- Minskat på fysiska stressen
- Ökat den mentala stressen
- Ökat den fysiska stressen
- Ingen skillnad från tidigare

Ge en kort motivering till fråga 21

21. Jag har tid för de lagstadgade pauserna **Ja nej ibland**

Har modularbetet inverkat på möjligheten att ta pauser? Motivera

22. Jag hinner utföra vården av klienten utgående från det behov som finns i vård- och serviceplanen?

Ja nej ibland

Har modularbetet inverkat på detta?

23. Har modularbetet haft en inverkan på överbelastning i led- och rörelseorgan?

Ja Nej

Ge en kort motivering

Arbetsätt Sträck under/ringa in det alternativ som passar in bäst

24. Har inställningen till modularbetet förändrats? Ja Nej

Vad anser du nu om modularbete?

25. Vilka är fördelarna med modularbete?

26. Vilka är nackdelarna med modularbete?

27. Detta har varit en 6 månaders testperiod som nu tar slut. Hur vill du fortsätta

- Med modularbete helt och hållet
- Med modularbete endast på morgonskift
- Med modularbete endast på kvällsskift
- Jag vill inte fortsätta med modularbete

28. Har du idéer på hur man skulle kunna utveckla modularbete?

29. Övriga kommentarer eller tankar
