

**JOB-RELATED SOCIAL WELL-
BEING SCALE - APPLICERBAR
INOM OFFENTLIG PRIMÄRVÅRD?
En pilotstudie**

**JOB-RELATED SOCIAL WELL-
BEING SCALE - APPLICABLE IN
PUBLIC PRIMARY HEALTH CARE?
A pilot study**

Examensarbete inom huvudämnet omvårdnad
Avancerad nivå
15 högskolepoäng
Vårterminen 2014

Författare: Lundell, Ann-Charlotte
Lundgren, Charlotte

SAMMANFATTNING

Titel:	Job-Related Social Well-Being Scale - applicerbar inom offentlig primärvård? – En pilotstudie
Författare:	Lundell, Ann-Charlotte; Lundgren, Charlotte
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM771A
Handledare:	Bergh, Ingrid; Kazemi, Ali
Examinator:	Thorstensson, Stina
Sidor:	26
Nyckelord:	JSWS, Primärvård, Reliabilitet, Validitet, Välbefinnande

Bakgrund: Välbefinnande berör alla yrkeskategorier, inte minst hälso- och sjukvårdspersonal. Det är viktigt att uppleva välbefinnande för att kunna utföra god omvårdnad. Ett nytt mätinstrument kallat Job-Related Social Well-Being Scale (JSWS) har utvecklats av Ali Kazemi och har testats bland personal inom skolan och industrin men inte inom hälso- och sjukvård. *Syfte:* Syftet med denna studie var att bland hälso- och sjukvårdspersonal undersöka applicerbarheten hos ett mätinstrument avsett att mäta socialt välbefinnande på arbetet. *Metod:* Denna pilotstudie hade en kvantitativ ansats. Datainsamlingen med JSWS och KASAM gjordes genom webbaserade enkäter som distribuerades till hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården vid två tillfällen. Antal möjliga respondenter var 188, vid första mättillfället besvarade 27 respondenter enkäten och vid andra mättillfället 11 respondenter. Spearmans rangkorrelation användes för att studera applicerbarheten. Som jämförelseinstrument användes den korta versionen av KASAM-formuläret. *Resultat:* Test-retest var signifikant ($r_s=0.90$; $p<0.01$). Stabilitet över mätinstrument samt kriterievaliditet visade på en ickesignifikant korrelation ($r_s=0.327$; $p<0.1$) mellan JSWS och KASAM. *Konklusion:* Denna pilotstudie visade att metoden bör förbättras för att få högre svarsfrekvens så att generaliseringar kan göras. Stabilitet över mätinstrument och kriterievaliditet indikerar att i en huvudstudie med fler respondenter skulle resultatet hamna på en signifikant nivå.

ABSTRACT

Title: Job-Related Social Well-Being Scale - applicable in public primary health care? – A pilot study

Author: Lundell, Ann-Charlotte; Lundgren, Charlotte

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Bergh, Ingrid; Kazemi, Ali

Examiner: Thorstensson, Stina

Pages: 26

Keywords: JSWS, Primary Health Care, Reliability, Validity, Wellbeing

Background: Wellbeing at work concerns all professionals, including healthcare professionals. It is important to experience wellbeing for being able to take care of patients. A new instrument, Job-Related Social Well-Being Scale (JSWS), developed by Ali Kazemi has been tested among professionals in school and industry, not among healthcare professionals. *Aim:* The aim of this pilot study was among healthcare professionals study the applicability of an instrument intended to measure social wellbeing at work. *Method:* This pilot study had a quantitative approach. The datacollection with JSWS and the short version of Sense of Coherence (SOC-13) was done through webbased survey distributed to professionals in primary healthcare at two occasions, to 188 possible respondents. The number of respondents in the first measurement were 27 and in the second 11. Spearman's rankcorrelation (r_s) was used to study the applicability. SOC-13 was used as the comparison instrument. *Results:* The test-retest is significant ($r_s=0.90$; $p<0.01$). The equivalence and criterion validity shows a non significant correlation ($r_s=0.327$; $p<0.1$) between JSWS and SOC-13. *Conclusion:* This pilot study showed that the method should be improved to receive more respondents so generalizations can be done. Equivalence and criterion validity indicates that in a main study with more respondents, the results would be at a significant level.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Hälsa och välbefinnande.....	1
Fysisk hälsa och välbefinnande	2
Psykisk hälsa och välbefinnande	3
Social hälsa och välbefinnande	3
Känsla av sammanhang (KASAM).....	4
Hälsa och välbefinnande inom arbetslivet.....	4
Offentlig primärvård.....	6
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
KASAM-formuläret	9
Job-Related Social Well-Being Scale (JSWS)	9
Analys.....	10
Reliabilitet	10
Validitet gällande mätinstrument	11
Relation reliabilitet- validitet.....	11
Etiska överväganden.....	11
RESULTAT	13
Stabilitet över tid (test-retest reliabilitet).....	13
Stabilitet över mätinstrument samt kriterievaliditet	14
Sammanfattning.....	17
DISKUSSION	18
Metod.....	18
Resultat.....	20
Konklusion av de resultat studien gett.....	21
Förslag på fortsatt forskning.....	21
REFERENSER	23

BILAGOR

1. Missivbrev
2. Följebrev
3. KASAM-formuläret

INLEDNING

Välbefinnande på arbetsplatsen angår alla yrkeskategorier, inte minst personal inom hälso- och sjukvård. Inom primärvården pågår ständigt organisatoriska förändringar som ställer stora krav och förväntningar på personalen, det är då viktigt att tänka på behovet av goda arbetsförhållanden (Davidsson, 1998). Det finns en samhällelig utveckling som leder till större påfrestningar för primärvården, till exempel ökad förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande och en allmän trend mot ökade krav och förväntningar på primärvårdens tillgänglighet och service (Anell, 2005). Samspelet mellan den arbetsmiljö som råder och människan har betydelse för hälsa, välbefinnande, upplevelser och reaktioner (Davidsson, 1998). Eriksson (1997) menar att vårdaren måste uppleva välbefinnande för att kunna utföra god omvårdnad. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 § 2a) finns det krav på hälso- och sjukvården att vård ska vara av god kvalitet och vara lätt tillgänglig. Vården ska också främja kontakten mellan patient och personal och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Det finns mer än 59 miljoner anställda vid hälso- och sjukvårdsinrättningar i världen. De utsätts i arbetsmiljön för faktorer som kan påverka hälsan, till exempel stress, våld, ljud, och tunga lyft (WHO, 2014a). Working together for health - The World Health Report påvisar en brist på hälso- och sjukvårdspersonal i världen, varav i 57 länder på en kritisk nivå. Att främja arbetshälsan för hälso- och sjukvårdspersonal är ett måste för att upprätthålla en adekvat arbetsstyrka (WHO, 2006). I Sverige finns det cirka 400 000 som arbetar inom hälso- och sjukvård (SKL, 2013a, 2013b).

Allt människor gör för att öka det allmänna välbefinnandet på arbetsplatsen resulterar i att de också mår bättre på sin fritid. Detta gäller också omvänt, finns livskvalitet på fritiden utförs ett mer effektivt arbete på arbetsplatsen. Arbetsmiljön påverkar således inte bara arbetet utan även det allmänna välbefinnandet på fritiden. Därför är främjande insatser för hälsa och välbefinnande viktiga (Kazemi, 2009). Ali Kazemi har utvecklat ett instrument avsett att mäta socialt välbefinnande på arbetsplatsen. Det har tidigare gjorts empiriska studier med detta instrument inom skolväsendet och industrin (Kazemi, 2011). Då instrumentet är nyligen utvecklat behövs vidare forskning relaterat till applicerbarheten inom fler organisationer och verksamheter. En intressant organisation är hälso- och sjukvård då välbefinnandet hos personalen spelar en stor roll för vårdens kvalitet. Denna magisteruppsats presenteras i form av en pilotstudie.

BAKGRUND

Hälsa och välbefinnande

I litteraturen används begreppen hälsa och välbefinnande ofta i relation med varandra. Dahlberg och Segesten (2010) konstaterar att hälsa i ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär ett välbefinnande (a.a). Inom vårdvetenskap refereras begreppet hälsa till personens tillstånd och känsla av välbefinnande. Historiskt betyder hälsa helhet och helighet, med det menas människans djupa medvetenhet om sin unikheter och sitt ansvar som människa (Wiklund-Gustin & Bergbom, 2012). Den omvårdnadsteoretiska

utgångspunkt i denna studie utgår från Katie Erikssons modell som menar att hälsa är ursprungligt och naturligt. Ohälsa är en följd av människans möte med olika hinder samt hur hon bemästrar dessa. För att förklara vad hälsa och välbefinnande innebär beskriver Eriksson (1996) att hälsa är ett tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande. Med friskhet menas att den fysiska kroppen fungerar bra, sundhet innebär att personen är adekvat och orienterad, välbefinnande uttrycker en känsla hos den enskilda personen som är viktig för upplevelsen av hälsa. Välbefinnande utgör en av substanserna i hälsan vilket betyder en kapacitet och inre stöd för individen (Eriksson, 1996). För att kunna utföra god omvårdnad krävs att personalen mår bra och upplever ett välbefinnande. En vårdare måste vara hel i sig själv för att vara hel i relationen till en annan människa. Att vara hel innebär att uppleva hälsa (Eriksson, 1997). Hälsa är ett relativt begrepp och kan förstås i sitt sammanhang, exempelvis i arbetslivet. Tillstånden friskhet, sundhet och välbefinnande i begreppet hälsa kan variera över tid. När det gäller hälsan i samhället utifrån Erikssons (1996) teori har samhället ett eget normsystem för att benämna en individ som frisk eller sjuk. När en vårdare avgör om en patient är frisk eller sjuk kan han/hon grunda sig på olika faktorer - objektiva fakta, egen bedömning och/eller patientens utsaga. Enligt Eriksson (1996) finns det två aspekter på hälsobegreppet. Ett subjektivt och ett objektivt. Den subjektiva eller psykologiska hälsan berör den egna medvetenheten omkring sin hälsa, en känsla och upplevelse av hälsa. Den objektiva hälsan är den som kan ses och påvisas. Författaren menar vidare att hälsa kan infinna sig trots sjukdom och ohälsa trots sjukdomsfrånvaro. En person som har hälsa kan säga sig ha illabefinnande eller välbefinnande då det är en unik individs upplevelse (Eriksson, 1996).

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver definitionen av hälsa år 1948 som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom. År 1986 kompletterar WHO sin definition med att hälsa är en resurs i vardagslivet, inte livets mål. Vidare år 1991 kommer ett förtydligande av målet, där hälsa ses som en resurs och en essentiell förutsättning för mänskligt liv och socialt utvecklande (WHO, 1948, 1986, 1991). Hälsa innebär att må bra och att vara i stånd till att genomföra det som anses vara av värde i livet. För att hälsa ska råda måste människan ha förmåga till rörelse och aktivitet, stillhet och vila och en god livsrytm. I begreppet hälsa ingår även upplevelsen av mening och sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010). Ett annat sätt att beskriva hälsa är ur ett filosofiskt perspektiv där hälsa visar sig i ett slags välbefinnande som gör människan företagsam, upptäcktslysten och glömmer sig själv. Människan märker inte av strapatser och ansträngningar när hälsa infinner sig. Hälsan är ett slags jämviktstillstånd, och är livets rytmik, ett oavbrutet skeende i vilket jämvikten hela tiden på nytt stabiliseras (Gadamer, 2003).

Nordenfeldt (2004) menar att välbefinnande ingår i begreppet livskvalitet. Välbefinnandet är "vår psykiska" reaktion såsom sinnesstämningar, emotioner och sensationer, på våra resurser och hur de utnyttjas av oss själva och av andra. Det samlade välbefinnandet hos en individ vid en viss tidpunkt är likvärdig med livskvaliteten hos denne (a.a). En människas samlade välbefinnande kallar Nordenfeldt (2004) för dennes grad av lycka eller olycka.

Fysisk hälsa och välbefinnande

Definitionen av fysisk aktivitet är enligt WHO all kroppslig rörelse som gör av med energi. Hit räknas till exempel att sköta hushållssysslor, fritidsaktiviteter, promenader till och från

arbetet, arbete och motion. Motion är till skillnad från fysisk aktivitet strukturerad, repetitiv och målmedveten för att nå mål som kan vara förbättring eller underhåll av fysisk kondition. En regelbunden och rätt nivå av fysisk aktivitet bidrar till att minska risken för högt blodtryck, kranskärslsjukdom, stroke, diabetes, bröstcancer, tjocktarmscancer, depression och risk för fall. Den fysiska aktiviteten förbättrar skeletthälsan och den fysiska förmågan att kunna genomföra vardagliga uppgifter. Den fysiska aktiviteten är också en viktig faktor för energiförbrukning som leder till energibalans och viktkontroll (WHO, 2014b).

Eriksson (1996) anser att friskhet är en fysisk egenskap hos människan, friskhet står för den fysiska hälsan. Fysisk hälsa representerar den objektiva dimensionen, det behöver inte betyda att människan upplever välbefinnande. En helhet av sundhet, friskhet och välbefinnande innebär att ha hälsa.

Psykisk hälsa och välbefinnande

En viktig del av hälsa är psykisk hälsa, utan den går det inte att ha hälsa. Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande då en människa är medveten om den egna förmågan och kan hantera de vardagliga påfrestningarna i livet. Det innebär också att kunna bidra till samhället. Psykisk hälsa är grunden för människans välbefinnande och för att samhället ska vara väl fungerande. Det är viktigt att främja välbefinnande, förebygga psykisk störning och behandla/rehabilitera de som drabbats av psykisk ohälsa så att psykisk hälsa kan främjas. Faktorer som sociala, psykologiska och biologiska avgör hur den psykiska hälsan hos en människa är. Socioekonomiska påfrestningar över tid är en känd risk för psykisk ohälsa för den enskilde individen och även för samhället i stort. Genom förändringar i det sociala livet, såsom stress i arbetet, utanförskap, ohälsosam livsstil, fysisk ohälsa och risk för att utsättas för våld, kan psykisk ohälsa uppstå på kort tid. För att fler människor ska uppleva bättre psykisk hälsa behövs åtgärder för att skapa levnadsförhållanden och miljöer som leder till bättre psykisk hälsa. Ett samhällsklimat krävs som respekterar och skyddar grundläggande medborgerliga, politiska, socioekonomiska och kulturella rättigheter. Dessa rättigheter ger en säkerhet och frihet, utan dem är det svårt att behålla en hög nivå av psykisk hälsa (WHO, 2010).

Välbefinnande är enligt Eriksson (1996) ett fenomenologiskt begrepp då det är en känsla som uttrycks. Välbefinnande relateras till den inre upplevelsen av välbehag och kan sägas vara människans grad av medvetenhet, upplevelse av mål och känsla av betydelse och makt. Sundhet refererar till den psykiska hälsan som innebär att människan är oförvillad och klok samt har konsekvensinsikt och sunt agerande. Sundhet ingår som en del i huvudbegreppet hälsa (Eriksson, 1996).

Social hälsa och välbefinnande

Social hälsa hänger samman med roller och samspel mellan människan och dennes miljö. Rollen och samspelet är följder av tillstånd, inte något eget tillstånd. Därför kan social hälsa inte jämföras med biologisk eller psykologisk hälsa (Eriksson, 1996). Socialt välbefinnande är enligt Kazemi (2009) ett relativt fenomen. Författaren menar att socialt välbefinnande är ett subjektivt upplevt fenomen eftersom upplevelserna, tolkningarna och

föreställningarna färgas av personen det gäller. Det finns enligt Kazemi (2009) fem olika sätt att se på socialt välbefinnande på arbetsplatsen: *social integration, social acceptans, socialt bidrag, socialt förverkligande och socialt sammanhang*. Med social integration menas i vilken grad den enskilde känner tillhörighet/närhet till och samhörighet med kollegor och vilket gehör denne får för sina synpunkter. Det centrala är att ha något gemensamt med de andra. Social acceptans innefattar hur medarbetaren känner tillit till arbetskamrater och ledning, samt att få bekräftelse från dem. Socialt bidrag innebär att den enskilde vill bidra och skapa någonting genom handling. Det är viktigt med en stödjande organisationskultur för att stärka medarbetarnas syn på sin egen kompetens. Socialt förverkligande innefattar att organisationen tillåter medarbetaren att utnyttja sin fulla potential, att känna personlig utveckling i lagom takt med nya arbetsuppgifter och utmaningar. Socialt sammanhang är att förstå sig på arbetet och att det känns meningsfullt. Dessa fem sätt att se på socialt välbefinnande är viktiga och hänger samman. För att medarbetarna ska uppleva socialt välbefinnande bör dessa dimensioner införlivas i organisationskulturen. Med dessa ovan beskrivna dimensioner har författaren utvecklat ett nytt mätinstrument för att mäta socialt välbefinnande på arbetsplatsen (a.a). Detta instrument beskrivs i metodavsnittet.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Känsla av sammanhang består enligt Antonovsky (1991) av tre centrala komponenter: *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*. Begriplighet syftar på om personen upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara. En person som har hög begriplighet har förmågan att ordna och förstå olika stimuli. Detta skapar en ordning som gör att personen klarar av att exempelvis utsättas för misslyckanden. Hanterbarhet innebär att personen kan möta de krav som ställs av olika stimuli. Personen har resurser både inom sig och i form av yttre stöd i närmiljön som ger en hög känsla av hanterbarhet. Detta kan göra att personen inte känner sig som ett offer eller orättvist behandlad vid motgångar i exempelvis arbetslivet. Meningsfullhet, att något har betydelse för individen, att individen känner att kraven från de stimuli den utsatts för är värda investering och engagemang om personen själv upplever att de är viktiga. Meningsfullhet är enligt Antonovsky en motivationskomponent. Människans upplevelse av sammanhang är avgörande för dennes förmåga att hantera de olika faktorer som påverkar hälsan. Vidare menar han att de som finner en mening eller mönster i det som händer dem i högre grad kan behålla sin fysiska hälsa och fungera normalt i sitt beteende. Hälsa innebär att personen ser ett mönster i tillvaron och tycker sig förstå en mening med sitt liv och det som händer. Ses ett mönster kan strategier införskaffas för att hantera livssituationen. Ses ingen mening drabbas personen av vanmakt och ohälsa (a.a).

Hälsa och välbefinnande inom arbetslivet

Värderingar och förväntningar på sitt arbete är viktigt. När arbetet känns viktigt och meningsfullt kommer vårdpersonalen vara mer nöjd, mer engagerad i arbetet och bättre på att tolerera hög arbetsbelastning (Fiabane, Giorgi, Sguazzin & Argentero, 2013). Tak-Ying Shiu (1998) beskriver att en högre känsla av sammanhang stärker motståndskraften mot stress. I studien undersöktes hur känsla av sammanhang påverkade arbetet och stress för sjuksköterskor som arbetade med barn i Hongkong. Resultatet visade att de med högt

värde på KASAM lättare kunde hantera arbetsliv och familjeliv och de utförde uppgifter med en känsla av kontroll (Tak-Ying Shiu, 1998). I en studie i Danmark där 52 arbetsplatser ingick, undersöktes hur KASAM påverkades vid stress. Studien visade att människor med hög känsla av sammanhang upplever mindre stress och har mindre stressrelaterade symtom (Albertsen, Nielsen & Borg, 2001).

Vid två sjukhus i Norge genomfördes en studie där sjuksköterskors välbefinnande och arbetstillfredsställelse undersöktes. Resultatet visade bland annat på betydelsen av att kunna planera och finna mening i arbetet för att sjuksköterskorna ska uppleva välbefinnande. Det visade också att engagerade och motiverade sjuksköterskor har mindre frånvaro från arbetet (Bégar, Ellefsen & Severinsson, 2005). Foureur, Besley, Burton, Yu och Crisp (2013) belyser i en pilotstudie avseende ett mindfulness-baserat program för ökad hälsa, ökat KASAM och minskad depression, ångest och stress att sjuksköterskor har en stressande arbetsmiljö. Det minskar möjligheten att ta hand om sig själv. Vidare menar de att mindfulness och ökad medvetenhet är förutsättningar för att öka individens motståndskraft gentemot stressade situationer. Christiansen (2008) intervjuade tio sjuksköterskor i Norge i syfte att belysa situationer som visar på känslan av att ha utfört ett bra arbete och som ger bekräftelse på att de har gjort ett bra arbete. Att hantera balansen mellan de ideal som råder för professionen och så som arbetet i verkligheten ter sig, innebär att det är viktigt att sjuksköterskan känner igen när och hur ett bra omvårdnadsarbete yttrar sig. Resultatet belyser att ett bra arbete är relaterat till specifika situationer och innehållet i prestationen. Det som är avgörande för att bekräfta att sjuksköterskan gjort ett bra arbete är att säkra grundläggande behov hos patienter och deras anhöriga, hantera flödet av ansvar-prioriteringar samt positiv feedback på det utförda arbetet.

I en studie genomförd i Australien och USA undersöktes hur olika faktorer som till exempel upplevt stöd från organisationen och relationen till närmsta chef påverkade välbefinnandet hos sjuksköterskor. Studien beskriver att chefer inom hälso- och sjukvård bör vara medvetna om välbefinnandet hos sjuksköterskor i det dagliga beslutsfattandet. Det är i nuläget brist på sjuksköterskor och situationen kommer att förvärras i takt med att den äldre populationen förväntas öka. En annan orsak till att chefer ska tänka på sjuksköterskors välbefinnande är de besparingar som genomsyrar hälso- och sjukvården i många länder (Brunetto et al., 2013). Bland sjuksköterskor som arbetar med äldre patienter undersöktes hur uppfattningen om arbetsplatsen påverkade deras välbefinnande. Arbetsplatser som var innovativa och där anställda upplevde stöd från organisationen hade positiv effekt på sjuksköterskornas välbefinnande och minskade risken för utbrändhet (Watts, Robertson, Winter & Leeson, 2013). Ett ledarskap som innebär att ledare och arbetslag arbetar i team för att uppnå hög moral och motivation samt inspirerar att arbeta mot ett gemensamt mål, kan förbättra upplevelserna av balansen mellan arbetsliv och fritid samt anställdas välbefinnande och arbetstillfredsställelse. Det är i detta ledarskap viktigt att tänka på att stödja arbetsförändringar så att det främjar hälsa och välbefinnande (Munir, Nielsen, Garde, Albertsen & Carneiro, 2012). I en studie där syftet var att upptäcka likheter och olikheter mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor framkom det några olikheter vad gäller faktorer som påverkar arbetstillfredsställelsen. De olikheter som framkom var att en stor andel av männen uppgav att de upplevde aggression från patienterna på arbetet, vilket påverkade arbetstillfredsställelsen negativt. Ålder, inkomst och stöd av kollegor var faktorer i positiv bemärkelse som kvinnorna uppgav hade

betydelse för arbetstillfredsställelsen, dessa faktorer saknade emellertid betydelse för männen. Både kvinnor och män tyckte att närheten till arbetet och möjligheten att göra karriär ökade arbetstillfredsställelsen (Andrews, Stewart, Morgan & D'arcy, 2012).

I en studie med anställda vid sex olika försäkringskassor i Sverige visar resultatet att upplevelsen av subjektivt välbefinnande är relaterat till upplevelserna av alla aktiviteter under dagen, en balans mellan arbete och ledig tid. När de anställda kände att de var nöjda med aktiviteterna, inte kände stress, hade kontroll samt att de inte hade enformiga rörelser på arbetet relaterades detta till upplevd hälsa och välbefinnande (Erlandsson, Carlsson, Horstmann, Gard & Holmström, 2010).

Då soldater i U. S Army som var utplacerade i Europa studerades avseende hur aktivitet, motion och sömn påverkar både fysisk och psykisk hälsa, visades det att sömnbrist påverkar hälsan mer i form av depressiva symtom än fysiska. Trots sömnbrist kunde rutinmässiga arbetsuppgifter utföras. Fysisk aktivitet eller motion påverkar hälsan positivt och kan vara en strategi för att kunna hantera en stor arbetsbörda (Dolan, Adler, Thomas & Castro, 2005).

Offentlig primärvård

Enligt Västra Götalandsregionens ”Delårsrapport beställd primärvård” (2013), ska arbetsmiljön kännetecknas av pålitlighet, omtanke och nytänkande. Dessa värderingar ska grunda sig i det gedigna arbetet där chef och medarbetare tydliggör vad värdena betyder för just deras arbetsgrupp. Medarbetarna ska kunna vara delaktiga och ha möjlighet att påverka utvecklingen på arbetsplatsen samt ha en individuell utvecklingsplan. Primärvårdsförvaltningen arbetar för att dessa förutsättningar tydliggörs. De vill också vara en hälsofrämjande arbetsgivare eftersom det bidrar till god vård och kvalitet i verksamheten. De önskar även lägga en god grund för hälsa och välbefinnande och arbetsglädje. På arbetsplatserna ansvarar cheferna för arbetet med arbetsmiljö och hälsa genom att sätta tydliga mål för verksamheten samt att skapa förutsättningar för medarbetarna att känna delaktighet och ansvar. Uppföljning av arbetsmiljö och hälsa görs genom olika former av medarbetarenkäter.

Det är viktigt att offentlig primärvård är lättillgänglig som första vårdnivå ut mot samhället för alla som inte är i behov av slutenvårdens speciella resurser. Primärvården har till uppgift att även skilja ut sjukt från friskt. Detta är inte alltid så lätt då det finns olika syn på vad sjukdom är utifrån ett historiskt perspektiv, professionellt perspektiv och allmänhetens perspektiv. Primärvården är en viktig del i sjukvårdssystemet eftersom en väl fungerande primärvård minskar kostnaderna och ökar produktiviteten inom hela sjukvården (Olofsson, 2013). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 § 5) ska primärvården svara för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnadsförebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens resurser. Detta utan avgränsning beträffande sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Yrkeskategorier som är vanligt förekommande på en vårdcentral är distriktsläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, kuratorer, psykologer och dietister. Arbetet på vårdcentral bedrivs ofta i team där flera olika professioner ingår. Personalen som

arbetar på vårdcentral ska kunna lite om alla sjukdomar, sjukdomstillstånd och skador som förekommer i primärvård (Wästberg & Ardenvik, 2013). Den som utövar vårdarbete möts ständigt av andra människors lidande och måste ta ställning samt vidta åtgärder. Vårdarbetet skiljer sig från många andra yrkesområden i samhället då det kännetecknas av höga krav och nära kontakt med andra människor (Edling, Nordberg & Nordberg, 2000).

PROBLEMFORMULERING

Socialt välbefinnande på arbetsplatsen är viktigt då högt välbefinnande på arbetet påverkar både arbetsprestation och fritid. Inom hälso- och sjukvård kan detta leda till att kvaliteten på omvårdnaden stärks. Ett mätinstrument som mäter socialt välbefinnande kan vara ett hjälpmedel för att främja det sociala välbefinnandet på arbetsplatsen. Mätinstrumentet JSWS mäter socialt välbefinnande på arbetsplatsen och empiriska studier har gjorts inom ett fåtal organisationer. Dock är detta mätinstrumentets applicerbarhet inte undersökt inom hälso- och sjukvård.

SYFTE

Syftet med denna studie är att bland hälso- och sjukvårdspersonal studera applicerbarheten av ett instrument avsett att mäta socialt välbefinnande i arbetslivet.

METOD

Studien är en pilotstudie och har en kvantitativ design. Kvantitativ design kan användas då syftet är att samla in data för att undersöka ett mätinstrumentets validitet och reliabilitet (Polit & Beck, 2008). Tanken med denna pilotstudien är att författarna ska minska eller eliminera problem som kan uppstå inför en eventuell huvudstudie. Studien gjordes på den tänkta populationen i mindre skala (Polit & Hungler, 1999). För att studera JSWS avseende dess reliabilitet och validitet har den korta versionen av KASAM-formuläret använts som jämförelseinstrument. Två mättillfällen utfördes för att kunna utvärdera JSWS's stabilitet över tid.

Urval

Ett bekvämlighetsurval användes då femton verksamhetschefer vid offentliga vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen tillfrågades om tillstånd att genomföra studien på all personal verksamhetschefen ansvarade för. Respondenterna bestod av alla yrkeskategorier som tjänstgör på offentlig vårdcentral. Exklusionskriterie var verksamhetschef eftersom de ansvarar för personalens arbetsmiljö, välbefinnande och hälsa. Ett missivbrev (bilaga 1) skickades ut till verksamhetsansvarig på respektive vårdcentral med information om studiens syfte samt en förfrågan om att få genomföra studien på alla anställda. För att få en personlig kontakt ringdes sedan vårdcentralcheferna upp. Vid godkännande ombads

cheferna skicka ett undertecknat tillstånd till författarna av studien. Fem av verksamhetscheferna gav sitt tillstånd att genomföra studien. Potentiella respondenter var totalt 188. Vid första mättilfället besvarade 27 respondenter enkäten och vid andra mättilfället 11 respondenter. I tabell 1 nedan redovisas respondenterna vid mättilfälle ett och mättilfälle två avseende demografi. De demografiska frågorna var vid första mättilfället fem och vid andra mättilfället tre.

Tabell 1. Översikt över respondenternas demografiska data.

Bakgrundsdata	Mättilfälle 1 N=27	Mättilfälle 2 N=11
Kön		
Män	2	0
Kvinnor	25	11
Ålder		
Range	33-64	33-64
Medel	49,5	51,9
SD	9,0	9,2
Yrkeskategori		
Undersköterska	3	0
Sjuksköterska	4	1
Distriktssköterska	9	5
Läkare	3	2
Läkarsekreterare	3	1
Övrig	5	2
Anställningstid inom sjukvården i antal år		
Range	8-43	
Medel	25,6	
SD	10,9	
Anställningstid på nuvarande arbetsplats i antal år		
Range	1-31	
Medel	10,1	
SD	7,2	

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes via EvaSys, ett webbaserat system för utvärderingar och undersökningar. Systemet gör det möjligt att utföra dessa med hög automatik. Programvaran har även rapporteringsfunktioner för att sammanställa, filtrera och jämföra

resultat. Detta gör att både pengar och tid sparas vid datainsamling (<http://www.alcom.se/evasy/>). Länkar till två webbaserade enkäter (mättilfälle 1 och 2) distribuerades till respondenternas e-post på arbetet.

Enkäten vid mättilfälle ett innehöll mätinstrumenten JSWS, KASAM (bilaga 3), följebrev (bilaga 2) samt 46 frågor av Swedish universities Scales of Personality (SSP) utvalda av Ali Kazemi för vidare forskning. Enkäten vid mättilfälle ett innehöll totalt 95 frågor samt fem demografiska frågor. Enkäten vid mättilfälle två innehöll JSWS med 36 frågor samt tre demografiska frågor. Sammanställning av enkäter gjordes av Ali Kazemi i EvaSys.

Datainsamlingen kunde påbörjas först när konstruktionen av enkäter var klar samt länk för vidarebefordring och lösenord var författarna tillhanda. Därefter vidarebefordrades dessa till tre verksamhetschefer som i sin tur vidarebefordrade till sin personal. Vid resterande två vårdcentraler vidarebefordrades enkäten direkt till samtlig personal. För att kunna besvara enkäten krävdes att öppna länken, skriva in det lösenord som var angivet i följebrevet samt även en personlig kod ämnad att användas vid mättilfälle två.

Påminnelse skickades ut vid två tillfällen vid mättilfälle ett samt en gång vid mättilfälle två. Alla potentiella respondenter fick påminnelse eftersom anonymitet råder och det inte går att veta vem som besvarat enkäten.

KASAM-formuläret

Aaron Antonovsky (1923-1994), professor i medicinsk sociologi, har utvecklat ett frågeformulär som benämns KASAM. Det har konstruerats genom att de tre komponenterna *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet* representeras. KASAM-formuläret har använts i ett flertal studier. KASAM-formuläret innehåller 29 frågor med en svarsskala 1 till 7. En kortare version av skalan kan användas och då blir frågeantalet 13 (bilaga 3). Denna version användes i detta arbete. Av de tretton frågorna är det fem frågor som vänds i poängberäkning vid resultatsammanställning. En hög poängsumma på resultaten innebär stark KASAM (Antonovsky, 1991). KASAM-formuläret anses vara av god reliabilitet och validitet. Instrumentet kan användas tvärkulturellt, det mäter hur människor hanterar stressfulla situationer och det mäter även upplevt välbefinnande (Eriksson & Lindström, 2005; Antonovsky, 1991).

Job-Related Social Well-Being Scale (JSWS)

Ali Kazemi, biträdande professor i socialpsykologi, har utvecklat ett instrument för att mäta socialt välbefinnande på arbetsplatsen. Det utgår från fem dimensioner: *social integration, social acceptans, socialt bidrag, socialt förverkligande och socialt sammanhang*. Instrumentet benämns JSWS, har totalt 36 påståenden med en svarsskala från 1 (instämmer inte alls) till 7 (instämmer helt). JSWS har validerats i en tidigare studie som genomfördes i 6 olika svenska skolor med lärare, rektorer och annan skolpersonal. Ett syfte med den studien var att utveckla ett nytt instrument för att mäta upplevelsen av socialt välbefinnande på arbetsplatsen baserat på de fem sätten att se på socialt välbefinnande (Kazemi, 2011). Instrumentet handlar om hur personalen upplever sin arbetsplats och relationen till närmsta chef och arbetskamrater. Eftersom JSWS är under

utveckling kan instrumentet inte visas i sin helhet, därför ges två exempel på påståenden som instrumentet bland annat innehåller. I dimensionen socialt sammanhang finns detta påstående: Det är viktigt för mig att förstå vad som händer inom verksamheten. Till dimensionen social acceptans hör påståendet: Jag upplever att mina arbetskamrater behandlar mig med respekt.

Analys

Först när båda enkäterna var avslutade i EvaSys kunde datamaterialet erhållas för bearbetning och analys. I datamaterialet kunde utläsas att enkäterna var ifyllda på arbetstid, under förmiddagen, i anknäring till lunchtid och vid slutet av arbetsdagen. Då enstaka svar saknades i enkätundersökningarna användes så kallad imputation. Detta innebär att för varje person med saknat svar på en enkätfråga räknades medelvärdet ut på de resterande svars-poängen i den dimensionen där svaret saknades (Polit & Beck, 2008). KASAM-formuläret innehåller fem negativa items. Svaren på dessa bearbetades så att poängen vändes, 7=1, 6=2, 5=3, 4=4, 3=5, 2=6 och 1=7. Därefter summerades poängen för respektive dimension för att kunna beräkna sambandet mellan totalpoängen i dimensionerna som ingår i JSWS respektive KASAM. Vid beräkning av stabilitet över tid och stabilitet över mätinstrument användes Spearmans rangkorrelationskoefficient (r_s), eftersom variablerna mäts enligt ordinalskalan. För att få ett starkt positivt samband ska r_s vara nära +1, om r_s är nära -1 innebär det ett starkt negativt samband. Då r_s är nära 0 är det ett svagt linjärt samband. Högt korrelation är lika med högt statistiskt samband, dock inte säkert att det finns orsakssamband. Därför krävs en försiktighet vid tolkningen (Ejlertsson, 2012). För samtliga analyser antogs tvåsidig mothypotes (2-tailed), samt $p < 0.05$ som statistisk signifikansnivå (Polit & Hungler, 1999). Samtliga beräkningar utfördes i ett dataprogram, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.

Reliabilitet

Polit och Beck (2008) definierar begreppet reliabilitet som graden av följsamhet och tillförlitlighet med vilken ett instrument mäter en egenskap.

Stabilitet över tid (test-retest reliabilitet) hos ett instrument är i vilken utsträckning likartade resultat fås vid två olika tillfällen, det vill säga hur stabilt instrumentet är i sig självt. Denna reliabilitet fokuserar på instrumentets yttre påverkan över tid. Bedömning av ett instruments stabilitet involverar utvärdering av test-retest reliabilitet. Mätinstrumentet administreras vid två olika tillfällen för att sedan jämföra poängen. Jämförelsen utförs objektivt genom att beräkna en reliabilitetskoefficient för att bestämma sambandet mellan de två mättillfällena. Ju högre värde på reliabilitetskoefficienten desto högre grad av stabilitet över tid (Polit & Beck, 2008). För att beräkna stabilitet över tid (JSWS) i denna pilotstudie har Spearmans rangkorrelationskoefficient (r_s) använts.

Det finns två sätt att undersöka stabilitet över mätinstrument (equivalence) beroende på studiens upplägg. Vid intervjuer och observationer kan resultatens värde jämföras mellan olika undersökare då samma instrument används. När två likvärdiga instrument administreras till deltagarna vid ungefär samma tillfälle kan resultaten jämföras för att se om mätinstrumentet mäter samma fenomen (Polit & Hungler, 1999). För att beräkna

stabilitet över mätinstrument har även här Spearmans rangkorrelationskoefficient (r_s) använts. Det instrument som använts som jämförelse var korta versionen av KASAM.

Vid tolkningen av Spearmans reliabilitetskoefficient i resultatet av studien kan ett värde på 0.70 vara adekvat men önskvärt är 0.80 eller högre för att kunna säga att instrumentet har en hög reliabilitet. Olika saker kan påverka ett instruments reliabilitet, däribland längden och antal frågor. För att få högre reliabilitet bör instrumentet innehålla flera frågor inom samma dimension. Frågorna får heller inte vara för lika varandra (Polit & Beck, 2008).

Validitet gällande mätinstrument

Enligt Polit och Beck (2008) är validitet ett kvalitetskriterium som hänvisar till i vilken grad ett instrument mäter det som det är avsett att mäta.

Kriterievaliditet (criterion-related validity) innebär att man jämför resultatet av mätningen med resultatet från en annan känd och säker mätmetod som avser att mäta samma sak. Det finns två typer av kriterievaliditet, samtidig (concurrent) och prognostisk (predictive). Prognostisk validitet är ett instruments förmåga att förutse framtida beteende. Samtidig validitet är hur beteendet är just vid mättillfället (Polit & Beck, 2008). För att beräkna mätinstrumentets samtidiga validitet i denna studie har Spearmans rangkorrelation (r_s) använts.

Relation reliabilitet- validitet

Reliabilitet och validitet är två begrepp som kompletterar varandra. Ett mätinstrument som inte är reliabelt kan inte heller ha en god validitet. Men ett instrument kan vara reliabelt utan att ha god validitet (Polit & Beck, 2008).

Etiska överväganden

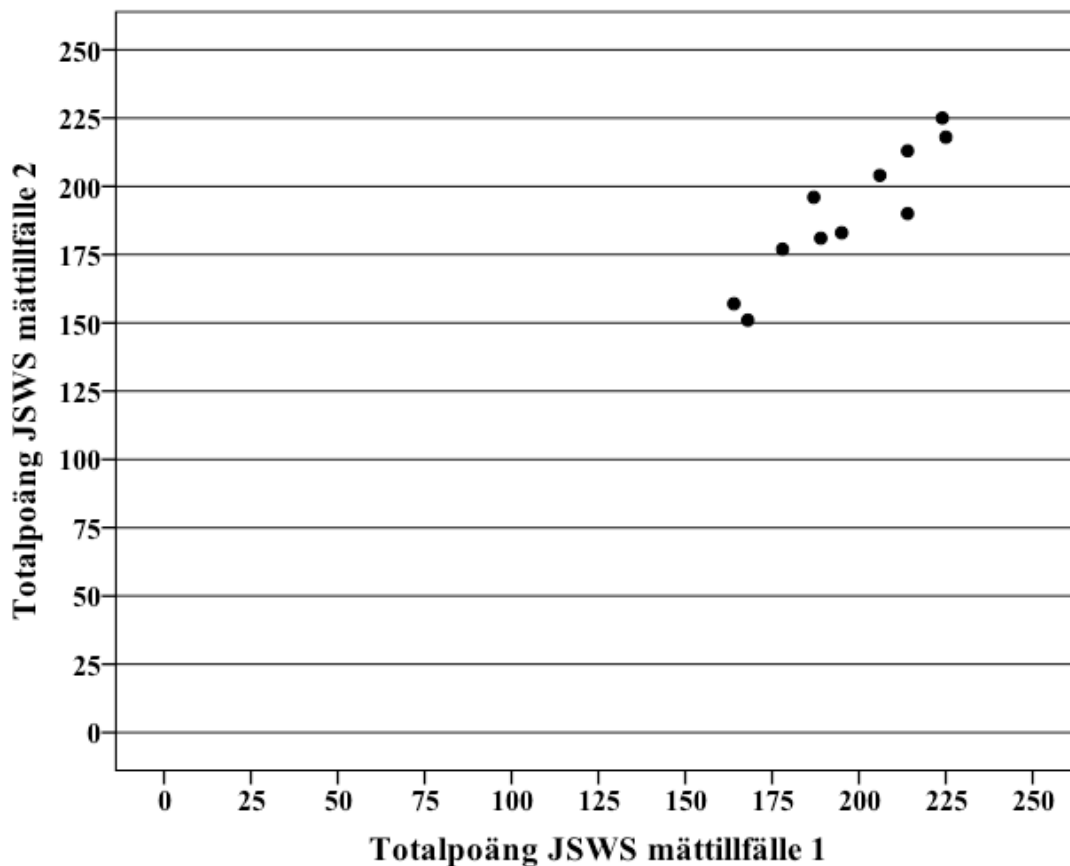
I denna studie har hänsyn tagits till forskningsetiska riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2011). Då vissa ämnen i enkäten var etiskt problematiska och hanterade frågor om människors hälsa (SFS 2003:460), kontaktades vetenskaplig sekreterare på etikprövningsnämnden i Göteborg för konsultation. Enligt denna sekreterare och enligt lagen behövdes inte etiskt tillstånd för studenters arbete på avancerad nivå. Författarna hade tillstånd av Ali Kazemi att använda JSWS i studien. Vad gäller KASAM-formuläret krävdes inget tillstånd för att använda den i studien.

Med tanke på informationskravet och samtyckeskravet har ett missivbrev skickats för att informera chefen på respektive offentlig vårdcentral om studiens syfte och tillvägagångssätt. I följebrevet till personalen har information givits om studiens syfte, att det var helt frivilligt att delta i studien samt tillåtet att avbryta sitt deltagande. Vikt lades även vid att förklara att studiens syfte endast var att se sambandet mellan de två mätinstrumenten och mellan de två mättillfällena. Information gavs också om att resultatet av välbefinnande inte redovisas för enskild arbetsplats. Personalen delgavs också att allt material hanterades konfidentiellt, det vill säga att data förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av det. Beträffande anonymitet kan inte svaren på

mätinstrumenten härledas till någon enskild individ eller offentlig vårdcentral. Det insamlade materialet har endast använts för studiens syfte samt kommer eventuellt användas till ett större forskningsprojekt vid Högskolan i Skövde. Materialet kommer då att sparas på ett säkert sätt på Högskolan i Skövde i framtiden.

RESULTAT

Stabilitet över tid (test-retest reliabilitet)

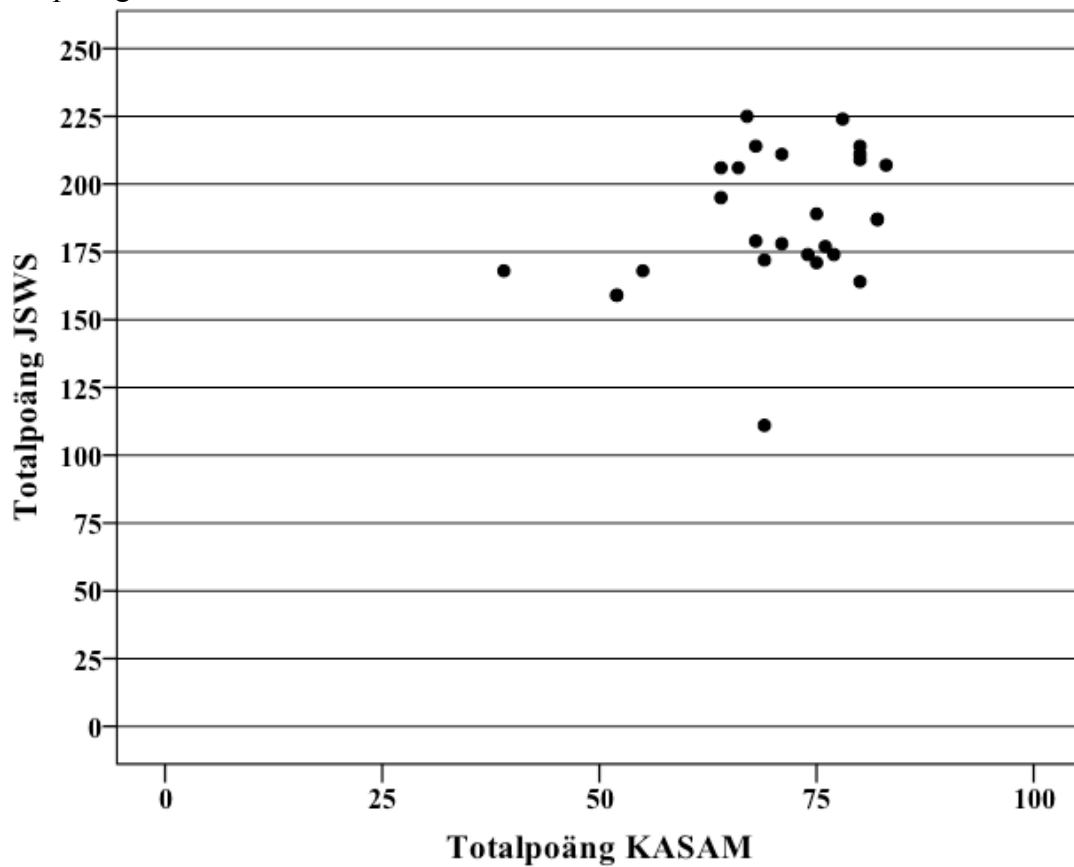


Figur 1. Spearmans rangkorrelation mellan totalpoäng för JSWS mättillfälle 1 och JSWS mättillfälle 2 (n=11). Varje punkt i figuren representerar totalpoängen (JSWS) uppmätt vid 1:a mättillfället (x-axel) samt 2:a mättillfället (y-axel). Varje observationspar bildar därmed en punkt.

Figur 1 visar JSWS stabilitet över tid (test-retest) beräknat på de respondenter som slutfört både 1:a och 2:a mättillfället. Resultatet visar på en hög och signifikant korrelationskoefficient ($r_s=0.90$; $p<0.01$) mellan JSWS mättillfälle 1 och JSWS mättillfälle 2.

Stabilitet över mätinstrument samt kriterievaliditet

Totalpoäng mättillfälle 1



Figur 2. Spearmans rangkorrelation mellan totalpoäng för JSWS och KASAM vid mättillfälle 1 (n=27). Respektive punkt i figuren är en respondents totalpoäng i JSWS (y-axel) och KASAM (x-axel) vid mättillfälle 1.

Då Spearmans rangkorrelation beräknades mellan JSWS och KASAM vid mättillfälle 1 (stabilitet över mätinstrument samt kriterievaliditet) uppmättes ett icke signifikant samband ($r_s=0,327$; $p<0,1$) (figur 2).

Tabell 2. Spearmans rangkorrelation mellan de olika dimensionerna i JSWS respektive KASAM vid mättillfälle 1 (n=27).

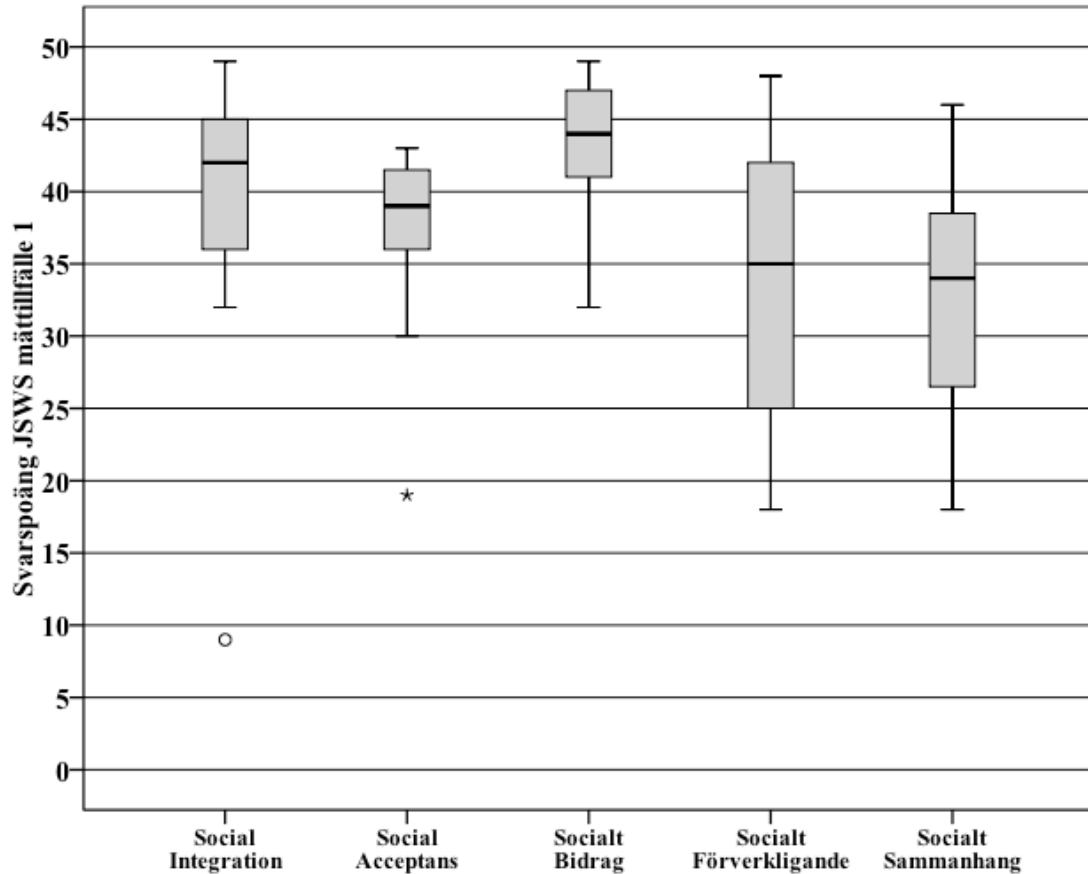
Spearmans rho		Social Integration	Social Acceptans	Socialt Bidrag	Socialt Förverkligande	Socialt Sammanhang	Begriplighet	Hanterbarhet	Meningsfullhet
Social Integration	r_s Sig. (2-tailed) N		,552** 0,003 27	0,262 0,187 27	0,205 0,304 27	0,075 0,709 27	-0,067 0,739 27	0,02 0,922 27	0,089 0,659 27
Social Acceptans	r_s Sig. (2-tailed) N	,552** 0,003 27		,552** 0,003 27	0,229 0,251 27	0,088 0,663 27	-0,047 0,816 27	0,199 0,319 27	-0,091 0,653 27
Socialt Bidrag	r_s Sig. (2-tailed) N	0,262 0,187 27	,552** 0,003 27		,491** 0,009 27	0,307 0,119 27	0,152 0,449 27	0,3 0,128 27	0,176 0,38 27
Socialt Förverkligande	r_s Sig. (2-tailed) N	0,205 0,304 27	0,229 0,251 27	,491** 0,009 27		,745** 0,000 27	0,146 0,466 27	0,216 0,279 27	0,236 0,235 27
Socialt Sammanhang	r_s Sig. (2-tailed) N	0,075 0,709 27	0,088 0,663 27	0,307 0,119 27	,745** 0,000 27		0,12 0,551 27	0,211 0,291 27	0,272 0,171 27
Begriplighet	r_s Sig. (2-tailed) N	-0,067 0,739 27	-0,047 0,816 27	0,152 0,449 27	0,146 0,466 27	0,12 0,551 27		,514** 0,006 27	,461* 0,016 27
Hanterbarhet	r_s Sig. (2-tailed) N	0,02 0,922 27	0,199 0,319 27	0,3 0,128 27	0,216 0,279 27	0,211 0,291 27	,514** 0,006 27		,525** 0,005 27
Meningsfullhet	r_s Sig. (2-tailed) N	0,089 0,659 27	-0,091 0,653 27	0,176 0,38 27	0,236 0,235 27	0,272 0,171 27	,461* 0,016 27	,525** 0,005 27	

** Korrelationen är signifikant på 0.01 nivån (2-tailed).

* Korrelationen är signifikant på 0.05 nivån (2-tailed).

Då Spearmans rangkorrelation (r_s eller Spearmans rho) beräknades mellan de olika dimensionerna i JSWS respektive KASAM uppmättes inga signifikanta korrelationer. Korrelationen mellan JSWS och KASAM's olika dimensioner i tabellen är i fetstil.

Däremot uppvisade vissa av dimensionerna inom JSWS ett starkare om än icke signifikant samband med varandra (social integration – social acceptans; socialt bidrag – social acceptans; socialt förverkligande – socialt bidrag; socialt förverkligande – socialt sammanhang) (tabell 2).



Figur 3. Box-plot visar fördelningen av respondenternas svarspoäng fördelat över de i JSWS ingående dimensionerna vid mättillfälle 1 (n=27).

I figur 3 framgår att svarspoängen i dimensionerna socialt förverkligande och socialt sammanhang som ingår i JSWS har en större spridning än övriga dimensioner som ligger mer samlade kring medianen (mättillfälle 1). I dimensionerna social integration och social acceptans finns extremvärden, “outliers”, markerade med en ring och asterix.

I tabell 3 beskrivs mer detaljerad information avseende svarspoängens spridning i JSWS olika dimensioner som återges ifigur 3.

Tabell 3. Statistik över svarspoäng i de olika dimensionerna vid mättillfälle 1.

	Social Integration	Social Acceptans	Socialt Bidrag	Socialt Förverkligande	Socialt Sammanhang
Medel	39,8	37,7	43,3	33,4	32,4
Range	9-49	19-43	32-49	18-48	18-46
SD	7,9	5,2	4,8	10,0	7,2

Sammanfattning

Test-retest avseende JSWS mättillfälle 1 och 2 visade på en hög signifikans ($r_s=0.90$; $p<0.01$). Stabilitet över mätinstrument samt kriterievaliditet visade på ett icke signifikant samband ($r_s=0,327$; $p<0,1$) mellan JSWS och KASAM. Beräkningen av samband mellan de olika dimensionerna i JSWS och KASAM tyder i denna studie på att ingen av dimensionerna verkar ha någon signifikant korrelation. Box-plot (figur 3) över JSWS visar att spridningen på svarspoäng inom dimensionerna socialt förverkligande och socialt sammanhang är större än i social integration, social acceptans och socialt bidrag.

DISKUSSION

Metod

Syftet med denna pilotstudie var att bland hälso- och sjukvårdspersonal studera applicerbarheten av ett instrument avsett att mäta socialt välbefinnande i arbetslivet. Som ett led i detta har skalans reliabilitet och validitet studerats inom offentlig primärvård, eftersom skalan inte har testats inom detta område. Avsikten med studien var även att data skulle användas av JSWS's upphovsman för vidare utveckling av instrumentet. En pilotstudie genomfördes på tänkt population i mindre skala. Detta för att undersöka om instrumenten i datainsamlingen går lätt att fylla i, är effektiva eller att träning behövs för att samla in data. Tanken var också att eliminera eller minska problem som uppstår under studiens gång. Studien har en kvantitativ design vilket krävs för att kunna mäta reliabilitet och validitet och därmed kunna göra generaliseringar vid genomförandet av en huvudstudie. Enligt Hansagi och Allebeck (1994) kan en pilotstudie bidra till att förbättra tillvägagångssätt och avslöja brister i studiens design.

Att använda en webbaserad enkät som datainsamlingsmetod var relevant då den är lätt att distribuera till många, är kostnadseffektiv och miljövänlig. Respondenten kan dessutom besvara en webbenkät när tid finns, vilket underlättar i en hälso- och sjukvårdsmiljö då arbetsbelastningen varierar under arbetspasset. I data framkom att enkäterna var ifyllda på arbetstid, ett mönster sågs att enkäterna besvarades på förmiddagen, lunchtid och vid arbetsdagens slut. För framtida studier kan det vara bra om möjligheten finns att besvara enkäten i lugn och ro hemma. I följbrevet kan det informeras om att de kan vidarebefordra länken till sin privata e-postadress så de kan besvara den hemma. Även ett alternativ kan vara att distribuera enkäten personligen i pappersform vid ett arbetsplatsmöte eller liknande. Då med ett frankerat svarskuvert för att underlätta och förenkla för möjlig respondent att besvara och returnera enkäten. Respondenterna kan då ta med sig enkäten hem och fylla i den i lugn och ro. Detta förfaringssätt kan också säkra kontrollen över att möjliga respondenter verkligen har fått enkäten och getts möjlighet att fylla i den. Det ger samtidigt studieansvariga bättre kontroll över svarsfrekvens under och efter datainsamling. Bearbetning av data kan påbörjas tidigare än i denna studie då båda enkäterna var tvungna att vara avslutade innan bearbetning kunde påbörjas. Dock kan mer tid för distribution behövas för pappersenkät då lämpligt tillfälle för detta måste avtalas med respektive verksamhetschef. Vid personlig information och distribution kan motivationen att delta i studien förbättras. Att motivera deltagandet i studien är viktigt i strävan efter att få fram evidensbaserad forskning som kan användas i det dagliga arbetet. I en studie av VanGeest och Johnson (2011) identifierades strategier för att öka sjuksköterskors deltagande i undersökningar. Där framkom två generella strategier: motivering/belöning och väl valda metoder. Det visade sig att små belöningar i form av pengar ökade svarsfrekvensen. Väl valda metoder som post- och telefonenkäter var mer framgångsrika än fax- eller webbaserade enkäter. Dessutom visade det sig att frankerade svarskuvert upplevdes av respondenterna som att studien var viktig.

Några av de inkomna enkäterna saknade personlig kod, detta kunde eventuellt undvikits med kortare information och tydligare instruktioner i följbrevet. Samma demografiska frågor vid båda mätillfällena vore önskvärt, även en kontrollfråga i enkäten där

respondenten kunde ange ett unikt svar, underlättar om personlig kod blivit missad eller glömd. Koden används för att koppla samman samma respondent vid mättillfälle ett och två vid test-retest. Ytterligare anledning till den låga svarsfrekvensen kan vara att en av de offentliga vårdcentraler som medverkade fick besked om nedläggningsbeslut under pågående datainsamling. Till vår kännedom kom också att en av verksamhetscheferna vid en av de deltagande vårdcentralerna slutar sin tjänst under denna vår. Dessutom kan det inte med säkerhet bevisas att de verksamhetschefer som skulle vidarebefordra enkäten till personalen verkligen har gjort det. Andra osäkerhetsfaktorer är oklarheter kring om all personal har tillgång till en dator under den tid det tar att besvara enkäten, hur riktlinjerna på arbetsplatsen angående e-post hantering ser ut och med vilket tidsintervall de läser sin e-post.

Att enkäterna innehöll 95 respektive 36 frågor vid mättillfällena påverkade troligtvis svarsfrekvensen relaterat till den tidsbrist som råder inom hälso- och sjukvården. Om respondenten svarat vid första mättillfället kan möjligheten finnas att det andra mättillfället undvikits. Detta i tron att även denna enkät är lång då den endast beskrivits som kortare i följbrevet. Med tanke på den låga signifikansen i stabilitet över mätinstrument kanske jämförelseinstrumentet bör bytas ut mot ett annat instrument som är riktat mer specifikt mot begreppet socialt välbefinnande. Detta för att ytterligare undersöka mätinstrumentets stabilitet över mätinstrument och kriterievaliditet.

Den tidigare forskning som hittades innefattade mest sjuksköterskor. Mycket möda lades vi att hitta forskning som även rörde annan hälso- och sjukvårdspersonal gällande välbefinnande i arbetslivet. Dock blev resultatet av sökningarna inte vad vi önskade, därför lyfts mest sjuksköterskor fram i vår bakgrund.

Urvalet bestod av all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på offentlig vårdcentral. Det exklusionskriterie som bestämdes redan i början av studien var verksamhetschef eftersom de ansvarar för personalens arbetsmiljö, välbefinnande och hälsa. En annan orsak är att den anonymitet som råder i studien kan vara svår att hålla eftersom verksamhetscheferna endast var fem stycken. Yrke och ålder som skulle anges i enkäterna kunde röja identiteten för dem. Därför finns denna yrkeskategori inte med i de demografiska frågorna. I början av studien var antalet tänkta vårdcentraler sju, intresset för deltagande var inte särskilt stort, då utökades till femton vårdcentraler. Författarna erbjöd sig att komma ut till verksamheterna och informera om studien personligen, men inget intresse visades för detta. När femton vårdcentralchefer tillfrågats godkände endast fem sin medverkan i studien. Tre av dessa kunde tänka sig att vidarebefordra webbenkäten till personalen, resterande två ansåg att ansvariga för studien fick lösa det själva. Bekvämlighetsurval var relevant i studien, men med tanke på den låga svarsfrekvensen borde kanske antalet tillfrågade offentliga vårdcentraler varit fler, exempelvis i hela Västra Götaland. Eftersom en annan studie med liknande syfte pågick samtidigt bland personal vid privata vårdcentraler, exkluderades de i denna studie.

Svårigheter förekom att få kontakt med verksamhetschefer för att få deras godkännande att genomföra enkätundersökningar på den personal de ansvarade för. Mer tid i anspråk för att komma i kontakt med verksamhetschefer behöver avsättas. En svårighet i att få tag i tänkta respondenter kan vara att C- och D-uppsatser från Högskolan i Skövde pågick under samma period, svaren som fåtts av verksamhetschefer vid förfrågan om deltagande har tytt

på detta. De verksamhetschefer som tackade nej till deltagande angav tidsbrist och andra pågående studier som orsak.

Personal på vårdcentraler arbetar efter tidsbokning vilket gör det svårt att frigöra tid för annat än inbokade besök och telefontider. Med tanke på detta behöver information om studien ges lång tid innan för möjlighet att boka in i tidboken att svara på enkäter. En annan grupp inom hälso- och sjukvårdpersonal, till exempel sjukhusanställda, kanske är mer frekventa på att svara på enkäter. Denna grupp har möjlighet att lättare överlämna vissa arbetsuppgifter till kollegor, samt vid skiftbyten går arbetspassen omlott och frigör tid som kan användas för att delta i studier.

När en person i urvalet inte vill delta eller saknar möjlighet att delta i studien är detta ett externt bortfall (Ejlertsson, 2012). Till exempel kan nämnas de som inte öppnar eller använder sin e-post på arbetet och långtidssjukskrivna. Internt bortfall handlar om när enstaka frågor saknar svar på en annars ifylld enkät (Ejlertsson, 2005). Det interna bortfallet var inte så stort och med hjälp av imputation lindrades effekterna och ett resultat kunde beräknas på samtliga inkomna enkäter. Det externa bortfallet var vid mättillfälle ett 85,6%, med 27 av 188 svarande, medan det i mättillfälle två var ett externt bortfall på 59,3%, med 11 av 27 svarande. Detta tyder på att metoden för datainsamling behöver förbättras genom att få fler av de möjliga respondenterna att besvara enkäterna. En annan metod som kanske kan ge bättre svarsfrekvens kan vara att i ett mycket tidigare skede boka tid med verksamhetschef för information men då krävs ett helt annat upplägg av kursen i detta magisterarbete. Det verkar som tiden är det största problemet för både författare och respondenter.

Resultat

God reliabilitet mellan JSWS mättillfälle ett och två är ett tecken på instrumentets stabilitet över tid. Trots det låga antalet respondenter i test-retest kan indikationer till god reliabilitet ses i en huvudstudie. Validiteten hos JSWS i jämförelse med KASAM är svårt att uttala sig om då antalet respondenter var lågt. Det framgår av figur 2 att det visserligen förelåg ett statistiskt säkerställt linjärt samband, men att detta inte var i den nivå som krävs för att kunna säga att JSWS och KASAM mäter samma fenomen. Om fler respondenter besvarat instrumenten kan nivån på sambandet tänkas bli starkare. Ett lågt antal respondenter kan enligt Ejlertsson (2012) ge ett svårtolkat resultat.

En box-plot över JSWS's dimensioner vid mättillfälle 1 (figur 3) visar spridning och genomsnitt på svarspoäng inom dimensionerna (tabell 3). Poängen i dimensionerna social integration, social acceptans och socialt bidrag ligger väldigt väl samlade, medan dimensionerna socialt förverkligande och socialt sammanhang har en större spridning i poängantal. Kazemis (2009) frågor i dimensionen socialt förverkligande handlar om att medarbetaren kan utnyttja sin fulla potential och i lagom takt känna personlig utveckling med nya arbetsuppgifter och utmaningar. Med tanke på ständiga organisatoriska förändringar och ökade krav inom offentlig primärvård (Davidsson, 1998) kan spridningen i box-plot innebära att en del av personalen inte känner att de hinner utnyttja sin fulla potential och att arbetsuppgifter och utmaningar kommer i för snabb takt. Socialt sammanhang innebär enligt Kazemi (2009) att förstå sig på arbetet och att arbetet känns meningsfullt. Fiabane, Giorgi, Sguazzin och Argentero (2013) menar att när arbetet känns

viktigt och meningsfullt kommer vårdpersonalen vara mer nöjd, mer engagerad i arbetet och bättre på att tolerera hög arbetsbelastning. Då spridningen på svarspoäng i socialt förverkligande och socialt sammanhang var större än i de övriga dimensionerna kan detta tyda på att främjande insatser behövs när det gäller det sociala välbefinnandet inom dessa dimensioner. Att flera olika yrkesgrupper deltog kan ha påverkat spridningen av svarspoäng inom de olika dimensionerna, då olika yrkeskategorier kan ha olika möjligheter att förverkliga sig på arbetsplatsen. Outliers i social integration och social acceptans kan ha påverkat signifikansen negativt vid beräkning av validitet och reliabilitet. Vid en högre svarsfrekvens kunde spridningen även studerats inom och mellan de olika yrkesgrupperna.

Vid ett stort externt bortfall blir det svårt att generalisera resultatet till tänkta populationen och även hur resultaten ska tolkas (Ejlertsson, 2012). Eftersom det var ett lågt antal respondenter kan resultatet inte generaliseras.

Konklusion av de resultat studien gett

De resultat vi kan redovisa av denna studie är att JSWS är stabilt över tid (test-retest reliabilitet; $r_s=0.90$; $p<0.01$). Inga generaliseringar kan göras av denna pilotstudie, men med vissa justeringar av metoden, främst gällande en ökad svarsfrekvens vid de båda mätillfällena kanske möjlighet finns till generalisering i vidare forskning.

Förslag på fortsatt forskning

För att se om de föreslagna förändringarna framför allt gällande distribution av enkäten genererar en förbättrad svarsfrekvens behövs en ny pilotstudie. Detta innan någon huvudstudie kan genomföras inom hälso- och sjukvård. Om en huvudstudie visar på applicerbarhet inom hälso- och sjukvård skulle JSWS kunna användas som en del i uppföljning av arbetsmiljön och hälsa.

Välbefinnande hos hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för god omvårdnad. Kazemi (2009) menar att socialt välbefinnande är ett subjektivt fenomen och enligt Eriksson (1996) är välbefinnande en unik individs upplevelse och social hälsa inget eget tillstånd. Med JSWS görs subjektiv fakta till objektiv och för bedömare underlättas skattningen av graden socialt välbefinnande. Detta kan komma till användning vid förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Enligt Eriksson (1996) består hälsa av flera komponenter och kanske behöver dessa finnas i åtanke vid tolkning av mätinstrumentets resultat.

Om JSWS hade visat sig vara applicerbar inom hälso- och sjukvård kunde användningen varit att identifiera det sociala välbefinnandet på arbetsplatsen. Organisationen hade kunnat få ett instrument att mäta socialt välbefinnande med och vidta åtgärder för att främja socialt välbefinnande genom att införliva de fem dimensionerna i JSWS i organisationskulturen. Olofsson (2013) menar att en väl fungerande primärvård minskar kostnaderna och ökar produktiviteten inom hela sjukvården där primärvården är en viktig del i sjukvårdssystemet.

Även vidare forskning på hur deltagande och svarsfrekvens kan ökas bland personal inom hälso- och sjukvård vore av intresse. Detta för att generera applicerbar evidensbaserad forskning i framtiden.

REFERENSER

- Albertsen, K., Nielsen, M.-L., & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress, 15*(3), 241-253. doi:10.1080/02678370110066562
- Andrews, M.E., Stewart, N.J., Morgan, D.G., & D'arcy, C. (2012). More alike than different: a comparison of male and female RNs in rural and remote Canada. *Journal of nursing management, 20*, 561-570. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01195.x
- Anell, A. (2005). *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management, 13*, 221-230.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing, 69*(12), 2786-2799. doi: 10.1111/jan.12165
- Christiansen, B. (2008). Good work – How is it recognised by the nurse?. *Journal of Clinical Nursing, 17*(12), 1645-1652. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02139.x
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Davidsson, J. (1998). *Primärvård-En vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Dolan, C.A., Adler, A.B., Thomas, J. L & Castro, C.A. (2005). Operations tempo and soldier health: The moderating effect of wellness behavior. *Military Psychology, 17*(3), 157-174.
- Edling, C., Nordberg, G., & Nordberg, M. (2000). *Hälsa och miljö- en lärobok i arbets- och miljömedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken- En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. (2:a uppl.) Stockholm: Liber utbildning AB.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59,460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085
- Erlandsson, L-K., Carlsson, G., Horstman, V., Gard, G., & Holmström, E. (2010). Health factors in the everyday life and work of public sector employees in Sweden. *Work* 42, 321-330. doi:10.3233/WOR-2012-1427
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614-2624. doi:10.1111/jocn.12084
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives, pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125.
- Gadamer, H-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan*. Dualis förlag AB.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kazemi, A. (2011). Socializing the notion of well-being in psychology: some preliminary results from a validation study. *The individual and the group – future challenges: proceedings from the 7th GRASP conference, University of Gothenburg*.
- Kazemi, A. (Red.). (2009). *Välbefinnande i arbetslivet – socialpsykologiska perspektiv* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Munir, F., Nielsen, K., Garde, AH., Albertsen, K., & Carneiro, IG. (2012). Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*. 20, 512-521. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01308.x
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa*. (2:a uppl.). Linköpings Universitet.
- Olofsson, C. (2013). *Primärvården som marknad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.) Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P., (1999). *Nursing research-principals and methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 31 januari, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 11 januari, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460

Sveriges kommuner och landsting. (2013a). *Landstingsanställd personal 2012*. Stockholm: skl.se. Hämtad 27 mars, 2014 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/landstingsanstalld-personal/landstingsanstalld-personal-2012

Sveriges kommuner och landsting. (2013b). *Kommunanställd personal 2012*. Stockholm: skl.se. Hämtad 27 mars, 2014 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/kommunal-personal/kommunal-personal-2012

Tak-Ying Shiu, A. (1998). The significance of Sense of Coherence for the Perceptions of Task Characteristics and Stress During Interruptions Among a Sample of Public Health Nurses in Hong Kong: Implications for Nursing Management. *Public Health Nursing*, 15(4), 273-280.

VanGeest, J., & Johnson, T.P. (2011). Surveying Nurses: Identifying Strategies to Improve Participation. *Evaluation & the Health Professions* 34(4), 487-511. doi:10.1177/0163278711399572

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed - Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2 januari, 2014, från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>

Västragötalandsregionen. (2013). *Delårsrapport beställd primärvård*. Västragötalandsregionen. Hämtad 2 april, 2014, från <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Rapporter/Styrelsen%20för%20beställd%20primärvård%20delårsrapport%20augusti%202013.pdf>

Watts, J., Robertson, N., Winter, R., & Leeson, D. (2013). Evaluation of organizational culture and nurse burnout. *Nursing Management*, 20(6), 24-29.

WHO. (2014a). *Occupational Health*. Hämtad 17 mars, 2014, från http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/

WHO. (2014b). *Physical activity*. Hämtad 17 mars, 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

WHO. (2010). *Mental health: strengthening our response*. Hämtad 17 mars, 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

WHO. (2006). *Working Together for Health – The World Health Report 2006*. Hämtad 17 mars, 2014, från http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1

WHO. (1991). Sundsvall Declaration on Health Promotion: WHO Head Office. Hämtad

17 mars, 2014, från

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: WHO Head Office. Hämtad 17 mars, 2014, från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO. (1948). Constitution Geneva: WHO Head Office. Hämtad 17 mars, 2014, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Wiklund-Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.)(2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wästberg, B., & Ardenvik, B. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (uppl.1., s. 51-58). Lund: Studentlitteratur AB.

Till verksamhetschef vid offentlig vårdcentral

Ansökan om tillstånd att inhämta data till en kvantitativ studie inom offentlig primärvård

Studiens författare arbetar som sjuksköterskor inom Skaraborgs Sjukhus. För närvarande studerar vi till distriktssköterskor vid Högskolan i Skövde. Studien kommer att genomföras under veckorna 4-15, 2014 och resulterar i en magisteruppsats.

Bakgrund

Välbefinnande på arbetsplatsen är viktigt för alla yrkeskategorier då högt välbefinnande på arbetet leder till högt välbefinnande på fritiden och det i sin tur leder till en bättre arbetsprestation. Inom hälso- och sjukvård kan detta leda till att kvaliteten på omvårdnaden stärks. Mätinstrumentet Job-Related Social Well-being Scale (JSWS) mäter socialt välbefinnande på arbetsplatsen och empiriska studier har gjorts inom ett fåtal organisationer. Dock är detta mätinstrumentets reliabilitet och validitet inte undersökt inom hälso- och sjukvård.

Syfte

Syftet med denna studie är att bland hälso- och sjukvårdspersonal studera applicerbarheten av ett instrument avsett att mäta socialt välbefinnande i arbetslivet.

Studiens genomförande

Personalen på din arbetsplats kommer att tillfrågas om deltagande i studien. Detta deltagande innebär att besvara två webbaserade frågeformulär vid ett tillfälle samt efter cirka en vecka återigen fylla i ett av dessa.

För att studera applicerbarheten av JSWS inom hälso- och sjukvård ska dess pålitlighet undersökas genom att jämföras med ett annat mätinstrument som mäter välbefinnande (KASAM). Vi kommer även att ställa några allmänna frågor om exempelvis ålder och arbetslivserfarenhet. Resultatet av studien kommer inte att bestå av välbefinnandet på arbetsplatsen, utan syftar till att studera mätinstrumentets applicerbarhet.

Författarna det handlar om ser helst att datainsamlingen sker så snart som enkäten har kommit personalen tillhanda.

Det är helt frivilligt att delta i studien. Datamaterialet kommer att hanteras konfidentiellt. Ingen obehörig kan ta del av materialet. Beträffande anonymitet kommer svaren på mätinstrumenten inte kunna härledas till enskild individ eller vårdcentral. Det insamlade materialet kommer endast att användas för studiens syfte samt ingå i ett större forskningsprojekt på Högskolan i Skövde. Önskas information om studiens resultat kontakta undertecknade.

Om du vill ge oss tillstånd att genomföra denna studie önskar vi få ditt skriftliga samtycke, se bifogat formulär.

Vid eventuella frågor angående studien är Ni välkommen att kontakta:

Författare:

Ann-Charlotte Lundell

Leg. Sjuksköterska

Mobil: XXX

e-post:XXX

Författare:

Charlotte Lundgren

Leg. Sjuksköterska

Mobil: XXX

e-post: XXX

Handledare för studien:

Ingrid Bergh

Professor i omvårdnad, sjuksköterska, institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Telefon: XXX

e-post: XXX

Ali Kazemi

Bitr. professor i socialpsykologi, institutionen för Hälsa och lärande

Telefon: XXX

Bilaga 1

Tillstånd av verksamhetschef att inhämta data för en kvantitativ studie på offentlig vårdcentral

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data genom enkätundersökningar för en kvantitativ studie under veckorna 4-15, 2014.

Tillstånd att inhämta data genom enkätundersökningar för en kvantitativ studie tillstyrks:

.....
Namn/Vårdcentral

.....
Datum

Enkätundersökning om välbefinnande bland medarbetare inom vården

Människor tillbringar en stor del av sin tid på sin arbetsplats och därför är det angeläget att arbetsmiljön bidrar till individens välbefinnande och fokuserar på att få denne att känna delaktighet, meningsfullhet och stolthet. Primärvården har genomgått ett flertal organisatoriska förändringar och genomförandet av förändringar i en organisation underlättas av att det som avses förändras är mätbart. Först efter utvärdering av mätresultatet nås kunskap om förändringen varit framgångsrik.

Det är angeläget för hälso- och sjukvårdsorganisationer att mäta välbefinnandet hos sin personal, då ökat välbefinnande har visats påverka en rad olika utfall för organisationen, patienter och personal. Denna enkätundersökning görs inom ramen för ett forskningsprojekt vid Högskolan i Skövde och berör ämnet välbefinnande i arbetslivet. Projektledare är Ali Kazemi, bitr. professor i socialpsykologi. Enkätundersökningen genomförs av distriktsköterskestudenter som skriver sin magisteruppsats vid Högskolan i Skövde. Resultatet kommer att redovisas och publiceras i form av magisteruppsatser och forskningsartiklar.

Undersökningens främsta syfte är att utveckla och validera ett instrument som mäter olika aspekter av välbefinnande i arbetslivet.

Hur går studien till

Vänligen svara på enkäten genom att klicka på länken här nedan. Du fyller i två webb-baserade frågeformulär (enkäter) vid två separata tillfällen. Vid tillfälle två kommer du att få en påminnelse via mail och då klickar du på den länk som finns i mailet. Tidsåtgång för enkätundersökningen beräknas till ca 20 min vid första tillfället och 10 min vid andra tillfället.

Frivillighet och konfidentialitet

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta ditt deltagande utan att det får några följder för dig. De uppgifter som du lämnar kommer att hanteras anonymt. Du ombeds att välja en personlig kod. Då du är den enda som vet vilken kod du använt kan ingen veta vem du är. **Det är dock viktigt att du fyller i samma kod vid båda tillfällena. Skriv gärna upp den kod du väljer på en lapp så att du inte glömmer bort den kod du valt.** Detta är viktigt för studiens syfte som är att validera instrumentet som mäter olika aspekter av välbefinnande. Påminnelser om att fylla i enkäten går ut till samtliga, då vi p.g.a du är anonym inte vet vem som svarat. Om du redan besvarat enkäten kan du bortse från denna påminnelse.

Frågor rörande ditt deltagande besvaras av din närmaste chef och frågor kring enkäten besvaras av Ingrid Bergh och/eller Ali Kazemi.

Länk och lösenord

Klicka på nedanstående länk och ange lösenordet nedan för att delta i enkätundersökningen:

<http://evasys.his.se/evasys/online>

Lösenord: XXX

Tack för Din medverkan!

Ingrid Bergh
Centrumansvarig forskare
e-post: XXX
Tel: XXX

Ali Kazemi
Projektledare
e-post: XXX
Tel: XXX

KASAM-formuläret

Här är några frågor som berör skilda områden i livet. Varje fråga har 7 möjliga svar. Var snäll och markera den siffra som bäst passar in på ditt svar. Siffran 1 eller 7 är svarens yttervärden. Om du instämmer i det som står under 1, så ringa in 1:an; om du instämmer med det som står under 7, så ringa in 7:an. Om du känner annorlunda, ringa in den siffra som bäst överensstämmer med din känsla. Ge endast ett svar på varje fråga.

1. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?

1	2	3	4	5	6	7
mycket sällan eller aldrig						mycket ofta

2. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer du trodde du kände väl?

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

3. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

4. Hittills har ditt liv:

1	2	3	4	5	6	7
helt saknat mål och mening						genomgående haft mål och mening

5. Känner du dig orättvist behandlad?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

6. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du ska göra?

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

7. Är dina dagliga sysslor en källa till:

1	2	3	4	5	6	7
glädje och djup tillfredsställelse						smärta och leda

