



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

Den psykologiska och sociala arbetsmiljön  
bland distriktssköterskor och sjuksköterskor i  
primärvård respektive hemsjukvård

Anna Ekman & Anna Stensson

2017

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad

Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ingela Enmarker  
Examinator: Ann-Sofi Östlund



## Sammanfattning

**Bakgrund:** Primärvård och hemsjukvård skiljer sig åt organisatoriskt och ledningsmässigt vilket kan påverka verksamhet och arbetsuppgifter, detta kan i sin tur påverka den psykologiska och sociala arbetsmiljön för distriktssköterskor/sjuksköterskor. **Syftet** med studien var att jämföra eventuella skillnader i den psykologiska och sociala arbetsmiljön hos distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården respektive hemsjukvården. **Metoden** var en kvantitativ jämförande tvärsnittsstudie med datainsamling via enkäten QPSNordic 34+. Enkäten administrerades till 159 utvalda deltagare inom primärvården och 148 utvalda deltagare inom hemsjukvården. Enkäten besvarades 39 distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården och 39 distriktssköterskor/sjuksköterskor inom hemsjukvården. **Resultatet** visade signifikanta skillnader i fyra av elva kategorier av den skattade psykologiska och sociala arbetsmiljön mellan primärvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor. Skillnaderna fanns i ”arbetskrav”, ”kontroll i arbetet”, ”skicklighet i arbetet” och ”stress”. I samtliga av dessa fyra kategorier skattade primärvårdens deltagare sin psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre jämfört med skattningen från hemsjukvårdens deltagare. **Slutsatsen** är att distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården skattar sin psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre jämfört med distriktssköterskor/sjuksköterskor inom hemsjukvård.

**Nyckelord:** Arbetsmiljö Hemsjukvård Primärvård Psykologisk Social

## **Abstract**

**Background:** There is a difference in management and organization in primary health care and in municipal home health nursing. This difference may affect activities and tasks at work, which in turn can affect the psychological and social work environment of district nurses / nurses. The **purpose** of this study was to compare any differences in the psychological and social work environment of district nurses/nurses in primary health care and home health nursing. **Method:** A quantitative, comparative cross-sectional study was conducted and the data was collected with the survey QPSNordic 34+. The survey was administered to 159 participants in primary care and to 148 participants in home health nursing. The survey was answered by (n = 39) district nurses /nurses in primary health care and (n = 39) district nurses/nurses in home health nursing. The **result** showed significant differences in four out of eleven categories in the psychological and social work environment between the district nurses/nurses in primary care and the district nurses/nurses in home care. Differences were found in "work requirements", "control at work", "work skills" and "stress". In all of these four categories, district nurses/nurses in primary health care estimated their psychological and social work environment lower than the estimation from district nurses/nurses in home health nursing. The **conclusion** of this study was that district nurses/nurses in primary health care estimate their psychological and social work environment lower in comparison to the district nurses/nurses in home care nursing.

**Keywords:** Home health nursing, Primary health care, Psychological, Social, Work environment

## **Innehållsförteckning**

<b>1.0 Introduktion</b>	<b>1</b>
1.1 Den psykologiska och sociala arbetsmiljön	1
1.2 Den positiva psykologiska och sociala arbetsmiljön	1
1.3 Den negativa psykologiska och sociala arbetsmiljön	2
1.4 Verksamheten och arbetsmiljön inom primärvården	3
1.5 Verksamheten och arbetsmiljön inom hemsjukvården	3
1.6 KASAM – meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet	4
1.7 Problemformulering	5
1.8 Syfte	6
1.9 Frågeställning	6
<b>2.0 Metod</b>	<b>6</b>
2.1 Design	6
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	6
2.3 Datainsamlingsmetod	8
2.4 Tillvägagångssätt	8
2.5 Dataanalys	9
2.6 Forskningsetiska överväganden	10
<b>3.0 Resultat</b>	<b>10</b>
3.1 Övergripande resultat	10
3.1.1 Arbetskrav	11
3.1.2 Kontroll i arbetet	12
3.1.3 Skicklighet i arbetet	13
3.1.4 Stress	13
<b>4.0 Diskussion</b>	<b>14</b>
4.1 Huvudresultat	14
4.2 Resultatdiskussion	14
4.2.1 Arbetskrav	14

4.2.2 Kontroll i arbetet	15
4.2.3 Skicklighet i arbetet	15
4.2.4 Stress	16
4.3 Metoddiskussion	17
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	19
4.5 Förslag till fortsatt forskning	20
4.6 Slutsats	20
<b>5.0 Referenser</b>	<b>21</b>

## **1.0 Introduktion**

### **1.1 Den psykologiska och sociala arbetsmiljön**

Belastningen på hälso-och sjukvårdens personal har de senaste decennierna ökat eftersom befolkningen lever längre med fler sjukdomar vilket i sin tur har lett till ett ökat vårdbehov (Socialstyrelsen 2015). Även den ökade bristen på hälso- och sjukvårdspersonal leder till en hög och ojämn arbetsbelastning och påverkar kontinuiteten negativt (Socialstyrelsen 2017; Inspektionen för vård och omsorg 2017). Denna utveckling ställer högre psykologiska och sociala krav på hälso- och sjukvårdspersonalen och deras arbetsmiljö.

De psykologiska och sociala faktorer som påverkar arbetsmiljön definieras av Dallner et.al (2000) som arbetsklimat, arbetstakt, stöd och uppmuntran ifrån arbetskamrater och chefer samt belöning, kommunikation, utbildningsmöjligheter och stöd av familj. Dessa faktorer kan i sin tur påverka på hälsan och välbefinnandet samt motivationen till arbete, lärande och effektivitet hos individen (Dallner et. al. 2000).

### **1.2 Den positiva psykologiska och sociala arbetsmiljön**

Jönsson (2012) beskriver att sjuksköterskor under början av 2000-talet upplevt en positiv utveckling av den psykosociala arbetsmiljön. Den positiva arbetsmiljön har visat sig vara starkt förknippat med arbetsglädje, meningsfullt arbete och en känsla av samhörighet (Jian et.al 2010). Känslan av deltagande, tillfredsställelse och förbättrad social kontakt mellan kolleger har ökat sjuksköterskors känsla av tillhörighet (Paige, Burtson, Jaynelle & Stichler 2010). En arbetsmiljö där sjuksköterskor har möjlighet att reflektera över sin profession har visat sig öka och stärka självkänslan samt påverkade deras upplevelse av den egna mentala hälsan. Det har även framkommit att sjuksköterskor som har en god mental hälsa även har en högre effektivitet, kompetens och ett högre arbetstempo, som i sin tur kan leda till en ökad vårdkvalitet (Bégar & Severinsson 2006; Martínez Luego, Araya Astudillo & Contreras Contreras 2014). Tillfredsställelse med arbetsmiljön har ökat i och med förbättringar kring det sociala stödet, kontrollen på arbetet samt förtydligande av roller och krav. Balansen mellan dessa faktorer är viktig för att medarbetarna skulle kunna uppleva en bra psykosocial arbetsmiljö (Paige et al. 2010). Det har även framkommit att anställda som aktivt påverkat sin arbetsmiljö var mer engagerade i arbetet samt presterade bättre (Bakker, Tims & Derks 2012). Nejati, Rodiek och Shepley (2016) fann att förbättrade personalutrymmen, bättre utformade arbetsplatser och vårdmiljöer ökade sjuksköterskors känsla av positivt inflytande och positiv

påverkan över arbetsplatsen och gynnade därmed patienterna. En positiv arbetsmiljö där uppfattningar och relationer tydliggjorts skapades ett öppet och ömsesidigt arbetssätt. Detta ledde i sin tur till att arbetsplatsen utvecklades i en positiv riktning, med ökad tillfredsställelsen och produktivitet samt positivt påverkade vårdsäkerheten (Sheingold & Sheingold 2013). Dessa förbättringar kan leda till att arbetsmiljön stärks i en positiv riktning samtidigt som uppkomsten av psykisk ohälsa bland personal förhindras (Arbetsmiljöverket 2015).

### **1.3 Den negativa psykologiska och sociala arbetsmiljön**

Det finns även aspekter som påverkar den psykologiska och sociala arbetsmiljön negativt. Det har visat sig att det finns samband mellan hög arbetsbelastning, psykisk ångest, psykiskt välmående och förmåga till empati (Gosselin, Bourgault & Lavoie 2015). Baker och Nussbaum (2011) påvisade att arbetsmiljön är starkt förknippad med skillnader i den upplevda tröttheten bland sjuksköterskor, där de upplevde sig prestera sämre jämfört med andra. Det framkom även ett samband mellan längre skift med fler arbetstimmar och en ökad nivå av utmattning bland denna yrkesgrupp (Baker & Nussbaum 2011). Arbetsförhållanden, hälsa och arbetsrelaterad trötthet på grund av arbetsvillkor visade sig vara bidragande orsaker till att nya sjuksköterskor valt att säga upp sig (Liu et.al 2016). Shütte et. al. (2014) menar att en arbetsplats med dåligt ledarskap och låga utvecklingsmöjligheter leder till en lägre känsla av meningsfullt arbete samt ett negativt välbefinnande hos medarbetarna. Det har även framkommit att en dåligt fungerande arbetsmiljö leder till fler sjuksköterskor väljer att byta arbetsplats (Jian et al. 2010). En arbetsplats med dåligt arbetsklimat och mobbing har visat sig leda till psykisk ohälsa bland sjuksköterskor. Det har även visat sig att sjuksköterskor med erfarenhet inom yrket lättare kunde hantera krav och brister i arbetsmiljön jämfört med sjuksköterskor med mindre erfarenhet (Giorgi et.al 2016). Bland hälso- och sjukvårdspersonal har det framkommit ett starkt samband mellan arbetsuppgifter och osäkerhetskänsla, ångest samt symtom på depression. Osäkerhetskänslan kring arbetsuppgifter har visat sig vara mer frekvent hos personal med lägre erfarenhet och detta förknippades starkt med negativa effekter på den mentala hälsan (Boya, Demiral, Ergör, Akvardar & De Witte 2008).



#### **1.4 Verksamheten och arbetsmiljön inom primärvården**

Socialstyrelsen (2016) beskriver primärvården som en del av den öppna vården med mottagningar för både tidsbokade och oplanerade besök som kräver grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatser, oavsett sjukdom, ålder eller patientgrupp. Primärvården erbjuder rehabilitering, psykosociala insatser samt arbetar utifrån ett preventivt arbetssätt. Inom primärvården arbetar man med utredning, behandling, uppföljning, omvårdnad och rådgivning samt utfärdande av intyg och förskrivning av hjälpmedel. Utöver detta ingår även barnhälsovård, hälsoundersökning av asylsökande samt vaccinationsverksamhet.

I studier som berör primärvården har det framkommit att sjuksköterskor upplevt stress över krav på arbetet, brist på kommunikation samt svårigheter att påverka karriären. Det har även visat sig att de haft det svårt att koppla ifrån arbetet och tankarna på patienterna under ledig tid (Rout 2000). Sjuksköterskor upplevde även en hög arbetsbelastning vilket ledde till försämrad kontroll över situationen samtidigt som de upplevde ett lågt socialt stöd på arbetet (Wilhelmsson, Foldevi, Åkerlind & Faresjö 2002). Det framkom även att sjuksköterskor saknade fastställda arbetsbeskrivningar, rutiner och vårdprogram samt upplevde brister i arbetsmiljön (Friman, Klang & Ebbeskog 2011). Hlosana-Lunyawo och Yako (2013) belyser att sjuksköterskor saknade ett strukturerat och utvecklat introduktionsprogram med träning, stöd och övervakning för nya medarbetare vilket uppenbarade sig i en frånvaro av självkänsla, dålig motivation och en försämrad vårdservice.

#### **1.5 Verksamheten och arbetsmiljön inom hemsjukvården**

Hemsjukvård innebär att bl.a. att främja, förebygga samt återställa hälsa dygnet runt oavsett sjukdom. Denna vårdform har en rehabiliterande och habiliterande funktion samt bedriver en palliativ vård (Statens offentliga utredningar 2011). Enligt Socialstyrelsen (2008) innebär hemsjukvård sjukvård som ges i patientens hem under en sammanhängande tid och erbjuds till de som inte kan ta sig till primärvårdens mottagningar (Statens offentliga utredning 2011). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) ska primärvården tillgodose hemsjukvården med läkarresurser. Ett flertal kommuner erbjuder rehabilitering via fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom hemsjukvården (Statens offentliga utredning 2011). Enligt en rapport från Region Gävleborg (2015) upplevde sjuksköterskor inom hemsjukvården tidsbrist i sitt arbete vilket sänkte vårdsäkerheten, speciellt om de inte hann närvara vid vårdplaneringar inför hemgång ifrån sjukhusen. Sundquist och Johansson (2002) menar att arbetsbelastningen

kunde uppfattas högre när patienterna flyttades från sjukhus till hemsjukvården. Detta framkommer också i Josefssons och Peltonens (2015) studie som belyste det dåliga samarbetet mellan kommun, primärvård och sjukhus angående inneliggande patienter. Sjuksköterskor ansåg att detta var något som måste förbättras och bli tydligare. Sjuksköterskor i hemsjukvården hade även ett behov av förbättringar och verktyg för att understödja deras kompetenshöjning (Josefsson & Peltonen 2015). Genom en högre arbetsbelastning ökade riskerna för ett lägre välmående, nedsatt livskraft, sämre social funktion och en försämrad mental hälsa för hälso- och sjukvårdspersonal (Sundquist & Johansson 2002).

### **1.6 KASAM - meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet**

Betydelsen av en välfungerande psykologisk och social arbetsmiljö för sjuksköterskor inom både primärvård och hemsjukvård kan sammankopplas till den teori Antonovsky (1991) beskriver med begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet - KASAM. En person som upplever en hög känsla av begriplighet får ökad förmåga att hantera problem, att se möjligheter samt förbereda sig mentalt. En person med hög hanterbarhet vågar lita på sin egen styrka för att använda sig av sina innersta resurser för att på så sätt hantera krav. När personen upplever meningsfullhet kan problem mötas med hängivelse och engagemang och betraktas som utmaningar istället för en börda. Hög KASAM leder alltså till ökade möjligheter till problemlösning genom att personen kan använda sig av den inre styrkan för att möta sina arbetsuppgifter och de olika situationer som han eller hon ställs inför (Antonovsky 1991; Johansson 2013). Antonovsky (1991) menar att en högre grad av KASAM kan leda till att individen lättare kan hantera olika stressfaktorer och miljöer. Personen kan därför känna en hanterbarhet genom att se den förändrade situationen i arbetet som oproblematiserad och lösbar, som ofarlig och irrelevant eller som positiv och mindre konfliktfylld (Antonovsky 1991). Benz, Bull, Mittelmark, och Vaandrager (2014) har tolkat Antonovsky och kommit fram till att den bakomliggande kulturen och livssituationen hos individen är sammankopplad med de resurser och förutsättningar som individen har för sin egen meningsfullhet och hanterbarhet.

## 1.7 Problemformulering

I analysen av vetenskaplig litteratur framkommer faktorer som både positivt och negativt påverkar den sociala och psykologiska arbetsmiljön hos sjuksköterskor inom hemsjukvård och primärvård. Faktorer som arbetsglädje, en känsla av att ha ett meningsfullt arbete och känsla av samhörighet med verksamheten och kolleger påverkar positivt den psykologiska och sociala arbetsmiljön för sjuksköterskor (Jian et.al 2010). Sjuksköterskor som har möjlighet till reflektion, bra social kontakt till kolleger samt känsla av deltagande på arbetsplatsen och med arbetsgruppen ökar sjuksköterskornas självkänsla (Paige et.al 2010; Bégat & Severinsson 2006; Martínez Luego, Araya Astudillo & Contreras Contreras 2014). Faktorer som negativt påverkar den psykologiska och sociala arbetsmiljön är hög arbetsbelastning, stress, tidsbrist och ökade krav på arbetet (Region Gävleborg 2015; Rout 2000; Sundquist & Johansson 2002; Wilhelmsson et.al 2002). Sjuksköterskor belyser även att en dålig arbetsmiljö är förknippat med dåligt ledarskap, brist på kommunikation samt svårigheter att påverka karriären (Rout 2000; Shutte et.al. 2014).

Sjuksköterskor arbetar inom flera olika verksamheter med varierande arbetsuppgifter som berör barn, ungdomar, vuxna och/eller äldre beroende på verksamhetens område (Socialstyrelsen 2005). Kraven och belastningen på sjuksköterskor har ökat i takt med den ökade belastningen på hälso- och sjukvården samt det ökade vårdbehovet bland befolkningen (Socialstyrelsen 2015). Denna utveckling ställer högre krav på den psykologiska och sociala arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården för att kunna stärka kontinuiteten bland personalen och därmed gynna en patientsäker vård. Eftersom regional primärvård och kommunal hemsjukvård skiljer sig åt organisations- och ledningsmässigt kan sjuksköterskor därmed uppleva skillnader i sin psykologiska och sociala arbetsmiljö beroende på var de arbetar. Enligt socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskor arbeta med att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdomar samt lindra lidande. Samtliga faktorer som påverkar den psykologiska och sociala arbetsmiljön i någon riktning påverkar även på sjuksköterskors möjlighet att fullfölja och utveckla sin profession och därmed påverkas det direkta patientarbetet.

Inga tidigare studie har hittats som belyser skillnader i den psykologiska och sociala arbetsmiljön hos distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården och hemsjukvården. Genom att undersöka de eventuella skillnaderna inom den psykologiska och sociala arbetsmiljön skapas en möjlighet till vidareutveckling och förbättringsarbete kring den psykologiska och sociala arbetsmiljön. Detta kan i sin tur leda en mer välmående arbetsgrupp av sjuksköterskor samt en trygg arbetsmiljö och en välfungerande arbetsplats där

medarbetarna väljer att stanna kvar. I och med en sådan utveckling stimuleras kontinuiteten och kompetensen bland personalen och därmed påverkas hälso- och sjukvårdens utveckling samt patientarbetet positivt. Resultatet i denna studie kan därför vara till nytta för både distriktssköterskor, sjuksköterskor samt arbetsgivare inom primärvård och hemsjukvård och därmed även gynna patienterna.

## **1.8 Syfte**

Syftet med denna studie var att jämföra hur distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvård respektive hemsjukvård skattar sin psykologiska och sociala arbetsmiljö.

## **1.9 Frågeställning**

- Vilka eventuella skillnader finns i distriktssköterskors/sjuksköterskors skattning av den psykologiska och sociala arbetsmiljön inom primärvård respektive hemsjukvård?

## **2.0 Metod**

### **2.1 Design**

Studien genomfördes som en kvantitativ jämförande tvärsnittsstudie med datainsamling via enkät (Polit & Beck 2012).

### **2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

I denna studie användes ett bekvämlighetsurval av distriktssköterskor och sjuksköterskor inom primärvård och hemsjukvård i ett län i mellersta Sverige. En poweranalys, med den utvalda enkäten, visade att ett urval på 100 personer behövdes för att nå en power på 80% med  $p \leq 0,05$  (Tuveson & Eklund 2014). Polit och Beck (2012) menar att flera kvantitativa studier har gjorts med cirka 100 deltagare. Inklusionskriterierna för att få delta i studien var att deltagaren var utbildad distriktssköterska eller sjuksköterska och utövade yrket i den patientnära vården inom primärvård eller hemsjukvård. Deltagaren skulle även ha arbetat på arbetsplatsen i minst sex månader, oavsett anställningsform. Utav 148 utskickade mail till

primärvården och 159 utskickade mail till hemsjukvården blev den totala svarsfrekvensen 78 besvarade enkäter. Svarsfrekvensen från primärvården blev 26,5 procent där antalet svarsdeltagare var 39 personer. Svarsfrekvensen från hemsjukvården blev 41 svarsdeltagare, dock blev fem besvarade enkäter borttagna på grund av ej uppfyllda inklusionskriterier eftersom de inte arbetade inom hemsjukvården. Efter ytterligare ett utskick till hemsjukvården kom det tre besvarade enkäter. Den slutgiltiga svarsfrekvensen från hemsjukvården blev därmed 24,5 procent där antalet svarsdeltagare blev 39 personer.

T-test visade ingen signifikant skillnad i ålder mellan undersökningsgrupperna inom primärvård och hemsjukvård,  $t(75) = 1,89$ ,  $p = 0,063$ . Inom primärvården var medelåldern 51,63 år och standardavvikelsen låg på 10,17 år. Inom hemsjukvården var medelåldern 47,38 år med en standardavvikelse på 9,58 år. I tabell 1 redovisas bakgrundsfakta kring deltagarnas kön, yrke, anställningsform, anställning hos annan arbetsgivare samt arbetsledande ställning.

Tabell 1. Bakgrundsdata av undersökningsgrupperna

Variabel	Primärvård n (%)	Hemsjukvård n (%)	Totalt n (%)	Chi2	p- värde
<b>Kön</b>				0,347	0,556
<b>Man</b>	1(2,56)	2(5,13)	3(3,84)		
<b>Kvinna</b>	38(97,43)	37(94,87)	75(96,15)		
<b>Yrke</b>				8,877	0,003*
<b>Sjuksköterska</b>	10(25,64)	23(28,97)	33(42,31)		
<b>Distriktssköterska</b>	29(74,35)	16(41,02)	45(57,69)		
<b>Anställningsform</b>				0,347	0,556
<b>Fast</b>	38(97,43)	37(94,87)	75(96,15)		
<b>Tillfällig</b>	1(2,56)	2(5,13)	3(3,84)		
<b>Anställning hos annan arbetsgivare</b>				0,401	0,527
<b>Ja</b>	0(0)	2(5,13)	2(2,56)		
<b>Nej</b>	39(100)	37(94,87)	76(97,43)		
<b>Arbetsledande ställning</b>	**			2,997	0,083
<b>Ja</b>	0	5(12,82)	5(6,41)		
<b>Nej</b>	38(97,43)	34(87,17)	72(92,31)		

n=antal, \*=signifikant skillnad, \*\*=internt bortfall n=1, Chi2  $p \leq 0,05$

## 2.3 Datainsamlingsmetod

En förkortad version av enkäten QPSNordic användes, efter att författarna fick tillstånd att använda den. Den förkortade versionen heter QPSNordic34+ och är konstruerad av de ansvariga för QPSNordic (Dallner et. al. 2000). Enkäten QPSNordic 34+ är ett validerat instrument som använts tidigare (Mehrdad, Atkins, Sharifian, & Pouryaghoub 2014; Aminian, Pouryaghoub, Shanbeh 2012; Mehrdad, Dennerlein, Haghghat, Aminian 2010). Enkäten QPSNordic 34+ (se bilaga 1) mäter psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet genom frågor kring ”arbetskrav”, ”rollförväntningar”, ”kontroll i arbetet”, ”förutsägbarhet i arbetet”, ”skicklighet i arbetet”, ”social interaktion”, ”ledarskap”, ”organisationskultur”, ”grupparbete”, ”arbetstrivsel” och ”stress”. Enkäten består av sju bakgrundsfrågor samt 37 frågor med svarsintervallet ”mycket sällan/aldrig”, ”ganska sällan”, ”ibland”, ”ganska ofta” och ”mycket ofta/alltid” (Dallner et. al. 2000).

Reliabilitetsmått Cronbachs alfa och test-retest har ett intervall mellan 0,00 och +1,00 och dessa mått anses vara höga hos ett instrument om det ligger över 0,80 (Polit & Beck, 2012). QPSNordic visade sig ha ett Cronbachs alfa som varierade mellan 0,60 och 0,88 samt ett test-retest som varierade mellan 0,55 och 0,82 (Dallner et. al. 2000).

## 2.4 Tillvägagångssätt

Eftersom enkäten QPSNordic 34+ mäter psykologiska och sociala aspekter hos deltagaren söktes tillstånd hos det etiska forskningsrådet vid Högskolan i Gävle. Efter att den etiska kommittéen godkänt studien upprättades kontakt via mail och/eller telefonsamtal med berörda verksamhetschefer inom primärvården samt vårdenhetschefer inom kommunala hemsjukvården. Innan medgivandeintyget undertecknades presenterades studiens syfte och tillvägagångssätt via skriftlig information. Informationen berörde även de etiska aspekterna samt att det etiska rådet vid högskolan i Gävle godkänt studien.

Inom primärvården var det fyra av fem verksamhetschefer som gav sitt godkännande till studien. Den femte var ej anträffbar och dennes verksamhetsområde exkluderades därför ur studien. Efter att dessa fyra verksamhetschefer skrivit under medgivarintyget togs kontakt med 19 vårdenhetschefer för det utvalda länets primärvårdsmottagningar. Av dessa 19 vårdenhetschefer var det två vårdenhetschefer som inte var anträffbara. Vårdenhetscheferna fick information om studien för att därefter, utifrån inklusionskriterierna, ge författarna tillgång till mailadresser till de medarbetare som kunde ingå i studien. Detta resulterade i 148

mailadresser till sjuksköterskor och distriktssköterskor inom primärvården.

Åtta av tio verksamhetschefer inom hemsjukvården undertecknade medgivartypen, eftersom det var två av verksamhetscheferna valde att avstå från deltagande i studien på grund av omstruktureringar och personalbrist inom verksamheten. Det resulterade i 159 mailadresser till sjuksköterskor och distriktssköterskor inom hemsjukvården.

Mailet som skickades ut till samtliga deltagare innehöll information om syftet med studien, etiska aspekter, tillvägagångssätt samt att svarsmaterialet hanterades konfidentiellt och att svaren analyserades och presenterades i grupp och inte enskilt. Enkäten bifogades i mailet till deltagarna samt en instruktion om hur man öppnar och svarar på enkäten, antingen via mail eller per post. Svarsadressen gick till en av författarnas hemadress samt till en mailadress via högskolan i Gävle. I samband med att deltagarna hade besvarat enkäten betraktade författarna det som att deltagarna givit sitt godkännande och sin tillåtelse att delta i studien. Deltagarna hade tre veckor på sig att besvara enkäten. Efter två veckor skickades en påminnelse ut per mail till samtliga utvalda deltagare. De deltagare som redan hade besvarat eller inte ville medverka i studien undanbads påminnelsen.

## **2.5 Dataanalys**

Enkäten QPSNordic 34+ är uppbyggd av en ordinalskala och därför användes Mann-Whitney U-test, eftersom det är en icke parametrisk metod för att undersöka skillnader mellan två oberoende grupper (Polit & Beck 2012). I denna studie användes signifikansnivå  $\leq 0,05$ , som enligt Polit & Beck (2012) är en generellt vedertagen signifikansnivå. Den statistiska analysen gjordes via dataprogrammet IBM SPSS statistics, version 22, och med hjälp av detta program beräknades Cronbachs alfa för denna studie till 0,69.

Poängskalan i QPSNordic 34+ består av 1-5, där ett högre värde indikerar på mer positiv skattning. Utifrån Dallner et al. (2000) vändes vissa av frågeskalorna i enkäten för att få rätt frågepoäng. Hypotestest genomfördes efter att frekvensfördelning, medianer och range beräknats på varje enskild kategori, utifrån primärvård och hemsjukvård. För att kunna besvara studiens frågeställning delades enkätfrågorna, utifrån vad de mäter, in i kategorierna ”arbetskrav”, ”rollförväntningar”, ”kontroll i arbetet”, ”förutsägbarhet i arbetet”, ”skicklighet i arbetet”, ”social interaktion”, ”ledarskap”, ”organisationskultur”, ”grupparbete”, ”arbetstrivsel” och ”stress” (Dallner et al. 2000). Vid signifikanta skillnader utfördes ytterligare dataanalys på de enskilda frågorna i varje kategori där signifikanta skillnader påvisats.

## **2.6 Forskningsetiska överväganden**

Deltagarna informerades om studiens syfte och genomförande, frivilligt deltagande och att materialet hanterades konfidentiellt. Materialet behandlades och analyserades på gruppnivå och materialet användes endast för att besvara syftet med studien. Det var endast författarna till studien som hade tillgång till materialet, som förvarades inlåst samt på dator med lösenordskod. För att upprätthålla deltagarens integritet och att materialet hanterades konfidentiellt sparades endast den besvarade enkäten samtidigt som deltagarens mailadress och mailkommunikation raderades. Genom att ha följt de etiska riktlinjerna kunde ett forskningsetiskt tillvägagångssätt upprätthållas i samband med studien. Författarna i studien värnade om deltagarens integritet samt minimerade risken för att påverka deltagarnas fysiska och psykiska välmående i samband med deltagandet (Codex 2016). Författarna respekterade de enskilda deltagarnas förmåga att självständigt ta ställning till förståelig och tillräcklig information. Deltagarna informerades om syftet och målet med studien var att uppnå ny kunskap som kunde leda till förbättrad psykologisk och social arbetsmiljö. Utgångspunkten i studien var respekt för deltagarnas integritet och värderingar (Olsson & Sörensen 2011). Allt material förstördes efter att studien blivit godkänd (Polit & Beck 2012).

## **3.0 Resultat**

Resultatet i denna studie redovisas i text samt i tabeller utifrån studiens frågeställning ”Vilka eventuella skillnader finns i distriktssköterskors/sjuksköterskors skattning av den psykologiska och sociala arbetsmiljön inom primärvård respektive hemsjukvård?”

### **3.1 Övergripande resultat**

I fyra av elva kategorier framkom signifikanta skillnader i den skattade psykologiska och sociala arbetsmiljön mellan primärvårdens och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor. Det visade sig att de signifikanta skillnaderna fanns i ”arbetskrav” ( $p=0,03$ ), ”kontroll i arbetet” ( $p=0,07$ ), ”skicklighet i arbetet” ( $p=0,016$ ) och ”stress” ( $p=0,011$ ). I samtliga av dessa fyra kategorier skattade primärvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor sin psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre jämfört med skattningen från hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor. Resultatet framkommer i



tabell 2. För ytterligare redovisning av de signifikanta skillnaderna inom ”arbetskrav” och ”kontroll i arbetet” påvisas i tabell 3 och 4.

Tabell 2. Resultat över samtliga elva kategorier i QPSNordic 34+

Variabel	Primärvård n =39		Hemsjukvård n=39		p-värde
	Median	Range (min-max)	Median	Range (min-max)	
<b>Arbetskrav</b>	22,00	16,00 (14–30)	23,00	13,00 (17–30)	0,003*
<b>Rollförväntningar</b>	12,00	9,00 (6–15)	12,00	7,00 (8–15)	0,746
<b>Kontroll i arbetet</b>	11,00	14,00 (6–20)	13	14,00 (5–19)	0,007*
<b>Förutsägbarhet i arbetet</b>	6,00	7,00 (2–9)	5,00	6,00 (2–8)	0,071
<b>Skicklighet i arbetet</b>	4,00	2,00 (3–5)	4,00	4,00 (1-5)	0,016*
<b>Social interaktion</b>	19	14,00 (11–25)	19,00	12,00 (12–24)	0,692
<b>Ledarskap</b>	6,00	8,00 (2–10)	6,00	8,00 (2–10)	0,252
<b>Organisationskultur</b>	32,00	18,00 (23–41)	32,00	15,00 (24–39)	0,584
<b>Grupparbete</b>	4,5	2,5 (2,5–5)	4,5	2,5 (2,5–5)	0,529
<b>Arbetsstrivsel</b>	7,00	6,00 (3–9)	6,00	7,00 (2–9)	0,823
<b>Stress</b>	3,00	4,00 (1–5)	4,00	3 (2–5)	0,011*

n=antal, Mann-Whitney U-test  $p \leq 0,05$ , \* = signifikant skillnad

### 3.1.1 Arbetskrav

Kategorin ”arbetskrav” innehåller sex frågor varav tre frågor påvisade signifikanta skillnader mellan primärvårdens och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor, där deltagarna inom primärvården gjorde en lägre skattning jämfört med hemsjukvårdens deltagare. De signifikanta skillnaderna påvisades inom frågorna ”Är Din arbetsmängd så ojämnt fördelad att arbete hopar sig?” ( $p=0,01$ ), ”Har Du för mycket att göra?” ( $p=0,017$ ) och ”Är Dina arbetsuppgifter för svåra för Dig?” ( $p=0,014$ ). Resultatet redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Resultat över kategorin ”arbetskrav”

Variabel	Primärvård n=39		Hemsjukvård n=39		p-värde
	Median	Range (min-max)	Median	Range (min-max)	
”Är Din arbetsmängd så ojämnt fördelad att arbetet hopar sig?”	3,00	4,00 (1-5)	3,00	4,00 (1-5)	0,01*
”Har Du för mycket att göra?”	3,00	4,00 (1-5)	3,00	4,00 (1-5)	0,017*
”Är Dina arbetsuppgifter för svåra för Dig?”	4,00	3,00 (2-5)	4,00	3,00 (2-5)	0,014*
”Utför Du arbetsuppgifter som Du skulle behöva mera utbildning för?”	3,00	4,00 (1-5)	4,00	3,00 (2-5)	0,089
”Är Dina kunskaper och färdigheter till nytta i Ditt arbete?”	5,00	4,00 (1-5)	5,00	2,00 (3-5)	0,058
”Innebär Ditt arbete positiva utmaningar?”	4,00	2 (3-5)	4,00	3,00 (2-5)	0,956

n=antal, Mann-Whitney U-test  $p \leq 0,05$ , \*= signifikant skillnad

### 3.1.2 Kontroll i arbetet

Kategorin ”kontroll i arbetet” innehåller fyra frågor varav två frågor påvisade signifikanta skillnader mellan primärvårdens och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor, där deltagarna inom primärvården gjorde en lägre skattning jämfört med hemsjukvårdens deltagare. De signifikanta skillnaderna påvisades inom frågorna ”Kan Du själv bestämma Din arbetstakt?” ( $p=0,000$ ) och ”Kan Du själv bestämma när Du ska ta paus?” ( $p=0,013$ ). Resultatet redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Resultat från kategorin ”kontroll i arbetet”

Variabel	Primärvård n=39		Hemsjukvård n=39		p-värde
	Median	Range (min-max)	Median	Range (min-max)	
”Kan Du påverka mängden arbete Du får?”	2,00	4,00 (1-5)	3,00	4,00 (1-5)	0,375
”Kan Du själv bestämma Din arbetstakt?”	3,00	4,00 (1-5)	4,00	4,00 (1-5)	0,000*
”Kan Du själv bestämma när Du skall ta paus?”	3,00	4,00 (1-5)	4,00	4,00 (1-5)	0,013*
”Kan Du påverka beslut som är viktiga för Ditt arbete?”	3,00	3,00 (2-5)	3,00	4,00 (1-5)	0,398

n=antal, Mann-Whitney U-test  $p \leq 0,05$ , \* = signifikant skillnad

### 3.1.3 Skicklighet i arbetet

Kategorin ”skicklighet i arbetet” innehåller en fråga som påvisade signifikant skillnad mellan primärvårdens och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor, där deltagarna inom primärvården gjorde en lägre skattning jämfört med hemsjukvårdens deltagare. Den signifikanta skillnaden påvisades i fråga ”Är Du nöjd med Din förmåga att lösa problem i arbetet?” ( $p=0,016$ ). Resultatet redovisas i tabell 2.

### 3.1.4 Stress

Kategorin ”stress” innehåller en fråga som påvisade en signifikant skillnad mellan primärvårdens och hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor, där deltagarna inom primärvården gjorde en lägre skattning jämfört med hemsjukvårdens deltagare. Den signifikanta skillnaden påvisades i frågan ”Har Du känt Dig stressad den senaste tiden?” ( $p=0,011$ ). Resultatet redovisas i tabell 2

## **4.0 Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Det framkom signifikanta skillnader inom fyra av elva kategorier. Primärvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor skattade sin psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre inom kategorierna ”arbetskrav”, ”kontroll i arbetet”, ”skicklighet i arbetet” och ”stress” jämfört med hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor. Det framkom av primärvårdens deltagare att arbetsmängden var så ojämnt fördelad att det hopade sig, att de hade för mycket att göra samt att de i högre utsträckning ansåg att deras arbetsuppgifter var för svåra för dem jämfört med hemsjukvårdens undersökningsgrupp. Bland primärvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor framkom det även att de gjorde en lägre grad kunde bestämma över sin egen arbetstakt, i lägre grad kunde påverka när de ville ta paus och var mindre nöjda med sin förmåga att lösa problem i arbetet samt var mer stressade jämfört med hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor.

### **4.2 Resultatdiskussion**

#### **4.2.1 Arbetskrav**

En uppfattning av förutsägbarhet kan enligt Antonovsky (1991) ses i arbetsgrupper med tydliga gemensamma värderingar, normgivande värderingar och som har en känsla av gemensam identifikation. I en sådan arbetsgrupp blir arbetsklimatet öppet och positivt samt ger utrymme för konstruktiv kritik (Antonovsky 1991). Deltagarna inom primärvården kan ha en svårighet kring känslan av förutsägbarhet eftersom det påvisades att de har en ojämnt fördelad arbetsmängd så att arbetet hopar sig, att de har för mycket att göra samt att de känner att de har arbetsuppgifter som är för svåra för dem jämfört med hemsjukvårdens urvalsgrupp. Det framkom i denna studie att båda undersökningsgrupperna inom primärvård och hemsjukvård trivdes med att ingå i sin arbetsgrupp och att gruppens samarbete fungerade bra. Som tidigare nämnt är den positiva arbetsmiljön starkt förknippad med arbetsglädje, meningsfullt arbete och en känsla av samhörighet samt att deltagande och bra social kontakt mellan kolleger kan stärka känslan av tillhörighet för distriktssköterskan (Jian et.al 2010; Paige et.al 2010). Det har visat sig att förekomst av god mental hälsa hos sjuksköterskor har givit högre effektivitet, kompetens och ett högre tempo som i sin tur kan leda till en ökad vårdkvalitet (Bégat & Severinsson 2006; Martínez Luego, Araya Astudillo & Contreras Contreras 2014). I denna studie framkom det att undersökningsgrupperna inom primärvård

och hemsjukvård ansåg att de har den utbildning som behövs för att utföra de arbetsuppgifter de har, att de har färdigheter och kunskaper som kan nyttjas i arbetet samt att arbetet innebär positiva utmaningar. Enligt Antonovsky (1991) kan en hög hanterbarhet uppnås om personen upplever att arbetsförmågan är anpassad efter arbetslivserfarenhet samt om det finns tillgång till sociala och organisatoriska resurser samt adekvat material. Möjligheten till att öka känslan av hanterbarhet finns om personen själv har insikt i sin egen roll och betydelse i arbetet och i arbetsgruppen (Antonovsky 1991). Det har visat sig att ett välfungerande samarbete mellan olika professioner har visat sig leda till en hög arbetsmotivation som stärker och stöttar sjuksköterskan i sin yrkesroll som därmed leder till att sjuksköterskan väljer att stanna kvar i sin anställning (Poghosyan, Jianfang, Jingjing, D'Aunno 2017). Denna studies resultat kring hur distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården skattade sin psykologiska och sociala arbetsmiljö utifrån arbetskrav är av vikt att ta på allvar för att kunna förebygga en ohälsosam arbetsmiljö där kontinuiteten i arbetet och hälsan hos personalen påverkas negativt.

#### **4.2.2 Kontroll i arbetet**

I tidigare studier har det framkommit att sjuksköterskor inom primärvården upplevt stress över krav på arbetet, hög arbetsbelastning samt har haft svårigheter med att koppla ifrån arbetet och tankarna på patienter under ledig tid (Rout 2000; Wilhelmsson et.al 2002). I denna studie påvisades det att undersökningsgruppen inom primärvården upplevde att de inte kunde bestämma sin arbetstakt samt att de inte kunde bestämma själv när de ville ta paus.

Undersökningsgrupperna inom primärvården och hemsjukvården påvisar dock ingen skillnad beträffande att påverka beslut som är viktiga för arbetet eller den mängd arbete som de får. Antonovsky (1991) menar i sin salutogena teori att man uppnår meningsfullhet då man har möjlighet att bestämma arbetstakt, arbetsordning samt möjligheter att välja sina arbetsuppgifter. Om man som arbetstagare själv kan påverka sina arbetsuppgifter ökar energin i arbetet.

#### **4.2.3 Skicklighet i arbetet**

I föreliggande studie framkom att distriktssköterskorna/sjuksköterskorna inom primärvården uppfattade sin förmåga att lösa problem lägre än deltagarna inom hemsjukvården. Inom primärvården möter de andra arbetsuppgifter och arbetar inom en annan typ av verksamhet

jämfört med undersökningsgruppen inom hemsjukvården. Detta resultat kan förklaras med bilden Inspektionen för Vård och Omsorg (2017) framhåller om dagens verksamhet inom primärvården. Där framkommer det att primärvården har svårigheter att bemanna samt kvarhålla specialistutbildad personal vilket leder till en ökad risk för vårdskador. Enligt Socialstyrelsen (2017) ser man en obalans gällande tillgång och efterfrågan då det gäller hälso- och sjukvårdspersonal och speciellt specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor. På sikt riskeras patientsäkerheten inom primärvården på grund av hög och ojämn arbetsbelastning samt underbemanning. Det har framkommit att det finns behov av utbildning utifrån beslutstagande kring den kliniska bedömningen samt en professionell utveckling inom detta yrke (Van Graan, Williams & Koen 2016; De Jager, Nolte & Temane 2016). Enligt Inspektionen för Vård och Omsorg (2017) är kontinuiteten bland personalen bristande inom primärvården vilket minskar effektivitet och kvalitet i patientsäkerheten som leder till en högre arbetsbelastning med ökad risk för feldiagnostiseringar och felbehandlingar. Det ökade behovet av vård i dagens samhälle har lett till ökade krav på primärvården som i sin tur har svårt att anpassa sig medicinskt, resursmässigt och kunskapsmässigt (Inspektionen för Vård och Omsorg 2017). Dessa faktorer som framkommit i tidigare forskning om vad som möter distriktssköterskor och sjuksköterskor inom primärvården kan vara förklaringar till resultatet i denna studie. För att ändra riktning på denna utveckling måste verksamheterna och organisationerna aktivt arbeta med att förbättra detta. Det har visat sig att orsaker till att sjuksköterskor inte väljer att vidareutbilda sig till distriktssköterskor är enligt Socialstyrelsen (2017) ett ekonomiskt underläge under utbildningen, svag löneutveckling och ingen direkt skillnad i arbetsuppgifter trots specialistutbildning. Sjuksköterskor som får stöd i sin profession och i sina kunskaper får en ökad känsla av meningsfullhet i arbetet (Toode et.al 2014).

#### **4.2.4 Stress**

I studien framkom att undersökningsgruppen inom primärvården upplevde sig mer stressad senaste tiden än vad deltagarna inom hemsjukvården. En förklaring till detta kan vara att primärvårdens arbetssätt skiljer sig från hemsjukvårdens på ett flertal punkter, däribland telefonrådgivning. Inom primärvården är telefonrådgivning en vanligt förekommande arbetsuppgift för distriktssköterskor och sjuksköterskor. Telefonrådgivning innebär att bedöma vårdbehov, ge råd, stöd och information samt hänvisa patienter vidare inom hälso- och sjukvårdens olika områden (Holmström & Höglund 2007). Distriktssköterskor och

sjuusköterskor upplevde svårigheter med att inte kunna se patienter, ställa rätt frågor och därefter ta beslut samt hantera stressen (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003). Antonovsky (1991) menar att det handlar om personens egna upplevda resurser och resurser i form av material, färdigheter och kunskap för att skapa en stark hanterbarhet när det uppkommer stressfaktorer på arbetet. En högre KASAM – känsla av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet ger personen resurser att lättare hantera stressfaktorer och förvandla dem till positiva stimuli (Antonovsky 1991). Etiska dilemman var en annan av svårigheterna för distriktssköterskor och sjuusköterskor i samband med telefonrådgivning. Några av dessa etiska problem var att sköterskan måste hantera samtalet via en tredje part, diskutera privata och känsliga ämnen via telefon samt hantera bristande resurser inom hälso- och sjukvården. Det framkom även att nya etiska dilemman och krav uppstått i och med ett mångkulturellt samhälle (Holmström & Höglund 2007).

#### **4.3 Metoddiskussion**

En kvantitativ metod används när flera variabler jämförs med varandra och/eller när man vill undersöka hur variabler förhåller sig till varandra via statistisk analys (Polit & Beck 2012). Därför valdes en kvantitativ jämförande tvärsnittsstudie med hjälp av en enkät för att kunna jämföra hur distriktssköterskor/sjuusköterskor inom primärvård respektive hemsjukvård skattade sin psykologiska och sociala arbetsmiljö.

Inga tidigare studier har hittats där man jämfört den psykologiska och sociala arbetsmiljön för distriktssköterskor/sjuusköterskor inom primärvård och hemsjukvård. Detta försvårade möjligheten till att grundligt jämföra denna studies resultat med tidigare forskning.

Reliabilitetsmättet Cronbachs alfa anses, som tidigare nämnt, vara högt om det ligger över 0,80. I samband med jämförelser på gruppnivå betraktas ett värde som ligger runt 0,70 som acceptabelt (Polit & Beck 2012). Cronbachs alfa för denna studie beräknades till 0,69 och därför valde författarna att slutföra studien.

Bortfallet av undersökningsgrupper inom primärvården och hemsjukvården kan ha påverkat resultatet i studien eftersom detta ledde till färre antal mailadresser till möjliga studiedeltagare. Det var en av fem verksamhetschefer inom primärvården som inte var anträffbar för att kunna ge sitt godkännande till studien samt två av 19 vårdenhetschefer för länets primärvårdsmottagningar som inte var anträffbara. Inom hemsjukvården var det två av

tio verksamhetschefer som valde att deras enheter skulle avstå från deltagandet i studien på grund av omstruktureringar och personalbrist inom verksamheten. Om samtliga av dessa inom både primärvården och hemsjukvården deltagit kan denna studies resultat eventuellt ha gett ett annat utfall. Enligt Tuveson och Eklund (2014) behövs en svarsfrekvens på 100 personer för att uppnå en power på 80 procent med enkäten QPS Nordic 34+. Med ett stort urval ökar chansen att resultatet blir mer tillförlitligt och överförbart till en större grupp (Polit & Beck 2012). I denna studie blev den slutgiltiga svarsfrekvensen, efter påminnelse, totalt 78 stycken. Eftersom svarsdeltagandet inte uppnådde 100 personer uppnåddes inte en power på 80 procent. Detta måste beaktas vid diskussion om resultatet går att generaliseras till alla distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvård och kommunal hemsjukvård.

Svarsdeltagandet i denna studie kan ha påverkats av ett flertal olika faktorer. I samband med att enkäten QPSNordic 34+ skickades ut hade medarbetarna inom primärvården redan besvarat den s.k. medarbetarenkäten som arbetsgivaren delar ut regelbundet.

Medarbetarenkäten har liknande frågor och svarsalternativ som QPSNordic 34+. Samtidigt som QPSNordic 34+ skickades ut till distriktssköterskor/sjuksköterskor inom primärvården och hemsjukvården genomfördes ett flertal andra studier som riktades mot samma yrkesgrupper i samma län, vilket kan ha minskat svarsfrekvensen. Även tillvägagångssättet att besvara QPSNordic 34+ kan ha påverkat antalet deltagare. Man var tvungen att ladda ner enkäten till den egna datorn, besvara och spara enkäten, för att därefter skickas tillbaka till författarna via mail. För att underlätta hanteringen kunde även deltagaren skriva ut enkäten i pappersformat och sedan skicka den via post. I samband med att enkäten skickades ut uppmärksammade ett antal distriktssköterskor/sjuksköterskor att de inte uppfyllde inklusionskriteriet med att ha arbetat på arbetsplatsen i minst sex månader och kunde därför inte delta i studien. Inklusionskriteriet på sex månader har påverkat svarsdeltagandet negativt. Detta kan ha undvikts genom en noggrann undersökning kring hur andra studier upprättat inklusions- och exklusionskriterier av anställningstid.

Studiens resultat kan även ha påverkats av enkäten QPSNordic 34+ utformning eftersom det inom vissa kategorier endast innehöll en fråga. I kategorierna ”skicklighet i arbetet” samt ”stress” utföll resultatet med signifikanta skillnader. Samtliga av de frågor som enkäten QPSNordic 34+ mäter påverkar den upplevda känslan av stress. Dock om kategorierna innehållit fler undersökningsfrågor kunde resultatet i studien eventuellt fått en annan utgång.

Det fanns ingen signifikant skillnad via t-test på ålder mellan undersökningsgrupperna men däremot fanns en signifikant skillnad via Chi2-test i fördelningen av distriktssköterskor och



sjuusköterskor i primärvårdens grupp jämfört med hemsjukvårdens grupp ( $\chi^2=8,877$ ,  $p=0,003$ ), se tabell 1. Den signifikanta skillnaden visade sig i att ett större antal distriktssköterskor och ett färre antal sjuusköterskor fanns inom primärvårdens undersökningsgrupp jämfört med hemsjukvården. Detta kan också ha påverkat studiens resultat eftersom distriktssköterskor har fler arbetsuppgifter utifrån sin specialistutbildning jämfört med sjuusköterskor.

Det har visat sig att det privata livet har stor betydelse för stresshantering, självständighet, skicklighet i arbetet samt i planering av arbetet (Guldvog 1997). En brist med enkäten QPSNordic 34+ var att enkäten inte innehåller många frågor som berör bakgrundsfakta kring deltagarna och påverkar därför möjligheterna till vidare analyser kring sammansättningarna i de olika grupperna. Bland annat så kunde inte tjänsteår undersökas och jämföras utifrån åldrarna i undersökningsgrupperna. Om denna möjlighet funnits hade eventuellt resultatet i denna studie kunnat förklara mer ingående om vad som påverkat de signifikanta skillnaderna mer grundligt.

#### **4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad**

Resultatet av denna studien har påvisat att distriktsjuusköterskor/sjuusköterskor inom primärvården skattar den psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre vilket är något som arbetsgivare bör vara observanta på. Enskilda tidigare studier påvisar att den psykologiska och sociala arbetsmiljön påverkar arbetsklimatet, arbetsgruppen och patientsäkerheten. Genom att belysa de kategorier ”arbetskrav”, ”kontroll i arbetet”, ”skicklighet i arbetet” och ”stress” där distriktssköterskor/sjuusköterskor inom primärvården skattade sig lägre kan arbetsgivare konkret se vart det behövs insatser och vad vidare studier samt resurser bör läggas på. En stabil och trygg arbetsmiljö för de sjuusköterskor som arbetar inom primärvården är en grundförutsättning för att patienterna ska bli väl omhändertagna samt få en professionell vård. Studiens resultat kan ligga till grund vid verksamhetsplaneringar där man kan arbeta på de områden som belysts, genom att se över hur den egna verksamheten fungerar, hur sjuusköterskor mår och hur arbetsmiljön ser ut kan man utföra förändringar i positiv riktning. Sjuusköterskor bör lyftas i sin profession och deras kunskapsnivå bör ses över för att de ska kvarstanna i sin anställning. En trygg och stabil vårdcentral ger patienterna en känsla av kontinuitet och trygghet vilket i sin tur höjer patientsäkerheten.

#### **4.5 Förslag till fortsatt forskning**

Vidare forskning kring distriktssköterskors och sjuksköterskors psykologisk och social arbetsmiljö inom primärvård och hemsjukvård är av vikt för att på så sätt skapa möjligheter till förbättringsarbeten. Detta kan i sin tur leda till en ökad kontinuitet och en mer välmående arbetsgrupp av distriktssköterskor och sjuksköterskor. Att genomföra en grundligare forskning kring dessa gruppers psykologiska och sociala arbetsmiljö ökar kunskapen om faktorer som påverkar distriktssköterskorna/sjuksköterskorna positivt och negativt. Det är även av intresse att undersöka vilken betydelse utbildningsnivån har på hur distriktssköterskor/sjuksköterskor skattar sin psykologiska och sociala arbetsmiljö.

#### **4.6 Slutsats**

Resultatet av denna studie påvisar att distriktsjuksköterskor/sjuksköterskor inom primärvården skattar sin psykologiska och sociala arbetsmiljö lägre jämfört med distriktsjuksköterskor/sjuksköterskor inom hemsjukvården.

## 5.0 Referenser

Aminian, O. Pouryaghoub, G. & Shanbeh, M. (2012). One year study of musculoskeletal disorders and their relation to occupational stress among office workers: a brief report. *Teheran University Medical Journal*; 70(3). ss. 194-199

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans Mysterium*. Natur och kultur

Arbetsmiljöverket. (2015). *Organisatorisk och social arbetsmiljö, Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Arbetsmiljöverkets författningssamling. ISBN 978-91-7930-625-0 ISSN 1650-3163

Bakker, A. B. Tims, M. & Derks, D. (2012). Proactive personality and job performance: the role of job crafting and work engagement. *Human Relations*; 65(10). ss. 1359-1378. DOI:10.1177/0018726712453471

Bégat, I. Severinsson, E. (2006). Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*; 14(8). ss. 610–616. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00718

Benz, C. Bull, T. Mittelmark, M. Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4). ss. 16-23. DOI:10.1177/1757975914528550

Boya, F. Ö. Demiral, Y. Ergör, A. Akvardar, Y. & De Witt, H. (2008). Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses. *Industrial Health*; 46(6). ss. 613-619

Burtson, P. L. & Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advance Nursing*; 66(8). ss. 1819-1831. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05336

Codex. (2016). *Forskning som involverar människan*.

<http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> senast uppdaterad 2016-09-29

Dallner, M. Lindström, K. Elo, A. L. Skogstad, A. Gamberale, F. Hottinen, V. Knardahl, S. & Orbede, E. (2000). *Användarmanual för QPSNOdic. Frågeformulär om psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet utprovat i Danmark, Finland, Norge och Sverige*. Arbetslivsinstitutet: Stockholm

De Jager, N. Nolte, A. G. W. & Temane, A. (2016). Strategies to facilitate professional development of the occupational health nurse in the occupational health setting. *Health SA Gesondheid*; 21(1). ss. 261–270. DOI: 10.1016/j.hsag.2016,03.003

Friman, A. Klang, B. & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian journal of caring sciences*; 25(3). ss. 426-434

Giorgi, G. Mancuso, S. Fiz Perez, F. Castiello D'Antonio, A. Mucci, N. Cupelli, V. Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*; 22(2). ss. 160-168. DOI:10.1111/ijn.1237

Gosselin, E. Bourgault, P. & Lavoie, S. (2015). Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *British Association of Critical Care Nurses*; 21(3). ss. 137–145. DOI: 10.1111/nicc.12064

Guldvog, B. (1997). How do working conditions on hospital personnel affect patients. *Nordisk medicin*; 112(7). ss. 246-251

Hellberg, S. & Suld, K. (red) (2016). *Guide till Harvardsystemet*. Högskolan i Borås 6/30/2016 Version 9.4

Hlosana-Lunyawo, L. F. & Yako, E. M. (2013). Experiences of newly qualified professional nurses in primary health care facilities in the Amathole District, Eastern Cape Province, South Africa. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation & Dance*; 19(4). ss. 1-13.

Holmström, I. & Höglund, A. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*; 16(10). ss. 1865–1871. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01839.x

HSL 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Justitiedepartementet.

Inspektionen för vård och omsorg. (2017). *Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016*. Artikelnummer: 2017-8

Jian, L. Hua, F. Yan, H. Li, S. Yinghui, W. Kristensen, T.S. Mueller, B. H. & Hasselhorn, H. M. (2010). Psychosocial work environment and intention on leave the nursing profession: Results from the longitudinal Chinese NEXT study. *Scandinavia Journal of Public Health*; 38(3). ss. 69–80. DOI: 10.1177/1403494809354361

- Johansson, M. (2013). Hälsa – vad är det? I Bökberg, C. (red). *Omvårdnad i primärvården*. Lund: Studentlitteratur, ss. 59–70.
- Josefsson, K. & Peltonen, S. (2015). Districts nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy aging research*; 4(37). ss. 1-8. DOI: 10.12715/har.2015.4.37
- Jönsson, S. (2012). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among swedish registered nurses and physicans – a follow-up study. *Scandinavian Journal of caring sciences*; 26(2). ss. 236–244. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x
- Liu, Y., Wu, L-M., Chou, P-L., Chen, M-H, Yang, L-C. & Hsn, H-T. (2016). The influence of work-related fatigue, work conditions and personal characteristics on intent to leave among new nurses. *Journal of nursing scholarship*; 48(1). ss. 66–74. DOI: 10.1111/jnu.12181
- Martínez Luego, C. E. Araya Astudillo, Á. & Contreras Contreras, S. (2014). Relationship between the change of work envirmoent causes by 27 february 2010 seismic post-event and the presence of anxiety and stress in professional nursing. *Ciencia & trabajo*; 16(49). ss. 1-8 DOI: 10.4067/s0718-24492014000100002
- Mehrdad, R. Atkins, E. H. Sharifian, S. H. & Pouryaghoub, G. (2014). Psychosocial Factor at Work and Blood-Borne Exposure among Nurses. *International Journal of Occupational & Environmenatal Medicine*; 1(1). ss. 32-39
- Mehrdad, R. Dennerlein, J. T. Haghighat, M. & Aminian, O. (2010). Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. *American Journal of Industrial Medicine*; 53(10). ss. 1032-1039. DOI: 10.1002/ajim.20869/pdf
- Nejati, A. Rodiek, S. & Shepley, M. (2016). The implications of high-quality staff break areas for nurses health, performance, job satisfaction and retention. *Journal of nursing management*; 24(4). ss. 512–523. DOI: 10,1111/jonm.12351
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber
- Poghosyan, L. Jianfang, L. Jingjing, S. & D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*; 42(2). ss. 162-171 DOI: 10.1097/HMR.0000000000000094
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nuring Practice* (ninth edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Region Gävleborg. (2015). *Kommunaliseringen av hemsjukvården i Gävleborg, En utvärdering efter ändringen av huvudmannaskap. (Rapport 2015:3)*. Region Gävleborg: Samhällsmedicin och FoU Välfärd
- Rout, U.R. (2000). Stress amongst districts nurses: a preliminary investigation. *Journal of clinical nursing*; 9(2). ss. 303-309
- Sheingold, B. H. and Sheingold, S. H. (2013). Using a social capital framework to enhance measurement of the nursing work environment *Journal of Nursing Management*; 21(5). ss. 790–801
- Shütte, S. Chastang, J-F. Malard, L. Niedhammer, I. Parent-Thirion, A. & Vermeulen, G. (2014). Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International Archives of Occupational & Environmental Health*; 87(8). ss. 897-907
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnummer: 2005-105-1
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Artikelnummer: 2008-126-59
- Socialstyrelsen. (2015). *Öppna jämförelser 2015 Hälso- och sjukvård Övergripande indikatorer*. Artikelnummer: 2015-12-34
- Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Artikelnummer: 2016-3-2
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Artikelnummer: 2017-2-21
- Statens offentliga utredning. (2011) *Kommunaliserad hemsjukvård*. Stockholm: Elanders Sverige AB ISBN: 978-91-38-23605-5
- Sundquist, J. & Johansson, S-E. (2000). High demand, low control and impaired general health: working conditions in a sample of swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*; 28(2). ss. 123-131. DOI: 10.1177/140349480002800208
- Toode, K. Routasalo, P. Helminen, M. Suominen, T. (2014). Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *International Nursing Review*; 61(3). ss. 361-370.

Tuveson, H. & Eklund, M. (2014). Psychosocial Work Environment, Stress Factors and Individual Characteristics among Nursing Staff in Psychiatric In-Patient Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 11(1); ss. 1161-1175. DOI: 10.3390/ijerph110101161

Wahlberg, A. C. Cedersund, E. & Wredling, R. (2003). Telephone nurses experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of clinical nursing*; 12(1). ss 37–45. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00702.x

Van Graan, A. C. Williams, M. J. S. & Koen, M. P. (2016). Professional nurses' understanding of clinical judgement: A contextual inquiry. *Health SA Gesondheid*; 21(1). ss. 280-293. DOI: 10.1016/j.hsag.2016.04.001

Wilhelmsson, S. Foldey, F. Åkerlind, I. & Faresjö, T. (2002). Unfavourable working conditions for female GPs. A comparison between Swedish general practitioners and district nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 20(2). ss. 74-78