

Göteborgs universitet
Institutionen för socialt arbete

Kuratorers psykosociala arbetsmiljö inom allmänpsykiatrin

Magisteruppsats 15 p
HT-2010

Författare: Kerstin Sjöo
Handledare: Tom Leissner

Sammanfattning

Den arbetsvetenskapliga forskningen har visat på hur viktigt det är att ha en god psykosocial arbetsmiljö. Att få känna sig nöjd med det arbete man utför är viktigt för de allra flesta. Syftet med studien var att undersöka den upplevda psykosociala arbetsmiljön för kuratorer inom allmänpsykiatri samt att undersöka om det finns skillnader mellan Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus. Ovanstående sjukhus slogs samman 1999 och benämns med samlingsnamnet SU, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Undersökningen är en kvantitativ enkätundersökning där samtliga kuratorer i urvalet fick en enkät. Resultatet bearbetades och analyserades i SPSS, Statistical Package for Social Sciences.

Ser man till hela gruppen ligger medelvärdet på 3,66, av 5, för samtliga kuratorer. Jämför man medelvärdet med SU:s totalt ligger kuratorerna under både SU:s totala medelvärde och övriga paramedicinaries medelvärde. När man tittar på kuratorerna på de olika sjukhusen växer det fram en annan bild. Mölndals kuratorer och Östras kuratorer har ett medelvärde på 3,59. Sahlgrenskas kuratorer har ett medelvärde på 3,86 och ligger över SU:s och övriga paramedicinaries medelvärde.

Mölndals kuratorer är inte särskilt involverade i organisationen och har inte heller så hög delaktighet i arbetsgruppen. De trivs med sin chef och upplever också en stor arbetsglädje och tycker att de kan använda sin kompetens.

Östras kuratorer är inte heller speciellt involverade i organisationen och har inte så hög delaktighet i arbetsgruppen. De har en god relation med sin chef. Kuratorerna på Östra har låg hälsa och människosynen på arbetsplatsen är inte särskilt bra. Arbetsglädjen är inte lika hög som för övriga kuratorsgrupper.

Sahlgrenskas kuratorer känner en hög delaktighet i organisationen och med sina arbetskamrater. De upplever också en stor arbetsglädje och är väldigt nöjda med sina chefer. På arbetsplatsen råder en bra människosyn och en bra fysisk miljö. När det gällde hälsan hade de låga värden jämfört med övriga.

Nyckelord: psykosocial arbetsmiljö, psykiatri, kurator i psykiatrisk vård/sjukvård, socionom i sjukvården, arbetsmiljö, arbetsmiljö inom sjukvården/psykiatri.

Abstract

Welfare officers psychosocial work environment within psychiatric care

The work scientific research has shown how important it is to have a healthy psychosocial working environment, to feel proud of what you do is important. The point of this research was to study the psychosocial working environment for welfare officers in the public psychiatric care and see if there are differences between Sahlgrenska hospital, Östra Hospital and Möndals Hospital. The above hospitals were joint in 1999 and are together called SU, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. The study is a quantitative survey in which all welfare officers in SU psychiatric care were asked to participate. The results were analyzed in Statistical package for social sciences, SPSS.

Looking at the SU in whole the group has an average value of 3,66 of 5, for all welfare officers. If you compare that value to the value of SU's total, the welfare officers are below. But when you look at the values of each hospital, a different image emerges. The welfare officers of Östra and Möndal have an average value of 3,59. The welfare officers of Sahlgrenska have an average of 3,86 and are thusly above the value of SU employee's in total.

Östra's welfare officers don't feel so involved with the organization in whole, and neither with their peers. But they do have a good relationship with their managers. Their health is low and the humanitarian values in the work place are not very good, the joy of working could have been better.

Sahlgrenska's welfare officers feel very involved in the organization in whole, and with their peers. They take great pride and joy in their work and are very happy with their bosses. The humanitarian values at work are excellent and the physical environment is too. Their health could have been better though.

Möndals welfare officers are the ones who feel the least part of the Organization. Although they do feel a Great satisfaction in their work. The fellowship between workers could be better, but they have good relationships with their managers. They feel that there are no major problems regarding humanitarian values in their work group. Möndal's welfare officers are the ones with the best results when it comes to health.

Key words: work environment, psychiatric, welfare officer/ social worker in psychiatric care, health service/care/hospital.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	1
Abstract	2
Innehållsförteckning	3
Förord	5
Kap 1 Inledning	6
Kap 2 Syfte, frågeställning och disposition	7
2.1 Syfte.....	7
2.2 Frågeställningar.....	7
2.3 Disposition.....	7
Kap 3 Bakgrund	
3.1 Allmänpsykiatriens utveckling.....	8
3.2 Kuratorns uppdrag.....	10
Kap 4 Tidigare forskning	12
4.1 Den psykosociala arbetsmiljöns historia.....	12
4.1.2 Begreppet psykosocial miljö och strategier att hantera dessa.....	12
4.1.3 Coping.....	14
4.1.4 God psykosocial arbetsmiljö.....	14
4.1.5 Egenkontroll.....	15
4.1.6 Arbetsledningsklimat.....	15
4.1.7 God arbetsgemenskap.....	15
4.1.8 Stimulans från själva arbetet.....	17
4.1.9 Optimal arbetsbelastning.....	17
4.1.10 Chefens ledarskapsstil.....	18
4.2 Kuratorsrollens utveckling.....	19
4.2.1 Kuratorn i sjukvården.....	20
4.3 Organisationsanalys.....	21
Kap 5 Teorier	24
5.1 Val av teorier.....	24
5.2 Krav-kontroll-stöd-modellen.....	24
5.3 Empiriskt stöd för ” the strain hypothesis”.....	25
5.4 Professionsteori.....	26
5.5 Maslows motivationsteori.....	27

Kap 6 Metod	29
6.1 Val av metod.....	29
6.2 Enkätutformning.....	30
6.3 Analys.....	31
6.3.1 Statistisk bearbetning.....	31
6.3.2 Teoretisk analys.....	31
6.3.3 Population, urval och bortfall.....	31
6.3.4 Genomförandet.....	32
6.3.5 Generaliserbarhet.....	33
6.3.6 Validitet.....	33
6.3.7 Reliabilitet.....	33
6.3.8 Forskningsetiska frågor.....	34
6.3.9 Förförståelse.....	34
Kap 7 Statistisk redovisning	35
7.1 Resultat.....	35
Fråga A - Arbetsorganisation och förhållningssätt.....	37
Fråga B - Arbetsglädje och stolthet.....	37
Fråga C - Medarbetarskap.....	38
Fråga D - Ledarskap.....	38
Fråga E - Information.....	38
Fråga F - Lärande.....	40
Fråga G - Människosyn.....	40
Fråga J - Fysisk arbetsmiljö.....	41
Fråga K - Hälsa.....	41
Fråga L - Helhetsattityd.....	42
Kap 8 Slutsatser	44
8.1 Slutdiskussion.....	44
Referenser	47
Bilagor	
Bilaga 1. Enkät och brev.....	50
Bilaga 2. Personalvision 2010.....	62
Bilaga 3. Statistik.....	63
Bilaga 4. Branschjämförelse.....	72

Förord

Jag vill tacka alla kuratorer inom SU som bidragit till mitt arbete genom att svara på min enkät och för att ni stöttat mig i mina motgångar. Jag vill också tacka min kloka handledare Tom Leissner för hans tid, stöd och uppmuntran. Jag vill också tacka mina kurskamrater och lärare som engagerat sig i arbetet. Sedan vill jag även tacka min chef Monica Hartwig Ericson som har uppmuntrat mig att skriva denna uppsats samt SU som hjälpt mig med mina enkätfrågor och bearbetning. Ett speciellt tack vill jag även rikta till Birgitta Pierre Lundgren på SU för hennes engagemang och stöd. Jag vill också passa på att tacka Margareta Carlsson på Borås Högskola för all hjälp med den statistiska bearbetningen och all information du gav mig. Utan er hade det inte varit möjligt. Tack!

Göteborg HT 2010
Kerstin Sjöo

Kap1 Inledning

Man vet idag att den psykosociala arbetsmiljön är av stor betydelse för individen och dennes utveckling. Att vara tillfreds och trivas med sitt arbete är en mycket viktig faktor inte bara för individen utan också för verksamheten och samhället i övrigt.

Hälsa och välbefinnande kan påverkas av arbetet, både positivt och negativt. Arbetet kan ge livet mål och mening. Det kan ge identitet, självrespekt, socialt stöd och materiell belöning. När arbetslivet är optimalt och arbetstagaren har en rimlig grad av inflytande och när andan på arbetsplatsen är stödjande och uppmuntrande blir arbetet hälsofrämjande. Om arbetsförhållandena däremot är det motsatta kan det på sikt leda till ohälsa. När så sker upplever de flesta känslomässiga reaktioner såsom oro, nedstämdhet och olust (Svedberg 2007).

Sigmund Freud ansåg att förmågan att älska, njuta och arbeta var en förutsättning för psykisk hälsa och ett värdigt liv (www.mentalhelp.net).

Jag arbetar som kurator inom allmänpsykiatri och vill i denna uppsats undersöka hur kuratorerna inom allmänpsykiatri på Sahlgrenska Universitetssjukhus upplever sin psykosociala arbetsmiljö. Kuratorn/socionomens roll inom sjukvård är mycket varierande och kan se olika ut beroende på kuratorns specialisering, vidareutbildning och arbetsplatsens utformning. Kuratorer är också den paramedicinare med akademisk utbildning som inte har en legitimation eller en skyddad titel.

Kap 2 Syfte, frågeställningar och disposition

2.1 Syfte

Syftet är att via en kvantitativ enkät undersöka hur kuratorerna inom SU:s allmänpsykiatri upplever sin psykosociala arbetsmiljö.

2.2 Frågeställningar

- Hur upplever kuratorerna sin psykosociala arbetsmiljö?
- Finns det skillnader mellan SU:s arbetsplatser, Sahlgrenskasjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus?
- Finns det skillnader mellan kuratorerna, övriga paramedicinare och SU:s övriga personalgrupper?

2.3 Disposition

Uppsatsen innehåller 8 kapitel. I kapitlet ett börjar jag med en inledning. Kapitel två tar upp syfte, frågeställning och disposition. I kapitel 3 tittar jag på sjukvårdens utveckling och kuratorns roll. I kapitel fyra går jag igenom tidigare forskning och vad den har kommit fram till. Jag undersöker också den psykosociala arbetsmiljöforskningen och hur en god arbetsmiljö kan utformas för att vara optimal. Jag tittar även på de faktorer som påverkar individens uppfattning om sin miljö. Kapitel fem tar upp de teorier jag har använt mig av i min studie. Kapitel sex behandlar tillvägagångssättet för min empiriska undersökning. I kapitel sju redovisar jag det statistiska resultatet samt tolkar resultatet utifrån de teorier jag har använt mig av. I det sista kapitlet avslutar jag min studie med sammanfattande slutsatser.

Kap 3 Bakgrund

3.1 Allmän psykiatrins utveckling

Ulleråkers "sjukhus", helgandshus, i Uppsala anses vara Sveriges äldsta. Det har anor sedan 1300-talet. 1931 bytte hospitalet namn till Ulleråkers sjukhus och blev ett mentalsjukhus. Det låg då en bit utanför staden och både patienter och personal bodde innanför murarna. Sjukhuset var i stort sett självförsörjande och allas arbete behövdes för att hålla anstalten igång. Arbetet befrämjade hälsa och höll tankarna borta från den egna "sjuka tankevärlden", framhöll sjukhusledningen. Den som ansågs "samhällsomöjlig, hade egenheter i tal och uppträdande, var omoralisk och omöjlig att påverka", kunde tas in på sjukhuset. Vid den tiden trodde man sig knappast kunna bota patienten. Sjukhusvistelsen skulle enbart ha en lugnande inverkan (www.hem.bredband.net/stusva/Om%20Sture/ullerakerhistoria.htm)

"När Serafimerlasarettet invigdes 1752 skulle det med plats för 16 patienter fungera som ett rikstäckande offentligt sjukhus för hela Sverige och Finland. 1737 tillsattes den statliga Sundhets-Commisionen. Fram till dess hade offentlig sjukvård endast bedrivits på gamla hospitalinrättningar eller så kallade "helgandshus". Dessa var i realiteten en blandning mellan dårhus och fattigtugor. I Stockholm fanns även Allmänna barnhuset med mycket begränsade resurser vad gällde verklig sjukvård. I övrigt fanns ett 30-tal provinsialläkare runt om i landet. Annars var det i princip bara de välbeställda som hade tillgång till läkare. Sundhets-Commisionen köpte den Gripenhielmska malmgården på Kungsholmen för att uppföra ett offentligt akut-sjukhus som även skulle ägna sig åt sjukvårdsutbildning" (Locumrum 2004).

Under 1970-talet lades grunden för dagens psykiatri och man prövade olika öppenvårdsformer. På 1980-talet tog många landsting beslut om att lägga ned sina mentalsjukhus. Sedan 80-talet har kommunen ansvar att tillgodose de psykiskt funktionshindrades behov av bostad och sysselsättning. Sjukvården skulle tillgodose vård och behandling. Idag finns psykiatrisk vård i en mängd olika former såsom öppenvård, slutenvård, mobila team, etc. (Markström 2004). Kuratorer inom dagens allmänpsykiatri arbetar oftast i team. I teamen ingår det olika yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor, skötare, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster (Olsson 1999).

"Regeringen beslutade i oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir 2003:133). Enligt direktiven skall psykiatrisamordnaren fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande

regelverk. Psykiatrisamordnaren gavs vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Utredningen har antagit namnet Nationell psykiatrisamordning (SOU 2003:9 refererad i SOU 2006:100) SOU 2006:100.

I slutbetänkandet "Ambition och ansvar" (refererad i Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård) presenterade utredningen Nationell psykiatrisamordning en nationell strategi för att utveckla samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder. En del av strategin hanterade frågor runt verksamhetsuppföljning, register och statistik. Man konstaterade att det finns brister i inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, att kvalitetsregistret är viktiga grundpelare för att utvärdera arbetsmetodens värde och att bristerna i inrapporteringen till de nationella systemen främst beror på att det finns olika IT-system i vården med svårigheter att överföra data mellan dessa.

Nationell psykiatrisamordning ansåg att det krävs kraftfulla åtgärder för att skapa förutsättningar för en heltäckande verksamhetsuppföljning som innehåller uppgifter från både landsting och kommuner om insatser, kostnader, kvalitet samt resultat för vård och rehabilitering. Enligt psykiatrisamordningen är målet att man på nationell, regional och lokal nivå ska kunna bedöma vårdens och omsorgens kostnader och resultat utifrån tillförlitliga individdata. Utredningens analys har lett till ett stort antal aktiviteter där Socialstyrelsen har det samlade uppdraget att, inom ramen för området psykisk ohälsa, bland annat öka inflytandet för patienter, brukare och anhöriga, öka användningen av evidensbaserade och utvärderade metoder samt utveckla bra metoder för uppföljning och utvärdering. Psykisk hälsa är också framöver ett prioriterat område för Socialstyrelsen, och där en öppen jämförelse och utvärdering är ett viktigt instrument för att se om utvecklingsarbetet på olika fronter får effekt för dem det berör. Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763 refererad till Öppna jämförelser och utvärderingar 2010 – Psykiatrisk vård) anges målet för hälso- och sjukvården att en god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Av instruktionen för Socialstyrelsen framgår att myndigheten har ett särskilt uppdrag när det gäller uppföljning och utvärdering. Inom ramen för Socialstyrelsen uppdrag genomför myndigheten nationella öppna jämförelser och oberoende utvärderingar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten med utgångspunkt i God vård och omsorg, vilket inkluderar att ta fram och fastställa nationella indikatorer för God vård och omsorg.

Enligt utredningen är bristen på information om psykiatris processer och resultat, förutom dödlighetsmått påtagligt. De nationella kvalitetsregistren på psykiatris område har fortfarande låga täckningsgrader och en låg kvalitet och går därmed inte att använda i ett nationellt utvärderingssammanhang. Patientregistret innehåller endast information om läkarbesök, vilket begränsar användningen (80 procent av all

psykiatrisk öppenvård utförs av andra personalkategorier). I handledningen till föreskrift (SOSFS 2005:12 refererad i Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård) anges att all hälso- och sjukvård ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid. (Öppna jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård. Socialstyrelsen, artikel 2110-6-6).

Socialstyrelsens har tagit fram nationella riktlinjer för att ge verksamheter stöd vid prioriteringar samt ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Inom psykiatrin finns dessa riktlinjer för en del diagnoser. Planeringen är att riktlinjer kommer att utökas till att omfatta flera av diagnoserna inom psykiatrin. För många av de psykiatriska diagnoserna föreslår Socialstyrelsen medicinsk behandling samt KBT-behandling eftersom de behandlingarna har en hög evidens och är kostnadseffektiva (www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer).

3.2 Kurators uppdrag

Kurators uppdrag kan se olika ut. Svenska Kuratorsföreningen har sammanställt vad som kan ingå i kurators uppgifter. De övergripande målen är:

- Att stärka patienter, närstående, grupper, möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar vid ohälsa.
- Att arbeta för förändringar i den psykosociala miljön och för en gynnsam utveckling av människors livssituation och hälsa.

Kurators målgrupper är:

- Individer och/eller grupper
- Patienter
- Närstående
- Det professionella nätverket
- Organisationer och myndigheter

Vad som kan ingå i en behandling är:

- Krissamtal
- Stödsamtal
- Motivationsarbete
- Jagstärkande samtal
- Psykoterapi

I det praktiska arbetet kan det ingå:

- Utredda och bedöma social, psykosocial situation
- Tidigare belastning/resurser
- Ge information, råd om sociala rättigheter
- Koordinera olika insatser, i teamarbetet med olika instanser i samhället

När det gäller den psykosociala forskningen kan det ingå:

- Kartläggning och beskrivning av upplevda och faktiska förhållanden
- Utvärdering av psykosocialt inriktad intervention och behandling
- Fördjupad kunskap om och förståelse av upplevelser och bio-psyko-sociala samband

Kuratorerna teoretiska utgångspunkter kan vara:

- Socialpsykologiska kommunikationsteoretiska modeller
- Systemteori, nätverksteori
- Kristeori
- Stress – sårbarhetsmodellen
- Förändringsteori och motivation
- Existentiell psykologi och salutogenes
- Empowerment
- Psykodynamisk teori
- Kognitiva, behavioristiska teorier

De psykosociala utgångspunkterna är:

- Lagstiftning och regelverk
- Kön- och genusperspektiv
- Etnicitet
- Klass (Svenska Kuratorsföreningen 2010)

I den psykosociala anamnesen undersöker kuratorn hur det förhåller sig för den enskilda patienten gällande:

- Tanke- och känslomässiga reaktioner
- Boende
- Arbete/sysselsättning
- Nätverk
- Myndighetskontakter
- Familj, fritidsintressen och ekonomi (Lundin m fl. 2007)

Kap 4 Tidigare forskning

Jag har valt att dela in kapitlet Tidigare forskning i tre underrubriker, den psykosociala arbetsmiljön, kuratorn i sjukvården och organisationsanalys. Jag har också valt att ta med olika begrepp under dessa rubriker.

4.1 Den psykosociala arbetsmiljön

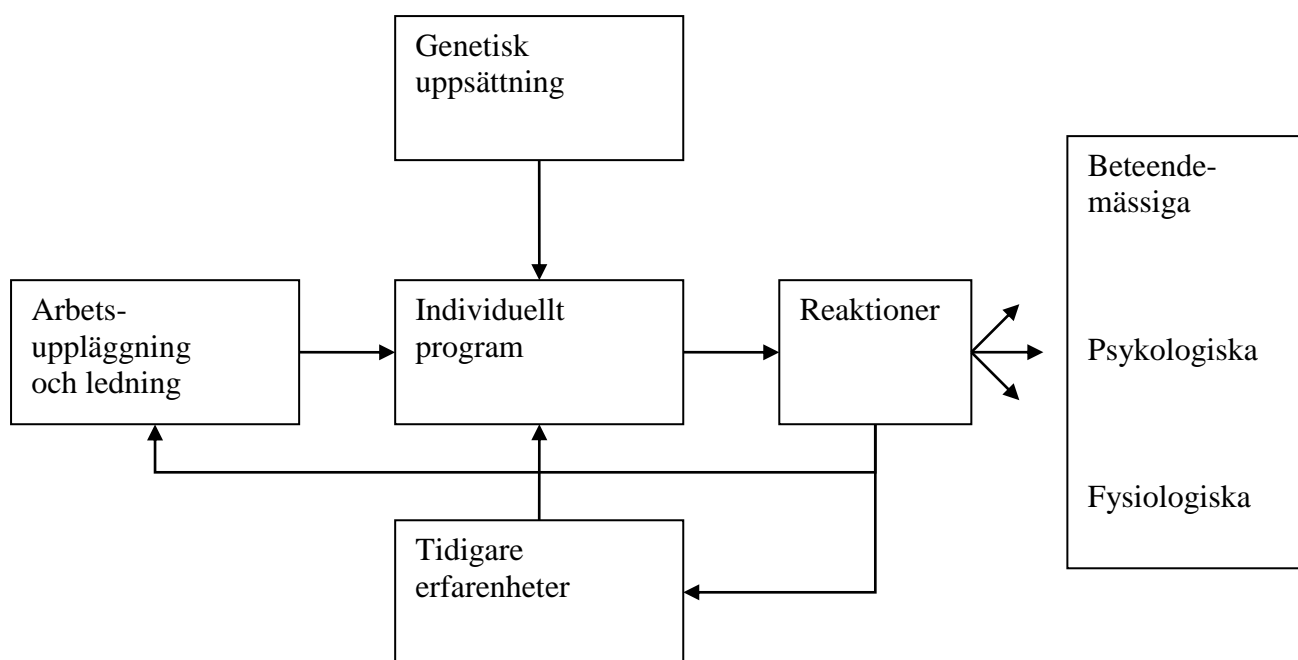
Under 40- och 50-talen fick arbetssociologin och arbetspsykologin ett förändrat organisatoriskt tänkande kring de anställdas produktivitet. Tidigare hade man mer betraktat de anställda som mekaniska kuggar i ett maskineri och nu började man bli intresserad av människan bakom arbetsinsatsen. Man intresserade sig allt mer för att undersöka arbetsmotivationen och det allmänna sociala arbetsklimatets betydelse för effektiviteten.

Det man undersökte och de frågor som kom upp ledde till att man blev allt mer skeptisk till uppfattningen att den ekonomiska vinningen var den dominerande motivationen i mänskligt arbete. Man såg betydelsen av human relations, behovet av mänskliga relationer, som de anställdas behov av en social ställning och funktion samt uppskattning av övriga gruppmedlemmar. Den fortsatta forskningen kom fram till att den gruppdynamiska fokuseringen var förenklad och behövde utvecklas (Rubenowitz 2004).

Abraham Maslow (et al Rubenowitz, 2004) bidrog till att ge ökad insikt i att det fanns något mer än lön och säkerhet som motivationsfaktorer till att arbeta och framhävde det självförverkligande behovet hos människan. I våra dagar är man allmänt enig om att det inte bara är den psykosociala miljön som inverkar utan också själva arbetsengagemanget, känslan av att uppleva arbetet som meningsfullt och att ha möjlighet att påverka den egna arbetssituationen. Bristande arbetsengagemang, alienation, kan leda till en känsla av maktlöshet och vantrivsel (Rubenowitz 2004).

4.1.2 Begreppet psykosocial miljö och strategier att hantera dessa

Den vanligaste definitionen för psykosocial miljö är samspelet mellan psykiska och sociala faktorer. Nedanstående tabell tar även upp reaktioner på omgivningen. Reaktioner på omgivning uppstår i interaktion av individens tidigare erfarenheter och genetiska faktorer (Theorell 2003).



Figur: Omgivningen och individen i arbete, källa (Theorell 2003).

Theorell (2003) tar upp om en individ inte på ett rationellt sätt kan forcera ett hinder för att nå ett mål eller att tillfredsställa ett behov så kan individen oftast ta till olika slags anpassnings- eller försvarsmekanismer. Sådana försvarsmekanismer är omedvetna automatiska reaktioner på frustrationer. Några av de vanligaste försvarsmekanismerna är:

- Kompensation som är en surrogatreaktion.
- Rationalisering ex. att hitta en acceptabel förklaring. Identifiering, kan ske med ex. en sportklubb eller arbetsgrupp.
- Projektion ex. att överföra sina känslor på andra.
- Regression ex. återgå till tidigare utvecklingsstadier.
- Förskjutning ex. att förlägga en känsloreaktion till någon eller något annat.
- Sublimering ex. att tillfredsställa ett behov på ett socialt acceptabelt sätt.
- Flykt ex. kringgå svårigheter.
- Förträngning ex. man "glömmer" obehagliga ting.

Sättet att ta påfrestningar utgörs av vårt individuella program. Man talar också om coping, sättet att bemästra problem. Lite lättsamt kan man väl säga att det inte är hur man har det utan hur man tar det som är avgörande.

Det är inte så enkelt att en viss arbetsmiljö alltid påverkar människor på just samma sätt. Det är personligheten som kommer att avgöra hur just den enskilda individen kommer att reagera (Lennér-Axelsson & Tyhlefors 1991).

4.1.3 Coping

Skillnad mellan coping och försvar är att copingstrategier i huvudsak är medvetna medan de psykiska försvarerna är omedvetna. Svedberg (2007) anser att skillnaderna inte är glasklara utan att de mer medvetna reaktionerna på stress etc. är ofta sammanflätade med omedvetna processer. Förenklat kan copingstrategier delas in i tre kategorier:

- Problemfokuserad
- Emotionsfokuserad
- Undvikande coping

Problemfokuserad coping riktar in sig på att hantera den yttre identifierade källan till olust. Det kan vara att söka ny information och kunskap, ta reda på hur andra ser på saken, försöka påverka på olika sätt eller att försöka acceptera situationen.

Emotionsfokuserad coping är att försöka parera den känslomässiga erfarenheten av stress, olust, etc. Det kan vara att agera ut känslorna, som exempelvis att bli arg, leta en syndabock eller att bita ihop och hålla inne känslorna. Ett annat sätt kan vara att klandra sig själv och bli uppgiven och deprimerad. Det kan också bli att man upplever att det kommit något gott ur erfarenheten och blivit en mer mogen människa.

Undvikande coping kan vara att försöka glömma det hela eller ständigt hålla sig sysselsatt med annat. Eller att reducera spänningen genom mat, alkohol, spel, droger eller att dra sig undan och isolera sig. Stressen eller olusten förändras inte och inte individens tolerans. Stressnivån minskar inte utan tvärtom ökar den.

Problembaserad coping brukar framkalla mindre obehag och positivare känslor medan emotionsfokuserad och undvikande coping oftare ökar obehaget. Många fastnar i en stereotyp hållning som inte utgår från den aktuella situationen. Medvetandegörs personens copingstil och man reflekterar över dem ökar flexibiliteten och ger ett större handlingsutrymme av copingstrategier (Svedberg 2007).

4.1.4 God psykosocial arbetsmiljö

Rubelowitz (2004) har sammanställt vilka arbetsvetenskapliga forskningsrön som har störst betydelse för att en individ ska trivas och som ger bra trivsel för de flesta individer på en arbetsplats. De faktorer som han tar upp och som kommer att diskuteras är följande:

- Egenkontroll i arbetet
- Ett positivt arbetsledningsklimat
- God arbetsgemenskap
- Stimulans från själva arbetet
- Optimal arbetsbelastning
- Chefens ledarskapsstil

4.1.5 Egenkontroll

Egenkontroll i arbete är när arbetstagaren ges möjlighet att själv kunna bestämma arbetstakten och tillvägagångssättet. Monotona arbeten kan skapa ohälsa hos individen när inte individens kunskaper lyfts fram och denne inte kan få nog med stimulans och utveckling. (Gedin-Erixon 1992)

Kraven från arbetet och individens kapacitet bör väga någorlunda jämnt för att kraven ska vara vare sig mycket högre eller mycket lägre än den aktuella individens kapacitet. För stor obalans under för lång tid kan leda till sämre hälsa. Arbetslivet måste erbjuda en bra balans och buffertar mot för kraftiga svängningar (SOU 2009:47).

4.1.6 Arbetsledningsklimat

Arbetsledningsklimat är att samarbetet mellan de övre och underordnade ska kännas positivt. Thylefors (2004) anser att delegering av arbetsuppgifter är en viktig del på arbetsplatsen. Det ger medarbetarna möjlighet till utveckling och omväxling. Om medarbetarna ska växa och känna stolthet är det viktigt att medarbetaren får de befogenheter som krävs för att ta ett självständigt ansvar. Enligt Thylefors (2004) är det viktigt att delegera på ett sådant sätt att medarbetaren känner att han/hon kan klara av uppgiften. Theorell (2003) särskiljer fem olika former av deltagande för medarbetarna:

- Information från ledning till medarbetare om planer för agerande.
- Insamling av information och erfarenheter från anställda.
- Konsultationer där de anställda kan ge förslag och presentera sina åsikter.
- Förhandlingar i formaliserade kommittéer.
- Beslutsfattande samråd mellan inblandade parter.

Medarbetarnas deltagande och delaktighet kan alltså vara mer eller mindre omfattande. Delaktigheten sker på en kollektiv nivå och kräver dels en maktfördelning, dels en kontinuerlig kommunikation mellan chefer och medarbetare och/eller mellan arbetsgivar- och arbetstagarparter.

4.1.7 God arbetsgemenskap

Att ett positivt samarbetsklimat föreligger mellan arbetstagare är en mycket viktig faktor. Lennéer-Axelsson & Thylefors (1991) menar också på att den mogna gruppen är en grupp där var och en är stark nog att stå på egna ben, men samtidigt upplever en samhörighet med de övriga. Det är viktigt att gruppen kan handskas med såväl självständighet som beroende och intimitet. I gruppen bör det finnas en ömsesidig respekt för vars och ens person och yrkesfunktion och att man bjuder på sina resurser. Lennéer-Axelsson & Thylefors (1991) menar på att det är vanligt med

rollkonflikter och motstridiga förväntningar riktas från olika håll mot en och samma person. Ett annat problem är att yrkesroller har blivit alltmer flytande och oklara. Man trampar in på varandras traditionella revir vilket kan leda till konflikter, samarbetsproblem och/eller maktkamper. Enligt Lennéer-Axelsson & Thylefors (2005) är arbetsgruppen av stor betydelse för den psykosociala arbetsmiljön och klimatet på arbetsplatsen. Klimatet i arbetsgruppen påverkas också av hur man kommunicerar och löser konflikter. Enligt författarna upplever medarbetare sin arbetsmiljö på olika sätt, vilket kan bero på olika bakgrund och behov. De påpekar att upplevelsen av stress kan variera hos olika individer trots att de har samma arbetsuppgifter.

Gerdin-Erixon (1992) skriver att alla människor på en arbetsplats är varandras arbetsmiljö. Det är vi människor som själva skapar arbetsmiljön genom olika verbala utsagor, handlingar och ageranden. Det är en viktig faktor att belysa, dvs. att alla har ett ansvar angående den psykosociala arbetsmiljön. Vidare tar hon upp att Sverige har en genomgående hög standard angående den psykosociala arbetsmiljön, men att man sällan kommer att tillfredsställa alla arbetstagare eftersom den upplevs så individuellt (Gerdin-Erixon 1992).

Nyström m.fl. (2004) anser att människan är en social varelse som har behov av att samarbeta med andra, men att vi också har behov av att hävda oss själva. De flesta människor pendlar mellan de här motsatserna. Den individ som är medveten om sina motsatta behov har lättare att samspela med andra vilket skapa jämvikt i arbetsgruppen.

Granér (1991) anser att organisationens syfte med arbetsgrupper är alltid instrumentell och gruppens värde ligger i vad den kan utföra åt organisationen. För individen är de socioemotionella syftena grundläggande. Eftersom dessa är av olika karaktär, uppstår det ofta en motsättning mellan gruppens instrumentella och dess socioemotionella syften. För att en grupp ska fungera rationellt är det viktigt att den kan tillgodose medlemmarnas socioemotionella behov. Medlemmarna behöver uppleva trygghet och samhörighet för att förmå sig att använda alla sina resurser i gruppen. Han menar på att bristande effektivitet oftast kan sökas i de socioemotionella aspekterna (Granér 1991).

Svedberg (2007) menar på att priset för att tillhöra en grupp heter anpassning. Om vi människor inte anpassade oss skulle mänsklig samvaro bli svår. Han påpekar att problem kan uppstå när det blir för mycket eller för liten anpassning. Han menar på att vi anpassar oss för att överensstämma med hur vi tror att andra anser att vi ska bete oss och att vi gör det för att få trygghet och erkännande som vi alla är beroende av. Han beskriver sju strategier för denna sociala anpassning. Förnekaren, offret, kritikern, självanklagaren, hjälparen, bekräftelseörstaren, den bråkiga. Han anser att i gruppen uppstår en upplevelse av ett "vi" och som har aspekter som är dolda eller omedvetna och kan liknas vid en betydelsefull men osynlig grupp. I en grupp relaterar vi inte främst till individen utan till kollektivet. Han anser att i detta fält

skapas en kollektiv mening, en gemensam inre bild av världen. Interaktionen och förändringar i gruppmedlemmarnas självupplevelse och självpresentation sker inom ramen för och i relation till detta psykiska fält och inte till de enskilda individerna. Det är genom fältet man relaterar sig med andra individer.

Gedin-Erixon skriver att för många människor är det arbetsgemenskapen som är den största trivseln i arbetet.

I skriften SOU 2009:47 tar de upp forskningen som gjorts av Dutton och Heaphy (2003), refererad i SOU 2009:47) liksom Blatt och Camden (2006), refererad i SOU 2009:47). De har försökt definiera goda relationer mellan människor i arbetet. De kallar dem High Quality Connections, HQC. Dessa relationer kännetecknas av:

- Energifylldhet dvs. man känner sig inspirerad stärkt och motiverad.
- Ömsesidighet dvs. relationen är stödjande i båda riktningar.
- Gott uppsåt dvs. jag vet att den andre vill mig väl och inte har onda avsikter.

De menar på att goda relationer leder till ökade sakkonflikter, men att antalet personkonflikter minskar. De anser att om sakkonflikternas ökning bero på att fler åsikter kommer fram, vilket långsiktigt är av godo. De anser att projektionerna på andra minskar. Man tillskriver inte andra sämre egenskaper. Det minskar vi och dom-tänkandet. I rapporten framhålls att flera forskningsstudier visat på att positiva relationer har ett samband med lugnare hjärtverksamhet, lägre blodtryck, stärkt immunförsvar och lägre nivåer på skadliga stresshormoner.

4.1.8 Stimulans från själva arbetet

De arbetsuppgifter arbetstagaren har ska kännas betydelsefulla och ge den anställde möjligheter att använda sig av sina inneboende talanger, kunskaper och förutsättningar. Arbetet bör ge arbetstagaren förutsättningar att använda sina kunskaper och färdigheter. Granér (1991) visar på att det är svårt att prestera och utföra ett gott arbete om inte arbetet värdesätts

4.1.9 Optimal arbetsbelastning

Arbetsbelastningen bör vara psykiskt och fysiskt optimal. Det har blivit alltmer viktigt att arbetet bidrar till personlig utveckling och hänsyn tas till sambandet mellan arbete och fritid. Det är inte tillräckligt att enbart undanröja de fysiska och psykiska riskerna, utan även kunna kräva att arbetet bidrar till individens positiva utveckling. Själva ordet "arbets kvalitet" står för individens möjlighet att tillfredsställa sina personliga behov genom upplevelserna på arbetsplatsen (Eppler m.fl. 1985).

4.1.10 Chefens ledarskapsstil

Forskningen har lagt ner mycket arbete för att få fram vilken ledarstil som bäst gynnar både organisationen och den psykosociala arbetsmiljön. Det som framkommit enligt Rubenowitz (2004) tycks vara att i organisationer som i hög grad styrs av produktionsmedel, såsom maskiner eller utrustning, baserar arbetsledarens sin auktoritet mer på formella auktoritetsgrunder, som belöning, bestraffningar och legitimitet, och att det kan fungera väl i en sådan organisation. När arbetet ger möjlighet till mer självstyrning och egenkontroll blir det viktigare med en ledare vars beteende präglas av produktions- och personalorientering. Auktoritet måste då främst baseras på de informella auktoritetsgrunderna och personlighetsegenskaperna

Thylefors och Lennéer-Axelsson (1991) gjorde en undersökning om vad medarbetare uppskattade hos en chef. Det som framkom som viktigt för medarbetarna var att chefen: lyssnade, var lyhörd och öppen, gav stöd, visade omtanke och lojalitet, tillit, tydlighet och hade yrkeskompetens. De menar vidare att självförtroende och psykisk stabilitet och mognad är de tre viktigaste egenskaper. En sådan chef är inte neurotiskt maktlysten eller kontrollerande och behöver inte ta till försvar som blockerar den sociala kompetensen. Med en sådan chef vågar medarbetare ta upp osäkerhet, personliga problem och misstag (Axelsson-Lennéer & Thylefors, 1991).

Argyris (1990) betonar att ledaren ska fördela makten. Han menar också att det är maktfördelningen som kännetecknar högpresterande grupper. Hans samlade beteckning på detta synsätt är bemyndigande (empowerment). Det innebär att människor får ta ett större ansvar för sina beslut och handlingar. Ledarskapet i detta sammanhang handlar då om att ge människor, tillit, självförtroende och respekt.

En annan viktig faktor i ledarskapet är att kunna ge återkoppling. Enligt Westergren (2006) bör ledaren i första hand lyfta upp det som gått bra samt ge vägledning om hur det som har gått mindre bra kan göras bättre. Kritik måste vara saklig, tydlig och ges i nära anslutning till det som kritiken handlar om för att det ska kunna tas emot på rätt sätt. Hon tar upp att det är handlingen eller arbetsresultatet som ska bedömas i ett konstruktivt och framåtsyftande tänkesätt. Widmark utförde en studie där samtliga informanter var överens om att feedback hade stor betydelse för hälsan. Det kan finnas ett extra starkt behov av feedback i perioder t.ex. då arbetstagaren är i en prestationssvacka. En brist på vidareutveckling och feedback kan upplevas som negativt och skapa en osäkerhetskänsla om hur arbetsprestationerna värderas. Vägledning och uppskattning är mer positivt för arbetsglädje och självförtroende än tystnad (Westergren 2006).

4.2 Kuratorsrollens utveckling

Olsson (1999) har i sin avhandling beskrivit sjukhuskuratorns utveckling ur ett historiskt perspektiv. Sveriges första kurator hette Gertrud Rodhe och var slöjdlärarinna. Hon började arbeta för sinnessjuka 1914 i Stockholm. Syftet med hennes arbete var att bevaka och skydda patientens rättigheter och intressen under vistelsen på sjukhuset. Hon skulle förbereda patienternas utskrivning genom att ordna arbete, bostad samt följa upp patienterna. I arbetet ingick också att utreda patienternas sociala situation samt vara en stödkontakt och arbeta aktivt med rehabilitering.

Expedition och mottagning hade hon i sin bostad på Östermalm. Efter fyra år fick man extra medel och kunde öppna en hjälpbyrå för psykiskt sjuka. Hon arbetade också aktivt för att läkarna skulle se patienten ur ett socialt perspektiv. Hon fungerade som inspiratör och konsult för socialarbetare inom och utom Sverige samt var handledare för andra kuratorer. Lönemässigt låg hon på samma nivå som en underläkare. För sitt pionjärarbete tilldelades Gertrud Rodhe en medalj 1934 Illis qourum - för nit och redlighet i rikets tjänst.

I 1923 års nya sinnessjuklag ingick bestämmelser om att det inom varje kommun skulle finnas en kurator för de sinnessjuka. Kuratorns uppgift skulle vara att tillvarata den sinnessjukes "rätt och bästa". 1928 föreslogs det att en medicinsk och social hjälpverksamhet skulle knytas till sinnessjukhusen. Förslaget antogs och trädde i kraft 1931 (Olsson 1999).

Göteborgs första kurator, sjuksköterskan Matilda Pålsson, började sin tjänst den 1 augusti 1923. Hennes lägenhet fungerade som mottagning. År 1927 öppnades en poliklinik för de psykiskt sjuka i Göteborg. När hon slutade som kurator fick hon Göteborgs stads förtjänsttecken som delas ut till personer som gjort betydande insatser för staden.

De första kuratorerna som anställdes var ofta sjuksköterskor men efterhand beslutades det att kuratorns uppgifter var av sådan karaktär att de krävdes en specifik utbildning. Sjukhuskuratorn blev en naturlig del av vården och utvecklades till en erkänd yrkesgrupp med en egen organisation. År 1944 bildades även den ideella verksamheten, Svensk Kuratorsförening, som bland annat slog fast att socialutbildningen skulle vara grunden för kuratorerna. Den sociala utbyggnad av socialpolitiken, som hade påbörjats, slutfördes till stora delar under 1950-talet. Lagen om allmän sjukförsäkring gjorde t.ex. att patienter inte behövde ansöka om kurators-hjälp för att klara kostnaderna för sjukvård, medicin och uppehälle. Försäkringen gav också fri förlösningsvård och moderskapspenning och senare tillkom även försäkring om allmän tilläggspension. Under denna tid började man även anställa psykologer och arbetsterapeuter inom vården. Kuratorer och psykologer var ungefär

jämställda vid denna tid. Psykologerna utbildning förlängdes och på 70-talet fick psykologerna legitimation som befäste deras ställning (Olsson 1999).

Under 1980-talet skedde en omstrukturering inom sjukhusvärlden som gjorde att kuratorernas egna organisationer rationaliserades bort vid ett flertal sjukhus. Inom psykiatrin skedde en förskjutning till öppenvårdsbehandling och att sjuksköterskor och skötare tog över en hel del av de psykosociala uppgifterna. Enligt Olsson(1999) bidrog detta till att kuratorns tidigare ganska starka ställning försvagades.

Sjukhuskuratorerna har i olika omgångar försökt att få en legitimation. Under 1980-talet försökte sjukhuskuratorerna återigen få en legitimation. Enligt Olsson (1999) har kuratorerna allt sedan början försökt att få ett eget arbetsområde och en rättslig reglering av sin kompetens och behörighet. Detta har dock inte lyckats. Svårigheten att få en legitimation kan enligt Olsson (1999) beror det på att arbetsområdet är så brett.

Olsson (1999) tar upp hur kuratorns arbetsuppgifter har förändrat över tid.

Tidsperiod	Arbetsuppgifter	Överförd till
1930 - 1949	Ta hand om patientens medel Fungera som förmyndare Förmedla arbete/sysselsättning	Vårdpersonal Förmyndare Tjänstemän Sysselsättningsterapeuter
1950 - 1979	Intelligensmätning Hjälpmiddel Aktiviteter Utredningsarbete	Psykologer Arbetsterapeuter Fritidsledare Sjuksköterskor/läkare
1980-talet	Arbetsledare Psykosociala uppgifter	Chef Sjuksköterskor/kontaktman

Olsson (1999) anser att kuratorns roll och funktion från första början har varit inriktad på lyhördhet för andras behov samt anpassat sig efter sjukvårdens behov. Detta kan ha bidragit till att de har haft svårt att driva egna och yrkets frågor. Eftersom kravet på formell kompetens saknas för kuratorsarbetet måste kuratorerna försvara sin position genom det arbete de utför. Kuratorernas breda utbildning innebär att de kan anpassa sig efter de växlande behoven inom sjukvården och att detta är en stor fördel för sjukvård men det stärker inte sjukhuskuratorernas sociala position.

4.2.1 Kuratorn i sjukvården

Mc Michael (2000) i Melbourne har gjort en forskningsstudie om kuratorer inom sjukvården. Studien tar upp hur kuratorn påverkas av hur deras profession värderas

av andra och samhället samt kuratorns bild av sig själva. I studien framkom det att det fanns önskemål om att kuratorns kunskap borde utnyttjades på ett bättre sätt eftersom det då skulle bli tydligt att deras insatser var värdefulla för sjukvården och det skulle höja värdet av deras arbete och profession. Studien visar att den status som en kurator har på olika sjukhus varierar. I studien beskrivs att statusen mer beror på den anställda individen än på professionen som helhet eftersom alla har ett eget sätt att värdera och kommunicerar sitt arbete.

Det som framkom var att kuratorn inom sjukvården var tvungna att ständigt bevisa sig själva inför övrig personal, speciellt inom kroppssjukvården där man hade en tendens att värdera patientens fysiska tillstånd högre än dennes sociala och psykologiska tillstånd.

Studien tar upp andra professioners uppfattning av kuratorns roll. Där framkom det att andra professioner uttryckte att de inte förstod vad en kurator gör. Vissa ansåg att kuratorernas arbetsuppgifter inte passade in på ett sjukhus.

Studien påpekade att kuratorn måste anpassa sin roll till sjukhusets värld och det kan bli en konflikt mellan organisationens behov och patientens behov. I studien framkom det att kuratorerna hade en positiv uppfattning om sig själva och var stolta över sitt arbete. Mc Michael anser att det är viktigt att kuratorn värderar sig själva högt eftersom det gör att även andra professioner värderar dem högre. Hon anser att detta kan göras genom att tydliggöra vad en kurator gör t.ex. genom nyhetsbrev på arbetsplatsen, forskning, etc.

4.3 Organisationsanalys

Bolin (2009) har i sin avhandling tittat på tidigare forskning som jag har studerat. Hon skriver att för några år sedan hävdade (Susser & Susser 1996, refererad i Bolin 2009) att studier av olika hälsoresultat har varit framgångsrika i att fastställa riskfaktorer avseende olika miljöförhållanden på arbetsplatserna, men att de studierna har svårt att hitta de bakomliggande mekanismer som förklarar de olika variationerna som framkommer. Tolkningar av sambandet mellan arbetsförhållanden och hälsa mäts på strukturella nivåer medan de empiriska resultaten bygger på individmätningar. Yrket/sysselsättningen har varit de främsta verktygen för att förstå varför hälsa varierar mellan grupper av anställda (Evans, Barer, & Marmor, 1994; Karasek & Theorell, 1990, refererad i Bolin 2009). Tanken är arbetsplatsens egenskaper påverkar arbetsvillkoren för människor i olika yrken och att dessa skillnader påverkar hälsan. Det är anställda som ingår i samma kontext och är en del av samma organisation. Det framhålls (Child, 2005; Mintzberg 1983; Robbins & Barnwell, 2002, refererad i Bolin 2009) att det finns en kunskapsbrist vad det gäller arbetsplatsens miljö och utformning som är viktig. Bortsett från det faktum att detta begränsar förståelsen av vissa större hälsoproblem, begränsar det också möjligheten

att förebygga arbetsplatsrelaterade sjukdomar och ohälsa (Danna & Griffin, 1999, Grenland, 2001; Kriger, 1994; Morrisson & Payne 2003, refererad i Bolin 2009).

En studie av (Lundstrom, Pugliese, Bartly, Cox, & Guither, 2002, refererad i Bolin 2009) visar på att det finns ett samband mellan organisationens utformning som påverkar arbetsmiljön. Den studien visar även att decentraliserad maktutövning har en positiv inverkan på arbetstillfredsställelsen. Bolin (2009) skriver att de flesta studier som har gjorts har baserat sin information om organisationen på enkätundersökningar som riskerar att ge en ensidig och partisk information från arbetstagaren, men som hon menar inte säger något om den faktiska strukturen på arbetsplatsen.

I Bolins studie (2009) undersöker organisationens påverkan på individens hälsa. Hon visar på att flera studier som mäter de psykosociala arbetsvillkoren har definierats som organisatoriska förhållanden även om de har mätts utifrån enskildas förutsättningar. (Akerboom & Maes, 2006; Campell, Fowwles, & Weber, 2004; Marchand, Demers, & Durand, 2005, refererad i Bolin 2009) Hon menar att detta betyder att varje individ på arbetsplatsen har en unik och egen förståelse av arbetsplatsen egenskaper. Detta skapar förvirring med de begreppsmässiga skillnaderna mellan arbets- och arbetsplatsförhållanden. (Kallberg 1990, 1994, refererad i Bolin 2009) föreslår en två stegs undersökning där anställda får frågor om arbetsförhållanden och vissa viktiga informanter tillfrågas om organisatoriska förhållanden. Detta skulle garantera en oberoende samt ett mer sofistikerade mått.

Ett annat problem som ofta påtalas enligt Bolin (2009) är på vilken nivå i organisationen som påvisar hälsosamma arbetsförhållanden. (Kalleberg, 1990; Klein, Dansereau, & Hall, 1994; Rousseau, 1985, refererad i Bolin 2009) Det finns ett stort antal nivåer i organisatoriska undersökningar, från näringslivets villkor ner till gruppen och till den enskilda arbetstagaren. De olika nivåerna bör ha specifika vetenskapliga frågeställningar. Det är också nödvändigt att ge en förklaring till valet av nivå. Många studier har undersökt olika orsaker till psykosomatiska problem såsom stress, depression och utmattningsdepression. Man (Bliese & Britt 2001, refererad i Bolin 2009) kom fram till att ledarskapsstil påverkade soldaters depressionsnivå. Man fann tämligen stora effekter på den psykosomatiska hälsan beroende på arbetsplatsens utformning i en svensk studie (Söderfeldt et al 1997, refererad i Bolin 2009).

I en holländsk studie med liknande frågeställning kom de fram till att hälsa kan bero på organisationens utformning (van Veldhoven, de Jonge, Broersen, Kompier & Meijman, 2002, refererad i Bolin 2009).

Andra studier har visat att organisationen inte har någon betydelse. En studie fann inget stöd för hypotesen att organisationens krav och kontroll kan förklara variationen gällande hälsa (Morrison, Payne & Wall, 2003, refererad i Bolin 2009). En annan studie som undersökte utmattningsdepression på individ och gruppnivå hittade inte någon förhöjd verkan på gruppnivåns variabel (Tummers, van Merode, Landeweerd, & Candel, 2003, refererad i Bolin 2009). En annan studie kunde påvisa

organisatoriska inverknings avseende arbetsvillkoren, men kunde inte hitta en direkt effekt av organisatoriska förhållanden gällande hälsan (De Jonge, Breukelen, Landewerd & Nijhuis, 1999, refererad i Bolin 2009).

Man har dock funnit samstämmiga organisatoriska samband till sjukfrånvaro i många studier (Durand, 1985; Steers & Roodes, 1984, refererad i Bolin 2009). Men bara några få studier har undersökningar som har mätt på flera nivåer. I undersökningen av (Van Yperen & Snijders 2000, refererad i Bolin 2009) fann man att antalet sjukdagar påverkades på gruppnivå och som påverkades av krav och kontroll i arbetet. En annan liknande studie visade att sjukfrånvaro var kopplad till organisationen genom de enskildas arbetsvillkor (Elovainio, Kivimäki, Steen & Vahtera, 2004, refererad i Bolin 2009).

En analys visar på slutsatsen att organisationens storlek, typ av industri samt var den ligger påverkar antalet sjukdagar i lika stor utsträckning som effekterna kan beror på individuella faktorer (Arai & Skogman Thoursie, 2004, refererad i Bolin 2009).

Bolin (2009) menar sammanfattningsvis att det direkta sambandet mellan arbetsplatsen och hälsa är motsägelsefullt. Ett fåtal studier har visat att vissa arbetsplatser kan påvisa skillnader i hälsa, men när olika och konkurrerande hypoteser och enskilda individers villkor tas med i beräkning desto mindre samband kan man få fram. Olika studier har också använt olika hälsovariabler. Studierna har gjorts på olika arbetsplatser med olika egenskaper. Detta gör att studierna inte är jämförbara.

Kap 5 Teorier

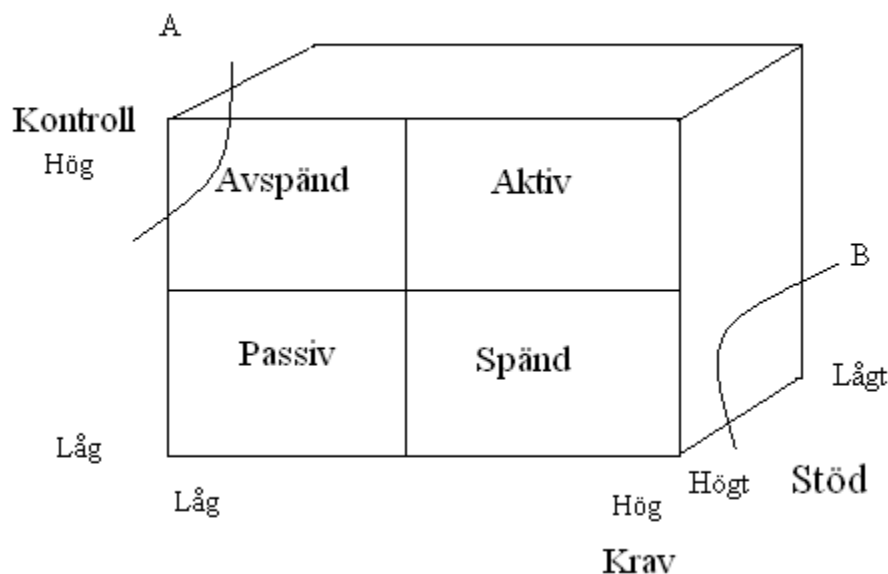
5.1 Val av teorier

Jag valde nedanstående teorier eftersom jag tyckte de hade relevans för min studie. Jag ville både belysa arbetsmiljön men också synen på en profession och vad som ingår i en profession.

5.2 Krav-kontroll-stöd-modellen

Krav- kontroll- stöd-modellen är ett analysredskap för att analysera psykosociala förhållanden och dess effekter på hälsan. Faktorer som har visats ha betydelse för den psykosociala arbetsmiljön är egenkontroll i arbetet med varken för hög eller låg belastning. Hög arbetsbelastning och lågt inflytande är en hälsorisk. Modellen visar att ohälsa uppstår om det råder obalans mellan arbetets krav, dvs. tidspress, rollkonflikter och kontroll i arbetet. Det omfattar grad av stimulans, inflytande avseende vad som ska utföras och hur det ska göras. Den bästa situationen är när kraven något överstiger individens kompetens, kontroll och resurser. Eftersom det då ger en situation av utveckling och lärande (Karasek & Theorell 1990).

Krav- kontroll- stöd-modellen utgår från flera variabler, låg kontroll, hög kontroll, låga krav, höga krav och stöd.



Ovanstående variabler går att kombinera med varandra. Om vi hamnar i fack där vi utsätts för samma kravsituationer under lång tid resulterar detta i positiv eller negativ

stress. Om vi har stöd från familj, kollegor, vänner, etc. kan vi hantera den stress som uppstår bättre. Att ha höga krav och kontroll över situationen och möjlighet att påverka är optimalt.

Krav i arbetet kan vara hur hårt man arbetar, men det kan även vara motstridiga krav och rollkonflikter. Kontroll innebär vilket inflytande man har på sin arbetssituation, hur arbetet ger möjlighet till lärande och utveckling av den egna förmågan och att kunna fatta egna beslut. Socialt stöd på jobbet innebär all social interaktion vi har i vår omgivning. Socialt stöd är mycket viktigt för välbefinnandet samt skapar en positiv utveckling. De fyra olika typer av arbetssituationer är:

- Jobb med hög anspänning är när kraven på jobbet är höga samtidigt som det saknas möjligheter att kontrollera och påverka jobbet.
- Aktiva jobb är när kraven på jobbet är höga men man har möjlighet att kontrollera dem.
- Passiva jobb är när kraven är låga och det inte finns möjlighet att kontrollera jobbet.
- Jobb med låg anspänning där kraven är låga men man kan klara av att kontrollera och påverka jobbet (Karasek & Theorell, 1990).

5.3 Empiriskt stöd för "the strain hypothesis"

Thylefors (2004) skriver "I en studie bland statligt anställda" att Van der Doef och Maes (1999) har gjort en genomgång av 63 studier från tidsperioden 1979 till 1997 där de granskar vilket stöd det finns för de två hypoteserna i "the strain-hypothesis" som utgår från krav-kontroll-modellen. De inriktar sig på studier där man undersökt effekterna på individens välbefinnande. I mer än hälften av studierna finns stöd för "the strain hypothesis". Arbeten med en kombination av höga krav och lågt beslutsutrymme resulterar i ett lågt allmänt välbefinnande, en lägre arbetstillfredsställelse, utbrändhet och mindre arbetsrelaterat psykologiskt välmående.

I de studier som inte stöder hypotesen finns några intressanta resultat. I longitudinella studier ges mer sällan stöd åt "the strain hypothesis" än i tvärsnittsstudier. Thylefors skriver att en rimlig tanke är att individen över tid använder eller utvecklar "överlevnadsstrategier" som minskar kraven. I studier med huvudsakligen kvinnodominerad sektor ger mindre stöd för hypotesen. Hon anser att det kan hänga samman med att män och kvinnor delvis arbetar inom olika sektorer. Fler kvinnor arbetar inom välfärdsorganisationer.

Vidare visar hon på att i cirka hälften av studierna Van der Doef och Maes gått igenom har beslutsutrymmet visat sig ha en modererande effekt och fungerar som en buffert mellan krav och välbefinnande. De anser att det finns för få studier som undersökt socialt stöd som buffert för att man ska kunna dra några slutsatser. Beslutsutrymme som buffert påverkas av individuella faktorer som bland annat

självkänedom. Man kan också uttrycka det så att individer med vissa karakteristika har lättare att använda beslutsutrymmet

5.4 Professionsteori

Abbott arbetar som professor i sociologi. Han har utvecklat yrkessystems teori "The System of Professions" som är en teoretisk studie av yrkessystemet och dess utveckling. I Abbotts teori väljer han att se yrkesgrupperna som en helhet och ett system i sig. Abbott fokuserar mer på själva arbetet och arbetsuppgifterna än andra tidigare professionsteoretiker, som framför allt koncentrerade sig mer på övergripande strukturer. Ett av nyckelbegreppen i teorin är jurisdiktion. Begreppet avser den rättsliga befogenheten att utöva "rättskipning och att döma". Kopplingen mellan professionen och arbete kallar Abbott för jurisdiktion. Analys av professionsutveckling innebär analys av hur denna koppling skapas i arbetet, hur kopplingen befästs i formella och informella strukturer och hur samspelet av jurisdiktion mellan professioner avgör hur enskilda professioner utvecklas.

Yrkesgrupperna i systemet är beroende av varandra genom att en yrkesgrupp kan ta en annan yrkesgrupps uppgifter. Arbetsuppgifter och yrken är i en ständigt pågående förändring. Det finns många faktorer som påverkar. Abbott hävdar att det professionella yrkeskunskapssystemet alltid försöker uppnå legitimering, forskning och utbildning. Detta minskar yrkets sårbarhet för yttre och inre attacker. Han påvisar att kunskapsförändring i systemet genom att det antingen läggs till kunskap inom systemet eller så ersätts den. Kunskapstilläggen är det vanligaste, de framkallar ofta specialiseringar och skapar ibland en ny yrkesgrupp. Kunskapsersättningen kan ske på flera nivåer. Det kan vara att vissa specifika fakta eller metoder som byts ut eller kan det handla om ett paradigmskifte (Abbott 1988). Vidare tar han upp att om en profession försöker muta in för stora områden innebär det att det kan bli svårt att behålla kontrollen

Abbott skiljer på kulturella och sociala krafter av både intern och extern karaktär. De sociala och kulturella krafterna utför en slags kontroll i yrkesgruppsystemet. Den sociala kontrollen utgörs av officiella och legala anspråk. Den kulturella kontrollen kommer ur arbetet med uppgiften och legitimeras av formell kunskap som har sitt ursprung i generella värderingar.

Abbott studerade även systemets interna faktorer och externa faktorerna som påverkar systemet. De interna faktorerna delar Abbott in i tre grupper:

1. Diagnos: hur ett problem ska definieras.
2. Inferens (slutledning): hur processen mellan diagnos och behandling beskrivs när experten resonerar kring patientens/klientens/kundens problem.
3. Behandling: vilka åtgärder som ska sättas in.

Abbott menar att ju mer specifik en behandling är desto lättare är det för en profession att kontrollera och försvara sin jurisdiktion, även om resultatet är svårt att mäta. Han anser att det behövs en behandlingsstrategi framför allt när kopplingen mellan diagnos och behandling är oklar. Det utgörs av delen som kallas slutledning. Denna kunskap är abstrakt och yrkesspecifik för professionen. Han tar upp att det är genom det abstrakta kunskapskapitalet som en profession befäster sin ställning och sitt anspråk på jurisdiktion.

Enligt Abbott pågår det en ständig kamp mellan olika professioner om jurisdiktion och försök att utvidga sina yrkesområden. Abbott anser att en akademisk utbildning är det som utgör en profession och förändringar i inferensdelen, inte i diagnos- eller behandlingsfasen. Han anser att inferensen subjektivt definierar ett professionellt arbetsområde. Han menar på att för mycket eller för lite inferens är riskabelt. För lite gör att den inte behöver professionaliseras, för mycket gör arbetet svårt att legitimera, vilket gör att yrkets jurisdiktion blir försvagat. Enligt Abbott sker förändringar i professionsstrukturen på två olika sätt. Antingen kan externa krafter påverka professioner pga. teknologisk utveckling eller lagstiftning. Förändringar kan också ske när andra professioner försöker vinna nya områden att kontrollera.

Abbott har strukturerat profession i tre nivåer; en makronivå som undersöker hur de sociala krafterna påverkar enstaka yrken. Den andra nivån, som han kallar professionssystemet, fungerar som en länk mellan professionen och arbetsuppgifterna. På mikronivå undersöker han själva professionen och dess utveckling. Han menar på att en förändring på någon nivå alltid påverkar hela systemet och det även påverka andra närliggande professioner.

5.5 Maslows motivationsteori

Den moderna motivationsteorin grundades av Abraham Maslow som undersökte motivationens betydelse för den mänskliga prestationen. Modellen presenterade han 1943 i artikeln "A Theory of Human Motivation". Den primära idén innebär att behoven på en lägre nivå måste vara tillfredsställda innan högre mål blir viktiga för individen. De fem behoven är enligt Maslow:

- Kroppsliga behov
- Behov av trygghet
- Behov av gemenskap och tillgivenhet
- Behov av uppskattning
- Behov av självförverkligande

Flera behov finns samtidigt, enligt Maslow, men individen prioriterar något av dem. Metaforen med trappor har senare uttolkare av Maslows skrifter skapat för att göra modellen tydligare. Maslows teori är inte vetenskapligt belagd och därför kritiserad inom modern vetenskap. Den är dock vanligt förekommande inom motiva-

tionspsykologin då den inför grundläggande begrepp om hierarkisk och individuell motivation.

En del av kritiken mot teorin är att den inte uppmärksammar hur djupgående skillnaderna är mellan människor. Maslow försöker fånga alla i samma schema och han tänker sig en hierarkisk utveckling av likartat slag som passar alla. Teorin kan dock tjäna som förklaringsmodell för vissa av människans behovstillfredsställelse och arbetsanpassning (Rubenowitz 2003).

Kap 6 Metod

6.1 Val av metod

”En tydlig skillnad mellan kvantitativ och kvalitativ forskning är att i det senare fallet är forskaren undersökningsinstrumentet i högre grad. En kvalitativ studies validitet är beroende av forskarens färdigheter (skills), kompetens och systematik (rigor) i fältarbetet (Patton, 1990, sid. 14, refererad i www.Metodhandbok). Frågan är då hur det blir med objektiviteten i en kvalitativ studie? Patton (1990, sid. 58) föreslår det något motsägelsefulla begreppsparet empatisk neutralitet (empathic neutrality). Patton menar med uttrycket att empati är en attityd gentemot de människor man möter i en studie medan det resultat som mötet skapar ska behandlas neutralt av forskaren. Rådata för kvalitativa studier är rena beskrivningar och citat från de intervjuades situation respektive deras uttalanden (Patton, 1990, sid. 31, refererad i www.Metodhandbok). Beskrivningarnas syfte är att ta med läsaren i undersökningens omgivningar (settings). De rena citaten, gärna tagna från bandinspelningar, hjälper till att skilja på data och tolkning av data.

Vilka är då i korthet argumenten för respektive perspektiv? För den kvantitativa metoden är huvudargumenten: reliabilitet, representativitet, reproducerbarhet, kumulativitet, verifierbarhet och inte minst tillgången till klart angivna metodregler. För den kvalitativa metoden är huvudargumenten: förståelse, intersubjektivitet, teorigenerering, validitet, upptäckt, variation och kanske framför allt nyfikenhet. (www.Metodhandbok som tankekarta, M Le Duc, februari 2007, koncept version 0.7)

”Kvantitativ metod, inom samhällsvetenskaperna ett samlingsbegrepp för de arbetssätt där forskaren systematiskt samlar in empiriska och kvantifierbara data, sammanfattar dessa i statistisk form samt analyserar utfallet med utgångspunkt i testbara hypoteser. Arbetssätten bör vara formaliserade och väl definierade. Kvantitativa metoder är väsentliga vid studiet av stora populationer. Fram till 1960-talet dominerade de samhällsvetenskaperna” (Nationalencyklopedin 2010). Jag har valt att inte fördjupa mig i en diskussion om hur en enkät ska utformas då jag redan valt en enkät.

För mig var det självklart att använda mig av SU:s kvantitativa enkät (se bilaga 1). Min tanke var att undersöka den psykosociala arbetsmiljön för kuratorer inom SU. Fördelen med denna metod var att jag kunde nå alla kuratorer i mitt urval. SU:s enkät gör det också möjligt för undersökningen att få ett grepp om hur kuratorerna har det jämfört med SU total och paramedicinaries upplevelse av den psykosociala miljön. Även om resultaten inte är exakta eftersom kuratorer ingår i gruppen paramedicinare så ger det ändå till en del ett jämförande svar. Gruppen kuratorer som ingår är så få i

förhållande till hela SU. SU:s undersökning visar samtliga paramedicinare och tar inte upp kuratorsgrupperna som en egen enhet. Valet av denna metod gör också att denna studie kan användas ute i det praktiska arbetet och bli ett diskussionsunderlag för det interna arbetet bland kuratorerna på SU. Jag kommer att redovisa de olika frågeområdena som tas upp i enkäten i min resultatredovisning.

I en kvalitativ undersökning hade jag inte nått alla men troligtvis ändå fått fram en bra bild av den upplevda psykosociala arbetsmiljön. Dessa uppgifter hade dock varit svåra att använda i en jämförelse av hur övriga på SU upplever sin psykosociala miljö. Mitt syfte var att göra en jämförande studie med SU:s enkät.

Att göra en kvalitativ undersökning på den egna arbetsplatsen kändes inte heller som en god idé. Jag har visserligen inte hittat något som direkt motsäger det i litteraturen men mycket av det som tas upp tyder ändå på att det inte vore så lämpligt. För mig personligen hade det inte varit rätt. Denna studie kan eventuellt leda till att det blir en kvalitativt reflekterande i arbetsgrupperna.

6.2 Enkätutformning

Jag valde att inte utveckla en egen enkät utan ville använda samma enkät som Sahlgrenska universitetssjukhus använder sig av, CMA, Centrum för Marknadsanalys AB, som är ett företag som tidigare var kopplat till Linköpings universitet men som sedan 1995 specialiserat sig på kvantitativa och kvalitativa undersökningar i aktiebolagsform.

De har samarbete med SU sedan hösten 2006 och har genomfört medarbetarundersökning för hela SU som har ca.15 000 medarbetare. Totalt har 10 000 svar registrerades (svarsfrekvens 63% 2007). År 2010 svarade 9 117 anställda (med svarsfrekvens om 66%). CMA anpassar metod och upplägg efter uppdragsgivarens syfte och problemställning. CMA anser själva att fördelarna är:

- Anpassat efter kundens specifika behov och önskemål.
- Medför ofta att flera deltar i en kreativ diskussion om undersökningens syfte och utformning.

Nackdelar enligt CMA är:

- Jämförbarhet med andra mätningar blir något svårare.
(Intervju med företaget CMA vt-2010)

Enkäten har enligt CMA tagits fram utifrån SU:s önskemål om vilka frågor man vill få besvarade (se bilaga 2). CMA bidrog med kompetens inom enkätkonstruktion, dvs. hur frågor ska ställas med avseende på validitet och reliabilitet. De anser att de har ett stort antal frågor i en frågebänk som är väl testade och som de erfarenhetsmässigt vet fungerar bra.

Jag har undersökt olika enkäter men valde ändå att använda CMA eftersom den kan ge en viss uppfattning om hur kuratorerna trivs i jämförelse med andra yrkesgrupper inom SU. Jag tycker också enkäten har bra frågeställningar kring den psykosociala arbetsmiljön och kan ge svar på hur de olika sjukhusens miljö eventuellt påverkar den psykosociala arbetsmiljön.

Enkäten tar upp frågor om: arbetsorganisation och förhållningssätt, arbetsglädje och stolthet, medarbetarskap, ledarskap, information, lärande och förbättring, människosyn, kränkningar/trakasserier, hot och våld i arbetet, fysisk arbetsmiljö, hälsa och helhetsattityd. Jag kommer inte att redovisa hot och våld eller kränkningar och trakasserier i min statistiska redovisning eftersom det endast var tre personer som hade blivit utsatta. En kurator var utsatt för mobbing från en anställd. En annan kurator var utsatt för sexuella trakasserier av en anställd och ytterligare en hade varit utsatt för hot i arbetet. Jag kommer inte heller att redovisa hur många som hade haft utvecklingssamtal och lönesamtal i min statistiska redovisning eftersom en del hade glömt att fylla i orsaken varför de inte har haft det och några har inte svarat på frågan. Totalt rör det sig om 3 som är oklara. Endast 2 har svarat nej på bägge frågorna.

6.3 Analys

6.3.1 Statistisk bearbetning

För att bearbeta de kvantitativa data använde jag mig av statistikprogrammet SPSS, Statistical Package for Social Sciences, för att få fram hur kuratorernas psykosociala arbetsmiljö ser ut och om det finns skillnader mellan de olika sjukhusens medelvärden (Wahlgren 2008).

6.3.2 Teoretisk analys

Resultatet kommer att analyseras utifrån teorierna och tidigare forskning.

6.3.3 Population, urval och bortfall

Undersökningen är en totalundersökning som har berört alla socionomer/kuratorer som arbetar inom allmänpsykiatri på SU om minst 50 % de senaste 6 månaderna. Kuratorerna inom rättspsykiatri, psykosvård, neuropsykiatri och missbruksvård är inte med i denna undersökning eftersom jag ville göra en mätning inom en mer allmänpsykiatrisk vårdinriktning.

SU, Sahlgrenska Universitetssjukhuset bildades den 1 januari 1997 då akutsjukhusen Sahlgrenska, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus slogs ihop till ett sjukhus. Syftet med sammanslagningen var att på bästa sätt ta tillvara de samlade resurserna för sjukvården i Storgöteborg. Sedan 1 januari 1999 är Sahlgrenska

Universitetssjukhuset en del av Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen består av de tidigare landstingen i Bohus, Älvsborg och Skaraborg samt delar av Göteborgs kommun. Sahlgrenska sjukhuset i Änggården invigdes den 17 april 1900.

Mölndals sjukhus

Den 14 maj 1924 stod det första Mölndals lasarett färdigt. Det hade 77 vårdplatser. Ytterligare byggnader tillkom under åren och 1960-talet blev sjukhusets stora expansions tid.

Östra sjukhuset

Under 1960-talet började Östra sjukhuset byggas. Under en tioårsperiod från 1968-78 (SU:s hemsida 2010).

Storleken på undersökningspopulationen är 39 personer. Totalt svarade 32 kuratorer. En enkät räknades som internt bortfall eftersom personen inte hade angett vilket sjukhus hon/han arbetade på. Svarsfrekvensen på enkätsvaren var 82,05%. Men tittar man på de enskilda sjukhusen så är svarsfrekvensen ojämn. Mölndals sjukhus hade en svarsfrekvens på 62%. Östra hade en svarsfrekvens på 93% och Sahlgrenska hade svarsfrekvens på 73%.

Att Mölndal hade lägre svarsfrekvens kan eventuellt hänga samman med att de är så få kuratorer i Mölndal och att det kan finnas en rädsla att lämna ut sig. Mölndal har nyligen drabbats av nedskärningar, samtliga öppenvårdsmottagningar skulle ta bort en paramedicinsk personal. Mölndals yrkessamordnare för kuratorer var en av de drabbade. Några år tidigare valde man också att omvandla en kuratorstjänst till en skötare/behandlartjänst. Ovanstående händelser kan ha skapat en ökad osäkerhet och rädsla bland kuratorerna i Mölndal. Östra sjukhusets kurators höga svarsfrekvens tyder på att de tycker att det var en angelägen uppsats och/eller att de ser ett kollegialt värde i att hjälpa den egna yrkesgruppen samt anser att forskning är viktig för kuratorer som yrkesgrupp. Svarsfrekvensen var ändå god.

6.3.4 Genomförandet

Jag gjorde en litteratursökning om olika enkätstudier som bedömer den psykosociala arbetsmiljön. Det finns många olika enkätundersökningar på marknaden som är vetenskapligt utvärderade (Arbetsmiljöverket 2003). Men jag valde att använda SU:s egen enkät eftersom det är av intresse att jämföra svaren med övriga SU. Enkäten skickades till samtliga kuratorer som arbetar inom allmänpsykiatri inom SU via internposten vt-2010.

Vid första utskicket upptäcktes att svarsalternativet hade blivit felvänt vilket gjorde att jag valde att skicka ut en ny enkät ihop med ett brev som uppmärksammade respondenten på föregående fel. Påminnelse skickades via ett mail efter 14 dagar

och skickades till samtliga kuratorer inom allmänpsykiatri inom Sahlgrenska universitetssjukhus, SU. Jag fick hjälp att förmedla enkäterna av yrkesutvecklarna som finns på varje sjukhus och som skulle dela ut enkäterna till kuratorerna. I Mölndal skickades dock enkäten till varje enskild kurator.

6.3.5 Generaliserbarhet

Med generaliserbarhet avses möjligheten att kunna dra generella slutsatser utifrån de resultat man hittar i en undersökning. Detta kanske inte är helt enkelt eftersom jag vänder mig enbart till kuratorer inom allmänpsykiatri inom SU. Om bortfallet hade varit stort hade det varit nödvändigt att analysera om detta berodde på någon särskilda anledning som gjorde att svaren blev missvisande. Ett exempel på detta kan vara om en specifik grupp inte svarar, exempelvis en bojkott från en avdelning. Man måste då som forskare fråga sig vad detta kan bero på samt om de svaren som inkommit kan vara representativa för helheten (Svenning 2003).

6.3.6 Validitet

Med begreppet validitet menas att man vid en undersökning verkligen mäter det man avser att mäta. Kraven för validitet är grundläggande. Vid en intervju kan man omformulera en fråga eller tillsammans med respondenten få ett svar klargjort. När en enkät används är risken att resultatet på grund av detta blir missvisande, vilket innebär en låg validitet – att jag inte lyckats mäta det jag avsåg att mäta. För att få svar på mina frågor tolkade jag svaren utifrån de teoretiska referenser och tidigare forskning. Jag anser att enkäten fångade in relevant empiri utifrån de perspektiv jag avsåg att undersöka. CMA har beprövade frågor så det kan antas att validiteten och reliabiliteten är god (Svenning 2003).

6.3.7 Reliabilitet

Reliabilitet inom testning och mätningar anger reliabiliteten tillförlitligheten i mätningen. Till exempel så skall resultatet vara detsamma vid upprepade mätningar och oberoende av vem som utför testet. Av reliabilitet följer inte att man har validitet som innebär att testet mäter det som det är avsett att mäta. Däremot kan ett test eller en mätning inte ha högre validitet än reliabilitet. Reliabilitet är svårt inom samhällsvetenskaplig forskning. Det finns många faktorer som kan påverka respondenten som man inte kan bortse ifrån, som exempelvis hur öppen och ärlig respondenten vågar vara om man tillhör en liten grupp. Kuratorerna utgör en liten grupp av anställda inom sjukvården, vilket kan vara viktigt att ha med i analysen (Svenning 2003).

6.3.8 Forskningsetiska frågor

Jag har tagit del av de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet har utformat (www.codex.vr.se 2010). Jag har dels skickat ett brev med syftet om min enkätundersökning samt att enkäten är anonym. De som medverkat kommer att få respons av undersökningen via sin yrkesutvecklare samt även från undertecknad om önskemål föreligger. Att medverka var frivillig. Jag kommer vid databearbetning inte använda mig av något personregister och personerna som medverkat i undersökningen har varit anonyma (Larsson, Lilja, Mannheimer 2005).

6.3.9 Förförståelse

Jag arbetar som kurator inom allmänpsykiatri och är väl insatt i arbetet. Det kan vara svårt att upptäcka sin egen kultur vilket troligtvis gör att jag har blinda fläckar som jag måste vara medveten om och som kan påverka min analys. Mycket av de diskussioner som förs handlar om kurators roll inom sjukvården. Kuratorn verkar i en naturvetenskaplig, medicinsk värld och där strukturen är utformad efter densamma. En kurators arbetsuppgifter kan också se olika ut samt kan vara utformad på många olika sätt. Kuratorn inom allmänpsykiatri arbetar i team ihop med många andra yrkeskategorier.

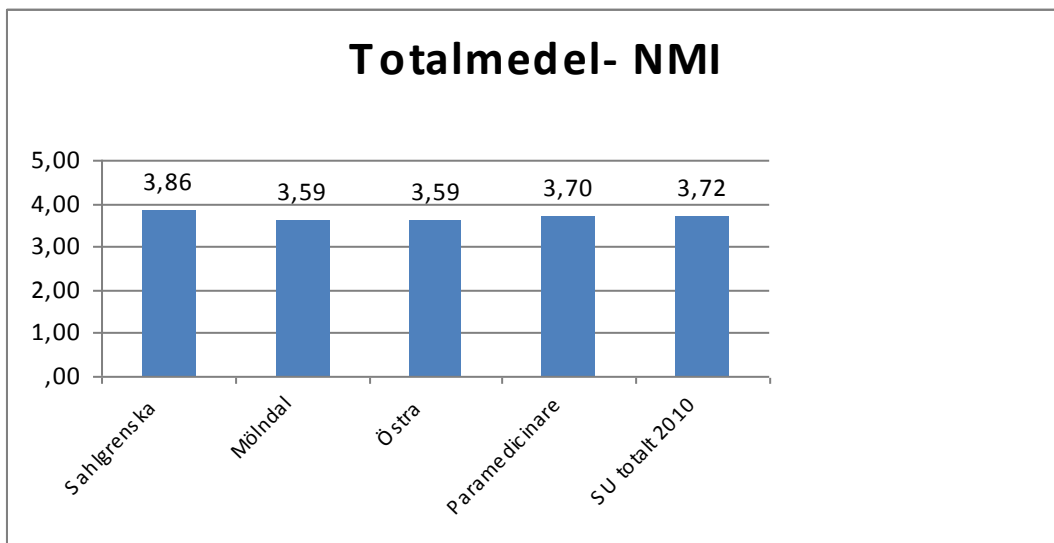
Andra yrkesgrupper kan ha en föreställning om vad kuratorn ska arbeta med och vara insatt i vilket kan leda till konflikter. Eftersom kuratorn har en generalistkompetens förväntas det att hon/han ska och kan hantera arbetsuppgifter som har en stor spännvidd. Att vara verksam i denna psykosociala arbetsmiljö och hantera situationer på så många olika nivåer kan vara stimulerande men också leda till negativa påfrestningar (Olsson 1999).

Kap 7 Statistisk redovisning

7.1 Resultat

Resultatet visar kuratorernas upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön inom allmänpsykiatrien på de tre sjukhusen, Sahlgrenska, Mölndal och Östra sjukhuset. Resultatet jämförs också med hela SU:s personal samt med samtliga paramedicinare. Det man får hålla i minnet är att kuratorerna också ingår i gruppen paramedicinare i SU:s medarbetarenkät. Antal kuratorer som ingick i undersökningen är 39 personer. Antalet anställda inom SU är ca.17 000 personer. Av dessa fick 13 802 medarbetare en webbenkät. Antal paramedicinare som besvarade enkäten 2010 var 824. Antal besvarade enkäten var totalt 9 117 styck, (svarsfrekvens på 66%).

I undersökningen framkommer det att kuratorerna upplever sin psykosociala arbetsmiljö något lägre både när man ser till samtliga paramedicinare och SU totalt. Medelvärdet är 3,66 för samtliga kuratorer i undersökningen. Tittar man på de olika sjukhusen blir bilden dock en annan.



I ovanstående tabell ser man att kuratorerna på Sahlgrenska upplever sin psykosociala arbetsmiljö mer positivt än övriga. Vad det beror på går inte att utläsa i min undersökning. Det jag funderar på är om det kan hänga samman med att Sahlgrenska sjukhuset är ett gammalt sjukhus med stabila traditioner där kuratorerna alltid varit väl förankrade i verksamheten. Både Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset tillkom senare och med flera nya yrkesgrupper inom paramedicin. Enligt Olssons (1990) var kuratorerna aktiva inom sjukvården sedan 1920-talet samt hade

ansvar för många uppgifter som senare lades över på annan paramedicinsk personal.

I nedanstående tabell kan man se antal arbetade år och hur kuratorerna trivs med den psykosociala arbetsmiljön. De som varit anställda ett år eller trivdes sämre än de som arbetat en längre tid. Detta kan ju hänga samman med det som både Olsson (1990) och Mc Michel (2000) tar upp dvs. att kuratorer måste kommunicera sitt arbete eftersom de saknar ett avgränsat arbetsområde. Abbot beskriver begreppet rättsliga befogenheter man har i ett arbetsfält. Detta saknar kuratorerna vilket kan medföra att det tar tid att få en självklar plats i arbetsgruppen. Mc Michel (2000) påpekar att andra yrkesgrupper ofta inte vet vad en kurator arbetar med.

Totalmedel - antal arbetade år

M3	Mean	N	Std. Deviation
1 år eller mindre	2,5897	1	.
1-5 år	3,5653	7	,47772
5-10 år	3,7385	4	,26033
10-20år	3,6869	6	,37766
20 år eller längre	3,7229	11	,51096
Totalt	3,6405	29	,46928

Vid en genomgång av samtliga frågeområden, såsom arbetsorganisation och förhållningssätt, arbetsglädje och stolthet, medarbetarskap, ledarskap, information, lärande och förbättring, människosyn, fysisk arbetsmiljö, hälsa, helhetsattityd, framkommer det följande:

Nöjd medarbetarindex

Inom hela SU var medelvärdet 3,72. För samtliga paramedicinare var det 3,7. För kuratorerna på Sahlgrenska var siffran 3,85, Östra 3,56 och Mölndal 3,56. (För att se olika branschjämförelse, se bilaga 4).

Fråga A - Arbetsorganisation och förhållningssätt

Sjukhus, arbetsorganisation och förhållningssätt:

- Sahlgrenska 3,78
- Mölndal: 3,40
- Östra 3,53
- Paramedicinare 3,80
- Totalt 2010 3,60

Arbetsorganisation och förhållningssätt tar upp frågor kring hur arbetet ska organiseras så att verksamhetens syfte främjas och medarbetarnas delaktighet, kompetens och villighet att bidra till organisationens mål tas till vara. Här ser man att Sahlgrenska kuratorer ligger i nivå med övriga paramedicinare medan Mölndals kuratorer inte upplever sig lika delaktiga. Även Östra ligger under och mer i nivå med SU total. Tittar man på hela kuratorsgruppen så ser man att de ligger i nivå med SU totalt men något under paramedicinare. Detta kan eventuellt tyda på att på kuratorernas plats i organisationen och i ett specifikt arbetsfält inte är lika förankrat som för övriga paramedicinare. Arbetskamraterna kanske inte vet vad kuratorn kan bidra med eftersom det inte vet vad en kurator gör detta framkom i Mc Michaels (2000) studie.

Fråga B - Arbetsglädje och stolthet

Sjukhus och arbetsglädje

- Sahlgrenska 3,88
- Mölndal 4,03
- Östra 3,74
- Paramedicinare 3,80
- Totalt 2010: 3,80

Arbetsglädje och stolthet handlar om vikten av att medarbetaren upplever en känsla av sammanhang, trygghet, värde, egenansvar och gemenskap på sin arbetsplats. Mölndals kuratorer och kuratorerna på Sahlgrenska ligger över både SU totalt och övriga paramedicinare. Östra ligger under samtliga. Jämför man hela kuratorsgruppen ligger de i nivå med SU och övriga paramedicinare. I Mc Michels (2000) studie framkom det att socialarbetarna hade en positiv uppfattning om sig själva och var stolta över sitt arbete. Studien visar att den status som en socialarbetare har på olika sjukhus varierar. Maslow anser att motivationens betydelse för den mänskliga prestationen och där trygghet, uppskattning och självförverkligande ingår i de högre målen. Kuratorerna på Mölndal och Sahlgrenska upplever att de har denna utveckling i högre utsträckning än kuratorerna på Östra. Gedin-Erixon (1992) tar upp att vi är varandras psykosociala arbetsmiljö.

Fråga C - Medarbetarskap

Sjukhus och medarbetarskap

- Sahlgrenska 3,86
- Mölndal 3,53
- Östra 3,45
- Paramedicinare 3,70
- Totalt 2010 3,80

Frågan medarbetarskap avser förmågan att arbeta tillsammans, gemenskap, återkoppling, trivsel med arbetskamrater, framföra åsikter, etc. Även här utmärker sig Sahlgrenskas kuratorer medan Mölndal och Östra ligger under både SU totalt och övriga paramedicinare. Tittar man på samtliga kuratorer ligger de under både SU total och paramedicinare. Även här tyder det på att kuratorerna på Sahlgrenska sjukhuset upplever en starkare förankring i arbetsgruppen samt har en mer självklar status jämfört med kuratorerna på Mölndal och Östra sjukhuset.

Kuratorerna i Mölndal och på Östra verkar ha svårare att hävda sig i arbetsgruppen. Där kan man fundera på är om orsakerna beror på att kuratorernas arbetsområde är svårt att definiera och om det är svårt för kuratorerna att skapa eller få en egen nisch. Olsson (1999) anser att kravet på formell kompetens saknas för kuratorsarbetet måste kuratorerna försvara sin position genom det arbete de utför. Det man kan fundera över är om kuratorerna kan uppleva vissa svårigheter i samarbetet med arbetskamrater pga. att de inte har ett tydligt och avgränsat arbetsområde vilket eventuellt också kan leda till en låg status i arbetsgruppen. Mc Michel (2000) studie visar att den status som en kurator har på olika sjukhus varierar. I studien beskrivs att statusen mer beror på den anställda individen än på professionen som helhet eftersom alla har ett eget sätt att värdera och kommunicerar sitt arbete. Det som framkommer är att kuratorerna inom sjukvården är tvungna att ständigt bevisa sig själva inför övrig personal. Det är möjligt att kuratorerna upplever det negativt att ständigt behöva bevisa sig själva inför övrig personal.

Fråga D - Ledarskap

Sjukhus och ledarskap

- Sahlgrenska 4,02
- Mölndal 3,61
- Östra 3,78
- Paramedicinare 3,60
- Totalt 2010 3,60

Denna fråga undersöker samspelet mellan närmsta chef och medarbetare gällande utveckling, återkoppling, konflikter, uppskattning, stöd, etc. Samtliga kuratorsgrupper

ligger över SU totalt och övriga paramedicinare. Sahlgrenskas kuratorer har högst värde med 4,2.

Argyris (1990) betonar att ledaren ska fördela makten. Han menar på att det som kännetecknar högpresterande grupper är empowerment som kan översättas med bemyndigande. Det innebär att människor får ta ett större ansvar för sina beslut och handlingar. Ledarskapet i detta sammanhang handlar då om att ge människor, tillit, självförtroende och respekt. Detta har flera chefer lyckats med. Mycket tyder också på att cheferna ser vad kuratorerna utför för arbete och kan ge de den enskilda kuratorn bra återkoppling. Det kan eventuellt vara det stöd som känns mest betydelsefullt för samtliga kuratorer i studien d.v.s. att de har chefens förtroende och får bekräftelse. Lenneér- Axelson & Thylefors (1991) har i en undersökning kommit fram till att det medarbetare uppskattar mest hos en chef är: att chefen var lyhörd och öppen, lyssnade, gav stöd, visade omtanke och lojalitet, tillit samt hade yrkeskompetens.

Fråga E - Information

Sjukhus och information

- Sahlgrenska 4,36
- Mölndal 4,00
- Östra 3,81
- Paramedicinare 3,90
- Totalt 2010 3,90

Denna fråga handlar om hur väl kommunikation är och belyser förutsättning för att varje medarbetare skall känna sig väl informerad och delaktig så att arbetet känns meningsfullt. Sahlgrenskas och Mölndals kuratorer ligger över SU totalt och övriga paramedicinare medan Östras kuratorer har det lägsta värdet. Ser man på hela kuratorsgruppen så ligger den på över 4,0 i medelvärde. Här kan man ju fundera över hur det kommer sig att kuratorerna på Östra inte upplever att de hittar den information de behöver. Det kan ju tyda på tidspress och att de har många stadsdelsnämnder med ett varierat kommunalt utbud att förhålla sig till samt att de arbetar i områden som har en tung social problematik. Mölndals kuratorer har bara en socialtjänst att förhålla sig till. Sahlgrenskas kuratorer kan eventuellt ha väl upparbetade och stabila kontakter. Krav-kontroll-stöd-modellen visar på att hög arbetsbelastning och lågt inflytande är en hälsorisk. Kuratorerna kan hjälpa till med ansökningar till kommunen men kan inte kräva insatser från kommunen. I tungt belastade områden finns det en risk att patienten inte får lika mycket stöd från kommunen som i ett mindre belastat område. Detta kan leda till att arbetsbördan ökar för sjukvårdens kuratorer i dessa områden. Det man också kan fråga sig är om det är något som brister i arbetsuppläggningsen på Östra. Theroll (2003) tar i sin modell, "Omgivningen och individen i arbete", faktorer som påverkar och vad det ger för effekter på individen. Han menar på att om individen inte kan nå ett mål eller

tillfredsställa ett behov så kan individen ta till olika anpassnings- eller försvarsmekanismer. Lennéer-Axelsson & Thylefors (1991) menar på att det inte är så enkelt att en viss arbetsmiljö alltid påverkar människor på samma sätt.

Fråga F - Lärande

Sjukhus, lärande och förbättring

- Sahlgrenska 4,26
- Mölndal 4,24
- Östra 4,06
- Paramedicinare 3,90
- Totalt 2010 3,90

Denna fråga undersöker personalens kompetensutveckling samt handlar om att växa i sin yrkesroll både som individ och som grupp. Samtliga kuratorsgrupper ligger över SU totalt och övriga paramedicinare. Sahlgrenska har bäst resultat följt av Mölndal. Östra hade lägst värde bland kuratorerna. Ser man på hela kuratorsgruppen så ligger de på 4,1 medan SU total och paramedicinare ligger på 3,9.

Flertalet av kuratorerna anser att de har användning av sin kompetens samt att de kan påverka sin kompetensutveckling. De upplever också att de har utvecklingsmöjligheter inom SU. Att uppleva att det finns utvecklingsmöjligheter på sin arbetsplats är en mycket positiv faktor för hälsan. Enligt Krav-kontroll-stöd-modellen är den bästa situationen när kraven något överstiger individens kompetens, kontroll och resurser. Det ger en situation av utveckling och lärande. (Karasek & Theorell 1990) Maslow tar upp behovet av självförverkligande och som är det sista steget i den s.k. behovstrappan.

Fråga G - Människosyn

Sjukhus och människosyn

- Sahlgrenska 4,56
- Mölndal 4,60
- Östra 4,28
- Paramedicinare 4,30
- Totalt 2010 4,30

Frågan tar upp att varje människa är unik med förmågan att utvecklas och ta ansvar. Var och en blir respekterad för den hon är och förutsätts handla med positiv avsikt – utifrån den kunskap och information hon har. Behandlas medarbetare jämställt oavsett kön, ålder, sexuell läggning, etnisk tillhörighet eller funktionshinder. Här ligger Mölndal högst följt av Sahlgrenska medan Östra ligger något under både SU totalt och övriga paramedicinare. Tittar man på hela kuratorsgruppen ligger de något över SU och övriga paramedicinare. God arbetsgemenskap och ett positivt sam-

arbetsklimat mellan arbetstagare är en mycket viktig faktor. Lennéer-Axelsson & Thylefors (1991) menar också på att den mogna gruppen är en grupp där var och en är stark nog att stå på egna ben men samtidigt upplever en samhörighet med de övriga. Viktigt att gruppen kan handskas med både självständighet som beroende och intimitet och att det i gruppen finns en ömsesidig respekt för vars och ens person. Gerdin-Erixon (1992) påpekar att alla människor på en arbetsplats är varandras arbetsmiljö. Det är vi människor som själva skapar arbetsmiljön genom olika handlingar och ageranden. Det är en viktig faktor att belysa dvs. att alla har ett ansvar angående den psykosociala arbetsmiljön. Flertalet av de anställda på SU upplever sin arbetsplats som en jämställd arbetsplats. Maslow (et al Rubenowitz 2004) menar att bristande arbetsengagemang, alienation, kan få till följd en känsla av maktlöshet och vantrivsel.

Fråga J - Fysisk arbetsmiljö

Sjukhus och fysisk arbetsmiljö

- Sahlgrenska 3,98
- Mölndal 3,72
- Östra 3,96
- Paramedicinare 3,30
- Totalt 2010 3,50

Frågan avser den tekniska och ergonomiska utformningen av arbetsplatsen och personalutrymmen. Det inkluderar t.ex. ventilation och buller. Samtliga kuratorsgrupper ligger över SU totalt och övriga paramedicinare. Bäst fysisk miljö har Sahlgrenska och Östras kuratorer. Mölndals kuratorer har något sämre resultat men ligger över SU totalt. Sämst fysisk arbetsmiljö har paramedicinare. Ser man på hela kuratorsgruppen så ligger de på 3,9. SU totalt på 3,5 och paramedicinare ligger på 3,3.

Att arbetsplatsen har en bra fysisk arbetsmiljö borde vara en självklarhet eftersom kunskap om densamma är välkänd och väldokumenterad. Den ergonomiska utformningen kan oftast åtgärdas med små medel såsom sitthöjd, rätt vinklar, avstånd, rullmus, ambulerande Stokke-stolar, massagefåtöljer etc. En besiktning av ergonomin skulle kunna förbättra många arbetsplatser.

Fråga K - Hälsa

Sjukhus och hälsa

- Sahlgrenska 3,56
- Mölndal 3,68
- Östra 3,47
- Paramedicinare 3,60
- Totalt 2010 3,60

Med frågan avses att ha tillräcklig med ork för att klara arbetets krav och ha en meningsfull fritid. Kuratorerna i Mölndal mår bäst medan kuratorerna på Östra mår sämre än SU totalt och övriga paramedicinare. Sahlgrenskas kuratorer ligger något över SU totalt och övriga paramedicinare. Detta kan tyda på att Östras kuratorer har en högre arbetsbelastning än övriga kuratorer. Det kan också bero på att Östras kuratorer verkar inom ett mer belastat upptagningsområden vilket kan medför en ökad vårdtyngd. Det kan också tyda på det som Olsson (1999) visar på dvs. att kuratorns roll och funktion från första början har varit inriktad på lyhördhet för andras behov samt anpassning till sjukvården. Eftersom kravet på formell kompetens saknas för kuratorsarbetet måste kuratorerna försvara sin position genom det arbete de utför. Den breda utbildningen innebär att kuratorn kan anpassa sig efter de växlande behoven inom sjukvården. Abbott (1988) anser att ju mer specifik en behandling är desto lättare är det för en profession att kontrollera den och försvara sin jurisdiktion, även om resultatet är svårt att mäta. Han menar på att det är genom det abstrakta kunskapskapitalet som en profession befäster sin ställning och sitt anspråk på jurisdiktion. I skriften (SOU 2009:47) framkommer det att individens kapacitet bör väga någorlunda jämnt. För stor obalans under för lång tid kan leda till sämre hälsa.

Fråga L - Helhetsattityd

Sjukhus och helhetsattityd

- | | |
|----------------------|-------------|
| ○ Sahlgrenska | 3,18 |
| ○ Mölndal | 2,69 |
| ○ Östra | 3,17 |
| ○ Paramedicinare | 3,00 |
| ○ <u>Totalt 2010</u> | <u>3,20</u> |

Denna fråga handlar om känslan att ingå i ett tydligt sammanhang och se sambandet mellan det egna arbetet och den övriga verksamheten. Samtliga kuratorer ligger under SU totalt. Sahlgrenska och Östra ligger över paramedicinare medan Mölndal hade det lägsta värdet.

Paramedicinare inom sjukvården verkar inom en naturvetenskaplig styrd verksamhet och där de fysiska förklaringsmodellerna ofta har hög status framför andra förklaringsmodeller.

Abbott (1988) menar att de interna och externa faktorer är de som påverkar. Han delar in de interna faktorerna i tre grupper: diagnos dvs. hur ett problem definieras, slutledning dvs. processen mellan diagnos och behandling och därefter behandling dvs. vilka åtgärder som ska sättas in. Här kan det vara en stor skillnad mellan ett mer medicinskt synsätt och paramedicinskt synsätt.

Abbott (1988) anser att ju mer specifik en behandling är desto lättare är det för en profession att kontrollera den och försvara sin jurisdiktion, även om resultatet är svårt att mäta. Han påpekar att det behövs en behandlingsstrategi, framför allt när kopplingen mellan diagnos och behandling är oklar. Det utgörs av delen som kallas slutledning. Denna kunskap är abstrakt och yrkesspecifik för professionen. Han visar att det är genom det abstrakta kunskapskapitalet som en profession befäster sin ställning och sitt anspråk på jurisdiktion. Enligt Abbott (1988) pågår det en ständig kamp mellan olika professioner om jurisdiktion, och försök att utvidga sina yrkesområden.

Olsson (1999) anser att kuratorernas breda utbildning innebär att kuratorn kan anpassa sig efter de växlande behoven inom sjukvården och att detta är en stor fördel för sjukvård men det stärker inte sjukhuskuratorernas sociala position. Upplevelsen att inte bli lyssnad på kan eventuellt bli förstärkt eftersom kuratorerna saknar en jurisdiktion och legitimation. Frågan är om kuratorerna upplever att de psykosociala förklaringsmodellerna har en undanskymd plats inom psykiatrin samt att det kan vara svårt att få gehör.

Kap 8 Slutsatser

8.1 Slutdiskussion

Det som framkommer i min studie är att den psykosociala arbetsmiljön ser olika ut på de olika sjukhusen. Hur detta kommer sig kan det finnas olika förklaringsmodeller till. Olika kulturer och traditioner på de olika sjukhusen, socialt belastade områden med olika vårdtyngd eller skillnader i social belastning, otydlig jurisdiktion och eventuellt avsaknad av legitimation, yrkets status på arbetsplatsen, andras förståelse av yrkesprofessionen samt hur väl yrkesgruppen lyckas kommunicerar sitt arbete. Någon entydig förklaring finns inte varför den psykosociala arbetsmiljön ser olika ut för kuratorer inom samma organisation men med placering på de olika sjukhusen.

Bolin (2009) som har undersökt en mängd arbetsmiljöstudier kom fram till att några direkta samband mellan arbetsplats och hälsa var motsägelsefullt.

Mölndals kuratorer är de som känner sig minst delaktiga i arbetsorganisationen i kuratorsgruppen. När det gäller hälsa har de det högsta medelvärdet i kuratorsgruppen. Den slutsats man kan dra är att kuratorerna i Mölndal inte är så engagerade eller att de inte blir insläppt i organisationen eller i arbetsgruppen. De verkar ha lyckats skapa sig en egen arena inom vilket de kan trivas och verka.

Östras kuratorer känner inte särskild stor delaktighet i organisationen. Deras arbetsglädje är inte heller särskilt hög. När det gäller medarbetarskap har de också här det lägsta medelvärdet av alla kuratorsgrupper. Människosynen på deras arbetsplats har lågt medelvärde jämfört med övriga. Den slutsatsen man kan dra är att de har en hög arbetsbelastning samt inte känner sig lyssnade på. De lider också av sämre hälsa och verkar inte heller att de har så stora möjligheter att påverka sin arbetssituation.

Sahlgrenskas kuratorer känner en hög delaktighet i organisationen. De upplever också en stor arbetsglädje och har det högsta medelvärdet av alla personalgrupper. När det gäller medarbetarskap är de också mycket nöjda. Hälsan kunde dock vara bättre. De slutsatser man kan dra är att de upplever sig delaktiga i utvecklingsarbetet på sin arbetsplats. Den psykosociala arbetsmiljön tycks vara god men arbetstempot är lite för högt.

Det som också framkommer i studien är att samtliga kuratorsgrupper har ett bra stöd från sin närmaste chef. De har också möjlighet till kompetensutveckling samt är nöjda med den fysiska miljön.

Abbot påpekar att ju mer specifik en behandling är desto lättare är det för en profession att kontrollera och försvara sin jurisdiktion. När man ser på kuratorernas arbetsuppgifter och deras kunskap som spänner över många områden blir det tydligt att det kan bli svårt för dem att få eller att försvara en egen jurisdiktion. Abbott menar att om en profession försöker muta in ett för stort område innebär kan det bli svårt att hålla kontrollen. Ser man på kuratorns utveckling inom sjukvården framkommer det att de lämnat ifrån sig många arbetsuppgifter till andra professioner. Frågan man får ställa sig är om kuratorerna bör smalna av sitt arbetsfält ytterligare för att uppnå en jurisdiktion för att eventuellt få en yrkeslegitimation. Enligt Olsson (1999) tycks det som många kuratorer har gjort ett eget val genom att arbeta mer med psykoterapi för att få en tydlig jurisdiktion i den egna arbetsgruppen. Olsson (1999) tar upp att det är lättare att förklara vad man gör men att risken finns att kuratorer betraktas som B-psykologer. Hon ansåg att det var viktigt att värna om det psykosociala arbetet. Ser man till Socialstyrelsens krav om att all vård ska vara evidensbaserad blir det än tydligt att kuratorerna inte gagnas av att arbeta inom ett för stort fält eftersom det psykosociala arbetet, där man ser till hela människans behov på olika nivåer, kan vara svårt att mäta och få evidensbaserat. Det finns en risk att Socialstyrelsen framledes inte vill rekommendera psykosociala insatser. Detta gör eventuellt att upplevelsen av uppskattning minimeras för kuratorerna.

Abbott hävdar att det professionella yrkeskunskapssystemet alltid försöker att uppnå legitimering, forskning och utbildning. Eftersom detta minskar sårbarheten för inre och yttre attacker. Olsson (1999) menar att varje kurator själv måste försvara sin position genom det arbete de utför. Abbott skiljer på kulturella och sociala krafter av både intern och extern karaktär. De sociala och kulturella krafterna utför en slags kontroll i yrkesgruppssystemet. Den sociala kontrollen utgörs av officiella och legala anspråk. Den kulturella kontrollen kommer ur arbetet med uppgiften och legitimeras av formell kunskap som har sitt ursprung i generella värderingar. Kuratorn är den grupp paramedicinaren som har en relativ lång historia inom sjukvården. Kanske avspeglar sig detta i att kuratorer på det äldre sjukhuset har en annan position än på de på nyare sjukhusen. Olsson (1999) anser att kuratorerna alltid har anpassat sig till de växlande behoven som sjukvården haft men inte bevakat sin sociala position. Kuratorerna på nyare sjukhus har haft svårt för att få en lika god arbetsmiljö som kuratorerna på det äldre sjukhuset i studien.

Kommunens utbyggnad av olika verksamheter kanske också gör att sjukvården inte upplever samma behov av en kurator. Andra yrkesgrupper anser kanske att de kan ta över de psykosociala arbetsuppgifterna för att bredda sin jurisdiktion.

Maslows motivationsteori avser behoven av, trygghet, gemenskap, uppskattning och självförverkligande. Kuratorerna på de nyare sjukhusen Mölndal och Östra upplevde inte så mycket gemenskap och uppskattning i arbetsgruppen. Kuratorerna upplevde sig inte heller delaktiga i sin organisation. Att de inte var delaktiga kan eventuellt vara en självvald strategi. Det kan också bero på att de inte upplever sig lyssnade på. Mc

Michaels studie (2000) påpekar att andra yrkesgrupper inte förstod vad en kurator gör och de ansåg inte att dessa arbetsuppgifter hörde hemma inom sjukvården. Krav-kontroll-stöd-modellen tar upp vikten av socialt stöd. Mycket tyder på att stödet saknas för kuratorerna på de två nyare sjukhusen i studien. De har dock stöd från sina chefer. Undersökningen visade att kuratorerna hade möjlighet att påverka hur arbetet skulle utföras men att många upplevde att arbetsbelastningen var för hög. Krav-kontroll-stöd-modellen visar att en hög arbetsbelastning och lågt inflytande är en hälsorisk. Mycket tyder på att kuratorer på Mölndals sjukhus har hittat olika copingstrategier för att hantera de delar i sin arbetssituation som de inte är nöjda med.

Denna studie hade troligtvis blivit mer intressant om jag hade kunnat komplettera den med en kvalitativ undersökning. Den hade kunnat ge svar på frågan varför den psykosociala arbetsmiljön upplevs så olika på de tre sjukhusen i studien. Min förhoppning är att de olika kuratorsgrupperna kan använda min studie som underlag för fortsatta diskussioner:

- Hur kommer det sig att kuratorerna på Sahlgrenska sjukhuset har lyckats skapa en sådan positiv psykosocial arbetsmiljö?
- Kan dessa metoder eventuellt implementeras på Östra och Mölndals sjukhus?

Det skulle vara intressant att undersöka om en annan grupp paramedicinare på de tre undersökta sjukhusen skulle ge ett liknande resultat. Jag blir också nyfiken på om kuratorsrollen skiljer sig åt i övriga län beroende på om det är ett äldre eller ett nyare sjukhus.

Det man kan fråga sig är vart kuratorsrollen är på väg och hur kuratorerna kan hantera sin plats i organisationen beroende på de olika kulturerna som råder på de olika sjukhusen och Socialstyrelsens krav på en evidensbaserad forskning. Det verkar emellertid angeläget att kuratorerna hittar en mer uttalad jurisdiktion som är tydlig även för övrig personal och för Socialstyrelsen.

Jag tycker att jag har haft en stor nytta av de teorier jag använt mig av, vilka har varit ett bra stöd för min studie. Andra teorier hade eventuellt kunnat tillföra ytterligare dimensioner i min studie, exempelvis teorier som tar upp hur arbetet påverkas av att arbeta i socialt utsatta områden. Det jag saknat i mitt arbete är att det finns så lite forskning när det gäller sjukhuskuratorer.

Referenser

- Abbott, A (1988). *The system of professions - an essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Arbetsmiljöverket (2009). *God arbetsmiljö en framgångsfaktor* SOU 2009:47 En skrift från arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet, Stockholm.
- Argyris, C. (1990). *Overcoming organizational defenses: facilitating organizational learning*. Boston. Allyn and Bacon.
- Bolin, M (2009). *The importance of organizational characteristics for psychosocial working conditions and health*. Umeå : Department of sociology, Umeå universitet.
- CMA, Centrum för marknadsanalys AB. Lidköping.
- Eppler, M. m.fl. (1985) *Psykosocial arbetsmiljö i praktiken*, Malmö. Liberförlag.
- Gedin-Erixon, A. (1992). *Arbetets lust och leda - om psykosocial arbetsmiljö*, Stockholm. Gidlund.
- Granér, R. (1991) *Arbetsgruppen Den professionella gruppens psykologi*, Lund. Studentlitteratur.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books.
- Larsson, S. Lilja, J. Mannheimer, K. (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund, Studentlitteratur.
- Leennér Axelsson, B. & Thylefors, I. (2005) *Arbetsgruppens psykologi*. Stockholm, Natur och kultur.
- Lennér-Axelsson, B. Thylefors, I. (1991) *Arbetsgruppens psykologi*. Finland, Bonniers.
- Locumrum* (2004) Tidning nr.4, s. 11.
- Lundin, A. m fl. (2007). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Polen, Studentlitteratur
- Markström, U. (2004) *Den svenska psykiatrireformen: Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå, Borea

Mc Michael, A. (2000) *Professional identity and continuing education: a study of social workers in hospital settings*, *Social work education* 19(2): 175-183

Nyström, J. m.fl. (2004) *Bättre möten på jobbet*. Lund, Studentlitteratur.

Olsson, S. (1999) *Kuratorn förr och nu*. Akademisk avhandling, Göteborg

Rubenowitz, S. (2004) *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund, Studentlitteratur.

Svedberg, L. (2007) *Om grupper, organisation och ledarskap*. Lund, Studentlitteratur.

Svenning, C. (2003) *Metodboken: samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling*. Eslöv, Lorentz.

Theorell, T. (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund, Studentlitteratur.

Thylefors, Ingela (2004) *Inflytande, delaktighet och egenkontroll*. En studie bland statligt anställda av utvecklingsrådet, Trydells Tryckeri.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. Polen, Studentlitteratur.

Westergren, A m.fl. (2006). *God arbetsmiljö*. Göteborg, Tholin & Larsson.

Webbadresser

Mental health and personal at structural levels promote,

<http://www.google.se/#q=Mental+health+and+personal+at+structural+levels+promote+%2B+Freud+work,+love,+joy&hl=sv&biw=1579&bih=679&ei=esr7TJbtloqWOqOrodYK&start=10&sa=N&fp=6b6485524c5c6631>, (6/12-10, kl. 18.30).

Le Duc, Michaël. (2007). *Metodhandbok som tankekarta*. e-handbok. Koncept version 0.7. Februari 2007. Mälardalens högskola,
http://www.eki.mdh.se/personal/mlc01/metod-0-7/validitetoch_reliabilitet.html (23/11-10 kl. 21.00).

Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se/> (6/12-10. kl. 17.50).

Öppna jämförelser och utvärdering 2010 – Psykiatrisk vård. Socialstyrelsen, artikel 2110-6-6 (2010). <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa> (15/12-10 kl. 12.00)

Socialstyrelsen, nationella riktlinjer,

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer> (6/12-10 kl. 18.15).

Sahlgrenska universitetssjukhus, <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Historik/>, (6/12-10, kl. 18.20).

Svenska kuratorsföreningen, psykosocialt arbete praktik och forskning, http://www.kurator.se/?page_id=93 (6/12-10 kl. 18.20).

Ullåkers historia, <http://hem.bredband.net/stusva/Om%20Sture/ullerakerhistoria.htm> (6/12-10 kl. 17.20).

SOU- Statens offentliga utredningar

SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Socialdepartementet (2006).

SOU 2009:47. God arbetsmiljö en framgångsfaktor. En skrift från arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet, Stockholm (2009).

Bilaga 1 - Enkät och brev

Hej, jag har läst Magisterprogrammet på socialhögskolan och i den utbildningen avslutas kursen med en D-uppsats. Jag arbetar som kurator inom psykiatri och tänkte att min D-uppsats ska undersöka kuratorns psykosociala arbetsmiljö inom psykiatri i Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset.

Kuratorerna inom sjukvården har både olika kompetenser samt olika inriktningar på sitt arbete. Många frågor har därför fokus kring vad som ingår i kuratorns roll. Jag vill lägga fokus på att undersöka hur kuratorerna själva upplever sin arbetsmiljö utifrån ett psykosocialt perspektiv.

Metod

Planeringen är att göra en kvantitativ undersökning och jämföra sjukhusen samt även jämföra med SU:s enkät för paramedicinare inom allmänpsykiatri.

Syfte

Att ta reda på hur kuratorerna inom psykiatri upplever arbetsmiljö utifrån ett psykosocialt perspektiv. Att trivas på sitt arbete och att vara nöjd med det arbete man utför är viktigt. Den arbetsvetenskapliga forskningen har visat, att missnöje med den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön oftast ger negativa effekter för verksamheten.

Urval

Att man är socionom och har arbetat som kurator inom allmänpsykiatri de senaste 6 mån, minst deltid i öppen eller slutenvården. Psykos, beroende och rättspsyk. ingår ej.

Enkäten är anonym.

FRÅGA 1

Ringa in rätt svar.

Jag arbetar inom:

Slutenvård Öppenvård

Jag arbetar på

Mölnbalds sjukhus Sahlgrenska sjukhuset Östra sjukhuset

Frågeformuläret är indelat i en femgradig skala där 1 betyder "instämmer inte alls" och 5 "instämmer helt".

A. Arbetsorganisation & förhållningssätt

Arbetet ska organiseras så att verksamhetens syfte främjas och att medarbetarnas delaktighet, kompetens och villighet att bidra till organisationens mål tas till vara.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Jag känner till enhetens mål.

1 2 3 4 5

2. Jag är delaktig i att ta fram enhetens mål.

1 2 3 4 5

3. Jag arbetar aktivt för att enhetens mål ska uppfyllas.

1 2 3 4 5

4. Jag håller hög kvalitet i mitt arbete.

1 2 3 4 5

5. Jag känner att mitt arbete har betydelse för Sahlgrenska universitetssjukhusets verksamhet.

1 2 3 4 5

6. Jag har en lagom arbetsbelastning.

1 2 3 4 5

7. Jag kan oftast själv bestämma arbetstakten.

1 2 3 4 5

8. Jag kan påverka hur jag ska utföra mitt arbete.

1 2 3 4 5

9. De krav som ställs på mig i mitt arbete är rimliga.

1 2 3 4 5

10. Min avdelning har väl fungerande arbetsrutiner.

1 2 3 4 5

11. Vi har en bra arbetsfördelning på arbetsplatsen.

1 2 3 4 5

12. Jag hinner ta till mig information som är nödvändig i mitt arbete.

1 2 3 4 5

13. Jag har möjlighet att vid behov ta paus under arbetsdagen.

1 2 3 4 5

14. Jag upplever ofta stress i min arbetssituation som påverkar mig negativt.

1 2 3 4 5

15. Jag arbetar kostnadsmedvetet.

1 2 3 4 5

B. Arbetsglädje och stolthet

Det är viktigt att medarbetarna upplever en känsla av sammanhang, trygghet, värde, egenansvar och gemenskap på sin arbetsplats.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Jag känner motivation i mitt arbete.

1 2 3 4 5

2. Jag trivs med mina arbetsuppgifter.

1 2 3 4 5

3. Jag känner mig delaktig och kan påverka min arbetssituation.

1 2 3 4 5

4. Jag har oftast en positiv känsla inför arbetet.

1 2 3 4 5

5. Jag är ofta nöjd med mitt arbete efter arbetsdagen.

1 2 3 4 5

6. Jag får stöd och uppmuntran när jag kommer med förslag till förbättringar.

1 2 3 4 5

C. Medarbetarskap

Förmågan att arbeta tillsammans.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Jag anser att vi har en bra gemenskap och sammanhållning på arbetsplatsen.

1 2 3 4 5

2. Jag känner mig respekterad av mina arbetskamrater.

1 2 3 4 5

3. Jag anser att vi ger varandra återkoppling (feedback) på varandras arbete.

1 2 3 4 5

4. Jag anser att på min avdelning/enhet delar vi med oss av våra kunskaper och erfarenheter till varandra.

1 2 3 4 5

5. Jag anser att på min avdelning/enhet vågar alla framföra sina åsikter.

1 2 3 4 5

6. Jag anser att vi har väl fungerande arbetsplatsträffar.

1 2 3 4 5

7. Jag har möjlighet att föra fram egna åsikter och förslag på arbetsplatsträffen.

1 2 3 4 5

8. Jag deltar aktivt på våra arbetsplatsträffar

1 2 3 4 5

D. Ledarskap

Samspelet mellan ledare och medarbetare.

Med närmaste chef avses den linjeförman som har personal-, ekonomi- och arbetsmiljöansvar.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. ... utövar ett ledarskap som får mig att växa och utvecklas.

1 2 3 4 5

2. ... kan ge kritik utan att jag känner mig arg eller sårad.

1 2 3 4 5

3. ... kan ta kritik utan att bli arg eller sårad.

1 2 3 4 5

4. ... tar tag i problem och konflikter som rör arbetet.

1 2 3 4 5

5. ... behandlar alla medarbetare respektfullt.

1 2 3 4 5

6. ... är bra på att visa uppskattning.

1 2 3 4 5

7. ... är bra på att fatta nödvändiga beslut.

1 2 3 4 5

8. ... är bra på att informera om viktiga händelser och beslut.

1 2 3 4 5

9. ... ger mig det stöd som jag behöver i mitt arbete.

1 2 3 4 5

10. Jag är som helhet nöjd med min närmaste chef.

1 2 3 4 5

11. Har du haft ett utvecklingssamtal under de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej gå vidare till fråga 16

Ej relevant (nyanställd, tjänstledig etc.) gå vidare till fråga 16

Ange i vilken grad du instämmer i följande påståenden om ditt senaste utvecklingssamtal:

12. Vi har gemensamt tagit fram en skriftlig handlings- och kompetensutvecklingsplan för mig.

instämmer inte alls instämmer helt

1 2 3 4 5

13. Vi har talat om vilka förväntningar min chef har på mig.

1 2 3 4 5

14. Åtgärder som vi kommer överens om i utvecklingssamtalet blir genomförda.

1 2 3 4 5

15. Jag är som helhet nöjd med samtalet.

1 2 3 4 5

16. Har du haft ett lönesamtal under de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej

Ej relevant (nyanställd, tjänstledig etc.)

17. Jag vet vilka faktorer/lönekriterier som styr lönesättningen.

1 2 3 4 5

18. Jag kan påverka min lön genom mina arbetsinsatser

1 2 3 4 5

E. Information

En fungerande kommunikation är en förutsättning för att varje medarbetare skall känna sig väl informerad och delaktig, så att arbetet känns meningsfullt.

Instämmer inte alls instämmer helt

1. Jag har tillräckligt med information för att kunna arbeta effektivt.

1 2 3 4 5

2. Jag tar själv ansvar för att söka den information jag behöver.

1 2 3 4 5

3. Jag har lätt att hitta den information jag behöver.

1 2 3 4 5

F. Lärande och förbättring

Kompetensutveckling handlar om att växa i yrkesrollen både som individ och som grupp.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Jag har de kunskaper som krävs för att jag ska kunna utföra mitt arbete.

1 2 3 4 5

2. Jag har användning för min kompetens i mitt arbete.

1 2 3 4 5

3. Jag kan påverka min kompetensutveckling.

1 2 3 4 5

4. Jag tar initiativ för att få den utveckling jag behöver för att nå målen i mitt arbete.

1 2 3 4 5

5. Det finns tillräckligt med utvecklingsmöjligheter för mig i min yrkesroll inom Sahlgrenska universitetssjukhuset.

1 2 3 4 5

G. Människosyn

Varje människa betraktas som unik med förmåga att utvecklas och ta ansvar. Var och en blir respekterad för den hon är och förutsätts handla med positiv avsikt – utifrån den kunskap och information hon har.

1. ... behandlas alla medarbetare jämställt oavsett kön.

Instämmer inte alls Instämmer helt

2. ... behandlas alla medarbetare jämlikt oavsett ålder.

1 2 3 4 5

3. ... behandlas alla medarbetare jämlikt oavsett om man är funktionshindrad eller inte.

1 2 3 4 5

4. ... behandlas alla medarbetare jämlikt oavsett sexuell läggning.

1 2 3 4 5

5. ... behandlas alla medarbetare jämlikt oavsett etnisk tillhörighet.

1 2 3 4 5

H. Kränkningar/Trakasserier

En god arbetsgemenskap kännetecknas bland annat av ett respektfullt, positivt och öppet förhållningssätt till varandra.

1. Har du personligen, under det senaste året, varit utsatt för kränkande särbehandling/mobbning på din arbetsplats? (t.ex. vid återkommande tillfällen blivit utfrusen, blivit utsatt för oönskade skämt och otrevliga)

Ja

Nej

2. Har du personligen, under det senaste året, varit utsatt för sexuella trakasserier på din arbetsplats? (t.ex. *ovälkomna sexuella skämt, anspelningar, beröring osv.*)

Ja

Nej

3. Har du personligen, under det senaste året, varit utsatt för trakasserier på din arbetsplats på grund av sexuell läggning, etnisk tillhörighet eller funktionshinder?

Ja

Nej

***) Om ja på frågor ovan**

Från anställd

Från patient/anhörig

I. Hot och våld i arbetet

Med hot och våld avses alla muntliga och skriftliga uttalanden liksom ageranden, förföljelse eller sabotage som görs i syfte att skrämja eller framkalla fruktan om hot eller våld.

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Har du under det senaste året varit utsatt för hot i arbetet? | Ja | Nej |
| 2. Om Ja – Har du rapporterat händelsen till din närmaste chef? | Ja | Nej |
| 3. Har du under det senaste året varit utsatt för våld i arbetet? | Ja | Nej |
| 4. Om Ja – Har du rapporterat händelsen till din närmaste chef? | Ja | Nej |

J. Fysisk arbetsmiljö

Med fysisk arbetsmiljö avses den tekniska och ergonomiska utformningen av arbetsplatsen och personalutrymmen. Det inkluderar t.ex. ventilation och buller.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Jag har en bra fysisk arbetsmiljö.

1 2 3 4 5

2. Jag känner att min arbetsmiljö är trygg och säker.

1 2 3 4 5

3. Jag har väl fungerande tekniska hjälpmedel (t.ex. datorer, användarsystem m.m.).

1 2 3 4 5

4. Jag har väl fungerande ergonomiska hjälpmedel (t.ex. lyfthjälpmiddel, belysning, arbetsbord m.m.).

1 2 3 4 5

5. Jag är nöjd med det arbete som görs för att förbättra den fysiska arbetsmiljön.

1 2 3 4 5

K. Hälsa

Hälsa är att ha tillräckligt med ork för att klara arbetets krav och ha en meningsfull fritid.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1. Min chef intresserar sig för min hälsa och mitt välbefinnande.

1 2 3 4 5

2. Jag kan prata med mina arbetskamrater om hur jag mår

1 2 3 4 5

3. Jag anser att Sahlgrenska universitetssjukhusets hälso- och friskvårdssatsningar är till nytta för mig.

1 2 3 4 5

4. Jag kan koppla av från arbetet när jag kommer hem.

1 2 3 4 5

5. Jag har ofta sömnsvärigheter, huvudvärk eller magproblem (som jag tror eller vet har med arbetet att göra).

1 2 3 4 5

6. Jag är ofta så trött efter arbetet att jag har svårt att umgås med familj, träffa vänner, utöva fritidsaktiviteter eller dylikt.

1 2 3 4 5

L. Helhetsattityd

Helhetssyn handlar om känslan att ingå i ett tydligt sammanhang och att se sambandet mellan det egna arbetet och den övriga verksamheten.

Instämmer inte alls Instämmer helt

1 Jag är som helhet nöjd med min arbetssituation.

1 2 3 4 5

2. Jag är som helhet nöjd med Sahlgrenska universitetssjukhus som arbetsgivare.

1 2 3 4 5

3. Jag är stolt över att jobba på Sahlgrenska universitetssjukhus.

1 2 3 4 5

4. Jag kan tänka mig att rekommendera Sahlgrenska universitetssjukhus som arbetsgivare.

1 2 3 4 5

5. Jag kan tänka mig att rekommendera andra att söka arbete på min arbetsplats.

1 2 3 4 5

6. Jag har god kunskap om Sahlgrenska universitetssjukhuset organisation

1 2 3 4 5

7. Jag känner till Sahlgrenska universitetssjukhusets vision och mål

1 2 3 4 5

8. Jag känner förtroende för att ledningen för Sahlgrenska universitetssjukhuset*) verkar för...

Instämmer inte alls Instämmer helt

a. ... öppenhet

1 2 3 4 5

b. ... delaktighet

1 2 3 4 5

c. ... en god arbetsmiljö

1 2 3 4 5

d. ... en jämställd arbetsplats

1 2 3 4 5

e. ... goda arbetsvillkor

1 2 3 4 5

f. ... kunskapsutveckling och karriärmöjligheter

1 2 3 4 5

***) I sjukhusledningen ingår förutom sjukhusdirektör och områdeschefer, personaldirektör, ekonomidirektör, kvalitetsdirektör, affärsutvecklingsdirektör, kansli- och kommunikationsdirektör samt representant för Sahlgrenska Akademin.**

M. Bakgrundsfrågor

2. Vilken åldersgrupp tillhör du?

29 år eller yngre

30-39 år

40-49 år

50-59 år

60 år eller äldre

3. Hur länge har du arbetat inom SU?

1 år eller mindre

1-5 år

5-10 år

10-20 år

20 år eller mer

Skicka enkäten i ett internkuvert till:

Öppen.psyk.mottagningen, Krokslätt

Kerstin Sjöo

Fredåsg 13

431 67 Mölndal

Har du frågor så går det bra att kontakta mig på tel. 031-343 26 19

Bilaga 2 Personalvision 2010

Utgångspunkt för SU/VG-regionens "Personalvision 2010" var/är att undersöka:

Människosyn

Förhållningssätt

Medarbetarskap & ledarskap

Kommunikation & mötesplatser

Arbetsorganisation & strukturer

Arbetsglädje & stolthet

En god arbetsgemenskap

Lärande & förbättring

Bilaga 3 Statistik

Enkätfrågorna A1-M3

Sjukhus		A1. Jag känner till enhetens mål	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
Sahlgrenska	Medel	4,45	3,18	4,09	4,45	4,09	3,27	3,27	4,00
	N	11	11	11	11	11	11	11	11
	Std. Deviation	,688	,874	,944	,522	,701	,786	,647	,447
Möln Dahl	Medel	3,20	3,20	3,20	4,20	3,40	3,20	3,75	4,00
	N	5	5	5	5	5	5	4	5
	Std. Deviation	1,483	1,483	1,483	,447	1,342	,837	,957	,707
Östra	Medel	3,73	3,36	3,60	4,27	3,73	3,47	3,53	4,00
	N	15	14	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	,961	,929	,737	,594	,961	,743	,640	,655
Total	Medel	3,90	3,27	3,71	4,32	3,81	3,35	3,47	4,00
	N	31	30	31	31	31	31	30	31
	Std. Deviation	1,044	,980	,973	,541	,946	,755	,681	,577

A9	A10	A11	A12	A13	A14
3,55	3,73	3,73	3,91	3,36	3,82
11	11	11	11	11	11
,820	,647	,905	,831	1,027	,603
4,00	3,60	2,80	4,00	4,00	3,00
5	5	5	5	5	5
,707	,894	,837	1,000	1,000	,707
3,87	3,07	3,20	3,27	3,53	3,13
15	15	15	15	15	15
,640	,884	,862	,799	,640	1,060
3,77	3,39	3,32	3,61	3,55	3,35
31	31	31	31	31	31
,717	,844	,909	,882	,850	,915

A15	B1	B2	B3	B4	B5	B6	C1	C2
3,82 11 ,751	4,09 11 ,539	4,18 11 ,603	3,73 11 ,467	3,82 11 ,751	3,91 11 ,701	3,55 11 ,688	3,73 11 ,647	4,27 11 ,786
2,80 5 1,095	4,20 5 ,447	4,20 5 ,447	4,20 5 ,837	4,00 5 ,707	4,00 5 ,000	3,60 5 ,548	4,00 5 ,707	4,40 5 ,548
3,27 15 ,799	3,93 15 ,594	4,00 15 ,845	3,67 15 ,816	3,60 15 ,828	3,67 15 ,488	3,60 15 ,986	3,67 15 ,900	3,92 13 ,760
3,39 31 ,882	4,03 31 ,547	4,10 31 ,700	3,77 31 ,717	3,74 31 ,773	3,81 31 ,543	3,58 31 ,807	3,74 31 ,773	4,14 29 ,743
C3	C4	C5	C6	C7	C8	D1	D2	D3
3,45 11 ,522	3,91 11 ,539	3,36 11 ,674	3,64 11 ,674	4,18 11 ,603	4,36 11 ,674	3,73 11 ,786	4,00 11 ,894	3,91 11 1,136
3,20 5 ,837	3,40 5 ,894	3,40 5 ,894	2,60 5 ,548	3,80 5 ,447	3,40 5 ,548	3,60 5 1,140	3,60 5 ,548	3,40 5 ,548
3,07 15 ,961	3,33 15 1,113	3,27 15 1,100	3,40 15 1,121	4,00 15 1,069	3,67 15 1,113	3,47 15 1,187	3,67 15 1,113	3,60 15 1,242
3,23 31 ,805	3,55 31 ,925	3,32 31 ,909	3,35 31 ,950	4,03 31 ,836	3,87 31 ,957	3,58 31 1,025	3,77 31 ,956	3,68 31 1,107

D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13
3,64 11 ,809	4,18 11 ,751	3,55 11 1,036	3,91 11 ,831	4,36 11 ,674	3,73 11 ,647	4,09 11 ,701	1,18 11 ,405	4,56 9 ,527	4,25 8 ,463
3,20 5 ,447	4,00 5 ,707	3,60 5 ,894	3,40 5 1,140	3,60 5 1,140	3,40 5 ,894	3,60 5 1,140	1,00 5 ,000	3,60 5 1,517	3,80 5 ,447
3,33 15 1,234	3,80 15 1,014	3,50 14 1,225	3,67 15 1,496	3,60 15 1,404	3,47 15 1,302	3,67 15 1,234	1,08 13 ,277	3,54 13 1,391	3,62 13 ,961
3,42 31 ,992	3,97 31 ,875	3,53 30 1,074	3,71 31 1,216	3,87 31 1,176	3,55 31 1,028	3,81 31 1,046	1,10 29 ,310	3,89 27 1,251	3,85 26 ,784

D14	D15	D16	D17	D18	E1	E2	E3	F1	F2
4,44 9 ,527	4,33 9 ,707	1,20 10 ,422	4,55 11 1,214	3,27 11 1,489	4,36 11 ,674	4,55 11 ,522	4,18 11 ,405	4,40 10 ,516	4,82 11 ,405
4,00 5 ,000	4,00 5 ,000	1,00 5 ,000	3,60 5 ,894	3,40 5 ,548	3,75 4 ,957	4,40 5 ,894	4,00 5 1,000	4,20 5 ,837	4,40 5 ,548
3,62 13 1,261	3,92 12 ,996	1,08 12 ,289	3,53 15 ,990	3,29 14 ,611	3,93 15 ,799	3,93 15 ,594	3,57 14 ,756	4,38 13 ,650	4,33 15 ,816
3,96 27 ,980	4,08 26 ,796	1,11 27 ,320	3,90 31 1,136	3,30 30 ,988	4,07 30 ,785	4,23 31 ,669	3,87 30 ,730	4,36 28 ,621	4,52 31 ,677

F3	F4	F5	G1	G2	G3	G4	G5	H1	H2
3,91 11 ,701	4,55 11 ,522	3,55 11 1,128	4,50 10 ,707	4,36 11 ,809	4,73 11 ,647	4,82 11 ,603	4,55 11 ,820	2,00 11 ,000	2,00 11 ,000
4,40 5 ,548	4,40 5 ,548	3,80 5 1,304	4,60 5 ,548	4,60 5 ,548	4,60 5 ,548	4,60 5 ,548	4,60 5 ,548	2,00 5 ,000	2,00 5 ,000
3,60 15 1,183	4,07 15 ,884	3,53 15 1,060	4,14 14 ,949	4,13 15 ,915	4,29 14 ,726	4,36 14 ,745	4,40 15 ,737	1,93 15 ,258	1,93 15 ,258
3,84 31 ,969	4,29 31 ,739	3,58 31 1,089	4,34 29 ,814	4,29 31 ,824	4,50 30 ,682	4,57 30 ,679	4,48 31 ,724	1,97 31 ,180	1,97 31 ,180

H3	I1	I2	I3	I4	J1	J2	J3	J4	J5
2,00 11 ,000	2,00 11 ,000		2,00 10 ,000		3,82 11 ,982	4,09 11 ,944	4,27 11 ,647	3,82 11 ,874	3,91 11 1,221
2,00 5 ,000	1,80 5 ,447	1,00 1 .	2,00 4 ,000		3,20 5 1,095	4,00 5 ,707	3,80 5 ,837	3,80 5 ,837	3,80 5 1,304
2,00 15 ,000	1,87 15 ,352	1,00 2 ,000	2,00 15 ,000	2,00 1 .	3,73 15 1,100	4,07 15 ,799	4,13 15 1,060	4,00 15 1,069	3,87 15 ,990
2,00 31 ,000	1,90 31 ,301	1,00 3 ,000	2,00 29 ,000	2,00 1 .	3,68 31 1,045	4,06 31 ,814	4,13 31 ,885	3,90 31 ,944	3,87 31 1,088

K1	K2	K3	K4	K5	K6	L1	L2	L3	L4
4,18 11 ,603	4,36 11 ,809	2,91 11 ,944	3,27 11 1,272	4,00 11 1,433	3,40 11 1,168	3,64 11 ,809	2,82 11 ,751	2,82 11 ,874	2,91 11 1,044
3,80 5 ,837	3,80 5 ,837	3,20 5 1,304	3,60 5 1,140	1,75 4 ,500	2,60 5 ,894	3,60 5 ,548	2,20 5 1,304	2,40 5 1,140	2,20 5 1,304
3,40 15 1,242	3,60 15 1,056	2,73 15 1,223	3,73 15 ,799	4,00 15 1,000	3,40 15 1,298	3,87 15 ,834	3,13 15 ,915	3,27 15 ,961	3,13 15 ,990
3,74 31 1,032	3,90 31 ,978	2,87 31 1,118	3,55 31 1,028	3,77 30 1,157	3,22 31 1,195	3,74 31 ,773	2,87 31 ,957	2,97 31 ,983	2,90 31 1,076

L5	L6	L7	L8a	L8b	L8c	L8d	L8e	L8f	M2	M3
3,64 11 ,809	3,91 11 ,701	3,82 11 ,874	2,64 11 1,027	2,73 11 1,104	2,82 11 ,982	3,64 11 ,674	2,55 11 ,934	3,45 11 ,934	3,64 11 1,206	3,20 10 1,398
3,20 5 ,837	3,60 5 1,342	3,00 5 1,225	2,40 5 1,140	2,20 5 1,095	2,40 5 1,140	3,00 5 1,581	2,40 5 1,140	2,40 5 1,140	3,80 5 1,095	4,40 5 ,548
3,80 15 ,862	3,07 15 ,961	2,87 15 ,990	2,87 15 ,743	2,80 15 ,775	3,07 15 ,884	3,27 15 ,799	3,07 15 ,799	3,07 15 1,033	4,00 15 ,845	3,71 14 1,383
3,65 31 ,839	3,45 31 ,995	3,23 31 1,055	2,71 31 ,902	2,68 31 ,945	2,87 31 ,957	3,35 31 ,915	2,77 31 ,920	3,10 31 1,044	3,84 31 1,003	3,66 29 1,317

Enkätfrågor inom olika delområden, A-L

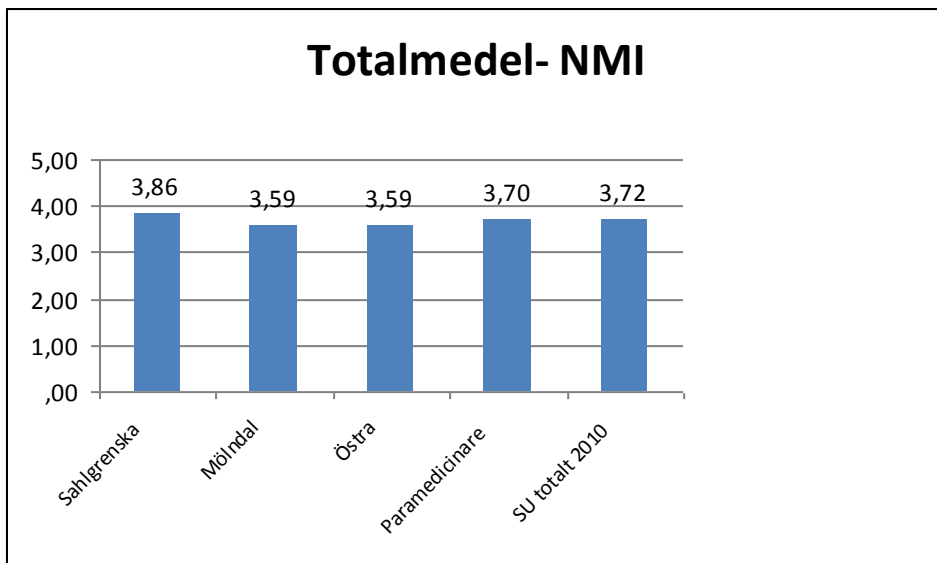
Sjukhus		Amedel	Bmedel	Cmedel	Dmedel	Emedel	Fmedel	Gmedel	Jmedel	Kmedel
Sahlgrenska	Mean	3,7818	3,8788	3,8636	4,0156	4,3636	4,2600	4,5600	3,9818	3,5600
	N	11	11	11	8	11	10	10	11	11
	Std. Deviation	,41429	,38795	,36850	,39352	,45837	,38930	,63805	,74541	,33635
Mölndahl	Mean	3,4000	4,0333	3,5250	3,6125	4,0000	4,2400	4,6000	3,7200	3,6800
	N	4	5	5	5	4	5	5	5	4
	Std. Deviation	,21082	,38006	,51082	,29778	,98131	,71274	,54772	,87864	,41667
Östra	Mean	3,5286	3,7444	3,4519	3,7784	3,8095	4,0615	4,2769	3,9600	3,4700
	N	14	15	13	11	14	13	13	15	15
	Std. Deviation	,44719	,65121	,90648	,89502	,68829	,80160	,74179	,84920	,50969
Total	Mean	3,6069	3,8387	3,6207	3,8229	4,0460	4,1643	4,4357	3,9290	3,1778
	N	29	31	29	24	29	28	28	31	30
	Std. Deviation	,42439	,52790	,68992	,65904	,68269	,64877	,66900	,79590	,46923

Fmedel	Gmedel	Jmedel	Kmedel	Lmedel
4,2600	4,5600	3,9818	3,5600	3,1818
10	10	11	11	11
,38930	,63805	,74541	,33635	,52654
4,2400	4,6000	3,7200	3,6800	2,6923
5	5	5	4	5
,71274	,54772	,87864	,41667	,77688
4,0615	4,2769	3,9600	3,4700	3,1744
13	13	15	15	15
,80160	,74179	,84920	,50969	,66138
4,1643	4,4357	3,9290	3,1778	3,0993
28	28	31	30	31
,64877	,66900	,79590	,46923	,64026

Sjukhus	Arbetsorganisation och förhållningssätt				Arbetsglädje och stolthet		Lärande och förbättring	
	Medarbetarskap	Ledarskap	Information	Människosyn	Fysisk arbetsmiljö	Hälsa	Helhetsattityd	
Sahlgrenska	3,78	3,88	3,86	4,02	4,36	4,26	4,26	
Mölndal	3,40	4,03	3,53	3,61	4,00	4,24	4,24	
Östra	3,53	3,74	3,45	3,78	3,81	4,06	4,06	
Paramedicinare	3,80	3,80	3,70	3,60	3,90	3,90	3,90	
SU totalt 2010	3,60	3,80	3,80	3,60	3,90	3,90	3,90	

Information	Lärande och förbättring	Människosyn	Fysisk arbetsmiljö	Hälsa	Helhetsattityd	Totalmedel-NMI
4,36	4,26	4,56	3,98	3,56	3,18	3,86
4,00	4,24	4,60	3,72	3,68	2,69	3,59
3,81	4,06	4,28	3,96	3,47	3,17	3,59
3,90	3,90	4,30	3,30	3,60	3,00	3,70
3,90	3,90	4,30	3,50	3,60	3,20	3,72
Totalmedel-						
Hälsa	Helhetsattityd	NMI				
3,56	3,18	3,86				
3,68	2,69	3,59				
3,47	3,17	3,59				
3,60	3,00	3,70				
3,60	3,20	3,72				

Sjukhus	Mean	N	Std. Deviation
Sahlgrenska	3,8551	11	,23717
Mölndahl	3,5580	5	,25984
Östra	3,5601	15	,59595
Total	3,6644	31	,46276



M2	Mean	N	Std. Deviation
29 år eller yngre	3,9359	1	.
30-39 år	3,6075	2	,17692
40-49 år	3,5937	6	,52911
50-59 år	3,5973	14	,46766
60 år eller äldre	3,8383	9	,47872
Total	3,6756	32	,45963

Totalmedel * M3

Totalmedel - antal arbetade år

M3	Mean	N	Std. Deviation
1 år eller mindre	2,5897	1	.
1-5 år	3,5653	7	,47772
5-10 år	3,7385	4	,26033
10- 20år	3,6869	6	,37766
20 år eller längre	3,7229	11	,51096
Total	3,6405	29	,46928

Bilaga 4. Branschjämförelse

Vid jämförelse med andra av CMA undersökta verksamheter står sig SU:s NMI-resultat bra. SU:s resultat ligger på en något högre nivå än det genomsnittliga NMI-värdet för offentlig sektor.

Genomsnitt privat sektor 2009/2010 var 4,06

Genomsnitt offentlig sektor 2009/2010 var 3,66

Genomsnitt svenska folket 2008 var 3,82, oklart var CMA har hittat dessa siffror.(CMA 2010)