



# LUND UNIVERSITY

**Att finna sin egen kraft. Hälsopromotion på arbetsplatsen utifrån BELE- ett program för att främja ett salutogent livspussel bland kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonal.**

Törnquist Agosti, Madelaine

2018

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Törnquist Agosti, M. (2018). *Att finna sin egen kraft. Hälsopromotion på arbetsplatsen utifrån BELE- ett program för att främja ett salutogent livspussel bland kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonal.* [Doktorsavhandling (sammanläggning), Medicinska fakulteten]. Lund University, Faculty of Medicine.

*Total number of authors:*

1

## General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

'Att finna sin egen kraft'



# 'Att finna sin egen kraft'

Hälsopromotion på arbetsplatsen utifrån BELE – ett program för att främja ett salutogent livspussel bland kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonal

Madelaine Agosti



**LUND**  
UNIVERSITY

DOCTORAL DISSERTATION

by due permission of the Faculty of Medicine, Lund University, Sweden.  
To be defended at Lilla Aulan, MFC, Malmö. Date 2018-05-23, Time 9.00.

*Faculty opponent*  
Docent Peter Korp

Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet

Organization LUND UNIVERSITY  Department of Clinical Science, Malmö		Document name DOCTORAL DISSERTATION	
Author(s) Madelaine Agosti		Date of issue May 23, 2018	
		Sponsoring organization KRISTIANSTAD UNIVERSITY	
Title and subtitle 'Finding one's own strength. Workplace health promotion through BELE- a program for promoting work-life balance among female professionals in human service organizations.			
Abstract <p>The overall aim of this thesis was threefold; first, to explore resources associated with work-life balance (WLB), with a focus on the work and private lives of human service employees. Second, to develop a workplace health promotion (WHP) intervention with a WLB focus. Third, to explore the participants' experiences of the developed WHP intervention done in the workplace. A mixed method approach was used to answer the research questions. The thesis is based on two qualitative studies, one quantitative study and one paper that describe the content and development process of the intervention. The qualitative studies were based on individual interviews and focus group interviews (I, IV). Thirteen semi-structured individual interviews and two focus group interviews were conducted with home help service nurses in Sweden (I). Eight focus group interviews and eight semi-structured individual interviews were conducted with participants in the intervention (IV). A qualitative content analysis was used for the analyses in the qualitative studies. The quantitative study was based on a questionnaire survey to a population of two municipality departments (n = 631, response rate 76%) (II). A linear regression model and logistics regressions models were used for the analyses. The planning and development of the intervention was done using an intervention mapping approach (III). The findings showed a complex picture of resources related to WLB. Resources could be found in the work domain, the private domain and the individual domain (I, II). In the work domain, it seems to be important to have a positive time experience and a meaningful job, but also to work part-time and do shift work. In the private domain, a positive time experience and social support was highlighted. Individual resources such as good health, well-being, reflection and satisfaction with one's life situation were seen as essential to WLB. The development process of the intervention resulted in the "Balance in Everyday Life Empowerment" (BELE) program (III). The findings showed that a majority of the participants taking part in the BELE program experienced a process of change, often enhanced by an increased awareness, support and inner strength, which promoted well-being and balance in their everyday life (IV). In conclusion, it seems important to use a holistic approach where resources in the employees' overall life situation are included for the enhancement of WLB. The BELE program was an attempt to contribute to WHP with a WLB focus, and the result indicates that the program was effective with regard to promoting employee well-being.</p>			
Key words Woman's health, Workplace health promotion, Work-life balance, Human service employees, Intervention			
Classification system and/or index terms (if any)			
Supplementary bibliographical information		Language Swedish	
ISSN and key title 1652-8220 Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2018:63		ISBN 978-91-7619-629-8	
Recipient's notes		Number of pages	Price
		Security classification	

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature \_\_\_\_\_ Date 2018-04-17

# 'Att finna sin egen kraft'

Hälsopromotion på arbetsplatsen utifrån BELE – ett program för att främja ett salutogent livspussel bland kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonal

Madelaine Agosti



**LUND**  
UNIVERSITY

Coverphoto by Lex Eliot Rose & Jennie Järletoft

Copyright pp 7-95 Madelaine Agosti

Paper 1 © BioMed Central

Paper 2 © Taylor & Francis

Paper 3 © by the Authors (Manuscript unpublished)

Paper 4 © by the Authors (Manuscript unpublished)

Faculty of Medicine  
Department of Clinical Sciences, Malmö

ISBN 978-91-7619-629-8

ISSN 1652-8220

Printed in Sweden by Media-Tryck, Lund University  
Lund 2018



*Till André, Izabella och Casper*



# Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning</b>	<b>9</b>
<b>Abstract</b>	<b>11</b>
Förkortningar och definitioner	13
Originalartiklar	15
<b>Förord</b>	<b>17</b>
<b>Introduktion</b>	<b>19</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>21</b>
Livspusslet	21
Hälsa och välbefinnande	24
Kvinnors livssituation och hälsa	26
Att arbeta inom kommunal vård, stöd- och omsorg	27
Hälsopromotion på arbetsplatsen	28
Med fokus på WLB	30
Ramverk för interventionsutveckling på arbetsplatsen	31
<b>Syfte</b>	<b>35</b>
<b>Projektets process</b>	<b>37</b>
<b>Metod</b>	<b>39</b>
Design	39
Interventionens framväxt	40
Kontext	43
Urvalsprocess och deltagare	44
Datainsamling	46
Individuella intervjuer	46
Fokusgruppsintervjuer	47
Frågeformulär	48
Analys	49
Kvalitativ innehållsanalys	50
Förförståelse	51

Statistiska analyser	52
Etiska överväganden	52
<b>Resultat</b>	<b>55</b>
Resurser som bidrar till balans mellan arbete och privatliv (WLB)	55
Hälsa och välbefinnande	55
Återhämtning	56
Skift- och deltidarbete	56
Tidsupplevelse, stöd och meningsfullhet i privatlivet	57
Tidsupplevelse, stöd och meningsfullhet i yrkesarbete	58
Livssituation och reflektion	58
Beskrivning av BELE – programmet	59
BELE-programmet	59
Deltagarnas upplevelser av BELE- programmet i relation till WLB och välbefinnande	61
<b>Diskussion</b>	<b>65</b>
Resultatdiskussion	65
Metodologiska övervägande	69
Trovärdighet i de kvalitativa delarbetena	70
Reliabilitet och validitet i det kvantitativa delarbetet	73
<b>Konklusion och framtidsperspektiv</b>	<b>75</b>
<b>Summary in English</b>	<b>77</b>
Background	77
Aim	77
Method	78
Results	78
Discussion	79
<b>Tack</b>	<b>83</b>
<b>Referenser</b>	<b>87</b>

# Abstract

The overall aim of this thesis was threefold; first, to explore resources associated with work-life balance (WLB), with a focus on the work and private lives of human service employees. Second, to develop a workplace health promotion (WHP) intervention with a WLB focus. Third, to explore the participants' experiences of the developed WHP intervention done in the workplace. A mixed method approach was used to answer the research questions. The thesis is based on two qualitative studies, one quantitative study and one paper that describe the content and development process of the intervention. The qualitative studies were based on individual interviews and focus group interviews (I, IV). Thirteen semi-structured individual interviews and two focus group interviews were conducted with home help service nurses in Sweden (I). Eight focus group interviews and eight semi-structured individual interviews were conducted with participants in the intervention (IV). A qualitative content analysis was used for the analyses in the qualitative studies. The quantitative study was based on a questionnaire survey to a population of two municipality departments (n = 631, response rate 76%) (II). A linear regression model and logistics regressions models were used for the analyses. The planning and development of the intervention was done using an intervention mapping approach (III). The findings showed a complex picture of resources related to WLB. Resources could be found in the work domain, the private domain and the individual domain (I, II). In the work domain, it seems to be important to have a positive time experience and a meaningful job, but also to work part-time and do shift work. In the private domain, a positive time experience and social support was highlighted. Individual resources such as good health, well-being, reflection and satisfaction with one's life situation were seen as essential to WLB. The development process of the intervention resulted in the "Balance in Everyday Life Empowerment" (BELE) program (III). The findings showed that a majority of the participants taking part in the BELE program experienced a process of change, often enhanced by an increased awareness, support and inner strength, which promoted well-being and balance in their everyday life (IV). In conclusion, it seems important to use a holistic approach where resources in the employees' overall life situation are included for the enhancement of WLB. The BELE program was an attempt to contribute to WHP with a WLB focus, and the result indicates that the program was effective with regard to promoting employee well-being.



## Förkortningar och definitioner

Arbete	I avhandlingen används begreppet arbete och syftar endast till yrkesarbete
BELE programmet	Balance in Everyday Life Empowerment program. Ett arbetsplatsbaserat program för att främja kvinnors balans i vardagen. Programmet är utvecklat inom ramen för avhandlingsarbetet.
HR	Human Resources HR är en stödfunktion inom organisationer. HR-funktioner eller HR-avdelningar är behjälpliga för chefer och ledning inom områden som arbetsmiljö, rekrytering och kompetensutveckling.
Hälsopromotion	Insatser för att främja välmående och god hälsoutveckling utifrån ett salutogent perspektiv.
Privatliv	I avhandlingen används begreppet privatliv och inkluderar allt utanför yrkesarbete, som till exempel hushållssysslor, omsorg om barnen och fritidsaktiviteter
Livspussel	Livspussel som begrepp lyfter fram vardagsstress och sätter fokus på hur människor (framförallt tjänstemän) ska kunna få ihop sin vardag avseende både familjeliv och yrkesliv. Livspusseldebatten har ofta haft ett konfliktperspektiv med fokus på riskfaktorer och kan i större utsträckning relatera till Work-life conflict begreppet än till Work-life balance (se definitioner nedan).
WLB	Work-life balance definieras som en övergripande känsla av harmoni i livet genom att på ett tillfredställande sätt lyckas balansera arbete och privatliv. Vidare handlar WLB om individens effektivitet och tillfredsställelse i sina olika arbets- och familjeroller i relation till de värderingar som anses som viktiga i livet. Det är även centralt att leva upp till olika rollrelaterade förväntningar som har förhandlats fram och delas mellan en individ och hens

rollrelaterade partners i arbets- och i familjelivet. I litteraturen används begreppet både utifrån ett konfliktperspektiv och ett salutogent perspektiv. I den här avhandlingen utgår jag ifrån begreppet WLB som ett salutogent begrepp.

## WLC

Work-life conflict beskrivs som när en roll (inom arbetet eller i privatlivet) åläggs ansvar och krav som inte är förenliga med den andra rollen och därmed skapar en upplevelse av konflikt.

## Originalartiklar

Avhandlingen baseras på följande fyra delarbeten. I texten refererar jag till dem med romerska siffror.

- I Agosti T. M, Andersson I, Ejlertsson G, Janlöv A-C. Shift work to balance everyday life - a salutogenic nursing perspective in home help service in Sweden. *BMC Nursing*, 2015;14(1):2.
- II Agosti T. M, Bringsén Å, Andersson I. The complexity of resources related to work-life balance and well-being - a survey among municipality employees in Sweden. *International Journal Of Human Resource Management*, 2017;28(16):2351-2374.
- III Agosti T. M, Bringsén Å, Andersson I, Erlandsson LK. The BELE - program; aiming to enhance female human service professionals' work-life balance and well-being - the development and content of a holistic interdisciplinary health-promoting program. (Submitted)
- IV Agosti T. M, Bringsén Å, Andersson I, Janlöv A-C. "The Importance of Awareness, Support and Inner Strength to Balance Everyday Life" - A qualitative study about women's experiences of a workplace health promotion program in Human service organizations in Sweden. (Submitted)

Tillåtelse att trycka artiklarna i sin helhet i avhandlingen har erhållits av respektive utgivare.



# Förord

Mina tankar och funderingar om livspusslet och hur balans kan skapas i vardagen startade när jag fick mitt första barn. Hur gör människor egentligen för att få ihop livets olika delar? och går det ens att lägga det där pusslet? Föräldraledigheten gick i en rasande fart och sen var det dags för vardagspusslande på hög nivå.

Jag fick ett nytt arbete som folkhälso pedagog i klippans kommun efter min föräldraledighet, vilket kändes roligt och som en ny utmaning. För att ta mig till arbetet krävdes dock två timmars körning genom skogen varje dag. Min man hade också en pendlingstid på ca två timmar till och från arbetet. Livspusslet blev inget lätt pussel att få ihop även om jag arbetade på en 75 % tjänst.

I Klippans kommun arbetade jag i ett projekt med fokus på ett hållbart yrkesliv för medarbetare inom socialförvaltningen. Under projektet genomfördes en rad olika aktiviteter och förändringar på arbetsplatserna för att nå målen om att främja hälsa och minska sjukskrivningstalen bland personalen inom förvaltningen. I projektet genomfördes insatser på individ-, grupp- och organisationsnivå och inkluderade hälsa på arbetet och en hälsofrämjande livsstil.

Under de olika aktiviteterna som genomfördes i projektet blev det tydligt att det var fler än jag som hade svårigheter med att få ihop livet olika delar. I de olika aktiviteterna som genomfördes i projektet berättade medarbetare om möjligheter och hinder i både privatlivet och arbetslivet som ansågs påverka hälsoutveckling i antingen en salutogen eller patogen riktning. Genom mina egna erfarenheter och erfarenheter från projektet väcktes nyfikenheten kring hur man operativt skulle kunna arbeta utifrån individers hela livssituation för att främja hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen. Det här avhandlingsarbetet har för avsikt att undersöka just det, individers hela livssituation, med fokus på resurser och BELE-programmet som intervention för främjandet av balans i vardagen hos kvinnlig vårdstöd- och omsorgspersonal.

I avhandlingsarbetet ingår fyra delarbeten som den här ramberättelsen bygger på. När jag skriver vi i texten syftar jag på mina handledare som är medförfattare i mina delarbeten.

Jag har även valt att skriva ramberättelsen på svenska men använder engelska begrepp i texten när jag inte har funnit en svensk motsvarighet till begreppet.



# Introduktion

I dagens samhälle är det många som kämpar mot klockan. Den ständiga tidsbristen skapar stress och press och påverkar hälsa och välbefinnande negativt. Att få ihop livspusslet och känna balans i vardagen är en utmaning för många och beskrivs som en av de primära sociala utmaningarna i vår tid (EU, 2016; Halpern, 2005). Tidsbrist, obalans och känslor av otillräcklighet påverkas av både arbetsliv och privatliv. Dagens arbetsliv är dominerat av nedskärningar och omorganisationer med inriktning på att effektivisera arbetet (Sullivan, 2014). Studier visar att intensifiering av arbetet reducerar människors energi och har en negativ effekt på andra åtagande i människors vardag, vilket i sin tur kan påverka hälsan negativt (Haworth & Lewis, 2005; Jacobsen, Bramming, Holt, & Larsen, 2013). Förutom förändringarna i arbetslivet har även privatlivets krav ökat, då t ex barns aktiviteter konsumerar föräldrars tid i allt högre grad (Epstein & Kalleberg 2004; Eurofound, 2012). I västvärlden har det skett en markant ökning av kvinnor på arbetsmarknaden. Kvinnors inträde på arbetsmarknaden skapar förändringar både i arbetslivet och familjelivet och kan skapa konflikter mellan kraven i de olika domänerna (Winter, Roos, Rahkonen, Martikainen & Lahelma, 2006). I dagens Sverige har kvinnor fortfarande ett större ansvar för det obetalda arbetet i hemmet, än vad män har (Borrell et al., 2014; Harrison, Aléx & Hammarström, 2016) och de upplever mer konflikter mellan arbete och privatliv än män gör (Strandh & Nordenmark 2006). Kvinnor är även i högre grad sjukskrivna än män och de största sjukskrivningstalen finns inom vård-, stöd- och omsorgsykten (AFA, 2016).

Vård- och omsorgssektorn i västvärlden står inför stora utmaningar då demografin håller på att förändras, med fler äldre som behöver stöd och hjälp och mindre tillgång till personal (Zwetsloot & van Scheppingen, 2007). SKLs (2014) prognos visar att Sverige kommer sakna ca 225 000 vård- och omsorgsanställda år 2021. För att förlänga arbetslivet, öka hälsan och minska sjukskrivningarna för personal inom vård, stöd och omsorg är det av stor vikt att värna om arbetskraften (Zwetsloot & van Scheppingen, 2007) och skapa individuella lösningar, en god arbetsmiljö och en rimlig arbetsbelastning (SKL, 2014).

Arbetsplatserna påverkar i stor utsträckning den arbetande delen av befolkningens hälsa och välbefinnande (ENWHP, 2007). Studier visar att en nyckelfaktor för att främja medarbetares hälsa och välbefinnande i organisationen är att arbeta för att skapa förutsättningar för anställda att kunna uppnå en god balans mellan arbete och

privatliv (Anderzén, Lindberg, Karlsson, Strömberg & Gustafsson, 2015). En tillfredsställande balans mellan arbete och privatliv har även visat sig påverka familjen positivt, genom bättre relationer och en mer tillfredsställande familjesituation (Carlson, Grzywacz & Zivnuska, 2009). En känsla av balans i vardagen är också associerad med en känsla av tillfredställelse med livet och tillvaron som helhet (Håkansson, Dahlin-Ivanoff & Sonn, 2006).

Forskning som har inriktat sig på att undersöka hur arbete och privatliv hänger ihop i relation till hälsa eller ohälsa har till största del utgått ifrån ett patogent "konflikt"-perspektiv (Chang, McDonald, & Burton, 2010). Fokus har varit att lyfta fram riskfaktorer som till exempel långa arbetsdagar och hur det kan skapa konflikt med familjelivet och därigenom påverka hälsan negativt. Det saknas forskning som lyfter fram det salutogena perspektivet där fokus är på resurser och främjande insatser inriktat på balans mellan arbete och privatliv. "European Community Health Promotion Model" (EUHPID) belyser vikten av att både arbeta med att minska riskfaktorer och stärka resurser. Dock poängteras behovet och vikten av att kartlägga resurser för att stärka det hälsofrämjande perspektivet i folkhälsoarbetet, då det till stor del saknas (Bauer, Davies, & Pelikan, 2006).

Förutom avsaknad av salutogen forskning är även interventionsforskning inom hälsopromotion inriktad på Work-life balance (WLB) begränsad (Rigby & O'Brien, 2010). Syftet med den här avhandlingen är att bidra till kunskapsutveckling inom forskningsområdet WLB. I studierna **I** och **II** undersöks resurser på arbetet, i privatlivet och i individen som kan relateras till balans mellan arbete och privatliv. I studie **III** beskrivs utveckling och innehåll av interventionen, BELE – programmet (Balance in Everyday Life Empowerment – program). I studie **IV** undersöks hur deltagarna upplevde BELE-programmet i relation till WLB och välbefinnande. Avhandlingsarbetet har genomförts på en socialförvaltning med främst kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonal.

# Bakgrund

## Livspusslet

Work-life balance (WLB) eller livspusslet som fenomenet ofta benämns i Sverige har fått stor uppmärksamhet både i media och i samhällsdebatten runt om i världen. Inom Europeiska Unionen (EU, 2016) är WLB en ny politisk prioritering med syfte att påverka individens möjligheter att kombinera arbete och privatliv. WLB ses även som en av de tre största utmaningarna inom HR (Human Resources) i Europa (Darcy, McCarthy, Hill, & Grady, 2012). I Haar, Russo, Suñe & Ollier-Malaterres (2014) studie där forskarna undersökte WLB i sju olika kulturer världen över visade resultatet att det fanns starka samband mellan WLB och arbetstillfredsställelse, tillfredsställelse med livet och mental hälsa i alla kulturer. Även om deras studie visade att sambandet var starkare i de individualistiska kulturerna, lyfter de fram att WLB området är universellt.

Anledningen till det ökade intresset och behovet av att arbeta för att främja en bättre balans mellan arbete och privatliv kan vara en reaktion på förändringarna i samhället (Roberts, 2007). En bidragande faktor till konflikt mellan arbete och privatliv (WLC) är tidspress. Tidspress skapas ofta av överflödet av socialt formade förväntningar där vi antas hinna med allt ifrån att göra karriär, uppfostra barn, ha ett välstädat hem, ta hand om äldre föräldrar, renovera, gå kvällskurser, ha ett omfattande fritidsschema för barnen, delta i egna fritidsaktiviteter, göra matlagning från grunden, vara aktiva på sociala medier och följa modetrender med mera (Larsson 2007, Jacobs & Gerson, 2004; Epstein & Kalleberg, 2004). Förutom alla socialt formade förväntningar påverkar också den ökade konsumtionen i samhället vår tidspress. Det tar tid att inhandla, använda och underhålla ägodelar (Larsson, 2007).

En av de största förändringarna i vårt samhälle som bidrar till konflikt mellan arbete och privatliv bland föräldrar är mammors ökande deltagande i arbetslivet som inte har kompenseras av kortare arbetstid bland pappor. Totalt har den sammanlagda yrkesarbetstiden för föräldrar i en småbarnsfamilj ökat med 10 timmar i veckan det senaste decenniet (Larsson, 2007). En annan samhällsförändring som påverkar människors tidspress är trenden med den åldrande befolkningen som ökar sannolikheten för människor i arbetslivet får ta hand om och stödja både barn,

barnbarn och gamla föräldrar samtidigt vilket kan försvåra möjligheten att balansera arbete och privatliv (Johnson & Climo, 2000).

Samtidigt som förväntningar och krav i privatlivet har ökat har även omfattande förändringar i arbetslivet genomförts. I arbetslivet har arbetsintensiteten ökat och ny kommunikationsteknik gör det möjligt att vara nåbar och att kunna arbeta dygnet runt (Roberts, 2007; Wayne, Musisca & Fleeson, 2004). I vårt 24/7 samhälle förväntar vi oss även att få service den största delen av dygnet vilket innebär att det är fler som har sin arbetstid förlagd på obekväma arbetstider (Roberts, 2007; Wayne et al., 2004). Global konkurrens har skapat mer tryck på organisationer vilket innebär att anställda behöver vara mer flexibla och förändringsbenägna för att kunna matcha kunders behov (Jones, Burke & Westman, 2006). Dagens förvärvsarbetarroll är också fortfarande i stor utsträckning utformad utifrån att arbetstagaren har full "markservice" hemma vilket kan göra det svårt att kombinera arbete med andra åtagande i privatlivet (Larsson, 2007; Munn 2013).

Samtidigt som strukturer och sociala förväntningar har ändrats i samhället och kan ge upphov till rollkonflikter mellan arbete och privatliv visar forskning på fördelarna när människor upplever en balans mellan arbete och privatliv. Studier visar att ett balanserat liv bidrar till känslor av lycka, livstillfredsställelse, arbetstillfredsställelse, välbefinnande och minskad mental ohälsa (Sirgy & Wu, 2013; Zheng, Kashi, Fan, Molineux & Ee, 2016; Gröpel & Kuhl, 2009; Haar et al, 2014). Studier visar även att WLB kan bidra till att hälsa förbättras och att organisationer kan förvänta sig mindre sjukfrånvaro som följd (van Steenbergen & Ellemers, 2009).

Det saknas dock studier som inriktar sig på vad som främjar balans mellan arbete och privatliv. I Chang et al. (2010) litteraturstudie konstaterades att merparten av studierna som inriktade sig på WLB har ett konfliktperspektiv. Forskare har lyft fram att det med stor sannolikhet inte är identiska faktorer som skapar konflikt mellan arbete och privatliv som främjar balans mellan arbete och privatliv (Frone, 2003; Grzywacz & Carlson, 2007). Genom att studera båda fenomenen kan forskare utveckla en mer omfattande förståelse för hur riskfaktorer kan förebyggas och resurser kan främjas för att skapa en salutogen interaktion mellan arbete och privatliv. Forskning behöver utöka sin repertoar av potentiella individuella och kontextuella resurser för att kunna arbeta utifrån en helhetsbild (Grzywacz & Carlson, 2007).

Förutom att litteraturen inom WLB området inte är stringent utan är en mix av studier som undersöker fenomenet WLC och WLB, är även WLB ett komplext begrepp som definieras på en rad olika sätt utifrån olika forskningsområden (Greenhaus & Allen, 2011), vilket gör det problematiskt att jämföra olika forskningsresultat. Merparten av definitionerna av WLB utgår ifrån ett psykologiskt eller sociologiskt perspektiv. I det psykologiska perspektivet, som är det mest

omfattande, definieras begreppet WLB utifrån individens subjektiva upplevelser och uppfattningar. WLB ses som ett helhetsbegrepp som är unikt för var och en och påverkas av individens värderingar, prioriteringar och livsmål (Haar et al., 2014). WLB beskrivs som en övergripande känsla av harmoni i livet som främjas genom att individen engagerar sig i aktiviteter som upplevs som viktiga och är i enlighet med hens värderingar (Clark, Koch, & Hill, 2004). Greenhaus & Allen (2011) definierar WLB på ett liknande sätt men lägger till att balans även handlar om effektivitet och tillfredsställelse i olika arbets- och familjeroller i relation till de värderingar som anses vara viktiga. Med andra ord så verkar det centralt att leva efter sina värderingar och mål i så stor utsträckning som möjligt för att uppnå känslan av ett balanserat liv.

Sociologer har kritiserat det psykologiska perspektivet och ifrågasätter om WLB endast skulle handla om en individs *känsla* av harmoni och tillfredsställelse. Grzywacz & Carlson (2007) lyfter frågan om WLB är en psykologisk eller social konstruktion. De poängterar att det blir problematiskt att skapa systematiska strategier för att hjälpa medarbetare att balansera arbete och privatliv om WLB endast existerar i "betraktarens ögon" samt att utifrån den ståndpunkten reduceras WLB till ett individansvar. De hävdar att WLB skapas utanför individen i ett socialt sammanhang. Ur ett sociologiskt perspektiv anser de att WLB bör definieras som ett resultat av rollrelaterade förväntningar som har förhandlats fram och delas mellan en individ och hens rollrelaterade partners i arbetsdomänen och i familjedomänen (Grzywacz & Carlson, 2007).

I den här avhandlingen inkluderas både ett psykologiskt och ett socialt perspektiv på WLB. I det hälsopromotiva arbetet är det av lika stor vikt att arbeta för att främja de individuella som kontextuella resurserna för att stärka hälsa (Bauer et al., 2006). I avhandlingen har jag utgått ifrån ett socioekologiskt systemteoretiskt perspektiv som innebär att individen, miljön och interaktionen dem emellan inkluderas (Bronfenbrenner, 1979). Forskning har tidigare utgått ifrån att arbete och privatliv är två separata domäner. Det finns med andra ord ett behov av att undersöka arbete och privatliv utifrån ett mer holistiskt perspektiv och där ett socioekologiskt systemteoretiskt perspektiv kan bidra till ökad kunskap och förståelse inom området (MacKinnon, 2011). Genom att utgå ifrån ett ekologiskt systemteoretiskt perspektiv ses alla system som en del av en helhet och att helheten är större än summan av delarna (Öqvist, 2008). Systemteori beskrivs utifrån fyra nivåer såsom microsystem (individ), mesosystem (ex familj, arbetsplats), exosystem (ex hälso- och sjukvård och socialtjänst) och makrosystem (ex kultur och samhällsekonomi). I den här avhandlingen kommer fokus framförallt att vara på micro- och mesosystem där interaktionen mellan individ, arbete och privatliv undersöks i relation till resurser, hälsa och välbefinnande.

## Hälsa och välbefinnande

Hälsa är en av de högst värderade aspekterna i livet och utgör en viktig resurs för människor att kunna nå sina mål och leva det liv de vill leva (WHO, 1986). För att främja hälsa är det centralt att definiera begreppet (Tones & Green, 2010). Det är dock problematiskt att definiera utifrån att det dels är komplext (Salmela, Fagerström & Eriksson, 2007) och dels under ständig utveckling (Medin & Alexanderssons, 2000). Den mest använda och kända definitionen av hälsa är myntad av World Health Organization (WHO) år 1948 där hälsa är beskrivet som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp (WHO, 1948). Den här definitionen har fått kritik eftersom den anses vara utopisk med avsikt på formuleringen ”fullständigt välbefinnande” (Winroth & Rydqvist, 2008).

I litteraturen finns två inriktningar i synen på hälsa beskrivna dels den biomedicinska, där hälsa ses som motsats till sjukdom, och dels den humanistiska, där hälsa och ohälsa ses på ett kontinuum (Medin & Alexandersson, 2000). I den biomedicinska synen på hälsa ligger fokus på att undvika och förebygga risker för sjukdom, ett patogent perspektiv. I det humanistiska synsättet ligger fokus på resursorientering och på vad som främjar hälsa, ett salutogent perspektiv (Eriksson, 2015). I vardagslivet interagerar salutogena och patogena faktorer kontinuerligt, människor använder till exempel sina resurser för att balansera riskfaktorer (Bauer et al., 2006).

Den här avhandlingen tar sitt avstamp i ett salutogent perspektiv. Salutogenes kan ses som ett paraplybegrepp som inkluderar många olika teorier och begrepp med salutogena inslag och dimensioner, där fokus är på hälsa och på människors resurser (Lindström & Eriksson, 2010; Eriksson 2015). I ett salutogent perspektiv undersöks hur resurser i människors liv stödjer hälsoutvecklingen i en positiv riktning (Bauer et al., 2006).

Den salutogena teorin myntades av Antonovsky (1991) som intresserade sig för vad som skapar hälsa och hur människor kan flytta sig framåt på ohälsokontinuumet. I Antonovskys hälsoteori formades två nyckelbegrepp, känsla av sammanhang (KASAM) och generella motståndsresurser (GMR). I hans forskning visades att individer som hade en stark KASAM också hade en bra hälsa trots stora påfrestningar i livet (Antonovsky, 1991). En stark känsla av sammanhang innebär att livet ses som begripligt, hanterbart och meningsfullt. För att utveckla en stark KASAM ses de generella motståndsresurserna som en individ har tillgång till och förmåga att använda som viktiga, genom att de ger livserfarenheter som främjar individens utveckling. GMR kan vara allt från socialt stöd till fysisk aktivitet och personliga egenskaper som självkänsla (Antonovsky, 1991). Den salutogena teorin lyfts fram som en viktig bas i det hälsofrämjande arbetets utveckling och

Antonovsky (1996) framhåller att hälsopromotion bör utgå ifrån vad som skapar hälsa och att stärka individuella och miljömässiga resurser. Att arbeta med hälsopromotion utifrån ett salutogent perspektiv snarare än ett patogent är mer kraftfullt eftersom fokus ligger på att främja hälsa snarare än att minimera riskfaktorer. Målet med ett salutogent arbetssätt är att flytta människor på ohälsa-hälsa-kontinuumet framåt mot ökad hälsa genom att fokusera på salutogena faktorer och på hela människan (Antonovsky, 1996). Frågan som bör vara i fokus är: ”Hur kan den här personen hjälpas/stöttas till en bättre hälsa?”

Välbefinnande beskrivs ofta tillsammans med begreppet hälsa men det finns olika tolkningar på hur hälsa och välbefinnande hänger ihop. Hälsa ses antingen som en del av välbefinnandet eller välbefinnande som en del av hälsan. Man kan se välbefinnandet som en väg till hälsa eller också kan man tolka det tvärtom (Medin & Alexandersson, 2000). Danna & Griffin (1999) anser att begreppet välbefinnande är mer omfattande än hälsobegreppet och ser hälsa som en delkomponent av välbefinnande. Lopez, Pedrotti & Snyder (2015) beskriver att en bra mental hälsa är sammankopplat med välbefinnande och delar in välbefinnande i de tre dimensionerna psykologiskt välbefinnande, emotionellt välbefinnande och socialt välbefinnande. En individ med höga nivåer av alla dimensionerna beskrivs som en blomstrande person med en hög mental hälsa. Eriksson (1984) definierar hälsa som ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande, där välbefinnande förklaras som individers subjektiva upplevelser av sin egen hälsa. Nordenfelt (2004) beskriver på sin sida att en person har full hälsa endast om personen har förmåga att förverkliga sina mål. Välbefinnande ses som ett positivt mentalt tillstånd som påverkas av olika yttre och inre villkor samt av vardagliga aktiviteter. De yttre villkoren handlar om omgivande miljö som till exempel natur och arbetsplats och de inre villkoren handlar om personlighet, fysisk och psykisk styrka o.s.v. Förutom inre och yttre villkor påverkar de aktiviteter som vi utför dagligen till stor del välbefinnandet (Nordenfelt, 2004).

I den här avhandlingen används begreppen hälsa och välbefinnande. Välbefinnande relaterar till att må bra och fungera väl (Huppert & So, 2011) och den subjektiva hälsan har mätts utifrån Bringséns (2010) definition av hälsa. Bringsén definierar hälsa som en positiv, subjektiv upplevelse av sig själv som helhet och hon menar att hälsa kan mätas genom att använda individuella känslor/upplevelser av fysisk, mental och socialt välbefinnande som indikatorer. Avhandlingen fokuserar på kvinnors hälsa och välbefinnande, där hälsa och välbefinnande ses som delar av varandra utan inbördes ordning.

## Kvinnors livssituation och hälsa

I de flesta länderna i västvärlden har det skett en markant ökning av kvinnor på arbetsmarknaden. Kvinnors inträde på arbetsmarknaden skapar förändringar både i arbetslivet och familjelivet och kan skapa konflikter mellan kraven i de olika domänerna (Winter et al., 2006). Kvinnors dubbla roller är ofta förknippade med dubbelt ansvar och en börda som kan vara tung att bära, och särskilt drabbade är ensamstående mödrar under knappa ekonomiska förhållanden (Stansford, 2017). Ju mer jämställdheten ökar, ställs även fler män inför samma konflikt, och en av de vanligaste källorna till irritation och konflikt inom svenska familjer är fördelningen av hushållsarbete, vilket påverkar kvinnors, mäns och barns tillfredsställelse med livet negativt (Stansford, 2017).

I de skandinaviska länderna finns en lång tradition av kvinnliga arbetare, oavsett om de har barn hemma eller inte. I internationella studier med fokus på stöd för balans mellan arbete och privatliv kan vi se att de skandinaviska länderna ligger i topp vad gäller statligt stöd, stöd på arbetet samt stöd inom familjen (Abendroth & den Dulk, 2011). Jämställdhetsarbete i Sverige har till stor del främjats av utbyggnaden av daghem/förskolor, föräldraförsäkring, rätt till ersättning vid vård av sjuka barn och kvinnors ställning på arbetsmarknaden generellt (Grönlund & Halleröd 2008; Borrell et al., 2014). Vidare tvingar två-försörjarfamiljsmodellen fram en mer jämlik fördelning av ansvar för omvårdnad och hemarbete i familjen. I den nationella och internationella litteraturen uppmärksammas dock även att kvinnor i de skandinaviska länderna fortfarande har ett större ansvar för det obetalda arbetet i hemmet än män samt att skandinaviska män fortfarande får mer betalt för samma arbete. I statistiken kan vi även se att kvinnor har högre utbildning men trots det inte har fler högkvalificerade arbeten och arbetsmarknaden är till stor del alltjämt segregerad (Borrell et al., 2014; Harryson et al., 2016). Statistik visar att kvinnor som arbetar i kvinnodominerade sektorer har högre krav i arbetet och lägre tillgång till resurser för att kunna utföra sitt arbete (Sverke, Falkenberg, Kecklund, Magnusson, Hanson & Lindfors, 2016). Kvinnodominerade yrken har också lägre status, lägre lön, är fler anställda per chef, har fler otrygga anställningar och lägre tillgång till företagshälsovård än män. Män har däremot bättre möjligheter till utveckling i arbetet, de har större tillgång till resurser för att möta krav på arbetet, de har mer möjligheter att påverka arbetstider, har högre status och oftare chefspositioner (Sverke, et al., 2016: Arbetsmiljöverket, 2014).

I det svenska samhället har människor generellt uppfattningen av att jämställdhet redan har uppnåtts även om statistiken visar en helt annan bild av verkligheten. Det visar att det finns en diskrepans mellan synen på Sverige som ett jämställt land och den faktiska brist på jämställdhet som råder (Harryson et al., 2016). Thomson (2002) konstaterar att Sverige ligger högt vad det gäller den kvantitativa jämställdheten i

form av politisk representation och delaktighet på arbetsmarknaden i jämförelse med andra länder. Det som den svenska jämställdhetspolitiken inte lyckats lika bra med är den könssegregerade arbetsmarknaden och den ojämna fördelningen av obetalt hushållsarbete. Thomsson (2002) pekar också på att de kvantitativa jämställdhetsfrågorna kanske har ett litet värde för enskilda människors hälsa och val av beteenden. Även Rothstein (2009) poängterar att de svenska framgångarna på jämställdhetsområdet är på många vis befogad men lyfter också fram att det är relativt många kvinnor/familjer som i praktiken tackat nej till kombinationen heltidsarbete för båda föräldrarna under tiden barnen är små. Det svenska jämställdhetsprojektet innebär nämligen till stor del att barnen skulle vara på förskolan runt tio timmar per dag. Han menar även att ökningen av sjukskrivningar och förtidspensioneringar bland svenska kvinnor och den ökande ohälsan hos barn och unga kan vara en reaktion på den stora belastning som tilldelats kvinnor genom den etablerade jämställdhetsmodellen (Rothstein, 2009). Även Orth-Gomér Lewandrowski, Westman, Hwang, Leineweber (2006) ställer sig frågande till vem som ska orka jobba till 65 års ålder (och nu 67 år). De hänvisar i sin artikel till den första generationen kvinnor som varit yrkesverksam hela livet samtidigt som de fött barn och skött hemmet och vid arbetslivets slut uppvisar en extremt hög sjukfrånvaro sett från ett europeiskt perspektiv. Mindre än hälften av friska kvinnor i Sverige fortsätter att arbeta fram till 65 års ålder och kvinnor över 55 år utgör mer än 60 procent av alla långtidssjukskrivna. Därutöver fann Orth-Gomér et al., (2006) i sin studie att psykosocial stress, både på arbetet och i hemmet var betydligt viktigare än medicinska fynd som bestämningsfaktor för ohälsa vid arbetslivets slut. De lyfter fram vikten av kraftfulla och riktade effektiva åtgärder för att förbättra kvinnors psykosociala situation i samhället i stort. Andra studier tyder på samma resultat, Lu et al. studie (2016) visar att kvinnor som tog en kort paus för familjeomvårdnad och sedan arbetade deltid fram till 59 års ålder hade lägre skörhet i form av kronisk smärta, depression, frakturer med mera vid 60 års ålder, än kvinnor som arbetat heltid till 59 års ålder. Även i den här studien argumenteras det för att främja kvinnors balans i vardagen och vikten av att främja hälsa under livet för att få och bibehålla bättre hälsa senare i livet.

## Att arbeta inom kommunal vård, stöd- och omsorg

Kommunal vård, stöd och omsorg är ett kvinnodominerat arbetsområde som står inför stora utmaningar. Inom kommunal vård, stöd och omsorg arbetar framförallt personal inom äldreomsorg, LSS och socialt arbete. De ökade kraven på kostnadsbesparingar och högre grad av effektivitet ställer första linjens chefer i offentlig verksamhet inför svåra beslut och tuffa utmaningar för att inte äventyra sin egen eller anställdas hälsa (Härenstam & Östebo, 2014). Tyvärr har de senaste

decenniernas ökade krav, minskade resurser och slimmade organisationer bidragit till en ökad stress, psykisk ohälsa och höga sjukskrivningstal bland personalen (Arbetsmiljöverket 2016: AFA 2015). Risken för att drabbas av en psykisk diagnos har ökat i snabb takt och har mer än fördubblats för anställda inom socialtjänst och vårdrelaterade yrken som personliga assistenter och äldreomsorgspersonal, mellan åren 2009-2014 (AFA, 2015). Sverke et al., (2006) hävdar att det är troligt att dessa förändringar i arbetsvillkor i de kvinnodominerade sektorerna påtagligt bidragit till den uppkomna skillnaden i sjuktal mellan kvinnor och män.

Samtidigt som sjukskrivningstalet inom vård och omsorg är högre än andra yrkesområden är det svårt att rekrytera ny personal. Medelåldern bland de anställda är även hög (Arbetsmiljöverket, 2016) vilket innebär stora pensionsavgångar under de kommande tio åren (SKL, 2014). Även demografin i vårt samhälle har förändrats och åldersgruppen som är 80 år och äldre ökar och enligt Sveriges kommuner och Landsting (2014) kommer gruppen att öka i snabbare takt efter 2020. Det beräknas uppstå ett behov av ungefär 225 000 nya medarbetare inom vård- och omsorg fram till 2021 om inga förändringar görs i arbetssätt och på bemanningssidan (SKL, 2014). En central faktor för att klara personalförsörjningen är att fler arbetar till 67 års ålder. Idag arbetar medelsvensken till 63 års ålder. För att förlänga arbetslivet och minska sjukskrivningarna för personal inom vård och omsorg är det av stor vikt att värna om arbetskraften (Zwetsloot & van Scheppingen, 2007) och skapa individuella lösningar, en god arbetsmiljö och en rimlig arbetsbelastning (SKL, 2014).

Förutom att den psykiska ohälsan och sjukskrivningarna skapar problem inom vårdstöd- och omsorgssektorn, leder den till stora kostnader för samhället och för individen genom utslagning från arbetslivet, omskolning och rehabilitering (Abrahamsson, 2011). Det är även en samhällsangelägenhet att använda de allmänna resurserna på ett bättre sätt, genom att fokusera mer på hälsopromotion, än som det är idag där de allmänna resurserna framför allt används till att kompensera och reparera istället för att förebygga ohälsa och främja hälsa (SOU, 2016:55).

## Hälsopromotion på arbetsplatsen

Hälsopromotion handlar främst om att finna strategier för att skapa förutsättningar för hälsa och välbefinnande (Korp, 2016) genom att möjliggöra för människor att själva ta kontroll över sin hälsa och förbättra den (WHO, 1986). Enligt Korp (2016) kan hälsopromotion sammanfattas i fyra grundläggande principer innefattande holistisk syn på hälsa, holistiska strategier, empowerment och jämlikhet. En grundläggande utgångspunkt i hälsopromotion är att människor lever i olika

sammanhang där villkoren sätter gränser eller utgör möjligheter som påverkar individers hälsa (Winroth & Rydqvist, 2012). Eftersom hälsa påverkas av både människan själv och hennes omgivning bör hälsopromotion omfatta både miljö och individ för ett mer effektivt resultat (Hansson, 2004).

En viktig arena att arbeta utifrån för att bidra till jämlik hälsa på lika villkor är arbetsplatsen. Arbetsplatsen påverkar i stor utsträckning den arbetande delen av befolkningens hälsa och välbefinnande (ENWHP, 2007) och ett bra arbetsliv med fungerande arbetsvillkor bidrar till en förbättrad folkhälsa och en hållbar tillväxt. Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2014) lyfter fram att ökad hälsa och minskad sjukfrånvaron frigör resurser över hela samhället och ökar bland annat kommuners och landstings möjlighet att klara sina kärnuppdrag (Skantze, 2011). Att arbeta med hälsopromotion på arbetsplatsen är en nyckelfaktor och en investering som bidrar till organisationens konkurrenskraft, kontinuitet och utveckling (Zwetsloot & van Scheppingen, 2007). Hälsopromotion kan ses som en gemensam satsning från samhälle, arbetsgivare och arbetstagare för att förbättra hälsa och välbefinnandet för människor i arbetslivet (ENWHP, 2007). Hälsopromotion på arbetet handlar om att fokusera på möjligheter och resurser och inte på riskerna (Hansson, 2004; Tangen & Conrad, 2009). Genom att arbeta för att stärka resurser för hälsa på arbetsplatserna kan engagemanget hos medarbetarna öka i det främjande arbetet (Schaufeli & Bakker, 2004).

Lindberg (2006) har utvecklat en modell av kontinuumet för arbetsförmåga som visar hur nedbrytande faktorer respektive stödjande faktorer på en arbetsplats påverkar en individs arbetsförmåga. Ju fler stödjande faktorer/resurser på arbetsplatsen desto bättre arbetsförmåga och ju fler nedbrytande desto sämre arbetsförmåga. En förutsättning för möjligheten att stärka de stödjande faktorerna/resurserna på arbetet är att ha kunskap om vilka de stödjande faktorerna är. Forskning inriktad på arbetslivet har visat att t ex socialt stöd hjälper människor att hantera arbetskrav och hög press (Karasek & Theorell, 1990). Andra exempel på resurser som främjar medarbetares hälsa är ett hälsofrämjande ledarskap (Eriksson, Axelsson & Bihari Axelsson 2010), ledare som mår bra (Skakon, Nielsen, Borg & Guzman, 2010), kompetensutveckling och empowerment-strukturer där individen är delaktig i besluten på arbetsplatsen (Ljungblad, Granström, Dellve & Åkerlind, 2014). Andra exempel på resurser som främjar hälsa och välbefinnande på arbetsplatsen är belöningar vid bra arbete, en god fysisk arbetsmiljö och flexibilitet med att kunna balansera arbete och privatliv (Dickson-Swift, Fox, Marshall, Welch & Willis, 2014).

## Med fokus på WLB

I folkhälsopolitiken i Sverige lyfts ett holistiskt förhållningssätt fram som centralt för att kunna förena arbete med familj och fritid och för att skapa förutsättningar för ett hållbart yrkesliv (SOU, 2007). I litteraturen ses det som väsentligt att HR-avdelningar och HR-professioner inkluderar WLB- interventioner i sitt arbete för att främja medarbetares hälsa (Morries & Madsen, 2007). Härav blir det allt viktigare att använda sig av holistiska förändringsstrategier inom HR avdelningar i organisationer, och undersöka hur arbete, familj och samhällsroller är betraktade och hur de är influerade av genus och andra socialisationsfaktorer. I Morries & Madsen (2007) litteraturgenomgång visades att det var av betydelse att titta på vilka aspekter av arbete, familj och andra samhällsroller som är glädjande och tillfredsställande men även lyfta fram den stressande påverkan av roll-ackumulering och roll-ansvarsskyldighet. Det är även viktigt att undersöka om individer har möjligheter och kompetens att leva upp till kraven i de olika rollerna. I de holistiska förändringsstrategierna och lösningarna bör både krav och resurser i de olika domänerna belysas samt hur HR kan hjälpa till med att skapa en hälsosam integration av dem.

Faktorer som är relaterade till en sämre interaktion mellan arbete och privatliv är långa arbetsdagar, lågstatusarbete, låg kontroll över arbetstiden och hög arbetsbelastning (Pocock, Williams & Skinner 2012). Forskning visar att arbetsgivare anser att arbetet är den viktigaste domänen, utformat genom den ”ideala arbetare”-stereotypen som utgår ifrån en heterosexuell man med markservice hemma (Munn, 2013; Larsson, 2007) vilket kan leda till att medarbetaren blir stressad, pressad och klämd mellan långa arbetsdagar och omvårdnadsbehov och andra rollrelaterade krav utanför arbetet (Morris & Madsen, 2007). Blanchard, Tremblay, Mask och Perras (2009) studie indikerar att upplevelsen av konflikt mellan arbete och familj är dubbelriktad. När individer upplever en konflikt mellan arbete och familj bidrar det till att det blir en konflikt i andra riktningen, det slår tillbaka mot arbetet. Eftersom arbete och privatliv sitter ihop i ett system lyfter Munn (2013) upp att skulle det vara betydligt klokare om arbetsgivare omfamnar WLB och hittar *best practice* i stället för att försvåra för anställda att få ihop livets olika delar. Vikten av att ha en flexibel arbetsorganisation som kan matcha behovet av olika typer av anställda blir allt mer centralt (Munn, 2013). Inom gruppen arbetsverksamma finns en mångfald av individer som på olika sätt kombinerar arbete med andra viktiga åtagande i sina liv. Mångfalden av människor i olika faser i livscykeln kommer att fortsätta öka och fler individer kommer att ha ett behov av att dela sin tid och uppmärksamhet mellan kraven från sitt arbete och bland annat omvårdnadsuppgifter i hemmet (den Dulk & Groeneveld, 2012).

Genom att investera i medarbetares WLB skapar arbetsgivare förutsättningar för en god hälsa. Dock är det centralt att implementerade policys som underlättar en balans

mellan arbete och privatliv matchar en stödjande organisationskultur som uppmanar anställda att utnyttja WLB-policys som finns inom organisationen (Haar et al., 2014). Kulturen på arbetet och chefens åsikter om program och policys för att underlätta WLB har stor inverkan på hur vida anställda väljer att utnyttja möjligheter som ges inom organisationen för att underlätta vardagssituationen (Darcy et al., 2012). De resurser eller faktorer som har lyfts fram mest i litteraturen, som centrala för att anställda ska kunna balansera de olika delarna och åtagande i sina liv är flexibla arbetstider och möjlighet att kunna påverka sitt arbetsschema (Haar et al., 2014). Emellertid så visar studier även att det inte alltid är till fördel för de anställdas WLB att ha flexibla arbetstider då det suddar ut gränser och gör det svårare att frigöra sig från arbetet (Abendroth & den Dulk, 2011). Vidare spelar det roll hur mycket kontroll de anställda har över flexibiliteten och om flexibiliteten handlar om att öka anställdas WLB eller om de flexibla arbetstiderna är till för verksamhetens behov (Abendroth & den Dulk, 2011).

Forskning inom WLB har haft störst fokus på arbetsdomänen och inte lika mycket fokus på den privata sfären. Detta har bidragit till att det finns kunskap om vilka faktorer som kan bidra till skillnad på arbetet men mindre kunskap om vilka faktorer i privatlivet och individuellt som kan påverka interaktionen mellan arbete och privatliv (Pocock, et al., 2012). Forskningen inom området domineras även av målgruppen tjänstemän och barnfamiljer där båda föräldrarna yrkesarbetar. Lågavlönade arbetare, ensamstående föräldrar, hbtq-personer och de som lever i singelhushåll är inte inkluderade i lika stor utsträckning i forskningen (Darcy et al., 2012; Pocock et al., 2012). Studier visar även att WLB kan vara en utmaning för anställda i olika livsfaser och inte endast för föräldrar med små barn. Framförallt ses det som centralt att skapa förutsättningar för äldre anställda att kunna välja minskade krav i arbetslivet samt deltidsanställningar, för att främja balans mellan arbete och privatliv, men även för att locka fler äldre att stanna kvar i arbetslivet (Darcy et al., 2012). Vidare är det viktigt i forskningen att ha ett genusperspektiv då det har visat sig att män och kvinnor upplever WLB olika (Pocock, et al., 2012). Trots en ökning inom WLB-forskning de senaste decennierna så har främjande strategier och interventioner för att hjälpa anställda balansera arbete och privatliv utvecklats långsamt (Rigby & O'Brien-Smith 2010). En litteraturgenomgång av interventionsstudier inriktade på hälsopromotion inom de nordiska länderna visar även att det var få studier som följt de grundläggande principerna empowerment och holistiska strategier (Torp, Eklund & Thorpenberg, 2008).

## **Ramverk för interventionsutveckling på arbetsplatsen**

Rekommendationer för genomförande av hälsofrämjande arbetsplatsinterventioner är ett brett förhållningssätt som inkluderar både organisation och individ med fokus på såväl miljömässiga faktorer som individuella faktorer (Chu et al., 2000).

Forskning visar att interventioner på arbetsplatserna som innefattar flera strategier på olika nivåer såsom individ, grupp och organisation, har större inverkan på anställdas arbetsnärvaro än interventioner som endast har en strategi eller arbetar utifrån en nivå i organisationen (Dellve, Skagert & Vilhelmsson, 2007; Shain & Kramer, 2004). I det hälsopromotiva arbetet på arbetsplatsen är det centralt att medarbetarna är delaktiga i vilka hälsofrämjande insatser som arbetsplatsen/organisationen ska satsa på (ENWHP, 2007). Olika individer har olika möjligheter, behov och önskemål vilket bör inkluderas i det främjande arbetet. Detta innebär att organisationer kan behöva inkludera även situationer utanför den aktuella arbetsplatsen. I det hälsopromotiva arbetet på arbetsplatser går det inte att bortse ifrån att arbetsliv och privatliv är intimt sammanbundna (Menckel & Österblom, 2000).

Förutom att det hälsopromotiva arbetet bör utgå ifrån en holistisk syn på hälsa, holistiska strategier, empowerment och jämlikhet (Korp, 2016) är det även centralt att planering och framtagandet av interventioner utgår ifrån ett teoretiskt ramverk (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2011; Bartholomew, Parcel & Kok, 1998). *Intervention Mapping* (IM) är en metod för utveckling och design av komplexa interventioner och program och tar sin utgångspunkt ifrån ett socioekologiskt systemteoretiskt perspektiv. Metoden innefattar ett systematiskt arbete utifrån en holistisk ansats med syfte att utveckla interventioner med stöd i teori, empiri och med delaktighet av målgrupp och intressenter (Bartholomew et al., 2011).

Genom att systematiskt arbeta sig igenom de sex stegen i IM skraddarsys interventionen/programmet utifrån behovet i den specifika målgruppen. De sex stegen innefattar: 1) behovsbedömning/kartläggning; 2) målsättning; 3) val av teoribaserade interventionsmetoder och praktiska tillämpningar; 4) producera programkomponenter och material; 5) planera för programanpassning, implementering och hållbarhet; 6) plan för utvärdering. I varje steg av metoden finns rekommendationer för genomförandet av olika uppgifter och frågor att besvara som guidar beslutsfattande och processen framåt (Bartholomew et al., 2011).

Utvecklandet av en hälsofrämjande intervention inriktad på WLB inom den kvinnodominerade vård-, stöd- och omsorgssektorn känns angeläget och som ett viktigt bidrag i WLB forskningen. Att rekrytera, behålla personal, sänka sjukfrånvaron och öka medarbetares hälsa i den offentliga sektorn blir allt mer viktigt utifrån att allt fler blir äldre och att arbetskraftsutbudet minskar i allt fler europeiska länder (den Dulk & Groeneveld, 2012). Tills nu har arbetsgivare och forskare i huvudsak fokuserat på schema, flexibla arbetstider och familjevänliga arbetspolicies, så som föräldraledighet och barnomsorg, för att öka medarbetares WLB (Deery, 2008; Shagvaliyeva & Yazdanifard, 2014).

Majoriteten av forskningen genomförd inom WLB är amerikansk och det saknas forskning inom området från andra kulturer och länder. Merparten av WLB-

forskningen utgår även ifrån ett patogent perspektiv med utgångspunkt att minska riskfaktorer, vilket är centralt och viktigt, men att ha kunskap om både risk- och främjande faktorer i WLB-forskningen är väsentligt.

Det salutogena perspektivet är centralt för utvecklandet av hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen med inriktning WLB. Det saknas dock salutogen forskning vilket gör det angeläget att undersöka vilka resurser som relaterar till WLB i en positiv riktning inkluderade både arbete och privatliv. Det är även angeläget att utveckla interventioner inom WLB då det saknas strategier och interventioner inom organisationer för att hjälpa anställda balansera arbete och privatliv på ett hälsofrämjande och tillfredsställande sätt.



# Syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka resurser som relaterar till balans mellan arbete och privatliv (WLB) bland kommunanställda inom vård, stöd och omsorg, samt att utforma och testa en arbetsplatsbaserad intervention med målet att främja kvinnlig personals WLB och välbefinnande.

*De specifika syftena var:*

- att utforska uppfattningar om resurser i vardagen för främjandet av balans mellan arbete och privatliv bland hemtjänstpersonal (Delarbete I).
- att utforska resurser som relaterar till främjandet av balans mellan arbete och privatliv bland kommunanställda inom en socialförvaltning och kost- och städenhet (Delarbete II).
- att beskriva utveckling och innehåll av ett tvärvetenskapligt hälsofrämjande program med syfte att främja kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonals välbefinnande med fokus på balans mellan arbete och privatliv (Delarbete III).
- Att undersöka hur kvinnor anställda inom vård-, stöd- och omsorgssektorn upplevde sitt deltagande i BELE-programmet, i relation till deras upplevelse av WLB och välbefinnande (Delarbete IV).



# Projektets process

Det här doktorandprojektet har drivits i två sammanflätade spår. Ett spår har varit det traditionella spåret som inbegrep att samla in data, analysera, skriva vetenskapliga artiklar och bidra till kunskapsutveckling. Det andra spåret i projektet har varit att arbeta utifrån kommunens behov och att på olika sätt informera och föra en dialog med deltagare, chefer och politiker om resultaten från studierna och doktorandprojektet. Detta har skett genom att jag som doktorand deltagit i möten, hållit föredrag i olika forum och sammanställt skriftligt material. Det ständiga kunskapsutbytet var användbart under doktorandprojektets olika delar och nödvändigt för projektets processer eftersom det kontinuerligt omorganiserades i förvaltningen och chefer kom och gick.

Doktorandprojektet har bedrivits i samverkan mellan Högskolan Kristianstad och kommunen och det första steget i projektet var att tillsammans med kommunen och ledningen för socialförvaltningen sätta samman en stödgrupp som representerade medarbetare, beslutsfattare och forskare. I starten av projektet bestod stödgruppen av ordförande i socialnämnden, socialchef, personalchef, två enhetschefer och tre undersköterskor inom äldreomsorgen samt en professor, en docent och en doktorand i folkhälsovetenskap. Stödgruppen ändrades allteftersom forskningsprojektet utvecklades och inkluderade fler personalgrupper.

Stödgruppen träffades två gånger per termin. I stödgruppen beslutades gemensamt om hur delarbetena skulle genomföras och hur resultaten skulle presenteras för olika målgrupper i kommunen. Inför de olika delarbetena i projektet diskuterades datainsamlingsmetod och utformning av intervention i mindre arbetsgrupper bestående av medarbetare från olika avdelningar på socialförvaltningen.

Under doktorandprojektet samlades det in mer material än vad som presenteras i den här avhandlingen. Anledningen till att all insamlad data inte är presenterat beror på att tidsramen för doktorandprojektet var begränsat. Däremot har allt insamlat material varit av värde i projektets process samt kunnat uppfylla behov och önskemål från deltagare, stödgrupp och organisation. Avhandlingsarbetet har bedrivits på deltid vilket innebär att avhandlingsarbetet pågått under många år.

---

September 2009- 2010 2010 -2011	Bildandet av stödgrupp, litteraturgenomgång, projektplan Individuella- och fokusgruppsintervjuer med hemtjänstpersonal (I) Återkoppling av resultat från studie I till olika chefsgrupper, socialnämnd, kommunstyrelse och två halvdagsutbildningar innehållande information om doktorandprojektet och resultatet riktad till all personal inom socialförvaltningen
2012	Utveckling av enkät tillsammans med två arbetsgrupper, bestående av medarbetare från olika arbetsplatser inom socialförvaltningen. Genomförande av enkätstudie med all personal på socialförvaltningen samt kost- och städenhet (II) Återkoppling av enkätresultat till politiker, chefer och medarbetare via föredrag och skriftligt material.
2013-2014	Planering, utveckling, genomförande och utvärdering av intervention; framtagandet av BELE-programmet; praktiskt genomförande av programmet i fyra pilotgrupper bestående av medarbetare från socialförvaltning samt kost- och städenhet. Efter justeringar genomfördes fyra nya grupper bestående av medarbetare från socialförvaltningen. BELE-programmet utvecklades och genomfördes tillsammans med två kommunanställda arbetsterapeuter och en docent i arbetsterapi från Lunds universitet (III). Insamling av utvärderingsdata; individuella- och fokusgruppsintervjuer (IV), mätningar via enkäter vid tre tillfällen (opublicerat material) samt en utvärderingsenkät till alla deltagare efter interventionens slut (opublicerat material) och fältanteckningar (opublicerat material) Återkoppling till chefer och politiker. En större informationssatsning för all personal inom socialförvaltningen och övriga intresserade i kommunen planeras när avhandlingen har färdigställts.
2015-2017	Skrivtid och publicering av artiklar

---

**Figur 1.**  
Tidslinje med aktuella händelser i forskningsprojektet

# Metod

## Design

Inom ramen för avhandlingen har fyra delarbeten genomförts utifrån en mixad metod (mixed methods) design (se tabell 1). Det första delarbetet var en kvalitativ intervjustudie. Utifrån resultatet av delarbete **I** konstruerades och genomfördes en kvantitativ enkätstudie (delarbete **II**). Med utgångspunkt från delarbete **I** och **II** utvecklades en arbetsplatsintervention som testades i organisationen. I delarbete **III** beskrivs interventionens utvecklingsprocess och innehåll. Deltagarnas upplevelse av interventionen undersöktes genom en kvalitativ intervjustudie (**IV**)

Mixade metoder som design i forskning har använts under de senaste 30 åren men har ökat betydligt under 2000- talet (Borglin, 2015). Huvudsyftet med att använda mixade metoder är att åstadkomma en mer fullständig bild av det som studeras. Genom att använda både kvalitativa metoder och kvantitativa metoder ges tillgång till både text- och numerisk data. Att ha tillgång till både kvalitativ och kvantitativ data kan öka förståelsen för ett fenomen samt stärka trovärdigheten för studiens resultat (Creswell, 2003). Enligt Borglin (2015) definieras mixade metoder i litteraturen som det tredje forskningsparadigmet och lyfter fram den strikta gräns mellan kvantitativa och kvalitativa metoder som råder inom forskningsvärlden.

Enligt Tashakkori och Teddlie (2003) motiveras användningen av mixade metoder av ett pragmatiskt synsätt. Med ett pragmatiskt förhållningssätt undviks metafysiska antagande som gäller världens egentliga natur. Pragmatismens fokus ligger på användbarhet (Hartman, 2004) och beslut gällande om antingen kvantitativa, kvalitativa eller mixade metoder ska användas är beroende av forskningsfrågan (Tashakkori & Teddlie, 2003). Forskningsfrågan är med andra ord viktigare än vilka metoder och vilket paradigm som ligger till grund för metoden. Inom pragmatismen anses det finnas multipla sätt att se på och förstå världen. Epistemologiskt ses kunskap som påverkad av mänskliga intressen, men formad av både objektiva och subjektiva värden (Borglin, 2015). I litteraturen lyfts vikten av att använda mixade metoder som stöd i utvecklandet av komplexa interventioner (MRC, 2008).

**Tabell 1.**

Sammanställning av samtliga delarbeten

	Delarbete I	Delarbete II	Delarbete III	Delarbete IV
<b>Design</b>	Kvalitativ studie	Kvantitativ studie	Intervention Mapping	Kvalitativ studie
<b>Urval</b>	n= 13	n= 481		n= 55
<b>Data</b>	Individuella intervjuer (n=13) Fokusgrupps intervjuer (n=2)	Enkäter	Beskrivning av interventions-utveckling	Individuella intervjuer (n=8) Fokusgrupps Intervjuer (n=8)
<b>Tidsperiod för datainsamling</b>	2010-2011	2012	2013-2014	2013-2014
<b>Analys</b>	Kvalitativ innehållsanalys	Beskrivande statistisk Linjär och logistisk regression	Färdigställande av BELE-programmet	Kvalitativ innehållsanalys

## Interventionens framväxt

Som stöd i arbetet med att utveckla en arbetsplatsbaserad intervention med syfte att främja kvinnlig vård-, stöd- och omsorgspersonals WLB och välbefinnande användes Bartholomew et al. (2011) Intervention Mapping som ramverk. Modellen består av sex steg. Stegen i modellen har anpassats efter förändringar i organisationen under projektets gång och inom tidsramen för doktorandprojektet. Bland annat så anpassades steg två (förbereda matriser av förändringsmål) genom att förändringsmålen bestämdes på ett mer övergripande plan än med utgångspunkt från de detaljer som rekommenderas. Interventionsprogrammets innehåll och utveckling beskrivs i delarbete **III**.

### *Steg 1. Behovsbedömning och kartläggning av resurser*

Behovsbedömningen för projektets inriktning grundades på erfarenheter från ett tidigare projekt, ”Ett hållbart yrkesliv”, som genomförts inom socialförvaltningen och på stödgruppens upplevelser av behov inom kommunen. Behovsbedömningen innefattade även en litteraturgenomgång inom ämnet WLB. Efter litteraturgenomgången kunde vi konstatera att salutogena studier inom ämnet var obefintligt. För att få mer kunskap om vilka resurser som främjar WLB bestämde styrgruppen för projektet att en kvalitativ studie och en kvantitativ studie skulle genomföras. Att använda mixade metoder i kartlägningsarbetet och i utforskandet av bestämningsfaktorer rekommenderas i Intervention mapping. Den kvalitativa studiens syfte var att öka förståelsen för fenomenet (**I**) och den kvantitativa studiens syfte var att undersöka om resurserna som framkom i den kvalitativa studien var

applicerbara på socialförvaltningens personal som helhet samt att få en rikare och mer fullständig bild av det som undersöktes (II). Utifrån litteraturgenomgången och resultat från delarbete I och II beslutade stödgruppen att det var tillräckligt med information för att kunna gå vidare i projektet med att sätta upp mål kring vilka resurser som verkar fördelaktiga att stärka.

### *Steg 2. Förbereda matriser av förändringsmål*

I steg två i projektet sattes specifika mål upp för interventionen. I kartläggningen kunde vi se att resurser som påverka WLB fanns i alla nivåer; samhälle, organisation, grupp och individ. I stödgruppen för projektet fanns beslutfattande representanter för de övergripande nivåerna inom organisationen som förankrade och använde resultatet av kartläggningen inom sitt respektive verksamhetsområde. I det här doktorandprojektet beslutades det att det övergripande målet med interventionen skulle vara att öka medvetenhet och kunskap om resurser som främjar WLB och välbefinnande. Särskilt fokus skulle läggas på tidsanvändning och återhämtning, i relation till hela livssituationen. De specifika målen för att öka WLB och/eller välbefinnande var upp till var och en av deltagarna i interventionen att bestämma.

### *Steg 3. Teoribaserade interventionsmetoder*

Efter att det övergripande förändringsmålet var bestämt, söktes litteraturen igenom för att finna teoribaserade interventionsmetoder. Den metod som närmast stämde med målet och vårt syfte var den arbetsterapeutiska metoden *vardagsrevidering* (Erlandsson, 2013). Vardagsrevidering är en metod som framförallt har använts för att hjälpa långtidssjukskrivna kvinnor med stressrelaterad ohälsa tillbaka till yrkeslivet. Utgångspunkten för metoden var att deltagarna utförde en vardagsrevidering genom att analysera sin vardag och alla aktiviteter med fokus på tidsanvändning och återhämtning. När deltagarna hade analyserat sitt aktivitetsmönster, arbetade de aktivt för att finna olika strategier för att uppnå en bättre aktivitetsbalans mellan vardagliga aktiviteter, för att på så sätt förbättra sin hälsa och arbetskapacitet (Erlandsson, 2013). I stödgruppen beslutades att vardagsrevidering kunde vara en bra bas, men att vi behövde utveckla ett nytt interventionsprogram som utgick ifrån ett salutogent fokus. Interventionsprogrammet skulle även innefatta komponenter av WLB och välbefinnande utifrån en arbetsplatskontext.

### *Steg 4. Att producera programkomponenter och material*

Kontakt etablerades med upphovskvinnan till vardagsrevidering och tillsammans bilade vi en arbetsgrupp bestående av mig som doktorand, Lena- Karin Erlandsson, docent i arbetsterapi och två arbetsterapeuter från kommunen. Som start på utvecklingsarbetet av interventionsprogrammet deltog jag och de två

arbetsterapeuterna i en utbildning i vardagsrevidering på Lunds universitet för att få kunskap om metodens innehåll och användningsområden. Efter utbildningen beslutades vilka delar av vardagsrevidering som kunde tänka sig vara av värde och vilka delar som skulle läggas till utifrån delarbete **I** och **II** och utifrån annan forskning inom området. Interventionsprogrammet som utvecklades fick arbetsnamnet "Livspussla – hälsa i vardagen" och byggdes upp utifrån ett tvärvetenskapligt ramverk, det folkhälsovetenskapliga och det arbetsterapeutiska i ett försök att stärka individers WLB och välbefinnande. I litteraturen har tvärvetenskapligt samarbete mellan discipliner lyfts fram som ett sätt att få ett mer effektivt resultat i områden som rör främjandet av hälsa (Reitz, Scaffa & Pizzi, 2010). I programmet användes bland annat EUHPID hälsoutvecklingsmodell (Bauer et al., 2006) och Dahlgrens och Whiteheads (1991) modell över hälsans bestämningsfaktorer som förklarings- och reflektionsmodeller. Genom att kombinera folkhälsovetenskap och arbetsterapi gavs möjligheten att reflektera över hälsa och välmående utifrån olika perspektiv, alltifrån ett större samhällsperspektiv till individens vardag och aktivitetsmönster. Vi valde även att strukturera interventionsprogrammet utifrån metoden vardagsrevideringens upplägg som var beprövat.

Förutom diskussioner om vilka delar och innehåll som interventionsprogrammet skulle innefattas av diskuterades även hur omfattande ett interventionsprogram kunde vara utifrån rimlighet i kostnad och tid. Utifrån diskussioner med stödgruppen beslutades att interventionsprogrammet skulle omfatta en tidslinje på sex månader där tio träffar a två timmar skulle utföras på tre månader, ca en träff i veckan, och en uppföljning efter tre månader. När ämnesdelar och tidsåtgång var bestämd togs material fram för varje träff, innefattande powerpointpresentationer, diskussionsunderlag och övningar.

#### *Steg 5. Program anpassning, implementering och hållbarhet*

Interventionsprogrammet togs fram utifrån en behovsbedömning samt kartläggning av resurser från den aktuella förvaltningen och anpassades efter den aktuella kontexten. Genom doktorandprojektets andra spår, där en viktig del var att kontinuerligt informera och resonera med medarbetare/deltagare, chefer och politiker om resultaten av delarbetena och doktorandprojektet som helhet, underlättades implementering av interventionen. Utgångspunkten för doktorandprojektet var att testa en nyutvecklade intervention. Utifrån att interventionen utvecklats med stöd i teori, empiri och med målgruppens och intressenters delaktighet, antog vi att interventionen skulle ha en relativ god passform för kontexten och bidra till ökat välbefinnande bland deltagarna. Om det visade sig att interventionsprogrammet fungerade väl ville vi förvissa oss om att interventionsprogrammet skulle kunna fortsätta att utvecklas och användas av kommunen. Utifrån detta antagande bestämdes det inledningsvis att det var två

arbetsterapeuter anställda i förvaltningen som skulle var delaktiga och ha kunskapen att arbeta vidare med programmet efter doktorandprojektet var avslutat. Efter att doktorandprojektet var avslutat anställde kommunen en folkhälsovetare, som vid behov kunde utgöra ett stöd för arbetsterapeuterna, i de träffar som var framtagna utifrån ett folkhälsoperspektiv.

### *Steg 6. Utvärderingsplanering*

För att kunna svara på frågan om vi uppnått målet med interventionen användes även här mixade metoder. I början av interventionen svarade alla deltagare på en kort enkät om WLB, hälsa, välbefinnande samt aktivitetsmönster. Denna enkät återkom efter tionde träffen samt vid uppföljningsträffen (opublicerat material). Alla deltagare fick även besvara en anonym utvärderingsenkät efter programmet avslutats (opublicerat material). För att ta reda på hur deltagarna upplevde interventionsprogrammet mer djupgående genomfördes fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer (delarbete **IV**). Under interventionsprogrammet skrevs även fältanteckningar om hur föreläsningar, övningar och diskussionsmaterial fungerade i grupperna samt vad som lyftes fram som viktigt i diskussionerna och andra iakttagelser (opublicerat material). På grund av tidsaspekten i doktorandprojektet har det inte funnits möjlighet att inkludera all data i avhandlingen.

## Kontext

Doktorandprojektet genomfördes på en socialförvaltning i en kommun i södra Sverige. På socialförvaltningen arbetade ca 600 anställda med uppdrag att ge stöd till enskilda familjer och att ge vård och omsorg till personer med funktionsnedsättning och till äldre. Förvaltningen var uppdelad i tre verksamhetsövergripande enheter, socialkontoret/stab, LSS och äldreomsorg.

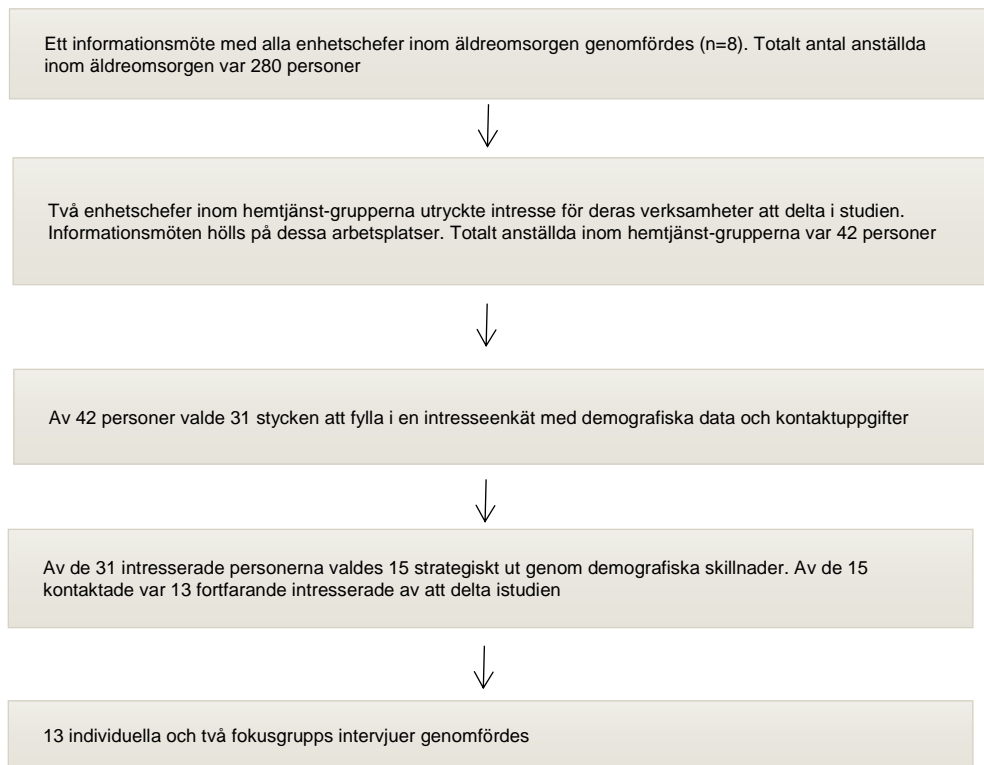
På socialkontoret/staben arbetade assistenter, medarbetare med förvaltningsövergripande funktioner, socionomer och behandlingsterapeuter/assistenter inom missbruksvård och psykiatri, socionomer som arbetade med handläggning av ekonomiskt bistånd och med utredningar och stöd för barn och unga och deras vårdnadshavare. Inom LSS arbetade personliga assistenter och boendestödjare antingen ute på kommunens LSS boende och dagligverksamhet eller i brukarnas hem. Inom äldreomsorgen arbetade biståndshandläggare, rehab-personal, vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Merparten av verksamheten bestod av äldreboenden och hemtjänst. I avhandlingen använder jag mig av begreppet vård-, stöd- och omsorgspersonal för att inkludera medarbetare från alla tre avdelningarna.

Även om doktorandprojektet genomfördes på socialförvaltningen valde vi att inkludera personal från kost- och städenheten i kommunen, eftersom den personalen till stor del arbetade i samma kontext, exempelvis på äldreboende.

Under tiden som doktorandprojektet pågick genomfördes en hel del förändringar på socialförvaltningen. Socialförvaltningen genomförde bland annat två större omorganisationer som framförallt påverkade verksamheterna inom äldreomsorgen. Inom äldreomsorgen och LSS utökades även dokumentationskravet och förvaltningen satsade på större utbildningsinsatser inom området. På socialförvaltningen infördes även schemalägnings-programmet Timecare som innebar att personalen kunde lägga in önskeschema. Under projekttiden var det även en stor omsättning på socialchefer, en ny socialchef per år, och en stor omsättning av enhetschefer.

## Urvalsprocess och deltagare

I delarbete I genomfördes en kvalitativ studie där 13 medarbetare, anställda inom kommunens hemtjänst, deltog. Av deltagarna var en sjuksköterska, tio var undersköterskor och två var vårdbiträden. Deras ålder varierade mellan 23 och 57 år, åtta var gifta/sambos och fem ensamstående. Tre av deltagarna hade utländsk härkomst. Tio av deltagarna hade barn i varierande åldrar, allt från förskoleåldern upp till vuxen ålder. Tre av deltagarna arbetade heltid (38 h vecka) och tio arbetad deltid. Vidare arbetade tio deltagare på oregelbundna arbetstider, morgon och kvällspass samt varannan helg, en arbetade endast dagtid och två arbetade nattskift och vart tredje helg. Urvalsprocess se figur 2.



**Figur 2.**  
Flödesschema av urvalsprocess

I delarbete **II** genomfördes en kvantitativ enkätstudie där samtlig personal inom socialförvaltningen och kost- och städenheten erbjöds att delta (n=633). Totalt svarade 481 på enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 76 %. Respondenterna bestod till 93 % av kvinnor. Åldersfördelningen var ganska jämn men flest svarande, 30 %, var i åldersgruppen 45-54 år. Den stora majoriteten hade en gymnasieutbildning, 59 %, 15 % hade en grundskoleutbildning och 24 % en högskoleutbildning. Den största gruppen respondenter, 44 %, levde med en partner, 33 % var samboende med barn, 14 % levde själva och 9 % var ensamstående med barn. 55 % av respondenterna arbetade inom äldreomsorgen, 21 % arbetade inom LSS, 14 % inom kost och städ och 10 % på socialkontoret.

Delarbete **IV** är en kvalitativ studie där 55 personer inom socialförvaltningen och kost- och städenhet deltog. Deltagarna i studien var samma medarbetare som genomfört interventionsprogrammet BELE. Alla deltagare i BELE-programmet erbjöds delta i fokusgrupperna och samtliga tackade ja till att medverka. Deltagarna i studien var kvinnor i åldern 23 till 64 år. De var i olika livsfas och livssituationer,

några var ensamstående, några levde i förhållande med eller utan barn, andra var ensamstående med barn. Majoriteten av deltagarna var undersköterskor, personliga assistenter, boendestödjare inom LSS och socialarbetare men även sjuksköterskor, kökspersonal, biståndshandläggare och assistenter deltog. Av de 55 personer som deltog valdes åtta personer ut strategiskt utifrån demografiska skillnader till en individuell intervju. Alla åtta som blev tillfrågade tackade ja till att delta.

## Datainsamling

I datainsamlingen har både kvalitativa- och kvantitativa metoder använts. I delarbete **I** och **IV** genomfördes individuella intervjuer och fokusgruppsintervjuer med hemtjänstpersonal och deltagare i interventionen. I delarbete **I** startade datainsamlingen med individuella intervjuer där resultatet av de individuella intervjuerna användes som utgångspunkt för intervjuguiden till fokusgrupperna. I delarbete **IV** startades datainsamlingen med fokusgruppsintervjuer där resultatet sedan använts som utgångspunkt för intervjuguiden för de individuella intervjuerna. I delarbete **II** genomfördes en enkätundersökning med all personal från socialförvaltning och kost- och städenhet.

### Individuella intervjuer

I delarbete **I** genomfördes 13 individuella intervjuer med hemtjänstpersonal. Individuella intervjuer som datainsamlingsmetod innebär att forskaren lyssnar till vad människor själva har att berätta om sin livsvärld och får därmed reda på deras uppfattningar av fenomenet som studeras (Kvale, 1997). Intervjupersonernas berättelser om WLB var högst väsentliga för utformningen av resten av avhandlingsarbetet. Intervjuguiden som användes i intervjuerna var semistrukturerad och fokuserade på resurser för WLB. Exempel på frågor var: "Vad är balans mellan arbete och privatliv för dig?"; "Vad är viktigt för att kunna skapa en balans mellan arbete och privatliv?"; "Vilka resurser påverkar balansen mellan arbete och privatliv på ett positivt sätt?"; "Under vilka förutsättningar går det lättare att balansera ditt arbete och privatliv?". Innan intervjuguiden användes genomfördes en pilotintervju för att testa frågorna. Intervjuerna genomfördes som ett vardagligt samtal mellan deltagaren och intervjuaren. Genom att tillsammans konstruera samtalet gavs en ömsesidig förståelse av kontextbunden mening som uppkom genom intervjun. Genom att tillsammans konstruera innehållet i dialogen och låta intervjupersonen tala till punkt delar intervjupersonen och intervjuaren på makten över samtalet (Mishler, 1986). Intervjuerna genomfördes i en lokal nära

arbetsplatserna. En intervju varade i 45 minuter, de andra varade 1,5 h – 2 h. Alla intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

I delarbete **IV** genomfördes åtta individuella intervjuer med medarbetare från socialförvaltningen och kost- och stadenheten som deltagit i BELE- programmet. Den semistrukturerade intervjuguiden baserades på en summering av fokusgruppsintervjuerna som genomfördes i anslutning till att programmet avslutades. Exempel på frågor var: ”Vad har interventionen gett dig?”; ”Har du genomfört några förändringar i vardagen efter att ha deltagit i interventionen?”; ”Har du märkt några skillnader: i ditt privatliv/på arbetet/på dig som person/på WLB/på ditt välbefinnande?”; ”Är det något i interventionen som du skulle vilja ändra på?”. För att testa intervjuguiden genomfördes en pilotintervju med en projekt deltagare som inte var utvald till en individuell intervju.

Intervjuerna genomfördes tre månader efter uppföljningsträffen. Alla intervjuer genomfördes av en kollega på högskolan som var väl insatt i ämnet och i intervjumetodik. Deltagarna valde tid och plats för intervjuerna som varade i snitt mellan 1 och 2 h, utom en som varade i 30 minuter och genomfördes via telefon. Anledningen till att intervjun genomfördes via telefon var att deltagaren varit sjuk vid det bestämda intervjutillfället. Alla intervjuer, förutom telefonintervjun, spelades in och transkriberades ordagrant.

## **Fokusgruppsintervjuer**

I delarbete **I** och **IV** användes fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod. Fokusgruppsintervjuer innebär att en grupp med individer, ca fem till tio, samlas under en moderators ledning för att diskutera ett förutbestämt ämne. Fokusgruppsintervjun som datainsamlingsmetod valdes ur intresset att samla in data utifrån en variation av perspektiv, föreställningar och erfarenheter (Patton, 2002) av resurser som bidrar till balans i vardagen (**I**) och erfarenheter och upplevelser av BELE-programmet (**IV**). Fördelarna med fokusgruppsintervjuerna är att deltagarna kan lyssna till andras svar och på så sätt även utveckla sina egna svar på frågorna (Krueger & Casey, 2009). I fokusgruppsintervjun brukar det finnas en moderator och en observatör. Moderators uppgift i intervjun är att stimulera diskussionen samt medverka till att det blir en trygg miljö i gruppen. Observatörens uppgift är att lyssna, anteckna samt stödja moderatorn genom att lyfta fram frågor som behöver klargöras och förtydligas i slutet av fokusgruppsintervjun (Krueger & Casey, 2009). Jag hade rollen som moderator i delarbete **I** och observatören var A-CJ som var min handledare och kunnig i metoden. Jag hade även rollen som moderator i fokusgruppsintervjuerna i delarbete **IV** och arbetsterapeuterna var observatörer i respektive grupp de varit gruppleddare i. Fokusgruppskonstellationer bestod av

samma deltagare som i interventionsgrupperna och alla vara inbjudna att delta (n=55).

## Frågeformulär

Frågeformuläret som användes i delarbete **II** tog sin utgångspunkt från resultatet i delarbete **I** och relevant litteratur inom ämnet. Frågeformuläret skapades tillsammans med medarbetarna på den aktuella socialförvaltningen. Två arbetsgrupper (n=24) med medarbetare från alla verksamhetsområden (socialkontoret, LSS och äldreomsorg) bildades för att konstruera ett frågeformulär som kändes relevant och enkelt att svara på. Varje arbetsgrupp träffades vid fyra tillfällen tillsammans med mig som doktorand. Frågeformuläret testades sedan med personal från en annan kommuns äldreomsorg. För att fånga vilka resurser som relaterar till WLB valde vi att använda oss av sex frågeområden: balans mellan arbete och privatliv, hälsa, arbetsupplevelse, upplevelse av privatliv, reflektion och blomstrande (flourishing (Diener et al., 2010)) samt livssituation. I frågeformuläret använde vi oss av validerade mätinstrument, justerade mätinstrument som översattes från engelska samt nyutvecklade frågor.

För att mäta *balans mellan arbete och privatliv* utgick vi ifrån Clarke et al., (2004) och Carlson, Grzywacz, och Zivnuska (2009), mätinstrument som mätte nöjdhet, prestation och upplevelser/erfarenheter av WLB. I frågeområdet som rörde *hälsa* ingick subjektiv hälsa, livskvalitet, tillfredsställelse med levnadsvanor, återhämtning och välbefinnande. För att mäta subjektiv hälsa användes ett validerat mätinstrument - Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) (Bringsén, Andersson, & Ejlertsson, 2009), livskvalitet mättes med The measure of global life satisfaction (I Greenhaus, Collins, & Shaw, 2003). För att mäta tillfredsställelse med livsstilsvanor och återhämtning utvecklades nya frågor. Välbefinnande mättes med en fråga (Edén, 2000). *Arbetsupplevelse* mättes med ett validerat mätinstrument - Work Experience Measurement Scale (WEMS) (Nilsson, Bringsén, Andersson, & Ejlertsson, 2010). WEMS mäter stödjande arbetsförhållande, autonomi, tidsupplevelse och ledarskap. För att mäta *upplevelser av privatlivet* utvecklades nya frågor. Frågeområdena innefattade en stödjande hemmiljö, autonomi och tidsupplevelse. van den Heuvel, Demerouti, Schreurs, Bakker, och Schaufeli (2009) meaning-making scale och Diener et al. (2010) flourishing scale användes för att mäta *reflektion och blomstrande* (flourishing). För att mäta tillfredsställelse i *livssituation* användes frågor om nöjdhet med ekonomi, boende, privatlivet samt arbetslivet. I frågeformuläret fanns även frågor om bakgrundsfaktorer (kön, ålder, utbildning med mera) och anställningsdata (arbetsområde, arbetsschema, anställningsform med mera). Totalt var det 42 frågor i frågeformuläret.

Frågeformuläret delades ut till alla anställda (n=633) i de aktuella enheterna och 481 valde att svara på enkäten (76 %). Datainsamlingen utfördes på tre olika sätt utifrån diskussioner/önskemål från hur verksamheterna var organiserade;

1. Inom äldreomsorgen (n=310) och på socialkontoret (n=52) valdes att dela ut enkäten på ett personalmöte och placera en förseglad inlämningslåda på en central plats på arbetsplatsen. Svarsfrekvens 83 % (n=258) respektive 87 % (n=45).
2. LSS enheterna (n=162) valde att dela ut enkäten på ett personalmöte med ett svarskuvert adresserat till Högsolan. Svarsfrekvens 64 % (n=104).
3. På kost- och städenheten (n=107) skickades enkäterna hem med ett svarskuvert adresserat till Högsolan. Svarsfrekvens 69 % (n=74).

För att testa frågornas reliabilitet genomfördes ett test-retest. Frågeformuläret skickades ut en andra gång via post hem till personal inom kost- och städenheten (n=74). Av 74 deltagare valde 33 att svara på enkäten igen. Det viktade kappavärdet beräknades genom Medcalc Software. Fem frågor visade på ett lågt kappavärde, under 0.60, och exkluderades därför från analysen. De exkluderade frågorna redovisas inte i resultatet.

Innan datamaterialet analyserades kontrollerades de kvantitativa variabelernas fördelning genom histogram och jämförelser av median och medelvärde. Index skapades av en stor del av frågorna och utgjordes dels av validerade instrument som WEMS och SHIS men också av teoretiska och logiska relationer mellan frågorna. Faktoranalyser genomfördes av indexen för att försäkra att innehållet i konstruktionen resulterade i en isolerad faktor för varje index (eigen values 1.84 till 8.02). Användning av index gör det möjligt att operationalisera och ökar reliabilitet och validitet av mätningarna (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Indexen i den här studien hade en Cronbach's alpha koefficient mellan 0.67 och 0.95 vilket är acceptabelt eftersom studien hade en explorativ och bekräftande design (Hair et al., 1998). I analysen av de multipla logistiska regressionerna var indexen dikotomiserade enligt medianen i två grupper benämnda låg respektive hög.

## Analys

Datamaterialet i delarbete **I** och **IV** analyserades med stöd av en kvalitativ innehållsanalys. Analysmetoder som användes i delarbete **II** var deskriptiv, linjär- och logistisk regression.

## Kvalitativ innehållsanalys

En innehållsanalys kan utgå ifrån både en positivistisk och en hermeneutisk ansats, vilket innebär att de ontologiska och epistemologiska antagandena för innehållsanalys är öppna och beroende på forskarens utgångspunkt (Lundmans & Graneheim, 2017). I en kvalitativ innehållsanalys är syftet att uppnå en innehållsrik och bred beskrivning av ett fenomen, baserad på erfarenhet och berättelser. Kvalitativ innehållsanalys är användbar på flera olika slags texter, och abstraktion och tolkning kan ske på olika nivåer (Lundmans & Graneheim, 2017; Patton, 2002; Krippendorff, 2004).

För att besvara forskningsfrågorna i delarbete **I** och **IV** användes en kvalitativ innehållsanalys med ett konventionellt förhållningssätt, vilket innebar att temana i delarbetena växte fram genom analysarbetet (Hsieh & Shannon 2005). Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) rekommendationer. Analysarbetet har utgått ifrån en induktiv ansats med en latent tolkningsnivå. En latent tolkningsnivå innebär att forskaren utgår ifrån en texts underliggande budskap och på så sätt ökar förutsättningarna att se mönster och sammanhang kring det studerade fenomenet (Lundmans & Graneheim, 2017).

I delarbete **I** startade analysarbetet med att huvudförfattaren och medförfattarna läste igenom de individuella intervjuerna separat för att få en bild av materialet. Var och en skrev sedan ner en naiv förståelse av datamaterialet, som sedan sammanfördes till en naiv förståelse. Därefter identifierades övergripande områden, texten delades in i meningsenheter som kondenserades, abstraherades och benämndes med en kod. Koderna bildade sedan sub-tema. I analysarbetet framkom tolv sub-teman som sedan fördes samman och skapande sex teman. Dessa teman kallade vi preliminära tema.

De preliminära temana låg sedan till grund för fokusgruppsintervjuernas intervjuguide. Fokusgrupperna genomfördes med samma medarbetare som deltog i de individuella intervjuerna. Syftet med att genomföra fokusgruppsintervjuerna med samma medarbetare var att kunna bjuda in dem till att bli en del av analysarbetet. Genom fokusgruppsintervjuerna fanns möjligheten att få respons på de preliminära temana som framkommit i analysarbetet och möjligheten att fördjupa kunskapen i ämnet. I fokusgruppsintervjuerna bekräftades att temana kändes igen och hade fångat vad deltagarna uppgett i intervjuerna. Materialet från de två fokusgruppsintervjuerna blev ytterligare data till det pågående analysarbetet.

I delarbete **IV** analyserades materialet på samma sätt som i delarbete **I**. Skillnaden var att datainsamlingen startade med fokusgruppintervjuerna och därefter genomfördes de individuella intervjuerna. I analysarbetet i delarbete **IV** framkom åtta sub-teman som sedan fördes samman och skapande tre huvudteman.

Analysarbetet i båda delarbetena har genomförts av mig som doktorand och två seniora forskare och varje steg i analysprocessen har diskuterats för att nå en samsyn. En central del i analysarbetet har varit att medvetande göra vår förförståelse om ämnet och synliggöra varandras förförståelse. En forskares förförståelse påverkar tolkningen av data eftersom vi förstår texten utifrån våra egna kunskaper, erfarenheter och värderingar. I analysarbetet är det därför viktigt att hålla sig kritisk till sin egen förförståelse och ta hjälp av andra att medvetande göra den förförståelsen som vi själva inte är medvetna om (Norberg & Fagerberg, 2017).

## **Förförståelse**

Min förförståelse inom ämnet WLB grundar sig på att jag är kvinna och har två barn, som var i småbarnsåldern när doktorandprojektet började men nu är i skolåldern. Jag är gift med en man som arbetar heltid och pendlar en längre sträcka till arbetet varje dag. Jag själv fick också pendla ca 1½ timme varje dag när jag påbörjade min doktorandtjänst. Som de flesta andra har jag många roller i mitt liv; jag är dotter, syster, fru, mamma, svärdotter, svägerska, moster, faster, kusin, vän, kollega, granne och så vidare. Roller som ger mycket glädje men också tar tid och energi och skapar stundtals en del bekymmer. Jag har tidigare arbetat både inom äldreomsorgen och LSS och har en kännedom om hur det är att arbeta inom både områdena samt på oregelbundna arbetstider. Jag har även arbetat nära socialsekreterare och haft en socialsekreterare som chef under mina år som samordnare för det drogförebyggande arbetet i en kommun. Jag var förtrogen med vilka utmaningar det yrket kan ha. Jag har arbetat som folkhälso pedagog på socialförvaltningen där data samlats in till det här doktorandprojektet. Jag var förtrogen med kontexten och har arbetat tillsammans med chefer och medarbetare för att förbättra arbetsmiljö på de olika arbetsplatserna. Under mina år som folkhälso pedagog arbetade jag även med att genomföra stressprofiler/hälsoprofiler bland personalen och utbilda dem i olika folkhälsofrågor. Min roll som gruppleddare i interventionen i doktorandprojektet har gett mig kunskap om de olika deltagarnas livssituationer och förändringsresor. Under slutfasen i avhandlingsarbetet har jag fått möjligheten att starta och driva en förebyggande enhet på socialförvaltningen i en annan kommun, där jag som sektionschef arbetar både inåt mot socialförvaltningens personal samt utåt för kommuninvånare. Kunskaperna och erfarenheterna från livet, forskning och de olika uppdrag jag har haft och har påverkar hur jag tänker kring hur man kan främja medarbetares WLB och välbefinnande. Det har även påverkat vilka glasögon jag har när jag tolkar datamaterialet. Analysarbetet i de olika delarbetena har genomförts tillsammans med mina handledare som har en annan bakgrund än jag och en annan förförståelse.

## Statistiska analyser

I delarbete **II** användes beskrivande och analytisk statistik. Frekvensanalyser genomfördes för de deskriptiva variablerna. Oberoende t-test och ANOVA användes för jämförelser av medelvärden. Post hoc-analyser av signifikanta resultat av ANOVA genomfördes i enlighet med Bonferroni med en reduktion av p-värdet på grund av risken för masssignifikans vid multipel jämförelse (Altman, 1991). Korrelationsanalys (Pearson) mellan WLB och variablerna från sex hypotetiskt relaterade områden genomfördes. Variabler som visade en korrelations koefficient  $r > .40$  till WLB användes i en multipel linjär regressionsmodell för att studera signifikanta faktorer relaterade WLB (Warner, 2008). För att vidare fördjupa resultaten från den linjära regressionen användes fem logistiska regressionsmodeller med signifikanta faktorer för WLB som beroende variabler. Ingen signifikant kollinearitet hittades. De statistiska analyserna genomfördes med IBM SPSS Statistics v. 22. Signifikansnivåerna sattes till 0,05, två – sidigt test.

## Etiska överväganden

Avhandlingsarbetet har genomförts i överensstämmelse med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) och Svensk etiklag (SFS 2003:460). Efter muntlig konsultation med regionala etikprövningsnämnden i Lund inför delarbete **I** och **II** genomfördes ingen etikansökan. Delarbete **III** och **IV** har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Lund EPN 2013/45,

I delarbete **I**, som var en kvalitativ studie, gavs både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och att det var frivilligt att delta. Den muntliga informationen gavs vid ett personalmöte. Medarbetare som var intresserade av att delta i studien fyllde i en kort enkät om demografiska uppgifter samt sina kontaktuppgifter. De utvalda intervjupersonerna kontaktades sedan via telefon där jag bjöd in dem till ett informationsmöte. På informationsmötet gavs information än en gång om att deltagande i studien var frivilligt och att de kunde välja att avsluta sin medverkan när som helst utan att ge någon förklaring. På informationsmötet gavs även information om att all insamlad data hanteras konfidentiellt, förvaras på ett säkert sätt och endast används för forskningsändamål. Medarbetare som var intresserade av att delta i studien skrev på ett informerat samtycke och bokade en tid för intervju. På mötet delades även en skriftlig information ut om projektet och med kontaktuppgifter till doktorand och huvudhandledare. Innan de individuella- och fokusgruppsintervjuerna startades, gavs än en gång information om att deltagandet var frivilligt och kunde avslutas när som helst utan någon förklaring samt att det var accepterat att välja att inte svara på alla frågor.

Fokusgruppsintervjuerna startades även med att gruppen muntlig kom överens om att det som sades i rummet ”skulle stanna där”.

Delarbete **II** var en enkätstudie. I samband med enkätutskick erhöll all personal ett informationsbrev med tydlig information om studiens syfte, studiens frivillighet samt att insamlad data hanteras konfidentiellt eller anonymt beroende på vilken personalgrupp det handlade om. I informationsbrevet informerades det även om att insamlad data förvaras på ett säkert sätt och används endast för forskningsändamål. I brevet fanns också kontaktuppgifter till doktorand och handledare. Deltagarna gav sitt samtycke när de valde att svara på enkäten. Enkäten var anonym i de flesta personalgrupper förutom avseende kost- och städenheten som valts ut för ett test-retest. Eftersom en test-retest genomfördes kodades enkäterna med ett nummer och dessa nummer var sedan sammanlänkande med deltagarna på en lista. Listan med namn förvarades i ett annat kassaskåp än de insamlade enkäterna.

Delarbete **III** och **IV** innefattade utveckling av intervention (**III**) och en kvalitativ studie (**IV**). Medarbetare fick både skriftlig och muntlig information om interventionen och studiens syfte av sin närmaste chef. I det skriftliga informationsmaterialet stod syftet med interventionen och dess innehåll, att deltagandet var frivilligt och att man kunde välja att avsluta sin medverkan när som helst utan ge någon förklaring, att all insamlad data hanteras konfidentiellt, förvaras på ett säkert sätt och endast används för forskningsändamål. I informationsmaterialet fanns även doktorandens och huvudhandledarens kontaktuppgifter. Medarbetare som var intresserade av att delta i testgrupper för interventionen anmälde sitt intresse till sin chef. Doktoranden ringde sedan upp de medarbetare som angett sitt intresse och gav mer information och svarade på frågor innan interventionsprogrammet startade. På första träffen i programmet skrev deltagarna på ett informerat samtycke för både deltagande i intervention och i insamlandet av utvärderingsmaterial (**IV**). Gruppen kom även överens om att det som sades i gruppen under programmet inte skulle spridas vidare utan stanna i rummet.

I avhandlingsarbetets olika delar har stor respekt för deltagarnas autonomi och integritet styrt arbetet. Avhandlingens ämne innefattade både arbete och privatliv vilket innebar att känslig information om deltagares privatliv samt känslig information om personer runt deltagarna kunde kom fram i grupperna. För att hantera detta lyfte gruppleddare genomgående fram vikten av att deltagarna inte sprid information vidare och att deltagarna själva tänkte igenom vad de valde att dela med sig av i gruppen. Gruppleddarna var tydliga med att det var deltagarna själva som bestämde hur aktiva de ville vara i diskussionerna och att det var deltagarna själva som bestämde hur mycket de delgav av hemuppgifter med mera som ingick i interventionsprogrammet för gruppen. Deltagarna bestämde själv vilka frågor som de besvarade och deltog på egna villkor i de olika delarna av doktorandprojektet.

Doktorandprojektets syfte var att bidra med kunskap om hur kvinnors hälsa och välbefinnande kan stärkas. Syftet med projektet var att göra gott och förebygga skada. Som angivits ovan var doktorand och gruppleddare noga med att inte någon deltagare skulle uppfatta något moment som tvingande. Doktoranden/ gruppleddaren var även tillgänglig på telefon, via mejl samt både före och efter varje träff i interventionsprogrammet. Även om intentionen med projektet vara att göra gott och inte skada fanns det en risk att moment i interventionsprogrammet kunde bidra till att väcka minnen, tankar och känslor som behövde hanteras utanför interventionsprogrammet. Med anledning av att behov av extra stöd till deltagare kunde uppstå, inleddes ett samarbete med företagshälsovården som kunde kontaktas. I doktorandprojektet erbjöds, även de som anmält sitt intresse för att delta i pilotgrupperna men inte fått en plats, en möjlighet att ta del av programmet i nya grupper efter doktorandprojektet var avslutat.

# Resultat

Resultatet presenteras i tre delar: 1) Resurser som bidrar till balans mellan arbete och privatliv (WLB); 2) Beskrivning av interventionen ”the Balance in everyday Life Empowerment program” (BELE); och 3) Deltagarnas upplevelser av BELE programmet i relation till WLB och välbefinnande. Den första delen inkluderar en kvalitativ studie (delarbete **I**) och en kvantitativ studie (delarbete **II**). Den andra delen inkluderar en beskrivning av BELE-programmets innehåll (delarbete **III**) och den tredje delen innefattar en kvalitativ studie (delarbete **IV**).

## Resurser som bidrar till balans mellan arbete och privatliv (WLB)

I delarbete **I** framkom att det inte alltid var enkelt för deltagarna att svara på vilka resurser som upplevdes som viktiga för att kunna balansera arbete och privatliv på ett tillfredsställande sätt. Balanserandet mellan arbete och privatliv beskrevs oftast som olika pusselbitar som skulle sättas ihop och som på olika sätt påverkade varandra, beroende på livssituation och var deltagarna befann sig i livsrytmen. Det ansågs vara viktigt att det fanns en flexibilitet både i arbetslivet och i privatlivet som kunde anpassas beroende på skiftningar i livet. Deltagarna betonade vikten av att ha både ett yrkesarbete och olika roller i privatlivet för upplevelse av trygghet, självständighet, meningsfullhet och välmående. Hur mycket tid och energi som deltagarna investerade i olika roller påverkades till stor del av vilka värderingar, mål och förutsättningar som de hade i sina liv. En viktig pusselbit som lyftes fram som central för balanserandet av olika roller var den egna inre kraften och väl måendet.

### Hälsa och välbefinnande

Centrala resurser för WLB var att må bra och ha hälsa (**I**, **II**). Resultaten i delarbetena **I** och **II** stödjer varandra. Resultatet i delarbete **II** visade att välbefinnande var en av de fem signifikant huvudresurserna som relaterade till WLB. Resultatet i delarbete **II** visade även att subjektiv hälsa var en av de mer signifikanta sub-resurserna som stod i relation till majoriteten av huvudresurserna i

resultatet. Resultatet visade också att en god subjektiv hälsa var sammanbundet med tillräcklig återhämtning, deltidsanställning, god tidsupplevelse i privatlivet och en tillfredsställande livssituation. Med andra ord visade det kvantitativa delarbetets (II) resultat att WLB, välbefinnande och hälsa relaterar till varandra men resultatet säger inget om vilken riktning påverkan har. Däremot i det kvalitativa delarbetet (I) visade resultatet att genom att ta hand om sin hälsa och må bra påverkades ens förmåga och kraft att på ett tillfredsställande sätt kunna balansera livets olika roller och åtagande. Genom att ta hand om sig själv, sin hälsa och utföra hälsofrämjande aktiviteter upplevde deltagarna att de fick energi som kunde användas i de olika rollerna i vardagslivet. Kunskap om vad som främjar ens hälsa och kunskap om sin egen kropp beskrevs som centralt för att kunna känna in när det var dags att stanna upp, vila och återhämta sig.

En kurs i mindfulness har hjälpt mig jätte mycket /.../ det gäller att hitta sina stunder att samla kraft (Intervju 10)

## Återhämtning

I båda delarbetena (I, II) visade resultaten att återhämtning (II) var en central resurs i relation till WLB. I delarbete I visade resultatet att det var centralt att skapa tid för återhämtning i vardagen genom olika hälsofrämjande aktiviteter så som fysisk aktivitet och handarbete men även genom kultur- och naturupplevelser. Återhämtning i vardagen främjades även genom en trivsamt hemmiljö och ett boende som gav möjlighet för alla familjemedlemmar att ha tillgång till ett eget avskilt utrymme.

Vi har ett rum som vi utnyttjar bara för att läsa eller lyssna på musik då stänger vi dörren, och där kan jag tända ljus och lyssna på musik och slappna av/.../ När det händer mycket i mitt liv gör klassisk musik att ah nu kan jag andas ut och landa lugnt (Intervju 9).

I båda delarbetena (I,II) kopplades deltidsarbete ihop med tid för återhämtning. Genom att arbeta mindre gavs möjlighet till mer tid för återhämtande aktiviteter i vardagen.

## Skift- och deltidsarbete

Att arbeta på oregelbundna tider och på nattskift (skiftarbete) samt möjlighet till att arbeta deltid beskrevs som resurser för WLB (delstudie I). I delarbete II relaterades deltidsarbete till återhämtning men inte direkt till WLB. I delarbete II visade resultatet ingen relation mellan skiftarbete och WLB vare sig i positiv eller negativ riktning. Däremot beskrevs skiftarbete i delarbete I som en resurs som gav möjlighet

till och ibland var en förutsättning för att kunna balansera arbete och privatliv på ett tillfredsställande sätt. Genom att arbeta på oregelbundna arbetstider och på nattskift möjliggjordes att föräldrar och barn hade mer tid tillsammans och att barnen inte behövde vara så många timmar på förskola och i fritidsverksamhet. En annan fördel som beskrevs med skiftarbete var att när deltagarna arbetade på kvällar och nätter så tvingade det fram ett mer jämställt förhållande hemma där partnern blev mer delaktig i hushållsarbete och omsorg av barn. Skiftarbete skapade även en flexibilitet i vardagen där en ledig dag mitt i veckan gav möjlighet till egen tid då resten av familjen var på arbetet eller i skolan. Lediga dagar i veckan gav även möjlighet till läkarbesök, bankärenden med mera, såväl för egen del som för äldre föräldrar och egna barn.

Nej, det hade jag inte hunnit med, jag säger det alltså, mina föräldrar och mina barnbarn och bara vara och hela mitt liv det hade aldrig funkat om jag hade jobbat måndag till fredag (Intervju 7).

Att kunna välja deltidarbete betraktades som en resurs (I). Deltidsarbete gav möjlighet att påverka balansen i vardagen genom möjligheten att välja hur mycket man ville, kunde och orkade yrkesarbeta. Det var centralt att yrkesarbetet kunde kombineras med resten av livet och kunde anpassas efter livets skiftningar. Yrkesarbetet såg som viktigt men det ansågs också viktigt att ha tid och energi för sin familj och annat än yrkesarbete.

## **Tidsupplevelse, stöd och meningsfullhet i privatlivet**

Två centrala resurser för balans mellan arbete och privatliv var en positiv tidsupplevelse (II) och socialt stöd i privatlivet (I). Dessa resurser var även sammanlänkande med varandra, en mer stödjande hemmiljö stod i relation till en mer positiv tidsupplevelse för deltagarna (II). En positiv tidsupplevelse i privatlivet innebar att deltagaren utan tidspress hann med det som hon ville och behövde göra. I delstudie I visade resultatet att partnerns stöd, delaktighet i hemarbete, förståelse och ansvar för hemarbete och omsorg av barn sågs som centralt för att få ihop deltagarnas eget WLB. Förutom stöd hemma beskrev deltagarna sociala nätverk och familj som två av de viktigaste resurserna både för att skapa balans i den privata domänen och för balans mellan arbete och privatliv. Att ha möjlighet att ringa vänner eller ha föräldrar som kommer och hjälper till när det behövdes gav en trygghet och möjlighet att få ihop livets olika delar.

Det var mitt största kapital att jag hade henne, att hon var min mor. Man kan ha olika föräldrar man väljer dem inte, men jag hade den lyckan att jag hade en så juste och kärleksfull mor som fanns för mig (Intervju 9).

Familjen och det sociala nätverket beskrevs på två sätt, exempelvis kunde familjen både ta och ge energi och tid. Familjen och framför allt barnen beskrevs som det som gav glädje och livet en mening. Det var framförallt familjen som gav styrka vid svåra situationer och perioder i livet. Att alla mådde bra och hade det bra i familjen och i det sociala nätverket var av stor betydelse för deltagarnas eget välbefinnande. Att sträva efter välmående och hälsa för alla i ens närhet var centralt och inkluderat även arbetskolligor och chef.

## **Tidsupplevelse, stöd och meningsfullhet i yrkesarbete**

Upplevelsen av att ha en positiv tidsupplevelse på arbetet var en av de signifikanta huvudresurserna kopplade till WLB i delarbete **II**, och innefattade att individen utan tidspress hann med sina arbetsuppgifter och inte behövde arbeta utöver sin planerade arbetstid. En högre individuell inre upplevelser på arbete var en central sub-resurs för en positiv tidsupplevelse. Att känna att ens arbete var meningsfullt, att göra skillnad för andra människor beskrevs även som centralt, i delstudie **I**, för att hämta kraft och positiv energi. Arbetet inom äldreomsorgen beskrevs som läkande och gav känslor av uppskattning, bekräftelse och att vara behövd. I mötena med de äldre skapades även reflektioner om livet och vad som var viktigt för att få en bra ålderdom, vilket påverkade deltagarnas prioriteringar i nutid. Att skapa ett stödjande arbetsklimat, där både chefer och kollegor bidrog till ett gott klimat och trivsel på arbetet, ansågs som en viktig resurs och bidrog till att det var enklare att få ihop vardagens olika roller och åtagande. Positiva känslor och upplevelser på arbetet beskrevs som att ge positiv energi bland kollegor, vårdtagare och i hemmet. Att ha ett arbete att gå till betraktades generellt som en av de viktigaste resurserna i livet.

Att ha hälsan och kunna gå till jobbet det är det bästa som kan hända en /.../ Det är jätte viktigt att vi mår bra och trivs på jobbet och då smittar det av sig när man kommer in till en vårdtagare också, det är en kedja (intervju 10)

Yrkesarbetet beskrevs ge ekonomisk självständighet, tillhörighet och ett socialt nätverk. Arbetet och arbetsplatsen var även en viktig plats för återhämtning och energimobilisering för att orka hantera svårigheter i den privata domänen. För en del innefattande svårigheterna bland annat våld, kränkningar och trakasserier i nära relationer.

## **Livssituation och reflektion**

Tid för reflektion och att vara tillfredsställd med sin totala livssituation var två viktiga resurser som relaterade till WLB (**I**, **II**). I livssituation inkluderades hur

tillfredsställd man var med sitt arbete, sitt privatliv, sitt boende och sin ekonomi som helhet. Resultatet i delarbete **I** visade att alla delar, den privata domänen, arbetsdomänen och den individuella domänen hade betydelse för skapande av balans mellan arbete och privatliv. Genom att reflektera över livet och vardagen var det lättare att ta välgrundade beslut och kunna leva ett liv efter sina egna värderingar och mål och vara mer tillfreds med sin livssituation. Reflektion för sig själv och tillsammans med andra gav en inre styrka att ha mod att sätta gränser och prioritera sina egna behov.

Jag har sorterat bort alla som ger dålig energi och allt som bara suger energi av en /.../ man har liksom kommit fram till hur man är och vad man vill. Och det som är skönt det är att när man har bestämt sig att så här vill jag ha det och då får det vara så och ingen kan tvinga mig till att göra saker som jag inte vill längre (Intervju 1).

## Beskrivning av BELE – programmet

I interventionsutvecklingen utgick vi ifrån huvudresultaten av delarbetena **I** och **II** som grund. I interventionen blev det då centralt att inkludera alla tre domäner, den individuella, arbetet och privatlivet för främjandet av WLB och välbefinnande. Interventionen *Balance of Everyday Life Empowering program* (BELE-programmet) blev resultatet av utvecklingsarbetet och är delarbete **III** i avhandlingen. Utvecklingsarbetet av metoden är beskrivet i metodavsnittet, i den här delen beskrivs BELE-programmets struktur och innehåll.

### **BELE-programmet**

Interventionen blev ett gruppbaserat program, BELE-programmet, med syfte att främja kvinnliga anställdas WLB och välbefinnande. Målen för BELE-programmet var att skapa möjlighet för reflektion kring livssituation i relation till balans mellan arbete och privatliv, hälsa och välbefinnande, och att öka kunskapen och handlingskraft till en förändring. I programmet användes olika verktyg för själv-analys för att deltagarna skulle upptäcka vilka förändringar som de behövde genomföra i sin vardag för att främja sitt välbefinnande.

#### *Programmets struktur*

BELE-programmet inkluderade elva gruppträffar under en sexmånaders-period. De första tio träffarna var förlagda under en tremånaders-period, ca en träff i veckan. Efter de tio träffarna var det ett uppehåll på tre månader och sedan träffades gruppen igen på en uppföljningsträff. Varje träff varade i två timmar inklusive fikapaus. Varje träff startade med en återkoppling från föregående träff och en uppföljning av

hemuppgiften som delades ut vid varje tillfälle. Temat för gruppträffen presenterades sedan genom en kort föreläsning på ca 20 minuter av gruppledarna. Föreläsningen kopplades sedan samman med övningar och diskussioner och en ny hemuppgift till nästa träff.

### *Programmets innehåll*

De tre första träffarna i programmet var inriktat på att belysa hälsa och välbefinnande från olika perspektiv. Hälsans bestämningfaktorer, arbetsplatsen som en hälsofrämjande arena, WLB och egen hälsokompetens lyftes fram. Under den första delen av programmet var fokus på hälsa och välmående, övningar som genomfördes var hälsopilen, skapandet av en visionstavla och formulering av förändringsmål. I den andra delen av programmet, träffarna fyra till sex, belystes aktivitetsbalans, aktivitetsmönster och aktivitetsvärde. Övningarna var inriktade på att klargöra vilka aktiviteter deltagarna utförde i vardagen, hur de upplevde värdet av aktiviteterna samt tidsupplevelse. I övningarna ingick bland annat att göra en tidsdagbok som sedan illustrerades i en trasmatta, och återhämtande aktiviteter. Den tredje delen av programmet, träffarna sju och åtta, belystes specifikt levnadsvanor, stress och sömn. I den här delen av programmet analyserades levnadsvanor, stress och sömn i relation till aktivitetsmönster, WLB, hälsa och välbefinnande. I den fjärde delen av programmet, träffarna nio och tio, var fokus på att sätta mål och ta fram handlingsplaner. I den sista delen diskuterades även vikten av stöd och motivation för att lyckas med sina förändringsmål. På sista träffen ”knöts säcken ihop” och alla deltagare hade tydliga mål och handlingsplaner att arbeta utifrån fram till uppföljningsmötet (III).

**Tabell 2.**

BELE- programmets teman

Gruppträff	Tema
1	Introduktion
2	Hälsa och hälsokompetens
3	Hälsofrämjande på arbetet och WLB
4	Aktivitetsbalans
5	Aktivitetsmönster
6	Aktivitetsvärde
7	Stress och sömn
8	Livsstil, kost och motion
9	Målsättning och handlingsplan
10	Knyta ihop säcken
11	Uppföljning

## Deltagarnas upplevelser av BELE- programmet i relation till WLB och välbefinnande

Den tredje och sista delen i avhandlingen syftade till att undersöka hur deltagarna i interventionen upplevde BELE-programmet i relation till WLB och välbefinnande (IV). I resultatet framkom tre teman: *Ett forum för reflektion och för att stärka inre resurser; en knuff mot att försöka förändra vardagsmönster och vanor; en upplevelse av mer balans och välbefinnande.*

### *Ett forum för reflektion och för att stärka inre resurser*

BELE-programmets upplägg och innehåll beskrevs som en ögonöppnare. Föreläsningarna, övningarna, diskussionerna och möjligheten till reflektionstid gav deltagarna en ökad medvetenhet och mer kunskap om sina vardagsmönster kopplat till balans och välmående. Deltagarna upplevde att de fick mer kunskap om sina egna liv och en ökad medvetenhet om sina värderingar och vad de ansåg som viktigt i livet. Den ökade medvetenheten gav en ökad kraft att våga sätta gränser, prioritera och sträva efter mål som ansågs centrala.

Man har insett för sig själv hur man har det i verkligheten. Man har insett allting, hur verklighet är, fått en bild av den och då får man lättare och kunna jobba med den. När man vet om det på något vis, bekräftat det för sig själv, att så här är det, vad gör jag, och det har varit jättenyttigt tycker jag, det har hjälpt mig (Fokusgrupp 5)

Gruppen och gruppdiskussionerna beskrevs ha gett förutsättningar att tänka annorlunda, vidga sina perspektiv och utmana sina egna uppfattningar och alla "måsten". Deltagarna uttryckte att de hade erhållit en ny förståelse för hälsa och välbefinnande genom att programmet bidragit till en helhetsbild. Den ökade kunskapen och förståelsen ändrade deras uppfattning om dem själva och omgivningen och bidrog till mer positiva känslor. Genom gruppens stöd, ökad medvetenhet och mer kunskap beskrev deltagarna att de kände sig stärkta och att deras självkänsla och självförtroende hade ökat. Genom en ökad känsla av egenmakt och tilltro till sin egen förmåga upplevde de att det blev enklare att prioritera sitt eget välbefinnande och sin egen hälsa.

### *En knuff mot att försöka förändra mönster och vanor*

I BELE-programmet arbetade deltagarna med att sätta mål och ta fram handlingsplaner vilket beskrevs som centralt i förändringsprocessen. De olika tematräffarna och strukturen i BELE-programmet lyftes fram som viktiga för deltagarnas målsättningsarbete. Deltagarnas målsättningar baserades på deras egen livssituation och önskningsar och inkluderade framförallt arbete, familjeliv och levnadsvanor.

I privatlivet handlade förändringarna till stor del om relationer och en mer jämlik fördelning av hushållsarbete och omsorg av barnen. Deltagare beskrev att när hushållsarbetet och omsorgen om barnen blivit mer jämlikt förbättrades relationer i familjen. Ett mer jämställt förhållande och en omstrukturering av vardagen gav även möjlighet till mer tid för återhämtning och en mer hälsosam och aktiv livsstil.

Jag tycker att det är så skönt att min familj har märkt skillnad sen jag började här faktiskt [på programmet]. Ja det är nog den bästa lönen /.../ min son sa att du har nog blivit lite lugnare nu mamma (Skratt). Du skulle bara veta vad jag jobbat med detta sa jag. Han har också blivit lugnare absolut och det är skönt /.../ nu slänger vi oss på min säng och så ligger vi där och pratar (Fokusgrupp 2).

På arbetsplatsen handlade förändringarna om att till exempel organisera om sitt arbete, i den mån det gick, så att det fanns möjlighet att i större utsträckning arbeta med en arbetsuppgift i taget och kunna slutföra arbetsuppgifter så tidseffektivt som möjligt. Genom att deltagare utvecklades och stärktes under sina processer i programmet hade några också lättare för att sätta gränser på arbetet och stå upp för sig själva, men också lättare för att samarbeta med sina kollegor. Andra deltagare lyfte fram att arbetsklimatet hade förändrats och blivit mer positivt sedan de tagit upp vikten av att arbeta för en mer hälsofrämjande arbetsmiljö, där det fanns tid och acceptans för att bland annat fika och stärka det sociala klimatet i arbetsgruppen.

Vi pratat mer om det [balans och hälsa] även på jobbet, det har blivit mera vedertaget att prata om sådana här saker arbetsmässigt, det har påverkat så pass mycket att vi skrattar mer, vi skojar mer och vi värnar om att vi ska må bra (Fokusgrupp 1)

Många av deltagarna hade målsättningen att ändra delar av sin livsstil och sina levnadsvanor. Det fanns en önskan om att öka den fysiska aktiviteten, att äta mer hälsosam kost, få bättre sömnvanor och ha mer återhämtningstid. Deltagarna underströk vikten av att vara motiverade och att få stöd från andra för att kunna nå sina mål. Deltagarna lyfte också fram att programmet hade gett dem insikt i hur man kunde omstrukturera sin vardag som gav möjlighet att få den extra tid och energi som behövdes för att lyckas med sitt/sina mål.

Jag har ju samma tid på dygnet som alla andra men lagt om det liksom och då fått in träning och egen tid, det är ju egentligen helt fantastiskt (Intervju 6)

### *En upplevelse av mer balans och välbefinnande*

Under programmet genomförde alla deltagare någon form av förändring i sin vardag för att främja sitt välbefinnande och hälsa. De flesta beskrev att förändringarna hade bidragit till ett ökat välbefinnande och för några deltagare till en bättre balans mellan arbete och privatliv. Majoriteten av deltagarna refererade oftare till balans i vardagen än balans mellan arbete och privatliv. Känslan av ett ökat välbefinnande beskrevs av majoriteten av deltagarna bero på att de nått sina mål att öka fysisk

aktivitet, ändra sömnvanor, förbättra relationer till familjemedlemmar, omorganisera arbetsuppgifter med mera. Dessa förändringar beskrevs bidra till ökad energi, att må bättre, känna sig gladare och att tro mer på sig själv. Förutom att praktiskt ändra på vardagen bidrog också programdeltagandet till förändringar i tankemönster som ökade känslan av välbefinnande. Tankemönster ändrades genom att släppa ”måsten”, att inte ta på sig för mycket ansvar för andra samt att prioritera upp sitt eget välbefinnande och sin egen hälsa. Programmets salutogena inriktning lyftes även fram som centralt för att ändra tankarnas fokus.

Fast det var också bra att vi inte lagt fokus på vad som inte är bra, utan man har oftast försöka att titta på vad som är positivt och hur man kan påverka det, och hur man ska få balans. Det handlar inte om säg något negativt och så har det inte varit en massa sådana pekpinnar (Fokusgrupp 6)

Alla deltagare upplevde inte att deras välbefinnande hade ökat. Däremot upplevde de att de hade fått fler verktyg för att kunna hantera sitt liv och sin hälsa. Några deltagare poängterade att deras förändringar och mål var större och mer komplicerade och tog mer tid att nå fram till än de sex månader som programmet varade. För några hade förändringsprocessen stannat av när programmet avslutades genom att stödet från gruppen hade minskat och samtidigt som det fanns motstånd i familjen ibland annat i relation till hemarbete. Beroende på vilka målsättningar och vilken livssituation deltagarna hade påverkades deras upplevelse av balans i vardagen mer eller mindre. För att öka balansen i vardagen var deltagarnas mestadels fokuserade på att ändra rutiner och strukturer i hemmet för att få en mer jämlik fördelning av omsorg av barn och hemarbete, vilket också tog tid, och var dessutom beroende av att andra i familjen också behövde ändra på sig.

Han [maken] har blivit nyfiken under tiden för att jag pratat så gott om kursen hela tiden och då blev mitt mål att visa upp allt jag gjort svart på vitt liksom, alla papper och alla övningar, så här är det [ojämlik fördelning av hemarbete och omsorg av barn] förstår du mig, för att få en bättre förståelse för varandra (fokusgrupp 5)

Majoriteten av deltagarna belyste att programmet och nya kunskaper gjorde det enklare att tänka på balans i vardagen kopplat till deras hälsa och välbefinnande.



# Diskussion

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka resurser som relaterar till balans mellan arbete och privatliv (WLB) bland kommunanställda inom vård, stöd och omsorg, samt att utforma och testa en arbetsplatsbaserad intervention med målet att främja kvinnlig personals WLB och välbefinnande.

## Resultatdiskussion

Huvudresultatet från avhandlingens delarbeten **I** och **II** ger en samstämmig och komplex bild av resurser som relaterar till balans mellan arbete och privatliv. Resultaten visar att betydelsefulla resurser återfinns både i privatlivet och i arbetet samt både inom individen och i miljön. En intressant iakttagelse av resultaten från delarbetena är att individens inre resurser i form av inre styrka, hälsa och välbefinnande lyfts fram i större omfattning än yttre resurser på arbetet och i privatlivet. I resultaten (**I**, **IV**) beskrivs att det är genom att må bra, att vara medveten och ha tillgång till inre styrka som man kan påverka sin förmåga att balansera de olika rollerna. Utifrån detta indikerar resultaten vikten av att inkludera individen som en central del i det hälsofrämjande arbetet inriktat på WLB. I litteraturen är detta samspel beskrivet i en modell kallad ”the Self interacts with Integrated Multiple Life Domains” (Morris & Madsen, 2007), dock är den här aspekten inte så synlig i WLB- litteraturen.

Resultatet i delarbete **II** åskådliggör komplexiteten mellan de olika domänerna genom att den mest centrala resursen i resultatet var en *tillfredställande livssituation*. I en tillfredställande livssituation inkluderas att individen är nöjd med sitt arbete, privatliv, ekonomi och bostad. Utöver det relaterar en tillfredställande livssituation till en *stödjande hemmiljö*, ett *stödjande ledarskap*, *högre ålder*, *en god subjektiv hälsa* och *livskvalitet*. Resultaten visar vikten av att inkludera hela människan i det hälsopromotiva arbetet på arbetsplatsen inriktat på WLB. Resultaten visar också möjligheten att främja medarbetares WLB och välbefinnande utifrån insatser och interventioner på olika nivåer och på olika arenor i samhället. Resultaten av studierna kan förstås utifrån ett socioekologisk systemteoretiskt

perspektiv (Bronfenbrenner, 1979; Stokols, 1996) där individ, familj, arbete och samhälle ses som system som interagerar och är beroende av varandra (Pocock et al., 2012; Munn, 2013; Morris & Madsen, 2007). I dessa system återfinns både krav och resurser som påverkar individens upplevelse av WLB och hur väl livets olika delar går ihop. Det är centralt att studera både resurser och krav i de olika domänerna och interaktionen dem emellan för att uppnå och främja WLB (Voydanoff, 2005; Voydanoff, 2007)

Den här avhandlingen har ett salutogent perspektiv med syfte att belysa resurser vilket är sällsynt inom WLB-området där majoriteten av forskningen har ett patogent perspektiv med inriktning på riskfaktorer (Chang et al., 2010). I avhandlingsarbetets resultat har ett flertal resurser lyfts fram, men det är några resurser som har utkristalliserat sig som mer betydelsefulla. En central resurs i samtliga delarbeten i avhandlingen var vikten av *reflektion*. Att reflektera över sin vardag och sitt liv i relation till sina mål och värderingar, om vad som är viktigt och hur man önskar leva, var centralt för att kunna balansera privatliv och arbetsliv. I dagens tidspressade samhälle kan det vara svårt att ta sig tid för egenreflektion men även tid för reflektion tillsammans med andra. Vikten av att reflektera kring vad som är ett gott liv och vilken typ av samhälle vi vill leva i lyfts sällan upp i WLB-debatten även om våra värderingar, antaganden och beteenden är högst centrala i hur vi förmår och vill integrera arbete och privatliv (Lewis et al., 2003). Resultatet från studie **IV** visar att reflektion, ökad medvetenhet och kunskap kring sitt eget och andras liv skapade aha-upplevelser, igenkänning och en rörelse framåt mot en önskad förändring i vardagen. Tidigare litteratur har även visat på liknande resultat där arbetsgrupper har träffats för att tillsammans komma fram till hur de kan förändra arbetets utformning och värderingar för att förbättra sin integration av arbete och privatliv (Lewis et al., 2003) samt för att utveckla strategier och coping-förmågor att hantera WLB genom att dela erfarenheter och lära från varandra i arbetsgrupperna (Zheng et al., 2015).

Att reflektera och bli medveten beskrivs ofta som en avgörande start i ens förändringsresa mot ett mer autentiskt liv, där man lever efter sina egna värderingar, regler och sanningar. För att kunna prioritera, välja och välja bort aktiviteter och roller spelar individens självkänsla, självförtroende och egen kraft roll (**IV**). Att ha och utveckla en *inre styrka* betraktades som en central resurs för att kunna skapa det liv man önskade sig (**I, IV**). I litteraturen beskrivs inre styrka som en resurs som är sammankopplad med hälsa och som främjar välbefinnande och läkning. Att ha tillgång till sin inre styrka innebär att vara i kontakt med och ta ansvar för sig själv och andra. Inre styrka innebär även att tro på sina egna möjligheter och att handla och göra aktiva val för ett meningsfullt liv (Lundman et al., 2010). I WLB-litteraturen är forskning inriktad på individen, individens personlighet och individuella olikheter i hur individen balanserar arbete och privatliv begränsad. I Wayne, Musisca, och Fleasons (2004) studie lyfter de fram vikten av att belysa både

strukturella och individuella faktorer för att få en mer komplett bild av relationen mellan arbete och familj. I deras studie visar resultatet att en individs personlighet både kan påverka individens upplevelse av WLB/WLC och hur väl interaktionen mellan arbete och familj fungerar. Andra studier visar att anställdas tilltro till sin egen kapacitet spelar en stor roll i främjandet av WLB (Chan, Kalliath, Brough, Siu, O'Driscoll & Timms, 2016) och att individuella coping-strategier och resurser som återhämtning har visat sig spela en större roll för anställdas välbefinnande än organisatoriska WLB - program (Zheng et al, 2015).

I den här avhandlingen visade resultaten (**I, II**) att *deltidsarbete* och *skiftarbete* var två resurser som bidrog till en flexibilitet i balanserandet mellan arbete och privatliv. Genom deltidarbete och skiftarbete hade deltagarna möjlighet att kombinera arbete, moderskap, diverse omvårdnadsarbete och hemarbete. Tid för nära och nära och hemmet sågs som viktigt och ansågs vara en resurs (**I**) men också en belastning (**IV**). I andra studier har skiftarbete och deltidarbete beskrivits som att ge kvinnor möjlighet att väva samman moderskap och yrkesliv. Ett tillfredsställande moderskap var förknippat med tid för hemmet och hög tillgänglighet för sina barn (Thomsson, 1998; Garey, 1999). Effekter av lägre lön, pensioner och utvecklingsmöjligheter på arbetet vid deltidarbete lyfts inte fram i resultatet, medan hälsa och tiden med familj och vänner belystes som mer önskvärt än högre lön (**I**). Deltidsarbete och flexibla arbetstider kan dock betyda att kvinnors totala arbetsbörda inräknat omvårdnad, hushållsarbete och yrkesarbete blir en dubbelbörda (Fleetwood, 2007). Detta lyfts fram i delarbete **IV** där några deltagare trots deltidarbete och oregelbundna arbetstider hade svårt att hitta tid till sin egen återhämtning. Tiden räckte, med andra ord, för yrkesarbete, hemarbete och omsorgsarbete men inte för *återhämtning* eller andra hälsofrämjande aktiviteter som till exempel fysisk träning, som i resultaten (**I,II**) visat sig vara betydelsefulla för både WLB och hälsa. Målen för ett flertal kvinnor inom BELE-programmet var att öka de hälsofrämjande aktiviteterna i vardagen, men för att göra detta möjligt behövde de börja med att förändra vardagsmönster för hela familjen. I vissa familjer gick detta lättare än i andra men det krävdes oftast en stor insats av kvinnan.

Resultaten från delarbetena (**I, II, IV**) visar att resurser i privatlivet är högst centrala för WLB. Tidigare forskning inom området domineras av arbetet och organisationen som den mest utforskade domänen (Pocock, et al., 2012). Den här avhandlingens resultat visar dock att *tidsupplevelsen i privatlivet* och *tidsupplevelse i arbetet* är lika centrala för upplevelsen av WLB och att en *stödjande hemmiljö* är en mer central resurs än *stöd i arbetslivet* för främjandet av balans (**II, IV**). Om deltagarna upplevde en stödjande hemmiljö var det enklare att strukturera om vardagen och ägna tid åt att uppnå de individuella målen som sattes upp under BELE-programmet (**IV**). Resultatet visar på kvinnans beroende av mannens, och andra familjemedlemmars "goda vilja" att ta sin del av hushålls- och omsorgsarbetet (**IV**). Resultatet kan förstås och förklaras genom ett genusteoretiskt perspektiv som

belyser att könstillhörigheter alltid spelar roll och har betydelse för hur människor formar sina liv (Thomsson, 2002), samt på den ojämlikhet i makt som råder mellan män och kvinnor (Stansfors, 2017). Vi lever i ett samhälle där kvinnor generellt har en mer underordnad roll än män, tjänar mindre och har sämre karriärmöjligheter (Thomsson, 2002). Dessa resursskillnader och skillnader i makt kan innebära att den som är överordnad kan tvinga över tråkiga och krävande hushållssysslor på den som är underordnad (Stansford, 2017).

Bristen på makt och jämställdhet påverkar så väl kvinnors hälsa som möjlighet till att prioritera sig själva, negativt (Stansford, 2017), vilket resultatet av den här avhandlingen också indikerar. Med andra ord verkar det vara centralt att uppleva balans i varje domän var för sig och inte endast ha fokus på balans mellan olika domäner för främjandet av balans och välbefinnande i vardagen (IV). Resultatet stöds av Voydanoffs (2007) systemteoretiska modell där de olika systemen (arbete, familj) belyses som lika viktiga samt att balansen mellan krav och resurser är central inom varje domän för skapandet av WLB (Voydanoff, 2005). Att belysa den privata domänen i högre grad i WLB- litteratur är ytterst centralt för kvinnors hälsa.

Den här avhandlingens resultat skiljer sig från tidigare WLB-litteratur genom att resultatet framförallt visar att de individuella resurserna och den privata domänen är minst lika betydelsefulla för WLB och välmående. En anledning till att resultaten skiljer sig kan vara att målgruppen för den här avhandlingen framförallt var kvinnor som inte är tjänstemän. Majoriteten av tidigare studier har tagit sin utgångspunkt från anställda inom tjänstesektorn (Lewis, 2003). En annan förklaring kan vara att det till största del är personal inom vård, stöd och omsorg som i högre utsträckning än i andra yrkesgrupper arbetar på deltidstjänster, har en kortare utbildning och lägre lön. I litteraturen belyses att traditionella könsroller och föreställningar om hur en ”riktig” kvinna och man ska vara påverkar i hög grad hur familjer väljer att dela upp ansvar och arbetsuppgifter inom familjen. Familjers val skiljer sig åt i relation till utbildningsnivå och arbetsmarknadsstatus. Om barnens mor är högavlönad och högutbildad delas t ex föräldraledighet mer lika mellan föräldrarna (Stansfors, 2017; Thomsson, 2002).

Ytterligare en förklaring kan vara den salutogena ansatsen i avhandlingen som innebar att vi ställde frågor om vad som främjar balans i stället för frågor om vad som skapar konflikt. I tidigare litteratur inom ämnet har konfliktperspektivet mellan arbete och privatliv varit rådande medan WLB-studier med ett salutogent perspektiv varit sällsynta (Chang et al., 2010). Litteraturen visar att forskning utförd med ett patogent perspektiv inte kan ersätta salutogenforskning (Bauer et al., 2006) och program inriktade på att minska konflikt mellan arbete och privatliv kanske inte är de mest effektiva för att främja balans mellan arbete och privatliv (Wayne, Musisca, & Fleeson, 2004). Interventioner som oftast har använts för att minska WLC och/eller öka WLB har varit passiva och med utgångspunkt från patogen forskning

och inriktade på organisationsnivå, till exempel införandet av flexitid (Skinner & Pocock 2008; Russell, O'Connell, McGinnity, 2009). Passiva interventioner innebär att anställda inte behöver vara aktiva för att bidra till en förändring (Stokos, 1996). BELE-programmet bidrar till WLB- forskningen genom att det är en aktiv intervention som tar sin utgångspunkt från salutogen forskning och holistisk ansats med inriktning på individ, arbete och privatliv. Resultatet i studie **IV** visade att BELE-programmet, genom sin struktur och sitt innehåll, bidrog till ett ökat välmående och balans i vardagen för kvinnor anställda inom vård, stöd och omsorg.

## Metodologiska övervägande

I den här avhandlingen användes en *Intervention mapping approach* (Bartholomew, 2011) som ett ramverk för att planera, utforma och testa en WLB intervention. I delarbete **III** beskrivs processen för interventionsutvecklingen och innehållet i BELE-programmet. Utförliga beskrivningar av interventioners utveckling, teoretiska överväganden och innehåll ger forskare och praktiker ute på fältet möjlighet till replikering (Bartholomew et al., 2011). En styrka i utvecklandet av interventionen har varit att den har baserats på en teoretisk modell vilket har visat sig i studier ge en mer kraftfull effekt än interventioner som inte har baserats på en teoretisk modell (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). I framtagandet av interventionen har vi utgått ifrån medarbetares och organisationens behov i det hälsofrämjande arbetet. Vi har även arbetat tillsammans med politiker, chefer och medarbetare i framtagandet av interventionen. Interventioner och program som är baserade på delaktighet har visat sig ge interventionen och programmen en ”bättre passform” till anställdas och organisationens behov samt även ge högre andel deltagande (Grawitch, Treares & Kohler, 2007).

Som ett första steg i utvecklingen av interventionen användes mixade metoder för att undersöka resurser som relaterar till WLB. I delarbete **I** användes kvalitativa metoder och i delarbete **II** användes kvantitativ metod. Syftet med att använda mixade metoder var att skapa en mer nyanserad bild av och fördjupad kunskap om fenomenet som undersöktes (Creswell, 2007). I delarbete **IV** användes kvalitativa metoder för att undersöka deltagares uppfattningar av BELE-programmet.

Nedan diskuteras trovärdigheten i de kvalitativa delarbetena (**I, IV**) och reliabilitet och validitet för det kvantitativa delarbetet (**II**).

## Trovärdighet i de kvalitativa delarbetena

Forskning har som syfte att finna ny kunskap, men oftast finns inte en sanning utan flera alternativa tolkningar. Därför är det av vikt att en forskare vidtar olika åtgärder för att påvisa trovärdighet i sina resultat. En studies trovärdighet bestäms utifrån nivån av giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

### *Giltighet*

Giltighet handlar om en bedömning av i vilken grad resultatet representerar en trovärdig tolkning av data (Lincoln & Guba, 1985), samt hur väl data och analysprocess adresserar forskningens fokus (Graneheim & Lundman, 2004). I de kvalitativa studierna (**I, IV**) har kvalitativ innehållsanalys använts som analysmetod. Kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer och därför har val av deltagare betydelse för resultatets giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). I studie **I** valdes deltagare utifrån demografiska skillnader i ålder, familjekonstellation och arbetstid för att kunna belysa WLB utifrån olika erfarenheter och uppfattningar. I studie **IV** inkluderades personer som anmält sitt intresse av att delta i BELE-programmet. I urval ett fanns det platser till alla som önskade delta i programmet, i urval två var det fler intresserade än platser i programmet och då lottades platserna ut utifrån ett rättviseperspektiv. Även om det var deltagarna själva som ”bestämde” urvalet var deltagarnas demografiska variation stor, avseende ålder, familjekonstellationer, arbetstider och yrken. I delarbete **I** intervjuades 13 deltagare vilket uppfattades som tillräckligt för att uppnå en mättnad med hänsyn till betydelsefulla variationer i datainsamlingen. I delarbete **IV** inkluderades BELE-programmets alla 55 deltagare i fokusgruppsintervjuerna och åtta deltagare valdes ut, baserat på demografiska skillnader, till individuella intervjuer.

I de kvalitativa delarbetena (**I, IV**) användes metodtriangulering och respondent-validering, vilket kan stärka resultatens giltighet (Lincoln & Guba, 1985). I delarbetena användes både individuella intervjuer och fokusgruppsintervjuer för att få en mer komplex förståelse för forskningsfrågorna. Deltagarna i studierna tog även del av delarbetenas preliminära resultat och hade möjlighet att återkoppla resultatets giltighet. Respondent-validering kan hjälpa till att förfina utvecklingen av teman i analysarbetet (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Respondent-valideringen genomfördes i nära tid efter datainsamlingen för att minska påverkan från olika eventuella livsförändringar (Burnard et al., 2008).

En studies giltighet kan även stärkas av en långvarig förbindelse mellan forskare och deltagare, där forskaren har investerat tid för att få förståelse för deltagarnas situation (Lincoln & Guba, 1985). Eftersom jag tidigare varit anställd på socialförvaltningen i organisationen som folkhälso pedagog, med inriktning på hälsopromotion i arbetslivet, hade jag en god kännedom om kontexten och

kontextens bakgrund. Under mina år på socialförvaltningen arbetade jag tillsammans med personalen för att på olika sätt skapa förutsättningar för god hälsa. Under de olika aktiviteterna som arrangerades i projektet träffade jag i stort sätt all personal. Under åren i projektet skapades en god förståelse för personalens arbetssituation och livssituation. Förståelsen för deltagarnas situation förstärktes än mer genom att jag var gruppledare i samtliga interventionsgrupper i BELE-programmet under ett års tid. Genom BELE-programmet (**IV**) hade jag möjlighet att tillsammans med deltagarna skapa en gemensam referensram, genom att handla och reflektera tillsammans. Den här processen gav oss en förståelse för varandras sätt att tänka och uttrycka sig och hjälpte även till att bygga relationer och tillit till varandra. Tillit mellan deltagare och forskare ökar sannolikheten för att deltagarna delger sina upplevelser och erfarenheter (Patton, 2002).

Samtidigt som tillit och långvarig förbindelse underlättade kontextförståelse och ökade intresset för medarbetare att delta i interventionen och delge information om sin livssituation, WLB och sitt välbefinnande, kan det även ha inneburit en svaghet för resultatens giltighet. Närheten till kontexten och till deltagarna kan göra det svårare att som forskare att få distans, att vara kritisk och ifrågasättande. För att minska den risken genomfördes fokusgruppsintervjuerna i delarbete **I** tillsammans med en senior forskare. I delarbete **IV** fanns inte den möjligheten utan där var det jag som doktorand tillsammans med en annan gruppledare som höll i fokusgrupperna. En styrka med att vi som gruppledare genomförde fokusgrupperna var att vi var väl insatta i deltagarnas förändringsresor och i programmet. En svaghet med att vara gruppledare, vilket även innebär att vara medpassagerare i deltagarnas resa, och forskare kan vara att jag på grund av "hemmablindhet" inte var så kritisk och ifrågasättande som en extern forskare möjligtvis hade varit. För öka giltigheten utfördes de individuella intervjuerna (**IV**) av en extern forskare. Genom att datainsamlingen utfördes av en "intern" forskare och en "extern" forskare kunde datainsamlingen inkludera både ett nära perspektiv och ett mer distanserat perspektiv.

Närheten till deltagarna kan även ha bidragit till att de inte känt sig bekväma med att ta upp negativa aspekter av BELE-programmet (**IV**). För att motverka den risken belystes vikten av att alla upplevelser och åsikter var av stort värde för projektet och att det inte finns några positiva eller negativa synpunkter, utan alla synpunkter var positiva utifrån utvecklingspotential och från forskningssynpunkt. Min upplevelse som doktorand var att deltagarna tog sitt deltagande i projektet på stort allvar och ställde kritiska frågor och delgav hur de upplevde olika moment genomgående i projektet med intentionen att BELE-programmet skulle bli så bra och användbart som möjligt. Eftersom det inte fanns några skillnader ifråga om upplevelsen av deltagandet i BELE-programmet mellan fokusgruppsintervjuerna och de individuella intervjuerna kan antagandet göras att deltagarna kände sig trygga med att delge sina synpunkter och upplevelser.

En annan svaghet som kan påverka resultatets giltighet i delarbetena är min oerfarenhet som forskare. I kvalitativa studier är forskaren instrumentet och forskarens skicklighet, erfarenhet och kunskap har betydelse för kvaliteten i det insamlade materialet (Patton, 2002; Graneheim & Lundman, 2004). För att öka giltigheten deltog en senior forskare i datainsamlingen (**I**). För att ge läsaren en möjlighet att bedöma tolkningens giltighet i studie **I** och **IV** har deltagare, datainsamling och analysprocesser beskrivits samt har utdrag av analysprocess och citat använts (Lundman & Graneheim, 2017). Författarnas förförståelse har även beskrivits och reflekterats kring i metodavsnittet.

### *Tillförlitlighet*

Tillförlitligheten refererar till stabilitet av data över tid (Lincoln & Guba, 1985; Graneheim & Lundman, 2004). Ett sätt att uppnå stabilitet är att använda samma frågor under intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). I studierna (**I**, **IV**) användes semistrukturella intervjuguider vilket innebar att samma frågor ställdes till alla deltagare även om de öppna frågorna skapade möjlighet för olika nyanser och perspektiv i svaren (Kvale, 1997). Fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer i båda delarbetena (**I**, **IV**) genomfördes även under en kort tidsperiod för att minska inkonsekvens under datainsamlingen (Graneheim & Lundman, 2004).

I kvalitativa studier används tillförlitlighet även som en bedömning av hur objektiv tolkningen av data är (Lincoln & Guba, 1985). För att styrka tillförlitligheten i resultaten kan forskartrianglering användas (Graneheim & Lundman, 2004; Patton 2002). I de kvalitativa delarbetena genomfördes analysarbetet tillsammans med andra forskare med olika bakgrund. I delarbete **I** genomfördes analysarbetet med handledarna AC-J och IA och i delarbete **IV** med handledarna AC-J, ÅB och IA. Eftersom vår förförståelse alltid är närvarande i analysprocessen (Holloway & Biley, 2011) strävade vi efter att synliggöra förförståelsen och inte låta den styra analysprocessen. Vi har i varje steg i analysarbetet reflekterat över och diskuterat olika tolkningsmöjligheter. Det är centralt att ta ett steg tillbaka och kritiskt granska det egna resultatet eftersom det finns en möjlighet att forskarnas egen erfarenhet och bakgrund kan påverka valet av vilken data som används i resultatet (Holloway & Biley, 2011).

### *Delaktighet*

Forskarens delaktighet i datainsamlingen är given eftersom samspelet under intervjun innebär att forskaren är medskaparen till texten (Lundman & Graneheim, 2017). Eftersom jag var involverad i datainsamling, analysarbete och framtagandet och genomförandet av interventionen har det varit viktigt att det har varit flera forskare involverade i analysarbetet. Samtidigt som det kan vara en fördel att ha erfarenhet och kunskap om ämnet som studerats, eftersom det underlättar förståelsen för vad deltagarna pratar om (Holloway & Biley, 2011) så kan det även

göra det svårare att distansera sig och faktiskt analysera det som sagts i intervjun utan att inkludera deltagarnas hela resa i interventionen och mina egna tolkningar av den resan. Genom forskartrianglering och kontinuerliga reflektioner och diskussioner har distans till material kunnat upprätthållas.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet refererar till i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper (Lundman & Graneheim, 2017). En beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och kontext finns beskrivna i delarbete **I** och **IV**. Målgruppen för den här avhandlingen var kvinnlig personal som arbetade på en socialförvaltning. Resultatet kan vara överförbart till liknade kontexter i Sverige. Om resultatet är överförbart till andra kontexter är upp till var och en att bedöma utifrån deltagare och kontextbeskrivning (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Reliabilitet och validitet i det kvantitativa delarbetet**

### *Reliabilitet*

Reliabilitet beskriver precisionen i mätningen och precisionen hos mätinstrumenten (Kirkwood & Sterne, 2003) Mått på reliabiliteten i mätinstrumentet togs fram genom beräkning av Chronbach's alfa. I alla index var CA-värdet mellan 0,7 och 0,95 vilket är acceptabla värden. Den enda avvikelserna fanns i ett index som hade ett CA-värde på 0,67. I studier med en explorativ ansats kan dock CA-värdet minska till 0,60 och ändå anses som acceptabelt (Hair et al, 1998). I studien användes till stor del etablerade mätinstrument med hög reliabilitet. Nyutvecklade frågor testades genom test-retest under en treveckors-period och fem frågor visade på ett lågt kappa-värde, under 0.60, dessa frågor exkluderades därför från analysen.

### *Intern validitet*

När det gäller intern validitet är frågan huruvida forskaren mäter det som är avsett att mäta (Polit & Beck, 2012). I studien användes till stor del redan etablerade mätinstrument med hög intern validitet. Några frågeområden var nyutvecklade och baserades på en tidigare utförd kvalitativ studie (delarbete **I**) samt på litteratur inom ämnet. De nyutvecklade frågorna utformades och diskuterades fram tillsammans med personal inom vård och omsorg i den deltagande kommunen. De nyutvecklade frågorna har inte testats i tidigare studier vilket kan ses som en svaghet. För att testa den interna validiteten genomfördes en pilotstudie med fyra anställda från en socialförvaltning i en annan kommun. Personerna fyllde i frågeformuläret en och en och kommenterade frågorna högt under tiden. Efteråt diskuterades upplevelsen av enkäten. Pilotstudien bidrog till face-validitet (uppenbar validitet) och genom att frågeformuläret diskuterats och tagits fram tillsammans med deltagare fanns möjligheten att ändra och testa frågorna under processens gång.

### *Extern validitet*

Extern validitet handlar om resultatens generaliserbarhet i andra kontexter (Polit & Beck, 2012). Deltagarna i den här studien omfattar personal från alla socialförvaltningens olika områden: vård och omsorg, LSS och socialkontoret, samt personal från städ- och kostenheten i en mellanstor kommun i Sverige. Svansfrekvensen i studien var 76 % vilket är högt jämfört med många enkätstudier idag. Genom att deltagandet till stor del var anonymt, förutom för kost- och städpersonal, kunde inte en bortfallsanalys genomföras, på de 24 % som valt att inte svara, vilket kan ses som en svaghet för studiens resultat. Bortfallet är av sådan storlek att det skulle kunna tänkas snedvrída resultatet till viss del. Svansfrekvensen varierade också stort mellan de olika områdena. 87 % av personal inom socialkontoret valde att svara jämfört med 64 % inom LSS. Samtidigt stöds resultatet av den kvantitativa studien av den kvalitativa studien (I) vilket skulle kunna motsäga en sådan snedvridning.

Vi kan anta att resultatet är generaliserbart för andra socialförvaltningar i Sverige som inkluderar vård och omsorg, LSS och socialkontor men även inom området kost och städ i kommunal verksamhet. Om resultatet är generaliserbart för andra kontexter är upp till var och en att bedöma utifrån deltagare och kontextbeskrivning.

# Konklusion och framtidsperspektiv

Resultatet från den här avhandlingen med ett salutogent fokus visar på ett komplext mönster av resurser för främjandet av WLB. Resurserna återfinns i den individuella domänen, den privata domänen och arbetsdomänen. Resultatet indikerar att det är av vikt att inkludera en individs totala livssituation i det främjande arbetet inriktat på WLB. Särskilt utmärkande för resultatet var att tidsupplevelsen i den privata domänen var av lika stor betydelse som tidsupplevelsen i arbetsdomänen, och att en stödjande hemmiljö verkade ha en större betydelse än stöd på arbetet för WLB. Vidare indikerar resultatet att den individuella domänen innefattande hälsa, välmående och inre styrka är central för att ha kraft att balansera livets olika roller.

BELE-programmet som utvecklats och testats i avhandlingsarbetet med syfte att främja kvinnors WLB och välmående verkar ge goda resultat. Resultatet visar att BELE-programmet skapade möjlighet för reflektion, kunskapsutveckling och handlingskraft för omstrukturering i vardagen, inkluderande både arbetsdomänen och den privata domänen. BELE-programmet bidrog även till att stärka kvinnors självkänsla, tilltro och välmående vilket gav kraft att göra önskvärda och nödvändiga förändringar för en mer hälsofrämjande balans, både mellan arbete och privatliv och för mer balans i de olika domänerna var för sig. Resultat visar även att det inte finns några lätta eller snabba åtgärder och ingen *one fits all*- lösning.

BELE-programmet är framtaget utifrån teori, empiri och en behovsanalys från den aktuella kontexten med utgångspunkten att ge en så bra förutsättning som möjligt för skapandet av en verkningsfull intervention. BELE-programmet behöver dock ytterligare utvärderas för att ta reda på om programmet ger den effekt som förväntas över tid och om programmet är kostnadseffektivt. Det är dessutom centralt att BELE-programmet sätts i ett större sammanhang. Programmet kan bidra till en pusselbit i det främjande arbetet på arbetsplatsen men de organisatoriska frågorna kring hur arbetet bör organiseras för att främja medarbetares hälsa är högst relevant.

Resultatet visar att det är av fördel om arbetet organiseras så att det finns en balans mellan ansträngning och återhämtningsmöjligheter i form av pauser och tid för socialsamvaro mellan arbetskamrater, men även så att arbetet blir så tidseffektivt så möjligt. Det skulle även vara av fördel utifrån utmaningarna som vård-, stöd- och omsorgssektorn står inför och kvinnors ofta dubbla arbetsbörda att erbjuda hälsofrämjande aktiviteter så som fysisk träning på schemalagd arbetstid.

Utifrån resultatet är det även av yttersta vikt att fortfarande lyfta kvinnors dubbla ansvar för hem, omsorg och försörjning. Att lyfta fram och forska på en stödjande hemmiljö och tidsupplevelse i privatlivet verkar vara av betydelse för kvinnors hälsa och välmående. Vidare visar resultatet på vikten av ett aktivt normkritiskt perspektiv i folkhälsoarbetet, där både män och kvinnor engagerar sig för män och kvinnors lika rättigheter och skyldigheter i omsorg, hemarbete och försörjning för skapandet av en god och jämlik hälsa.

# Summary in English

## **Background**

Work life balance has become a major public issue. This could be related to the increasing intensity of modern work life and growing demands regarding family obligations. Women often report higher levels of work life conflicts than what men do, which has a large negative impact on women's self-perceived health. The human service sector in the municipalities in Sweden is dominated by female employees, who have the highest sickness absence in the country – often associated with stress-related illness. These human service professionals have a responsibility to respond to other people's needs, often in demanding circumstances. It is important to provide them with support and appropriate health-promoting workplace interventions. Research shows that the employees' ability to stay healthy increases with good terms and conditions in both work and private life. To maintain and promote work life balance (WLB) seems to be a key issue to an effective workplace health promotion in the organizations. Despite increasing WLB literature in the last decades, strategies for successful support to help employees manage their work and private life have developed slowly. Most of the WLB literature has a pathogenic approach with the focus on conflict and a lack of work life balance. Hence, too little is known about how to improve employee WLB. There is a need for more research studying WLB from a salutogenic perspective and a need for workplace health promotion interventions with a comprehensive approach focusing on WLB.

## **Aim**

The overall aim of this thesis was to explore resources associated with work life balance, and to use that knowledge to develop and test a workplace health-promoting program aiming to enhance female human service professionals' work life balance. The thesis is based on four papers with the following specific aims: to explore perceptions of resources in everyday life to balance work and private life among home help service nurses (I); explore resources associated with work life balance, with a focus on individuals' work and private lives in two departments of municipality employees in Sweden (II); to present the development and content of a holistic interdisciplinary health promoting program aiming to enhance female

human service professionals' work life balance (III), and to explore how women working in the human service sector experienced participation in the BELE program in relation to work life balance and wellbeing (IV).

## **Method**

This studies were conducted in a municipality in the south of Sweden. This municipality had about 1,300 employees working in different areas. Staff in the social care department and the department for domestic services was invited to participate in this research project since they have several characteristics in common. The vast majority of the employees were women, and many of them worked irregular hours and were workers with lower education and wages. The main professions were assistant nurses and personal assistants. Other professions were social workers, registered nurses and cooking and cleaning staff.

An intervention mapping approach was used to develop the intervention in the project. A mixed method approach was used for data collection. Two of the papers report qualitative studies, based on individual interviews and focus group interviews with assistant nurses and registered nurses (n=13) working in home care for the elderly (I) and with the participants (n=55) in the intervention program (IV). One of the papers reports a quantitative study, based on a questionnaire survey with employees working in the human service sector (n= 631, response rate 76%) (II). Another paper describes the development and content of the BELE-program, using an intervention mapping approach (III). A qualitative content analysis was used for the analyses in the qualitative papers (I, IV) and a linear regression model and logistic regression models were used for the analyses in the quantitative study (II).

## **Results**

The findings of this thesis demonstrate the complexity of the relationships between different resources and WLB when using a salutogenic perspective. Individual resources, resources in private life and resources in work life are related in a complex web of interactions. In paper I, six themes of perceptions of recourses in everyday life emerged, highlighting this complexity: individual resources reflecting on life and being healthy and taking care of yourself; work related resources having a meaningful job and a supportive work climate and working shifts and part-time; private life related resources having a family and a supporting network and making your home your castle. The findings in paper I were partly supported in paper II, and paper II gave further knowledge about resources related to a salutogenic WLB. The main findings in paper II showed that the individual's perception of the overall

life situation was of major importance to WLB, as well as recovery, a positive time experience at work, a positive time experience in private life and well-being.

The findings of studies I and II led to implications for a workplace health promotion (WHP) intervention with a WLB focus. The intervention development process resulted in the Balance in Everyday Life Empowering program (BELE) (III). The theoretical framework for the BELE program is based on public health science, workplace health promotion and occupational therapy. The program focuses on a combination of health education, self-assessment and occupational commitment to improve the balance between work and private life, and to promote female employees' well-being and health. The BELE program included eleven group meetings/sessions during a six months period. Each group consisted of 5-8 employees. The BELE-program content was divided into four phases: phase 1) determinants of health, workplace health promotion and work life balance; phase 2) occupational balance, occupational pattern and occupational value; phase 3) lifestyle, stress and sleep, and phase 4) goal setting, action plans and summary. The findings of study IV showed that a majority of the participants experienced a process of change towards an improvement of well-being and balance in their everyday life when taking part in the BELE program. To start the process of change, it seemed important to provide the participants with an opportunity to reflect on and strengthen inner resources to enable prioritizing and setting of boundaries. Moreover, the BELE program was described as a push to trying to change everyday patterns and habits, which included changes at work, in the family and of the lifestyle. Overall, most of the participants reported that they were experiencing more balance and/or well-being after participating in the program. The findings also showed that it can be difficult to make changes in life during the process, and some participants needed more time to accomplish some goals than the six months of the BELE-program. The participants who did not feel that they had increase their well-being or balance in everyday life highlighted that they had still learnt a lot during the program and that they would be able to use this new knowledge in their future life to make it better and more health promoting.

## **Discussion**

The overall results of this thesis show the complexity of resources related to a salutogenic WLB. It seems important to strengthen the resources, in the work life as well the private life and both at an individual and an environmental level. This complexity can be interpreted by using a social ecological system theory as a framework. From a system theory perspective, work, private life and the individual can be seen as systems in which the components of work, private life and the individual interact and are dependent on each other. For example, research has shown that a salutogenic WLB is positively related to both family and job

satisfaction, and individual life satisfaction is positively related to organizational outcomes. Furthermore, several studies have examined factors contributing to conflict between work and private life, but only a few studies have examined resources contributing to balance between work and private life. This thesis uses a salutogenic perspective and a comprehensive design, which makes an important theoretical contribution to the literature. Understanding the determinants of health is crucial for Workplace Health Promotion (WPH) and there is a need for a systematic development of salutogenic indicators.

An interesting finding of the results in studies I, II and IV is that the individual resources seem to be of major importance to WLB. This aspect is rarely mentioned in the WLB literature where the focus is often on the workplace and schedules for an increase in WLB. To enhance the female employees' possibility to reflect, use self-analyses and increase knowledge about health, wellbeing and balance in everyday life seems to be a prerequisite to an increased awareness. This process of awareness was described as strengthening, and a feeling of empowerment often occurred (IV). This empowerment process can be linked to health competence and self-care as key resources to enable the women to take control of their health and to make informed choices. Also, awareness is often described as the first step in the change process and the first step in self-management. To use self-analyses has shown to be effective in other studies, such as when women return to work after stress-related sick leave, and it seems of great importance to women to gain this knowledge as a preventive measure. Moreover, health, wellbeing and recovery were also described as key resources for managing the WLB and the many roles in life in a satisfactory way. Studies show that it is essential for both employees and employers to understand the importance of employee involvement in activities that fulfil their own interests, and to experience their own family facilitation to enhance recovery possibilities, which can also affect well-being at work and job performance.

Another crucial finding of this thesis was the importance of a supportive home environment for WLB, and to the ability to engage in activities that fulfil the participants' own interests (I, IV). A supporting home environment was related to a positive experience in private life and an overall positive life situation (II). The importance of social support in the family is mentioned in the WLB literature, but it is not prioritized in the solutions for enhancement of the WLB. The findings of this thesis show that it is difficult for female employees to engage in activities that fulfil their own interests and to recover from a hectic workday when there is a great gender inequality regarding addressing the care giving work and domestic chores (IV). Therefore, it is of vital to challenge stereotypical male and female roles in household work and family responsibilities in order to improve the well-being among women.

The BELE program was developed using an intervention mapping approach, which enhances the possibility that the planned health promotion program will be effective in accomplishing its purpose. The BELE program is based on theory and literature on the subject, and on the ReDO™ method, which is an evaluated and scientifically approved method. Furthermore, the program was conducted with a participatory approach using collaboration between researchers, municipality representatives and participants. The purpose of the BELE program was to strengthen resources explored in studies I and II to enhance WLB and well-being among the female employees. This need assessment provided knowledge that made it possible to tailor the intervention in a way that suited the context. This may explain why the results of study IV show that a majority of the participants' well-being increased, as well as their WLB to some extent.

An interesting finding is also that it seems more correct to use the definition balance in everyday life than work life balance. This finding indicates that the problem was not always balancing work and private life, but instead it seems of more importance to be able to balance the private life domain or the work domain separately. Therefore, as the social ecological system theory and the results of this thesis explain, all systems interact, and enhancing one system influences the other system.

To conclude, this thesis with a salutogenic perspective adds to the existing body of work life balance knowledge, which has so far often been based on a conflict approach. The main results show the importance of a comprehensive approach in the workplace health promotion of WLB with a focus that includes the work domain, the private domain and the individual domain. An interesting finding in this thesis is the importance of individual resources and a supporting home environment for WLB. Furthermore, an intervention focusing on a comprehensive approach to health and work-life balance with a salutogenic approach is new. The integration with occupational therapy and workplace health promotion in a framework as in the BELE program is also new and innovative. The focus of the BELE program was to give female employees' the opportunity to reflect on and strengthen their inner resources, something which seems to be a prerequisite for changing everyday patterns and habits to achieve a more health-promoting life. However, it is important to see the BELE program as one piece of the puzzle that should be complemented with other organizational interventions and health-promoting activities. The BELE program turned out to be effective, but it needs to be further tested and evaluated. Moreover, it seems to be of great importance to increase the visibility of women's life situations in all areas of society in order to improve gender equality and women's health.



# Tack

Jag vill tacka alla er som har vandrat med mig på min resa genom avhandlingsarbetet. På resan genom avhandlingsarbetet har det funnits höga toppar och djupa dalar. Hur resan än har varit och vart jag än befunnit mig har det alltid varit personer vid min sida som hejat, stöttat och hjälpt till att ta ut riktningen, utan er hade den här resan inte varit möjlig.

*Jag vill rikta ett särskilt tack till:*

*Ingemar Andersson*, för att du trodde på mig och gav mig möjligheten att starta min resa. Du har med ditt lugn, kunskap och pedagogisk skicklighet varit ett stort stöd i alla delar av mitt avhandlingsarbete. Trots din pensionering bidrog du med både feedback och stöd ända in i det sista.

*Ann-Christin Janlöv*, för din tålmodighet, din kunskap du delat med dig av och ditt engagemang i mitt avhandlingsarbete. Tack för att du tog över huvudhandledarskapet från Ingemar och för all tid du lagt ner för att hjälpa och stötta mig genom den sista tiden i avhandlingsarbetet.

*Åsa Bringsén*, för din kritiska blick och din ambition att höja ribban och få till mer stringens i avhandlingsarbetet. Tack för all tid du lagt ner och all kunskap du delat med dig av.

*Göran Ejlertsson och Margareta Troein Töllborn*, för all kunskap ni har delat med er av och allt stöd genom de olika delarbetena. Tack Göran för att du gav mig den här möjligheten. Tack Margareta för all hjälp rörande rutiner med mera på Lunds universitet.

*Marie Nilsson, Sophie Schön och Gita Hedin*, ert stöd genom hela den här resan har varit ovärderlig. Det är med er som jag firat framgångar och till er som jag kunnat lätta mitt hjärta när allt känts tungt och frustrerande. Det har alltid funnits tid, ett leende och några goda råd runt hörnet.

*Socialförvaltningen i Klippans kommun*. Jag vill rikta ett särskilt tack till;

*Charlotte Johansson* för din positiva och aldrig sinande kraft och för alla dörrar du öppnat för att möjliggöra den här avhandlingen.

*Hans-Bertil Sinclair*, för ditt intresse och din entusiasm i stödgruppen för projektet och för att du möjliggjorde doktorandprojektets fortlevnad genom åren.

*Ingela Holmström* för att du funnits vid min sida genom hela projektet och för allt ditt stöd. Tack för all klokhet du har bidragit med i projektets olika delar och för ditt engagemang med att föra kunskaper från projektet vidare i organisationen och hålla processerna levande.

*Laila Andersson* och *Linda Johnsson*, tack för att ni bidrog med er kunskap och för er ovärderliga hjälp att testa intervjuguider, ställa upp på reportage i olika medier och vara en kanal ut i verksamheterna.

*Jag vill även tacka alla er i stödgruppen*, Carina Pihlwret, Marianne Claesson, Tina Thomasson, Ann-Christine Andersson, Wiveca Persson, Anita Broddesson och Elisabeth Petersson. Ni har alla på olika sätt bidragit med kunskap och praktisk hjälp för att projektets olika delar har varit möjliga att genomföra.

Ett särskilt tack vill jag ge er, *Lena-Karin Erlandsson*, *Heléne Frejborn* och *Lena Strandberg* som utvecklade den arbetsterapeutiska delen av interventionsprogrammet BELE. Tack Lena-Karin för du generöst delade med dig av din kunskap och för ditt intresse av tvärvetenskapligt samarbete. Heléne och Lena tack för ett gott samarbete i interventionens olika delar, det har varit en ära att vara gruppleddare i programmet tillsammans med er. Jag kommer aldrig att glömma denna lärorika, roliga och givande tid i projektet.

*Jag vill även rikta det allra största tack till alla er deltagare i projektet.* Utan er hade det inte blivit någon avhandling. Stort tack för att ni tog er tid att svara på enkäter, delta i intervjuer och i interventionsprogram. Ni har alla lärt mig så mycket om livet och vi har delat många skratt och tårar. Ni har gett mig ovärderlig kunskap som jag för alltid kommer att bära med mig. Tack för ert förtroende!

*Jag vill också tacka alla mina doktorandkollegor* genom åren, Atika Khalaf, Pernilla Garmy, Susanne Lindskov, Manuela Schmidt, Valentina Bala, Maria Kläfverud, Marina Sjöberg, Helena Larson, Cecilia Gardsten, Anna Pålsson, Jenny Aronsen Torp och Malin Sundström. Det har alltid varit lika givande, lärorikt och fantastiskt roligt att delta på doktorandseminarium med er. Och stort tack till dig *Anna-Karin Edberg* som med stor kunskap och ödmjukhet lett doktorandseminarierna. Genom din skicklighet att lyfta fram både styrkor och utvecklingsmöjligheter skapades förutsättningar för en stödjande- och lärande miljö, och jag har lärt mig massor.

Till alla er i *forskningstemat Hälsa- Människa- Samhälle* tack för feedback på mina delarbete och för diskussionerna om olika forskningsmetoder och ansatser. Det har varit lärorikt.

*Socialförvaltningen i Hörby kommun.* Jag vill rikta ett särskilt tack till;

*Eva Klang Vänerklint*, för ditt intresse och ditt stöd för mitt avhandlingsarbete.

*Bahare Mohammadi-Andersson*, för att du har hoppat in som chef, stöttat upp i arbetsgruppen och hejat på mig när jag känt mig trött.

*Tack till alla medarbetar i förebyggandeenheten/folkhälsa, Nina Karlsson, Caroline Johnsson, Annika Svensson, Lena Persson och Catarina Svärd, för er förståelse för min frånvaro och för allt stöd och uppmuntran som jag känt från er.*

*Cecilia Sahlström, för alla uppmuntrande ord och för att du snabbt och effektivt språkgranskade min text när jag behövde det som mest.*

*Jennie Järletoft, för ditt engagemang med att arrangera omslagsbilden till avhandlingen. Tack Lex Eliot Rose för du fotografera och tack Jessica Ericsson, Caroline Murray Carlsson och Helena Österblad Hansson för att ni ställde upp som modeller tillsammans med Jennie, ni fyller bilden med glädje!*

*Therése Dyrby, min fina syster och vän. Tack för att du har hoppat in och röjt i vårt hus när tiden inte räckt till och för din ständiga fråga om det finns något du kan hjälpa till med. Det har betytt mycket för mig.*

*Jag vill även tacka övrig familj och vänner som har haft överseende med att jag inte varit närvarande under en tid och för att ni hejat på och trott på mig genom alla år.*

*Till sist men inte minst vill jag tacka *André, Izabella och Casper Agosti*, jag kan inte önska mig en finare familj. Med stor kärlek vill jag tacka er för att ni har hjälpts åt att sköta hem och alla andra åtagande så jag har kunnat färdigställa avhandlingen. Ni ger mig stor glädje och kärlek. Med er vid min sida finns inga berg som är för höga eller dalar som är för djupa.*



# Referenser

- Abendroth, A-K., & den Dulk, L. (2011). Support for the work-life balance in Europe: the impact of state, workplace and family support on work-life balance. *Work, employment and society*, 25, (2), 234-256.
- Abrahamsson, L. (2011). *Den psykosociala arbetsmiljön- i dåtid, nutid och framtid*. Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle: Luleå universitet.
- AFA. (2015). *Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg*. Stockholm: AFA försäkring. <https://www.afaforsakring.se/.../f6345-psykiska-diagnoser.pdf>. [hämtad den 20 mars 2017].
- AFA. (2016). *Sjukfrånvaro under ett arbetsliv*. Stockholm: AFA Försäkring. [http://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/f6345\\_sjukfranvaro-under-ett-arbetsliv.pdf](http://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/f6345_sjukfranvaro-under-ett-arbetsliv.pdf) [hämtad den 11 april 2017]
- Altman, D. G. (1991). *Practical Statistics for Medical research*. London: Chapman & Hall.
- Anderzén, I., Lindberg, P., Karlsson, T., Strömberg, A., & Gustafsson, S. (2015). Predictors of Wellbeing at work. *European Journal of Public Health*, 25, (3).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 11, 11–8.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & kultur.
- Arbetsmiljöverket. (2016). *Omsorg och sociala tjänster. Branschen omsorg och sociala tjänster är den största yrkesbranschen med flest anställda*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/omsorg--och-sociala-tjanster/?hl=socialsekreterare> [Hämtad den 25 november 2016]
- Arbetsmiljöverket. (2014). *Arbetsorsakade besvär 2014*. Arbetsmiljöstatistik rapport 2014:4. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., & Kok, G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Educ Behav*, 25, 545–63.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., & Gottlieb, N. (2011). *Planning health promotion programs an Intervention Mapping Approach*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Bauer, G., Davies, J., & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153-159.
- Blanchard, M.C., Tremblay, A.M., Mask, L., & Perras G.M.M. (2009). A combination of work environment factors and individual difference variables in work interfering

- with family in work interfering with family. *International Journal of Workplace Health Management*, 2 (1), 63-90.
- Borglin, G. (2015). Complex interventions in health. An overview of research methods. I D.A. Richards & I.R. Hallberg (Red.), *The value of mixed methods for researching complex interventions*. (pp. 29- 45). New York: Routledge.
- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquia, M., Malmusi, D., & O´Campo, P. (2014). Influence of Macrosocial Policies on Women’s Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiologic Reviews*, 36, 31-48.
- Bringsen, Å. (2010). *Taking care of others- what´s in it for us? Exploring workplace-related health from a salutogenic perspective in a nursing context*. (Avhandling för doktorsexamen, Lunds Universitet).
- Bringsén, Å., Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 13–19.
- Bronfenbrenner, U. (1997). *The ecology of human development. Experience of nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burnard, P.1., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 26,(8), 429-32
- Carlson, D. S., Grzywacz, J. G., & Zivnuska, S. (2009). Is work-family balance more than conflict and enrichment? *Human Relations*, 62, 1456–1486.
- Chan, X., Kalliath, T., Brough, P., Siu, O., O’Driscoll, M., & Timms, C. (2016). Work–family enrichment and satisfaction: the mediating role of self-efficacy and work–life balance. *International Journal Of Human Resource Management*, 27, (15), 1755-1776.
- Chang, A., McDonald, P., & Burton, P. (2010). Methodological choices in work-life balance research 1987 to 2006: A critical review. *The International Journal of Human Resource Management*, 21, 2381–2413.
- Chu, C., Breucker., & G, Dwyer S., et al. (2000). Health-promoting workplaces- international settings development. *Health Promotion International*, 15, (2), 155.
- Clarke, M. C., Koch, C. L., & Hill, J. E. (2004). The work-family interface: Differentiating balance and fit. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 33, 121–140.
- Creswell, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell J.W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Stockholm Institute for Further Studies.
- Danna, K., & Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace; a review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 25, 357-384.
- Darcy, C., McCarthy, A., Hill, J., & Grady, G. (2012). Work-life balance: One size fits all? An exploratory analysis of the differential effects of career stage. *European Management Journal*, 30, 111-120.

- Deery, M. (2008). Talent management, work-life balance and retention strategies. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20, 792 – 806.
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1-and 2-year effects on long-term work attendance, *European Journal of Public Health*, 17, (5), 471-476.
- den Dulk, L., & Groeneveld, S. (2012). Work-Life Balance Support in the Public Sector in Europe. *Review of Public Personnel Administration*, 33 (4), 384-405.
- Dickson-Swift, V., Fox, C., Marshall, K., Welch, N., & Willis, J. (2014). What really improves employee health and wellbeing: Findings from regional Australian workplaces. *International Journal of Workplace Health Management*, 7, (3), 138-155.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143–156.
- Edén, L. (2000). *Quality of life among disability pensioners with musculoskeletal disorders*. (Avhandling för doktorexamen, Lunds Universitet).
- ENWHP. (2007) Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (1997) [http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg\\_Declaration.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf) [Hämtad den 12 Oktober 2017]
- Epstein, C.F., & Kalleberg, A.L. (2004). *Fighting For Time; Shifting Boundaries of Work and Social Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Eriksson, A., Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2010). Development of health promoting leadership – experiences of a training programme. *Health Education*, 110, (2), 109-124.
- Eriksson, M. (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans Idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Erlandsson, L-K. (2013). The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program: Supporting Women With Stress-Related Disorders to Return to Work- Knowledge Base, Structure, and Content. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29, (1), 85-101.
- EU. (2016). (European Commission) *Corporate Social Responsibility*. <http://ec.europa.eu/growth/industry/corporate-social-responsibility/> [Hämtad den 30 November 2016]
- Eurofound (2012). *Working time and work-life balance in a life course perspective*. Dublin: Eurofound.
- Fleetwood, S. (2007). Why work-life balance now? *The international Journal of Human Resource Management*, 18, (3), 387-400.
- Frone, M.R. (2003). Work-life balance. In J.C Quick & L.E Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garey, A. I. (1999). *Weaving Work and Motherhood*. Philadelphia: Temple University Press.

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (red.). (2008). *Health Behavior and Health education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24, 105–12.
- Grawitch, M., Trares, S., & Kohler, J. (2007). Healthy Workplaces Practices and Employee Outcomes. *International Journal of stress Management*, 14, (3), 275-293.
- Greenhaus, J. H., & Allen, T. D. (2011). Work–family balance: A review and extension of the literature. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 165–183). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63, 510–531.
- Grzywacz, J. G., & Carlson, D. S. (2007). Conceptualizing work –family balance: Implications for practice and research. *Advances in Developing Human Resources*, 9, 455–471.
- Grönlund, A., & Halleröd, B. (red). (2008). *Jämställdhetens pris*. Umeå: Boréa.
- Gröpel, P., & Kuhl, J. (2009). Work–life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfilment. *British Journal of Psychology*, 100, 365–375.
- Haar, M. J., Russo, M., Suñe, A., & Ollier-Malaterre, A. (2014). Outcomes of work-life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: a study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*, 85, 361-373.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Halpern, D.F. (2005). How time-flexible work policies can reduce stress, improve health, and save money. *Stress Health*, 21:157–68.
- Hansson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Harryson, L., Aléx, L. & Hammarström, A. (2016). "I have surly passed a limit, it is simply too much": woman´s and men´s experiences of stress and wellbeing when living within a process of housework resignation. *BMC Public Health*. 16:224.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Haworth J, Lewis S. (2005). Work, leisure and well-being. *Br J Guid Counsell*, 33, 67–79.
- Holloway, I., & Bile, C. F. (2011). Being a Qualitative Researcher. *Qualitative Health Research*. 1-8.
- Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Huppert, F., & T, So. (2011). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Soc Indic Res*, 110, 837-861.
- Håkansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving Balance in Everyday Life. *Journal of Occupational Science*, 13, (1), 74-82.

- Härenstam, A., & Östebo, A. (red). (2014). *Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS projektet – slutrapport del 1. Västra Götalandsregionen: Hälsa och Stressmedicin.*
- Jacobs, J. A., & Gerson, K. (2004). Understanding changes in American working time: a synthesis.. In C. F. Epstein & A. L. Kalleberg (Red.), *Fighting for time: Shifting boundaries of work and social life* (pp. 25–45). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Jacobsen, S., Bramming, P., Holt, H., & Larsen, H. (2013). Quality in modern nordic working life investing three related research and their possible cross – Fertilization. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 3, 47–80.
- Johnson, N.E., & Climo, J.J. (2000). Aging and eldercare in more developed countries. *Journal of Family Issues*, 21, 531-540.
- Jones, F., Burke, R.J., & Westman, M. (2006). Work-life balance: Key issues. In F. Jones, R.J. Burke & M. Westman (Eds.), *Work-life balance: A psychological perspective* (pp.1-38). East Sussex: Psychology Press.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.
- Kirkwood, B., & Sterne, J. (2003). *Medical Statistics.* Oxford: Blackwell Publishing.
- Korp, P. (2016). *Vad är hälsopromotion?* Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology.* (Fourth edition), Newsbury Park CA: Sage.
- Krueger, R.A., & Casey M.A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research.* Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, J. (2007). *Om föräldrars tidspress- orsaker och förändringsmöjligheter. En analys baserad på statistiska centralbyråns tidsdata.* (Forskningsrapport nr 139) Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.
- Lewis, S. (2003). The Integration of Paid Work and the Rest of Life. Is Post-Industrial Work the New Leisure? *Leisure Studies*, 22, 343-355.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Lindberg, P. (2006). *The work ability continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability.* (Avhandling för doktorsexamen, Karolinska Institutet).
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathway to health promotion.* Helsinki: Folkhälsan och IUHPE Global Working Group on Salutogenesis.
- Ljungblad, C., Granström, F., Dellve, L., & Åkerlind, I. (2014). Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. *International Journal of Workplace Health Management*, 7, (2), 89-104.
- Lopez, S., Teramoto Pedrotti, J., & C.R. Snyder. (2015). *Positive Psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths.* Thousand Oaks, CA: Sage.

- Lu, W., et al., & Sacker, A. (2016). Relationship between employment histories and frailty trajectories in later life: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Epidemiol Community Health*, 1-7.
- Lundman, B., Aléx L., Jonsén E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer., & Strandberg, G. (2010). Inner strength – A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 251-260.
- Lundman, B., & Graneheim H. U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Nielse, H. B. & Granskär, M. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- MacKinnon, R. (2011). *Examining the Work-Home Interface: An Ecological Systems Perspective*. (Avhandling för doktorsexamen, University of East London).
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Menckel, Ewa., & Österblom, Lars (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen- om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Mishler, E.G. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- Morris, M. L., & Madsen, S. R. (2007). Advancing Work-Life Integration in Individuals, Organizations, and Communities. *Advances in Developing Human Resources*, 9, 4, 439-454.
- MRC. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Medical Research Council. <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance/> [Hämtad den 23 Oktober 2016]
- Munn, S. L. (2013). Unveiling the work-life system: The influence of work-life balance on meaningful work. *Advances in Developing Human Resources*, 15, 401–417.
- Nilsson, P., Bringsén, Å., Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2010). Development and quality analysis of the work experience measurement scale (WEMS). *Work*, 35, 153–161.
- Norberg, A., & Fagerberg, I. (2017). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. I Höglund Nielsen, B., & Granskär, M. (Red). *Fenomenologisk hermeneutik*. (pp. 241-253). Lund: Studentlitteratur.
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa – teori och kritik*. Institutionen för hälsa och samhälle: Linköpings universitet
- Orth-Gomér, K., Lewandrowski, E., Westman, L., Hwang, H., & Leineweber, C. (2005). Vem orkar ända till 65? *Läkartidningen*, 103, 2296-2303.
- Patton, Q.M. (2002). *Qualitative Research & Evaluations Methods*. California: Sage Publications.
- Pocock, B., Williams, P., & Skinner, N. (2012). Conceptualizing work, family and community: A socio-ecological systems model, taking account of power, time, space and life stage. *British Journal of Industrial Relations*, 50, 391–411.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitz, S., Scaffa, M., & Pizzi, M. (2010). Occupational Therapy Conceptual Models for Health Promotion Practice. In Scaffa M, Reitz S, Pizzi M.(Eds.) *Occupational*

- Therapy in the Promotion of Health and Wellness*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Rigby, M., & O'Brien-Smith, F. (2010). Trade union interventions in work-life balance. *Work, employment and society*, 24.
- Roberts, K. (2007). Work-life balance - the sources of the contemporary problem and the probable outcomes: a review and interpretation of the evidence. *Employee Relat.* 29, 334-51
- Rothstein, B. (2009). Svensk välfärdsstatsforskning- en kritisk betraktelse. *Ekonomisk debatt*, 3, 5-25.
- Russell, H., O'Connell, P., & McGinnity, F. (2009). The Impact of Flexible Working Arrangements on Work-life Conflict and Work Pressure in Ireland. *Gender, Work & Organization*, 16, (1), 73-97.
- Salmela, S., Fagerström, L., & Eriksson, K. (2007) Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprocesser. *Nordic Journal of Nursing Research*. 27 (4), 20-25.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behaviour*, 23, (3), 293-315.
- Shagvaliyeva, S., & Yazdanifard, R. (2014). Impact on Flexible Working Hours on Work Life Balance. *American Journal of Industrial and Business Management*, 4, 20-23.
- Shain, M., & Kramer, D.M. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, (7), 643-648.
- Sirgy, J., & Wu, J. (2013). The Pleasant Life, the Engaged Life, and the Meaningful Life: What About the Balanced Life? I Delle Fave, A. (Red), *The Exploration of Happiness Present and Future Perspectives*. (pp. 175-191). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Skantze, E. (2006). *Organisationsstrukturens betydelse för de anställdas hälsa*. Institutet för psykosocial medicin. Nr 318.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & stress*, 24, (2), 107-139.
- Skinner, N., & Pocock, B. (2008). Work-life conflict: Is work time or work overload more important?. *Asia Pacific Journal Of Human Resources*, 46, (3), 303-315.
- SKL. (2014). *Sveriges viktigaste jobb. Så möter vi rekryterings-utmaningarna i vården och omsorgen*. Sveriges Kommuner och Landsting; Stockholm.  
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-181-5.pdf?issuusl=ignore> [Hämtad den 27 april 2016]
- SOU. (2007:08:110). *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm. Socialdepartementet.
- SOU. (2016:55). *Det handlar om jämlik hälsa*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stanfors, M. (2017). *Mellan arbete och familj – ett dilemma för kvinnor i 1900-talets Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, (4), 282-98.

- Strandh, M., & Nordenmark, M. (2006). The interference of paid work with household demands in different social policy context: perceived work-household conflict in Sweden, the UK, the Netherlands, Hungary, and the Czech Republic. *The British Journal of Sociology*, 57, 597-617.
- Sullivan, T. A. (2014). Greddy institutions, overwork, and work-life balance. *Sociological Inquiry*, 84, 1–15.
- Sverke, M., Falkenberg, H., Kecklund, G., Magnusson Hanson, L. och Lindfors, P. (2016). *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Kunskapssammanställning 2016:2*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Tangen, H., & Conrad, C. (2009). *Skapa och bygga hälsa på arbetsplatsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Red.) (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Thomsson, H. (1998). *Anpassningens pris – kvinnors liv i vård och vardag*. Stockholm, Förlagshuset Gothia.
- Thomsson, H. (2002). *Kvinnor, makt och förändring – att möta kvinnor i behov av stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Tones, K., & Green, J. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. London: Sage.
- Torp, S., Eklund, L., & Thorpenberg, S. (2011). Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008. *Global Health Promotion*, 18, 15-22.
- van den Heuvel, M., Demerouti, E., Schreurs, B. H.J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2009). Does meaning-making help during organizational change? *Career Development International*, 14, 508–533.
- van Steenbergen, E., & Ellemers, N. (2009). Is managing the work-family interface worthwhile? Benefits for employee health and performance. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 617- 642.
- Voydanoff P. (2005). Toward a Conceptualization of Perceived Work-Family Fit and Balance: A Demands and Resources Approach. *Journal of Marriage and Family*, 4, 822-836.
- Voydanoff, P. (2007). *Work, family, and community: Exploring interconnections*. Applied Psychology Series. New York, NY: Psychology Press.
- Warner, R. M. (2008). *Applied statistics: From bivariate through multivariate techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wayne J. H., Musisca N, Fleeson W. (2004). Considering the role of personality in the work-family experience: relationships of the big five to work-family conflict and facilitation. *J Vocat Behav*, 64, 108–30.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 17–21. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100)
- Winroth, J., & Rydqvist, LG. (2008). *Hälsa & hälsopromotion: med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Winter, T., Roos, E., Rahkonen, O., Martikainen, P., & Lahelma. (2006). Work-family Conflicts and Self-Reported Health Among Middle-Aged Municipal Employees in Finland. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(4) 276-285.
- WMA (2013). *Helsingforsdeklarationen . Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, latest revision by the World Medical Association Assembly, Fortaleza, Brasilien, 2013.
- Zheng, C., Molineux, J., Mirshekary, S., & Scarparo, S. (2015). Developing individual and organisational work-life balance strategies to improve employee health and wellbeing. *Employee Relations*, 37, 354-379.
- Zwetsloot, G.I.J.M., & van Schepping, A.R. (2007). Towards a strategic business case for health management. In U. Johanson, G. Ahonen, & R. Roslender (Red.), *Work and management control* (pp. 183-213). Stockholm: Thomsom Fakta.
- Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken; konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.