

ISM-rapport 16

## Hälsofrämjande i praktiken

Lättare sagt än gjort!

Katrin Skagert <sup>1</sup>

Gunnar Ahlborg jr <sup>2</sup>

Caroline Bergman <sup>2</sup>

Lotta Dellve <sup>3</sup>

Annemarie Hultberg <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Stadsledningskontoret, Göteborg stad och Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen

<sup>2</sup> Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen

<sup>3</sup> Högskolan i Borås och Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) Stockholm

## Om rapportserien

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från Institutet för stressmedicin som utkommer oregelbundet. I rapportserien presenteras kunskapssammanställningar och forskning som ISM varit involverad i, men också relevant forskning som bedrivits av våra samverkanspartners inom områdena stress, organisation och ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och hälsa. För innehållet ansvarar författarna.

(Institutet ger även ut en publikationsserie under benämningen ISM-häfte.)

Kopior av rapporten för personligt bruk kan hämtas på [www.vgregion.se/stressmedicin](http://www.vgregion.se/stressmedicin)

Utgivna ISM-rapporter:

1. Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Pousette A, Ahlborg G jr. (2004). Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.
2. Ahlborg G jr, Ljung T, Swan G, Glise K, Jonsdottir I, Hadžibajramović E, Währborg P. (2006) Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län.  
**Delrapport 1 - enkätundersökning i maj-juni 2004.**
3. Hultberg A, Dellve L, Ahlborg G jr. (2006) Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.
4. Ahlborg G jr, Hadžibajramović E, Hultberg A. (2007) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.  
**Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj-juni 2006.**
5. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2009) Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland.  
**Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj-juni 2008.**
6. Lindegård Andersson A. (2009) Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd - Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet
7. Eklöf M, Pousette A, Dellve L, Skagert K, Ahlborg G jr. (2010) Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport.
8. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ahlborg jr G. (2010) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. **Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008.**
9. Hultberg A, Skagert K, Ekbom Johansson P, Ahlborg G (2010) Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser.
10. Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Skagert K, Ahlborg G jr. (2011) KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen.  
**Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008 - 2010.**

11. Eklöf M, Ahlborg jr G, Grill C, Grimby-Ekman A, Lindgren E-K, Wikström E. (2011) Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik.
12. Stengård J, Berntson E, Dellve L, Härenstam A, Skagert K, Pousette A, Wallin L. (2013) Chefers rörlighet i offentlig sektor.
13. Stengård J, Härenstam A, Ahlborg jr G, Allard K, Bejerot E m fl. (2013) Chefskap, hälsa, effektivitet, förutsättningar i offentlig sektor. Teknisk rapport från CHEFiOS-projektet, Göteborgs universitet.
14. 1: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1.  
  
2: Annika Härenstam och Anders Östebo (red). (2014) Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 2 (2014)
15. Tina Forsberg Kankkunen, Eva Bejerot, Lisa Björk och Annika Härenstam.(2014) New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg.
16. Katrin Skagert, Gunnar Ahlborg jr, Caroline Bergman, Lotta Dellve och Annemarie Hultberg. (2015) Hälsofrämjande i praktiken. Lättare sagt än gjort!

Redaktör och ansvarig utgivare: Gunnar Ahlborg jr  
© Författarna och Institutet för stressmedicin  
Omslag: IBIZ  
Tryck: Bording AB  
ISSN 1652-7089  
ISBN 978-91-979247-6-4

# Innehållsförteckning

OM RAPPORTSERIEN .....	2
FÖRORD .....	5
SAMMANFATTNING .....	6
INLEDNING .....	7
SYFTE .....	8
BAKGRUND .....	9
Hälsofrämjande insatser.....	9
Arbetsmiljö, hälsa, effektivitet och kvalitet .....	10
METOD .....	12
Studerad organisation och datainsamling .....	13
Kvalitativa data .....	13
Kvantitativa data.....	13
Analys .....	14
RESULTAT.....	15
Implementeringsprocessen .....	15
Förberedelsefas 2008 .....	15
Uppstartsfas våren 2009 - Implementeringsprojektet tar form .....	16
Genomförandefas hösten 2009 till och med 2010 .....	16
Aktiviteter på organisationsnivå .....	18
Aktiviteter på gruppnivå.....	21
Aktiviteter på individnivå.....	22
Avslutningsfasen .....	24
Hinder och stöd för integrering och utveckling av ett hälsofrämjande perspektiv .	25
Hinder och stöd i chefers förutsättningar att tillämpa ett hälsofrämjande perspektiv ....	25
Hinder och stöd i strukturen av det systematiska arbetsmiljöarbetet .....	26
Hinder och stöd för medarbetares inflytande och delaktighet på APT .....	28
Medarbetarskapets betydelse för en hälsofrämjande arbetsplats .....	32
Samband mellan hälsa, arbetsmiljö, kvalitet och effektivitet.....	35
DISKUSSION .....	37
SLUTSATSER.....	40
REFERENSER.....	41

## Förord

När Västra Götalandsregionen och AB Volvo 2007 avslutat sitt samarbetsprojekt Livsstil i Väst, som syftade till att stimulera medarbetare till en hälsosam livsstil, diskuterades möjligheterna att ta ett steg vidare i att utveckla organisationernas hälsofrämjande arbete. Målet var att integrera ett hälsofrämjande synsätt på alla nivåer, det vill säga inte enbart på individnivå, utan även på grupp- och organisationsnivå. Ett sjukhus och ett tillverkningsföretag som ansågs ligga långt framme i det hälsofrämjande arbetet utvaldes för ett sådant utvecklingsarbete. Såväl arbetsgivarsidan som fackliga företrädare från lokal, regional och nationell nivå involverades i förberedelserna. Institutet för stressmedicin tillfrågades 2008 om att utvärdera utvecklingsarbetet vilket ledde till den studie som redovisas i denna rapport. På grund av den ekonomiska kris som inträffade 2009 valde dock tillverkningsföretaget att inte vidare delta i studien.

I rapporten lyfter vi fram både positiva och negativa aspekter på den utvecklingsprocess som vi följt. Vi hoppas att de erfarenheter som vunnits kan komma till nytta i arbetet med att utveckla hälsofrämjande organisationer och företag.

Stort tack till alla chefer, fackliga företrädare, lokala projektledare och alla övriga anställda som samarbetat med oss och delat med sig av sina upplevelser och erfarenheter under projektets gång. Vi tackar också AFA som medfinansierat studien.

Författarna

## Sammanfattning

Ett hälsofrämjande arbete bör bedrivas som process snarare än projekt, med ett brett ägandeskap, en tydlig struktur och en väl fungerande kommunikation. Det visar denna studie av hälsofrämjande i praktiken.

Syftet var att studera hur det hälsofrämjande perspektivet kan integreras i organisation och vardagsarbete på ett sjukhus, samt vilka effekter detta kan ge på arbetsmiljö och hälsa, effektivitet och kvalitet. Sjukhuset bedrev implementeringen i projektform under två år, med en externt rekryterad projektledare knuten till HR-avdelningen. I handlingsplanen ingick aktiviteter på individ-, enhets- och organisationsnivå, såsom information, chefsutbildning, material för arbetsplatsträffar (APT), riktlinjer och hälsoråd samt infogande i sjukhusets styrkort och strategidokument. Forskargruppen följde arbetet under tre år genom intervjuer och observationer, dokumentanalys och enkäter. Återkoppling gjordes till ledningsgrupper, chefer och medarbetare.

Flera av de planerade aktiviteterna genomfördes inte. En viktig orsak tycks vara den ansträngda ekonomin vid projektstart. Projektorganisationen fungerade inte heller särskilt väl vilket ledde till att projektledaren liksom efterträdare slutade i förtid. Framtagandet av nyckeltal i samverkan med forskargruppen för uppföljning av projektets effekter fullföljdes inte. Mötesobservationer och dokumentanalys tydde på att hälsofrämjande frågor inte behandlades i avsedd utsträckning, men APT präglades än dock av god kommunikation. Flera enheter arbetade systematiskt med materialet om hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap på APT. Medarbetarenkäten visade att upplevelse av bra kommunikationsklimat, låg stress och balanserad närvaro samvarierade med god effektivitet, kvalitet och arbetsmiljö. Projektformen med praktiskt ansvar hos en projektledare i en stabsfunktion, otydlig struktur och brister i vertikal kommunikation, samt en ogynnsam ekonomi utgjorde viktiga hinder för utveckling och integrering av det hälsofrämjande arbetet.

*Ett hälsofrämjande arbete bör bedrivas som en process snarare än projekt, med ett brett ägandeskap, en tydlig struktur och en väl fungerande kommunikation. De viktigaste hindren för utveckling och integrering av det hälsofrämjande arbetet, var utöver projektorganisationen och en ogynnsam ekonomi, en otydlig struktur och brister i vertikal kommunikation.*

## Inledning

I det hälsofrämjande perspektivet är utmaningen inte i första hand att identifiera och reducera risker utan istället att identifiera vad som gör att människor *mår bra* och stärka dessa faktorer. Under åren 2005-2007 genomfördes ett samarbetsprojekt mellan AB Volvo och Västra Götalandsregionen (VGR), med syfte att stimulera medarbetare till en hälsosam livsstil och på så vis långsiktigt få fler långtidsfriska medarbetare. Projektet döptes till *Livsstil i Väst* och aktiviteterna i projektet inriktade sig på fyra teman; rörelse, sömn, kost och glädje. Insatserna var i huvudsak individinriktade och i utvärderingen konstaterades svårigheter med att integrera ett hälsofrämjande förhållningssätt i organisationen enbart genom individinriktade insatser. De som valde att delta i dessa insatser var dessutom de som redan hade en aktiv livsstil (Jonsdottir, Börjesson, & Ahlborg, 2011).

Efter projektets slut fördes diskussioner i en partsgemensamgrupp med deltagare på nationell, regional och lokal nivå från Metall, Kommunal, AB Volvo och Västra Götalandsregionen om en fortsättning för att integrera ett hälsofrämjande arbete mer i praktiken. Två verksamheter i samma geografiska område sågs som goda exempel från ”Livsstil i Väst” och som intressanta att följa i den processen, fortsättningsvis kallade Motorföretaget och Sjukhuset. Redan i detta initiala skede tillfrågades forskare från Institutet för stressmedicin om att utvärdera projektet och deltog i samtalen för att stödja identifiering av hälsofrämjande mål och aktiviteter.

Under den fortsatta planeringen av projektet inträffade den ekonomiska kris som ledde till stora omställningar, särskilt inom industrisektorn, vilket medförde att Motorföretaget beslutade att endast följa projektet med ambitionen att så långt möjligt vidareutveckla det hälsofrämjande arbetet utifrån tidigare erfarenheter. Sjukhuset beslöt sig för att genomföra integreringen av ett hälsofrämjande förhållningssätt i relation till utvecklingen av konceptet Hälsofrämjande Sjukhus och det pågående arbetet för en kontinuerlig, processinriktad verksamhetsutveckling enligt Sex Sigma/Lean. AFA försäkring beviljade medel för att under tre år kunna följa och utvärdera integreringen av hälsofrämjande arbete i organisationen. Projektet döptes till ”Hälsofrämjande i praktiken” men kom att förkortas till HiP-studien.

## Syfte

Det övergripande syftet med studien var att studera hur det hälsofrämjande perspektivet kan integreras i organisation och vardagsarbete samt vilka effekter detta kan ge på arbetsmiljö och hälsa, effektivitet och kvalitet.

Frågeställningar som studien avser att besvara:

1. Hur har utveckling och integrering av ett systematiskt hälsofrämjande perspektiv gått till?
2. Vad har hindrat/understött sådan utveckling och integrering?
3. Vilka effekter har projektet haft på chefers och medarbetares förhållningssätt, hälsa och arbetsmiljö samt på effektivitet och kvalitet? Vilka samband ses mellan dessa faktorer?



## Bakgrund

Den offentliga sektorn har genomgått en strukturomvandling sedan förra lågkonjunkturen i början av 90-talet (Theorell, 2006). Förändringar (Vahtera, Kivimaki, Pentti, & Theorell, 2000), oro för förändring (Szücs, Hemström, & Marklund, 2003), omorganisationer och rationaliseringar har visat samband med långtidssjukskrivning (Westerlund, 2004).

Två av tre deltagare uppger i en uppföljande studie av 3 200 anställda vid VGR och Försäkringskassan (KART-studien) att de varit med om en viktig förändring på arbetsplatsen under det senaste året (Hultberg, Hadzibajramovic, Pettersson, & Ahlberg, 2009). En förändring som genomförs på ett hälsofrämjande sätt kan minska stress och öka upplevelsen av kontroll och stöd (Tvedt, Saksvik, & Nytrö, 2009).

En sådan hälsofrämjande förändringsprocess kännetecknas av:

1. En medvetenhet om den mångfald av faktorer som kan påverka olika individer i förändring
2. Att roller tydliggörs på ett tidigt stadium
3. Att konflikter hanteras konstruktivt och direkt
4. Att chefen är närvarande och tillgänglig.

Ledarskapet anses ha en nyckelroll för en god arbetsmiljö. Därför har ett flertal studier undersökt detta. I en studie över vad som kännetecknade ledarskapet för de sjukhusavdelningar som lyckats bibehålla hälsan under en större strukturomvandling fann man visionära, delegerande, motiverande, stödjande, bekräftande och lösningsorienterade ledaregenskaper (Nilsson, Hertting, Petterson, & Theorell, 2005).

Andra identifierade friskfaktorer i ledarskapet är medarbetares upplevelse av ett rättvist, bekräftande och stödjande ledarskap (Eklöf, Ingelgård, & Hagberg, 2004; Lindberg, Josephson, Alfredsson, & Vingard, 2006; Pohjonen, 2001), att ledaren skapar rolltydlighet (Lindberg, Vingard, Josephson, & Alfredsson, 2006) samt strukturerar arbetsmiljöarbetet väl (Dellve, Skagert, & Eklof, 2008; Vaananen et al., 2004).

## Hälsofrämjande insatser

Den enskilda arbetsplatsen lyfts ofta fram som den viktigaste arenan för att göra förvärvsarbete till något som i högre grad främjar hälsa. Hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen kan definieras som ”alla insatser på arbetsplatsen som främjar hälsa” (Medin & Alexandersson, 2000). Det finns två grundläggande synsätt på implementering av hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen; det ena betonar individens ansvar för hur man sköter sin hälsa och livsstil, medan det andra präglas av ett synsätt på hälsa som en produkt av många faktorer, varav flera är utanför individens egen kontroll (World Health Organization, 2002). Enbart livsstilsrelaterade

individuatsningar kan dock ha svårt att förankras och införlivas i ett systematisk hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen (Dellve, Skagert, Vilhelmsson, Eriksson & Eklof, 2006).

Integrering av ett hälsofrämjande perspektiv har tidigare visat sig ge bäst effekt när man riktar in sig på flera nivåer samtidigt; organisation, grupp/enhet och individ, samt ur såväl främjande som förebyggande perspektiv (Dellve et al., 2006; Shain & Kramer, 2004) (figur 1). Ambitionen är att skapa förutsättningar för anställda såväl att utveckla och vidmakthålla goda levnadsvanor som att uppleva arbetet som begripligt, hanterbart och meningsfullt (Hansson, 2004).

## **Arbetsmiljö, hälsa, effektivitet och kvalitet**

Vi vet en hel del om effekterna av ogynnsamma psykosociala arbetsmiljöförhållanden, där några av de mest använda teoretiska modellerna är inriktade på förhållandet mellan arbetets krav och den anställdes möjligheter till kontroll/inflytande (Karasek & Theorell, 1990) respektive ansträngningen i arbetet i förhållande till den belöning/erkänsla man får (Siegrist, 1996). I en longitudinell studie av hälso- och sjukvårdsanställda har man funnit att dessa faktorer har samband med senare utveckling av psykisk stressrelaterad ohälsa (Hultberg et al., 2009).

Samtidigt fann man att en upplevelse av goda psykosociala arbetsförhållanden inte bara minskade risken för sådan ohälsa utan dessutom bidrog till en positiv utveckling av hälsan hos anställda som tidigare rapporterat stressrelaterade psykiska problem. Faktorer som orsakar ohälsa är inte alltid samma som gynnar hälsa. Måltydlighet och positiv feedback tycks viktiga för att främja hälsa (Lindberg, Josephson, et al., 2006). Liknande resultat framkom i en prospektiv registerstudie där stabil närvaro (max 7 sjukdagar per år) användes som mått på arbetsrelaterad hälsa (Dellve, Skagert, & Vilhelmsson, 2007).

Ur ett organisations- och samhällsperspektiv är det av yttersta intresse att undersöka hur en hälsofrämjande arbetsmiljö interagerar med effektivitet och kvalitet. Inom projektet Arbete och Hälsa inom process och verkstadsindustrin (AHA) utvecklades en modell som visade på produktivitetsvinst i form av ökad arbetsförmåga vid hälsorelaterade insatser ("Hälsa och produktivitet. AHA-studien: Slutrapport del 2.," 2005). Studier av s.k. Magnet hospitals (Gunnarsdottir, 2009; Kramer & Schmalenberg, 2008; Schmalenberg & Kramer, 2008) har visat på samband mellan kvalitet i form av hög patientsäkerhet och medarbetare med hög arbetstillfredsställelse, goda möjligheter att påverka sin arbetssituation, kontinuerlig kompetensutveckling samt bra relationer på arbetsplatsen. Arbetslag med bra teamwork visade sig ha lägre förväntad dödlighet bland sina patienter jämfört med arbetslag som upplevde sig ha dåligt teamwork (Wheelan, Burchill, & Tilin, 2003).

Ledarskapet spelar också roll för en arbetsgrupps prestation och samarbete (Bass, Avolio, Jung, & Berson, 2003). Det kan stärka medarbetares handlingsutrymme och förmåga till egenansvar. Förutsättningarna för att utöva ledarskap måste också vara rimliga, med hänsyn till t.ex. antal underställda man ansvarar för, för att kunna vara en aktiv och närvarande chef som ger kontinuerlig feedback till sina medarbetare.

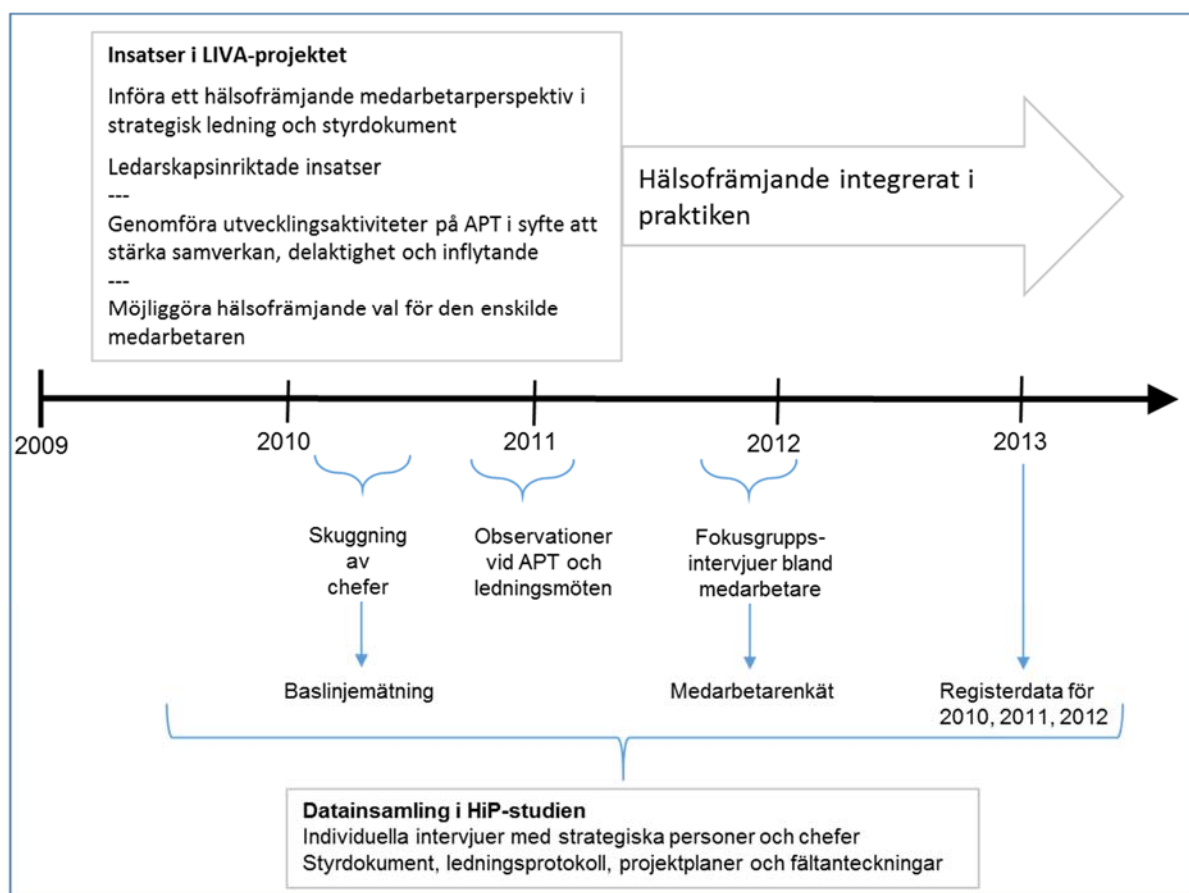
*HiP-projektet var en fortsättning på tidigare livsstilssatsning i Västra Götalandsregionen, med en önskan att utveckla metoder för att arbeta mer integrerat med de hälsofrämjande frågorna.*

*Institutet för stressmedicin fick uppdraget att utvärdera arbetet, men också att förmedla kunskap om viktiga friskfaktorer samt metoder för ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Det handlade exempelvis om vad man behöver tänka på i ett förändringsarbete och viktiga faktorer i ledarskapet.*

*Att bredda arbetet till att utöver individfokus även arbeta på grupp- och organisationsnivå, var en annan viktig utgångspunkt.*

## Metod

Detta är en studie som följde den praktiska integreringen av ett hälsofrämjande perspektiv i såväl organisation som vardagsarbete. Detta innebar att Sjukhuset ansvarade för det konkreta utvecklings- och förändringsarbetet. För detta skapade man ett internt två-årigt implementeringsprojekt benämnt LIVA ("LIVsviktigt arbete för hållbart Arbetsliv") som leddes av sjukhusdirektören och personalchefen. En projektledare rekryterades externt. ISM ansvarade för att genom HiP-studien följa, beskriva och utvärdera implementeringsprocessen i LIVA (se figur 1).



**Figur 1.** Översikt av LIVA-projektets insatser och forskarnas datainsamling under processen.

Samtidigt har ett utbyte av aktuell vetenskaplig kunskap kring vad som kännetecknar en positiv och hälsofrämjande förändringsprocess varit utgångspunkt i samarbetet mellan praktik och forskning. Vid inledande chefsseminarier under sommaren 2009 deltog forskare aktivt och fokusgruppsintervjuer hölls om kommunikation och gränssättning för chefers arbetsvillkor. Detta sågs även som ett led i förankringsprocessen av projektet. Ett ömsesidigt lärande med kontinuerlig återkoppling och utvecklingsinriktad diskussion har varit viljeinriktningen under processens gång. Detta utgjorde den interaktiva delen mellan sjukhuset och forskarna.

Vi har utgått från en pragmatisk ansats (Tashakkori & Teddlie, 1998) och använt kombinerad kvalitativ och kvantitativ metod för att följa och utvärdera processen och effekterna av riktade insatser på individ- och arbetsplatsnivå, samt integrering av ett systematiskt hälsofrämjande perspektiv i organisation och vardagsarbete. En kombination av kvalitativ och kvantitativ metodik anses ge en mer fördjupad kunskap om viktiga komponenter i interventionsarbete än vad enbart före- och uppföljningsmätningar kan erbjuda (Saksvik, Nytrö, Dahl-Jørgensen, & Mikkelsen, 2002).

## **Studerad organisation och datainsamling**

Sjukhuset är en sjukhusgrupp bestående av tre mindre och ett större sjukhus med sammanlagt knappt 750 vårdplatser och cirka 4 200 anställda (82 procent kvinnor, 18 procent män). Organisatoriskt var tre av sjukhusenheterna (inkl. den största) organisatoriskt tvärfunktionellt indelade i tre områden: Medicin/psykiatri, Kirurgi och Barn- och kvinnosjukvård/gynekologi. Den fjärde enheten utgjorde ett eget område.

En dryg fjärdedel av alla anställda var över 55 år, ytterligare en dryg fjärdedel mellan 45-54 år och knappt hälften var under 45 år. Den till antalet största professionen var sjuksköterskor (c:a 40 %, barnmorskor inräknade), följt av undersköterskor (c:a 25 %) och läkare (c:a 15 %). Andra professioner utgjorde ungefär en femtedel av personalen.

## **Kvalitativa data**

Vid inledande chefsseminarier under sommaren 2009 gjordes fokusgruppsintervjuer (9 st) med chefer om kommunikation och gränssättning för chefers arbetsvillkor. Observationer av chefer (n=12) genomfördes under våren 2010. Observationer på arbetsplatsträffar (APT) (n=9) och ledningsgruppsmöten (n=7) gjordes under vintern 2010. Enskilda intervjuer med personer på strategisk nivå och/eller i chefspositioner på olika nivåer i organisationen (n=12) genomfördes löpande under 2009-2012 och 12 fokusgruppsintervjuer med medarbetare inom olika professioner (n=68) genomfördes under vintern 2011/2012. Styrdokument, projektplaner, projektrapporter, ledningsgruppsprotokoll för perioden 2010-2012 samt fältanteckningar under projektets gång har också använts som data.

## **Kvantitativa data**

En medarbetarenkät utformades i samverkan mellan Sjukhuset och ISM under hösten 2009. Denna kom senare att revideras ytterligare inför den enkät som genomfördes 2011. Enkäten innehöll frågor om den psykosociala arbetsmiljön och berörde områden som struktur och måltydighet, ledarskap och medarbetarskap, kommunikation och upplevd hälsa. Frågorna är i huvudsak baserade på de vetenskapliga enkätinstrumenten COPSOQ, Team Climate Inventory och SF-36.

En separat del i enkäten riktades enbart till chefer med direkt underställd personal. Denna del bygger på Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI) och innehöll frågor om chefers resurser och stöd i ledarskapet, relationen till medarbetare samt hur de uppfattade strukturen för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Under våren 2010 distribuerades enkäten via Sjukhusets intranät, men fick en mycket låg svarsfrekvens (23 %). Dock var svarsfrekvensen högre (65 %) för den enkät som riktat sig till cheferna, vilket medförde att dessa data från chefsenkäten analyserades. Hösten 2011 genomfördes en ny enkät till chefer och medarbetare distribuerad i papper på arbetsplatserna och denna fick en svarsfrekvens på c:a 65 %.

Det var planerat att använda Sjukhusets egen årliga patientenkät med frågor kring kvalitet och nöjdhet med vården samt registerdata rörande effektivitet, kvalitet och patientsäkerhet. Detta misslyckades tyvärr. Det visade sig heller inte möjligt att få fram registerdata på rätt nivå över kort/ lång sjukfrånvaro och personalomsättning, ur det personaladministrativa systemet, för att kunna göra sambandsanalyser med enkätdata.

## **Analys**

Utvecklingsprocessen analyserades i huvudsak med innehållsanalys (Holme, 1997) och med hjälp av handlingsteoretiskt ramverk. Deskriptiva analyser gjordes av medarbetares subjektivt upplevda faktorer rörande effektivitet, kvalitet, arbetsmiljö och hälsa. Gruppen chefer analyserades separat, främst med avseende på hantering av chefsrollen, kommunikation/relationer och upplevd psykiskt välbefinnande/stress. Deras aktuella kontrollspann, dvs. det antal medarbetare man har personal- och arbetsmiljöansvar för, utgjorde en viktig variabel.

## Resultat

I projektet har ett antal delstudier genomförts med utgångspunkt från syfte och frågeställningar. Resultatet inleds med en beskrivning av implementeringsprocessen, hur aktiviteter för utveckling och integrering av ett systematiskt hälsofrämjande perspektiv gått till, i huvudsak baserad på dokumentanalyser, fältanteckningar och individuella intervjuer. Därefter följer en beskrivning av de forskningsinitierade inspel, observations- och intervjustudier som gjorts med chefer och medarbetare för att undersöka vad som kan ha hindrat eller understött utveckling och integrering. De kvantitativa samband som funnits mellan arbetsmiljö-kvalitet-effektivitet redovisas sedan.

## Implementeringsprocessen

### Förberedelsefas 2008

Under hösten 2008 skedde på initiativ av ledningspersoner från Livsstil i Väst flera möten mellan Motorföretaget och Sjukhuset, samt med forskarna som bollplank och möjliga utvärderare för att diskutera ett gemensamt projekt med syfte att implementera hälsofrämjande in i det ordinarie arbetet. Initialt skapades en styrgrupp bestående av personaldirektörerna i de båda huvudorganisationerna samt nationellt och landstingscentrala fackliga parter. I samtalen påtalades vikten av att kunna mäta effekter mer än innehåll och mål för projektet. Den ekonomiska krisen eskalerade under hösten och Motorföretaget varslade nära hälften av alla anställda, varför de valde att inte längre medverka aktivt i processen. Detta medförde att det nationella engagemanget även från Metall och Kommunal försvann i den partsammansatta gruppen. Sjukhusdirektören vid Sjukhuset gav uttryck för att projektet inte var självvalt utan var något man blivit beordrad av högre ledning, men valde att fortsätta planeringen, trots att även de påverkades av ekonomiska åtstramningar.

På lokal nivå deltog representanter för Kommunal och Vårdförbundet i det fortsatta planeringsarbetet. Sjukhusdirektören framhöll vikten av att integrera det hälsofrämjande projektet med det ordinarie processutvecklingsarbetet som pågick på Sjukhuset, då det annars kunde uppstå svårigheter att integrera ett parallellt arbete med detta. Första linjens chefer sågs som centrala för projektets framgång men även som en riskgrupp för stressrelaterad ohälsa. Även Kommunals medlemmar, som sjukhusdirektören inte upplevde att Sjukhuset riktigt lyckats involvera i processutvecklingsarbetet, sågs som en nyckelgrupp. De fackliga parterna uttryckte önskemål om att studera hur APT kunde användas för att stärka det hälsofrämjande perspektivet. Man funderade också över hur man specifikt skulle få med läkare i projektet och hur man skulle överbrygga top-down-ansatsen i projektet, då det initierats från högre ledning. Ett grepp var att man genomförde fokusgruppsintervjuer under hösten, som skulle utforma konkreta aktiviteter inför den handlingsplan som skulle genomföras inom ramen för LIVA-projektet.

*Projektet startade med såväl nationellt som regionalt engagemang, från både arbetsgivarsidan och de fackliga organisationerna. Planen var att följa ett utvecklingsarbete både inom offentlig och privat verksamhet, representerat av två organisationer. Men så kom krisen, med stora neddragningar och konsekvenser för båda organisationerna, varpå Motorföretaget hoppade av, medan Sjukhuset fullföljde projektet, om än med känslan av att det var ett påtvingat uppdrag.*

### **Uppstartsfas våren 2009 - Implementeringsprojektet tar form**

I början av januari 2009 externanställdes en nyutexaminerad folkhälsovetare som projektledare på Sjukhuset. Initialt i planeringen av aktiviteter, uttrycktes en vilja att rikta in aktiviteter på hälsocoachernas roll samt kompetensutveckling av chefer. Projektledarens första uppgift blev att göra en projektplan för den praktiska implementeringen. Planen antogs av sjukhusledningen under våren 2009. Projektledaren och projektet blev organisatoriskt placerade på HR-avdelningen. En projektorganisation skapas tidig vår 2009, bestående av projektledaren, arbetsmiljöstrategen, projektledaren för Hälsofrämjande sjukhus, samt två fackliga representanter för vardera Kommunal och Vårdförbundet, vilka även skulle arbeta heltid med projektet. En referensgrupp med c:a 12 medarbetare på olika nivåer, verksamhetsområden, sjukhus och professioner tillsattes också (dock utan representation av läkare). Denna grupp hade som uppgift att vara bollplank åt projektledningen. Vilken funktion den initiala styrgruppen, ledd av dåvarande personaldirektören i VGR, i praktiken skulle ha för projektet och projektledaren förblev oklart.

### **Genomförandefas hösten 2009 till och med 2010**

Hösten 2009 börjar tungt med pressad ekonomi på Sjukhuset och stora omställningsprocesser bland personalen. Man beslöt skjuta upp den baslinjeenkät, som var tänkt att gå ut under hösten, till våren 2010. Projektledaren upplevde flera hinder för projektet, som att få legitimitet för frågan på ledningsnivå, men också relaterat till forskningens roll i projektet. Det uttrycktes att det finns en stor rädsla inför vad en enkät kan ”avslöja” och hur resultatet kommer att spridas och kommuniceras. Vid ett möte i januari 2010 beslöt man att enkäten skall gå ut via webben i slutet av februari-början av mars. Detta var önskvärt från Sjukhuset då man ville träna medarbetare att använda datorn och intranätet. Man diskuterade även hur detta rent praktiskt skulle gå till ute på avdelningarna.

Webbenkäten utformades och administrerades av Sjukhusets interna informationsenhet och gick ut via intranätet under våren men fick ett stort bortfall, dels på grund av



tekniska komplikationer, dels för att det fanns en oro avseende anonymiteten. Via ”frågor & svar” på Sjukhusets intranät ifrågasattes på olika sätt anonymiteten av anställda som inte ville skylta med sina namn, och det fanns även uppmaningar till andra att inte delta. ISM påtog sig ansvaret för att inte varit tillräckligt tydliga i frågan om anonymitet och informerade i ett brev till alla anställda att resultatet enbart skulle analyseras på gruppnivå. Innan semestern stod det klart att det inte skulle bli meningsfullt att analysera enkätdata på grund av bortfallet. I skapandet av databasen framkom att flera dubletter fanns och att det föll bort svarande för varje del.

Knappt 1 000 av de 4 500 anställda hade svarat på hela enkäten. Information gick därför ut att det på grund av den låga andelen svarande inte gick att analysera resultatet, förutom eventuellt på enskilda enheter som kan identifieras med hög svarsfrekvens. Vid fördjupade kontroller var enbart svarsfrekvensen för gruppen chefer tillräckligt hög (över 50 procent) för att resultatet skulle vara tillförlitligt.

Projektledaren upplevde sig få klä skott för problemen med enkäten och samtidigt inte ha tillräckligt mandat eller stöd att genomföra åtgärder. Hen sade upp sig i förtid och slutade den sista augusti. Arbetsmiljöstrategen som ingått i projektgruppen fick andra arbetsuppgifter. Projektledaransvaret för LIVA-projektet fördes över till en erfaren HR-strateg som arbetat i nästan 30 år på Sjukhuset och fick också särskilt ansvar att vara kontaktperson mellan Sjukhuset och forskarna. Formellt avslutades LIVA-projektet 31 december 2010.

Projektplanen redovisar genomförandefasens planerade aktiviteter uppdelade på organisations-, grupp- och individnivå. Varje nivå hade en eller två huvudaktiviteter med flera underaktiviteter. Nedan följer en beskrivning av vad som planerades respektive genomfördes i samband med varje aktivitet.

*Liva-projektet, som sjukhusets hälsofrämjande projekt kallades, startade januari 2009 och pågick i två år. Det första man gjorde var att anställa en externrekryterad projektledare, som fick till uppgift att ta fram en projektplan.*

*En projektorganisation skapades också, men det är oklart vilken roll den initiala styrgruppen hade.*

*Hösten 2009 började tungt med pressad ekonomi och stora personalomställningar. Projektet möttes av en hel del misstro och rädsla. Inte minst gällde detta den webbenkät som skulle utgöra en baslinjemätning, men som inte gick att använda på grund av allt för låg svarsfrekvens.*

*Projektledaren slutade i förtid och svårigheterna med förankring och legitimitet, gällde även dess efterträdare. Många av de svårigheter som senare beskrivs i denna rapport, handlar om brister i kommunikation.*

## **Aktiviteter på organisationsnivå**

På *organisationsnivå* ville man införa ett hälsofrämjande medarbetarperspektiv i strategisk ledning och styrdokument samt arbeta för en hälsofrämjande organisationskultur och ledarskap. De aktiviteter som planerades var att:

### ***1. Tydliggöra och definiera vad som avses med hälsofrämjande medarbetarperspektiv i styrkort och strategikarta, inklusive målformulering för uppföljning***

#### **Planerade aktiviteter:**

Att på ett tydligt sätt beskriva vad man menar med ett hälsofrämjande medarbetarperspektiv. Detta samt målformulering och metoder för uppföljning av arbetet skulle enligt projektplanen finnas i Sjukhusets styrkort och strategikarta.

#### **Genomförda aktiviteter:**

I Sjukhusets styrkort för 2009 ses det hälsofrämjande perspektivet som en del av organisationens arbete med hållbar utveckling, vilket var ett av fyra strategiska teman för arbetet under 2009. Här finns en teoretisk samt en praktisk definition av ”hälsofrämjande”. Här beskrivs också att man antagit en hälsofrämjande organisationsstrategi, vilken ska implementeras under året.

Styrkortet för 2009 innehåller de mest väsentliga delarna om hälsofrämjande arbete som projektledningen önskat (definition av hälsofrämjande medarbetarperspektiv samt målformulering för detta arbete, inklusive metoder för uppföljning). Även i styrkortet för 2010 finns det hälsofrämjande medarbetarperspektivet med, en plan för hur detta arbete ska redovisas samt en strategikarta som fokuserar på hälsofrämjande både för medarbetare och för patienter.

År 2011 beskrivs att ett hälsofrämjande synsätt ska genomsyra arbetet men fokus läggs då främst på patientperspektivet. Framgångsfaktorer för ett hälsofrämjande medarbetarperspektiv beskrivs även i detta styrkort men information om hur dessa ska genomföras och följas upp saknas, bortsett från vissa specifika mål, t.ex. att minska sjukfrånvaron och att alla anställda ska ha tillgång till kompetensutveckling och en individuell utvecklingsplan. I styrkortet för 2013 har begreppet hälsofrämjande helt försvunnit ur medarbetarperspektivet.

### ***2. Integrera aktiviteter och utbildningar med verksamhetsutveckling och processorientering***

#### **Planerade aktiviteter:**

För att arbeta in det hälsofrämjande perspektivet i organisationen ville man öka förståelsen och legitimiteten för projektet genom att integrera dess aktiviteter med verksamhetsutbildningar och patientsäkerhetsdagar. Man planerade att delta i

utbildningen för enhetschefer i management för att där introducera ett arbetsmaterial om hälsofrämjande arbete att använda vid APT.

**Genomförda aktiviteter:**

Deltagande i enhetschefsutbildningen genomfördes under hösten 2009. Man har under projekttiden även medverkat i enstaka utbildningsinsatser för enskilda enheter och verksamhetsområden men någon systematisk integrering har inte skett.

***3. Medverka i budgetarbetet för 2011 och tydliggöra intäkter och kostnader relaterade till personalens hälsa och arbetsmiljö***

**Planerade aktiviteter:**

För att genomföra detta avsåg projektgruppen att samarbeta med ekonomer och hälsoekonomisk expertis, för att göra Sjukhuset framgångsrikt när det gäller att beräkna vinsterna av ett hälsofrämjande personalarbete.

**Genomförda aktiviteter:**

Det framgår inte i några dokument att detta skett.

***4. Utveckla verksamhetsstöd för hälso- och arbetsmiljöarbetet***

**Planerade aktiviteter:**

Att tillsammans med Sjukhusets hälsocoacher samt ansvariga för dessa diskutera en rollbeskrivning för personer som ingår i ett sådant verksamhetsstöd till chefer med personalansvar.

**Genomförda aktiviteter:**

I projektet genomfördes en genomlysning av hur hälsocoachernas roll såg ut inom de olika verksamheterna på sjukhuset. Ett förslag att finansiera hälsocoacherna centralt föreslogs men avslogs av ledningen.

***5. Utarbeta förslag till riktlinjer för systematisk uppföljning av hälsofrämjande arbetsplatsarbete***

**Planerade aktiviteter:**

För att kunna följa upp huruvida det hälsofrämjande arbetet verkligen har genomförts krävdes riktlinjer för uppföljning, vilket man hade för avsikt att utarbeta under projektets slutförandefas.

**Genomförda aktiviteter:**

Enligt slutrapporten för LIVA-projektet har man under projekttiden omarbetat de gamla riktlinjerna, efter förslag som uppkommit sedan man kartlagt arbetsmiljöstrukturen på Sjukhuset. I dessa riktlinjer infördes ett tydligare hälsofrämjande perspektiv. Man har även utarbetat guider för APT, medarbetar- och

lönesamtal. Tillsammans med HR-funktionen har LIVA-projektet också medverkat till att utforma en medarbetarhandbok på intranätet. Hur spridning och förankring för användning av dessa gått till framgår dock inte i några dokument.

## **6. Genomföra utbildningar för chefer i syfte att främja ett hälsofrämjande ledarskap**

### **Planerade aktiviteter:**

Inom ramen för denna aktivitet planerades två seminarier (tillsammans med ISM och Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet) med fokus på chefers arbetsvillkor. Dessa syftade till att starta en diskussion kring chefers arbetsvillkor och deras behov av stöd för att kunna vara bra ledare. Cheferna skulle även utbildas i hälsofrämjande ledarskap, vilket skulle ske via webbaserat material eller andra utbildningsinsatser. Ytterligare en viktig utbildningsinsats som planerades gällde stress och stresshantering. Slutligen innehöll denna aktivitet även utveckling av intern samverkan mellan HR-funktionen, LIVA-projektet och avdelningen för verksamhetsutveckling för att kunna ge fortsatt utbildning kring hälsofrämjande ledarskap till chefer.

### **Genomförda aktiviteter:**

De två seminarierna kring chefers arbetsvillkor i samarbete med ISM och Arbets- och miljömedicin genomfördes som planerat, men även seminarier i egen regi har förekommit. Den utbildning som skett gällande hälsofrämjande ledarskap har varit i form av de metodstöd som tagits fram för APT, utvecklingssamtal och lönesamtal. Enligt projektets slutrapport menar man att man även har arbetat med chefsutbildning kring gränssättning och kommunikation av stress, i samarbete med de forskare som observerade chefer och gav dem individuell och gruppvis återkoppling.

## **7. Skapa ett system för att fånga upp chefer och medarbetare i riskzonen för utmattning och stressrelaterad ohälsa**

### **Planerade aktiviteter:**

Att ha en dialog med chefer för att undersöka dessas behov av stöd samt dialog med sjukhusledning för att ta fram riktlinjer/policy för chefer och medarbetare som är i riskzonen för stressrelaterad ohälsa. Dessutom ta fram riktlinjer och hälsoråd till specifika yrkesgrupper, till exempel skiftarbetare.

### **Genomförda aktiviteter:**

Arbetet med riktlinjer för att fånga upp personer i riks för stressrelaterad ohälsa genomfördes inte på det enskilda sjukhuset, men samarbetet med forskarna bidrog till att de kunde skapa allmänna riktlinjer och inleda utvecklingen av ett webb-baserat stöd (Lindgren.Å, 2012)

*En planerad aktivitet på organisationsnivå, var att synliggöra det hälsofrämjande perspektivet i centrala styrdokument. Detta gjordes också till en början, men försvagades vartefter och var i 2013 års styrkort helt försvunnet. Man hade även en ambition att i budgetarbetet för 2011, göra någon form av personalekonomisk beräkning utifrån hälsa och arbetsmiljö, men några spår av detta går inte att finna. Man arbetade om och skapade nya dokument för att åstadkomma tydligare riktlinjer för det hälsofrämjande arbetet. Hur spridning och förankring av dessa gått till är mera oklart.*

*Linjechefer och undersköterskor, var målgrupper som pekades ut redan från början av projektet. Det fanns också en ambition att stärka det system med hälsocoacher, som fanns sedan tidigare. Det gjordes också en genomlysning av hälsocoachernas roll och ett förslag till central finansiering, vilket avlogs av ledningen. Man ville skapa ett system för att fånga upp såväl chefer som medarbetare i riskzon för stressrelaterad ohälsa, men några riktade informationsinsatser genomfördes aldrig på grund av den svåra ekonomiska situationen 2009 och arbetet med riktlinjer blev heller inte av. Däremot genomfördes olika chefsutbildningar framförallt initialt och i samarbete med forskningen.*

## **Aktiviteter på gruppnivå**

På gruppnivå koncentrerade man sig på arenan arbetsplatsträffar (APT) för att stärka samverkan, delaktighet, inflytande och kommunikation och lyfta medarbetares betydelse för verksamheten.

### ***1. Genomföra utvecklingsaktiviteter på APT i syfte att stärka samverkan, delaktighet, inflytande och kommunikation***

#### **Planerade aktiviteter:**

Utveckling och anpassning av materialet *Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap*, som sedan skulle användas som dialogfrågor på APT. Information om arbetsmaterialet till ledningsgrupper och en manual till chefer om hur de kunde arbeta med materialet på APT och därigenom göra hälsofrämjande till en stående punkt på dagordningen. Struktur för återkoppling och riktade skyddsronder. En utbildning till chefer i mötesteknik låg också i projektplanen.

#### **Genomförda aktiviteter:**

Hösten 2009 startade arbetet med materialet *Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap på APT* som utvecklades i samarbete med ISM. Materialet beställdes

till alla chefer på Sjukhuset och till detta utarbetades en manual till chefen. Ett system för avstämning (tre gånger per år) skapades, för att göra det möjligt att följa hur materialet användes. Enhetscheferna informerades om detta arbete under en utbildning i management som hölls av avdelningen för verksamhetsutveckling.

Hur man informerat områdes- och sjukhusledning om detta framgår inte av slutrapporten, inte heller huruvida utbildning i mötesteknik genomförts eller inte. Arbetsmaterialet delades ut till enhetscheferna och efter tre månader skickades en första förfrågan om användningen ut. Av 110 enheter inkom svar från 63 varav 40 uppgav att de börjat använda sig av materialet. Av dessa 40 visade det sig att sju ännu inte börjat använda materialet, medan de flesta övriga hade kommit halvvägs. Enligt styrkortet för 2010 var målet att alla verksamheter skulle arbeta med utbildning inom miljö och hälsa under sina APT.

*På gruppnivån gjordes en omfattande satsning på att använda APT för att öka kunskapen och därmed utveckla hälsofrämjande arbetsplatser. Med hjälp av arbetsmaterialet **Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap** tog man fram metodstöd för cheferna att arbeta med detta under korta men återkommande punkter på APT. Planerade utbildningsinsatser i mötesteknik till stöd för satsningen, genomfördes dock inte. En uppföljning visade att cirka en tredjedel av enhetscheferna svarade att de börjat arbeta med materialet.*

## Aktiviteter på individnivå

Aktiviteterna på individnivå inriktades till att möjliggöra hälsofrämjande val för den enskilde medarbetaren genom information och utbildning.

### **1. Informationsmaterial kring teman med anknytning till dialogfrågorna i APT (t.ex. ang. medarbetarsamtal och hälsoutbud) görs tillgängligt för medarbetare**

#### Planerade aktiviteter:

Tillhandahålla information för att möjliggöra hälsosamma val för den enskilde medarbetaren. Informationsinsatserna skulle exempelvis kunna vara prova-på-rabatter, information om hälsofrämjande utbud i närheten av Sjukhuset och information om medarbetarsamtalet.

#### Genomförda aktiviteter:

Information om hälsofrämjande arbete via Sjukhusets intranät och interntidning.

## **2. Ta fram riktlinjer och hälsoråd med anknytning till specifika yrkesgrupper, t.ex. natt/skiftarbete**

### **Planerade aktiviteter:**

Informationsinsatser om specifika behov av t.ex. kost vid särskilda arbetsförhållanden, såsom nattarbete. Ge konkreta tips för att öka medarbetarnas möjligheter till hälsosamma val.

### **Genomförda aktiviteter:**

Diskussion om detta fördes med den interna företagshälsovården men inga aktiviteter genomfördes på grund av den ekonomiska situationen.

## **3. Erbjud bredare utbud av hälso- och friskvårdsförmåner**

### **Planerade aktiviteter:**

Utveckla friskvårdsförmånen till att gälla annat än bara fysisk aktivitet, exempelvis kultur. Genomförande av aktiviteter för medarbetarna, t.ex. i form av informations- och inspirationstorg i respektive sjukhus entré.

### **Genomförda aktiviteter:**

Förslag till bredare utbud av friskvårdsförmån lades av LIVA-projektet men fick avslag av sjukhusledningen under hösten 2010. Motionsförmånen utökades dock till att även gälla viktminskning och stresshantering. Något informations- och inspirationstorg verkar inte ha genomförts men däremot har man arbetat med *Hälsotrappan*, ett projekt för att öka vardagsmotionen och reducera stress. Detta arbete hann inte slutföras inom ramen för LIVA men enligt slutrapporten av LIVA skulle detta sedan tas över av processledaren för Hälsofrämjande sjukhus (HFS).

*För att stärka de satsningar som gjordes på APT, ville man även underlätta för medarbetarna att göra hälsofrämjande val. Man tog i projektet fram ett förslag till bredare utbud av friskvårdsförmånerna, vilket avslogs av ledningen. Däremot utökades motionsförmånen till att även gälla viktminskning och stresshantering. Riktade insatser till specifika yrkesgrupper, t.ex. natt/skiftarbete genomfördes inte på grund av den ekonomiska situationen. Information om det hälsofrämjande arbetet gavs via olika kanaler på sjukhuset. Hälsotrappan, ett projekt för att öka vardagsmotion och reducera stress, startade upp för att därefter drivas vidare inom ramen för Hälsofrämjande sjukhus.*

## Avslutningsfasen

Som en uppföljning av de utvecklingsaktiviteter som syftade till att stärka samverkan, delaktighet, inflytande och kommunikation, gick en förfrågan ut hösten 2010 via HR om att forskarna ville göra observationsstudier på ledningsmöten och APT i organisationen. Det motstånd som den tidigare projektledaren upplevde sig ha fått klä skott för, tycktes nu ta sig uttryck i motstånd att öppna upp för observationer. Få anmälde intresse av att delta och ett par uttryckte tydligt vägran att delta. Nio enheter anmälde slutligen sitt intresse för observationer på APT. Efter direkt kontakt med områdeschefer av forskarna, tillät 7 ledningsgrupper observationer av deras möten. Observationerna genomfördes under november 2010-februari 2011.

Under våren 2011 genomfördes ett pilotprojekt på tre avdelningar där man i samverkan med enhetschefer, HR-strateg och ansvarig forskare från ISM gemensamt planerade hela processen av medarbetarenkät, från layout, innehåll och distribution till återkoppling av resultat till chef och medarbetare. Efter lyckad pilotomgång fattades beslutet att medarbetarenkäten skulle gå ut på hela Sjukhuset under hösten 2011.

Vid sommaren 2011 stod det klart att den erfarna HR-strateg som utgjort kontaktpunkt mellan Sjukhus och forskare också sagt upp sig. En ny HR-strateg rekryterades från en annan del av VGR och började arbeta i samband med att förberedelserna för medarbetarenkäten startade. De lärdomar man dragit från tidigare omgångar gjorde att man tidigt beslutade sig för att gå ut med enkäten i pappersform på arbetsplatserna. Den nyanställda HR-strategen fick ensamt ansvar för genomförandet på Sjukhuset och hade tät kontakt med forskarna under hela hösten.

Återkopplingen av resultatet skedde under januari-februari 2012, där en av de ansvariga forskarna tillsammans med HR-strategen träffade varje områdeschef och gick igenom resultaten för enheterna inom respektive område. I samband med denna process upplevde HR-strategen att hen inte fick stöd från vare sig chef eller kollegor, utan snarare blev osynliggjord eller ifrågasatt. Hen kom senare under året 2012 att bli sjukskriven och sade upp sig för annan anställning inom VGR.

*I slutet av projektperioden ville forskarna göra observationsstudier på ledningsmöten och APT. Förslaget möttes av viss misstro, men ledde ändå till nio observationer på APT och vid sju ledningsgrupper.*

*Då tidigare medarbetarenkät gett en allt för låg svarsfrekvens, förbereddes nu en ny omgång, där förändringar gjordes avseende papperskopia istället för webbenkät, bättre förankring och återkoppling, samt test i en pilotomgång innan själva genomförandet.*

*Under arbetet med den andra omgången av medarbetarenkäten hann två projektledare som efterträdde den första att börja och sluta.*



## **Hinder och stöd för integrering och utveckling av ett hälsofrämjande perspektiv**

I planen för LIVA-projektet identifierades perioden januari-augusti 2009 som en uppstartsfas. Som ett led i detta och då man tidigt pekat ut första linjens chefer som centrala för projektets framgång, men också som en riskgrupp för stressrelaterad ohälsa, så hölls ett halvdagsseminarium i samarbete med forskare från ISM och Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet på temat ”Tidiga tecken på hög stress”. Seminariet åtföljdes av fokusgruppsintervjuer med alla chefer, för att fånga upp individuella och organisatoriska strategier att hantera stress och stödja individer i riskzonen för stressrelaterad ohälsa. Det gjordes även observationer av chefer, som sedan fick individuell återkoppling på tidsanvändning och stressmönster (Tengelin, 2011).

Enligt plan skulle man inom ramen för LIVA och i dialog med sjukhusledningen ta fram riktlinjer/policy för chefer och medarbetare som är i riskzonen för stressrelaterad ohälsa. Några riktade uppföljande insatser genomfördes aldrig med hänvisning till den svåra ekonomiska situationen under hösten 2009. Det har inte heller framkommit i dokument eller intervjuer huruvida arbetet med riktlinjer för att fånga upp personer i risk för stressrelaterad ohälsa genomförts eller inte.

## **Hinder och stöd i chefers förutsättningar att tillämpa ett hälsofrämjande perspektiv**

Vid observationer av chefer framkom att över en tredjedel av deras arbetstid upptogs av bemannings- och schemafrågor. Detta kan ses som ett hinder för att hinna möta sina medarbetare, men kan också vara ett stöd för cheferna att tillgodose medarbetarnas behov av individuellt anpassade scheman till hela deras livssituation. Vidare framkom också att man genom bemanningsplaneringen kunde styra sin budget, så att den gick ihop. De observerade cheferna träffade sin egen chef på tu man hand enbart en procent av den observerade tiden. Detta kan vara ett hinder för möjligheten att diskutera verksamhetsfrågor och sin egen arbetssituation med högre chef. En knapp femtedel av sin arbetstid var cheferna tillsammans med medarbetare, vilket kan stödja tillämpningen av ett hälsofrämjande perspektiv, där medarbetares delaktighet och inflytande över arbetet är grundbultar i en hälsofrämjande organisation (Tengelin, 2011).

Arbetsplatsträffar (APT) är en naturlig arena för delaktighet och inflytande, varför observationer gjordes på dessa för att undersöka hinder och stöd för delaktighet och inflytande på APT. Medarbetarskapet och dess relationer, likväl som ledarskapet, har också betydelse för utvecklingen av en hälsofrämjande arbetsplats. Detta undersöktes via fokusgruppsintervjuer och redovisas under rubriken ”Medarbetarskapets betydelse för en hälsofrämjande arbetsplats”.

*Eftersom första linjens chefer var en viktig målgrupp i projektet, men också en förväntad riskgrupp för stressrelaterad ohälsa, gjordes en rad forskningsinsatser riktade till chefer, såsom seminarium med uppföljande fokusgruppsintervjuer, samt observationer med individuell återkoppling på tidsanvändning och stressmönster.*

*Av observationerna framgick bland annat att de observerade cheferna träffade sin egen chef mindre än en procent av den observerade tiden. De frågor som upptog mest tid var bemannings- och schemafrågor.*

## **Hinder och stöd i strukturen av det systematiska arbetsmiljöarbetet**

Arbetsgivare är även enligt arbetsmiljölagen skyldig att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Det innebär att arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. I ett strukturerat SAM bör även ett hälsofrämjande perspektiv ingå där man har aktiviteter och processer för att stärka medarbetarnas hälsa, antingen riktade för att stärka deras personliga resurser och/eller indirekta aktiviteter, som påverkar medarbetarnas hälsa genom deras omgivande miljö. Ett fungerande hälso- och arbetsmiljöarbete är en av förutsättningarna för att arbeta hälsofrämjande, förebyggande och efterhjälpande på en arbetsplats.

Med syfte att undersöka kapaciteten att bedriva ett strukturerat hälso- och arbetsmiljöarbete på övergripande samt på enhetsnivå genomfördes en kartläggning baserat på dokumentanalys och intervjuer under våren 2010. En kartläggning av det övergripande strukturerade hälso- och arbetsmiljöarbetet genomfördes genom att samla in och analysera dokument (Styrkort 2010, Verksamhetsplan och detaljbudget 2010, Handbok för arbetsmiljö 1997, Jämställdhetsplan 2007, Personalvision 2010). Även intervjuer genomfördes med två nyckelpersoner som arbetade med det strukturerade arbetsmiljöarbetet på övergripande nivå. I en mindre skala genomfördes intervjuer med tre enhetschefer med avsikt att undersöka hur de arbetade och upplevde hälso- och arbetsmiljöarbetet på enhetsnivå. Intervjuerna spelades in och transkriberades och analyserades därefter med innehållsanalys.

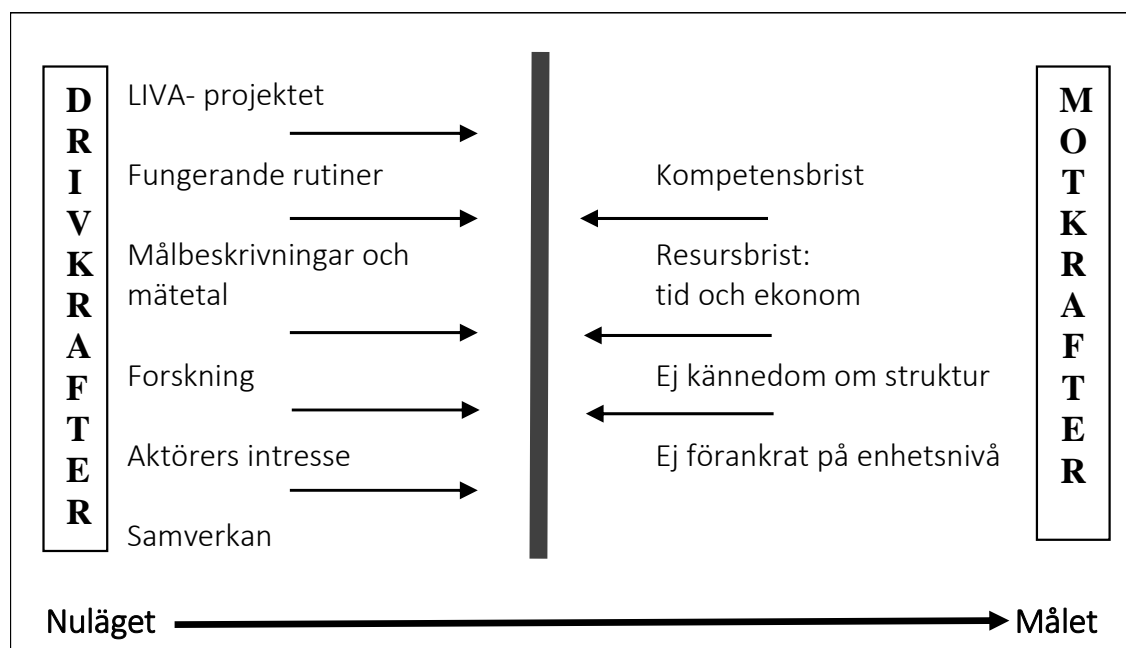
Av kartläggningen framgick att hälso- och arbetsmiljöarbetet genomsyrades av det lagreglerade och avtalsbundna arbetsmiljöarbetet, mer än det hälsofrämjande. Det förebyggande arbetet som baserades på arbetsmiljölagen förekom på alla nivåer i organisationen och samverkan utgick från samverkansavtalet och skedde i olika forum i organisationen. Det systematiska arbetsmiljöarbetet verkade fungera både på övergripande och enhetsnivå, där genomförandet överensstämde med uppsatta mål

inom det här området. Uppföljning samt utvärdering av sjukfrånvaro, arbetsskador och arbetssjukdomar utfördes på både övergripande och enhetsnivå.

Dock användes inte statistiken i planering av hälso- och arbetsmiljöarbetet. Orsaker till att det hälsofrämjande perspektivet inte hade förankrats upplevdes av enhetscheferna vara dels att det utgick från ett projekt placerat på en strukturell övergripande nivå med få ansvariga på övriga nivåer i organisationen och dels att enhetschefernas kapacitet att bedriva ett sådant arbete försvagades genom brist av tid, personal samt avsatt budget.

En ytterligare orsak som cheferna upplevde var brist i kompetens inom det hälsofrämjande området och kapaciteten att arbeta hälsofrämjande försvagades genom att det inte heller fanns utsedda hälsoombud eller hälsocoacher på enhetsnivå med kunskap inom området. Däremot fanns det, förutom skyddsombuden som arbetade främst med det förebyggande arbetet, eldsjäljar som involverade medarbetarna i hälsofrämjande aktiviteter.

Det bedrevs ett utvecklat jämställdhetsarbete med tydlig struktur, genomförande och uppföljning. Kapaciteten att bedriva ett likartat arbete för mångfald i organisationen var begränsad, både på övergripande nivå samt enhetsnivå.



**Figur 2.** En modell över de organisatoriska förändringskrafter som fungerade antingen som drivkrafter eller motkrafter till att det bedrevs ett hälso- och arbetsmiljöarbete. Modellen är en modifiering av Lewins modell om organisatoriska förändringskrafter<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Heward, S, Hutchins, C, Keleher, H. *Organizational change – key to capacity building and effective health promotion*. Health Promotion International. 2007:22; 170-178.

Kartläggningen visade att förutsättningarna att bedriva ett strukturerat hälso- och arbetsmiljöarbete fanns genom LIVA-projektet, i etablerade rutiner för SAM och en fungerande samverkan på enhetsnivå. Dock försvagades kapaciteten genom att det hälsofrämjande perspektivet inte genomsyrade hela organisationen och att ett arbete kring mångfald saknades. På enhetsnivå upplevdes förutsättningarna försvagas genom brist på tid, ekonomi och kompetens.

*Det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerade relativt väl på övergripande och enhetsnivå och man hade rutiner för att följa upp exempelvis sjukfrånvaro, arbetsskada och arbetssjukdomar. Dock användes inte statistiken i det förebyggande arbetet. På motsvarande sätt utgjorde Liva projektet ett stöd för det hälsofrämjande arbetet, men var inte lika förankrat på enhetsnivå. Enhetscheferna upplevde brist på kompetens och resurser till exempel i form av hälsocoacher. Skyddsombudens kompetens låg i huvudsak på det förebyggande arbetet, medan det hälsofrämjande arbetet fick förlita sig på eldsjälarna.*

## **Hinder och stöd för medarbetares inflytande och delaktighet på APT**

Arbetsplatsträffar (APT) är en avtalsbunden arena som i enlighet med samverkansavtalet FAS05 syftar till att ge möjlighet för chefer att implementera och informera om mål, strategier och riktlinjer. Arenan syftar även till att skapa utrymme för medarbetare att ha inflytande och vara delaktiga i sin arbetsmiljö och den verksamhetsutveckling som sker på arbetsplatsen. För att åstadkomma detta är en välfungerande kommunikation, karakteriserad av mestadels dialog mellan chef och medarbetare, en viktig faktor. När APT uppnår det tilltänkta syftet med denna arena kan denna mötesform ses som hälsofrämjande.

Nio APT på lika många enheter observerades i syfte att undersöka kommunikationsprocessen, dvs. vad de pratade om (ämnen) och hur de pratade (kommunikationsflöde). Den totala observationstiden var åtta timmar och en semistrukturerad observationsmall användes i datorprogrammet Filmaker för att registrera tid och kategorisera data i färdigkonstruerade kategorier. Kompletterande anteckningar fördes under observationerna samt korta intervjuer med enhetscheferna genomfördes i anslutning till observationerna. Efter att alla observationerna var genomförda återspeglades det preliminära resultatet under ett seminarium till enhetscheferna som var ansvariga för de observerade arbetsplatsträffarna. Cheferna bekräftade det preliminära resultatet och gav även ytterligare information. För att analysera materialet användes innehållsanalys och deskriptiv statistik.

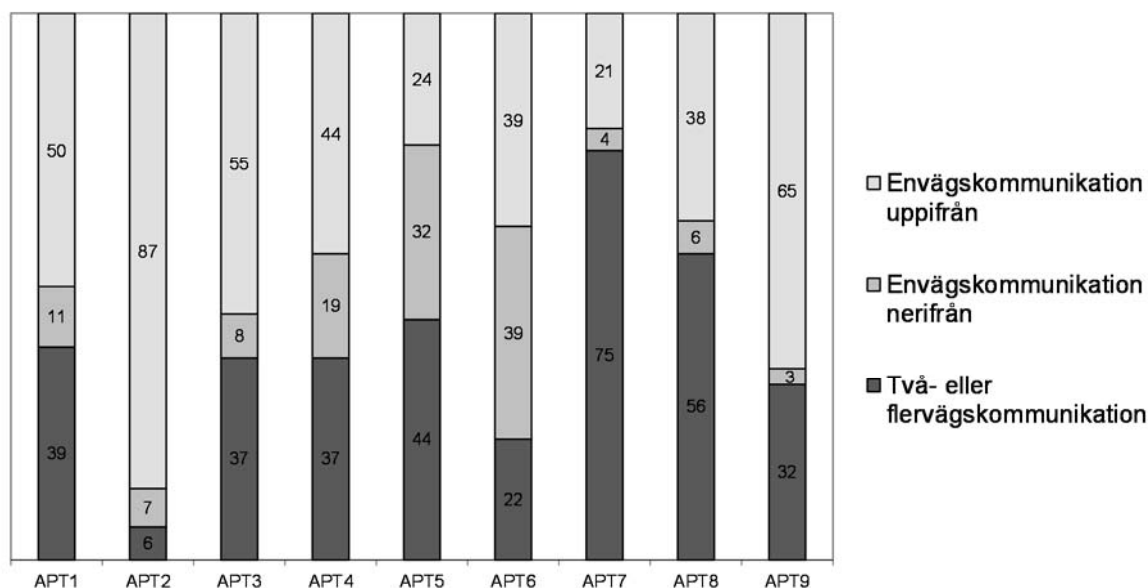
Resultatet påvisade att de observerade arbetsplatsträffarna varierade i mötesorganisering samt antal deltagare (tabell 1).

**Tabell 1. Mötesorganisering och antal medarbetare på Arbetsplatsträffarna.**

	APT1	APT2	APT3	APT4	APT5	APT6	APT7	APT8	APT9
Klinisk tillhörighet	Medicin	Kirurgi	Medicin	Medicin	Medicin	Medicin	Medicin	Kirurgi	Medicin
Plats	Lunchrum	Lunchrum	Lunchrum	Lunchrum	Konf.rum	Konf.rum	Kontor	Lunchrum	Lunchrum
Tid	Em	Em	Em	Em	Em	Em	Morgon	Em	Em
Schema-lagd tid (timmar)	1:15	0:45	01:30	00:30	01:00	01:00	01:00	02:30	00:30
Frekvens	En gång i månaden	Varannan vecka	En gång i månaden	En gång i veckan	En gång i månaden	En gång i veckan	En gång i veckan	En gång i månaden	En gång i månaden
Antal medarb. (andel av alla medarb. på enheten)	9 (18 %)	23 (38 %)	15 (50 %)	15 (30 %)	12 (30-34 %)	9 (36 %)	3 (-)	11 (29 %)	11 (14 %)

Kommunikationsflödet för alla arbetsplatsträffarna resulterade i att 46 % av den totala tiden bestod av information som kommunicerades från chefen (envägskommunikation uppifrån), 13 % information som kommunicerades från medarbetarna (envägskommunikation nerifrån) och 41 % av tiden förekom två- och flervägs-kommunikation i form av dialog/diskussion mellan chef och medarbetare samt mellan medarbetarna. Kommunikationsflödet varierade i stor utsträckning mellan arbetsplatsträffarna (figur 3), där t.ex. ett möte var dominerat av envägs-kommunikation uppifrån upp till 87 % av tiden, medan ett annat möte var dominerat av tvåvägs-kommunikation 75 % av tiden.

## Variation i kommunikationsflödet (%)



**Figur 3.** Figuren visar hur kommunikationsflödet varierade mellan Arbetsplatsträffarna.

Nästan hälften av den totalt observerade tiden talade de om *Kliniskt arbete* (49 %) som bestod av nya riktlinjer, rutiner, verktyg samt den kliniska patientvården (tabell 2). *Personalrelaterade ämnen* såsom bemanning, schema och anställning förekom 15 % av tiden. Nästan lika mycket tid, 16 %, pratade de om *Arbetsmiljörelaterade ämnen*: Fysisk arbetsmiljö, psykosocial arbetsmiljö och hälsa, sjukskrivning och rehabilitering. Fysisk arbetsmiljö innefattade till exempel att de pratade om arbetsmiljöronden, fysiska förutsättningar som påverkade arbetsmiljön samt brandskyddsgenomgång. Psykosocial arbetsmiljö inkluderade till exempel sociala aktiviteter, kaffekassan och administrativ börda, och ämnet Hälsa, sjukskrivning och rehabilitering bestod av att de pratade om sjukdomar, influensa vaccination och friskvård. Ämnet *Teknik* (6 %) var om mobilanvändning och datorprogram. *Samarbete* (6 %) bestod av att de pratade om samarbete mellan enheter och/eller mellan professioner.

Ämnen som kommunicerades mindre av var *Organisationsförändring* (2 %) (dvs. ombyggnation och sammanslagning av enheter), *Ekonomi* (2 %) t.ex. materialkostnader, tvättkostnader och budgetprognoser och *Kvalitets- och verksamhetsutveckling* (2 %), vilket inkluderade förberedelse inför Lean processer och det balanserade styrkortet. De ämnen som kommunicerades minst tid var *Mötesorganisering och mötesplanering* (1 %) och *Kompetensutveckling* (1 %) som innefattade att de pratade om utbildningsmöjligheter för medarbetarna samt att medarbetarna informerades från utbildning de hade deltagit i.

**Tabell 2.** Registrerad tid för varje samtalsämne, angivet i timmar och procent.

Ämnen	Tid (timmar)	Tid (procent)
Kliniskt arbete	03:48:50	49
Bemanning, schema, anställning	01:07:31	15
Fysisk arbetsmiljö	00:35:14	7
Teknik	00:29:57	6
Samarbete	00:28:06	6
Psykosocial arbetsmiljö	00:26:09	6
Hälsa, sjukskrivning, rehabilitering	00:16:06	3
Organisationsförändring	00:10:57	2
Kvalitets- och organisationsutveckling	00:09:11	2
Ekonomi	00:08:47	2
Mötesorganisering och mötesplanering	00:06:49	1
Kompetensutveckling	00:06:15	1
<b>Total tid:</b>	<b>07:53:52</b>	

*För att studera kommunikationen på APT genomfördes observationer av nio APT-tillfällen, med uppföljning i form av intervjuer och återkoppling till enhetscheferna vid ett seminarium. Resultatet visade att det var stora variationer mellan de olika enheterna i hur mycket tid man använde för APT, vilka kommunikationsformer och frågor som dominerade och hur stor andel av medarbetarna som deltog. Som mest deltog hälften av medarbetarna under ett APT.*

*Nästan halva tiden av den totala observationstiden gick åt till information från chefen, men spridningen mellan olika APT var mellan 21 och 87 %. Kliniskt arbete tog upp halva tiden, följt av bemanning, schema och anställning samt arbetsmiljörelaterade frågor.*

*Frågor som kvalitets- och verksamhetsutveckling eller kompetensutveckling ägnades bara enstaka procent av tiden.*

## **Medarbetarskapets betydelse för en hälsofrämjande arbetsplats**

Den definition av medarbetarskap som används i Sverige har vuxit fram utifrån en lång arbetslivstradition och avser hur medarbetare hanterar relationen till sin arbetsgivare, sina kollegor och deras eget arbete (patienter/brukare/kunder) (Hällsten & Tengblad, 2006). Begreppet medarbetarskap används flitigt i praktiken, i såväl utbildningssyften som policys, men har däremot inte använts i lika stor grad i forskningssammanhang.

För att utveckla medarbetarskapet i praktiken behöver arbetsplatsen kännetecknas av förtroende och öppenhet, gemenskap och samarbete, engagemang och meningsfullhet, ansvarstagande och initiativförmåga. Utifrån ett hälsofrämjande perspektiv är dessa komponenter även viktiga för att stärka medarbetares hälsa. På så sätt kan ett utvecklat medarbetarskap ses som betydelsefullt för en hälsofrämjande arbetsplats.

I dagsläget är detta område relativt outforskat. I synnerhet behöver forskning bedrivas i hälso- och sjukvårdsorganisationer där de operativa medarbetarna som interagerar med patienter och klienter är centrala för vårdkvaliteten. Med syfte att undersöka de anställdas uppfattning om begreppet medarbetarskap och dess hälsofrämjande komponenter genomfördes 12 fokusgruppsintervjuer med totalt 68 personer. Dessa var strategiskt utvalda för att få variation av profession och enhetstillhörighet (tabell 3). Medarbetare med samma profession deltog i samma fokusgrupp. Under fokusgruppsintervjuerna höll en moderator i intervjun och en assistent tog fältanteckning som komplement till bandinspelningen. Det inspelade materialet transkriberades och analyserades med innehållsanalys.



**Tabell 3.** Gruppsammansättning för varje fokusgruppsintervju.

Fokus-grupp	Antal deltagare (n)	Profession	Anställningslängd (år)	Kön	Ålder
1	5	Sjuksköterskor	6-42	Kvinnor (n=5)	30-62
2	8	Undersköterskor	10-34	Kvinnor (n=8)	41-55
3	7	Sjuksköterskor	3,5-37	Kvinnor (n=7)	35-58
4	4	Sjuksköterskor	7-35	Kvinnor (n=4)	35-60
5	8	Medicinsekreterare	5-36	Kvinnor (n=8)	26-58
6	5	Paramedicinare*	0,5-11	Kvinnor (n=5)	25-52
7	5	Undersköterskor	3-38	Kvinnor (n=4), Män (n=1)	38-59
8	6	Sjuksköterskor	5-31	Kvinnor (n=4), Män (n=2)	28-57
9	8	Undersköterskor	5-38	Kvinnor (n=7), Män (n=1)	29-59
10	7	Sjuksköterskor	1-36	Kvinnor (n=6), Män (n=1)	28-59
11	3	Läkare	3-35	Kvinnor (n=2), Män (n=1)	29-60
12	2	Läkare	3-10	Kvinnor (n=1), Män (n=1)	36-40
<b>Total: 12</b>	<b>Total: 68</b>			<b>Total:</b> Kvinnor (n=61), Män (n=7)	

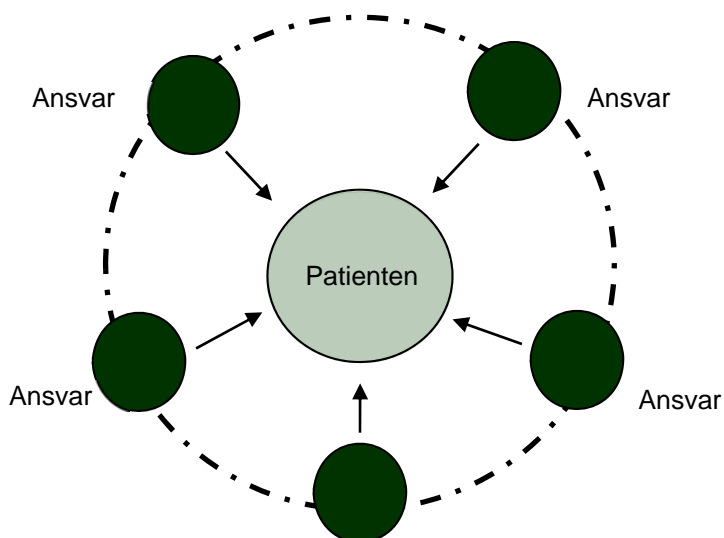
\*Sjukgymnaster och Arbetsterapeuter

Resultatet indikerar att medarbetarna upplevde att medarbetarskap främst förekom på klinisk basis i sjukhusets organisatoriska hierarki och rörde sig om en kollektiv process innefattande samarbete mellan kollegor (figur 4). Den kollektiva processen innebar att medarbetarna, med individuella och professionella ansvar, strävade mot gemensamt mål, dvs. patientvården. En av informanterna illustrerade den kollektiva processen med en hockeymetafor:

*”Samarbete är med den gruppen som man arbetar ihop med, och att den är tydlig och att man ser varje medarbetare. Jag brukar jämföra det med en hockey femma; två backar, två forwards och en center. Att ingen är bra på allt men alla är bra på något. Så utnyttja dens förutsättningar och resurser, så tänker jag.”*

Samarbetet mellan kollegorna och därmed kvaliteten av medarbetarskapet främjades genom att det förekom tillit till kollegornas expertis och erfarenhet samt att det fanns ett förtroendefullt klimat och social gemenskap på

arbetsplatsen. Organisatoriska faktorer som kunde påverka den kollektiva processen var personalomsättning, arbetsbelastning och rotation av personal. Lean processer och Arbetsplatsträffar (APT) kunde främja medarbetarskapet genom att det gav tillfälle för professionerna att samlas, däremot kunde forumen även upplevas som att de ”stal tid från deras arbete”, dvs. det kliniska patientarbetet.



**Figur 4.** Medarbetarskap som en kollektiv process i en sammanfattande modell.

*Ett utvecklat medarbetarskap är betydelsefullt för en hälsofrämjande arbetsplats. För att få mer kunskap om medarbetarnas uppfattning om medarbetarskap och dess hälsofrämjande komponenter, genomfördes 12 fokusgruppsintervjuer med nästan 70 personer indelade i olika professionsgrupper.*

*Ett medarbetarskap formas enligt dessa i samarbetet med kollegorna runt patienten. Ett utvecklat medarbetarskap främjas av tillit till kollegornas expertis och erfarenhet och av att det på arbetsplatsen finns ett förtroendefullt klimat med god social gemenskap.*

*Personalomsättning, arbetsbelastning och rotation av personal kan påverka denna process negativt i vissa fall, medan Lean-arbetet och APT kan stödja ett utvecklat medarbetarskap. I det senare fanns dock en ambivalens, då man även upplevde en frustration över att det stal tid från det kliniska patientarbetet.*

## Samband mellan hälsa, arbetsmiljö, kvalitet och effektivitet

I den ursprungliga projektplanen var det tänkt att man skulle använda subjektiva, självskattade data från medarbetare rörande centrala faktorer som tidigare enskilda studier visat ha samband med effektivitet, kvalitet eller arbetsmiljö och kombinera dessa subjektiva data med objektiva registerdata över effektivitet och kvalitet. Men man ville även använda subjektiva data skattat av patienter, samt inte minst objektiva data rörande effektivitet och kvalitet. Det studerade sjukhuset hade sedan ganska många år tillbaka arbetat med processutvecklingsarbete i linje med Lean och hade redan inledningsvis i projektet aviserat att man ville kunna visa på samband mellan en hälsofrämjande utveckling och kvalitetsutveckling av vårdarbetet. Det visade sig dock vara svårt för Sjukhuset att få fram data i ett sådant format att man skulle kunna göra sambandsanalyser på gruppnivå. Därför redovisas nedan endast beskrivande tabeller baserat på medarbetarenkäten över följande centrala dimensioner:

**Tabell 4.** Samband mellan deltagande i Lean-arbete och upplevelse av kvalitet, effektivitet och arbetsmiljö.

ARBETAR NI ENLIGT PRINCIPEN STÄNDIG FÖRBÄTTRING/LEAN PÅ DIN ENHET?				
HUR NÖJD ÄR DU MED:	Ja och det märks tydligt		Ja, men det märks inte/Nej	
	%	N	%	N
<b>Kvaliteten</b>				
Nöjd	94	684	79	1457
Missnöjd	6	46	21	387
<b>Effektiviteten</b>				
Nöjd	82	599	52	955
Missnöjd	18	131	48	899
<b>Arbetsmiljön</b>				
Nöjd	77	564	59	1082
Missnöjd	23	166	41	762

**Tabell 5.** Samband mellan deltagande i Lean-arbete och upplevelse av ledarskap samt arbetsgruppens stöd för innovation och dess uppgiftsorientering.

ARBETAR NI ENLIGT PRINCIPEN STÄNDIG FÖRBÄTTRING/LEAN PÅ DIN ENHET?							
HUR UPPFATTAR DU:	Ja och det märks tydligt		Ja, men det märks inte/Nej		Total		P-värde
	%	N	%	N	%	N	
<b>Ledarskapet</b>							
Hög kvalitet	43	304	18	315	25	619	0.0005
Varken hög eller låg	51	361	60	1068	57	1429	
Låg kvalitet	6	41	23	404	18	445	
<b>Arbetsgruppens stöd för innovation</b>							
Högt	68	465	33	570	43	1035	0.0005
Varken högt eller lågt	27	186	48	819	42	1005	
Lågt	5	35	19	317	15	352	
<b>Arbetsgruppens uppgiftsorientering</b>							
Hög	48	324	20	336	28	660	0.0005
Varken hög eller låg	47	317	60	999	56	1316	
Låg	4	29	20	341	16	370	

*I den ursprungliga projektplanen ingick att kombinera självskattade uppgifter om hälsa och arbetsmiljö med såväl subjektiva som objektiva data rörande effektivitet och kvalitet, för att visa på samband mellan en hälsofrämjande utveckling och kvalitetsutveckling av vårdarbetet. Det visade sig dock svårt för sjukhuset att få fram data som möjliggjorde sådana sambandsanalyser.*

*Däremot visade självskattad data från medarbetarenkäten att Lean-arbetet verkade stödja de hälsofrämjande processerna både ur ett arbetsmiljö-, effektivitets- och kvalitetsperspektiv. Trots att sjukhuset arbetat med processutveckling i många år så var det enbart 28 procent (en dryg fjärdedel) som menade att man arbetade med detta så det märktes i verksamheten.*

## Diskussion

Det övergripande syftet med denna studie var att studera hur det hälsofrämjande perspektivet kan integreras i organisation och vardagsarbete samt vilka effekter detta kan ge på arbetsmiljö och hälsa, effektivitet och kvalitet. Vad som tycks hindra eller understödja en utveckling är, som ett otal tidigare studier visat, avhängigt av högsta ledningens engagemang. Men samspelet mellan struktur och relation blir också tydligt i både de kvalitativa och de kvantitativa resultaten av studien.

Många av de aktiviteter som planerats i LIVA-projektet har aldrig genomförts, en del på grund av ett pressat ekonomiskt läge, andra på grund av andra brister. Det är svårt att utläsa genom den interna projektslutrapporten varför aktiviteter, såsom att utveckla verksamhetsstöd för hälso- och arbetsmiljöarbetet och att skapa ett system för att fånga upp chefer och medarbetare i riskzonen för utmattning och stressrelaterad ohälsa, inte verkar ha genomförts. En del har gjorts till viss del, kanske omarbetats under processens gång och fått andra uttryck, vissa har inte blivit av alls och andra verkar ha tappats bort längs vägen. Aktiviteter har fördröjts och ibland försvunnit helt på grund av oklarheter i ansvarsfördelningen. Att från början tydliggöra vem som äger frågan hade kunnat vara en fördel i detta projekt. Placeringen av projektet var på HR-avdelningen. Eftersom Sjukhuset aktivt arbetade med processutveckling i linje med Lean och Sex Sigma, så hade det kanske varit en fördel och draghjälp för projektet om det istället placerats på utvecklingsavdelningen. På så vis skulle möjligheterna och ett breddat ägandeskap av integreringsprocessen möjligen varit bättre.

En intressant iakttagelse var dock att Lean-arbetet verkade stödja de hälsofrämjande processerna både ur ett arbetsmiljö-, effektivitets- och kvalitetsperspektiv, men trots att sjukhuset arbetat med processutveckling i många år så var det enbart 28 procent (en dryg fjärdedel) som menade att man arbetade med detta så det märktes i verksamheten. Detta pekar på den svårighet ett sådant arbetssätt har att integreras i en sjukhusverksamhet. Att jobba systematiskt, vare sig det handlar om effektivitet, kvalitet eller arbetsmiljö, är förmodligen en framgångsfaktor för både patienter och medarbetare.

Enligt Sjukhusets lokala projektledare var det problematiskt att man inom projektet hade vitt skilda synsätt på vad hälsa är, där det mer traditionella synsättet om hälsa kopplat till livsstilsfaktorer kolliderade med synsättet att hälsa var något man kunde påverka på en strukturell nivå. Det fanns även olika synsätt rörande om det skulle ses som en personalfråga eller en utvecklingsfråga. De skilda perspektiven bidrog till ytterligare problem vad gäller förankring. Olika synsätt gav också olika förväntningar vilket gjort att vissa förväntat sig stavgång och fruktkorg medan andra mer tänkt på frågan som ett utvecklingsarbete i organisationen. Projektledaren upplevde sig få hantera alla, stora och små, frågor. Att vara ensam som projektledare och driva allt, när det behövdes en organisation som drev, blev betungande.

Den lokala projektledaren uppfattade sig hamna i kläm mellan dessa olika synsätt och förväntningar och sade upp sig i förtid. De två efterträdarna sade också upp sig, vilket tyder på att något i systemet, snarare än enskilda individer, utgjorde hinder för utveckling mot flera av de mål som man satt upp. Forskarnas roll i processen blev inte helt oproblematiske. Då de personer som fick lokalt ansvar inte upplevde sig få stöd internt, sökte och fick de visst stöd från koordinatören i forskargruppen. Detta kan ha bidragit till ytterligare polarisering i synsätt på hälsa men också otydlighet angående vem som var egentlig ägare av utvecklingsprocessen. Projektledaren och dennes efterträdare upplevde att de som satt i beslutsfattande ställning, och särskilt personalchefen som närmast ansvarig i sjukhusledningen, inte tog ansvar för ägandeskapet av frågorna.

Sett till den handlingsplan och de aktiviteter som planerades för utveckling och integrering, så följde upplägget det som tidigare framhållits som viktigt vid hälsofrämjande insatser, dvs. att göra aktiviteter som riktar sig till flera nivåer i organisationen (Dellve et al., 2006). I handlingsplanen ingick förslag till aktiviteter för att höja kunskapen om hälsofrämjande, men en del av dess avslogs tyvärr av ledningen med hänvisning till ekonomin. En aktivitet som verkar ha genomförts i viss utsträckning är arbetet med det material som delats ut för användning vid APT, *Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap*. Efter tre månader hade drygt hälften av enheterna återkopplat till ledningsgruppen och av dessa hade cirka en tredjedel börjat använda sig av materialet. De som inte använde materialet menade bland annat att det kom tidsmässigt olägligt med tanke på den ekonomiska krisen samt att den övriga arbetsbelastningen var för hög och tiden på APT för kort.

Observationerna indikerade även att mycket av tiden på APT upptogs av information från chefen på en del håll. Detta tillsammans med hur de var organiserade skulle kunna ha hindrat implementeringen av det dialogbaserade materialet. De samtalsämnen som observerades påvisade att det hälsofrämjande perspektivet inte kommunicerades särskilt mycket under mötena, vilket var tanken med att hälsofrämjande skulle förkomma som en punkt på dagordningen. Variationen i mötesorganisering och kommunikationsflöde mellan de observerade arbetsplatsträffarna indikerade att det finns utvecklingsmöjligheter för APT i en hälsofrämjande riktning, i synnerhet när det gäller att stimulera två- och flervägs kommunikation i form av dialog. En utbildning till chefer i mötesteknik, som var skrivet i projektplanen, samt stöd och strategier i prioritering av information och hur man kan främja dialog skulle kunna ha möjliggjort att det hälsofrämjande perspektivet hade blivit prioriterat på APT. Detta ligger i linje med tidigare forskning som belyser att chefer själva kanske värdesätter dialog men att det inte alltid omsätts i praktisk handling (Grill, Ahlberg, & Lindgren, 2011) samt att det kan finnas brist på stöd och arenor för chefer att kommunicera problematik uppåt i organisationen (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette, & Ahlberg, 2008).

I denna studie uppfattades ändå arbetsplatsträffarna som en hälsofrämjande arena där medarbetarna har möjlighet till inflytande och delaktighet genom kommunikationsprocessen. Medarbetarskap inom hälso- och sjukvårdsorganisationer kan definieras som en kollektiv process skapad runt patienten. Denna process kan ses som hälsofrämjande i termer av att medarbetarna delar gemensamt mål där samarbete är en central komponent. En viktig faktor för samarbetet är kommunikationen, dels för att skapa måltydighet och dels för att stärka den sociala gemenskapen. En annan viktig faktor för den kollektiva processen är kontinuiteten i personalgruppen vilket kan påverka tilliten mellan medarbetarna. Chefens roll i den kollektiva processen var oidentifierad och behöver utforskas vidare.

Implementeringen av LIVA- projektet genomsyrades av en top-down strategi. Problematiken med att det hälsofrämjande perspektivet inte förankrades på enhetsnivå skulle kunna bero på att medarbetarna inte var delaktiga i alla faser vid implementeringsprocessen (Chu et al., 2000). Dock kan detta vara svårt i en så pass stor och komplex organisation som sjukhus oftast är. Däremot kan det vara av vikt att ta hänsyn till den kollektiva processen som framkom i fokusgruppsintervjuerna med medarbetarna. Detta skulle kunna innebära att det är av betydelse att stödja och utveckla samarbetet mellan medarbetare och deras gemensamma mål att vårda patienten, samt att ta med dessa aspekter på ett tidigt stadium av implementeringsprocessen.

I observationerna av chefer noterades att mycket lite tid användes till kommunikation med egen chef. Det är ett problem Sjukhuset delar med andra sjukhus, men tycks vara en nyckelfråga för att stärka förutsättningarna att utföra ett bra chefsarbete utifrån sjukhusets mål och aktuella problem som uppstår i det dagliga i sjukvårdsarbetet. Chefer vid Sjukhuset tycktes i praktiken även ha lite tid för planerad verksamhetsutveckling. Istället ägnade cheferna mer tid för oplanerade möten vilket i sin tur ger mer behov av ställtid. Bemanningsfrågorna var ett annat område som tog upp mycket av deras tid med tidskrävande system för rapportering och uppföljning av bemannings- och schemafrågor. Medarbetarna förväntade sig att chefen skulle ta hand om och lösa individuella önskemål om schema. Arbetet med bemanningsfrågor kan ge en känsla av kontroll i chefsarbetet, och avgränsning från övriga vardagsarbetet, samtidigt som det kan "låsa in" chefen på sitt rum. Är det nödvändigt att chefen hanterar dessa frågor själv för att behålla medarbetarnas förtroende? Eller kan de hanteras effektivare med mer stöd från en HR-funktion? Dessa frågor behöver diskuteras för att utveckla chefsrollen till en proaktiv och dynamisk chefsroll, närvarande i vårdpraktiken i en hälsofrämjande och föränderlig vårdorganisation.

Avslutningsvis gör vi reflektionen att timing och ledningens engagemang är avgörande faktorer för om ett projekt av denna karaktär blir framgångsrikt eller inte. Men i implementeringsprojekt finns det alltid möjlighet att hänvisa till brist på tid och/eller resurser som hinder för att det inte blir som man tänkt.

## Slutsatser

Framgångsfaktorer för en långsiktig integrering av hälsofrämjande i praktiken som identifierats i denna studie är enligt vår uppfattning:

- Brett ägandeskap för att driva utvecklingsarbetet i organisationens alla delar, inte enbart ansvar förlagt på en enskild projektledare eller avgränsad stabsfunktion
- Hälsofrämjande utveckling bör inte bedrivas i projektför form som lätt tappar styrning, utan måste ske i delaktighet på alla nivåer och i en process som går i takt med och integreras i organisationens övriga centrala utvecklingsprocesser.
- En tydlig och ändamålsenlig struktur främjar samverkan och goda relationer. Kommunikation som inkluderar dialog, inte enbart på enskilda enheter, utan i flöden såväl horisontellt som vertikalt i organisationen, är en grundbult både för att få en fungerande struktur och utveckla och bibehålla goda och välfungerande professionella relationer.
- Att utvärdera effekterna av implementering av ett hälsofrämjande synsätt i organisation och vardagsarbete i en så stor och komplex verksamhet är utmanande och kräver stort engagemang i utveckling av lokalt anpassade såväl kvantitativa som kvalitativa mått och metoder.



## Referenser

- Bass, B., Avolio, B., Jung, D., & Berson, Y. (2003). Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 207-218.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X. F., Gu, X. Q., & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces - international settings development. *Health promotion international*, 15(2), 155-167.
- Dellve, L., Skagert, K., & Eklof, M. (2008). The impact of systematic occupational health and safety management for occupational disorders and long-term work attendance. *Soc Sci Med*, 67(6), 965-970.
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *Eur J Public Health*, 17(5), 471-476.
- Dellve, L., Skagert, K., Vilhelmsson, R., Eriksson, J., & Eklof, M. (2006). Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service. (Workplace health promotion projects in human service organisations). Göteborg: Sahlgrenska hospital and Academy, Dept Occup Environment Med.
- Eklöf, M., Ingelgård, A., & Hagberg, M. (2004). Is participative ergonomics associated with better working environment and health? A study among Swedish white-collar VDU users. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 34(5), 355-366.
- Grill, C., Ahlborg, G., & Lindgren, E. C. (2011). Valuation and handling of dialogue in leadership: a grounded theory study in Swedish hospitals: A grounded theory study in Swedish hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 25(1), 34.
- Gunnarsdottir, S. (2009, 2009-05-26). *Reorganisation of Health care: Work environment aspects*. Paper presented at the Does size matter? Benefits and consequences of centralizing in health care, Nordic School of Public Health (NHV).
- Hansson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I. S., B. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder* (2 ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Hultberg, A.-M., Hadzibajramovic, E., Pettersson, S., & Ahlborg, G., Jr. (2009). Stressrelaterad ohälsa bland anställda inom Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland *ISM-rapport*. Göteborg: Institutet för stressmedicin.
- Hällsten, F., & Tengblad, S. (2006). *Medarbetarskap i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Hälsa och produktivitet. AHA-studien: Slutrapport del 2. (2005).

- Jonsdottir, I., Börjesson, M., & Ahlborg, G. J. (2011). Healthcare workers' participation in a healthylifestyle- promotion project in western Sweden. *BMC Public Health*
- <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/448>, 11:448.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic books.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Crit Care Nurse*, 28(2), 56-63; quiz 64.
- Lindberg, P., Josephson, M., Alfredsson, L., & Vingard, E. (2006). Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL study. *Occup Environ Med*, 63(2), 113-120.
- Lindberg, P., Vingard, E., Josephson, M., & Alfredsson, L. (2006). Retaining the ability to work-associated factors at work. *Eur J Public Health*, 16(5), 470-475.
- Lindgren, Å., T. E., Dellve L (2012). Utformning av ett webbaserat verktyg för stresshantering. (Vol. Rapport nr 137 ): Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. .
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I. L., & Theorell, T. (2005). Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5, 92.
- Pohjonen, T. (2001). Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occup Med (Lond)*, 51(3), 209-217.
- Saksvik, P., Nytrö, K., Dahl-Jørgensen, D., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16(1), 37-57.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). Clinical units with the healthiest work environments. *Crit Care Nurse*, 28(3), 65-77.
- Shain, M., & Kramer, D. M. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med*, 61(7), 643-648, 585.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27-41.
- Skagert, K., Dellve, L., Eklöf, M., Pousette, A., & Ahlborg, G. (2008). Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Applied Ergonomics*, 39(6), 803-811. doi: 10.1016/j.apergo.2007.10.006

- Szücs, S., Hemström, Ö., & Marklund, S. (2003). Organisatoriska faktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches* (Vol. 46). Thousand Oaks: SAGE publications, Inc.
- Tengelin, E., Kihlman A, Eklöf M, Wikström E & Dellve L. (2011). Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress (Vol. Arbete och hälsa 2011:45 ). Göteborg: Arbets- och miljömedicin, <http://hdl.handle.net/2077/26636>.
- Theorell, T. (2006). *I spåren av 90-talet*. Stockholm: Karolinska. University press.
- Tvedt, S., Saksvik, P., & Nytrö, K. (2009). Does change process healthiness reduce the negative effects of organizational change on the psychosocial work environment? *Work & Stress*, 23(1), 80-98.
- Vaananen, A., Kalimo, R., Toppinen-Tanner, S., Mutanen, P., Peiro, J. M., Kivimaki, M., & Vahtera, J. (2004). Role clarity, fairness, and organizational climate as predictors of sickness absence: a prospective study in the private sector. *Scand J Public Health*, 32(6), 426-434.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*, 54(7), 484-493.
- Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., Jeding, K., Oxenstierna, G. & Theorell, T. (2004). Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet*, 363(9416), 1193-1197.
- Wheelan, S. A., Burchill, C. N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care*, 12(6), 527-534.
- World Health Organization, W. (2002). Good Practice in Occupational Health Services - A Contribution to Workplace Health. 2004-09-28, from <http://www.euro.who.int/document/e77650.pdf>