

Uppdatering av ISM-rapport 9

Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser

Vi uppdaterar kontinuerligt denna pdf med aktuella studier som inte finns med i ISM-rapport 9.

Innehållsförteckning

1	Introduktion	3
2	Hälsa och stress	3
2.1	Frisk arbetsplats	3
3	Kunskap om hälsofrämjande arbetsplatser	3
3.1	Nyckelfaktorer för hälsa och ohälsa	3
3.1.1	13 indikatorer för en frisk arbetsplats	3
3.1.2	Hälsa och framtid i kommuner och landsting	4
3.1.3	Organisatorisk och social arbetsmiljö	5
3.1.4	Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom	6
3.1.5	Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång	6
3.2	Individ	7
3.2.1	Arbete, hemarbete och fritid	7
3.2.2	Återhämtning och sömn	8
3.2.3	Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?	8
3.3	Arbetsplats/grupp	9
3.3.1	Rättvis behandling och att hålla vad man lovar	9
3.3.2	Kommunikationens betydelse för organisation, samordning, utvecklingsarbete och arbetsmiljö inom vården	10
3.3.3	Dialog och dialogklimat	10
3.3.4	Dialogue or no dialogue?	11
3.3.5	Balanserad kommunikation	12
3.3.6	Bättre arbetsmiljö ger effektivare vård	13
3.4	Organisation	14
3.4.1	Förändring	14
3.4.2	Att skapa goda utvecklingsprocesser	15
3.4.3	Hur genomför man teamarbete i praktiken?	15
3.4.4	Tydlighet	15
3.4.5	Genusperspektiv på arbetsmiljö och arbetsorganisation	16
3.5	Chefs- och ledarskap	17
3.5.1	Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap	17
3.5.2	Otydlig styrning stressar chefer	18
3.5.3	Chefskapets förutsättningar och konsekvenser (CHEFIOS)	18
3.5.4	Förändringsprocesser och utvärdering av interventioner (CHEFIOS)	19
3.5.5	New public management i kommunal praktik (CHEFIOS)	20
3.5.6	Hierarkier av hälsa	20
3.5.7	Stödresurser för hållbart ledarskap	20
3.5.8	Om ledarskap och de anställdas hälsa	21
3.5.9	Engagerade chefer skapar arbetsglädje och hälsa	22
3.5.10	Att möta media och personfokuserade drev	22
3.5.11	Om ledarskap och de anställdas hälsa	23
3.5.12	Att utveckla medarbetarskap	24
4	Effektiva metoder för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser	25
4.1	Övergripande erfarenheter	25
4.1.1	Byggstenar för ett hälsofrämjande arbete	25
4.1.2	Hälsofrämjande i praktiken HIP	26
4.1.3	Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser	27
4.1.4	Ett utvecklingsarbete för hälsofrämjande arbetsplats	28
4.1.5	Friska verksamheter	29
4.2	Individ	31
4.2.1	Meningsfullhet; Att samtala om värdegrund	31
4.2.2	När man rätt grupper med livsstilssatsningar?	31
4.2.3	Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen	31
4.3	Arbetsplats/grupp	32
4.3.1	Dialogträning på vårdarbetsplatser	32
4.4	Organisation och ledarskap	33
4.4.1	Hälsofrämjande arbetsplatsträffar	33
4.4.2	Stöd för ett hållbart ledarskap	33
4.4.3	Studiematerial med vinjetter om engagemang, stress, tidsanvändning, medarbetarskap och vårdpraktik	34
4.5	Hur vet vi att vi lyckats?	35
4.5.1	Samband mellan psykosocial arbetsmiljö, hälsa och produktivitet	35
4.5.2	Att mäta välbefinnande	36
4.5.3	COPSOQ II	37
5	Referenser	38

1 Introduktion

Vi uppdaterar kontinuerligt med aktuella studier som inte finns med i rapporten. Uppdateringarna finns på hemsidan och/eller i denna pdf. Rapporten följer samma struktur som ISM-rapport 9, så att de kan läsas parallellt.

2 Hälsa och stress

2.1 *Frisk arbetsplats*

I Arbetsmiljöverkets kunskapsammansättning av den goda arbetsmiljön och dess indikatorer (Vingård 2012) gör man en genomgång av begreppet god arbetsmiljö och slår fast att det är något mer än en neutral arbetsmiljö, då det eftersträvar positiva, eftersträvansvärda effekter på individen. Genom att lansera begreppet ”frisk arbetsplats” vill man gå ett steg längre och avser med detta en arbetsmiljö som har gynnsamma effekter på såväl individ som verksamhet. Det ger en signal om att arbetsmiljöfrågor skall ses som en strategisk viktig del i företagets välbefinnande och överlevnad. Man konstaterar samtidigt att det inte är möjligt att fastställa exakt hur och när en arbetsplats kan betraktas som frisk arbetsplats, men pekar i sin kunskapsöversikt på 13 viktiga friskfaktorer.

3 Kunskap om hälsofrämjande arbetsplatser

3.1 *Nyckelfaktorer för hälsa och ohälsa*

3.1.1 13 indikatorer för en frisk arbetsplats

Arbetsmiljöverket beskriver i sin kunskapsöversikt över den goda arbetsmiljön och dess indikatorer 13 viktiga friskfaktorer (Vingård 2012);

- Positiva, tillgängliga och rättvisa ledare
- Utvecklad kommunikation
- Samarbete/teamarbete
- Positivt, socialt klimat
- Medinflytande/delaktighet
- Autonomi/empowerment
- Rolltydlighet med tydliga förväntningar och mål
- Erkännande
- Att utvecklas och växa i arbetet
- Lagom arbetstempo och arbetsbelastning
- Administrativt och/eller personligt stöd i arbetet
- Bra fysisk arbetsmiljö
- Bra relationer till intressenterna

3.1.2 Hälsa och framtid i kommuner och landsting

Studien lyfter fram vad som skiljer sig mellan friska och mindre friska verksamheter inom kommuner och landsting. Slutsatsen är att de förhållande som präglar friska verksamheter går att påverka på organisationsnivå utan att stora resurser tillskjuts (Svartengren 2013).

Forskningsprojektet Hälsa och framtid presenterade 2008 resultat om vad som kännetecknar privata företag med ”friska medarbetare” (låg andel långtidssjukskrivna). De mest framträdande faktorerna var

- genomtänkta och tydliga strukturer för ledarskap
- kompetensförsörjning
- kommunikation och delaktighet
- hälsa och sjukfrånvaro

Nu har man gjort en liknande studie inom kommuner och landsting, som i sin tur består av tre delstudier.

Delstudie 1, Finns det strukturella skillnader i kvalitet och resurser som förklarar, en registerstudie

Via registerdata om sjukfrånvaro, antal anställda, kompetens, personaltäthet mm har man letat efter faktorer som är utmärkande för friska kommuner och landsting, det vill säga där medarbetare har låg långtidssjukfrånvaro (mer än 90 dagar). Antalet sjukdagar per anställd är högre framförallt i kommuner och landsting än i privat verksamhet och bland statligt anställda. När dessa siffror korrigeras för ålder och kön så är det dock främst kommunerna som sticker ut något.

Slutsatsen var att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan friska och mindre friska kommuner och landsting kan inte förklaras av strukturella skillnader utifrån resurser och kvalitetsindikatorer.

Delstudie 2, Vilka är de organisatoriska förutsättningarna i friska kommuner och landsting?

I den andra delstudien har man via intervjuer sökt efter organisatoriska faktorer som har betydelse för friskhet. Skillnaderna mellan olika offentliga verksamheter med lägre respektive högre sjukfrånvaro är mindre än i motsvarande studie mellan privata företag. De fann att kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro kännetecknas av genomtänkta strategier på organisationsnivå, särskilt inom följande områden:

- Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt
- Individuella önskemål om utbildning tillgodoses
- Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras
- Feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik
- Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning
- Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten

Delstudie 3, Sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete

Resultatet visar på skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting inom tre områden.

- Friska verksamheter analyserar och sätter in åtgärder i samarbete med andra aktörer
- Man anpassar arbetet vid nedsatt arbetsförmåga
- Man samarbetar med andra vid fysiska och psykosomatiska besvär

Friska kommuner och landsting präglas sammanfattningsvis av att

- Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap sker
- Personalen uppmuntras att vidareutbilda sig och vid behov byta arbete
- Fler arenor för feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer
- Kanalerna för kritik är mer flexibla
- Chefer är med och prioriterar vid hög arbetsbelastning
- SAM är en integrerad del av verksamheten
- Kunskap om sjukfrånvaro och strukturer för åtgärder
- Större flexibilitet och kreativitet för tillfällig anpassning av arbetsuppgifter vid nedsatt arbetsförmåga
- Företagshälsovården anlitas

3.1.3 Organisatorisk och social arbetsmiljö

I arbetsmiljöverkets nya föreskrift är fokus på hur man kan undvika ohälsa på grund av organisatoriska eller sociala förhållanden på arbetsplatsen (Arbetsmiljöverket 2015).

- Arbetsgivaren har ansvaret för att föreskriften följs
- Krav i arbetet definieras som både fysiska, emotionella och kognitiva krav
- Kränkande särbehandling definieras som en handling mot en eller flera arbetstagare som kan leda till ohälsa eller göra att arbetstagare ställs utanför arbetsgemenskapen
- Ohälsosam arbetsbelastning definieras som när kraven i arbetet mer än tillfälligtvis överskrider resurserna
- Organisatorisk arbetsmiljö definieras som villkor och förutsättningar för arbetet som inkluderar 1) Ledning och styrning, 2) Kommunikation, 3) Delaktighet, handlingsutrymme, 4) Fördelning av arbetsuppgifter, 5) Krav, resurser och ansvar
- Resurser i arbetet definieras som bl.a. arbetsmetoder, återkoppling på utfört arbete, kontroll i arbetet osv.
- Den sociala miljön definieras som samspel, socialt stöd från såväl chefer som arbetskamrater

Det poängteras även vikten av väldefinierade mål för hur man på bästa sätt skall säkerställa att kraven i arbetet är rimliga, att kränkande särbehandling inte förekommer på arbetsplatsen, att arbetsbelastningen är rimlig i förhållande till befintliga resurser, att kraven på delaktighet, god ledning/styrning och ett hälsofrämjande kommunikations klimat tillgodoses samt att organisatoriska förutsättningar i form av tillräckliga resurser (se definition ovan) finns för att på ett hälsofrämjande sätt kunna göra sina arbetsuppgifter. Allt i syfte att främja hälsa men även öka organisationens förmåga att motverka ohälsa.

- Detta arbete skall vara systematiskt och rymmas inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

3.1.4 Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom

I en kunskapssammanställning (SBU 2014) tar man upp samband mellan faktorer i arbetsmiljön och symtom på depression, respektive utmattningssyndrom. I uppdraget ingår att särskilt beakta kvinnors arbetsmiljöer.

Slutsatser

- Personer som upplever en arbetssituation med små möjligheter att påverka, i kombination med alltför höga krav, utvecklar mer depressionssymtom.
- Personer som upplever bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. De som upplever mobbning eller konflikter i sitt arbete utvecklar mer depressionssymtom än andra, men det går inte att avgöra om det finns något motsvarande samband för symtom på utmattningssyndrom.
- Personer som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen utvecklar mer symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. Detta gäller även för dem som upplever osäkerhet i anställningen, t ex en oro för att arbetsplatsen ska läggas ner.
- I vissa arbetsmiljöer har människor mindre besvär. Personer som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och de som upplever att de behandlas rättvist utvecklar mindre symtom på depression och utmattningssyndrom än andra.
- Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad depressionssymtom respektive symtom på utmattningssyndrom.

3.1.5 Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång

Från 1990-talet och fram till idag har det skett omfattande förändringar, vilka studerats utifrån psykosocial arbetsmiljö och psykisk ohälsa (Falkstedt 2011). Även nyare studier bekräftar tidigare kunskap om att arbetslöshet är negativt för hälsan, men att sambandet är dubbelriktat. Den utveckling som skedde i slutet av 1990-talet, när ekonomin åter växte samtidigt som sjukfrånvaron ökade dramatiskt, kan beskrivas som en trendmässig psykosocial belastningsökning, även om det kan finnas andra

förklaringar. Man kan i vart fall konstatera att krav, kontroll och socialt stöd i arbetet, tycktes öka sin betydelse för långtidssjukskrivning, allra mest bland kvinnor.

Det finns ett visst stöd för att personalneddragningar leder till försämrad hälsa bland de anställda. Personalneddragningar är exempelvis förknippade med otrygghet i anställningarna, vilket har en negativ påverkan på engagemang och tillfredsställelse i arbetet liksom på psykisk ohälsa bland de anställda. När man särskilt undersökt konsekvenserna av personalneddragning för attityder och beteenden relaterade till den psykosociala arbetsituationen, märker man ett minskat engagemang i förhållande till organisationen och minskad tillfredsställelse med jobbet, åtminstone kortsiktigt. Arbetsmiljön tenderade att försämrats efter personalneddragningar i termer av minskad frihet och utmaning i arbetet, minskat stöd från överordnande och arbetsgrupper samt minskade resurser i arbetet. Man konstaterar även att kreativitet och prestationer tenderade att försämrats i samband med personalneddragningar.

3.2 Individ

3.2.1 Arbete, hemarbete och fritid

Kvinnor lägger allt mindre tid på hemarbete och män allt mer (SCB 2011). Den totala tiden som läggs på förvärvsarbete och hemarbete är nu lika stor för män och kvinnor. I ett längre perspektiv kan man se att kvinnorna minskat sin tid för hemarbete med mer än en timme per dag mellan 1990 och 2010, medan männen lägger ner ungefär lika mycket tid på hemarbete som för 20 år sedan. Tiden för social samvaro har minskat för både män och kvinnor.

Enligt KART-studien (Hultberg 2011) var männen mer nöjda med balansen mellan olika vardagsaktiviteter jämfört med kvinnorna. Minst nöjda var män och kvinnor under 34 år. Männen upplevde också i större utsträckning balans mellan egna aktiviteter och det man gör för någon annans skull. De män och kvinnor som hade barn som bodde hemma, eller hade ansvar för omvårdnaden av vuxen anhörig, var mindre nöjda med balansen i detta avseende.

3.2.2 Återhämtning och sömn

En pressad arbetssituation gör att många tjänstemän inom kommuner och landsting har svårt att sova (Fromm 2011). Rapporten baserar sig på SCBs Arbetsmiljöundersökning 2009 samt undersökningen om arbetsrelaterade besvär 2010 och täcker in personer 20-64 år som är medlemmar i TCO. Högutbildade kvinnor utmärker sig genom en arbetssituation med höga krav och lite möjlighet att påverka och har oftare sömnproblem och svårighet att koppla av tankar på arbetet. Lärare och personal inom sjukvården arbetar ofta övertid, samtidigt som de har mycket schemalagd arbetstid. Tidigare har forskning visat att höga krav i kombination med lågt inflytande över arbetstiden ökar risken för negativ inverkan på den psykosociala hälsan.

3.2.3 Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?

Att inte kunna påverka arbetstiden, kort framförhållning och att få för kort dygnsvila är de största problemen, enligt en ny studie från Stressforskningsinstitutet (Åkerstedt 2012). De arbetstidsvarianter som störde sömnen mest och gav flest hälsoproblem var nattarbete och kort vilotid. Trots EU-direktivet på minst 11 timmars dygnsvila förekommer exempelvis inom vård- och transportsektorn kollektivavtal som medger undantag, för att åstadkomma komprimerade arbetsveckor med mer sammanhängande fritid. Den korta sömntid som står till buds vid dygnsvila under 11 timmar kommer att ge en kraftig ökning av sömnigheten nästa dag, vilket ökar risken för uppmärksamhetsmissar avsevärt. Kompensation senare i veckan kan förstås inte motverka dessa problem.

När nattarbete kombinerades med andra faktorer, som till exempel kort dygnsvila (mindre än 11 timmar), långa pass, många pass i rad, morgonskift och övertid såg man starka kopplingar till hälsa, störd sömn, trötthet och olycksrisk. Det var vanligare att kvinnor upplevde problem med olika schemafaktorerna, vilket kan ha att göra med att kvinnor oftare tar ett större ansvar för familjens sociala situation. De sociala faktorerna tycks vara viktigare problem för individen än hälsofaktorer.

Förmodligen beror detta på att arbetstiden sätter gränser för den sociala situationen direkt, medan eventuella hälsoeffekter kommer först på sikt. Ett högt medarbetarinflytande över arbetstiden kan vara en bra strategi för att förbättra passformen mellan skiftschemat och individers sociala och biologiska behov. Så kallade tvättstugescheman eller önskescheman, som är vanliga i vårdsektorn, anses i teorin ge högt medarbetarinflytande över arbetstiden. I praktiken är det dock nödvändigt med ”måsteskit” även med ett sådant upplägg. En annan nackdel är att många skiftarbetare upplever otillräcklig framförhållning när det gäller ledighet. Även om man arbetar på fast schema bör man kunna påverka sina arbetstider. Det handlar då främst om delaktighet i arbetet med att planera och konstruera skiftscheman, men också att kunna byta med kollegor eller att ha möjlighet att ta ledigt vid viktiga sociala åtaganden.

Studien visar också på behovet av lediga dagar för återhämtning. Ibland behövs två dagar ledigt för komplett återhämtning, oavsett om det är störd sömn, trötthet eller

sociala besvär som är problemet. Människor reagerar olika på olika typer av arbetstidsaspekter beroende på ålder, kön, familjestatus, sociala intressen, biologiska förutsättningar och mycket annat. Författarna till rapporten menar ändå att man identifierat de faktorer som utgör problem för de allra flesta.

De bästa råden vid schemaläggning:

- Undvik kort framförhållning, kort dygnsvila och delade skift
- Även många skift i rad, periodplanering, långa skift och varierande starttider bör undvikas så gott det går.
- Inflytande på arbetstiden och möjligheten att själv välja tider kan ha en avgörande effekt på människors förmåga att hantera "icke dagtid".
- Lediga dagar bör användas systematiskt för att befordra återhämtning

3.3 Arbetsplats/grupp

3.3.1 Rättvis behandling och att hålla vad man lovar

Psykologiska kontrakt är löften och åtagande som anställd och arbetsgivare upplever att de kommit överens om, men som inte skrivits in i ett kontrakt. För medarbetaren kan det handla om att utöver lön också få en trevlig arbetsmiljö, intressanta arbetsuppgifter, kompetensutveckling och karriärmöjligheter medan arbetsgivarens förväntningar kan handla om att medarbetaren skall jobba hårt och bjuda till lite extra när det behövs.

Ofta har medarbetare och arbetsgivare olika uppfattningar om sina åtagande gentemot varandra. Trots detta upplever de ofta att de är överens och det påverkade heller inte välbefinnandet (Aronsson 2012). Viktigast ur medarbetarnas perspektiv var istället känslan av rättvis behandling, och att arbetsgivaren höll överenskommelser. Medarbetarna upplever också att det psykologiska kontraktet ger dem större rättigheter på arbetsplatsen, ju längre de har varit där. Något som arbetsgivarna inte var överens om. Det bäddar för konflikter om trotjänarna upplever att löneökningar, utbildningar och andra typer av belöningar går dem förbi. Vill man ha en bra relation mellan chef och medarbetare är det klokt att vara tydlig med de delar i det psykologiska kontraktet som man tycker är viktiga. Det gäller både när man anställer någon och fortlöpande under anställningen. Men också att man som chef är medveten om hur viktigt det är att vara rättvis och hålla löften.

3.3.2 Kommunikationens betydelse för organisation, samordning, utvecklingsarbete och arbetsmiljö inom vården

En stor del av arbetet inom vårdsektorn kan inte standardiseras och detaljplaneras, utan är beroende av att personer med olika yrken, erfarenheter, inflytande och skicklighet kan samordna sina insatser (Eklöf 2011). Förmågan att kommunicera är av central betydelse för samordning, kvalitet, effektivitet och en god psykosocial arbetsmiljö.

Fungerande kommunikation är medel för att göra verkligheten meningsfull, förståelig och hanterbar. Det är även en förutsättning för ett välfungerande socialt stöd och för att kunna utforma arbetsroller utifrån individens förutsättningar. En ömsesidig tydlighet i kommunikationen på en arbetsplats har även betydelse för individens kontrollmöjligheter och inflytande i arbetet, vilket i sin tur påverkar motivationen. Genom fungerande kommunikation kan även psykosociala arbetsmiljöproblem upptäckas tidigt. Det lokala utvecklingsarbetet i vården bygger i huvudsak på erfarenhetsbaserat lärande i arbetsgrupper, vilket i sin tur förutsätter god förmåga att kommunicera. Detta arbete behöver underhållas och återskapas. Inte minst eftersom tidsbrist, stresspåverkan och tröghet hos etablerade mönster kan fungera som motkrafter.

3.3.3 Dialog och dialogklimat

Dialog har använts för att definiera välfungerande och utvecklingsinriktad kommunikation. Dialog anses inbegripa (Eklöf 2011)

- att uttrycka genuina uppfattningar, erfarenheter och känslor
- att vänta in, lyssna på och respektera andra perspektiv än det egna
- att vara beredd att låta sig påverkas

Utifrån den definitionen kan dialogklimatet på en arbetsplats beskrivas utifrån individens uppfattningar av i vilken utsträckning att lyssna på varandra, respektera varandra, uttrycka sina tankar och uppfattningar stöds och belönas på arbetsplatsen. Dialogträning enligt en metodik som närmare beskrivs i kapitel 4 visade sig ha en positiv effekt på dialogklimat, trygghet i deltagande, feedback och inflytande. Någon effekt på socialt stöd kunde inte konstateras (Eklöf 2011). Man förväntade sig att effekterna skulle vara tydligast efter tre månader, men resultatet pekade på att effekten snarare ökade fram till uppföljningen vid sex månader. Slutsatsen var att dialogträning enligt den beskrivna metodiken var effektiv som medel att påverka kommunikationen bland deltagarna i dialogisk riktning och öka deras inflytande i arbetet.

3.3.4 Dialogue or no dialouge?

I fyra studier studeras denna metod för dialogträning, med syfte att utforska förutsättningar för, och hantering av dialog på arbetsplatsen, samt att beskriva och öka kunskapen om hur det kan förbättras inom sjukvården (Grill 2014)

Bakgrund

Ökad kunskap behövs om hur kommunikation, ledarskap och medarbetarskap inom arbetsorganisationer byggs upp och används, samt hur kommunikation bygger upp själva organisationen. Arbetsplatsdialog är grunden till en hälsosam och hälsofrämjande arbetsmiljö.

Dialog som en del av en mellanmännisklig verbal kommunikation, är ofta definierat som ömsesidig och förståelseinriktad kommunikation, med ingredienser som att lyssna, tala uppriktigt, och att invänta och reflektera över andras åsikter. Denna avhandling ämnade att utforska dialogens förutsättningar genom en intervention involverande både mellanchefer och medarbetare i sjukvården.

Metoder

Studie I bygger på intervjuer med 11 första linjens chefer på två sjukhus i västra Sverige, och med fyra av ledarna så gjordes även observationer.

Studie II, III och IV hämtar data från fokusgruppsintervjuer och dokument med de tre dialogtränarna, och intervjuer med 26 strategiskt utvalda sjuksköterskor och undersköterskor i studie III. Studie IV analyserade även intervjuer och dokument, från åtta mellanchefer som deltog i samma dialogintervention, genomförd av de tre dialogtränarna.

Resultat

Dialogtränarnas reflektioner om vilka element i dialogträningen som bidrog till kommunikativ förändring var:

- Användning av konkreta exempel,
- Nyttjande av pedagogiska initiativ
- Att ha professionella kompetenser, som fick anställda att öva och chefer att vara aktiva i dialogiska metoder.

Dialog-lärande processer och dialog-främjande kompetenser och medarbetarnas uppfattning om arbetsplatsdialog visades under och efter dialogträningdagarna. Dessa bestod av: risktagande, för att komma över motstånd mot och rädsla för dialog, att uttrycka öppet sina tankar och känslor angående konkreta problem och tabuämnen, att lyssna och reflektera över sitt eget och andras perspektiv och problematisera normer och värderingar. Andra teman var: att ge röst åt åsikter, även angående ens egna begränsningar; be om stöd och manöverutrymme; och hålla tillbaka negativa känslor och kommentarer till förmån för allas välbefinnande.

Cheferna värderade dialog positivt och under träningen förstod de kommunikationsförutsättningarna, genom att observera interaktionen mellan

medarbetarna och egen tyst interaktion med medarbetarna och tränarna, genom att upptäcka kommunikativa handlingar för sitt ledarskap, ökade deras självkänedom och igenkännande av relationella ledarskapsmodeller hos tränarna - som att handla demokratiskt och pedagogiskt - och omvandlande deras egna nya teorier till praktik, när de övade dialogfrämjande samtalsbeteende med sina medarbetare, medchefer och överordnade chefer.

Slutsatser

Cheferna höll på att bli medvetna om och upptäcka karaktären av och förutsättningarna för arbetsdialog, och medarbetarna insåg balanserandet, genom att uppleva lärprocesser och dialogkompetens, vilket tillsammans skapade mer plats för förbättring i arbetsdialog.

3.3.5 Balanserad kommunikation

LHC-modellen

En forskargrupp i USA har visat att högpresterande team i företag kännetecknades av det man kan kalla en balanserad kommunikation. I LHC-modellen (efter Losada & Heaphy) ingår en balans mellan fyra perspektiv

- **Förespråka**, dvs att bidra med kunskap, fakta och erfarenheter, att argumentera och försvara
- **Utforska**, dvs att vara nyfiken, ställa öppna frågor och uppmuntra lyssnande
- **Själv**, att resonera inifrån organisationen och uttrycka egna behov, målsättningar och begränsningar
- **Andra**, att inkludera utomstående perspektiv i diskussionen, t.ex kunder, andra enheter, framtida brukare

Dessutom förutsätter en balanserad kommunikation enligt denna modell ett klimat där positiv kommunikation dominerar, dvs att stödja, uppmuntra, visa intresse och respekt snarare än att underkänna, avvisa, komma med sarkasmer och insinuationer. I USA-studien var fokus på prestation och effektivitet. Nu ville man i en svensk kontext även undersöka eventuella effekter av förbättrad kommunikation på medarbetarnas hälsa och psykosociala friskfaktorer (Södergren 2012).

Kommunikation och psykosociala friskfaktorer

Något samband mellan förbättrad kommunikation enligt modellen och självskattad hälsa gick inte att säkerställa, men eftersom mättningsperioden var mindre än ett år så var detta ett förväntat resultat. Däremot såg man flera signifikanta samband mellan förbättringar i kommunikationsmönstret och psykosociala friskfaktorer i arbetslivet, som välbefinnande, stämning/socialt stöd, rolltydlighet, engagemang och lärande.

Sammanhanget har betydelse

Man har även analyserat betydelsen av sammanhangsfaktorer som ledarskap, medarbetarskap och struktur i mötet. Ledarskap spelar stor roll för kommunikationsklimatet. Både ett aktivt och ett mer passivt ledarbeteende kan främja ett bra kommunikationsklimat, fast på olika sätt. Också medarbetarnas samspel och delaktighet med varandra, inte bara med ledaren är viktigt för ett bra kommunikationsmönster.

Men även mötets struktur är viktig. En tydlig struktur kan bidra till att skapa den frihet i kommunikations-mönstret som LHC-modellen vill främja. Faktorer som bidrar till ett bra kommunikationsklimat är också att arbeta med mötets form, till exempel i form av case-diskussioner i stället för traditionella agendor, inlagda smågruppsdiskussioner, fokus på framtid och handling, och utforskande av positiva faktorer i arbetet. Också rummets utformning och gruppens storlek spelar roll.

Man konstaterar även att grupper växlar i kommunikationsmönster över tiden, beroende på dels samtals innehåll karaktär, dels på andra bakgrundsförhållanden. En slutsats är att man inte bör diagnosticera grupper en gång för alla, utan använda LHC-modellen som en träningsmodell och ett utvecklingsverktyg.

Verktyg

Man har tagit fram olika verktyg såsom en enkät som kan användas av organisationer som vill undersöka gruppernas kommunikationsmönster utifrån LHC-modellens dimensioner. En repertoar av träningsmetoder har skapats som kan användas som inspiration för att träna kommunikation utifrån LHC-modellen, samt råd och tips kring vad man behöver tänka på. En fördjupad beskrivning av LHC-modellens dimensioner har också tagits fram.

3.3.6 Bättre arbetsmiljö ger effektivare vård

En av slutsatserna som finns att läsa i den populärvetenskapliga rapporten om Säkerhetskultur i vård och omsorg (Törner 2014), är att ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för patienter går hand i hand med ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för personal. För att ett bra säkerhetsklimat ska växa fram i en arbetsenhet inom vård och omsorg är det viktigt att man känner tillit till sin chef, att arbetet ger god tillgång till psykosociala arbetsresurser, att arbetskraven är hanterbara och att gruppsammanhållningen är god.

"Vi ser över våra rutiner". Det räcker inte!

Ett bra säkerhetsklimat bidrar framför allt till att medarbetarna följer säkerhetsregler och föreskrivna procedurer. Men hög säkerhet är inte bara beroende av att alla nogsamt följer reglerna. Det är också viktigt att alla gör sitt bästa för att uppmärksamma nya säkerhetsproblem och tar initiativ för att undanröja säkerhetsproblem som inte regleras i instruktioner och regler. För sådant delaktigt säkerhetsbeteende visade sig god tillgång till psykosociala arbetsresurser vara viktigt, liksom att sammanhållningen i arbetsgruppen är god. Så länge dessa två förutsättningar är uppfyllda var delaktigt säkerhetsbeteende vanligt även när arbetskraven var höga.

Ett överslimmat system = ett sårbart system

Eftersom både efterfrågan på vård och personaltillgång varierar kortsiktigt, krävs en buffert i kapaciteten så att detta kan hanteras utan att belastningen på befintlig personal blir för hög. Det innebär att en viss överkapacitet i tillgång till resurser är nödvändig inte bara för att klara säkerhet för både patienter och personal, utan också för att verksamheten ska bli effektiv och för att personalen ska känna arbetstillfredsställelse.

"Ett huvud är inte ett huvud"

Det är viktigt att förstå att tillfällig personal som inte känner till arbetsplatsens specifika förhållanden inte på ett helt effektivt sätt kan fylla tomrummet efter ordinarie personal som känner till förhållandena på arbetsplatsen och som är inarbetad i arbetsgruppen.

Faktorer som gynnar säkerheten på jobbet

- Arbetskrav som går att hantera (Törner 2013)
- Goda resurser
- Stabil och väl fungerande arbetsgrupp
- Stöttande och problemlösande chef
- God relation till patienterna
- Möjlighet att lära av och med varandra
- Väl utformade lokaler
- Bra utrustning
- Fungerande datorsystem

3.4 Organisation

3.4.1 Förändring

I KART-studien, som följer medarbetare inom Västra Götalandsregionen från 2004 till 2010 har man ställt frågan ”om det skett någon för dig viktig förändring” på den egna arbetsplatsen under det senaste året (Hultberg 2011). Man frågar även efter om man upplevt det som en förbättring eller en försämring och vilka de största förändringarna är. Att uppleva förändring som försämring visade sig vara en riskfaktor för att rapportera stressrelaterad utmattning två år senare.

Mellan 2008 och 2010 märktes en kraftig ökning av andelen som menade att det skett en förändring. Extra märkbart var det inom primärvården, men även övrig hälso- och sjukvård. Andelen som värderade dessa förändringar som en försämring har ökat sedan 2004, men ökningen var markant i senaste tvåårsuppföljningen. De vanligaste orsakerna bland dem som skattat förändringen som en försämring var personalminskning, ändrad/ny organisation och ökad arbetsmängd. De vanligaste positiva förändringarna var ny chef, ändrade eller nya arbetsuppgifter, ändrad/ny lokal och personalökning.

3.4.2 Att skapa goda utvecklingsprocesser

Ett gott kommunikationsklimat gör att man uppfattar förändringar mer positivt (Hultberg 2010). Det finns också ett tydligt samband mellan inflytande och upplevd effektivitet och kvalitet. Ju större inflytande/påverkansmöjligheter medarbetarna upplever desto mer nöjda är de med effektiviteten. (Hultberg 2011). De upplevde också i större utsträckning att deras kompetens togs tillvara och att de själva bidrog tillförbättringar. Om man uppfattade organisationsstrukturen som tydlig, var man mera nöjd med effektiviteten och kvaliteten på den egna arbetsplatsen. Sammantaget visar dessa resultat en relativt entydig bild som indikerar vinster av ökade satsningar på förbättrad kommunikation, tydligare struktur och ökad delaktighet i de utvecklingsprocesser som syftar till verksamhetsförbättringar.

3.4.3 Hur genomför man teamarbete i praktiken?

Att arbeta i team har många positiva effekter, men ibland är det svårt att genomföra i praktiken. När man i ett område inom dansk äldreomsorg skulle införa teamarbete, gjordes en longitudinell studie, där man över tid studerade vilka faktorer som medverkade till att teorierna om teamarbete också fick genomslag i praktiken (Nielsen 2012).

Man studerade arbetsförhållande och välbefinnande innan insatsen och ville se hur dessa kunde leda till olika nivåer av delaktighet i förändringsprocessen samt hur medarbetarna ett och ett halvt år efter genomförandet av teamarbete rapporterade att det hade fått genomslag i praktiken. De anställdas delaktighet i förändringsprocessen är avgörande för hur man upplever förändringen, vilket i sin tur är avgörande för förändringens resultat.

Det är den viktigaste slutsatsen i studien. Om medarbetarna innan förändringen upplevde en hög självständighet och arbetstillfredsställelse var det mer troligt att man deltog aktivt i planering och genomförande av förändringen. Medarbetarnas upplevelse av välbefinnande och socialt stöd, hade en direkt koppling till de olika nivåer av delaktighet som man noterade. Dessutom ledde hög delaktighet och förändring i rutiner och arbetssätt mot ökat teamarbete till större självständighet, bättre socialt stöd och högre arbetstillfredsställelse efter det att förändringen mot teamarbete genomförts i praktiken.

3.4.4 Tydlighet

Tydlighet viktigare än organisering

Organisationer med tydliga mål och förväntningar kan skapa gynnsammare förutsättningar för arbetet, stödja anställdas handlingsutrymme, det sociala kapitalet och förmågan att hantera arbetslivet, och därmed främja hälsa. Detta är en av de viktigaste slutsatserna i en avhandling (Reineholm 2013) som handlar om vad som krävs för att man skall må bra på jobbet. Hon har särskilt studerat hur organisationer av typen Lean påverkar hälsan på jobbet jämfört med mer traditionella organisationsformer. Men hon fann att formen av organisation inte spelar så stor roll. Det avgörande är just tydligheten.

Tydlighet som medger handlingsutrymme

Flera av hennes resultat bekräftar tidigare forskning, som exempelvis att den som själv kan styra över sitt arbete mår bättre. Men hon konstaterar samtidigt att ett självständigt arbete bara är bra under förutsättning att du vet vad du ska göra och vilka förväntningar du har på dig. Om detta är otydligt har du ingen glädje av en hög egen kontroll av arbetet, är hennes slutsats. Kontroll, variation, autonomi och tydlighet som medger handlingsutrymme är avgörande faktorer för en positiv hälsa. Men även socialt stöd, socialt kapital. Hon konstaterar även att en väl fungerande arbetsgrupp befrämjar hälsan hos de anställda

Insatser på arbetsplatsen

Hälsofrämjande har en holistisk ansats och tar hänsyn till arbetsmiljö, individ och samspelet dem emellan. Men, de flesta hälsofrämjande interventionerna på arbetsplatser är oftast riktade mot anställdas hälsobeteenden snarare än mot förbättrade organisations- och arbetsvillkor. För att skapa en god arbetsmiljö är det nödvändigt att identifiera villkor i arbetet som främjar olika aspekter av hälsa. Dessa villkor behöver hanteras både på organisatorisk, arbetsplats- och individnivå, eftersom hälsa skapas i samspelet mellan den anställde och förutsättningarna för arbetet, är en viktig slutsats utifrån denna forskning.

3.4.5 Genusperspektiv på arbetsmiljö och arbetsorganisation

I en rapport utgiven av arbetsmiljöverket (Arbetsmiljöverket 2013) påpekar författarna att forskning om arbetshälsa utifrån genusvetenskapliga perspektiv är begränsad men att det finns tendens till att ju mer könsintegrerad en arbetsplats är, ju bättre är hälsan hos medarbetarna. Författarna beskriver också att vi i Sverige idag har den mest könssegregerade arbetsmarknaden i Europa. Orsakerna till denna segregering sägs vara bland annat utbildning, anställningsgrad, föreställningar och förväntningar på hur män respektive kvinnor ska vara samt organisatoriska praktiker. Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag att genomföra satsningar för att förebygga att kvinnor slås ut från arbetslivet på grund av arbetsmiljörelaterade problem. Detta uppdrag ska omfatta kunskapsinhämtning, information, utbildning av inspektörer och en nationell tillsynsaktivitet. Författarna menar på att problematiken ligger i att arbetslivets strukturer är utformade efter den genomsnittliga mannens sätt att leva.

Underlag till förändring

I rapporten ges en rad förslag till handling i form av frågeställningar som kan vara användbara för att få en bild över hur jämställdheten på arbetsplatsen ser ut. Detta kan sedan användas som underlag för att utföra förbättringar av arbetsmiljö och jämställdhet. Några exempel är:

- Hur ser könsfördelningen ut när det gäller kompetenshöjande aktiviteter? Har kvinnor och män lika möjligheter att delta i ett lärande?
- Vilka yrkesroller och anställningsformer har kvinnor respektive män?
- Vilka organisatoriska nivåer befinner sig kvinnor respektive män på och hur ser könsfördelningen ut när det gäller vilka som får ta formella beslut?

- Hur ser könsfördelningen ut när det gäller olika yrkesgruppers grad av krav i arbetet, egenkontroll samt socialt stöd?
- Finns det löneskillnader? Hur ser de ut?
- Värderas arbetsuppgifter inom samma yrkeskategorier olika för kvinnor och män?

3.5 Chefs- och ledarskap

3.5.1 Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap

Organisatorisk hälsa innebär att hälsoproblem hos anställda och chefer ses i relation till de värdekonflikter som är kopplade till rådande styrningsideal. Ett hälsofrämjande och hållbart ledarskap inom hälso- och sjukvården kräver ett värdebaserat ledarskap som öppet hanterar de värdekonflikter som finns i vården (Orvik. A 2013).

Vad menas med organisatorisk hälsa?

Begreppet kan definieras som en organisations förmåga att hantera spänningar mellan olika konkurrerande värden på ett sätt som gynnar både patienter och anställda, och därmed organisationen som helhet. Utgångspunkten är spänningarna mellan professionella krav på vårdkvalitet och företagsekonomiska krav på produktivitet och effektivitet. Därmed kan man beskriva organisatorisk hälsa som ett uttryck för en arbetsorganisations förmåga att ta optimal hänsyn till både effektivitet och arbetstillfredsställelse.

Att slitas mellan värden

Att slitas mellan dessa olika värden innebär ett hot mot vårdanställdas och chefers integritet, utifrån en rad aspekter;

- Att kunna arbeta enligt personliga värderingar
- Att kunna utföra arbete utifrån egen övertygelse om god vårdkvalitet
- Att organisationsförändringar genomförs på ett sätt som både tar hänsyn till ökad effektivitet och god vårdkvalitet
- Att kunna genomföra sitt arbete under rimliga arbetsvillkor
- Ledarskap som främjar organisatorisk hälsa

Hälsofrämjande ledarskap är ett ledarskap som lyckas skapa en hälsosam kultur på arbetsplatsen vilken innefattar värderingar som inspirerar och motiverar de anställda att delta i utvecklingen mot en hälsofrämjande arbetsplats. Det kan handla om att visa omtanke mot sina medarbetare, att göra det möjligt för dem att ha kontroll över sin arbetssituation, eller att inspirera medarbetarna till att se värden och meningen med arbetet. Inom hälso- och sjukvården inkluderar ett hälsofrämjande ledarskap även förmågan att kunna hantera den typ av värdekonflikter som beskrivits i denna artikel.

Att syna värdekonflikter

En tillämpning av begreppet organisatorisk hälsa inom sjukvården skulle kunna hjälpa chefer inom sjukvård att syna de värdekonflikter som finns och kunna bidra till reflektion kring hur dessa värdekonflikter skulle kunna hanteras.

3.5.2 Otydlig styrning stressar chefer

Mellanchefer i kommuner stressas av styrsystem som överlappar varandra. Ofta upplevs uppgifterna som orimliga eller onödiga. Politiker och chefer i högre positioner har en del att uträtta om de vill underlätta för chefer längre ner i hierarkin att göra ett gott arbete. Det är ett komplext styrningslandskap som kommunala chefer på operativ nivå måste handskas med. Många vill vara med och utöva inflytande över verksamheten. Inte sällan lämnas chefen ensam med att prioritera bland otydliga och ibland motstridiga mål (Björk 2013).

Avhandlingen visar bland annat att chefer som arbetar i organisationer med otydlig styrning måste handskas med arbetsuppgifter som upplevs som orimliga och onödiga, och att de gör det i högre grad än kollegor i organisationer med tydlig styrning,. Den typen av illegitima arbetsuppgifter kan i sin tur leda till stress och missnöje med den egna insatsen. Avhandlingen visar också att chefer inom traditionellt kvinnodominerade områden, som vård/omsorg och förskoleverksamhet, bedömer de organisatoriska förutsättningar som sämre än vad chefer gör inom mer ”manliga” områden, exempelvis gymnasieskola och teknisk verksamhet. Materialet till avhandlingens är insamlat inom ramen för projektet CHEFiOS och består i både intervjuer och enkäter med kommunala chefer.

3.5.3 Chefskapets förutsättningar och konsekvenser (CHEFiOS)

I denna slutrapport sammanfattas Chefios-projektet, med syfte att skapa bättre förutsättningar för ett hållbart ledarskap (Härenstam 2014). Chefios var ett omfattande projekt med ett femtontal forskare från olika discipliner och sex lokala projektledare från kommunerna aktivt involverade under flera år. Projektet startade i november 2008 och avslutades i juni 2014, drygt ett år efter den planerade sluttiden. Det övergripande syftet med Chefios-projektet var att utveckla kunskap om sambanden mellan organisatoriska förutsättningar för chefskap och verksamhetens arbetsmiljö, hälsa och prestationer i kommunala förvaltningar. Resultaten av projektet var tänkta att kunna omsättas i verksamhetsutveckling och utbildningar för chefer i offentlig förvaltning.

Hur har cheferna det?

Analyserna visade på stora skillnader i arbetssituationer för cheferna i studien. Arbetssituationen i form av chefsspecifika krav och resurser har mycket höga samband med hur chefer mår och presterar. Generellt sätt har chefer i kvinnligt genusmärkta verksamheter sämre arbetssituationer än chefer i manligt genusmärkta.

Vad gör chefer?

Preliminära resultat visar att de krav som cheferna har att leva upp till formuleras på olika nivåer innanför och utanför organisationen. Flera av de faktorer som är tänkt att fungera som resurser såsom t ex stöd ifrån medarbetare, staber och tekniska hjälpmedel brister så pass mycket att de istället tenderar att utgöra ytterligare krav i chefernas arbete.

Hur ser organisationen ut?

De kvinnligt genusmärkta omsorgssektorerna och förskola/grundskola föll systematiskt sämre ut i relation till de genusintegrerade gymnasieverksamheterna och de manligt genusmärkta tekniska verksamheterna. Dessa resultat tyder på att chefer verkligen har olika förutsättningar beroende på i vilken verksamhet de befinner sig. Chefer i kvinnligt genusmärkta verksamheter har exempelvis fler underställda, sämre tillgång till administrativt stöd och rådgivning, upplever fler logikkonflikter, och mer resurs- och styrningsbrist i förhållande till chefer inom gymnasieskola och teknisk service.

Första- och andra linjens chefer hade i medeltal 27 underställda (kontrollspann), men det fanns stora variationer. Resultaten indikerar att de generellt sett större kontrollspannen i de människovårdande verksamheterna kan vara en viktig del i förklaringen till varför cheferna som jobbar i dessa verksamheter ofta upplever en obalans mellan krav och resurser i arbetet.

Hur fungerar verksamheten?

Resultaten från analyser av enkätsvar visar på samband mellan chefernas arbetssituation och deras självskattade prestationer eller bedömning av hur väl verksamheten fungerar. De chefer som ingick i mer gynnsamma kluster rapporterade också att deras verksamheter fungerar bättre och lättare nådde uppsatta brukarmål.

Övergripande reflektioner

CHEFiOS-projektet har syftat till att stödja förändringar som leder till välfungerande organisationer där chefer och medarbetare gör ”rätt saker” med rimliga arbetsinsatser. Forskarna menar att det är viktigt att bygga ledningssystem och organisatoriska strukturer som utgår från de verksamhetsspecifika förutsättningarna och som i första hand svarar mot kärnverksamhetens behov av stödjande organisatoriska strukturer. På så sätt kan organisationer i offentlig sektor bli attraktiva som arbetsgivare.

3.5.4 Förändringsprocesser och utvärdering av interventioner (CHEFiOS)

CHEFiOS-interventionen riktades till chefer i sex organisationer. I den andra slutrapporten konstaterar man att interventionen kan vara förknippad med effekter för organisation och individ (Härenstam 2014). Karaktären på dessa effekter kan vara såväl gynnsamma som ogynnsamma. Men man kan inte med säkerhet säga om de observerade effekterna är orsakade av interventionsprocessen eller om de är orsakade av bakomliggande organisatoriska processer som samtidigt redan pågår.

CHEFiOS-projektet har syftat till att stödja förändringar som leder till välfungerande organisationer där chefer och medarbetare gör ”rätt saker” med rimliga arbetsinsatser. I rapporten slår man fast vikten av att bygga ledningssystem och organisatoriska strukturer som utgår från de verksamhetsspecifika förutsättningarna och som i första hand svarar mot kärnverksamhetens behov av stödjande organisatoriska strukturer.

3.5.5 New public management i kommunal praktik (CHEFios)

Med New Public Management betonas styrning genom ekonomi, standardiserade processer, mål och uppföljning samt värderingar. Denna rapport visar att styrning i linje med New Public Management gör att cheferna upplever sig allt mer klämda mellan organisationens styrning och medarbetarnas och verksamhetens behov (Kankkunen 2014). Det kan innebära målkonflikter svåra att hantera. Men hur de hanteras ser olika ut inom olika verksamheter. I rapporten presenteras viktiga lärdomar för att ge cheferna bättre möjlighet att hantera dessa målkonflikter. Man talar om vikten av ett nära stöd, av att dela värld, av gemensamt språk och avgränsade mål och slutligen, vikten av tillit.

3.5.6 Hierarkier av hälsa

En jämförelse mellan kommuner och landsting visade att chefers hälsa och psykosociala arbetsmiljö var likartad oavsett organisation. Däremot fanns skillnader i dessa avseenden beroende på kön och hierarki. Lägre kvinnliga chefer hade, bland de studerade grupperna, störst risk för sämre hälsa. Satsningar på denna grupp skulle kunna leda till positiva effekter både för individen och för organisationen (Björklund 2011).

3.5.7 Stödresurser för hållbart ledarskap

Resultatet visar att ett stödjande privatliv och en personlig inställning till chefsuppdrag har stor betydelse för chefers hållbarhet över tid. Chefens kontrollspann (antal anställda) och erfarenhet som chef påverkade betydelsen av stödresurser. För chefer med kortare chefserfarenhet eller fler underställda (>30) har även stöd från ledning, chefskollegor och externt stöd betydelse (Dellve. L 2013). Att chefer kan ha en avgörande betydelse för anställdas hälsa, välbefinnande, stress, engagemang i arbetet och prestation är känt sedan tidigare. Det är vanligare med studier som fokuserar på chefernas personliga egenskaper, än vilka förutsättningar som har avgörande betydelse för att chefer ska kunna vara goda ledare och ha ett hållbart arbetsliv. I denna artikel presenteras resultat från en studie om betydelsen av chefers stödresurser för hållbart ledarskap. Med hållbarhet menas här i bemärkelsen chefers egen hälsa, arbetsförmåga, symtom, stress, energi, överbelastning och balanserad arbetsnärvaro samt vilja att stanna kvar i chefspositionen. I en studie hade 40 % av chefer inom vården slutat inom en 4-årsperiod och CHEFios har visat på liknande nivåer inom kommunal vård.

Vad stressar chefer mest?

Stressorer som är specifika för chefer är enligt tidigare studier;

- Att hantera intressekonflikter mellan organisationsnivåer, professionsgrupper och domäner, dvs att filtrera, översätta och vara buffert mellan dessa
- Att coacha medarbetare, möta medarbetares frustration, hantera grupp-dynamiska problem och brister i medarbetares kompetens
- Att hantera betungande rollkrav och slitningar/konflikter mellan olika uppgifter och logiker
- Att ha balans mellan arbete, fritid och återhämtning

Vilket stöd ville cheferna ha?

Vilket stöd man behöver för att hantera slitningar mellan olika uppgifter varierar beroende om man uppfattar det som separata spår eller integrerade. De konflikter som man upplever mellan exempelvis grundprofession och chefsprofession och mellan värden som rör vårdkvalitet, effektivitet och arbetsmiljö kan man behöva stöd och en tillitsfull kommunikation med sin chef för att hantera. Studier har visat att chefer inom vården har förhållandevis lite tid med sin chef. Avgränsningar i chefsuppdraget definieras av cheferna själva eller i samtal med nära kollegor.

Det kan ta något år för en ny chef att komma fram till. Det kan även behövas system för att identifiera tidiga tecken på hög stressbelastning.

Metod

Undersökningsgruppen är 344 chefer i kommunal vård och omsorg. Data från enkätstudier 2009 och 2011 med instrumentet "Gothenburg Manager Stress Inventory" har använts. De flesta var första linjens chefer. Många hade arbetat länge. I genomsnitt hade man runt 30 anställda.

Resultat

Mest stöd fick chefer från chefskollegor, medarbetare och i sitt privatliv. Resultatet visar att ett stödjande privatliv och en personlig inställning till chefsuppdrag har stor betydelse för chefers hållbarhet över tid. Chefens kontrollspann (antal anställda) och erfarenhet som chef påverkade betydelsen av stödresurser. För chefer med kortare chefserfarenhet eller fler underställda (>30) har även stöd från ledning, chefskollegor och externt stöd betydelse. Mentorskap och nätverk kan t ex stödja sådana sunda socialisationsprocesser. På samma sätt kan ett bra samarbete och en bra kommunikation med överordnade samt med stabs- och personalfunktioner, om den är verksamhetsnära, reflekterande och respektfull, vara ett stöd. Ett strategiskt utformat ledningsstöd bör, utifrån studiens resultat särskilt rikta sig mot chefer som är nya i sin position och till chefer som har många underställda.

3.5.8 Om ledarskap och de anställdas hälsa

Författarna diskuterar i en sammanfattande artikel i Socialmedicinsk tidskrift (Theorell, T 2013) med utgångspunkt från sin egen forskning på vilket sätt ledaren på en arbetsplats kan påverka de anställdas hälsa och vilka faktorer som enligt forskningen tycks ha störst betydelse. De viktigaste slutsatserna är

1. att chefernas beteende har betydelse för de anställdas hälsa men också att olika chefsbeteenden kan ha olika effekter för hälsan hos olika grupper (t ex män och kvinnor)
2. att det är möjligt att påverka cheferna med interventionsprogram så att gynnsamma effekter på de anställdas hälsa kan uppnås men att de pedagogiska metoderna måste genomarbetas och utvärderas mycket noggrannare än vad som hittills varit fallet

3.5.9 Engagerade chefer skapar arbetsglädje och hälsa

I den här studien har man tittat på faktorer kopplat till hälsofrämjande ledarskap. Man har särskilt studerat de ledare som nominerats till utmärkelsen Hälsofrämjande arbetsplatser (Åström 2013). Balans i livet, på arbetet och på fritiden, är grunden för ett hälsofrämjande ledarskap hos chefer. Men även att de har en stark känsla för såväl sin egen som medarbetarnas hälsa och delaktighet. Att sätta gränser för arbete och privatliv upplevs som viktigt. Men det är svårt, och behöver diskuteras vidare på arbetsplatsen och i staden.

3.5.10 Att möta media och personfokuserade drev

Möte med media är alltmer vanligt för chefer i vården och en viktig del av arbetet. Mötet med media har idag också fått betydelse för chefens psykosociala arbetsmiljö och hållbarhet då personfokuserat, negativt och kritiskt fokus i media kan vara utmanande och få vidare konsekvenser (Dellve. L 2014).

Medvetenhet om möjligheter och risker vid mediakommunikation samt proaktiva förberedelser hos individen och organisationen kan ha avgörande betydelse för att understödja mer saklig och korrekt beskrivning i media samt för att undvika personfokuserade drev. Genom en utvecklad förståelse och handlingsberedskap samt stöd i ledningsgrupper till den som möter media kan negativa konsekvenser minska.

Utse flera talespersoner, tala i vi-form och öka stödet från kommunikations- och HR-enheterna. Det är några forskarråd till kommuner och landsting som vill stötta sina chefer i kontakten med media.

Chefer och media i korthet

Över hälften ansåg att mediernas beskrivning av verksamheten oftast var negativ.

- 31 procent ansåg att innehållet i media bara stämde till 40 procent eller mindre.
- 48 procent upplevde stress i form av sömnproblem, irritation med mera.
- Över hälften upplevde stöd från ledningsgruppen (där de själva ingår). Före än en tredjedel upplevde stöd från närmaste chef.
- Bara en av fem kommuner har en dokumenterad mediestrategi inom sin omsorgsverksamhet. De flesta strategier är abstrakta och förklarar inte vad ord som öppenhet, tillgänglighet och ärlig betyder i praktiken.

Strategi för bra relationer till media

- Ha ett öppet förhållningssätt
- Bygg förtroende
- Var ärlig och transparent
- Var tydlig
- Var proaktivt förutseende
- Dokumentera strategin
- Tala om vad strategin innebär i praktiken

3.5.11 Om ledarskap och de anställdas hälsa

Passiva och auktoritära ledarstilar visar sig i epidemiologiska studier ha samband med dålig psykisk hälsa hos de anställda, särskilt upplevelse av mobbning, depressiva symptom, känslomässig utmattning och ökad sjukskrivning. I en prospektiv studie har man även visat samband mellan vad den anställde upplever som gott ledarskap (bedömt med en standardiserad skala) och minskad hjärtinfarktisk hos de anställda under en uppföljningstid. I ett par kontrollerade interventionsstudier har det visat sig möjligt att påverka chefsbeteende så att hälsoeffekter för de anställda kan påvisas. Det är dock viktigt att utveckla den typ av interventioner som används. Om man vill öka känsla av ansvar och engagemang (med minskad låt-gå-mentalitet, "laissez-faire") hos chefen i relation till de anställda räcker förmodligen inte de pedagogiska metoder som för närvarande används i chefsutvecklingsprogram. Författarna föreslår att man utnyttjar den emotionella och etiska potential att öka engagemang som finns i konstnärliga upplevelser (Theorell. T 2013).

Allmänna slutsatser

De viktigaste slutsatserna av forskning på området chefer och hälsa är

1. att chefernas beteende har betydelse för de anställdas hälsa men också att olika chefsbeteenden kan ha olika effekter för hälsan hos olika grupper (t ex män och kvinnor)
2. att det är möjligt att påverka cheferna med interventionsprogram så att gynnsamma effekter på de anställdas hälsa kan uppnås men att de pedagogiska metoderna måste genomarbetas och utvärderas mycket noggrannare än vad som hittills varit fallet

3.5.12 Att utveckla medarbetarskap

Begreppet medarbetarskap kan ges olika innebörd och har förändrats över tid. I grunden handlar det om en filosofi som bygger på att de anställda bör ha en aktiv och ansvarstagande roll, där dessa har möjlighet till lärande och utveckling, gemenskap och samarbete, liksom utmaning och stöd (Tengblad 2010). Thomas Andersson (Andersson 2011) beskrev medarbetarskapshjulet så här vid en nätverksträff i september 2012.



Medarbetarskapshjulet, utbyggd version, Tengblad 2010

Förtroende och öppenhet tar tid att bygga upp och kräver kontinuitet. För att få tillstånd förtroende och öppenhet är *dialog* viktig, både medarbetare emellan och mellan medarbetare och chef. En god dialog kännetecknas av att deltagarna öppet framför vad de tycker, att man lyssnar på varandra och att det växer fram en fördjupad förståelse utifrån detta.

Inte heller *gemenskap och samarbete* utvecklas av sig själv. En grupp består av de relationer som vuxit fram. Vid organisationsförändringar underskattar man ofta värdet av ett väl fungerande samarbete. Det måste få ta både tid och resurser för att få relationer att växa fram. Det kan t.ex. stimuleras av *sociala aktiviteter*, som att då och då göra något roligt och trivsamt tillsammans som bidrar till en bättre stämning och samhörighet. Inte minst viktigt är att mötas i vardagen t.ex. på fikaraster.

Inom hälso- och sjukvården är det personliga *engagemanget* och känslan av *meningsfullhet* ofta stark. Men det skall inte behöva vara upp till den enskilde att ensam ta ansvar för detta. Organisationen behöver utveckla incitament och belöningsystem, som stärker dessa värden. *Att delta i visionsarbetet* för den egna arbetsplatsen eller organisationen stärker engagemang och känslan av mening.

Ansvarstagande och initiativförmåga stimuleras genom *ömsesidiga åtaganden*. Vi behöver samtala om vad det innebär. Det är inte så enkelt som att "dela ut paket" med olika ansvar. Ett ömsesidigt åtagande bygger på att man gör sig beroende av varandra.

Att fastslå, tydliggöra och utveckla det gemensamma *uppdraget* är en annan central aktivitet i detta utvecklingsarbete.

4 Effektiva metoder för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser

4.1 Övergripande erfarenheter

4.1.1 Byggstenar för ett hälsofrämjande arbete

Vägen mot hälsofrämjande arbetsplatser kan vara fylld av utmaningar. Desto viktigare är det att utgå från kunskap och erfarenheter av centrala framgångsfaktorer. Genom att hålla fast vid och ständigt leda tillbaks till dessa byggstenar kan man vidmakthålla en tydlig riktning även när det blåser motvind.

Hälsofrämjande - en idé om resurser här och nu

Den salutogena (hälsofrämjande) idén utgår från att varje individ, arbetsplats och organisation har resurser som kan användas för att bevara och utveckla hälsan. Utmaningen blir att starta där man befinner sig och gå vidare med hjälp av resurser som bidrar till detta.

Helhetssyn

En rad faktorer påverkar hälsan, såväl på arbetet som privat. Chefer, medarbetare, fackliga företrädare och personer med stödfunktion behöver kunskap om dessa.

Arbetsplatsen som sammanhang

På arbetsplatsen finns det sociala samspel och den miljö som ska utvecklas i hälsofrämjande riktning. Det hälsofrämjande arbetet integreras i såväl det systematiska arbetsmiljöarbetet som arbetet med verksamhetsutveckling och adderas till det förebyggande och rehabiliterande. Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen.

Delaktighet

Den enskilda människans möjlighet att vara med och påverka är den kanske viktigaste framgångsfaktorn i ett förändringsarbete. Det finns inga genvägar!

Process

En utvecklingsprocess i en lärande organisation tar tid. Man behöver vara ihärdig och arbeta långsiktigt och stegvis. Genom att ta vara på tidigare erfarenheter och det arbete som redan bedrivs skapas en kontinuitet. Detta förutsätter en ständig utvärdering och återkoppling.

Anpassade verktyg

Det behövs arbetsmetoder anpassade för att främja hälsa, dialog, delaktighet och arbetsglädje. Det skall vara verktyg som är lättillgängliga för chefer och medarbetargrupper.

Tydlighet

Det krävs en tydlighet kring mål, ansvar och roller i det hälsofrämjande arbetet. Likaså att ledningen utgår från ett hälsofrämjande synsätt vid styrning, beslutsfattande och ledning.

4.1.2 Hälsofrämjande i praktiken HIP

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 (Skagert 2014).

Syfte

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.

Metod

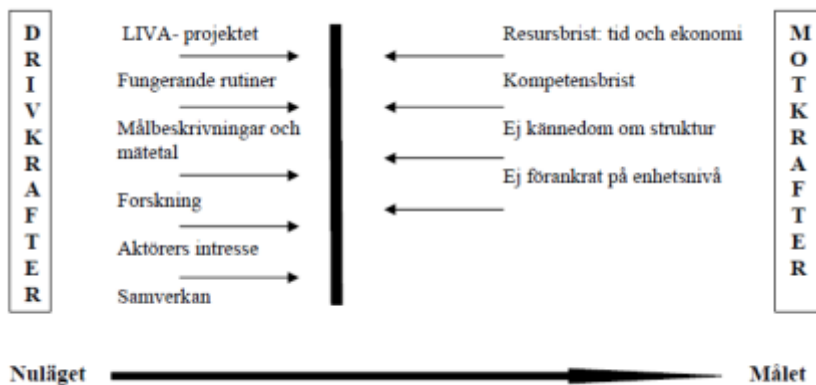
Sjukhuset bedrev implementeringen i projektform under två år, initialt med en externt rekryterad projektledare som knöts till en projektgrupp på HR-avdelningen. I handlingsplanen ingick aktiviteter på individ-, enhets- och organisationsnivå, såsom information, chefsutbildning, material för arbetsplatsträffar (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.

Resultat

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 och dennes efterträdare slutade i förtid. Framtagandet av nyckeltal i samverkan med forskargruppen för uppföljning av projektets effekter fullföljdes inte. Mötesobservationer och dokumentanalys tydde på att hälsofrämjandefrågor inte behandlades i avsedd utsträckning. Flera enheter arbetade systematiskt med material 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.

I rapporten beskrivs hinder och stöd utifrån en rad centrala aspekter såsom;

- Integrering och utveckling av ett hälsofrämjande perspektiv
- I chefers förutsättningar
- I strukturen av det systematiska arbetsmiljöarbetet
- För medarbetarnas delaktighet och inflytande på APT



Ovanstående modell beskriver de organisatoriska förändringskrafter som fungerade antingen som drivkrafter eller motkrafter till att det bedrevs ett hälso- och arbetsmiljöarbete. Modellen är modifierad av Lewin´s modell om organisatoriska förändringskrafter.

Slutsatser

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

4.1.3 Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser

I Örebro läns landsting har bedrivits ett utvecklingsarbete för att ta fram en modell för hur man kan utveckla hälsofrämjande arbetsplatser (Koskela 2012). På tre pilotarbetsplatser genomfördes en rad aktiviteter utifrån nivåerna organisation, grupp och individ. Projektet utvärderades med en enkät (WEMS), utifrån de olika aktiviteterna samt genom fokusgruppsintervjuer.

Resultat

Resultatet varierade mellan de olika enheterna och i diskussionen kring detta finns intressanta erfarenheter att reflektera över för andra som står mitt i liknande processer. En sammanfattande slutsats man drar är ändå att modellen kan vara ett stöd i arbetet med att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser om den används utifrån den enskilda arbetsplatsens behov och förutsättningar och med utgångspunkt i den kunskap/tidigare forskning som finns inom området hälsofrämjande arbetsplats.

Aktiviteter

Exempel på aktiviteter var

Organisation: Olika utbildningar i hälsofrämjande ledarskap.

Grupp: Hälsofrämjande teori, inventerade friskfaktorer, medarbetarutbildning, dialogverktyg FAS arbetsliv, grundutbildning för hälsoinspiratörer.

Individ: Samtal om hälsa och levnadsvanor utifrån tre olika metoder, hälsovecka med seminarium

Slutsatser/kommentarer från projektet

- De aktiviteter som deltagarna i projektet värderade högst är hälsofrämjande ledarskap (framförallt den praktiska tillämpningen), medarbetarutbildningen samt de individuella samtalen.
- Att vara noggrann i initieringsfasen och lägga tid på problemanalys och att diskutera upplägg och genomförande är ett arbete som är viktigt för hela projektets genomförande och resultat.
- Engagemanget på den enskilda arbetsplatsen är av stor betydelse för hur framgångsrikt projektet blir.
- Det finns ett behov av att utveckla mått på hälsa. WEMS är en metod som projektet använt och som har en salutogen utgångspunkt.

4.1.4 Ett utvecklingsarbete för hälsofrämjande arbetsplats

Utvecklingsarbetet pågick på Försäkringskassan i Östergötland mellan 2004-2008 och sammanföll till viss del med ett omfattande omställningsarbete (Thomsson 2007).

Några råd till andra arbetsplatser som vill bli hälsofrämjande:

- Arbeta med att utveckla ledarskapet.
- Börja i det lilla.
- Ge alla medarbetare baskunskap om hälsofrämjande.
- Gör roliga saker parallellt med det jobbigare så ångan hålls uppe.
- Ha hälsofrämjande på dagordningen vid så många möten som möjligt.
- Låt chefer och hälsoinspiratörer ha kontinuerlig handledning, gärna både tillsammans och var för sig.
- Låt processen växa nerifrån.
- Prata förhållningssätt snarare än aktiviteter.
- Se till att alla grupper har möjligheter att föra dialog.
- Se till att få in stöd under det tidiga arbetet, när grupperna ska börja sina dialoger om vad de behöver.
- Tillför näring och energi så att alla orkar vara uthålliga.
- Mer dialog och ett nytt förhållningssätt

Tre delrapporter har producerats under projektets gång. Dessa innehåller mycket användbar information i arbetet för hälsofrämjande arbetsplatser och finns att ladda ned på denna sida.

Sammantaget framgår av dessa rapporter att dialogen mellan chefer och medarbetare fått en mer central funktion. Man pratar också om ett nytt förhållningssätt, där man är mer medveten om att hälsa är något man kan arbeta med gemensamt (Thomsson 2004, Thomsson 2005, Thomsson 2007).

Men blev hälsan bättre?

Att mäta effekterna av en hälsofrämjande satsning som till vissa delar genomfördes samtidigt med en stor och övergripande förändring är komplicerat. En utvärdering har ändå gjorts avseende bland annat hälsa, socialt stöd, bemötande, upplevelse av stress och hot och våld. Man har i denna haft jämförelsegrupper där ett hälsofrämjande arbete inte har bedrivits under lika lång tid och i samma utsträckning som vid övriga kontor (Müssener 2008).

Satsa friskt

Utvecklingsarbetet på Försäkringskassan i Östergötland är även en del i den omfattande satsning på att stödja statliga myndigheters arbete med att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron. Arbetet pågick 2003-2009 (Rubertsson 2009). På Partsrådets hemsida finns i dag ett utförligt bibliotek med ett 50-tal myndigheters rapporter, referat från seminarier, publikationer och skrifter. Där finns även mallar, rutiner, policys och bildspel som används inom myndigheter för att underlätta rutiner och utvecklingsarbete (Partsrådet).

4.1.5 Friska verksamheter

Utvecklingsprojektet Friska verksamheter drevs av AFA försäkring under åren 2010-2011 (Suntarbetsliv 2013). Syftet var att se om ett utvecklingsprogram i kombination med stöd till kommunledningen på sikt kan bidra till en effektivare verksamhet och lägre sjuktal. Programmet riktade sig till åtta kommuner i Västerbotten, där man noterat höga sjuktal.

Vad ingick i utvecklingsprogrammet?

Programmet bestod av utbildningsinsatser riktade till de tre grupperna strategisk ledning, första linjens chefer och verksamhetsstöd, t.ex HR. Från varje kommun deltog sex deltagare, två i varje grupp. Innehållet byggde på de nycklar till Friska företag, som presenterats i studien Hälsa och Framtid (Ahlberg 2008). Det handlade om ledarskap, delaktighet, kommunikation och hälsoarbete. Förhållningssättet byggde på en systemsyn, d v s att helheten är större än delarna och att skeenden och problem är komplexa och inte har enkla och raka orsak-verkan-samband.

Case-baserat lärande

Utbildningen byggde bland annat på ett Case-baserat lärande, där deltagarna uppmanades att ta med problem och situationer från sitt jobb på hemmaplan till utbildningarna. Där fick de sedan stöd att bearbeta dessa bland annat i träningspassen med konsultativt förhållningssätt. Deltagarna skulle också arbeta med utvecklingsprojekt i den egna organisationen under programtiden och bjöds tillfälle att reflektera över och få stöd i dessa under utbildningarna. På detta sätt skapades en operativ koppling mellan vardagsarbetet och utbildning.

Konsultativt förhållningssätt

I varje utbildningsetapp tränades deltagarna på att ge varandra ”hjälp-till-självhjälp”, dvs stödja den som har t ex ett problem att vidga sitt perspektiv på det egna problemet och själv komma på lösningar

Tid för reflektion och erfarenhetsutbyte

Teoripassen skulle vara korta och varvas med många tillfällen till reflektion, både individuellt och i större och mindre grupper.

Utvärdering

forskare från Uppsala Universitet och Karolinska Institutet att utvärdera utvecklingsprogrammet. Deras uppgift var att belysa de effekter som eventuellt kan hänföras till deltagandet i Friska verksamheter. Som grund för utvärderingen samlades data in dels hösten 2010, före programmets första utbildningstillfälle, och dels under våren 2011, vilket var ca sex månader efter det sista utbildningstillfället.

Indirekta effekter snarare än förbättrad hälsa

Man märkte inga större skillnader i självskattad hälsa före projektet och sex månader efter. Det var heller inte att vänta, efter så kort tid. Däremot pekade man på en rad förändringar som skett, vilka kan ge positiva hälsoeffekter på sikt.

- Man arbetade vidare med "nycklarna" i olika chefsforum och andra interna nätverk.
- Förändrade rutiner inom det personalpolitiska området
- Tillsatt fler första linjens chefer för att förbättra möjligheterna till delaktighet och dialog
- Förbättrad intern och extern kommunikation

En nödvändig process

Det har stundtals varit rätt turbulent i flera av kommunerna, och projektledarens tror att Friska verksamheter har kunnat bidra med att i någon del påverka dessa jobbiga, men kanske nödvändiga, processer.

"Det kan ibland vara viktigt att låta det få bli sämre innan det kan bli bättre. Man måste kanske få möjlighet att verkligen upptäcka och se problemen utifrån nya perspektiv innan de kan åtgärdas"

4.2 Individ

4.2.1 Meningsfullhet; Att samtala om värdegrund

I Sverigestudien (Sverigestudien.se 2011) har svenskars kultur- och värdegrund kartlagts tre år i rad. Använd den gärna som inspiration för att samtala om arbetsplatsen/organisationens värdegrund.

Ett exempel: "Under 2009 och 2010 befann sig Sverige i lågkonjunktur, men beskrivningarna av de svenska arbetsplatserna var ändå relativt positiva. I år skymtar högkonjunkturer vid horisonten, hjulen börjar snurra snabbare, men den svenska arbetsplatsen beskrivs som en plats fylld av osäkerhet, kortsiktighet och utan utrymme för delaktighet och eget ansvar.

- Vad är det som gör att ledarna tycks springa ifrån såväl medarbetarna som gällande ledarskapsideal?
- Hur påverkar det organisationerna?

4.2.2 När man rätt grupper med livsstilssatsningar?

En uppföljning baserad på KART-data (kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen) av deltagandet i en bred hälsofrämjandesatsning riktad mot anställda i Västra Götalandsregionen 2005-2008 (Livsstil i Väst) visade att hälso- och sjukvårdspersonal inte medverkade i högre grad än vad man funnit i andra branscher. Det var inte heller så att de som skulle haft mest att vinna på att ändra sin livsstil deltog i större utsträckning, snarare tvärtom. Resultatet styrker tidigare forskning - att den mest effektiva metoden är att kombinera riktade insatser till riskgrupper med breda hälsofrämjande satsningar (Jonsdottir I.H 2011).

4.2.3 Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen

I en rapport från Karolinska Institutet och kompetenscentrat för Företagshälsa har man sammanställt och vägt samman evidensen i 17 översikter inkluderande 497 originalstudier om effekterna av hälsoundersökningar med eller utan uppföljande insatser, genomförda via arbetsplatsen/arbetsgivaren (Jensen 2014).

Den sammanfattande slutsatsen är att hälso- och levnadsvaneuppföljning via arbetsplatsen som kombineras med uppföljande insatser (HLU) har en positiv effekt på

- ett antal hälsobeteenden
- kroppssammansättning
- biologiska riskmarkörer
- förekomsten av sjukfrånvaro och sjuknärvaro

De uppföljande insatserna bör genomföras under en längre period under åtminstone mellan 3-6 månader. Resultaten från denna sammanställning visar också att utifrån nuvarande evidensläge kan HU - hälsoundersökningar utan efterföljande interventioner inte rekommenderas som åtgärd för att förbättra hälsa eller hälsobeteenden.

4.3 Arbetsplats/grupp

4.3.1 Dialogträning på vårdarbetsplatser

En metod för dialogträning som genomförts på fem vårdavdelningar och lika många kontrollgrupper, har visat sig vara effektiv som medel att påverka kommunikationen bland deltagarna i riktning mot ökad dialog och inflytande i arbetet (Eklöf 2011). Se även kapitel 3.3. Metoden bygger på ett erfarenhetsbaserat lärande i ett spel som utgår från olika temaområden; ledaren, arbetskamraterna, samarbete, kvalitet, förändring, kultur och kommunikation. Metoden bygger på att chefen har ett engagemang för att utveckla kommunikationen på vårdavdelningen och är snarare ett utvecklingsinstrument än ett medel för konflikthantering. Träningen genomfördes i mindre grupper under två heldagar och upprepades till dess att samtliga medarbetare hade genomgått träningen. Chefen deltog vid samtliga träningstillfällen.

Deltagarna uppmanades att uttrycka sin mening och samtala kring konkreta arbetserfarenheter med anknytning till det tema man valt. Träningen leddes av en tränare med erfarenhet och teoretisk kompetens, som även gav miniföreläsningar anpassade till stunden och aktuella teman.

Chefen deltog som lyssnande part och hade till uppgift att dokumentera det deltagarna kom fram till. Dessa anteckningar kunde användas som underlag för åtgärdsplaner på avdelningen. Deltagarna fick även loggböcker och uppmanades att formulera utvecklingsmål att arbeta vidare med mellan träningstillfällena. Utgångspunkten var de spelregler som bygger på dialogens principer och som präglade träningstillfällena, men även den fortsatta kommunikationen, enligt uppföljningen.

Dialogreglerna

1. Lyssna på varandra. Undvik att avbryta varandra.
2. Tala för dig själv. Undvik skvaller.
3. Tala klarspråk. Undvik ironi.
4. Förklara så ni förstår varandra. Undvik bortförklaringar och undanflykter.
5. Ställ uppriktiga frågor. Undvik manipulation.
6. Fråga "Hur". Undvik anklagelsen i "Varför".
7. Visa respekt. Pressa inte andra

På träningstillfällena fick deltagarna träna sig i att både uttrycka sina egna och korrekt uppfatta andras tankar och uppfattningar, då man efter en viss tids samtal skulle summera gruppens ståndpunkt. Spelreglerna bäddade för att ge en positiv upplevelse, vilket uppföljningen bekräftar. I träningssituationen uppstod ett öppet och tillåtande klimat, som gav utrymme för att lyssna och tala, för reflektion och perspektivbyten. Träningen fick också effekter i arbetsvardagen såsom att man försökte undvika förolämpande och ironiskt tal, att man vågade säga sin mening och framföra önskningar, att man blivit mer spontant hjälpsamma och att man vågade konfrontera varandra på ett konstruktivt sätt.

4.4 Organisation och ledarskap

4.4.1 Hälsöfrämjande arbetsplatsträffar

Inom forskningsprojektet Hälsöfrämjande i praktiken studerades implementeringen av ett hälsöfrämjande projekt på ett sjukhus inom VGR (Skagert 2015). En av slutsatserna är att en 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.

En delstudie inom detta forskningsprojekt handlade om arbetsplatsträffar som en möjlig hälsöfrämjande arena. I häftet Hälsöfrämjande arbetsplatsträffar ges verktyg och rekommendationer med hänvisning till forskningsstudien (Bergman 2015). Exempel på frågor som berörs är hur man kan anpassa informationen till målgruppen, se över den fysiska miljön, stimulera dialog och tydliggöra kommunikationsform i dagordningen.

4.4.2 Stöd för ett hållbart ledarskap

I ISM-rapport 9 ges en rad förslag till stödstrukturer för ett hållbart ledarskap utifrån då opublicerade manus. I rapporten om Chefsskap i sjukvårdsmiljö (Tengelin 2011) ger ett kunskapsunderlag för att utforma policy och handlingsplaner för att förebygga, upptäcka och åtgärda stress och utmattning hos chefer.

Avgränsning av chefsarbete

Strategierna för avgränsning mellan arbete och övriga livet var ofta outtalade och skapade genom erfarenhet. Det kunde handla om att göra sig mer uthärlig i det vardagliga arbetet, att sträva efter tillräcklig, men inte total kontroll. Eller att låta medarbetarnas behov avgränsa. Den öppna kontorsdörren var en viktig symbol för tillgänglighet, men kunde också splittra arbetet och försvåra chefens egen önskan om avgränsning. Genom att göra kontinuerliga rundturer på avdelningen förekom man oplanerade avbrott och höll sig uppdaterad. En strategi var att ha tydliga gränser mellan arbete och hem eller låta utomstående aktiviteter eller familjemedlemmar, ”tvinga” dem att gå från arbetet. Att vara en förebild var viktigt. En annan strategi var att beskriva gränslösa arbetsvillkor som ett accepterat faktum.

Om individers egna preferenser för att avgränsa stämmer överens med vad som faktiskt är möjligt, så leder det till större arbetsglädje och mindre självrapporterad stress och konflikter. I linje med detta resonemang önskade cheferna att få stöd i att stärka de strategier de redan hade. Att utveckla individers förmåga till återhämtning och avgränsning av arbetet bör ske parallellt med organisatoriskt inriktat stöd. Att upprätta strategier för tillräcklig återhämtning är extra viktigt, med tanke på att förstalinjens chefer är en kvinnodominerad grupp och kvinnor oftare än män har större total arbetsbörda från både betalt och obetalt arbete.

Att kommunicera sin stress som chef

Modellen på sid 58 i ISM-rapport 9 illustrerar hur sex förstalinjeschefer i en fallstudie upplever ett system som premierar nedtystande av problembeskrivningar. Flera chefer beskrev beslutsprocessen som en envägskommunikation, där beslut fattas längre upp och singlar ner till golvet där de skall omsättas i praktiken. De problem som finns på golvet, inklusive chefers egen stress, uppfattades som inte önskvärd information. Man lägger locket på.

Det fanns både en rädsla för och ett behov av öppenhet med den egna chefen. Rädslan kan handla om att bli betraktad som en svag person och att detta skulle försvåra fortsatt avancemang. Det stympade informationsflödet kan vara gynnsamt för att nå personlig framgång, men får konsekvenser då viktig information för arbetsmiljö och effektivitet går förlorad. Konkurrens och rädsla kan även medföra att man inte söker stöd hos kollegor. Den egna chefen ansågs som lämpligaste kanalen för att bevaka och fånga upp stress hos chefer.

Förslag till stödstrukturer

Via de två delstudierna som beskrivs ovan och fokusgrupper som tagit del av och diskuterat resultatet har ett antal förslag tagit fram för hur man kan stärka chefers egna arbetsvillkor och möjligheter att balansera engagemang och stress i arbetet.

- *Möjlighet till kommunikation av stress och problembeskrivningar* till exempel genom att utveckla chef-till-chefsamtal¹ och arbeta med värderingar och kultur.
- *Insatser för att öka självkänedom och handlingsberedskap* genom handledning, forum för återkommande samtal med kollegor eller hälsosamtal med företagshälsovården som fokuserar hållbarhet i chefskapet.
- *Tydlighet om ansvar, resurser och riktlinjer för chefsansvar* i organisationen. Att stärka HR-funktionen, så att de kan ge mer direktstöd till chefer, är ett annat förslag.

4.4.3 Studiematerial med vinjetter om engagemang, stress, tidsanvändning, medarbetarskap och vårdpraktik.

Studiematerialet Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården (Dellve 2012) syftar till att stödja chefer i det vardagliga arbetet utifrån ett hållbart ledarskap. Med hållbarhet menas utifrån både verksamhets, individ-/hälsoperspektiv. Materialet vänder sig till chefer men kan även användas av till exempel HR-specialister och personal inom företagshälsovård. Studiematerialet är indelat i olika teman och innehåller inledande situationsberättelser, så kallad ”vinjett”, sammanfattning av teori och forskning, modell eller bild som stöd för reflektion, samt reflektions- och diskussionsfrågor.

De teman som tas upp i studiematerialet är:

- Vad använder chefer sin tid till?
- Stress och balans
- Kommunikation
- Tidsuppfattning och förhållningssätt till planeringar och avstämningar

¹ I rapporten finns även förslag på frågor från egen chef vid avstämningssamtal.

- Medarbetarskap, professioner och samarbeten internt och externt

4.5 Hur vet vi att vi lyckats?

4.5.1 Samband mellan psykosocial arbetsmiljö, hälsa och produktivitet

Med hälsosamma organisationer menas organisationer som har en arbetsmiljö som främjar såväl hälsa som goda prestationer. Att en hälsosam arbetsplats bidrar till att förbättra de anställdas hälsa är väl känt. Att en sådan organisation också bidrar till goda prestationer har undersökts men med motstridiga resultat. I en rapport från IFAU, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, görs en litteraturgenomgång inom området, där man framförallt studerat den psykosociala arbetsmiljön och dess effekter på medarbetarnas hälsa och organisationens produktivitet (Jensen 2012).

Slutsats

Utifrån detta gör man följande slutsats: "Även om det fanns viss evidens för de psykosociala arbetsmiljöfaktorernas och medarbetarnas hälsas betydelse för självskattad prestation fann vi inga samband mellan specifika arbetsmiljöfaktorer och hälsoproblem." Skälet till att man uttrycker sig så försiktigt är att det saknas longitudinella studier, dvs studier som i detta fallet följt en organisation och dess medarbetare över tid, för att utvärdera faktorer av betydelse för att skapa hälsosamma organisationer. Man efterlyser fortsatta studier: "Även om den systematiska litteraturgenomgången visar att både arbetsmiljön och medarbetarnas hälsa är viktiga för förmågan att prestera på arbetet finns det ett behov av ytterligare studier som undersöker och klargör hur dessa viktiga faktorer påverkar prestationsförmågan. "

Hur mäter man?

Hur de anställda producerar mäts ofta i detta sammanhang via självskattning av den egna prestationen, arbetsledarens bedömning av prestationer, objektivt med hjälp av företagets egna data eller som produktionsbortfall, d.v.s. försämrad prestation på grund av hälsorelaterade problem. Ett annat uttryck som användes var "citizenship behaviour". Med detta menas att de anställda har ett beteende som bidrar till ökad effektivitet på arbetsplatsen, vilket på sikt även kan påverka företagets produktivitet. Ibland används hälsa som en förmedlande variabel.

Vilka samband har man ändå sett?

Det finns en begränsad evidens för att prestation på arbetet påverkas av både psykosociala arbetsmiljöfaktorer och hälsa, men att sambandet mellan dessa varierar. Det finns en begränsad evidens på att emotionell utmattning inte påverkar förhållandet mellan socialt stöd och arbetsledarbedömda prestationer.

Det finns begränsad bevis för att mental hälsa påverkar sambandet mellan socialt stöd och självskattad prestation såväl som objektiva resultat.

Det finns också begränsad evidens som tyder på att stöd modererar sambandet mellan smärta och självskattad prestation.

Vad säger en annan aktuell rapport?

I Kunskapsöversikten En god arbetsmiljö och dess indikatorer, från Arbetsmiljöverket 2012 efterlyses också mer forskning inom området. I deras kunskapsöversikt framtonar på flera ställen evidens för att det lönar sig för företag att satsa på en god arbetsmiljö, men att detta inte tycks ha haft tillräcklig stark genomslagskraft. Forskningen inom "det positiva området" är i sin linda och bilden av den goda arbetsmiljön och den friska arbetsplatsen är ännu ofullständig. Kunskapsläget är ofärdigt men inte ostabilt. Det är svårt att i så komplexa sammanhang som arbetsmiljön är, rent teoretiskt förutsäga hur en eventuell interaktion mellan faktorerna kan se ut.

4.5.2 Att mäta välbefinnande

I arbetsmiljöverkets kunskapsöversikt över den goda arbetsmiljön och dess indikatorer argumenterar man för välbefinnande som indikator på friska arbetsplatser, det vill säga med en arbetsmiljö som har positiva effekter både på individer och verksamhet (Vingård 2012). I översikten beskrivs olika definitioner av välbefinnande men kan sammanfattas som individens tillfredsställelse med privatlivet, arbetslivet och sin generella hälsoupplevelse. Forskning har visat att lärande och förmåga att agera påverkas gynnsamt av tillit och ett gott emotionellt klimat. När en person befinner sig i en positiv sinnesstämning har hjärnan lättare för att ta emot flera informationsaspekter samtidigt. Det går också lättare att tänka ut komplexa och kreativa handlingsmönster och agera på grund av ökad handlingskraft.

För att mäta friska arbetsplatser utifrån definitionen ovan skulle en indikator för god arbetsmiljö behöva mäta såväl de anställdas välbefinnande som verksamhetens framgångar. Något heltäckande instrument för att mäta friska arbetsplatser finns inte, men i kunskapsöversikten ges ett antal exempel på instrument, som mäter olika former av välbefinnande.

- SF-36 Hälsoenkät (Sullivan 2002). Ett internationellt väl etablerat instrument för att mäta olika dimensioner av hälsa. Välbefinnande skattas med 9 frågor. Saknar dock frågor som är direkt relaterade till arbetsförhållanden.
- Ryff Psychological Well-being Scale (Ryff 1989) Skalan består av 6 olika dimensioner av psykologiska funktioner. Instrumentet är välanvänt och finns i testad svensk version.
- The WHO (ten) Well-being Index (Bech 1996) Instrumentet består av 10 frågor om hur man mått den senaste veckan.

I kunskapssammanställningen lyfter man fram tre instrument som även inkorporerar arbetsplatsen i bedömning av individens välbefinnande.

- WEMS (Nilsson 2010) - Work Experience Measurement Scale fokuserar på den anställdes upplevelse av arbetsituationen. En styrka med instrumentet är att det både kan användas som ett mätinstrument och som ett arbetsinstrument i ett förändringsarbete byggt på delaktighet. Instrumentet har validitets- och reliabilitetstestats.
- STEPS för well-being in workplaces (Jouttimäki 2003) I materialet ingår en självvärderingsmatris för medarbetarnas hälsa och välbefinnande, organisationen, professionell utveckling, arbetsmiljö samt organiseringen av hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Instrumentet har översatts till svenska, men det är oklart om det validitets- och reliabilitetstestats.
- Self-evaluation matrix for well-being at work activities (Antonnen 2008) Instrumentet är designat för små och medelstora företag och mäter företagets nivå vad gäller åtgärder för att uppnå välbefinnande bland arbetstagarna. Även i detta fallet är det oklart om det validitets- och reliabilitetstestats.

4.5.3 COPSOQ II

Copenhagen Psychosocial Questionnaire version II (COPSOQ II) har utvecklats av det danska nationella forskningscentret för arbetsmiljö som ett tillförlitligt instrument för bedömning av den psykosociala arbetsmiljön och för att underlätta kommunikationen mellan arbetsplatser, de som arbetar med arbetsmiljöfrågor och forskare (Berthelsen 2014). COPSOQ II har översatts till mer än 25 språk och används världen över. Nu finns ett uppdaterat och språkligt validerat svensk version att ladda ned och använda.

De viktigaste områdena som instrumentet omfattar är:

- krav i arbetet
- arbetsorganisation
- arbetsinnehåll
- samarbete
- ledarskap
- balans mellan arbete och privatliv
- arbetsplatsens sociala miljö
- kränkande beteenden
- hälsa och välbefinnande

5 Referenser

Ahlberg, G., Bergman P, Ekenvall L, Parm Sund M, Stoetzer U, Waldenström M, Svartengren M och HoF study group (2008). Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och framtid, Delstudie 2. Stockholm, Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting.

Andersson, T., Liff R, Tengblad S (2011). Ledarskap och medarbetarskap inom vård- och omsorgsarbete Göteborg, Västra Götalandsregionen och Göteborgs Universitet Handelshögskolan.

Antonnen, H., Räsänen T & Project group (2008). Well-being at work - new innovations and good practices. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.

Arbetsmiljöverket (2013). Genusperspektiv på arbetsmiljö och arbetsorganisation.

Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö. Stockholm, Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2015:4.

Aronsson, G., Hellgren J, Isaksson K, Johansson G, Sverke M, Torbiörn I (2012). Arbets- & organisationspsykologi. Individ och organisation i samspel. Stockholm, Natur & Kultur.

Bech, P., Gudex C & Staehr Johansen K. (1996). "The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes." Psychotherapy and Psychosomatics 6: 183-190.

Bergman, C., Hultberg A, Skagert K. (2015). Hälsöfrämjande arbetsplatsträffar - Rekommendationer och reflektioner utifrån en forskningsstudie. Götenorg, Institutet för stressmedicin, ISM-häfte nr 7.

Berthelsen, H., Westerlund H, Söndergård Kristensen T. (2014). COPSOQ II - en uppdatering och språklig validering av den svenska versionen av en enkät för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatser. Stockholm, Stressforskningsinstitutet, Stressforskningsrapport 326.

Björk, L. (2013). Contextualizing managerial work in local government organizations. Göteborg, Göteborgs universitet.

Björklund, C., Lohela karlsson M, Jensen I, Hagberg J och Bergström G. (2011). Hierarkier av hälsa. Chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö i kommuner och landsting. Stockholm, Karolinska Institutet.

Dellve, L., (red), Wikström E, Tengblad S, Andersson T, Liff R. (2012). Studiematerial Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården. Göteborg, Göteborgs Universitet och Västra Götalandsregionen.

Dellve, L, A. J., Jutengren G (2013). "Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården." Socialmedicinsk Tidsskrift Vol 90(6).

Dellve, L, W. W. M., Jacobsson C och Ahlborg G, (2014). Att möta media och undvika personfokuserade drev. Borås, Högskolan i Borås.

Eklöf, M., Ahlborg G Jr, Grill C, Grimby-Ekman A, Lindgren E-C, Wikström E (2011). Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvalitativ och kvantitativ metod. Göteborg, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 11.

Falkstedt, D., Hemmingsson T. (2011). Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång. Kunskapsöversikt Stockholm, Arbetsmiljöverket Rapport 2011:11, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

Fromm, J., Hagström U. (2011). Att sova med jobbet. Tjänstemännens arbetsvillkor Stockholm, TCO.

Grill, C. (2014). Dialogue or no dialogue. Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Hultberg, A., Hadžibajramovic E, Pettersson S, Ahlborg G. (2010). KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008. Göteborg, Institutet för stressmedicin. ISM-rapport 8.

Hultberg, A., Hadžibajramovic E, Pettersson S, Skagert K, Ahlborg G. (2011). KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008-2010. Göteborg, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 10.

Härenstam, A., och Östebo A (red) (2014). Förändringsprocesser och utvärdering av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS projektet - slutrapport del 2, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 14.

Härenstam, A., Östebo A (red) (2014). Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS projektet – slutrapport Del 1, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 14.

Jensen, I. (2014). Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Vad säger den vetenskapliga evidensen?, Karolinska institutet.

Jensen, I., Karlsson M L och Björklund C (2012). Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationers produktion, Rapport 2012:8. Uppsala, IFAU, Institutet för marknads- och utbildningspolitisk utvärdering.

Jonsdottir I.H, B. M., Ahlborg G Jr. (2011). "Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. ." BMC Public Health. 8(11): 448.

Jouttimäki, L. (2003). Steps for well-being in workplaces. 21 Dec. 2011, ENWHP, <http://www.enwhp.org/toolbox/details.php?id=26>.

Kankkunen, F., T, Bejerot E, Björk L, Härenstam A. (2014). New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg. Göteborg, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 15.

Koskela, M. (2012). Slutrapport för projektet " Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser", Örebro läns landsting.

Müssener, U. (2008). Utvärdering av effekter av hälsofrämjande arbete vid Försäkringskassan i Östergötland. Linköping, Linköpings Universitet.

Nielsen, K., och Randall R (2012). "The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention." *Work & Stress* **26**(2, April-June 2012): 91-111.

Nilsson, A. (2010). Enhance your workplace! A dialogue tool for workplace health promotion with a salutogenic approach., Lunds University.

Orvik, A, D. L., Eriksson A (2013). "Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap." *Socialmedicinsk Tidsskrift* **90**(6).

Partsrådet. "<http://www.utvecklingsradet.se/3709>."

Reineholm, C. (2013). Psychosocial Work Conditions and Aspects of Health, Linköpings universitet.

Rubertsson, J. (2009). Utveckling av lärande och ledarskap i en organisation som främjar hälsa, Försäkringskassan.

Ryff, C. (1989). "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. ." *Journal of Personality and Social Psychology* **57**: 1069-1081.

SBU, S. b. f. m. u. (2014). SBU, 2014, Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och UMS,.

SCB (2011). Tidsanvändningsundersökningen 2010.

Skagert, K., Ahlberg jr G, Bergman C, Dellve L, Hultberg A. (2015). Hälsofrämjande i praktiken - Lättare sagt än gjort! Göteborg, Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 16.

Skagert, K., Bergman C, Dellve L, Hultberg A, Ahlberg G (2014). Hälsofrämjande i praktiken (HiP) - En studie av en utvecklingsprocess, Slutrapport till AFA-Försäkring, Institutet för stressmedicin.

Sullivan, M., Karlsson J, & Taft C (2002). SF-36 Hälsoenkät: Svensk Manual och Tolkningsguide (SF -36 Health Survey: Swedish Manual and Interpretation). Gothenburg, Sahlgrenska University Hospital

Suntarbetsliv (2013). Friska verksamheter.

Svartengren, M., Stoetzer U, Parmasund M, Eriksson T, Stöllman Å, Vingård E (2013). Hälsa och framtid i kommuner och landsting, Karolinska Institutet och Uppsala Universitet.

Sverigestudien.se (2011). Sverigestudien. Kartläggning av Sveriges kultur och värdegrund.

Södergren, B., Molin F, Stöllman Å, Waldenström M & Vingård E. (2012). Balanserad kommunikation - en nyckel till produktivitet och hälsa? Forskningsrapport, IPF, Uppsala universitet.

Tengblad, S. (2010). Medarbetarskap på 60 minuter, Högskolan i Skövde.

Tengelin, E., Kihlman A, Eklöf M, Wikström E & Dellve L (2011). Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress. Göteborg, Arbets- och miljömedicin, <http://hdl.handle.net/2077/26636>. **Arbete och hälsa 2011:45**

Theorell, T, N. A., Romanowska J (2013). "Om ledarskap och de anställdas hälsa." Socialmedicinsk tidskrift **90**(6).

Thomsson, H. (2004). En hälsofrämjande arbetsplats, Delrapport 1, Försäkringskassan.

Thomsson, H. (2005). Ett utvecklande ledarskap vid en hälsofrämjande arbetsplats, Delrapport 2, Försäkringskassan.

Thomsson, H. (2007). Att vara och förbli en hälsofrämjande arbetsplats, Försäkringskassan.

Törner, M., Eklöf M, Larsman P, Pousette A (2013). Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet. Arbets- och miljömedicin Samhällsmedicin och folkhälsa Rapport 2013: nr 1, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.

Törner, M., Eklöf M, Larsman P, Pousette A (2014). Säkerhetskultur i vård och omsorg - stöd och hinder, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.

Vingård, E., Lindberg, P (2012). Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer. Kunskapsöversikt. Rapport 2012:7. Stockholm, Arbetsmiljöverket.

Åkerstedt, T., Ingre M och Kecklund G (2012). Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman? Stressforskningsrapport nr 324. Stockholm, Stressforskningsinstitutet.

Åström, E. (2013). Ledarskap och hälsa: Kommunala chefer om hälsa och förutsättningar som gynnar eller missgynnat hälsofrämjande ledarskap, Inst för Service Management och tjänstvetenskap, Lunds universitet