

Rapport från Arbets- och miljömedicin nr 111

Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service och skola.

TVÅÅRSUPPFÖLJNING AV SAMS-PROJEKTEN

L Dellve, RN, MScPH, Med dr
R Vilhelmsson, MSc, statistiker
K Skagert, MSc, beteendevetare
J Eriksson, MSc, beteendevetare
M Eklöf, leg psykolog, Med dr

Arbets- och miljömedicin, Göteborg

Göteborg, Januari 2006

ISSN 1650-4321
ISBN 91-7876-110-7

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	2
Hälsöfrämjande satsningar på arbetsplatsen	2
SYFTE	4
Frågeställningar	4
SAMS-Projektet	5
Projektgrupper och roller	5
Kunskapsförmedling och återkoppling till deltagare och ansvariga	6
Implementering	7
Form och organisation av det hälsöfrämjande utvecklingsarbetet	7
METOD	10
Utvärderingsprocessen	10
Undersökningsgrupp	10
Baslinje- och uppföljningsmätningar	12
Analys	13
RESULTAT	14
A. Arbetshälsa inom social service	14
Bakgrund	14
Hälsa	14
Sjukskrivning och hållbar arbetsförmåga	14
Medarbetarskap	17
Frågeställning	18
Resultat	18
Andel med stabil närvaro	18
Andelen långtidssjuka	20
B. Psykosociala och organisatoriska förutsättningar för arbetshälsa och medarbetarskap	21
Bakgrund	21
Krav, kontroll och stödmodellen	21
Ansträngnings- och belöningsmodellen	22
Regleringsmodellen, måltydighet och struktur	22
Delaktighet och inflytande	23
Sociala faktorer och hälsa	24
Frågeställning	24
Resultat	24
Arbetsplatsförhållanden	24
Arbetsplatsförhållanden och stabil närvaro eller långtidssjukskrivning	26
Arbetsplatsförhållanden och medarbetarskap	27

C. Olika hälsöfrämjande åtgärder: effekter på arbetshälsa, stabil närvaro och medarbetarskap.	28
Bakgrund	28
Generellt om åtgärder för arbetshälsa på arbetsplatser.....	28
Frågeställning	29
Resultat	29
Interventionens inriktning och stabil närvaro eller sjukskrivning	29
Interventionens inriktning och andelen långtidssjukskrivna	30
Interventionens inriktning och medarbetarskap	30
Sammanfattning av kvantitativa effekter vid olika former av hälsoprojekt	31
Kvalitativ värdering utifrån interventionens inriktning.....	32
D. Stödjande och hindrande förhållanden för genomförande och effekt av hälsöfrämjande satsningar	36
Bakgrund	36
Ledarskap och medarbetarskap i förändrings- och arbetsmiljöarbete	36
Delaktighetsprocesser av betydelse för implementering och framgång.....	36
Lärandeprocesser	37
Syfte.....	38
Resultat	38
Ledarskap: synsätt, roller och strategier i hälsoprojekten	38
Medarbetarskap; synsätt, roller i hälsoutvecklingsarbete.....	42
E. Mätetal för hållbar arbetsförmåga/stabil närvaro	44
Bakgrund	44
Syfte.....	44
Resultat	44
DISKUSSION	46
Resultatdiskussion och praktiska implikationer	46
Metoddiskussion	52
Slutsatser	53
REFERENSER	54

SAMMANFATTNING

SAMS-projektet var ett samarbetsprojekt mellan Göteborgs Stad och Arbets- och miljömedicin i Väst 2002-2005. Göteborgs Stad gav stöd till 21 olika hälsofrämjande projekt inom social service och skola. Satsningarna som hade olika mål, innehåll, ledning och omfattning syftade till att stärka fysiska, professionella och organisatoriska resurser. Vinnova gav stöd till det FoU-samarbete som syftade till att öka kunskapen om förhållanden på individ-, grupp-, eller organisationsnivå som har betydelse för genomförande, effekt och utvärdering av hälsofrämjande satsningar.

Utvärdering och uppföljning har stegvis med kvalitativa och kvantitativa metoder. Forsknings och utvärderingsarbetets första del bestod av kartläggning och analys av implementeringsprocessen. Det andra steget bestod av kvantitativ analys (ettårs- och tvåårsuppföljning) avseende förekomst och förändring i stabil närvaro (lite/ingen sjukfrånvaro) och medarbetarskap på individ och arbetsplatsnivå. Under hela processen har intervjuer individuellt och i grupp genomförts för att få djupare förståelse för hinder och möjligheter i för hälsofrämjande arbete på arbetsplatser i social service och skola.

RESULTAT

- *Ledarskapet (synsätt och arbetssätt) hade betydelse för de hälsofrämjande projektens inriktning, genomförande och effekt.* Andelen med stabil närvaro ökade främst vid satsningar där målavgränsningen var tydlig och fokuserade påverkbara mål. Dessutom hade det positiv betydelse att ledaren lyfte fram organisation eller samhället och inte individen som huvudsakligen ansvarig för den ökade arbetsohälsan.
- *Bredare satsningar gav bättre effekt avseende stabil närvaro och mindre sjukfrånvaro än ensidiga satsningar.* Dessutom hade satsningar som syftade till att medvetandegöra om hälsa och välbefinnande betydelse för högre andel med stabil närvaro.
- *Engagemang och arbetstillfredsställelse ökade i projekt som syftade till att stärka organisatoriska resurser eller hade bredare inriktning, där plattformen var deltagarorienterad samt där medarbetarna sågs som resurs.* Individsatsningar, när man sökte stärka fysiska resurser, hade samband med minskad arbetstillfredsställelse, engagemang och känsla för arbetet.
- *Hälsoprojekten kunde starta en positiv utvecklingsprocess som gav förväntningar och handlingsberedskap för nya utvecklingsområden.* Grupper som inte slutförde eller ens utvärderade sitt projekt beskrev å andra sidan uppgivenhet.
- *Andelen med stabil närvaro på arbetet (lite/ingen sjukfrånvaro) ökade inom friskvårdssatsningar.* Dessutom ökade den något bland kvinnor och bland 35-44 åringar. I de hälsofrämjande projekten fanns en högre andel med stabil närvaro vid samtliga mätningar jämfört med jämförelsegruppen.
- *Ökad erkänsla och respekt är betydelsefullt för stabilare närvaro och medarbetarskap (arbetstillfredsställelse och engagemang).* Dessutom hade god stämning, förtroende och tillit till närmsta chef, måltydighet, ett stärkt ledarskap och engagemang betydelse för närvaro och medarbetarskap.
- *Andelen långtidssjuka kvinnor har minskat under perioden, särskilt i de bredare satsningarna samt bland åldersgruppen 45-54 år.*

I diskussionen läggs betoning på praktiska implikationer av resultaten och erfarenheter av hälsofrämjande arbetsmiljöarbete i social service.

BAKGRUND

Bland personal inom kommunal social service och skola finns en hög förekomst av arbetsrelaterad ohälsa och låg förekomst av frisknärvaro på arbetsplatsen. Ett flertal tidigare studier inom arbetsliv och hälsa visar att förhållanden och villkor i organisationen och på arbetsplatsen är relaterade till arbetsohälsa och sjukskrivning. Trots detta har majoriteten av de empiriska studierna inom arbetshälsa ett individ- och ett ohälsoperspektiv. Det finns flera studier som har försökt ge förklaringar till ohälsa, medan det finns färre studier om de faktorer som skyddar mot ohälsa eller främjar hälsa. Det finns också en brist på kunskap om de faktorer som har betydelse för implementering, genomförande och effekt av hälsofrämjade satsningar.

Hälsofrämjande satsningar på arbetsplatsen

Hälsofrämjande ansatser har ofta sin teoretiska utgångspunkt i ett salutogent perspektiv, vilket fokuserar på orsaker och mekanismer som leder till hälsa, och inte sjukdom (patogent perspektiv) (Antonovsky 1979; Antonovsky 1984). Definitioner av begreppet hälsofrämjande är dels stipulativa, dvs. görs utifrån vad för slags handlingar som kan vara hälsofrämjande, och dels normativa, dvs. vad man ska rikta sina insatser för eller emot för att främja människors hälsa. Hälsofrämjande beskrivs ofta i litteraturen i termer av dess mål, som en process eller som en eller flera aktiviteter (Medin och Alexandersson 2001). WHO:s (1986) definition av hälsofrämjande betonar egenkontrollen och processen att förbättra hälsa och välbefinnande. Detta inbegriper ett hälsomedvetande och handling bland individer och grupper; att identifiera och realisera goda förutsättningar och att hantera eller förändra sin omgivning/miljö .

Hälsofrämjande insatser på arbetsplatser ses som ett mycket brett begrepp med såväl individinriktade friskvårdssatsningar som psykosocialt och organisatoriskt arbetsmiljöarbete. Det vida begreppet innebär både en komplexitet av, och en nödvändig fokusering på de strukturella förhållanden som representerar normer och förutsättningar. En svensk definition har formulerats av Thomsson & Menckel (1997) utifrån intervjuer med ledande forskare och praktiker inom området:

Hälsofrämjande på arbetsplatser inkluderar alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar, och som syftar till att bereda vägen för deras hälsa. Hälsofrämjande arbetsplatser befattar sig med orsaker till ohälsa, men fokuserar på möjligheter till god hälsa. Hälsofrämjande arbetsplatser syftar till att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden.

Den enskilda arbetsplatsen lyfts ofta fram som den viktigaste arenan för att göra arbetet till något som främjar hälsa istället för att bidra till ohälsa. Det finns olika synsätt på hur detta ska genomföras. Enligt ett synsätt är hälsan produkten av individens hälsobeteende och ansvar för sin egen hälsa. Hälsofrämjande satsningar med denna ansats är individfokuserade, fokuserande vanor, attityder och beteende. Arbetsplatsen är en arena för detta hälsofrämjande arbete som t ex kan vara fysisk träning, stresshantering, rökavvänjning, viktreduktion mm. Enligt ett annat synsätt påverkas hälsan av många olika aspekter, varav flera är utanför individens kontroll. Utan att bortse från individens egenansvar betonas den hälsofrämjande miljön som mest betydelsefull för kunna att påverka hälsan. Det finns inte endast en enda och gemensam lösning för att få en mer hälsofrämjande arbetsmiljö. Vad som är hälsa på arbetet och vad som behöver åtgärdas

behöver analyseras och diskuteras på den enskilda arbetsplatsen. Detta innebär att det som bedöms som mest angeläget varierar från arbetsplats till arbetsplats.

Luxemburgdeklarationen för hälsofrämjande arbetsplatser betonar att en blandad filosofi är det bästa. Även WHO (2002) betonar ett tillvägagångssätt med en helhetssyn på främjande av arbetshälsa, där individen är subjekt, snarare än objekt:

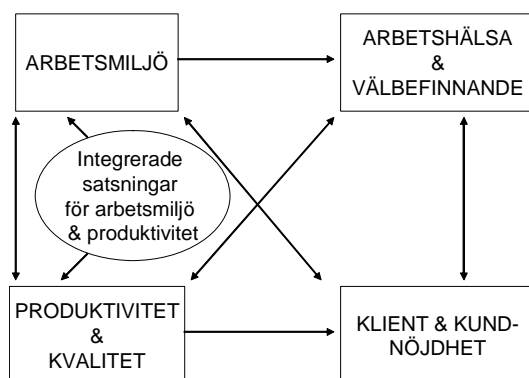
Promotion of work ability is composed of: 1) actions directed to maintain and improve employees' physical and mental health and social wellbeing; 2) actions directed to competence building, better control of work, encouragement and motivation; and 3) actions directed to developing work environment, work processes and work community that are safe and healthy (s.30).

Breddad syn på hälsofrämjande satsningar på arbetsplatser

I WHO's Bankokdeklaration om hälsofrämjande (2005) betonas det globala ansvaret. Man vill här se ett större ansvarstagande hos företag för de anställdas, och deras familjers, behov av sjukvård, förebyggande och främjande insatser.

I det nya avtalet FAS05, ett avtal i samverkan mellan centrala parter i kommuner, landsting och regioner, betonas att hälso- och arbetsmiljöarbetet ska ske i samverkan och med breddad och fördjupad kompetens inom hälso- och arbetsmiljöfrågor. Målet är att förena välfungerande verksamheter med ett långsiktigt hållbart arbetsliv. Ett fungerande samverkanssystem, menar man, ska ge förutsättningar för ett positivt arbetsklimat och en god hälsa och arbetsmiljö där delaktighet, inflytande och utveckling är en rättighet för alla medarbetare.

Hälsofrämjande insatser kan inrikta sig mot att organisera arbetet på ett sådant sätt att det gemensamt kan öka både hälsa och kapacitet. Kristensen (2005) påminner om att arbetsplatsens syfte är att producera saker och service, och inte tjäna som arena för interventionsstudier. Vid interventionsstudier, kan grad av kontakt och gemensamt engagemang/ansvar med arbetsplatsen skilja. Organisationen/företaget kan: (1) acceptera studien, (2) ge tillgång till arbetsplatsen, medarbetare och skrivna dokument, (3) vara verklig samverkans-/samarbetspartner, satsningen är en prioriterad del av arbetsplatsens utvecklingsfrågor. Arbetsplatsen måste också tjäna på att delta i interventionsstudien, för att se den som angelägen. Målområden och utfall som är relevanta för kärnverksamheten bör därför finnas med. Metodik för satsningar som har integrerat perspektiven arbetsmiljö, arbetshälsa, kvalitet och ökad produktivitet/prestation bör därför utvecklas och studeras mer, enligt Kristensen (figur 1) (Kristensen 2005).



Figur 1 Sirdal-modellen av arbetsmiljö, arbetshälsa, produktion och kund/klientnöjdhet.

Som beskrivits ovan skapas arbetshälsa dels genom vad medarbetarna tar med sig till arbetet (i form av personliga resurser, hälsovanor, synsätt, attityder, värderingar och nedärvda förutsättningar för hälsa), och dels hur arbetet påverkar medarbetares hälsa (i form av organisering av arbetet, fysiska och psykosociala risk- och friskfaktorer) (Shain och Kramer 2004). Målet med hälsofrämjande satsningar är ofta att öka arbetshälsan och minska kostnader för medarbetares sjukdom, sjukfrånvaro och förtidspensionering. Ett, genom personalregister mätbart, utfall för hälsa och kostnadsminskning är *stabil närvaro*, dvs få/inga sjukskrivningsdagar, vilket även kan benämnas långtidsfriskhet (ibland även utan kännedom om de anställda är friska eller inte). Ett annat mål är att öka produktivitet och arbetstillfredsställelse hos anställda. Ett begrepp som inrymmer både arbetstillfredsställelse, produktivitet och ansvarstagande hos anställda är *medarbetarskap*. Det är ett begrepp som oftare har använts retoriskt av arbetsgivare än som mätetal i forskningssammanhang. I SAMS-studien användes både stabil närvaro och medarbetarskap (arbetstillfredsställelse, engagemang, prestation) som utfall.

För implementering och genomförande av hälsofrämjande satsningar har stöd från ledare stor betydelse. Detta har visats i några tidigare studier, dock har vi fortfarande lite kunskap om hur ledarskapet har betydelse för arbetshälsa och i vilka sammanhang. Arbetsklimat och de egenskaper som brukar inrymmas i begreppet medarbetarskap har säkerligen stor betydelse, både i sig själv och i interaktion med ledarskapet. Dessa processer har i SAMS-projektet studerats med både kvantitativ och kvalitativ metodik.

I denna slutrapport beskrivs först SAMS-projektet inklusive de olika hälsofrämjande projekten. Därefter följer forsknings- och utvärderingen av SAMS-projektet. Efter metodbeskrivningen redovisas varje frågeställning var för sig med bakgrund och resultat. Sist följer diskussion med vikt på praktiska implikationer och tillämpning.

SYFTE

Syftet med forsknings- och utvärderingsarbetet var att öka kunskapen om förhållanden på individ-, grupp- och organisationsnivå som har betydelse för genomförande, effekt och utvärdering av hälsofrämjande satsningar bland kommunal personal inom social service.

Frågeställningar

1. Har de hälsofrämjande satsningarna medfört ökad arbetshälsa, stabil närvaro och medarbetarskap?
2. Har de hälsofrämjande satsningarna medfört bättre förutsättningar för stabil närvaro och medarbetarskap, såsom förbättring avseende delaktighet, erkänsla/feedback, målnivå/måltydlighet, minskad tidspress, tillit, stabilitet, stämning, ledarskap och kompetensutveckling?
3. Vilken betydelse har olika former av hälsofrämjande interventioner? Vilka är de särskilda utmaningarna vid olika former av interventioner?
4. Vad har främjat eller hindrat genomförandet eller effekten av de hälsofrämjande åtgärderna?

SAMS-Projektet

SAMS-projektet var ett projekt som skedde i samarbete mellan Göteborgs Stad och Arbets- och miljömedicin i Väst under 2002-2005. SAMS är akronym för systematiskt hälsofrämjande *arbetsmiljöarbete* inom social service och skola. Vinnova finansierade det forsknings- och utvecklingsarbetet (FoU) som genomfördes av Arbets- och miljömedicin samt delar av det implementeringsarbetet som genomfördes av Göteborgs Stad. Göteborgs Stad gav kommuncentralt ekonomiskt, och samordnande administrativt, stöd till 21 olika hälsofrämjande projekt inom social service och skola.

Syftet med FoU-samarbetet var att öka kunskapen om förhållanden på individ-, grupp-, eller organisationsnivå som har betydelse för genomförande, effekt och utvärdering av hälsofrämjande satsningar bland kommunal omsorgspersonal. Detta för att ge ökade förutsättningar för medvetenhet och handlingsberedskap avseende hälso- och arbetsmiljöfrågor, samt utveckla en mer dynamisk metod för utvärdering av hälso- och arbetsmiljöarbetet.

Projektgrupper och roller

Styrgruppen har bestått av stadsdelschef Margareta Ridelius, tf personalchef Gunilla Fritzen från Göteborgs Stad samt klinikchef/professor/överläkare Mats Hagberg från Arbets- och miljömedicin.

Projektledning Projektledare för SAMS var processledare Helen Torstensson vid stadskansliet, Göteborgs Stad. Projektledare för FoU i SAMS var forskare och enhetschef Lotta Dellve vid Arbets- och miljömedicin i Göteborg.

Arbetsgrupp – Forskning och utvecklingsarbete I forsknings- och utvecklingsarbetet medverkade framförallt Lotta Dellve, Katrin Skagert och Rebecka Wilhelmsson från Arbets- och miljömedicin. Mats Eklöf och Jesper Eriksson har bidragit i slutet av processen.

Arbetsgrupp – Utveckling av systematiskt arbetsmiljöarbete En arbetsgrupp bildades för utveckling av systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete. Förutom de båda projektledarna bestod arbetsgruppen av ledare, medarbetare, hälsoutvecklare, personalutvecklare, utvecklingssekreterare och medarbetarcoacher från Göteborgs Stad med lång erfarenhet av arbetsmiljöarbete och hälsofrämjande arbete. Dessa var Maud Hammarling/SDF Backa, Maria Thynell/SDF Linnéstaden, Britta Högmark-Härdner/Medarbetarcentrum, Maria Tuvegran/SDF Bergsjön, Poul Christiansen/SDF Tuve-Säve, Margareta Stensson/SDF Majorna, Marita Ammon/SDF Biskopsgården och senare i processen Katrin Skagert/SDF Gunnared. Gruppens uppgift var att medverka i utformningen av analysverktyg och utbildningsmaterial för hälsofrämjande systematiskt arbetsmiljöarbete. Materialet kommer finnas tillgängligt på Arbets- och miljömedicins hemsida (www.amm.se) och på Göteborgs Stads hemsida (www.goteborg.se) fr o m våren 2006. Dessa kan användas på arbetsplatser i arbetet med att analysera förhållanden i den psykosociala arbetsmiljön som kan bidra till stärkt arbetshälsa, arbetstillfredsställelse och engagemang.

Arbets- och miljömedicin utvärderade projekten, gav återkoppling och medverkade aktivt i spridning av forskningsbaserad kunskap, erfarenheter och resultat. Forsknings och utvärderingsarbetets första del bestod av kartläggning och analys av

implementeringsprocessen. Det andra steget bestod av kvantitativ analys avseende förekomst och förändring i hållbar arbetsförmåga och medarbetarskap på individ och arbetsplatsnivå under en treårsperiod. Under hela processen har intervjuer individuellt och i grupp genomförts för att få djupare förståelse för hinder och möjligheter i för hälsofrämjande arbete på arbetsplatser i social service och skola. Resultat och erfarenheter redovisas i denna rapport.

Göteborgs Stads uppdrag i SAMS var att driva de hälsofrämjande projekten samt ombesörja informationsspridning och implementering av resultat från FoU. I samverkan med fackliga organisationerna tog Göteborgs Stad fram en handlingsplan för sänka sjukfrånvaron och främja en god arbetsmiljö. För att stödja det lokala arbetet med arbetsmiljön blev bl a medel till lokala projekt för att åstadkomma hälsofrämjande arbetsplatser en prioriterade åtgärd på kommungemensam nivå. Under våren 2002 kunde lokala enheter söka medel till hälsofrämjande förändringsarbete på arbetsplatser. Nedanstående kriterier skulle vara uppfyllda:

1. Förändringsförslaget skall ha en hälsofrämjande inriktning, utifrån hur arbetsplatsen ser på hälsa på arbetet. Förslagen skall formars utifrån en levande dialog mellan medarbetare och chef på arbetsplatsen. Nyskapande inslag kommer att premieras.
2. Förändringsförslaget skall utgå från arbetsgruppen syn på vad som behöver förändras. Bifoga dokumentation från arbetsplatsträff. Om förslaget berör frågor som inte är delegerade till arbetsplatsträffen, skall förslaget lyftas till den samverkansnivå som äger frågan. Information om förändringsarbetet skall även gå till förvaltningssamverkansgrupp.
3. Nuläget och förväntad förändring skall knytas till någon/några frågor i medarbetarenkäten eller aktuellt mätetal inom "Balansen".
4. Förslaget skall antingen implementera tidigare forskning inom området, eller knyta till sig forskare/högskolestudent som följer arbetet. Stadskansliet kan bidra med tips om hur man får kontakt med lämplig person.
5. Det skall framgå hur och av vem utvärdering skall ske.
6. Den deltagande arbetsplatsen får vara beredda att berätta om sitt förändringsarbete vid eventuella temadagar eller ta emot studiebesök

Drygt 40 ansökningar med olika inriktningar på hälsofrämjande åtgärder inkom. Medel till 21 projekt beviljades till en summa av ca 5 miljoner för genomförandet av interventionerna.

Kunskapsförmedling och återkoppling till deltagare och ansvariga

Kunskapsförmedling har skett kontinuerligt till projektledarna vid nätverksträffar och vid seminarier för arbetsgrupper och ledningsgrupper. Dessutom har resultat och erfarenheter från SAMS-projektet förmedlats vid

- Heldagskonferensen: "Synsätt, arbetssätt och verktyg för hälso- och arbetsmiljöarbete", 2004. Den ordnades inom SAMS-projektet och 350 kommunalanställda medarbetare och ledare i Göteborgs Stad deltog. Vid det tillfället presenterades övergripande resultat och samtliga projekt.
- Ett heldagsseminarium i samarbete med Arbetsmiljöforum/Träffpunkt arbetsmiljö, företagsläkarföreningen, ALI och IVF: "Hälsa är lönsamt". Goda exempel upp från vård och social service samt från industri presenterades och diskuterades.

- Kvalitetsmässan i Göteborg 2005. Där demonstrerades och presenterades Arbetsmaterialet för att stödja hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap” i sin preliminära version. Intresseanmälningar togs emot.
- Presentation och diskussion hos IVA-projektet ”Framgångsrika friska företag” (3F) i Göteborg 2004 och 2005
- Företagsläkarutbildningen, kursen ”Hälsofrämjande inom FHV”, 2005
- ”Sjukskrivning och långtidsfriskhet” - GR:s utbildningsdag, 2005
- NIVA. Nordisk kurs för forskare och policymakers i arbetsmiljö och arbetsmedicin i Köpenhamn 2005
- Internationella konferenser:
 1. Wien, Österrike, 2003. (European Conference on Organizational Psychology and Health Care “Change and Quality in Human Service Work”)
 2. Modena, Italien 2004 (12th Congress of the ICOH Scientific Committee).
 3. Stockholm 2005 (6th IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion).
 4. Dresden, Tyskland, 2005. (IXth European Conference on Organizational Psychology and Health Care “Psychosocial resources in human service work”)

Implementering

En arbetsgrupp bildades för att bidra i utvecklingen av en mer dynamisk metod för utvärdering av hälso- och arbetsmiljöarbetet (se arbetsgrupp, ovan). Gruppen diskuterade och tog ställning till ett flertal frågor som rör hälso- och arbetsmiljöarbete inom Göteborgs kommun. Ett arbetsmaterial utvecklades för hälsofrämjande arbetsmiljöarbete: ”Ett arbetsmaterial för att stödja hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap - Att använda i det systematiska hälso- och arbetsmiljöarbetet”. Till materialet finns fördjupning i dialogfrågor som utgår från medarbetarenkäten ”Medarbetardialogen – för utveckling av den psykosociala arbetsmiljön”. Metodik för analys av medarbetarenkäten utvecklades i samarbete med Linnéstaden.

Erfarenheter och kompetens från SAMS-projektet implementerades i flera utvecklingsgrupper inom GBG stad, t ex utvecklingsgrupp för medarbetarenkät, ledarutbildning, processkartläggning, nyckeltal, kompetensförsörjning. Ett pilotprojekt startade delvis som följd av SAMS-projektet i stadens norra stadsdelar. Pilotprojektet syftade till att utveckla hälsofrämjande ledarskap och öka användbarheten av arbetsmaterialet.

Form och organisation av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet

De hälsofrämjande interventionerna hade olika inriktning och innehåll. De indelades och analyserades i teman utifrån innehåll och inriktning:

1. Hälsa, gemenskap och friskvård på enhetsnivå
2. Professions- och kompetensstärkande satsningar
3. Utveckling av arbetsprocesser och arbetsuppgifter
4. Förvaltningsövergripande organisering av det systematiskt hälsofrämjande arbetet

Uppgifter om de enskilda projekten, inkl deras kontaktpersoner, finns i delrapporten: ”Synsätt, arbetssätt och verktyg för hälso och arbetsmiljöarbete. Systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete i social service och skola i Göteborgs Stad”.

Hälsa, gemenskap och friskvård på enhetsnivå

Flera projekt satsade på friskvårdsinsatser för medarbetare på den lokala arbetsplatsen. Ofta startade insatserna med en individuell hälsobedömning med målsättningar och råd om anpassad träning. Dessa följdes i vissa fall upp. En del projekt samarbetade med företagshälsovården medan andra utvecklade egna personalresurser såsom hälsoutvecklare, hälsopedagoger och hälsoombud. Dessa var coacher som initierade, planerade och genomförde tränings- och friskvårdsprogram. Som hjälpmedel användes träningsdagböcker eller friskvårdskontrakt. Friskvårdssatsningarna innehöll till exempel:

- Fysisk träning
- Massage, värmebehandling, fotvård
- Stresshantering, kostutbildning
- Prova-på-aktiviteter, föreläsningar och diskussioner om hälsa och egenvård
- Hälsosamtal med medarbetare och arbetsgrupper
- Utbildning av hälsoombud på enheten
- Gemensamhetskapande aktiviteter såsom personalfest och internat med personalsociala och fysiska aktiviteter.

Professions- och kompetensstärkande satsningar

De professions- och kompetensstärkande satsningarna har syftat till att utveckla en lärande och stödjande arbetsmiljö genom att ta tillvara och förädla resurser i arbetsgrupper och hos individer – detta för att stärka förutsättningarna för hållbar arbetsförmåga.

Ett sätt var att införa kollegial handledning då medarbetare utbildades i processhandledning för att vara stöd i pressande arbetssituationer. Stödgrupper bildades som användes i krissituationer och vid gruppdiskussioner med fokus att skapa förutsättningar för balans och kommunikation i arbetet. Kollegial handledning, eller mentorskap, fanns exempelvis i skolor där erfaren personal handledde nyutbildade kollegor. Tanken var att den äldre personalen skulle få minskad belastning genom färre undervisningstimmar samtidigt som nyutbildade fick kollegial stöttning för att lära sig yrkets komplexitet. Den kollegiala handledningen kom att utvecklas till grupphandledning för arbetslag.

Handledning och utbildning har även skett genom externa resurser för arbetsgrupper som upplever känslomässigt svåra möten med människor, stress och/eller utanförskap. Detta har syftat till att stärka och tydliggöra yrkesrollen, skapa ett positivt samarbete med ”klienter” och andra arbetslag, ge verktyg att hantera samarbetsvårigheter och konflikter, lära sig gränssättning och få ett ökat stöd genom arbetsgruppen.

Utveckling av arbetsprocesser och arbetsuppgifter

Dessa satsningar hade samtliga en direkt koppling till arbetet. Projekten hade något olika målsättningar, till exempel:

- att tydliggöra arbetsprocesser och utveckla arbetsuppgifter

- att utveckla datorstöd för löpande arbetsuppgifter, dokumentation, kommunikation och planering
- att utveckla det systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbetet
- att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap
- att integrera personalekonomiska synsätt i det systematiska arbetsmiljöarbetet

Övergripande mål var att öka medarbetarnas inflytande och ansvar i förbättringsarbetet, utveckla kommunikation, samverkan och planeringsprocesser. Satsningar för att tydliggöra arbetsprocesser och/eller utveckla det systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbetet inleddes ofta med en kartläggning som skedde genom datorstöd, gruppdiskussioner, flödesdiagram och/eller externa konsulter. Analysen fortsatte genom diskussioner, samtal och reflektioner, ibland med hjälp av ”träddiagram” och ”släktskapsdiagram”. Förändring av arbetstid och arbetsflöde skedde mot bakgrund av att man såg möjligheten till en ”vinna-vinna situation”, där personalen skulle få ökad tid för återhämtning och verksamheten en ekonomisk vinst i form av minskade sjukskrivningskostnader, alternativt bättre utnyttjande av arbetstiden. Medarbetarna utbildades i bland annat dator/IT-användning, i förändringsarbete och i arbetsmiljöarbete. I vissa projekt fanns riktad handledning och utbildning för skyddsombud och ”förbättringsledare”.

I de satsningar som syftade till att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap hade man tydliggjort ledarskapet genom att tillsätta formella mellanchefer/arbetsledare, haft dialoger och föreläsningar med ledare om hälsoutvecklingen, hälsofrämjande ledarskap, kommunikativt ledarskap, att prioritera, att utveckla arbetsglädje, hur man inspirerar, väcker lust och är en bra förebild. Dessa skedde i samarbete med företagshälsovård, konsulter eller anlitade föreläsare.

Förvaltningsövergripande systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

Några bredare satsningar hade implementerat ett förhållningssätt i hela förvaltningen som fokuserade resurser och verkade för bättre hälsa. Kännetecknande för dessa satsningar var att idén till satsningen skett i förvaltningens ledningsgrupp där man hade uppmärksammat behovet att särskilt fokusera hälsofrämjande frågor. Detta behov har man försökt tillgodose utifrån flera perspektiv: hälsofrämjande-, rehabiliterings-, medarbetar-, individ-, ledar- samt hälsoekonomiskt. Aktiviteterna har rört sig på olika nivåer: på individnivå har man arbetat med friskvård. På gruppnivå har man arbetat med att medvetandegöra om hälsa. På lednings-/förvaltningsnivå har man arbetat med att medvetandegöra och att knyta kvalitet, ekonomi och arbetshälsa närmare i retorik och praktik. Utbildning/föreläsningar har genomförts med arbete, arbetsmiljö och hälsa som tema. Ledningsgrupper har skapats i syfte att arbeta med kvalitet och hälsofrämjande frågor. Strukturerade arbetssätt för hälsosamtal, systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsarbete har tagits fram av personalavdelningen. Alternativa former av företagshälsovård har provats. Försök med att göra hälsobokslut har gjorts i samarbete mellan personalavdelning och verksamhetsledning.

METOD

Utvärderingsprocessen

Utvärderingen av projekten har skett stegvis med både kvalitativ och kvantitativ metodik.

Kvalitativ studie av implementeringsprocessen

I ett första steg ett intervjuades samtliga projektledarna och i de fall de inte var ansvariga för arbetsmiljöarbetet intervjuades även dem. 26 ledare intervjuades. Med kvalitativ metodik (grounded theory) analyserades och kategoriserades interventionerna avseende inriktning och implementering. Resultat från den kvalitativa delstudien har presenterats i sin helhet i en tidigare rapport (Skagert et al. 2003). I denna rapport sammanfattas huvudresultaten i resultatdel C.

Kvantitativ studie av effekt avseende arbetshälsa/sjukskrivning och medarbetarskap

I nästa steg utvärderades effekt på arbetshälsa/sjukskrivning och förutsättningar för arbetshälsa genom analys av medarbetarenkät och sjukfrånvaro/stabil närvaro 2002-2004. Dessutom analyserades effekter per form av hälsofrämjande projekt. Resultaten från baslinjemätningen samt ett- och tvåårsuppföljningen presenteras i denna rapport i (resultatdel A, B och C). Då det fanns bristande kunskap om måttet stabil närvaro (långtidsfriskhet) undersöktes även relationen mellan 0-7 sjukskrivningsdagar per år och indikatorer på goda förutsättningar på arbetsplatsen (resultatdel E).

Kvalitativ värdering av främjande och hindrande förhållanden i interventionsprocessen

Under hela projekttiden 2002-2005, undersöktes med kvalitativ ansats stödjande förhållanden och hinder för genomförande och effekt av de hälsofrämjande interventionerna och även det systematiska arbetsmiljöarbetet. Genom kvalitativa intervjuer (individuella och i fokusgrupp) insamlas data om hur de hälsofrämjande satsningarna fortlöpte, särskilt avseende identifiering av främjande och hindrande förhållanden. Urvalet var till en början strategiskt för att täcka upp en variation av informanter och senare teoretiskt, baserat på preliminära kategorier. Ledare, arbetstagare och personal vid personalavdelningar intervjuades. I fokusgrupper ringades centrala problemområden in vilka vägledde den fortsatta datainsamlingen och urvalet av informanter. Förutom intervjuer analyserades projektdokument: ansökan och slutrapport. De kvalitativa intervjuerna genomfördes med medarbetare (n=80), första och andra linjens chefer (n=30), och handläggare vid personalavdelningar inom de olika förvaltningarna (n=10). Intervjuerna med medarbetare skedde i fokusgrupper med 3-12 informanter i varje grupp. Resultat från den kvalitativa värderingen presenteras i denna rapport (resultatdel D).

Undersökningsgrupp

Interventionsgrupp

I undersökningsgruppen ingår de 21 hälsofrämjande projekt. Då vissa projekt innehöll olika satsningar indelades de i 34 projekt vid analys. SAMS-projekten omfattade 3275

individer vid start 2002, varav de flesta (88 %) var kvinnor och 61 % var över 45 år (tabell 1). Personal från äldreomsorg och skola representerade en fjärdedel var.

Jämförelsegrupp

En jämförelsegrupp valdes slumpvis ut från samtliga enheter inom Göteborgs Stad som inte erhållit kommuncentrala medel för hälsofrämjande utvecklingsarbeten under undersökningstiden. Till varje arbetsplatsenhet (utom de två förvaltningsövergripande projekten samt enheter inom Altbo, språkenheter och individ- och familjeomsorg) som ingick i interventionsgruppen valdes två enheter från samma bransch. I jämförelsegruppen ingick 2 kostenheter, 2 stadenheter, 4 hemtjänstenheter, 4 skolor samt 2 stadsdelar med all skolverksamhet, 8 förskolor samt 2 stadsdelar med att skolverksamhet, 16 äldreboende och två sjukhemenheter. Totalt inkluderade detta 1383 individer, varav 92 % var kvinnor och 53 % var över 45 år. I jämförelsegruppen fanns vid baslinjemätningen 2002: 394 anställda inom skola, 376 inom förskola, 556 inom äldreomsorgen (varav 463 inom äldreboende, 68 inom hemtjänst, 25 inom sjukhem), 27 inom kost och inom städverksamhet.

Tabell 1 Beskrivning av interventionsgruppen

		Interventionsgrupp n
		2002, 2003, 2004 n
Alla		3275, 3387, 3804
Kön	Kvinnor	2875, 2941, 3323
	Män	400, 446, 481
Ålder	-24 år	70, 108, 47
	25-34 år	437, 517, 583
	35-44 år	770, 802, 906
	45-54 år	1052, 1063, 1189
	55+ år	946, 899, 1079
Verksamhet	Skola, skolbarnomsorg	886, 909, 995
	Förskola	713, 736, 775
	Äldreomsorg (inkl hemtjänst, sjukhem, äldreboende)	851, 885, 1074
	Funktionshinder	261, 281, 338
	Individ o familjeomsorg	158, 160, 163
	Fritid	40, 50, 47
	Gemensam verksamheter	208, 211, 223

Baslinje- och uppföljningsmätningar



Utfallsvariabler

Som utfallsvariabler räknades arbetshälsa i form av *stabil närvaro* (dvs ingen eller få dagar sjukfrånvaro per anställd och år) eller *långtidssjukfrånvaro* (>60 dagar), stress och symptom/besvär som uppfattades komma från arbetssituationen. Statistik avseende sjukskrivning och närvaro har inhämtats på individnivå från centrala anställningsregistret vid stadskansliet.

Ett annat utfall var *medarbetarskap*. Medarbetarskap inbegrep i denna studie arbetstillfredsställelse, engagemang och prestation, dvs att arbeta aktivt för att tillföra och förbättra verksamheten. Tre frågor från den årliga medarbetarenkäten som bäst motsvarade detta valdes ut. De analyserades som enskilda frågor. Dessa var:

1. Om du gör en helhetsbedömning, hur nöjd är du med din nuvarande arbetssituation? (mått på arbetstillfredsställelse)
2. Jag känner mig engagerad i det dagliga arbetet (mått på engagemang)
3. Jag känner att jag bidrar till förbättringar i arbetet (mått på eget bidrag/prestation)

Förklarande faktorer

Data från den årliga medarbetarenkäten inom kommunens arbete med balanserade styrkort användes för att studera effekt av åtgärderna. Dessa enkäter distribueras av SCB och skickas ut till samtliga anställda i Göteborgs kommun. Förklarande faktorer för arbetshälsa och medarbetarskap analyserades. Dessa frågor valdes teoretiskt ut, från den årliga medarbetarenkäten, enligt ansträngnings - belöningsmodellen och regleringsmodellen (se resultatavsnitt B).

Dessutom gjordes stratifierade analyser avseende implementerings- och delaktighetsprocesser. Dessa hade kategoriserats i den kvalitativa och första delstudien, innan data från medarbetarenkäten och personalregistret fanns tillgängligt. Den forskare som kategoriserade projekten deltog ej heller i den kvantitativa analysen.

Datakällor

Medarbetarenkät för 2002, 2003 och 2004 analyserades. Projekten indelades i de minsta mätbara enheter (med >7 anställda) som motsvarade satsningen. De 21 projekten indelades på det sättet i 34 enheter. De projekt som inte överrensstämde med medarbetarenkätens minsta mätbara enhet exkluderades. Data från medarbetarenkäten erhöles enbart på arbetsplatsnivå.

Sjukfrånvaro och närvaro under 2002, 2003 och 2004, på individnivå, togs fram från det centrala personalregistret. Dessa data analyserades både på individnivå och aggregerat på den arbetsplatsnivå som motsvarade data från medarbetarenkäten.

Analys

I den *statistiska* analysen har beskrivande statistik (medelvärden, procent) använts i beskrivningen av metodik vid utvecklingsprocesserna samt för analys av effekt av åtgärderna. Andelen sjukskrivna och icke-sjukskrivna anges i procentsatser per undersökt grupp. Konfidensintervall (KI) för andelarna har använts för att undersöka om det finns skillnad mellan grupper. Samband har analyserats med hjälp av prevalenskvoter (PR) samt med univariat regressionssanalys (vid kontinuerliga data, betavärdet anger riktningen på sambandet) avseende förklaringar till ökad/minskad närvaro/sjukskrining eller medarbetarskap.

I den *kvalitativa analysen* jämfördes deskriptiva data mellan temaområdena samt över tid. Intervjuerna analyserades med enklare innehållsanalys. Samtliga intervjuer bandades och cirka hälften av intervjuerna skrevs ut. I den kvalitativa reflektiva värderingen lades data från intervjuerna samman med resultat på relevanta frågor i medarbetarenkäten. Analys av ledarskap och implementeringsprocesser skedde med grounded theory metodik (Charmaz 2000, Dellve et al. 2002).

RESULTAT

A. Arbetshälsa inom social service

Bakgrund

Hälsa

Hälsa är ett sammansatt begrepp som inkluderar flera olika element: medicinska diagnoser och sjukdomstillstånd, funktionshinder och funktionsförmåga, upplevelse av välbefinnande, förmåga att hantera utmaningar och svåra händelser (copingresurser), personlig attityd mm. I en definition innebär hälsa att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och att kunna förverkliga sin personliga mål (Nordfelt 1993). I en annan definition innebär hälsa känslan av sammanhang, dvs att individen i sin situation känner hanterbarhet, begripbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 1979). I arbetslivet kan begriplighet stärkas genom exempelvis kunskap, dialog och feedback. Hanterbarhet kan stärkas genom att stärka resurser för handlingsförmåga, öka kompetens, påverkansmöjligheter och delaktighet. Meningsfullhet i arbetslivet innebär t ex att vara motiverad, att känna att man utför meningsfulla uppgifter och att de egna och organisationens värderingar överensstämmer (Hansson 2004). Hur man själv upplever hälsa skiljer sig från individ till individ. Man kan exempelvis må bra fast man har en sjukdom – och må dåligt fast man är frisk i medicinsk mening (Eriksson 1984). I det hälsofrämjande arbete betonas en helhetssyn på hälsa (Hansson 2004).

Sjukskrivning och hållbar arbetsförmåga

Sjukfrånvaro kan ses som en indikator på ohälsa. Dagens sjukförsäkring medger sjukfrånvaro vid medicinska skäl. Sjukfrånvaro kan vara en handling som oftast är relaterad till ohälsa men det kan även vara en handling som inte är relaterat till ohälsa hos individen. Med den sk sjukflexibilitetsmodellen kan sjukfrånvaro pga ohälsa ses i ett handlingsteoretisk perspektiv där villkoren i och utanför arbetet kan påverka besluts- och handlingsutrymmet som föregår sjukskrivning (Johansson och Lundberg 2004). Människor bedömer sin egen arbetsförmåga i relation till dels kapacitet, dels den egenbedömda arbetsförpliktelsen i relation till möjligheter till anpassning (Johansson och Lundberg 2004). I sjukflexibilitetsmodellen ingår även motivation och de krav och incitament som kan påverka motivationen till att vara sjukskriven eller ej.

Arbetshälsan kan ses som balans mellan resurser, eller brist på resurser, hos individen och på arbetsplatsen. Begreppet hållbar arbetsförmåga har definierats som en dynamisk funktion av relationen mellan resurser och krav hos individen och dennes arbetsförhållanden (Tuomi et al. 1997). Hållbar arbetsförmåga, mätt som icke-sjukskrivning/stabil närvaro, används såsom ett hälso- och prestationsmått inom kommuner och företag men har i mindre utsträckning undersökts empiriskt och diskuterats teoretiskt i forskningen. Däremot har icke-sjukskrivning trots sjukdom diskuterats inom begreppet ”presenteism”. Definitionen av begreppet varierar något. I vissa studier beskrivs presenteism som en situation när en medarbetare är sjuk och borde vara sjukskriven men trots detta är på arbetet (Aronsson et al. 2000; Aronsson och

Gustafsson 2005; Kivimaki et al. 2005). Andra beskriver presenteeism som ett mått på den produktivitetsförlust som blir resultatet av att medarbetare inte kan prestera för fullt ut. Dessa studier tar inte ställning till hurvida personen borde varit hemma eller inte utan fokuserar enbart på hälsans koppling till produktivitet och arbetsförmåga (Shamansky 2002; Burton et al. 2004; Kessler et al. 2004; Burton et al. 2005; Pilette 2005). En möjlig förklaring till denna skillnad i fokus skulle kunna vara variationer i socialförsäkringssystemen eftersom de studier som fokuserar på hälsa kopplat till produktivitet och arbetsförmåga är utförda i USA, och de som ser presenteeism som sjuknärvaro, i Skandinavien. Ett tredje sätt att hantera begreppet presenteeism beskriver den kultur som fostrar långa arbetsdagar och attityden att arbetet bör prioriteras framför övriga delar i livet (McGraw 2000; Sheridan 2004). De flesta studier som berört orsakerna till presenteeism har hittills inriktat sig på biologiska- och livsstilsgrundade risker eller kroniska medicinska tillstånd och sjukdom. Burton et al (2005) visade emellertid att psykologiska variabler har lika stor, eller kanske större betydelse för presenteeism. De visade att det fanns ett starkt samband mellan variabelerna missnöje med arbetet och missnöje med livet och begränsningar i arbetsförmågan (Burton et al. 2005). Samband med presenteeism/stabil närvaro har också hittats med depression, hög stress, och brist på känslomässig balans. Eftersom produktivitet och ohälsa är två mått som kan vara svåra att konkretisera och därmed även att mäta bygger de flesta instrument på självrapport från studiernas deltagare. Oftast mäter instrumenten antingen självupplevd allmän ohälsa eller specifika sjukdomars eller besvärs påverkan på produktiviteten eller arbetsförmågan (Prasad et al. 2004). Ytterligare en indelning av instrumenten kan göras mellan de som mäter arbetsförmåga genom ett antal dimensioner och de som låter deltagarna själva göra en skattning av sin allmänna arbetsförmåga (Kessler et al. 2004). Inom dessa olika, men snarlika, teoretiska resonemang diskuteras således en betydelsefull funktion mellan bedömda krav och förutsättningar på arbetsplatsen med individuella resurser för utfall av sjukskrivning eller icke-sjukskrivning.

Aronsson (2004) undersökte förklaringar till långtidsfriskhet (ingen sjukfrånvaro och ingen sjuknärvaro). Långtidsfriskhet förekom oftare bland män – och förklaringarna skilde mellan kön (Aronsson och Lindh 2004). Tydliga mål, att inte ha tidspress och att ha stöd från chef var tydligare friskfaktorer för kvinnor än män. Skillnaderna analyserades inte närmare men att kvinnor och män återfinns inom olika delar av arbetsmarknaden och inom olika hierarkinivåer samt att de kan socialiseras till att värdera olika nämns som möjliga påverkansfaktorer. Andra faktorer som hade betydelse var resurser att göra ett bra jobb – och vara nöjd med kvaliteten i utförandet (Aronsson och Lindh 2004).

Trots sjukfrånvarons omfattning och konsekvenser är det forskningsområde som rör hållbar arbetsförmåga och sjukskrivning fortfarande outvecklat (SBU 2003). Framförallt finns begränsad vetenskaplig kunskap om vilka förhållanden som har väsentlig betydelse för hållbar arbetsförmåga och hur den lämpligen bör mätas (SBU 2003). Konsekvenserna av detta är idag otydliga. Detta gäller generellt i arbetslivet, men särskilt för de kvinnodominerade yrken som finns inom social service. I jämförande studier förekommer sjukskrivning oftare bland kvinnor än män (Riksförsäkringsverket 2001), i vårdande yrken jämfört med andra yrken (Lidwall 2001) och då särskilt inom äldreomsorgen (Brulin et al. 1998). I en registerstudie fann vi att cirka 20 % av all omsorgspersonal i Sverige under åren 1994-1998 var långtidssjuka mer än 90 dagar (Dellve 2003). Samtidigt fanns en hög andel (ca 80 %) individer med lite sjukskrivning

(dvs ingen sjukskrivning >14 dagar) bland både kvinnor och män i omsorgen (Dellve 2003) och slutenvård (Ritchie et al. 1999).

Förklaringar till sjukskrivning, stabil närvaro och hållbar arbetsförmåga

Förklaringar till sjukskrivning, och även dess relation till hälsa, är multifaktoriell och komplex (Alexandersson 1998). Få tidigare vetenskapliga studier har undersökt förklaringar till stabil närvaro. Bristande arbetsförmåga och sjukskrivning studeras däremot inom flera discipliner, från flera perspektiv, med olika ansatser och på flera strukturella nivåer (Alexandersson och Söderberg 2001).

På *individnivå*, bland vård- och omsorgspersonal, är kvinnligt kön, ålder, lägre socioekonomisk status faktorer som påverkar sjukskrivning men det finns fortfarande lite empirisk evidens om orsakerna bakom sambanden (SBU 2003). I en tidigare studie, där all omsorgspersonal i Sverige inkluderades, fanns stor skillnad mellan kommuners andel av personal med hållbar arbetsförmåga (dvs ingen sjukskrivning >14 dagar). Däremot fanns ingen skillnad mellan hållbar arbetsförmåga och omsorgspersonalens ålders- och könsfördelning (Dellve et al. 2006). En tidigare studie på individnivå fann däremot ett starkt samband mellan ålder och arbetsförmåga (mätt med WAI) bland omsorgspersonal (Pohjonen 2001). Olika besvär som hjärtproblem (Goetzel et al. 2004), artrit (Wang et al. 2003; Burton et al. 2004; Goetzel et al. 2004), och ryggont (Aronsson et al. 2000; Burton et al. 2004), kroniska besvär som astma (Wang et al. 2003) samt livsstilsrisker som dålig kost, högt BMI och för lite fysisk aktivitet (Pelletier et al. 2004; Burton et al. 2005) har visat sig påverka produktiviteten hos anställda.

Förhållanden på *organisations- och arbetsplatsnivå* som kan ha betydelse för sjukskrivning är: fysiska och psykologiska krav (Lagerström et al. 1998; Bourbonnais och Mondor 2001; Virtanen et al. 2001; Dellve et al. 2003), förändringar (Vahtera et al. 2000), omorganisationer och rationaliseringar (Szucs et al. 2003), arbetsgruppsklimat liksom ledarskap (Eriksen et al. 2003). I en tidigare studie fann vi samband mellan god struktur i arbetsmiljöarbetet inom organisation och andel med stabil närvaro (mätt som få sjukskrivningstillfällen >14 dagar per år). Framför allt hade mål, policy, handlingsplaner, avsatt budget för personalvård och arenor för personalens delaktighet betydelse (Dellve et al. 2004). Andra förhållanden på arbetet som kan ha betydelse för hållbar arbetsförmåga är högre utbildning, högre inkomst (Hemström 2002), goda utvecklings- och beslutsmöjligheter samt ett bra socialt stöd (Lund och Borg 1999). Våra tidigare registerstudier visade att andel som inte arbetade heltid förklarade en stor del (35 %) av variationen mellan Sveriges kommuner i förekomst av stabil närvaro bland omsorgspersonal. Kvalitativa studier visade att attityder inom arbetsgruppen till arbetsförhållandena, organisation och samhälle kan spela en avgörande roll för vad man upplevde som arbetsskada och hur man hanterade dem (Dellve 2003).

Orsaksförklaringar till stabil närvaro, undersökta över tid med longitudinella data är mer ovanliga. I en färsk prospektiv studie visade Lindberg et al (2005) samband mellan stabil närvaro och att ha ett fysiskt ansträngande arbete, att arbeta på en stabil arbetsplats (där det inte finns planer på att avsluta verksamheten), att ha en positiv känsla inför arbetet och att ha kraft och energi genom hela arbetsdagen (Lindberg et al. 2005).

Hälsofrämjande satsningar på arbetsplatsen syftar ofta till att sänka sjukfrånvaron. Men då satsningarna i sig har en främjande ansats, och inte preventiv, bör rimligtvis effektutfallet inrikta sig på ökad arbetshälsa och närvaro.

Medarbetarskap

Begreppen ”medarbetarskap” och ”medarbetare” används alltmer istället för arbetstagare eller underordnad. Detta signalerar om nya roller och att gränsen mellan arbetsgivare och arbetstagare, arbetare och tjänsteman, är på väg att suddas ut, åtminstone på det retoriska planet. Som ”medarbetare” förväntas man ta ett större individuellt ansvar, både inom sitt ordinarie arbete och i relation till angränsande verksamhetsområden (Docherty och Huzzard 2003).

Medarbetarskap är, trots ökad användning av begreppet, fortfarande ett begrepp som har flera olika och otydliga definitioner. Det har inte använts inom forskningen i någon större utsträckning. I en definition avser medarbetarskap det sätt som medarbetaren hanterar sin relation till arbetsgivaren och till sitt arbete, dvs ansvarstagande i arbete och ledning över sig själv, ansvar i relation med andra arbetskamrater och gränsdragning arbete - fritid (Hällsten och Tengblad 2002). Medarbetarskap inrymmer flera centrala begrepp som både är olika och snarlika varandra. Dessa är ansvarstagande, prestation, engagemang, motivation, lojalitet, initiativ, arbetstillfredsställelse och empowerment (Hällsten och Tengblad 2002; Johansson 2005). Närliggande begrepp är till exempel work commitment, psykologiskt kontrakt, socialt kapital, empowerment, organisational citizen behaviour, followership, employeeship och worker productivity.

I en intervjustudie med både chefer och medarbetare fungerade en god medarbetare väl i relation till sina kollegor, verksamhet/organisation, arbetsuppgift och sig själv. Vikt lades vid social förmåga, engagemang och intresse (Johansson 2005). Som framgår är individens engagemang och ansvarstagande i arbetet en central dimension av medarbetarskap. Dessa karakteristika har belysts i tidigare forskning, relaterad till begreppet arbetsmotivation, och man har då kunnat konstatera att de har samband med såväl individbundna (Hackman och Oldham 1980) som strukturella förhållanden (Schaufeli och Bakker 2005) i arbetet. Utveckling av medarbetarskap skulle enligt dessa perspektiv behöva inbegripa både individinriktade och organisatoriska åtgärder. En intressant aspekt av medarbetarskap i bemärkelsen engagemang är att detta i vissa fall kan vara negativt ur hälsosynpunkt. Detta skulle ske när individen är så engagerad i arbetet att insatsen blir så stor att individens möjlighet och förmåga till återhämtning allvarligt försämras (Hällsten och Tengblad 2002). I linje med detta skulle det vara hälsofrämjande att med organisatoriska och sociala åtgärder hålla engagemanget på en ”lagom” nivå.

Begreppet har en starkt normativ prägel men kan ändå ligga både i arbetsgivarens och arbetstagarens intresse att utveckla. Eventuella avigsidor av medarbetarskap i form av ökad belastning med krav på engagemang och kunnande har diskuterats. Medarbetaren kan ställas inför problemet att ha frihet att fatta beslut och ta ansvar, men i praktiken är handlingsutrymmet begränsat av regler, avtal, budget, etc. Ett annat problem kan vara att handlingsutrymmet för medarbetaren är stort, men möjligheten att samverka med andra i organisationen är litet. Individen får skapa rutiner själv, utan att kunna ta del av andras erfarenheter och stöd (Backström 2003). Argyris menar att det är svårt att både vara lojal, artig, vänlig och samtidigt aktivt kritisera och ta initiativ. Ett större individuellt ansvarstagande är beroende av möjligheten till reell delaktighet (Argyris 1998).

Arbetstillfredsställelse är ett begrepp som studerats i flera sammanhang. Enligt några definitionen på medarbetarskap ingår det även som en dimension av begreppet (Hällsten och Tengblad 2002). Arbetstillfredsställelse är den positiva känslomässiga attityd en individ har till sitt arbete. Det mäts med en enskild, generell, fråga eller ett instrument med flera dimensioner av tillfredsställelse i arbetet. Relationen mellan arbetstillfredsställelse

och hälsa är inte entydig. I en nyligen publicerad metaanalys visades samband mellan arbetsstillfredsställelse och hälsa. Starkast samband fanns mellan arbetstillfredsställelse och mental hälsa (utmattningsdepression, depression, självkänsla, ångslan). Lägst samband fanns med fysiska symptom, såsom muskuloskeletal besvär (Faragher et al. 2005).

Frågeställning

Har de hälsofrämjande satsningarna medfört ökad arbetshälsa (stabil närvaro, minskad långtidssjukskrivning) och medarbetarskap?

Resultat

Andel med stabil närvaro

Bland medarbetare inom SAMS-projekten hade en tredjedel av all personal inte en enda frånvarodag pga sjukdom under ett år (tabell 2), i jämförelsegruppen var andelen färre (26 %). Ingen övergripande skillnad fanns mellan 2002 och 2004. Andelen med ingen sjukskrivning alls under ett år hade ökat något bland kvinnor och bland 35-44 åringar, men spridningen var stor varför inga entydigt signifikanta skillnader fanns.

De grupper med flest andel med stabil närvaro var män (51 %), de yngsta (43 %) och de äldsta medarbetarna (36 %), modersmållärare (59 %), lärare och sjuksköterskor. Minst andel med stabil närvaro, med max ¼ som inte hade någon sjukdag per år, hade de mellan 35-44 år, anställda inom äldreomsorg, hemtjänst- och vårdpersonal samt personal inom kök och städ. Andelen med stabil närvaro minskade bland män och bland de yngsta under 2002-2004, både i interventions- och jämförelsegruppen.

Tabell 2 Andel (%) personal som inte har någon sjukfrånvaro under ett år inom SAMS-projekten (interventionsgrupp) och i jämförelsegrupp under 2002-2004.

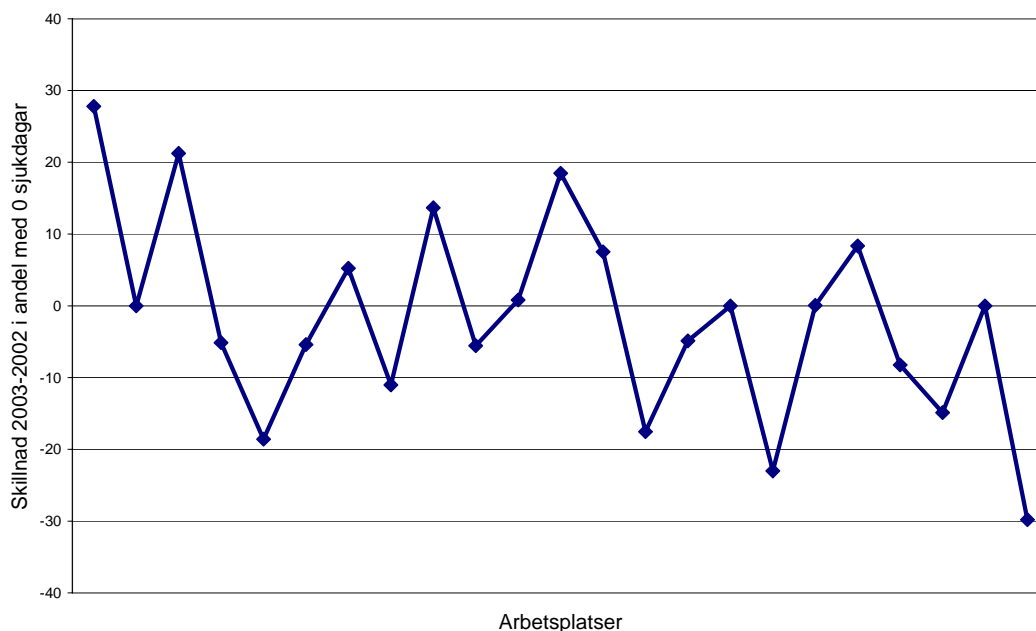
		Interventionsgrupp			Jämförelsegrupp		
		2002 %	2003 %	2004 %	2002 %	2003 %	2004 %
Alla		30	32	31	26	27	28
Kön	Kvinnor	28	30	29	25	26	27
	Män	51	46	42	42	35	37
Ålder	-24 år	43	36	19	22	5	14
	25-34 år	27	30	25	25	21	26
	35-44 år	18	33	30	25	27	27
	45-54 år	36	35	35	29	30	30
	55+ år	35	36	32	26	28	26

Tabell 3 Andel (%) personal med max 7 dagars sjukfrånvaro under ett år inom SAMS-projekten (interventionsgrupp) och i jämförelsegrupp under 2002-2004.

		Interventionsgrupp			Jämförelsegrupp		
		2002	2003	2004	2002	2003	2004
		%	%	%	%	%	%
Alla		58	58	56	35	37	37
Kön	Kvinnor	55	56	54	34	37	37
	Män	75	73	69	37	37	39
Ålder	-24 år	66	57	40	24	20	32
	25-34 år	58	60	56	38	35	40
	35-44 år	58	59	56	39	39	39
	45-54 år	59	60	58	35	41	39
	55+ år	55	55	53	27	32	31

Jämförelsegruppen hade lägre andel personal med ingen eller max 7 dagars frånvaro per år vid baslinjeundersökningen (tabell 2,3). Detta gällde bland både kvinnor och män och i samtliga åldersgrupper.

Andelen med stabil närvaro, och skillnaden mellan andelarna vid baslinjemätningen och ettårsuppföljningen, varierade mellan de olika arbetsplatsenheterna (figur 2).



Figur 2 Figuren visar den variation som finns mellan arbetsplatser avseende skillnad i andel icke-sjukskrivna (%) vid baslinje- och uppföljningsmätningen (2003-2002).

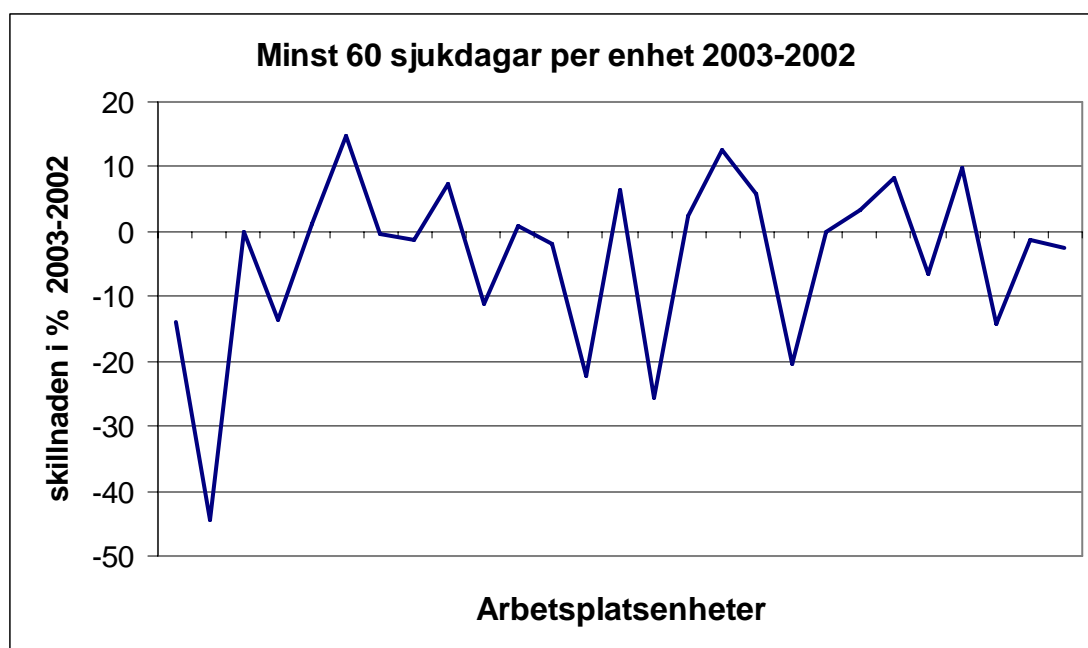
Andelen långtidssjuka

Långtidssjukskrivning (>60 dagar) hade minskat i åldersgrupperna 45-54 år och <55 år mellan 2002 och 2004 i både interventions- och jämförelsegrupp (tabell 4). Andelen långtidssjuka ökade bland de yngre men i denna grupp finns färre anställda och den minskade samtidigt i antal. Det fanns stor spridning mellan arbetsplatsenheter avseende ökning eller minskning av långtidssjukskrivning (figur 3).

Jämförelsegruppen hade lägre andel personal med långtidsfrånvaro (>60 dagar per år) vid baslinjeundersökningen. Detta gällde bland både kvinnor och män och i samtliga åldersgrupper, utom bland 45-54 åringar.

Tabell 4 Andel (%) långtidssjukskrivna individer minst 60 dagar under 2002-2004.

		Interventionsgrupp			Jämförelsegrupp		
		2002	2003	2004	2002	2003	2004
		%	%	%	%	%	%
Totalt		19	19	18	20	19	19
Kön	Kvinnor	21	20	19	21	19	19
	Män	8	9	10	10	13	14
Ålder	<24	4	8	15	18	30	14
	25-34	13	15	12	17	15	18
	35-44	17	17	18	18	21	17
	45-54	21	19	17	18	16	17
	55-	24	24	22	29	23	22



Figur 3 Figuren visar den variation som finns i skillnad mellan arbetsplatser i andelen långtidssjuka (>60 dagar) under 2003 i jämförelse med 2002.

B. Psykosociala och organisatoriska förutsättningar för arbetshälsa och medarbetarskap

Bakgrund

Flera teorier och empiriska studier betonar betydelsen av de psykosociala organisatoriska villkoren för arbetshälsa. Vid hälsofrämjande interventioner kan effekterna vara långsiktiga varför förutsättningar för arbetshälsa även kan användas som effektmått, såsom medierande faktorer. I en svensk rapport argumenterades för att följande kriterier hade betydelse för långtidsfriskhet och god hälsa på arbetsplatser: (1) tydliga mål, god kommunikation, god och konsekvent feedback (2) kreativt klimat med trygghet och frihet, (3) konsultativt stödjande ledarskap och (4) öppet tillitsfullt arbetsklimat och medarbetarskap med medbestämmande och respekt för varandras kompetens (Johnsson et al. 2003).

Arbetsorganisation kan definieras utifrån hur arbetet är strukturerat, distribuerat, handlagt och kontrollerat (Hagberg et al. 1995). Studier om arbetsorganisation har huvudsakligen varit inriktade på att förbättra produktivitet, effektivitet och kvalitet (job design traditionen) eller att minska ohälsa hos arbetstagarna (t ex job stress traditionen) (Smith och Carayone 1989). De förutsättningar för god effektivitet, produktivitet och kvalitet som ”job design-traditionen” funnit nödvändiga, t ex medbestämmande, deltagande i beslut, mindre och självstyrande enheter, återfinns även i ”job stress-traditionen” som viktiga för att befrämja välbefinnande hos arbetstagare (Smith och Carayone 1989). Det finns alltså aktiviteter som har betydelse för både välbefinnandet och produktivitet/kvalitet. Teorier som försöker överbrygga de olika forskningstraditionerna om ”job stress” och ”job design” är bland annat Karasek’s och Teorell’s teori om krav – kontroll (Karasek och Theorell 1990) samt Siegrist modell om ansträngning och belöning i balans. Dessa har oftast använts för att förklara ohälsa och sjukdom. Här provas om de är användbara som närvaroincitant, eller förutsättningar för arbetshälsa (stabil närvaro). Även andra psykosociala faktorer påverkar rimligtvis sjukskrivning, men har inte blivit studerade empiriskt i samma utsträckning.

Krav, kontroll och stödmodellen

De mest framträdande psykosociala teorin är krav-kontroll-stöd modellen (Karasek och Theorell 1990). Krav kan vara såväl fysiska som psykiska. Fysiska krav har visat samband med sjukskrivning vid exempelvis muskelsmär, stress och minskad arbetsförmåga (Dellve et al. 2003; Wahlström 2003). Psykologiska krav kan vara kognitiva (problemlösning), kvantitativa eller emotionella. Arbetstagares kontroll kan röra uppgiftskontroll (hur, när, vad, ordning, paus), deltagande i beslutsfattande (inflytande, påverkan, delaktighet i beslut) och färdighetskontroll (möjligheter att lära nytt, kreativa och problemlösande inslag i arbetet, kompetens för uppgiften). Förändrad kontroll till det sämre (ex genom omorganisering) kan leda till minskad hälsa, arbetsförmåga, motivation, välbefinnande och minskad trivsel på arbetet (Theorell 2003). Låg kontroll och/eller att inte få använda sin kompetens har visat samband med både kort- och långtidsfrånvaro (Niedhammer et al. 1998; Vahtera et al. 2000) men

höga krav med samtidigt stort handlings- och beslutsutrymme kan vara lättare att hantera – och även ge utveckling av kompetens och ansvarstagande. Socialt stöd (emotionellt och instrumentellt) är en stödjande resurs som kan minska effekten av låg kontroll och höga krav.

Inom klientrelaterade yrken kan de emotionella kraven ha stor betydelse. Exempelvis inom omsorgen kan relationer på arbetsplatsen utgöra såväl betydande känslomässiga krav som stödjande resurser (Aronsson et al. 1998; Ingvad och Olsson 1999; Brulin et al. 2000). Dåligt arbetsklimat, dvs upplevelsen av dålig stämning, relationsproblem på grund av att man blivit orättvist behandlad av sin chef har visat samband med långvarig arbetsförmåga (förtidspensionering) bland omsorgspersonal (Dellve et al. 2003). Studier har även visat samband med dåligt arbetsklimat och minskat välbefinnande (Elovainio et al. 2002) samt korttidssjukskrivning bland kvinnor (Väänänen et al. 2004).

Ansträngnings- och belöningsmodellen

Enligt Siegrist (Siegrist 1996) ansträngnings- och belöningsmodell bör ansträngning och belöning vara i balans för att inte leda till stressreaktioner hos arbetstagare. Ansträngning kan röra till exempel fysiska krav, arbetsbelastning, ansvar och övertid. Belöning kan röra exempelvis erkännande, lön, stöd och arbetssäkerhet. Högt ansträngning och bristande belöning har visat samband med känslomässig utmattning, låg arbetstillfredsställelse, frånvaro, hög personalomsättning och hjärt- kärlsjukdomar. Det bör finnas ett, för individen, rimligt utbyte mellan den egna investeringen och resultat. Detta gäller särskilt känslomässigt krävande arbetsuppgifter som är ofta förekommande inom vård, skola och omsorg. Långvarigt upplevd obalans kan leda till känslomässig utmattning, bristande engagemang samt påverka relationen med klienten/brukaren/patienten negativt (Schaufeli och Bakker 2005). Individens egen bedömning av vad som är rimligt samt förmåga att sätta gränser för sina insatser (dvs undvika överengagemang) kan balansera för ohälsa. Med intern kontrolluppfattning, dvs. man känner att man kan påverka det som sker i ens liv, har i jämförelse med att ha en extern kontrolluppfattning (upplevelse av att inte själv vara den som kan påverka bäst) visat samband med högre prestation, arbetstillfredsställelse, engagemang, lägre frånvaro och lägre nivåer av stress (Spector 1986). Individer som upplever självkänsla utifrån vad de presterar löper också större risk för stressrelaterade besvär när ansträngning och belöning inte är i balans (Hallsten et al 2002).

Regleringsmodellen, måltydighet och struktur

För att kunna ta ansvar effektivt bör en korrekt bild av målnivån för arbetet finnas, helt enkelt vad som är prioriterat och rimligt att åstadkommas med tillgängliga resurser. Resursfördelningen är beroende av politiska beslut. I organisationen kan finnas en inbyggd målkonflikt mellan olika intressenter inifrån och utifrån organisationen samt med anhörigas och brukare/patienter/ klienters olika behov och förväntningar. Behoven kan vara ”oändliga” men inte resurserna, vilket gör det nödvändigt att prioritera bland målen. De anställdas hälsa kan påverkas av deras egna förväntningar och måluppfyllelsen avseende kvaliteten i arbetet (Pousette 2001). Pousette (2001) beskriver i sin modell att krav bland personal anställda i social service kan vara en funktion av en regleringsprocess mellan förhållanden i organisationen,

professioners socialisering och individen själv. Individens krav, kan i ett kontroll- och handlingsperspektiv, beskrivas som grad och överensstämmelse avseende målnivå (Pousette 2001). Problem som rör målnivå, och icke-överensstämmelse i den, kan vara en avgörande mekanism för arbetsrelaterad stress bland personal i yrken inom social service (Jacobsson et al. 2001). Återkoppling avseende arbetsinsats kan påverka rollklarhet, eller oklarhet avseende roll och insats, och därigenom ha en viktig funktion för både upplevd arbetstillfredsställelse och engagemang (Pousette 2001).

Tydliga mål kan vara en friskfaktor och relaterat till sjukskrivning och icke-sjukskrivning. Forskning visar att kommuner med god struktur för arbetsmiljöarbetet, dvs uttalade och tydliga mål, policy och rutiner, hade högre andel medarbetare med stabil närvaro (ingen sjukskrivning >14 dagar) än kommuner som har mindre god struktur (Dellve et al. 2004). I en annan studie fanns samband mellan låg grad av rollklarhet och långtidssjukskrivning (>21 dagar), bland tjänstemän (Väänänen et al. 2004).

Delaktighet och inflytande

Delaktighet har länge betraktats som ett centralt villkor för att skapa förutsättningar för hälsa. Det finns ett mindre antal översiktsartiklar om effekt av åtgärder som syftar till att stärka psykosociala och organisatoriska förutsättningar (Källestål et al. 2004). Det finns dock mycket som talar för att kunskap, lärande och utveckling har stor betydelse för välbefinnande, hälsa och kvalitet i arbetet. När det blir möjligt för individer och grupper att ta kontroll över de frågor och problem som angår dem kan deras egenkraft stärkas. Men vad har då begreppet delaktighet för betydelse och innebörd? Inom den forskning och litteratur som finns kring delaktighet kan två värdemässigt skilda utgångspunkter urskiljas. Den ena utgångspunkten ser individen som ett objekt, medan den andra ser individen som ett subjekt i delaktighetsprocessen. Om individen ses som objekt, så är det hos denne en förändring eller ändrat beteendemönster måste ske för att delaktighet ska uppstå. Utgår man istället från synsättet på individen som subjekt, så är det de omgivande faktorerna, förutsättningarna för delaktighet, som är i fokus för en förändring mot ett mer delaktigt klimat (Hansson 2004).

Den praktiska innebörden av delaktighet är att möjligheten påverka beslutsfattande i olika frågor och på olika nivåer i organisationen. Medarbetares möjligheter att påverka både tekniska och intressefrågor, är beroende av hur makten är fördelad och hur formella och informella praxis är strukturerade i organisationen (Heller 1998). Beslutsutrymme avgörs av i vilken grad den enskilde medarbetaren har kontroll över det egna arbetet genom att kunna avgöra när, vad och hur arbetsuppgifterna ska utföras. Men också i vilken grad man har inflytande över sin arbetstid och möjlighet att påverka och föreslå förändringar. En annan viktig aspekt av beslutsutrymmet är medarbetarens egna kompetens att utöva den ovan beskrivna kontrollen (Theorell 2003). Utifrån ovanstående resonemang kan (förutsättningar för) delaktighet definieras som den organisatoriska praxis, genom vilken medarbetare kan påverka beslutsfattande och diskutera arbetsrelaterade frågor och problem. Men den reella delaktigheten förutsätter även att den enskilde individen aktivt medverkar. Om det finns en balans mellan insats/ansträngning och den belöning som individen får tillbaka, tror man att viljan att vara aktiv och ta ansvar ökar. Lön är en del i belöningsystemet, men lika viktigt kan stöd och uppskattning från chefer, medarbetare, klienter vara. Ansträngnings-belöningsmodellen (Siegrist 1996) ger tillsammans med krav-kontroll-stödmodellen

(Karasek och Theorell 1990) möjligheter att studera relationerna mellan delaktighet och hälsa.

Sociala faktorer och hälsa

Sociala faktorer kan påverka hälsa hos individer och grupper i befolkningen genom en direkt relation med arbets-/boendemiljö, via hälsorelaterat beteende och via psykologiska och fysiologiska processer (stressreaktioner) (Rugulies et al. 2004). Grupper med låg socioekonomisk position har visat högre förekomst av livsstilsrisker såsom rökning, alkohol, fettintag i kosten samt mindre fysisk aktivitet och mindre intag av frukt och grönsaker. Detta har försökt förklaras av hälsornormer och värderingar, förståelse av hälsa, kontroll över hälsa samt tillgång/saknad av hälsorisker/resurser (McIntyre 1997; Kaplan 1999; Lynch et al. 2001). Bristande sociala förutsättningar kan antas påverka hälsan genom varaktiga stressorer i miljön, såsom t ex genom daglig strävan att få dagen fungera, ekonomin att gå ihop, osäkerhet i arbetet (anställning, risker) och dagligen låg kontroll över betydelsefulla delar i livet. Detta kan i sin tur ge varaktiga negativa tankar och känslor (depressivt stämningsläge, hopplöshet, maktlöshet) vilket ger ökad risk för ohälsosamt beteende och psykoneuroendokrin/immunologisk aktivitet (Rugulies et al. 2004). I denna rapport fokuseras inte de sociala faktorerna specifikt men de avspeglas i skillnad mellan kvinnor-män, och olika yrkesgrupper/verksamheter.

Få teorier och empiriska studier har undersökt förutsättningar för medarbetarskap. Medarbetarskap brukar framhållas som en möjlighet för de anställda att ha inflytande över arbetet och att skapa omväxling och delaktighet.

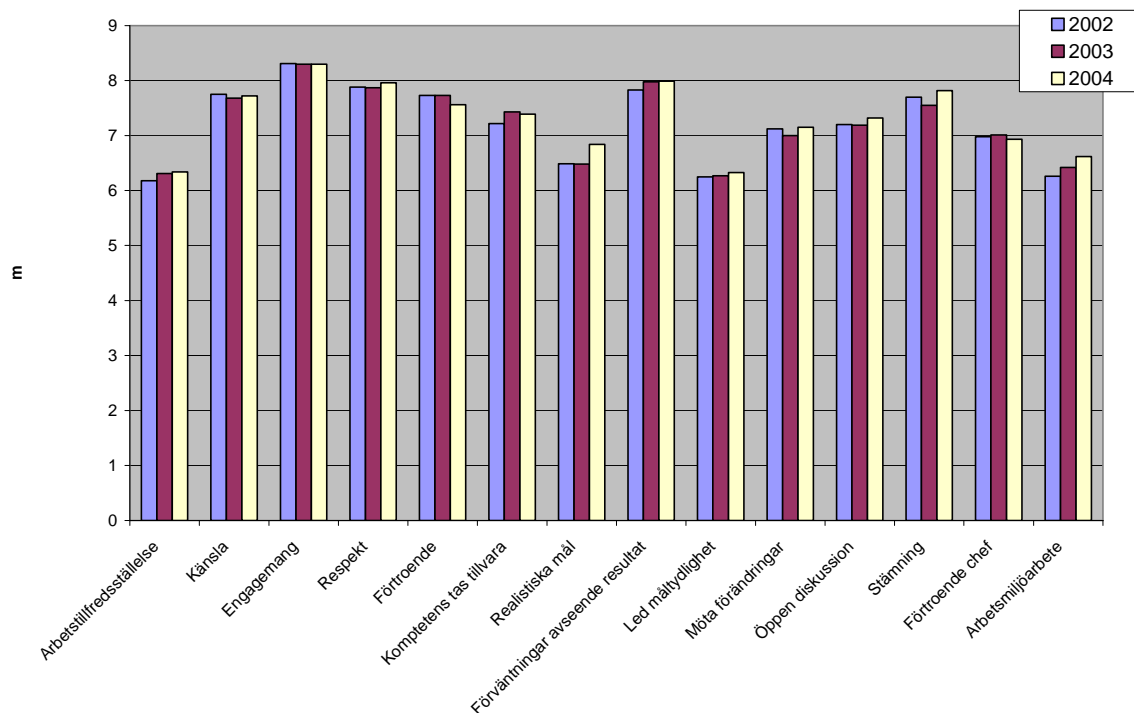
Frågeställning

Har de hälsofrämjande satsningarna medfört bättre förutsättningar för stabil närvaro och medarbetarskap, såsom förbättring avseende delaktighet, erkänsla/feedback, målnivå/måltydighet, minskad tidspress, tillit, stabilitet, stämning, ledarskap och kompetensutveckling?

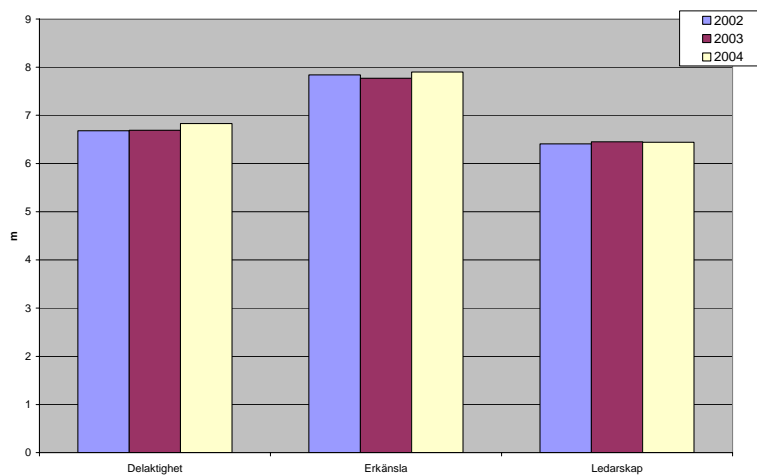
Resultat

Arbetsplatsförhållanden

Resultat från den årliga medarbetarenkäten visade ökade medelvärden, bland de hälsofrämjande projekten, för arbetstillfredsställelse och tillfredsställelse med arbetsmiljöarbetet. Någon ökning hade även skett i upplevd respekt, att kompetens tas tillvara, realistiska mål (målnivå) och måltydighet (figur 4, 5).



Figur 4 Arbetsplatsförhållanden under 2002, 2003, 2004 i SAMS-projekten, anges i medelvärden (m). Högsta värdet är 10, lägsta är 1.



Figur 5 Arbetsplatsförhållanden (index) under 2002, 2003, 2004 i SAMS-projekten, anges i medelvärden (m). Högsta värdet är 10, lägsta är 1.

Dessutom fanns en ökad andel som skattade högt avseende förhållanden som rör ledarskap, särskilt avseende målydlighet och målnivå efter de hälsöfrämjande projekten. Även andelen som skattade högt avseende trygghet att möta förändringar hade ökat. Fler skattade även högt avseende upplevda realistiska mål, ledarens

måltydlighet, kännedom om de förväntningar som finns avseende resultat samt ledarindex.

Arbetsplatsförhållanden och stabil närvaro eller långtidssjukskrivning

Betydelsefulla förhållanden för stabil närvaro undersöktes. För att många individer på arbetsplatsen skulle ha en stabil närvaro (0 sjukdagar) vid ettårsuppföljningen var det betydelsefullt med att flera upplevde ökad erkänsla och respekt (tabell 6). Dessutom hade följande faktorer betydelse: öppenhet i diskussion, god stämning, förtroende och tillit till närmsta chef, måltydlighet, ett starkt ledarskap och engagemang. Färre arbetsplatsfaktorer hade positiv betydelse för att det skulle finnas en ökad andel som varit sjuka max 7 dagar.

Avseende andel långtidssjukskrivna fanns enbart samband med arbetsplatsfaktorer som rör ledarskap. Stärkt ledarskap med ökat förtroende för närmsta chefen och ökad måltydlighet var en skyddande faktor för långtidssjukskrivning (PR 90%KI 0,90 [0,83-0,98]).

Tabell 6 Samband mellan förändrade förutsättningar (2002-2003) på arbetsplatsen och andel individer med stabil närvaro 2003. Prevalenskvoter med 90 % konfidensintervall (PR90%KI) redovisas.

	Stabil närvaro	
	PR 90%KI	
	0 sjukdagar	Max 7 sjukdagar
Tillit, trygghet, stabilitet		
Öppen diskussion	1,20 (1,08-1,34)	ns
Stämning	1,22 (1,09-1,37)	ns
Förtroende	1,33 (1,19-1,39)	1,06 (1,01-1,12)
Trygghet att möta förändringar	ns	ns
Tillit – närmsta chef	1,14 (1,07-1,22)	ns
Målnivå, måltydlighet		
Realistiska mål	ns	ns
Ledares måltydlighet	1,17 (1,05-1,19)	ns
Förväntningar avseende resultat	ns	0,87 (0,80-0,95)
Uppskattning		
Erkänsla	1,42 (1,20-1,69)	ns
Respekt	1,40 (1,24-1,59)	ns
Delaktighet	ns	ns
Kompetens tas tillvara	ns	0,88 (0,80-0,97)
Ledarskap	1,17 (1,09-1,25)	1,07 (1,01-1,12)
Medarbetarskap		
Arbetsstillfredsställelse	ns	0,96 (0,88-0,99)
Känsla inför arbetet	ns	ns
Engagemang	1,20 (1,06-1,36)	ns

ns= icke signifikant samband med 90 % konfidensintervall

Arbetsplatsförhållanden och medarbetarskap

Stärkt medarbetarskap (på arbetsplatsnivå) visade samband med flera faktorer (tabell 7). Betydelsefulla faktorer för stärkt medarbetarskap rörde främst upplevd erkänsla men även målnivå och måltydighet, tillit, trygghet samt ledarskap, vid både korttids- och långtidsuppföljningen.

Tabell 7. Stärkt medarbetarskap vid arbetsplatser 2003; samband med förändrade förutsättningar på arbetsplatsen 2002-2003. Beta-värden (riktningskoefficient) med $p < 0,1$ redovisas. De variabler som visade samband ($p < 0,1$) vid långtidsuppföljningen (2002-2004) redovisas även med fotnot.

Medarbetarskap				
	Arbetsstillfreds- ställelse	Engagemang	Känsla inför arbetet	Att bidra till utveckling
Tillit, trygghet, stabilitet				
Öppen diskussion	0,42 ^{*pos}	0,39 ^{*pos}	0,51 ^{*pos}	0,45
Stämning	0,51 ^{*pos}	0,55 ^{*pos}	0,59 ^{*pos}	0,63
Förtroende	0,47 ^{*pos}	0,51 ^{*pos}	0,53 ^{*pos}	0,74
Trygghet att möta förändringar	0,66 ^{*pos}	ns ^{*pos}	0,56 ^{*pos}	0,56
Tillit – närmsta chef	0,37 ^{*pos}	0,44 ^{*pos}	0,33 ^{*pos}	0,43
Målnivå, måltydighet				
Realistiska mål	0,86 ^{*pos}	0,33 ^{*pos}	0,75 ^{*pos}	0,28
Ledares måltydighet	0,38 ^{*pos}	0,37 ^{*pos}	0,28 ^{*pos}	0,21
Förväntningar avseende resultat	0,63 ^{*pos}	0,92 ^{*pos}	ns	0,53
Uppskattning				
Erkänsla	0,97 ^{*pos}	0,88 ^{*pos}	1,11 ^{*pos}	1,21
Respekt	0,56 ^{*pos}	0,62 ^{*pos}	0,54 ^{*pos}	0,78
Delaktighet	0,95 ^{*pos}	0,40 ^{*pos}	0,59 ^{*pos}	0,77
Kompetens tas tillvara	0,85 ^{*pos}	ns ^{*pos}	0,55 ^{*pos}	0,63
Ledarskap				
	0,51 ^{*pos}	0,46 ^{*pos}	0,39 ^{*pos}	0,34

ns= icke signifikant samband, $p > 0,1$
^{*neg} negativt samband vid långtidsuppföljningen
^{*pos} positivt samband vid långtidsuppföljningen

C. Olika hälsofrämjande åtgärder: effekter på arbetshälsa, stabil närvaro och medarbetarskap.

Bakgrund

Generellt om åtgärder för arbetshälsa på arbetsplatser

Då orsaker till arbetsrelaterade hälsoproblem är multifaktoriella och samspelande måste hälsofrämjande insatser hantera denna komplexitet. Detta innebär att flera olika insatser, på olika nivåer och med olika inriktningar (Skagert et al. 2003) kan komma ifråga. Åtgärder kan fokusera på individer, arbetsgrupper, arbetsenheter eller hela organisationer. Likaså kan åtgärder fokusera på förutsättningar som rör detaljer i arbetssituationen eller inom organisationsutveckling. Organisationsövergripande interventioner kan även innehålla flera mindre insatser på olika nivåer (Porras och Robertson 1992). Åtgärder kan vara både preventiva och promotiva, dvs både förebyggande och främjande. Ibland menar man att preventiva åtgärderna mer riktar sig mot riskgrupper medan promotiva fokuserar förutsättningar till bättre hälsa för alla (Källestål et al. 2004). En annan distinktion rör synsättet, preventiva åtgärder baseras på ett problem- och sjukdomsinriktat synsätt medan promotion fokuserar ett möjlighets- och hälsoinriktat synsätt. Preventiva åtgärder kan innebära och vara avhängigt av en mer eller mindre aktiv insats av medarbetarna (Andersson och Menckel 1995; Barss et al. 1998). Effektiva passivt preventiva åtgärderna kräver dock mer strikt strukturerade arbetssituationer där möjliga händelser och handlingar kan förutses – vilket oftast inte är fallet inom exempelvis omsorg och social service.

Åtgärder för hälsofrämjande arbetsplatser kan till exempel vara fysiska och psykiska/mentala hälsofrämjande aktiviteter på arbetstid (fysisk träning, massage, handledning, stresshantering, kost- och viktprogram, rökslutarstöd, utbildningsprogram för egenvård), professionell utveckling (handledning, kompetensutveckling), utveckling av verksamhetsprocesser för en mer stödjande arbetsmiljö och hälsofrämjande arbetssätt, arbetstidsmodeller som ger mer tid till återhämtning, ergonomiska lösningar på utformningen av arbetsplatsen, feedback/återkoppling samt utveckling av grupprocesser, dialog och samverkan.

Det finns viss samlad kunskap om effekten av olika hälsofrämjande interventioner. En ansats innebär att de bästa hälsofrämjande insatserna på arbetsplatser är de som fokuserar på den mångfald av faktorer som kan ha positiva och negativa effekter på människors hälsa (Menckel och Österblom 2000). Det finns visst empiriskt stöd för detta. I en sammanställning av översiktsstudier om effekten av hälsofrämjande interventioner var slutsatsen att de övergripande och bredare hälsofrämjande programmen har visat sig effektiva och att fysisk träning är effektivt för att förebygga ryggsmärta och öka fysisk aktivitet bland deltagare (Källestål et al. 2004).

Betydelsefulla komponenter i de hälsofrämjande programmen har varit individuell riskreduktion för högriskgrupper, hälsoriskbedömningar före interventionen och att man tar hänsyn till arbetstagarnas egna intressen (Källestål et al. 2004). Handledning och stresshanteringsprogram är svåra att bedöma effekten av då en mångfald av metoder används (Källestål et al. 2004). Det kan även finnas betydelsefulla parallellprocesser och en effekt som kan vara av mer långsiktig natur.

Frågeställning

Vilken betydelse har olika former av hälsofrämjande interventioner haft för stabil närvaro, långtidssjukskrivning och medarbetarskap?

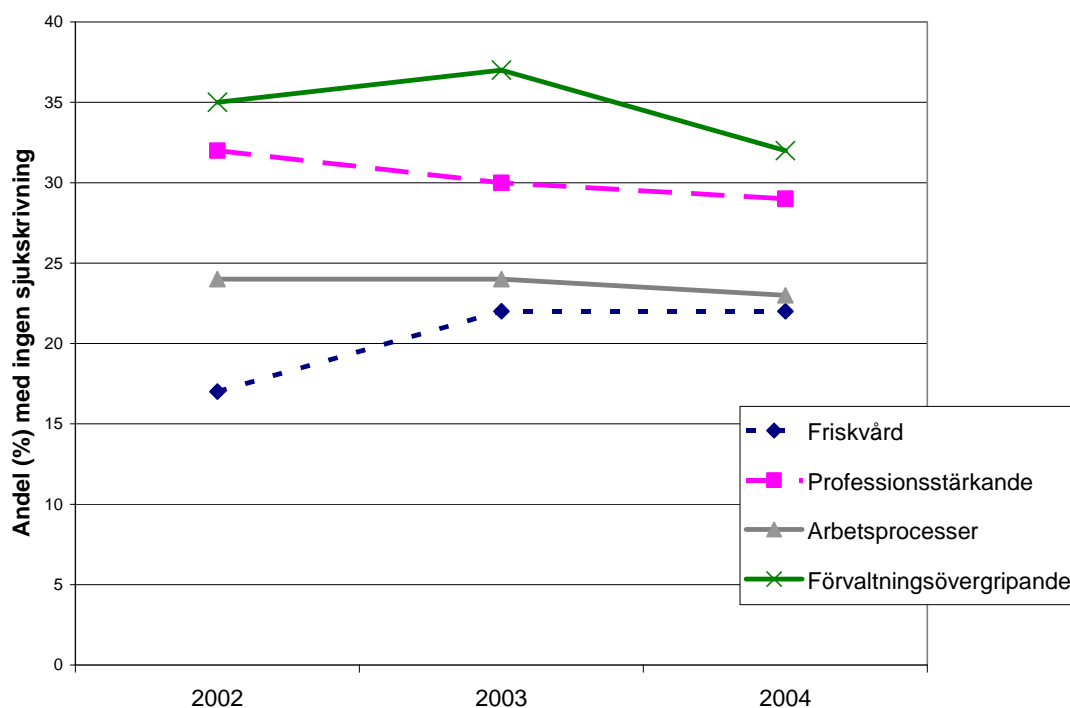
Vilka är de särskilda utmaningarna vid olika former av interventioner?

Resultat

Interventionens inriktning och stabil närvaro eller sjukskrivning

Vid baslinjemätningen fanns avsevärda skillnader i andel med stabil närvaro (ingen sjukskrivningsdag) mellan de olika formerna av hälsofrämjande satsningar. Initialt hade arbetsplatserna som satsade på friskvårdsprojekt lägre andel anställda med stabil närvaro, men de arbetsplatserna ökade andelen med stabil närvaro mest under projekttiden (figur 6). Högre andel, än medeländelen för både interventions- och jämförelsegrupp, fanns i de förvaltningsövergripande projekten.

Förvaltningsövergripande satsningar visade entydigt, på både individ och arbetsplatsnivå, högre andel med stabil närvaro vid ettårsuppföljningen, samt på individnivå i tvåårsuppföljningen (figur 6, tabell 8).



Figur 6 Andel (%) personal med ingen sjukfrånvaro under ett år inom SAMS-projektens olika former av hälsofrämjande projekt under 2002-2004.

Vid långtidsuppföljningen fanns en positiv effekt vid de professionsstärkande satsningarna för andel med stabil närvaro på arbetsplatsen (tabell 8).

Tabell 8 Samband mellan inriktning på interventionen och andel med stabil närvaro vid uppföljningsmätning 2003 (samt långtidsuppföljning 2004) per arbetsplatsenhet. Betavärden (riktningskoefficient) med $p < 0,1$ redovisas

	Andel med stabil närvaro	
	0 sjukdagar	Max 7 sjukdagar
Friskvård	-12,36 ^{*neg}	-14,45 ^{*neg}
Professionsstärkande	-1,48 ^{*pos}	ns ^{*pos}
Arbetsprocesser	-5,28	-2,60 ^{*neg}
Förvaltningsövergripande	3,48	2,38

ns= icke signifikant samband, $p < 0,1$

*^{neg} negativt samband vid långtidsuppföljningen

*^{pos} positivt samband vid långtidsuppföljningen

Interventionens inriktning och andelen långtidssjukskrivna

Vid förvaltningsövergripande projekt, som ju även inkluderade rehabilitering, hade andelen långtidssjuka minskat. I friskvårdsprojekt hade andelen långtidssjuka ökat (tabell 9).

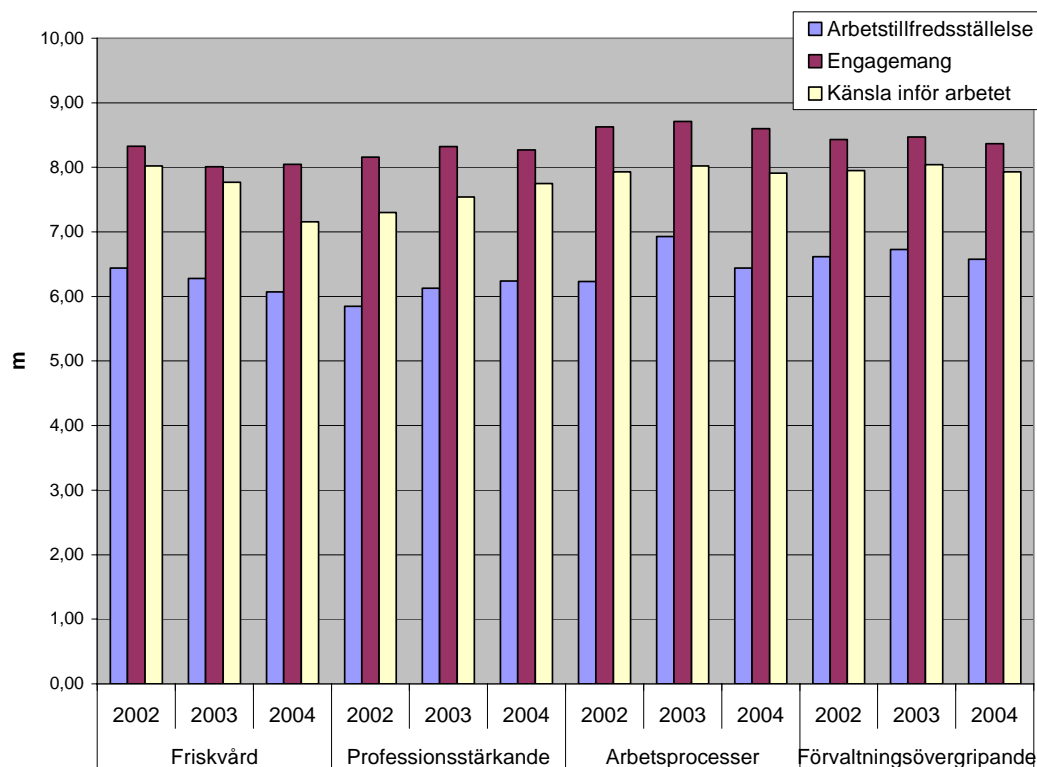
Tabell 9 Samband mellan form av intervention och långtidssjukskrivning på arbetsplatsen vid uppföljningsmätningarna (2003, 2004). Betavärden med $p < 0,1$ redovisas

	60 sjukdagar	
	2003	2004
Friskvård	23,54	4,61
Professionsstärkande	ns	ns
Arbetsprocesser	ns	6,05
Förvaltningsövergripande	-6,59	-1,70

ns= icke signifikant samband

Interventionens inriktning och medarbetarskap

I friskvårdsprojekten hade engagemang, arbetstillfredsställelse och känsla inför arbetet minskat (figur 7). I satsningar som syftade till att stärka individer i sin profession eller som syftade till att utveckla arbetsprocesser hade engagemang, arbetstillfredsställelse och ansvar att bidra till utveckling ökat (figur 7).



Figur 7 Medarbetarskap i medelvärde (m) vid arbetsplatsenheter (n=35) indelade efter form av intervention 2002-2004. Högsta värdet är 10, lägsta är 1.

Sammanfattning av kvantitativa effekter vid de olika formerna av hälsoprojekt

Hälsa, gemenskap och friskvård på enhetsnivå

Dessa enheter hade initialt lägst andel med stabil närvaro. Fler hade vid uppföljningsmätningarna stabil närvaro, mindre besvär och upplevde mindre stress. Samtidigt avspeglades något minskad arbetstillfredsställelse, engagemang och förtroende för förändringsarbete. Vid dessa satsningar fanns ett svagt men negativt samband med upplevd erkänsla ($p=0,07$). I dessa enheter skedde under projektiden samtidigt en ökning i antalet långtidssjukskrivna.

Utveckling av arbetsprocesser och arbetsuppgifter

Dessa projekt hade initialt en relativt låg andel med stabil närvaro. Medarbetarskapet, det vill säga den egna insatsen, engagemanget och arbetstillfredsställelsen, hade stärkts vid dessa satsningar. Projekten visade vid ettårsuppföljningen även en ökning i tillfredsställelse med den fysiska arbetsmiljön, känslan av att hinna med sina arbetsuppgifter, ledarskapet (både närmaste chef och förvaltningsledningen), mål och uppföljning samt kompetensutveckling.

Förvaltningsövergripande systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

De förvaltningar, som gjort en bred satsning, hade initialt bättre värden avseende andelen med stabil närvaro, arbetstillfredsställelse, delaktighet, arbetsmiljöarbete, realistiska mål, stress, besvär och tidspress. De enheter som omfattats visade förbättringar inom olika områden. Tydligt samband fanns mellan satsningar med bredare inriktning och stabil närvaro på både individ och arbetsplatsnivå samt med lägre andel långtidssjuka. Vid dessa projekt fanns samband med upplevd erkänsla vilket positivt påverkade utfallet med hållbar arbetsförmåga ($p=0,06$). Dessa satsningar hade minskat andelen långtidssjukskrivningar kraftigare än andra satsningar 2004.

Professions- och kompetensstärkande satsningar

Vid uppföljningsmätningarna fanns ingen generellt ökad andel med hållbar arbetsförmåga eller minskad långtidssjukskrivning för dessa satsningar. De svar, i medarbetarenkäten, som berörde medarbetarnas egen insats och arbetstillfredsställelse visade på en viss förbättring. Samtidigt avspeglades i medarbetarenkätens (ettårsuppföljningen) ökade förväntningar och missnöje avseende befogenheter och ledarskap. Vid långtidsuppföljningen fanns ett positivt samband med ökad andel med få/ingen sjukskrivning.

Samband fanns med upplevd stämning, öppenhet i diskussion, förtroende för ledningen och närmsta chefen samt erkänsla vilket påverkade utfallet av få/icke-sjukskrivna ($p<0,1$).

Kvalitativ värdering utifrån interventionens inriktning

Här beskrivs resultat från kvalitativ utvärdering rörande hindrande och stödjande faktorer vid olika former av hälsofrämjande satsningar. De särskilda utmaningar och vinster som beskrivs har framkommit genom intervjuer (med medarbetare, chefer och personalansvariga), projektdokumentation och medarbetarenkät.

Hälsa, gemenskap och friskvård på enhetsnivå

Friskvårdprojekt riktade sig, i allmänhet, främst mot individers hälsa men de blev mest gynnsamma om de hade en gemensamhetsskapande ansats och vilade på bred delaktighet. För att inte upplevas som negativt och uppfostrande skulle den friskvårdsprojektet helst ske med integritet och frivillighet. "Uppfostrande" träning för grupper med problem kunde förstärka "känslan av att vara ett problem", ge konflikter inom gruppen och mellan ledare och medarbetare. Om synsättet hos ledningen var att träning var nödvändigt för att klara det tunga arbetet finns bättre förutsättningar för ökad träning än om synsättet var att uppfostra personalen till bättre levnadsvanor.

Dessa satsningar kunde ge en personlig fördel av att arbeta på enheten – att få något tillbaka och att något gemensamt gjordes för personalen. Bland personal som arbetade med att ge service upplevdes det särskilt betydelsefullt att *få* något utan egen ytterligare motprestation, till exempel massage och fotvård. Betydelsen av internat, att resa bort tillsammans och reflektera över hälsa, utveckling och personalgemenskap hade stor betydelse. Möjlighet att därmed lära känna varandra på ett personligt plan kunde ge en bättre respekt, förståelse och omsorg om varandra. Detta kunde frigöra gruppens resurser gentemot varandra och bidra till en god start av utvecklingsarbete.

Vid genomförandet av friskvårdssatsningar kunde praktiska problem bli stora hinder som arbetsgruppen hade behövt konkret stöd för att lösa. Problemen kunde röra oklarheter om praktiska villkor för motionen: tidsplanering för träning och svårigheter att ta ut träningstiden, vilka som skulle inkluderas (tillsvidareanställda - timanställda), närhet till träningslokal och frivilligheten i att träna. Samtidigt beskrevs att behovet av struktur, coachning och kontroll måste ske i balansakt med delaktighet och frivillighet.

Vem skulle leda friskvårdssatsningen? En medarbetare som ledare kunde ha fördel genom att känna sin grupp väl. Detta kunde vara gynnsamt för genomförande, kommunikation och att överbrygga praktiska hinder i arbetssituationen. Hon kunde samtidigt få en svår negativ roll gentemot medarbetare (genom att uppfattas ha en polisroll) och formell ledare (genom att uppfattas som ett hot). För att hantera denna balansakt krävdes egen mognad, delaktighet i gruppen och en god relation med ledaren. Personalavdelningen, som ledande av satsningen, kunde ge god stöttning till arbetsgruppen men avståndet till verksamheten och liten kännedom om den specifika arbetssituationen kunde vara till nackdel då praktiska hinder skulle överbryggas. Ett fungerar samarbete mellan personalavdelning, verksamhetsansvarig och arbetsgruppen verkade vara det bästa.

Särskilda utmaningar fanns för att fortsätta friskvården efter projekttiden då denna satsning kunde sakna direkt koppling till verksamheten och arbetsplatsen. Uthållighet för friskvård kräver ett individansvar - att personerna själva tar ansvaret att träna. Det kan innebära att de som redan tränar fortsätter att träna och att friskvården slutar då individer slutar på arbetsplatsen. För att möjliggöra ett fortsattande bör friskvården integreras i en etablerad struktur, till exempel i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Professions- och kompetensstärkande satsningar

Utmaningar i denna form av hälsöfrämjande satsning fanns främst avseende roller, ledarskap och utvecklingsprocesser.

De handledda kände sig tryggare i sin yrkesroll. De hade fått nya redskap att arbeta med, mer realistiska krav på egen insats, ökad helhetssyn, ökad tydlighet i klientkontakter och en ökad trygghet i arbetsgruppen. De grundläggande organisatoriska problemen som fanns kvarstod och hade blivit mer synliga för gruppen.

De kollegiala handledarna beskrev att de fått en stärkt yrkesroll, ökad arbetstillfredsställelse och att de hade utvecklats både som privat- och yrkespersoner. Arbetssituationen hade förändrats med ökad arbetsglädje men inte med minskad belastning. Det kunde samtidigt vara svårt att vara handledare för egna arbetskamrater i mer komplexa frågor som inte rörde det direkta arbetet utan mer psykosociala bitar.

Ledaren kunde genom handledning få djupare delaktighet eller bli en måltavla för problembeskrivning. Betydelsefullt var hur handledningen organiserats, hur nära ledaren stod gruppen i utvecklingsprocessen, gruppens mogenhet och självständighet och gruppens/ledarens möjlighet att påverka organisatoriska förutsättningar.

Denna form av satsning gav möjlighet till utveckling och förändring för individ, medarbetare, enhet och förvaltning. Man kunde få en överskådlighet av problemområden och gemensamma förhållningssätt till dessa. Man kunde även nå insikt om när och att man kunde säga nej, att man fick lov att säga ifrån om man blir nonchalant behandlad, ställa vissa krav och kräva mer utrymme.

Då medarbetare utbildats till handledare öppnades nya möjligheter till kompetensutveckling, en möjlighet att lyfta det "glastak" som kan finnas i arbeten med få karriärvägar. Samtidigt är det ett risktagande för enheten att investera i särskilda

individer. Om ledaren och personalavdelningen har en vidare syn på resurser inom förvaltningen kan de utbildade handledarna användas som resurs i stadsdelen – och inte bara för enheten.

Utveckling av arbetsprocesser och arbetsuppgifter

Möjligheter med denna satsning var att projekten var direkt kopplade till arbetsuppgifterna och vilade på alla medarbetares insats. Detta påverkade deltagande, genomförande, uthållighet och fortsättande på ett positivt sätt. Det involverade även andra intresseområden (ex kvalitetsarbetet, vårdtagar-/anhörigintressen, arbetsmiljöarbetet) vilket gav ytterligare drivkraft för projekten. Samtidigt förutsatte det ett samarbete inom gruppen, mellan ledare – medarbetare och andra som påverkades för att undvika revirproblem.

I genomförandet har det varit betydelsefullt med en person som håller ordning och kan detaljerna i projektet men inte är den direkta ledaren för arbetsgruppen. För en förtroendefull relation mellan ledare-medarbetare ställdes det krav på att ledaren hade en realistisk bild av arbetsgruppens resurser, arbetssituation och kunde fokusera på styrkorna. Ofta var det mest framgångsrikt då ledaren själv stod tillbaka och gav gruppen möjlighet att driva satsningen. Kartläggningen gav vinster då arbetsgrupperna fick ”ta sin arbetssituation i egna händer” genom att själva räkna på budget och tid, fundera ut möjligheter, skapa egna samarbetsvägar med mera.

Att reflektera över arbetssätt och arbetssituation i personalgrupperna gav bekräftelse och möjligheter till utveckling. Det ökade ofta även förtroendet mellan kollegor-arbetsgrupper–chefen. Kartläggningen krossade fördomar om arbetsgruppernas arbetssätt och förhållandena dem emellan. Man såg att samma saker gjordes på samma sätt vilket stärkte gruppens interna tillit och självkänsla. Det blev lättare att lösa saker tillsammans och bryta ett ”vi och dom - tänkande”.

Kartläggningen påverkade upplevelsen av stress i arbetssituationen ”vi trodde vi skulle hinna om vi bara sprang snabbare”. Att synliggöra sina arbetsprocesser i relation till befintliga resurser gav insikt om arbetssituationen vilket medförde förändring av onödiga rutiner och omöjlig tidsplanering. I andra fall medförde det inte att man förändrade sitt arbetssätt men upplevelsen var att det har skett stora förändringar. När man äntligen undersökt ett problemområde som länge diskuterats kunde den kraft som lagts på problemet frigöras.

En utmaning låg i valet av problemområden att angripa. Konkreta fysiska målområden tycktes vara lättare att angripa genom att de ofta är möjliga att snabbt åtgärda och avsluta än psykosociala målområden. Man bör vara medveten om att psykosociala problemområden kan vara mer komplicerade, ta mer tid och kräver kontinuerlighet. Att de ofta tar längre tid och att det finns parallellprocesser gör att effekter är svårare att mäta. Man bör även vara medveten om svårigheterna med att angripa ett problem man inte äger möjlighet att lösa.

Dessa satsningar hade goda möjligheter att fortsätta efter projektiden och att integreras i den etablerade struktur som rör arbetsmiljöarbetet och kvalitetsarbetet.

Förvaltningsövergripande systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

Dessa satsningars utmaning låg i förankring, implementering och delaktighet på gräsrotsnivå – så att satsningen inte bara skulle bli ett vackert skal. Att medvetet arbeta på flera nivåer och att satsa på att medvetandegöra verkade betydelsefullt. En annan utmaning låg i att förankra, kommunicera och samverka effektivt med kvalitets-

/verksamhetsintressenter för att undvika konflikt. På sina håll kan det vara svårt att integrera dessa två perspektiv. Arbetsmiljöarbetet kan förknippas med fackligt arbete och rättigheter och ej med systematik för god arbetsmiljö vilket möjliggör kvalitet.

Förvaltningsövergripande satsningar kunde drivas på olika sätt: integrerat i förvaltningens olika arenor, genom ledningsstöd eller genom utsedda personer (projektledare/hälsopedagog). Om projektets motor är en eldsjäl kan satsningen vara mer sårbar än om motorn finns integrerat som en del av organisationssystemet. Punktinsatser och tillfälliga projektsatsningar kan lätt rinna ut i sanden genom bristande engagemang om det inte är integrerat i ett större sammanhang.

D. Stödjande och hindrande förhållanden för genomförande och effekt av hälsofrämjande satsningar

Bakgrund

Ledarskap och medarbetarskap i förändrings- och arbetsmiljöarbete

För hälsofrämjande processer på arbetsplatsen är ledarskapet, och det sätt på vilket förändringsstrategier genomförs, betydelsefullt (Menckel och Österblom 2000). Ledarskapet har stor betydelse för den psykosociala arbetsmiljön och för medarbetares hälsa och arbetsförmåga (sjukskrivning och förtidspensionering). Inom social service har utvecklingen inom dessa områden varit mest negativ det senaste årtiondet, enligt MOA-projektet. Deras slutsatser var att chefer inom social service behöver återfå sin auktoritet i kontroll över resurser och resursfördelning (Härenstam och MOA-research-group 2005). Dagens motsägelsefulla budskap att öka produktivitet och kvalitet och samtidigt minska resurser kan leda till förflamat ledarskap (Holmquist 1997; Härenstam och MOA-research-group 2005).

En förutsättning för ett hälsofrämjande arbete är att ge individen möjlighet till delaktighet, medbestämmande och kraft att hantera sin arbetssituation (Menckel och Österblom 2000). Ledarskapet kan ha både direkt och indirekt inverkan på arbetsmiljön genom att exempelvis ta bort onödiga stressorer alternativt arbeta för att medarbetarna skall få de resurser och det stöd som behövs för att själva hantera stressorerna. Relationen ledarskap-medarbetarskap beskrivs ofta inom begreppet delaktighet.

Delaktighetsprocesser av betydelse för implementering och framgång

Hur interventionen genomförs, t ex interventionens delaktighetsprocesser, har rimligtvis betydelse för effekt och genomförande. Det finns lite kunskap om betydelsefulla faktorer och förhållanden för genomförandet av interventioner men inom arbetshälsoområdet har betydelsen av att studera interventionsprocessen framhållits (Griffiths 1999). Detta då handlingar och förändringar inte bara styrs av rationella målinriktade val utan också av mer eller mindre uttalade tankemönster, värderingar, politiska intressen etc.

Med kvalitativ metodik har en norsk forskargrupp identifierat några centrala processer i implementering av intervention på individ och organisationsnivå. Dessa beskriver betydelsen av (a) lärande från erfarenheter och varierande motivation, (b) deltagande på flera nivåer, förhandlingar och skillnader i uppfattning om organisationen, (c) taktkänsla och informell organisering, (d) klargörande av roller och ansvar, och (e) konkurrerande projekt och omorganisering (Saksvik et al 2002). Vilka förutsättningar som är nödvändiga vid interventioner inom kommunal omsorg och social service är mindre studerat. Inom denna sektor finns komplexa intresseförhållanden som kan utgöra hinder och/eller möjligheter.

Kompiers m fl (1998, 2000) har sammanfattat framgångsfaktorer av betydelse vid organisering av stressprevention; identifiering av stress som en påverkansfaktor på det ekonomiska resultatet, långtidsengagemang och stöd från den högre ledningen, integrering av arbetsmiljöfrågor i det dagliga arbetet och i ledningsansvaret, delaktighet av berörda personalgrupper, identifiering av riskgrupper och riskfaktorer genom

samarbete med intresseorganisationer samt åtgärder som logiskt följer problembeskrivningen. Hälsofrämjande interventioner kan även i sig själva fokusera på delaktighetsprocesser och ökat inflytande.

Ur ett ekonomiskt perspektiv kan delaktighet diskuteras som en effektivitetsfrämjande faktor. Ur ett humanistiskt perspektiv kan det ses som en främjande faktor för ökad arbetstillfredsställelse och människovärde. Dessa perspektiv bygger på vissa rationella antaganden; genom att skapa formella möjligheter för delaktighet så kommer det uppstå en reell delaktighet, samt att delaktigheten kommer att ha den förväntade effekten (ökad effektivitet, arbetstillfredsställelse, etc.) (Saksvik och Quinlan 2003). Delaktighetsbegreppet innefattar även en maktaspekt, vilket är gemensamt för andra begrepp med samma värdegrund, såsom empowerment, inflytande och samverkan. Baserat på grundantagandet att de anställda (medarbetarna) givits tillräcklig makt, kan empowerment definieras som en process som främjar ett aktivt förhållningssätt till problemlösning, ökad förståelse och möjlighet till att utöva kontroll över sin omgivande miljö (Heller 1998) (Kaminski 2000). På så vis skapar empowerment arbetstillfredsställelse och lojalitet till organisationen. Empowerment är även beroende av ett ömsesidigt förtroende mellan ledare och ledd (Yukl 2002).

Lärandeprocesser

Ett kreativt arbetsklimat anses vara en friskfaktor. I en lärande organisation strävar man efter ständig förbättring och anpassning. Alla medarbetare är viktiga resurser i den processen. Viktiga verktyg i lärande organisationer är synen på arbete, tänkandet i organisationen, ledarskapets förhållningssätt, dialog och att man ser lärandet och kreativitet som viktigt.

De lärandestyrdade förändringsstrategierna kan beskrivas som mer hälsofrämjande processer, dvs strategier som har avsikten att främja medbestämmande och engagemang (Ingelgård 1998) (Eklöf och Ingelgård 2004). Förändringsstrategier som genomförs som inlärningsstrategi sker i dialog, som en process med många engagerade och med en bred problemformulering som successivt vidgas. *Inlärningsstrategin* bygger på en interaktiv logik som syftar till att successivt försöka skapa en mening och förståelse för vart organisationen är på väg, vad som behöver uppnås och varför organisationen behöver förändras. Dess motsats är att utgå från linjär logik, att omsätta i förväg uppgjorda planer i taktik och handling (top-down) med metoder utvecklade av "experter" (*programmatisk strategi*). Resultat från tidigare studier visar ett positivt samband mellan produktivitet, kvalité samt välbefinnande på arbetet och inlärningsstrategi. Dessa grundantaganden får konsekvenser för hur man anser att förändringsarbete ska genomföras. Ett visst empiriskt stöd finns för delaktighet/lärandestrategier och effektmåten "ekonomiska resultat" samt "kvalitet i arbetslivet" har redovisats. Detta samband indikeras av både medarbetare och arbetsledare. Varken ägarförhållanden eller storlek på arbetsplatsen hade i en studie betydelse för om förändringen lyckas eller inte. Det var istället ledarnas inställning till medarbetarna som hade betydelse (Ingelgård och Norrgren 2001).

Syfte

Syftet var att få djupare kunskap om främjande och hindrande förhållanden i ledar- och medarbetarskapet för genomförande och effekt av olika hälsöfrämjande interventioner.

Resultat

Ledarskap: synsätt, roller och strategier i hälsoprojekten

Kvalitativa resultat

Ledares synsätt hade betydelsefull roll för hur hälsöfrämjande arbetet på arbetsplatsen bedrevs. Ledares föreställningar och synsätt om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa har betydelse för vilka insatser som genomfördes (figur 9), deras strategier i genomförandet (figur 10) samt för delaktighetsprocesser i genomförandet (figur 11).

	Påverka individen	Påverka organisationen	Påverka könsordningen
<i>Individ</i>	Genom att ändra livsstil och (o)vanor hos individen	Genom att stärka individer i sin profession	Genom att synliggöra och öka kvinnornas handlingsutrymme
<i>Organisation</i>	Genom att förändra den organisatoriska strukturen efter individers behov	Genom att få upp frågan om hälsöfrämjande på den formella dagordningen	Genom att skapa en organisationsstruktur för delaktighet som förskjuter makten över arbetet
<i>Samhälle</i>	Genom att medvetandegöra individer avseende deras hälsa i ett livsperspektiv	Genom att bli ett gott exempel som visar organisationens potential och möjligheter	Genom att tydliggöra det arbete som utförs inom traditionella kvinnoyrken

Figur 9 Påverkansriktningar för hälsöfrämjande åtgärder. Nivåerna avser ledares uppfattning om ansvarighet för ohälsan (individ, organisation och samhällsnivå).



Figur 10 Plattform för medarbetares delaktighet avseende målvgränsning, förankring och utveckling för hälsofrämjande åtgärder i socialt servicearbete.

Ledarnas upplevda möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa genomsyrades av uppfattningen om personalen och verksamhetens budget sågs som resurs eller hinder för utveckling. Ledares strategier karakteriserades av maktlöshet, strävan, hushållning med resurser, förädling av resurser samt översättning av resurser (figur 11). Dessa föreställningar var kvalitativt relaterade till förhållningssätt till resurser samt till valet av hälsofrämjande insats (figur 9). Ledarna uttryckte olika syn på ansvarighet för den ökade arbetshälsan (individ, organisation eller samhälle) och olika sätt att påverka anställdas hälsa, genom att inrikta sig mot att påverka individer, organisationen eller samhällsordningen/könsordningen (figur 9). Samma projekt kunde försöka påverka i flera riktningar och nivåer.



Figur 11 Ledares beskrivna förhållningssätt till utveckling av resurser.

Betydelsen av kvaliteter och inriktning i interventionen för andelen med stabil närvaro
 Vid ett- och tvåårsuppföljningen hade andelen individer med få/ingen sjukskrivning ökat främst vid satsningar där målavgränsningen var tydlig och fokuserade påverkbara mål, som syftade till att medvetandegöra om hälsa och välbefinnande eller som riktades till att stärka individer och/eller organisationen (tabell 10). Större andel med stabil närvaro fanns även vid uppföljningen vid satsningar där ledaren lyfte fram organisation eller samhället och inte individen som huvudsakligen ansvarig för den ökade arbetsohälsan. En plattform som var enbart deltagarorienterad hade vid ett- och tvåårsuppföljningen färre individer med ingen sjukskrivning jämfört med om satsningen var både medarbetar- och ledarorienterad eller enbart ledarorienterad. Vid de satsningar där man ensidigt syftade till att stärka fysiska, professionella eller organisatoriska resurser fanns negativa samband med andel långtidsfriska.

Vid långtidsuppföljningen fanns ett starkare samband med bredare program och hög andel med stabil närvaro (PR 90% KI 1,60 [1,24-2,04]).

Korttidsfrånvaron (15-59 sjukdagar per år) minskade signifikant under projektiden 2002-2004 i flera projekt. Minskad korttidsfrånvaro fanns både i projekt som inriktade sig på individ (PR 90% KI 0,72 [0,56-0,89]) och organisation (PR 90% KI 0,69 [0,54-0,88]) samt vid bredare satsningar med fokus på individ-grupp-organisation (PR 90% KI 0,76 [0,66-0,87]).

Tabell 10 Kategoriserade egenskaper i interventionen och andel individer med stabil närvaro (max 0 eller 7 sjukdagar per anställd och år) vid uppföljningsmätning 2003 (långtidsuppföljning 2004 som fotnot).

		Stabil närvaro	
		PR 90%KI	
		0 sjukdagar	Max 7 sjukdagar
Interventionens fokus			
Stärka fysiska resurser		0,76 (0,60-0,97)	0,77 (0,65-0,93)
Stärka professionella resurser		0,77 (0,69-0,85)	0,89 (0,83-0,96)
Stärka organisatoriska förutsättningar		0,76 (0,63-0,91) ^{*neg}	ns ^{*neg}
Medvetandegöra om hälsa		1,35 (1,24-1,48) ^{*pos}	1,16 (1,08-1,23) ^{*pos}
Riktad påverkan och ansvarighet			
<i>Objektnivå</i>	Individ	1,60 (1,36-1,90) ^{*pos}	1,20 (1,07-1,34) ^{*pos}
	Organisation	1,28 (1,08-1,51) ^{*pos}	ns ^{*pos}
<i>Ansvarighet</i>	Individen	ns	ns
	Organisationen	1,44 (1,20-1,73)	1,31 (1,15-1,51)
	Samhället	1,27 (1,16-1,39) ^{*pos}	1,11 (1,03-1,19)
Bred påverkansriktning		1,21 (1,00-1,44) ^{*pos}	ns
Plattform		ns ^{*neg}	ns
Förankring (deltagarorienterad)		0,90 (0,84-0,97) ^{*neg}	ns
Målavgränsning (fokus på påverkbara mål)		1,36 (1,11-1,67) ^{*pos}	1,34 (1,14-1,56)
Bred delaktighet i utvecklingen		ns ^{*neg}	ns
Syn på resurser			
Personal och budget ses som resurs		ns	ns

ns=icke-signifikant samband

^{*neg} negativt samband vid långtidsuppföljningen, dvs PR är signifikant <1

^{*pos} positivt samband vid långtidsuppföljningen, dvs PR är signifikant >1

Även på arbetsplatsnivå fanns positivt samband med andel med stabil närvaro och satsningar som syftade till att medvetandegöra om hälsa, breda satsningar och satsningar med fokus på påverkbara mål (tabell 11). På arbetsplatsnivå fanns även positivt samband med ledares syn på personal och budget som resurs i utvecklingsarbetet.

Tabell 11 Kategoriserade egenskaper i arbetsplatsinterventionen och arbetsplatsens andel med stabil närvaro. Betavärden (riktningskoefficient) med $p < 0,1$ redovisas

	Andel med stabil närvaro	
	0 sjukdagar	Max 7 sjukdagar
Interventionens fokus		
Fysiska resurser	-10,48 ^{*neg}	-14,74 ^{*neg}
Professionella resurser	-1,60	ns ^{*pos}
Organisatoriska förutsättningar	-3,71 ^{*pos}	ns ^{*neg}
Medvetandegöra om hälsa	5,53 ^{*pos}	4,52 ^{*pos}
Bred satsning och inriktning	21,33 ^{*pos}	30,99 ^{*pos}
Påverkansriktning		
Individ	-1,55 ^{*neg}	-3,96 ^{*pos}
Organisation	7,47 ^{*pos}	5,17 ^{*pos}
Bred påverkansriktning	-1,42 ^{*pos}	-1,53 ^{*pos}
Fokus på påverkbara mål	9,38 ^{*pos}	14,09 ^{*pos}
Syn på resurser		
Personal och budget ses som resurs	ns ^{*pos}	0,83 ^{*pos}

ns=icke-signifikant samband

^{*neg} negativt samband vid långtidsuppföljningen

^{*pos} positivt samband vid långtidsuppföljningen

Betydelsen av kvaliteter och inriktning i interventionen för andelen långtidssjukskrivna
 Inga uppmätta faktorer avseende kvalitet i interventionen hade samband med att fler eller färre individer blev långtidssjuka. Samband fanns däremot mellan arbetsplatsens andel långtidssjuka och kvaliteter i interventionen (tabell 12). I uppföljningsmätningarna fanns samband mellan mindre antal långtidssjukskrivna och satsningar som syftade till att medvetandegöra om hälsa, satsningar som hade brett fokus samt satsningar som påverkade individer och/eller organisationer. Fler långtidssjuka fanns där man satsat på fysisk träning. Detta kan även avspegla att man vid dessa satsningar hade hög andel även innan interventionen.

Tabell 12 Samband mellan inriktning och kvalitet avseende intervention och långtidssjukskrivning på arbetsplatsen (2003, 2004). Beta-värden med $p < 0,1$ redovisas

	Andel långtidssjuka	
	Arbetsplatsnivå	
	2003	2004
Interventionens fokus		
Fysiska resurser	26,98	4,88
Professionella resurser	ns	ns
Organisatoriska förutsättningar	ns	4,67
Medvetandegöra om hälsa	-6,13	-1,85
Brett fokus	-7,12	-0,50
Påverkansriktning		
Individ	-2,44	-2,18
Organisation	-17,02	-2,87
Bred påverkansriktning	-6,41	-0,77
Plattform		
Deltagarorienterade mål	ns	ns
Syn på resurser		
Personal och budget ses som resurs	ns	0,53

ns=icke-signifikant samband

Medarbetarskap; synsätt, roller i hälsoutvecklingsarbete

Kvalitativ utvärdering

Vid fokusgruppintervjuer beskrevs den positiva utvecklingsspiral som kan starta vid ett utvecklingsarbete (figur 12). Utvecklingsarbetet gav ny förståelse av arbetssituationen, insikt, kunskap och av möjligheter att vidareutveckla. En positiv utvecklingsspiral gav goda erfarenheter, förväntningar och handlingsberedskap för nya utvecklingsområden. Grupper som inte slutförde eller ens utvärderade sitt projekt beskrev å andra sidan uppgivenhet. Anledning till att projekten inte slutfördes var att man valt att åtgärda problem man inte ägde möjlighet att lösa eller på grund av konkurrens av andra projekt och åtaganden.



Figur 12 Medarbetares positiva upplevelse av det utvecklingsarbetet som innebar utveckling av arbetsprocesser– att det startade/underhöll en positiv utvecklingsspiral

Kvantitativ utvärdering

Medarbetarskapet hade stärkts i projekt som syftade till att stärka organisatoriska resurser eller på flera nivåer, där plattformen var deltagarorienterad och förankrad i personalgruppen samt där medarbetarna sågs som resurs (tabell 13). Individuatsningar, när man sökte stärka fysiska resurser, fanns minskad arbetstillfredsställelse, engagemang och känsla för arbetet.

Tabell 13 Förändrat medarbetarskap vid arbetsplatser 2002-2003; samband med kategoriserade egenskaper i interventionen. Betavärden (riktningskoefficient) med $p < 0,1$ redovisas

	Medarbetarskap		
	Arbetstillfreds- ställelse	Känsla	Engagemang
Stärka fysiska resurser hos individer	-0,62	-0,40 ^{*neg}	-0,33
Stärka professionella resurser	ns ^{*pos}	ns ^{*pos}	ns ^{*pos}
Stärka organisatoriska förutsättningar	0,61 ^{*pos}	0,15	0,30
Plattform: deltagarorienterad	ns	0,32 ^{*pos}	ns
Satsning förankrad i arbetsgruppen	0,23 ^{*pos}	ns ^{*pos}	-0,27 ^{*pos}
Påverka organisationen	ns	0,18 ^{*pos}	0,13 ^{*pos}
Påverka individer	-0,14 ^{*neg}	-0,15 ^{*neg}	-0,17 ^{*neg}
Påverkan av flera objekt	0,38	0,64	^{*neg}
Personalen ses som resurs	0,29	0,37	ns

ns= icke signifikant samband

^{*neg} negativt samband vid långtidsuppföljningen

^{*pos} positivt samband vid långtidsuppföljningen

E. Mätetal för hållbar arbetsförmåga/stabil närvaro

Bakgrund

I denna rapport studeras stabil närvaro, eller få eller inga sjukskrivningstillfällen per anställd och år, som ett mått på hållbar arbetsförmåga och prestation/kostnadsminskning avseende sjukskrivningskostnader.

Definitionen på få eller inga sjukskrivningsdagar har varierat i tidigare studier, ofta av praktiska och registertekniska skäl. Även tidsperioden har varierat. Johnsson et al (2004) rekommenderar att mäta långtidsfriskhet som ingen sjukskrivning under en tvåårsperiod bland de individer som arbetat i minst tre år. Det är emellertid ofta registertekniska skäl som begränsar måttet. I en tidigare studie definierade vi, av registertekniska begränsningar i Riksförsäkringsverkets register, hållbar arbetsförmåga som andel anställda som inte varit sjukskrivna mer än 14 dagar under ett år (Dellve et al 2004). Lindberg et al (2003, 2005) har av samma anledning använt max 14 dagar som definition på hållbar arbetsförmåga (långtidsfriskhet). Inom Göteborgsregionens kommuner har man efter ett utvecklingsarbete rekommenderat användningen av max sju dagar per anställd och år som mått. Även i detta fall avgjordes av registertekniska begränsningar och behov av att kunna jämföra mellan kommunerna (GR, 2005). Det saknas djupare kunskap om vilket mått på stabil närvaro/hållbar arbetshälsa som avspeglar hälsofrämjande förhållanden eller effekt på hälsofrämjande interventioner. Vi har inte funnit någon studie som jämfört maxantal sjukskrivningsdagar med de mått vi sätter i samband med hälsa och hälsofrämjande. Som nämnts ovan är det möjligt att vissa personer som har få eller inga sjukskrivningsdagar trots detta är sjuknärvarande eller har vissa produktivitetssänkningar som följd av olika faktorer. Detta fenomen (presenteism) beskrivs mer ingående i introduktionen under rubriken arbetshälsa inom social service.

Syfte

I syfte att utreda vilket mätetal för hållbar arbetsförmåga som kan avspegla positiva förutsättningar på arbetsplatsen uppmättes sambandet mellan faktorer som kan ha betydelse för hälsa och olika utfall av stabil närvaro.

Resultat

Samband mellan variabler som indikerar medarbetarskap fanns mest tydlig i utfallen max 3-4-5 sjukdagar per år (tabell 14). Inget samband fanns mellan lite/ingen sjukskrivning på individnivå och arbetsplatsens medelvärde för arbetstillfredsställelse.

Tabell 14 Samband mellan faktorer som rör medarbetarskap och intervention på individ och arbetsplatsnivå och stabil närvaro mätt som max 0-5 eller 7 sjukdagar per anställd och år. Samband (betavärden, riktningskoefficient) och p-värden där $p < 0,1$ redovisas

	Antal sjukskrivningsdagar per år						
	0 sjukdag	Max 1 sjukdag	Max 2 sjukdagar	Max 3 sjukdagar	Max 4 sjukdagar	Max 5 sjukdagar	Max 6 sjukdagar
Medarbetarskap							
<i>Individnivå</i>							
Engagemang	ns	ns	ns	ns	0,05 0,07	0,04 0,09	ns
Arbetstillfredsställelse	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Känsla inför arbetet	ns	ns	ns	0,04 0,07	0,05 0,03	0,04 0,07	0,04 0,09
<i>Arbetsplatsnivå</i>							
Engagemang	-1,29 0,06	ns	1,62 0,00	2,41 0,00	3,93 0,00	3,67 0,00	ns
Arbetstillfredsställelse	ns	ns	0,52 0,00	2,45 0,00	2,75 0,00	2,13 0,00	ns
Känsla inför arbetet	ns	ns	1,60 0,00	2,77 0,00	3,69 0,00	2,81 0,00	ns

ns=icke-signifikant samband, $p < 0,1$

DISKUSSION

Resultatdiskussion och praktiska implikationer

Arbetshälsa – stabil närvaro

Andelen med stabil närvaro (få/ingen sjukfrånvaro) påverkades inte nämnvärt under de tre åren, men något bland kvinnor, 35-44 åringar samt inom friskvårdssatsningarna.

Bland de hälsofrämjande projekten fanns redan en klart högre andel med stabil närvaro vid baslinjemätningen än bland deras jämförelsegrupper. En stor spridning fanns också mellan arbetsplatserna avseende skillnad i andelen med stabil närvaro. Detta kan vara orsaken till att inga entydiga signifikanta skillnader i andelen med stabil närvaro kunde hittas. Spridningen kan också visa att arbetsplatsenheter är den viktiga mätenheten för både intervention och effektmätning.

Flera psykosociala arbetsplatsfaktorer hade betydelse för en ökad andel med stabil närvaro och då särskilt erkänsla, respekt, förtroende och ledarskap. Dessutom hade arbetsplatsens engagemang, känsla inför arbetet och arbetstillfredsställelse betydelse för andel med stabil närvaro på arbetsplatsen. Dessa diskuteras nedan.

Medarbetarskap

I satsningar som syftade till att stärka individer i sin profession eller som syftade till att utveckla arbetsprocesser hade engagemang, arbetstillfredsställelse och ansvar att bidra till utveckling ökat. Men i friskvårdsprojekten hade engagemang, arbetstillfredsställelse och känsla inför arbetet minskat. Medarbetarskapet hade stärkts i projekt som syftade till att stärka organisatoriska resurser eller på flera nivåer, där plattformen var deltagarorienterad och förankrad i personalgruppen samt där medarbetarna sågs som resurs. Individsatsningar, när man sökte stärka fysiska resurser, fanns negativt samband med arbetstillfredsställelse, engagemang och känsla för arbetet. Utvärderingen visade också att starkt medarbetarskap finns där det finns tillit, trygghet, stabilitet, måltydighet, uppskattning och ett bra ledarskap. I den kvalitativa värderingen framkom att det är viktigt för gruppen att lyckas med ett projekt eller slutföra projektet för att motivera till nya utmaningar.

Måttet stabil närvaro

Detta mått kan vara användbart för arbetsgivare som ett mått på funktion, prestation och, men med viss försiktighet, även indikation på hållbar arbetsförmåga. Måttet, som det är utformat här, ger i sig ingen kunskap om medarbetarna är frisk- eller sjuknärvarande. Trots detta finns det samband som överrensstämmer med hälsfaktorer. Men eftersom det finns förhållandevis lite kunskap om stabil närvaro (mätt som få sjukskrivningsdagar) och sjuknärvaro bör man ändå vara försiktig i sin tolkning om det innebär hälsa eller inte på längre sikt.

Kan begreppet stabil närvaro, i förlängningen, även fungera som ett indirekt mått på produktivitet? I en nyligen presenterad rapport från Karolinska institutet visade man att de hälsofrämjande insatser som påverkade arbetsförmågan hos arbetskraften ledde till produktivitetsökning (Jensen, 2005). En annan studie visade att en reducering av antalet hälsorisker hos medarbetarna hade ett klart samband med en positiv produktivitetsutveckling (Burton, 2005). Ytterligare studier har poängterat de höga

kostnader som en sänkt arbetsförmåga kan ge för en organisation (Goetzel et al. 2004; Pelletier et al. 2004)

Ledarskap: Synsätt, roller och strategier i utvecklingsarbetet

Ledaren har stor betydelse för start, genomförande, och effekt av hälsofrämjande satsningar. Andelen med stabil närvaro ökade främst vid satsningar där målavgränsningen var tydlig och fokuserade påverkbara mål. Dessutom hade det positiv betydelse att ledaren lyfte fram organisation eller samhället och inte individen som huvudsakligen ansvarig för den ökade arbetsohälsan och där personalen sågs som resurs och inte hinder i utvecklingsarbetet. Högre andel med stabil närvaro fanns vid samtliga mätningar där interventionen satsat på att medvetandegöra om hälsa, vid interventioner som satsade på flera olika insatser, interventioner som riktade in sig på individ- eller organisationsnivå samt interventioner som fokuserade på påverkbara mål. Långsiktigt goda satsningar för många med stabil närvaro på arbetsplatsen var dessutom satsningar på att stärka professionella resurser.

Som ledare kan man reflektera över:

- Vilka möjligheter har jag att utveckla hälso- och arbetsmiljön på min arbetsplats?
- Vilka fördelar och nackdelar finns för utvecklingsarbete?
- Är medarbetarna en tillgång eller belastning, för mig, i utvecklingsarbetet? Vilka signaler ger jag medarbetarna?
- Hur kan resurserna synliggöras och vidgas?
- Vilka samarbetspartners kan jag ta hjälp av för att komma över hinder?

Medarbetarskap: Synsätt, roller och strategier i utvecklingsarbetet

I hälsoprojekt kan det vara en eller flera entusiastiska medarbetare som driver arbetet framåt. Hela arbetsgrupper kan ha en starkt kollektivt ansvar och engagemang i utvecklingsarbete men arbetsgrupper kan även aktivt motarbeta ledare och/eller utvecklingsarbete. I intervjuer framkom olika kvaliteter som kan röra utvecklingen av medarbetarskap i hälso- och arbetsmiljöarbete. Resultatinriktat medarbetarskap med fokus på förverkligande av resurser i gruppen beskrev den mest utvecklingsinriktade kvalitén. Därefter fanns dialoginriktad- och samarbetande medarbetarskap, bevakande av rättigheter och skyldigheter, utnyttjande av rättigheter, och den minst utvecklingsinriktade, betydelse- och maktlöshet i medarbetarskapet.

Engagemang och arbetstillfredsställelse ökade i projekt som syftade till att stärka organisatoriska resurser eller hade bredare inriktning, där plattformen var deltagarorienterad samt där medarbetarna sågs som resurs. Individuella satsningar, när man sökte stärka fysiska resurser, hade samband med minskad arbetstillfredsställelse, engagemang och känsla för arbetet.

I arbetsgruppen kan man diskutera medarbetarskap och sin ”medarbetarskapskultur”:

- Vad kännetecknar ett bra medarbetarskap?
- Vilka för- och nackdelar finns på arbetsplatsen med att: Tänka på sig själv och sina egna rättigheter och intressen? Engagera sig för utveckling av gruppen?
- Vad kännetecknar medarbetarskapet i vår arbetsgrupp? Om vårt medarbetarskap innebär hinder för vår och verksamhetens utveckling; varför låter vi detta hinder dominera?

- Hur skulle vi vilja ha det i vår arbetsgrupp?
- Hur kan vi stärka resurser och möjligheter till ökat ansvar, engagemang och arbetstillfredsställelse?
- Finns det en ömsesidig tillit mellan ledning och medarbetare i hälso- och arbetsmiljöarbete?
- Hur delaktiga är vi i utvecklingsarbetet på vår arbetsplats?
- Finns det moment i arbetet som vi vill påverka mer? Vad, vilka? Vad är det som hindrar oss?
- Vilka befogenheter behövs för att vi ska ta ansvar på ett mer effektivt sätt?
- Finns idéer om utvecklingsarbete? Hur kan vi bättre ta tillvara dessa idéer?

Delaktighet och plattform vid hälsosatsningar

Delaktighetens positiva betydelse vid implementering och start av projekt är väl dokumenterad. På samma sätt är de negativa följderna av bristande delaktighet välkända.

Vår erfarenhet säger att delaktighetsbaserat utvecklingsarbete är en utmaning i praktiken. Ledarens synsätt hade betydelse för delaktighet i start och genomförande av hälsofrämjande utvecklingsarbete. Hälsosatsningar med deltagarorienterad delaktighet kan starta, eller underhålla, en positiv utvecklingsspiral som stärker medarbetarens delaktighet, kunskap, insikt, ansvar och kreativitet i utvecklingsarbete. Oavslutade projekt, som inte fått prioritet att genomföras och avslutas kan skapa frustration och uppgivenhet hos medarbetare och projektledning. Delaktighet i satsningar kan i sämre fall upplevas som ”dumpad delaktighet” istället för reell delaktighet. Detta betyder att delaktigheten då har en mer retorisk än verklig innebörd i utvecklingsarbetet.

För att underhålla och starta en positiv utvecklingsprocess kan man i arbetsgruppen diskutera:

- Ger vi möjlighet till att starta, genomföra, slutföra och utvärdera utvecklingsarbete? Finns vilja, idéer och motivation till utvecklingsarbete? Hur håller vi kursen på prioriterade utvecklingsarbeten? Har någon tilldelats att administrera och hålla ordning på projektet? Tar vi tid till reflektion och utvärdering efter avslutade satsningar?
- Har utvecklingsarbetet gett nya idéer?
- Finns oavslutade satsningar som mest *tar* kraft och ork? När ska vi avsluta dem?
- Hur ska vi gå från projekt till en bra utvecklingsprocess? Hur kan vi undvika att utvecklingsarbetet inte bara blir en pappersprodukt?

Plattformen hade betydelse för effekten avseende stabil närvaro och medarbetarskap. Plattformen kan i sig utgöra ett hinder om de mål som fokuseras är sådana mål som arbetsgruppen inte har möjlighet att påverka. Man kan i arbetsgruppen fråga sig om:

- målen är tydliga och avgränsade?
- man valt en fråga som är möjligt att lösa?
- frågan och insatsen är förankrad bland alla medarbetare?
- insatsen en naturlig del i det pågående utvecklingsarbetet?

I denna och andra empiriska studier har delaktighet inte entydigt visat positiva samband med arbetshälsa och åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. I jämförande studier av organisering av arbetsmiljöarbetet fanns svaga samband med delaktighets- och lärande

strategier i arbetsmiljöarbetet (Dellve et al 2004, Eklöf och Ingelgård 2004). Det kan bero på att delaktighet är svårt att mäta men det kan också bero på att viktiga grundförutsättningar i arbetsmiljöarbetet, som rör struktur, saknades.

Struktur och samverkan i hälso- och arbetsmiljöarbetet

Det systematiska arbetsmiljöarbetet har som övergripande mål att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Enligt AML skall arbetsgivare och arbetstagare bedriva en på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljöverksamhet. Arbetsgivaren står som ytterst ansvarig för arbetsmiljön, men skall (enligt AFS 2001:1) ge arbetstagarna och dess skyddsombud möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Forskning visar samband mellan bra struktur för lösning av problem och bättre hälsa bland anställda. Detta talar för att struktur i hälso- och arbetsmiljöarbetet har betydelse genom att den kommunicerar både styrning och avvikelser vertikalt och horisontellt i organisationen. Det finns för övrigt lite kunskap om hur laglig reglering av hantering av arbetsmiljön främjar arbetshälsa och hindrar arbetsskador. Detta har inte utvärderats vetenskapligt i någon större omfattning.

I utveckling av att strukturera och systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbete kan följande frågor diskuteras:

- Finns *årsplanering* knuten till det systematiska arbetsmiljöarbetet enligt AFS 2001:1? Är hälso- och arbetsmiljöarbetet planerat även med hänsyn till budgetprocessen? Är det tydligt på vilken beslutsnivå uppgifterna ska utföras?
- Är hälso- och arbetsmiljöarbetet *väl förankrat i organisationen*? Finns mötesplatser och utrymme för diskussion och reflektion?
- *Följer vi upp* hälsoarbetet systematiskt? Sker uppföljning av mål och aktiviteter på arbetsplatsträff och i samverkansgrupper? Finns adekvata mätetal?
- *Arbetar vi med hälsofrämjande frågor*, dvs frågor som syftar till att stärka förutsättningar för hälsa (friskfaktorer) och inte bara undvika risker (riskfaktorer)?
- *Hur arbetar vi med hälsofrämjande frågor*? Hur arbetar vi med förebyggande frågor? Hur arbetar vi med rehabilitering/efterhjälpande frågor?
- Har vi *övergripande mål* för vårt hälsoarbete som utgår från en helhetssyn på hälsa och arbetsmiljö? Har vi mål som utgår från individ-, grupp och organisationsnivå? Har vi mål utifrån flera perspektiv: hälsofrämjande-, förebyggande och rehabiliterande?
- Utgår våra hälsoaktiviteter från en *helhetssyn* på hälsa och arbetsmiljö? Har vi aktiviteter som utgår från individ-, grupp och organisationsnivå? Har vi aktiviteter som stödjer målen utifrån individ-, grupp och organisationsperspektiv?

Strukturerat arbete på arbetsplatsenheter med sjukfrånvarodata och medarbetarenkät

En viktig erfarenhet var att det kan finnas svårigheter för ledare att följa förekomst av sjukskrivning på sin enhet. Svårigheterna rörde att få aktuella data för enheten från data-supportsystemet, att skilja på korttidsfrånvaro och långtidsfrånvaro och att följa andelen icke-sjukskrivna. Dessa erfarenheter har även beskrivits från HaKuL-projektet (2004). I ett strukturerat arbete med närvaro och sjukfrånvaro bör man definiera varje arbetsgrupp på en arbetsplats och vem som är dess chef, följa sjukfrånvaro och andel friska/långtidsfriska fortlöpande, göra rehabiliteringsplaner för långtidssjuka och upprepade korttidssjuka, skapa rutiner som verkligen fungerar för kontakt med

arbetsplats och sjukskriven under sjukskrivningen och vid återgång i arbete, öppna enkla kontaktvägar för statistikrapportering mellan chef/arbetsmiljöansvarig/rehabiliteringsansvariga, involvera högre chefer och skapa tydliga rapporteringsvägar (HaKul-projektet. 2004). Flera ledare var även osäkra på hur man kan använda medarbetarenkäten i hälso- och arbetsmiljöarbetet.

En annan erfarenhet var att det varierade mellan arbetsplatser hur väl och strukturerat arbetet med de årliga medarbetarenkätorna bedrevs. På flera arbetsplatser användes resultaten aktivt i organisationens strategiska – och arbetsmiljöarbete. Resultaten följdes upp och återkopplades till personalen på enhetsnivå. Detta tjänade sedan som underlag för beslut om åtgärder och budget. Vid andra arbetsplatser såg varken personal eller ledning nyttan av medarbetarenkäter. En metod för strukturerat arbete, i dialogform, med medarbetarenkät initierades av Linnéstaden och utvecklades av personalutvecklingsenheten i Linnéstaden i samarbete med SAMS-projektet.

Betydelsefulla förutsättningar för arbetshälsa och medarbetarskap Respekt och erkänsla

Upplevd erkänsla och respekt hade betydelse för både arbetshälsa och medarbetarskap. I arbetsgrupper kan man reflektera över om man visar varandra tillräckligt med respekt på arbetsplatsen, om man visar varandra uppskattning för de arbetsinsatser som utförs. Viktiga frågor är också på vilket sätt man vill att ledaren/arbetskamrater ska visa uppskattning, om kunderna/klinterna/eleverna uppskattar insatserna och vad de uppskattar eller inte uppskattar?

Balans mellan ansträngning och belöning är en välkänd och betydelsefull förutsättning för hälsa i arbetslivet. För personal i vård och omsorg kan en viktig belöning vara respekt och erkänsla för yrkeskunnande och arbetsinsats.

På arbetsplatsen kan man diskutera:

- Hur får arbetsgrupper och individer belöning och erkännande för tillräckligt goda insatser?
- Vilken belöning ger oss ökad arbetstillfredsställelse?
- Hur kan vi skapa en jämnare arbetsbelastning?
- Hur underlättar vi prioritering och gränssättning för belastade? Är målnivån tydlig? Finns rutiner för prioritering av arbetsuppgifter?

Tydliga och realistiska mål

Ledares måltydlighet och realistiska mål kan vara betydelsefulla faktorer för arbetshälsa. För att kunna ta ansvar bör en gemensam bild av målnivå finnas i organisationen. Resursfördelningen är beroende av politiska beslut och i organisationen kan också finnas en inbyggd målkonflikt mellan olika intressenter med olika behov och förväntningar. Behoven kan vara "oändliga" men inte resurserna, vilket gör det nödvändigt att prioritera bland målen. De anställdas hälsa kan påverkas av egna förväntningar och i vilken mån man upplever att man erbjuder kvalitet i verksamheten. På arbetsplatsen kan man diskutera och ta ställning till:

- Vilka har förväntningar på vår arbetsinsats? Har vi gemensam uppfattning om vad som är en rimlig målnivå för oss; ledning – medarbetare, mellan medarbetare, inom förvaltningen, politisk nivå? Vem styr vilken kvalitet du/ni ska hålla i ditt/ert arbete: du själv, dina arbetskamrater, din närmsta chef högre

beslutsfattare eller elever/kunder/klienter? Sker beslut om kompromisser av ansvariga eller utförare?

- På vilket sätt ska vi tydliggöra mål och prioriteringar, dvs förväntade arbetsinsatser? Vad behövs för att föra arbetsgruppen mot gemensamma mål?
- När känner vi oss nöjda med vår insats? Hur hanterar vi egna, inre förväntningar på vår insats?

Balans i arbetet och livet

Enligt modellen om hållbar arbetsförmåga bör balans finnas mellan arbetets krav och individens resurser. Resurser och krav hos individen och i arbetsförhållanden som kan påverka den upplevda arbetsförmågan är t ex utbildning, inkomst, kön, ålder, utvecklings- och beslutsmöjligheter, stöd från chef, kontroll, resurser att göra ett bra jobb, delaktighet och respekt (Tuomi et al. 1997). Men alla har inte samma förutsättningar. Detta kan t ex bero funktionshinder, tillfällig eller bestående nedsatt arbetsförmåga, ny i arbetslivet, nära pension, har åtaganden som gäller anhöriga, barn och familj mm.

Balans i arbetet och livet innebär, enligt en teori, att uppleva att man kan vara helt engagerad i arbetet och i andra livsområden/livsroller – och att engagemang i en livsroll inte påverkar engagemang i andra livsroller negativt (Clark 2000; Goldenhar et al. 2001). Detta anses vara en resurs för mental och fysisk hälsa. För att på arbetsplatsen stärka medarbetares möjlighet till balans, kan man reflektera och diskutera:

- Vilka grundförutsättningar behöver finnas för hållbar arbetsförmåga på vår enhet?
- Hur stödjer vi varandra – när någon av oss, tillfälligt eller oftast, har svagare resurser?
- Vilken beredskap finns för att balansera krav och resurser efter särskilda, tillfälliga eller återkommande, omständigheter? Hur kan vi bättre anpassa vårt arbete så att var och en kommer till sin rätt och känner sig nöjd med sin arbetsinsats?

Arbetsmaterial för hälso- och arbetsmiljöarbete

Ett arbetsmaterial för att utveckla och stödja ett hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap utvecklades också i SAMS-projektet. Detta kan användas av chefer, ledningsgrupper och arbetsgrupper som vill utveckla det systematiska hälsoarbetet och kvalitetsarbetet på arbetsplatsen. Arbetsmaterialet finns tillgängligt på www.amm.se

Det kan också användas som ett verktyg för kvalitetssäkring och ökad samverkan i hälso- och arbetsmiljöarbetet, i organisationens strategiska arbete, dvs i utvecklingsarbetet att organisera arbetet för ett hållbar arbetsliv, i arbetslagsutveckling och utvecklingsarbete och för att skapa en medvetenhet och handlingsberedskap kring hälso- och ohälsfaktorer på individ, grupp och organisationsnivå.

Man kan börja från början eller med de teman som är angelägna. Man bör heller inte arbeta med för många frågor vid varje tillfälle. Räkna med att arbetet med hälso- och arbetsmiljöfrågorna måste bedrivas kontinuerligt och regelbundet.

Vid varje tema finns dialogfrågor och en bild som inspiration i dialogen, en faktaruta och ett praktiskt grupparbete som kan vara ett stöd i utvecklingsarbetet. Grupper med mycket god förmåga till problemlösning under möten kan arbeta självständigt med materialet och därefter redovisa till sin chef men de flesta grupper behöver en samtalsledare som arbetar med att få fram resultat av diskussionerna, se till

att resultaten dokumenteras och att gemensamma beslut blir tydligt formulerade etc. Förutsättningar för ett lyckat utvecklingsarbete är:

- Att utvecklingsarbetet har en struktur som är stabil (rutiner, kontinuitet, tid, etc).
- Att deltagarna kan, vill och vågar föra en öppen diskussion.
- Att deltagarna kan och vill kompromissa.
- Att deltagarna kan, vill och vågar ändra sitt tänkande och beteende.

Metoddiskussion

Vid interventionsforskning inom arbetshälsoområdet har betydelsen av att studera hela processen framhållits då handlingar och förändringar inte bara styrs av rationella målinriktade val utan också av mer eller mindre uttalade tankemönster, värderingar, politiska intressen etc. Fishman (1999) vill höja nyttovärdet av interventionsstudier genom ett mer pragmatisk vetenskapligt synsätt, vilket bygger på social konstruktivism och är en blandform av positivistiskt och hermeneutiskt synsätt. Även Saksvik m fl (2002) argumenterar för en kombination av kvalitativ och kvantitativ metodik för att ge en mer fördjupad kunskap om interventionen och viktiga komponenter i interventionsarbetet än vad enbart för- och uppföljningsmätningar kan erbjuda. Det är betydelsefullt att finna former för ett samarbete som gynnar både kunskapsutveckling och praktisk verksamhet och som förenar verksamhetsmässiga och vetenskapliga kriterier på kvalitet.

Fishman (1999) menar att, genom fallstudiedesign vid interventionsstudier nås en kunskap som är mer rik, nyanserad, konkret och kontextuell. Interventionsarbetet tar sin utgångspunkt i organisationens och arbetsgruppernas problem vilka forskaren analyserar och stegvis återkopplar till ”klienten” och sedan värderar. I Fishmans metodik formulerar forskaren även en handlingsplan. I vår studie var forskarnas roller och ansvarsområden mer åtskilda. Forskarna har här inte ansvaret för handlingsplaner men erbjuder analys och kunskapsöversikt i frågeområdena, dels för att ge en mer nyanserad beskrivning av interventionsprocessen och dels för att använda en samarbetsform som inte gör avkall på viktiga förutsättningar och kvalitetskrav i forskningsarbetet. För att nyttiggöra resultat från forskning är det angeläget med en nära relation till praktisk verksamhet. Det är betydelsefullt att finna/pröva former för ett samarbete som gynnar både kunskapsutvecklingen och de praktisk verksamheterna utan att göra avkall på vetenskaplig kvalitet.

Vid studier av effekter, för generalisering och möjlighet till att skatta kausala samband, är en randomiserad kontrollstudie naturligtvis bättre om beroende och oberoende variabler är kända och om det är praktiskt möjligt. I denna interventionsstudie är randomisering inte möjlig att genomföra av flera praktiska och vetenskapliga skäl. Effekter avseende förutsättningar för arbetsförmåga skattades istället genom upprepade mätningar och genom slumpmässigt utvalda kontrollgrupper. Forskarmedverkan kan vid interventionsforskning variera från objektivt till aktivt deltagande. Inom interventionsforskning, aktionsforskning och kvalitativ forskning har den deltagande ansatsen alltmer accepterats och beskrivits som nödvändig för att nå goda resultat. Forskarrollen i den aktuella studien innehåller både en mer objektivt kartläggande roll och en deltagande roll. Den deltagande rollen har en närhet till aktionsforskningen, och då framför allt den dialogorienterade aktionsforskningen, men

är också en viktig del i de kvalitativa undersökningarna (Griffiths 1999). Vid kvalitativa studier har en vetenskapsteoretisk utveckling skett under 1900-talet. Från mer positivistiska och postpositivistiska antaganden har metodiken utvecklats mot mer social- konstruktivistiska antaganden. Det konstruktivistiska paradigmet accepterar forskarens roll som medskapande av resultaten och använder metoder för att beskriva och värdera förförståelsens betydelse för resultaten (Charmaz 2000). Forskarna medverkade i SAMS-projektet till att utveckla kunskapen genom intervjuer, kartläggning, uppföljningsmätningar, deltagande i arbetsgrupper, återkoppling av de kvalitativa och de kvantitativa resultaten samt genom kunskapsförmedling om dessa i relation till tidigare forskning.

Slutsatser

- Ledarskapet (synsätt och arbetssätt) hade betydelse för de hälsofrämjande projektens inriktning, genomförande och effekt. Bredare satsningar gav bättre effekt avseende stabil närvaro och mindre sjukfrånvaro än ensidiga satsningar. Engagemang och arbetstillfredsställelse ökade i projekt som syftade till att stärka organisatoriska resurser eller hade bredare inriktning, där plattformen var deltagarorienterad samt där medarbetarna sågs som resurs.
- Hälsoprojektet kunde starta en positiv utvecklingsprocess som gav förväntningar och handlingsberedskap för nya utvecklingsområden.
- Andelen med stabil närvaro på arbetet (lite/ingen sjukfrånvaro) ökade inom friskvårdssatsningar samt något bland kvinnor och bland 35-44 åringar. Ökad erkänsla och respekt är betydelsefullt för stabil närvaro och medarbetarskap (arbetstillfredsställelse och engagemang).

REFERENSER

- Alexandersson, K. (1998). "Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized." *Scand J Soc Med* 26(4): 241-249.
- Alexandersson, K. and E. Söderberg (2001). *Försäkringsmedicinsk forskning - en litteraturgenomgång*. Linköping, Försäkringsmedicinskt Centrum och Linköpings Universitet.
- Andersson, R. and E. Menckel (1995). "On the prevention of accidents and injuries. A comparative analysis of conceptual frameworks." *Accident Analysis and Prevention* 27: 157-768.
- Antonovsky, A. (1979). *Health Stress and Coping*. San Fransisco, CA, Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). "A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sence of coherence." *Journal of Preventive Psychiatry* 2: 1-13.
- Argyris, C. (1998). "Empowerment: the emperor's new clothes." *Harvard Business Review* 76(3): 98-105.
- Aronsson, G., W. Astvik, et al. (1998). "Home-Care Workers: Work Conditions and Occupational Exclusion: A Comparison Between Carers on Early-Retirement and Regular Pensions." *Home Health Care Service Quarterly* 17(2): 71-91.
- Aronsson, G. and K. Gustafsson (2005). "Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research." *J Occup Environ Med* 47(9): 958-66.
- Aronsson, G., K. Gustafsson, et al. (2000). "Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism." *J Epidemiol Community Health* 54(7): 502-9.
- Aronsson, G. and T. Lindh (2004). "Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie." *Arbete och Hälsa* 2004(10).
- Backström, T. (2003). *Medarbetarskap-möjlighet eller nödvändighet? I: Förnyelse på svenska arbetsplatser-balansakter och dynamik*. L. Wilhelmsson (red). Stockholm, Arbetslivsinstitutet: 267-293.
- Barss, P., G. Smith, et al. (1998). *Injury prevention: an international perspective-epidemiology, surveillance, and policy*. New York, Oxford University Press.
- Bourbonnais, R. and M. Mondor (2001). "Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec." *American Journal of Industrial Medicine* 39: 194-202.

Brunlin, C., B. Gerdle, et al. (1998). "Physical and psychosocial work related risk factors associated with musculoskeletal symptoms among home care personnel." *Scandinavian Journal of Caring Science* 12: 104-110.

Brunlin, C., A. Winkvist, et al. (2000). "Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms." *J Adv Nurs* 31(1): 181-9.

Burton, W. N., C. Y. Chen, et al. (2005). "The association of health risks with on-the-job productivity." *J Occup Environ Med* 47(8): 769-77.

Burton, W. N., G. Pransky, et al. (2004). "The association of medical conditions and presenteeism." *J Occup Environ Med* 46(6 Suppl): 38-45.

Clark, S. (2000). "Work/family border theory: a new theory of work/family balance." *Human Relations* 53(6): 747-770.

Dellve, L. (2003). Explaining occupational disorders and work ability among home care workers (doktorsavhandling). Arbets- och miljömedicin. Göteborg, Göteborg University.

Dellve, L., K. Henning-Abrahamsson, et al. (2002). Grounded theory in public health research. I: Qualitative methods in public health research. L. Hallberg (red). Lund, Studentlitteratur.

Dellve, L., C. Karlberg, et al. (2006). "Macro-organisational factors, the incidence of work disability and work ability among the total work force of home care workers in Sweden." *Scandinavian Journal of Public Health* In press.

Dellve, L., M. Lagerström, et al. (2003). "Work system risk factors for permanent work disability among home care workers: a case-control study." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 76: 216-224.

Dellve, L., K. Skagert, M Eklöf. (2004). Delaktighet och struktur i systematiskt arbetsmiljöarbete. Betydelsen för rapporterade arbetsskador och arbetshälsa bland personal i kommunal vård och omsorg. Rapport från Arbets- och miljömedicin 2004:107.

Docherty, P. and T. Huzzard, Eds. (2003). Marknads-, management- och medarbetartrender 1985–2005. Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Eklöf, M. and A. Ingelgård (2004). "Is participative ergonomics associated with better working environment and health? A study among swedish white-collar VDU users." *International Journal of Industrial Ergonomics* 34(5): 355-366.

Elovainio, M., M. Kivimäki, et al. (2002). "Organizational justice: evidence of a new psychological predictor of health." *Am J Public Health* 92: 105-108.

- Eriksen, W., D. Bruusgard, et al. (2003). "Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides." *Occupational and Environmental Health* 60: 271-278.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Faragher, E., M. Cass, et al. (2005). "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis." *Occupational and Environmental Medicine* 62: 105-112.
- Goetzel, R. Z., S. R. Long, et al. (2004). "Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers." *J Occup Environ Med* 46(4): 398-412.
- Goldenhar, L., A. LaMontagne, et al. (2001). "The Intervention Research Process in Occupational Safety and Health: An Overview From the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research Team." *J Occup Environ Med* 43: 616-622.
- GR (2005). *Nyckeltal Hälsa-ohälsa*. Göteborg, Göteborgs Regionen, GR.
- Griffiths, A. (1999). "Organizational interventions. Facing the limits of the natural science paradigm." *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 25: 589-596.
- Hackman, J. R. and G. R. Oldham (1980). *Work redesign*. reading, Mass., Addison-Wesley.
- Hagberg, M., B. Silverstein, et al. (1995). *Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs): A Reference Book for Prevention*. London, Taylor & Francis.
- HaKul-projektet (2004). *Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting*. Stockholm, Institutet för Personskadeprevention.
- Hansson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund, Studentlitteratur.
- Heller, F. (1998). *Organizational Participation: Myth and Reality*. Oxford, New York Oxford University Press (UK).
- Hemström, Ö. (2002). *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm, Fritzes.
- Holmquist, C. (1997). *Den ömma bödeln. Kvinnliga ledare i åtstramningstider. Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. E. Sundin. Stockholm, Fritzes, SOU 1997:83.
- Hällsten, F. and S. Tengblad (2002). *Personalansvar och medarbetarskap*. Göteborg, Bokförlaget BAS.

Härenstam, A. and the MOA-research-group (2005). "Different development trends in working life and increasing occupational stress require new environment strategies." *Work* 24: 261-277.

Ingelgård, A. (1998). On macroergonomics and learning strategies in improving working conditions. Psykologiska Institutionen. Göteborg, Göteborgs Universitet.

Ingelgård, A, F. Norrgren (2001). "Effects of change strategy and top-management involvement on quality of working life and economic results." *International Journal of Industrial Ergonomics*.

Ingvad, B. och E. Olsson (1999). "Det känslomässiga utbytet och omsorgskvalité i hemtjänsten." *Socialvetenskaplig tidskrift* 6(1): 3-26.

Jacobsson, C., A. Pousette, et al. (2001). "Managing stress and feelings of mastery among Swedish comprehensive school teachers." *Scandinavian Journal of Educational Research* 45(1): 37-53.

Johansson, G. och U. Lundberg (2004). "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model." *Social Science and Medicine* 58(10): 1857-1868.

Johansson, M. (2005). *Gott medarbetarskap. En intervjustudie med chefer och medarbetare om deras syn på begreppet*. Göteborg, Göteborgs Universitet, Psykologiska Institutionen.

Johnsson, J., A. Lugn, Rexed (2003). *Långtidsfrisk - så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*, Ekerlids förlag.

Kaminski, M., Kaufman, J., Graubarth, R. & Robins, T. (2000). "How do people become empowered? A case study of union activist." *Human Relations* 53(10): 1357-1383.

Kaplan, G. A. (1999). "What is the role of the social environment in understanding inequalities in health?" *Ann N Y Acad Sci* 896: 116-9.

Karasek, R. and T. Theorell (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books.

Kessler, R. C., M. Ames, et al. (2004). "Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness." *J Occup Environ Med* 46(6 Suppl): S23-37.

Kivimaki, M., J. Head, et al. (2005). "Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study." *Am J Public Health* 95(1): 98-102.

Kristensen, T. (2005). "Intervention studies in occupation epidemiology." *Occupational and Environmental Medicine* 62: 205-210.

Källestål (red), C., M. Bjurvald, et al. (2004). Hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter, Statens Folkhälsöinstitut.

Lagerström, M., T. Hansson, et al. (1998). "Work-related low-back problems in nursing." *Scand J Work Environ Health* 24(6): 449-464.

Lidwall, U. (2001). Långtidssjukskrivna- diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 1999 och 2000, RFV Redovisar 2001:xx.

Lindberg, P., E. Vingård, et al. (2005). "Retaining the ability to work - associated factors at work." *European Journal of Public Health*.

Lund, T. and V. Borg (1999). "Work Environment and Self-Rated Health as Predictors of Remaining in Work 5 years later Among Danish Employees 35-59 Years of Age." *Experimental Aging Research* 25: 429-434.

Lynch, J., G. DaveySmith, et al. (2001). "Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations." *Lancet* 358: 194-200.

McGraw, M. E. (2000). "Goodbye to presenteeism." *J R Soc Med* 93(6): 281-2.

McIntyre, S. (1997). "The Black Report and beyond: what are the issues?" *Soc Sci Med* 44(6): 723-745.

Medin, J. och K. Alexandersson (2001). Hälsa och hälsöfrämjande. Lund, Studentlitteratur.

Menckel, E. och L. Österblom (2000). Hälsöfrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Niedhammer, I., I. Bugel, et al. (1998). "Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective cohort study." *Occup Environ Med* 55: 735-741.

Nordfelt, L. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot, Avebury.

Pelletier, B., M. Boles, et al. (2004). "Change in health risks and work productivity over time." *J Occup Environ Med* 46(7): 746-54.

Pilette, P. C. (2005). "Presenteeism & Productivity: Two Reasons Employee Assistance Programs Make Good Business Cents." *Annals of the American Psychotherapy Assn.* 8(1): 12-14.

Pohjonen, T. (2001). "Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups." *Occup Med* 51(3): 209-217.

Porras, J. and P. Robertson (1992). Organisation development. Handbook of Industrial and Organisational Psychology. M. Dunnette and L. Hough, Consulting Psychologists Press.

Pousette, A. (2001). Feedback and Stress in Human Service Organizations. Department of Psychology. Göteborg, Göteborg University.

Prasad, M., P. Wahlqvist, et al. (2004). "A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: a patient-reported outcomes perspective." *Pharmacoeconomics* 22(4): 225-44.

Riksförsäkringsverket (2001). "Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering." *RFV Redovisar* 2001:5.

Ritchie, K., E. MacDonald, et al. (1999). "Analysis of sickness absence among employees of four NHS trusts." *Occupational Medicine* 56: 702-708.

Rugulies, R., B. Aust, et al. (2004). The epidemiology of health and illness. A socio-psycho-physiological perspective. I: Handbook of Health Psychology. S. Sutton, A. Baum and M. Johnston (red). London, Sage Publishers.

Saksvik, P. and M. Quinlan (2003). "Regulating Systematic Occupational Health and safety Management. Comparing the Norwegian and Australian Experience." *Industrial Relations* 58(1): 33-56.

SAMS-projektet (2004) Hälsöfrämjande arbetsmiljöarbete i social service och skola i Göteborgs Stad. Göteborgs Stad och Arbets- och miljömedicin, Göteborg.

SBU (2003). Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Schaufeli, W. and A. Bakker (2005). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a ten-year longitudinal study among general practitioners. IXth European Conference on Organizational Psychology and Health Care "Psychosocial resources in human service work", Dresden, Tyskland.

Shain, M. and D. Kramer (2004). "Health promotion in the work-place: framing the concept; reviewing the evidence." *Occupational and Environmental Medicine* 61: 643-648.

Shamansky, S. L. (2002). "Presenteeism...or when being there is not being there." *Public Health Nurs* 19(2): 79-80.

Sheridan, A. (2004). "Chronic presenteeism: The multiple dimensions to men's absence from part-time work." *Gender, Work & Organization* Vol 11(2),(Apr): pp. 207-225.

Siegrist, J. (1996). "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions." *Journal of Occupational Health Psychology* 1: 27-71.

Skagert, K., L. Dellve, et al. (2003). Resurser och hälsa. Ledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa och minska sjukskrivning., Göteborgs Universitet, Yrkes- och miljömedicin, Rapport nr 101.

Smith, M. and P. Carayone (1989). "A balance theory of job design for stress reduction." *International Journal of Industrial Ergonomics* 4: 67-79.

Spector, P. E. (1986). "Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work." *Human Relations* 39(11): 1005-1016.

Szucs, S., Ö. Hemström, et al. (2003). Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Theorell, T. (2003). Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Stockholm, Statens folkhälsoinstitut. 2003;46.

Theorell, T. (2003). Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskapssammanställning. 2003 (2:a uppl.). Stockholm, Statens folkhälsoinstitut.

Tuomi, K., J. Illmarinen, et al. (1997). "Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of ageing workers." *Scand J Work Environ Health* 23 suppl 1: 66-71.

Wahlström, J. (2003). Physical load, psychosocial and individual factors in visual display unit work (doktorsavhandling). Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Vahtera, J., M. Kivimäki, et al. (2000). "Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees." *J Epidemiolol Community Health* 54: 484-493.

Wang, P. S., A. Beck, et al. (2003). "Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys." *J Occup Environ Med* 45(12): 1303-11.

Virtanen, M., M. Kivimäki, et al. (2001). "Contingent employment, health and sickness absence." *Scan J Work Environ Health* 27: 365-372.

Väänänen, A., R. Kalimo, et al. (2004). "Role clarity, fairness, and organizational climate as predictors of sickness absence. A prospective study in the private sector." *Scand J Public Health* 32: 426-434.

Yukl, G. (2002). Leadership in organizations. New Jersey (USA). Prentice-Hall inc.

