



Rapport från Yrkes- och miljömedicin nr 101

Resurser och hälsa

Ledares föreställningar om möjligheter och vägar
att påverka anställdas hälsa och minska sjukskrivning

Katrin Skagert, Yrkes- och miljömedicin, Göteborgs Universitet
Lotta Dellve, Yrkes- och miljömedicin, Göteborgs Universitet
Kristina Håkansson, Sociologiska Institutionen, Göteborgs Universitet

Yrkes- och miljömedicin, Göteborg

Göteborg, november 2003

ISSN 1650-4321
ISBN 91-7876-100-X

Yrkes- och miljömedicin

S:t Sigfridsgatan 85
412 66 Göteborg

Telefon

Telefax

E-post

Hemsida

031 – 343 81 03

031 – 40 97 28

yrkesmedicin@ymk.gu.se

www.ymk.gu.se

Förord

Den under 90-talet ökande sjukfrånvaron, framförallt bland kvinnor inom den offentliga och kommunala sektorn, är ett välkänt samhällsproblem. Stat och arbetsgivare har med olika insatser försökt vända trenden. I Göteborg avsatte Göteborgs Stad 2002 kommuncentrala medel för att möjliggöra hälsofrämjande satsningar inom enheter och arbetsgrupper i kommunen.

För ett ökat utbyte mellan teori och praktik samarbetar Göteborgs Stad och Yrkes- och miljömedicin i ett forsknings- och utvecklingsprojekt om hälsofrämjande arbete i social service. Projektet, som döptes till SAMS (Systematiskt salutogent arbetsmiljöarbete inom social service i Göteborgs Stad), har som syfte att öka kunskapen om förhållanden på individ-, grupp-, organisations- eller samhällsnivå som har betydelse för genomförande, effekt och utvärdering av hälsofrämjande satsningar för minskad sjukfrånvaro bland kommunal personal inom social service. Detta för att på sikt bidra till ökade förutsättningar för medvetenhet och handlingsberedskap avseende systematiskt arbetsmiljöarbete. Projektledare för de hälsofrämjande satsningarna är Helen Torstensson från stadskansliet, Göteborgs Stad och undertecknad är projektledare för forsknings- och utvecklingsprojektet. SAMS-projektet finansieras av Vinnovas program ”Utveckling för hållbar hälsa”. Ett program där ett ökat samspel mellan forskning och politisk/offentlig verksamhet prioriteras.

Denna rapport är en första delstudie i SAMS-projektet och syftar till att få en fördjupad kunskap om ledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa för att minska ohälsan och sjukskrivningarna.

Katrin Skagert, personalvetare och utredningssekreterare i SAMS-projektet, är huvudförfattare av denna delrapport. Kristina Håkansson, PhD i sociologi, var handledare och medverkar även i den vetenskapliga referensgruppen för SAMS-projektet.

Göteborg den 27 oktober 2003

Lotta Dellve
Projektledare
Yrkes- och miljömedicin

Innehållsförteckning

Förord	4
Sammanfattning	7
Bakgrund och syfte	8
Ohälsan i socialt servicearbete	8
Sjukskrivning.....	8
Arbetsrelaterade besvär	8
Förklarande faktorer	9
Ledarskap	10
Ledarskapets funktioner	10
Ledarskap och ledda	10
Social kontext	11
Förändring	11
Linjär logik	12
Interaktiv logik	12
Hälsofrämjande åtgärder	13
Åtgärder för att stärka anställdas fysik	13
Organisatoriska och hälsofrämjande åtgärder inom social service	14
Forskningsprocessen vid interventioner	15
Syfte	15
Material och metoder	16
Urval och undersökningsgrupp	16
Datainsamling	16
Analys	17
Etiska aspekter	18
Reliabilitet och validitet	18
Resultat	20
Förhållningssätt till resurser	20
Maktlöshet	20
Strävan.....	21
Hushållning.....	21
Förädling.....	22
Översättning	23
Plattform för hälsofrämjande satsning	24
Deltagarorienterad plattform	24
Ledningsorienterad plattform	25
Målgrupp/objekt för att öka hälsa och välbefinnande	26
Satsningarnas innehåll	26
Påverka individen	27
Påverka organisationen.....	27

Påverka könsordningen	28
<i>Diskussion</i>	30
Förhållningssätt till resurser	30
Hur hälsa var tänkt att öka och sjukskrivningar minska.....	31
Plattformen för den hälsofrämjande satsningen	31
Begränsningar i metodik.....	32
Fortsatta studier och användbarhet av resultaten	33
Slutsatser	33
<i>Referenser</i>	34

Sammanfattning

I tidigare forskning kring förändringsarbete och hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatser framhålls projektledarens roll som viktig. Syftet med studien var att få en fördjupad kunskap om projektledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa för att minska sjukskrivning.

Undersökningsgruppen var ledare inom social service i Göteborgs Stad. Samtliga var projektledare (n=26, varav 23 kvinnor, 3 män) för en hälsofrämjande satsning riktad för anställda inom kommunal social service. Öppna kvalitativa intervjuer gjordes och analyserades med grounded theory metodik.

Ledarnas föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa beskrivs i tre centrala processer avseende förhållningssätt till resurser, plattform för att påverka anställdas hälsa och målgrupp/objekt för påverkan.

Ledarnas olika förhållningssätt till resurser grupperades i: maktlöshet, strävan, hushållning, förädling och översättning. I gruppen ”maktlöshet” fanns känslor av frustration och upplevt begränsat handlingsutrymme för att påverka resursbristen. ”Strävan” utmärktes av kontrollerande ledarstrategier, inom enheten, där personalen kunde upplevas som hinder för utvecklingen. ”Hushållning” fokuserade på användningen av alla tillgängliga resurser inom enheten, både ekonomiska och personella. ”Förädlingsstrategin” fokuserade på personalens utveckling för att öka individens och organisationens tillväxt. Den mest utåtriktade strategin var ”Översättning” vilken syftade till att vidga resurser genom att översätta och kommunicera behov och resultat på ett gångbart språk i organisatoriska beslutsamhang.

Plattformen för att påverka anställdas hälsa hade deltagarorienterade eller ledningsorienterade egenskaper när det gällde målavgränsning, förankring av den hälsofrämjande satsningen samt personalens delaktighet i utvecklingen av organisationen.

Hur hälsan var tänkt att öka, avspeglades i de lokala satsningarnas innehåll, och var relaterat till ledares uppfattning om vad som bar ansvaret för ohälsan. Satsningarna omfattade åtgärder som skulle stärka de anställdas fysiska eller professionella resurser, öka medvetandet om hälsa generellt bland anställda och i organisationen samt förbättra organisatoriska förutsättningar. Åtgärder fanns på tre nivåer; individ, organisation och samhälle. Målgrupp/objekt för påverkan var individ, organisation eller könsordning.

Sammanfattningsvis genomsyrades ledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa av ledares uppfattning om personalen som resurs eller hinder. Dessutom påverkades strategierna av uppfattningen om ohälsan orsakades av att det var en kvinnodominerad sektor eller om ohälsan var en effekt av de värderingar och förutsättningar som är kopplade till traditionella kvinnoyrken (könsordningen). Ledares uppfattning och strategier kan således spela en central roll för inriktning och plattform för hälsofrämjande förändringsarbete.

Bakgrund och syfte

Ohälsan i socialt servicearbete

Sjukskrivning

Vid årsskiftet 1999/2000 var det i Sverige nästan en halv miljon människor som uppbar sjukbidrag eller förtidspension, tillsammans med dem som varit sjukskrivna mer än ett år. 1999 utgjorde kostnaderna för sjukskrivningarna 27,9 miljarder för staten, en ökning med 75 procent sedan 1997. Andelen sjukskrivna kvinnor har ökat mer än andelen sjukskrivna män. Sedan 1993 har den totala andelen kvinnor som är sjukskrivna ökat med en procentenhet per år. Mellan 1997-2000 ökade andelen kvinnor som varit sjukskrivna mer än ett år med 84 procent. De utgjorde 1,7 procent av alla anställda kvinnor. Motsvarande andel långtidssjukskrivna män uppgick till hälften (SOU 2000:72).

I början på 1990-talet var det ingen större skillnad i sjukfrånvaro mellan kommunal, statlig och privat sektor. Tio år senare har kommunanställda kvinnor betydligt högre sjukfrånvaro än andra. Inom alla sektorerna är det kvinnorna som har en större procentuell andel sjukfrånvarande än män. Inom kommunal och inom landstingsverksamhet har kvinnorna en sjukfrånvaro som är dubbelt så hög som männens inom samma sektor (SOU 2002:5).

Sjukfrånvaron har, i likhet med övriga landet, ökat de senaste åren bland Göteborgs stads kommunalt anställda. Genomsnittligt har den totala sjukfrånvaron i procent av arbetstiden ökat från 5,5 procent 1997 till 9,2 procent 2002. Bland kvinnorna var sjukfrånvaron 10,1 procent. Motsvarande siffra för män var ungefär hälften, 5,5 procent. Kök, städ och vaktmästeri hade högst sjukfrånvaro med i genomsnitt 14 procent, följt av vård och hemtjänst med 12,1 procent. Långtidssjukskrivningar över 60 dagar var för kvinnor 7,6 procent och 3,7 procent för män (Göteborgs Stadskansli 2003).

Arbetsrelaterade besvär

Bland samtliga sysselsatta kvinnor 2002 är det 28,4 procent som uppger besvär till följd av andra förhållanden i arbetet än arbetsolycka (oberoende av sjukfrånvaro) under den senaste 12-månadersperioden. Motsvarande andel för män är 21 procent. Bland kvinnor var den vanligaste orsaken stress och psykiska påfrestningar. Detta var den näst mest vanliga orsaken bland män, vilket är en ökning för både män och kvinnor sedan 1996. Yrken som normalt kategoriseras inom den kommunala sektorn, såsom lärare, hälso- och sjukvårdspersonal och verksamhetschefer, uppgav fram för allt den här typen av besvär (Arbetsmiljöverket 2002).

Inom Västra Götalands Folkhälsorapport 2002 undersöktes stress och arbetsrelaterade besvär i ett slumpmässigt urval av den arbetande befolkningen i Västra Götaland. Bland kommunanställda hade männen låg och kvinnorna hög förekomst av stress. Högst förekomst av arbetsrelaterad stress fanns bland lärarna (18 %). Städ och kökspersonal hade högst förekomst (12 %) av allmän utmattning medan chefer och ledningspersoner hade lägst andel (4 %). Arbetsrelaterad stress var starkt associerat med frekvent sjuknärvaro, självskattad nedsättning av prestationsförmågan och att ofta

funderat på att byta arbetsplats och/eller yrke (Västra Götalands Folkhälsokommitté 2002a). I en annan delrapport beskrivs stora skillnader mellan kommuner i Västra Götaland avseende rapporterade arbetsskador och sjukskrivning bland omsorgspersonal. Dessa skillnader mellan kommuner indikerar att möjligheter till förbättring kan finnas i organiseringen av arbetsmiljöarbetet då åldersstrukturen inte gav tillräcklig förklaring (Västra Götalands Folkhälsokommitté 2002b).

Förklarande faktorer

Bland flera förklarande faktorer är en att åldersstrukturen på den arbetande befolkningen generellt, men i synnerhet inom den kommunala sektorn, har förändrats till en allt större andel äldre. Andra förklaringar som diskuterats gäller sjukförsäkringssystemet, arbetsmiljön, anställningsförhållanden, attitydförändring och balansen mellan krav i arbets- och hemlivet. Skillnad i sjukskrivning mellan kvinnor och män har påvisats (Alexandersson, et al 1994. Gjesdahl, et al. 2002) men det finns få empiriska undersökningar om orsaksmekanismerna bakom detta. Förhållanden i hemlivet har beskrivits som viktig för kvinnor framförallt vad det gäller upplevd belastning och möjlighet att vila sig från arbetet (Josephson, et al 1998, Dellve, et al 2003). Inkomstskillnad har, entydigt och inom olika vetenskapstraditioner, visat samband med hälsa och arbetsförmåga (van der Giezen, et al. 2000. Hemström, 2002. Aittomäki, et al. 2003)

Under 1990-talet har hela den offentliga sektorn präglats av stora omorganisationer med ändrade huvudmannaskap, resursfördelning, omsorgs-/biståndstilldelning, minskat antal anställda vilket inneburit förändrade förutsättningar för arbetet inom vård och omsorg. Samband mellan ohälsan och organisatorisk förändringsoro har beskrivits som förklaring till en lokal variation i sjukskrivning (Scuzs, et al. 2003). Den arbetsrelaterade hälsan påverkas även av anställdas egna förväntningar och måluppfyllelse avseende kvalitet i arbetet. Petterson (1997) diskuterade hur arbetsmiljön i sjukvården förändrats samtidigt med den signifikant ökande utmattning under 90-talet vilket kan förklaras av ett försämrat socialt klimat och upplevd kvalitet. Hon menade att förändringarna under 90-talet kan ha bidragit till ökad risk för ohälsa och diskuterade även huruvida utmattad personal kan hindra organisatorisk utveckling och lyckad uppbyggnad (Petterson 1997). Antalet hel- och deltidsanställda inom det primärkommunala området har mellan 1990-1997 minskat med 9 procent. Barnomsorgspersonalens antal har minskat mest, från 4,4 barn/årsarbetare 1991 till 5,6 barn/årsarbetare 1998. Även lärartätheten har minskat, inom grundskolan från 9,1 lärare/100 elever, till 7,5 lärare/100 elever under samma tid. Inom landstingssjukvården har antalet årsarbetare minskat från 20,4 till 18,0 per 1000 invånare mellan 1992-1998. Totalt har antalet anställda inom äldreomsorg och sjukvård minskat med cirka 15 procent mellan 1990-1998, trots att befolkningen blivit äldre och därmed mer vårdkrävande (Bäckman 2001, SOU).

Hållbar arbetsförmåga bland omsorgspersonal har relaterats utövande av fysisk aktivitet på fritiden, men har även visat samband med upplevt psykosocialt arbetsklimat, med dåligt stöd och uppmuntran (Eriksen, et al. 2003). Kombinationen av fysiska krav och psykosociala faktorer har relaterats till muskuloskeletala besvär bland vård- och omsorgspersonal i ett flertal studier (Lagerström, et al. 1998. Josephson, et al. 1998. Brulin, et al. 1998. Dellve, et al. 2003). Fysiska krav i omsorgsarbetet, eller en reducering av dem, verkar vara avgörande för att kunna arbeta trots besvär (Dellve, et al

2002). Även på vilket sätt arbetet organiseras, ledarskap och stöd från ledare/organisation har visat samband med arbetsrelaterad hälsa och arbetsförmåga (Lagerström, et al. 1998. Brulin, et al. 1998. Eriksen, et al. 2003). Inom äldre- och handikappomsorgen har ledares tillgänglighet för personalen, förmåga att hantera konflikter och stöd till personalen visat sig ha betydelse för omsorgspersonalens hälsa (Dellve, et al. 2003).

Ledarskap

Inom arbetslivsforskningen har man sedan 30-talet försökt hitta det ledarskap som gynnar organisationens effektivitet och den anställdas arbetstillfredsställelse bäst (Thylefors, 1991). Yukl (2002) noterar att alla de definitioner av ledarskap som har förts fram tycks ha föga gemensamt utöver att det handlar om en påverkansprocess mellan ledare och ledda. Han definierar ledarskapet så att det;

Include influence processes involving determination of the group's or organizations objectives, motivating task behaviour in pursuit of these objectives, and influencing group maintenance and culture. (s. 5)

Ledarskap kan alltså ses både som funktion, men även som en relation mellan ledare och ledda (Jacobsson 2001).

Ledarskapets funktioner

Mintzberg (1973) beskriver de funktioner som alla ledare har gemensamt. De har en formell position och status i organisationen, samspelar med andra, behandlar information och fattar beslut. Den formella positionen och statusen ger upphov till ett samspel med andra, som i sin tur leder till tillgång på information. Denna tillgång skall sorteras, förmedlas och ligga till grund för beslut.

Ledarfunktionen brukar i huvudsak indelas i tre nivåer. Den högsta nivån har ansvaret för formulerandet av övergripande mål och strategisk anpassning till externa aktörer av betydelse för verksamheten, men också att skapa en långsiktighet och helhetssyn i och på organisationens arbete. Mellannivåns viktigaste funktioner är att organisera, administrera och integrera verksamheten efter de mål som ställts upp för den/de enheter han/hon är ansvarig för. Mellanchefernas huvudsakliga aktivitet är lagd på mänskligt samarbete, då funktionen som förbindelseled mellan högsta nivå och den operativa är mycket viktig. De ledare som har ansvaret för den dagliga uppsikten över organisationens kärnverksamheter, befinner sig på den operativa nivån. Arbetsuppgifterna handlar ofta om handledning och samordning av arbetet för den arbetsgrupp man har ansvar för. Ledaren arbetar nära gruppen där en viktig funktion är att uppmuntra, stödja och motivera (Jacobsen & Thorsvik 1998, Thylefors, 1991).

Ledarskap och ledda

Ett sätt att se på ledarskap är att det handlar om att påverka innebördsskapande och genom detta influera kulturen. Högre befattningshavare betonar vad som är viktigt och vad som inte är det och påverkar därigenom alltid ramarna för hur organisationens värld skall förstås. Även på en lägre nivå handlar ledarskap om en inflytandeprocess som ska

skapa engagemang och leda i riktning mot dess mål. Det rör sig oftast inte om storskaliga projekt som syftar till att kontrollera och medvetet förändra företagskulturen, utan i typfallet sker det på ett vardagligt och småskaligt sätt. Ett kulturellt medvetet lokalt handlande koncentrerar sig vanligen på vardagslivet och hur man kommer tillrätta med det (Alvesson, 2001). Vad ledaren lägger vikt vid och uppmärksammar ger signaler om vad som är viktigt till resten av organisationen. Likaså vilka värderingar ledaren står fast vid när organisationen är pressad, om instiftade policys följs och om ledaren är en förebild för hur man agerar (Yukl, 2002).

Genom rätten att fatta beslut innebär ledarskap att ha mer makt än den grupp som ska ledas (Yukl, 2002). Hur den makten används, bygger på beroendet mellan ledare och grupp. Teorier om empowerment försöker förklara när och hur de individer i organisationen som inte är ledare bäst kan bemyndigas genom ökat handlingsutrymme och möjliggöra för dessa att göra aktiva val och stärka den egna kontrollen att hantera yttre händelser och förändringar. Det är en utvecklingsprocess, som uppmuntrar människor till ett aktivt deltagande i problemlösning. Detta skapar en medvetenhet och förståelse och ökar därigenom möjligheterna för organisationens medlemmar att kontrollera och påverka innehållet i sitt arbete, så att de finner en meningsfullhet i det arbetet man utför (Kaminski et al, 2000). Genom en bättre grogrund för lärande och innovation, och att gruppen förmår att ta egna initiativ och större ansvar, uppnås en större arbetstillfredsställelse och lojalitet gentemot organisationen. Empowerment är även beroende av den ömsesidiga tilliten mellan ledare och medarbetare (Yukl, 2002).

Social kontext

För att förstå ledarskap menar Alvesson (2001) att man behöver ta hänsyn till den sociala kontext där ledarskapsprocesserna äger rum. Det är en komplex social process där innebörderna och tolkningarna av vad som sägs och görs är avgörande. Ledarskap är på så vis nära förknippat med kultur- såväl på organisations- som samhällsnivå.

Karaktäristiska drag för offentlig verksamhet och social service är att de har människor som "råmaterial" och försöker påverka dessa. Kunden (eller klienten, patienten, eleven, vårdtagaren) blir en del av "produkten", det man producerar, samtidigt som de ska skydda och gagna dessa människors välfärd och välbefinnande (Thylefors, 1991). I organisationen finns en inbyggd målkonflikt med olika intressenter, såsom klienter, arbetstagare, arbetsgivare, politiker, allmänheten, med olika förväntningar. Resursfördelningen är beroende av politiska beslut. Behoven är oändliga men inte resurserna, vilket gör det nödvändigt att prioritera bland målen (Pousette, 2001). De politiska, professionella och administrativa kulturerna som existerar inom social service- organisationer krockar ofta med varandra i sina olika målsättningar med verksamheten. En ledares uppgift inom social service blir därför att strukturera och avgränsa vad som är rimligt att genomföra med tillgängliga resurser (Thylefors, 1991).

Förändring

Forskning om organisationsförändringar brukar vara fokuserade på planerade förändringar, men även dessa förändringsprocesser brukar i praktiken ha mindre planerade eller spontana inslag. Höök (i SOU 2003:16) beskriver organisationsförändringar som:

”resultatet av organisationens politiska, legala och sociala omgivning, dess interna struktur, kultur och responsivitet till förändringar i de externa villkoren samt olika aktörers agerande utifrån deras medvetenhet/kunskap, politiska färdigheter och strategier i förändringsarbetet både internt och externt.” (SOU 2003:16. s.164)

När det gäller förändring så brukar man också tala om två grundläggande synsätt, som kan ses som idealtyper: Förändring som sker stegvis genom en linjär logik eller förändring som något ständigt pågående, genom interaktiv logik.

Linjär logik

Genom den linjära logiken genomgår organisationen stegvis olika faser. Första fasen innebär att man tinar upp organisationen och gör dess medlemmar uppmärksamma på behovet av en förändring. I nästa fas inför man själva förändringen, för att i slutfasen åter frysa organisationen, stabilisera den. Den programmatiska strategin följer den linjära logiken genom att gå från ett stabilt tillstånd via en bestämd transformering över till ett nytt önskat stabilt läge. Den programmatiska strategin har en top-down ansats genom att det är den högsta ledningen som beslutar om implementeringen av förändringen. Det handlar primärt om mål och medel medan varför man vidtar förändringar är av underordnad betydelse. Huvudfrågan blir att åstadkomma ett system för genomförandet (Norrgrén, et al. 1996). Ledarens roll blir att stödja förändringsprocessen då det huvudsakliga genomförandet av den programmatiska modellen ofta sker genom att experter, interna eller externa, successivt övertar ansvaret för förändringen. De metoder som används vid implementeringen av denna modell karaktäriseras som ”lära ut”. Detta innebär att föra ut vad som behöver förändras genom information och traditionell utbildning, att omorganisera och att genom omsorgsfulla analyser av nu- och bör-läge göra det uppenbart att en förändring logiskt sett är nödvändig. ”Det goda exemplet”, ”ringar på vattnet” - effekter är ofta använda begrepp, som speglar den programmatiska ansatsens tilltro till det sekventiella, planerade förändringstänkandet (Norrgrén, 1996).

Interaktiv logik

Det andra grundläggande synsättet menar att förändring är något ständigt pågående. En ständig förändring pågår, både utom och inom organisationen. Det frysta tillståndet finns med andra ord inte. Organisationer förändras kontinuerligt genom att gamla medlemmar försvinner och nya tillkommer, men även på grund av samhälleliga förändringar, såsom ett förändrat synsätt på könsroller eller miljöfrågor (Alvesson, 2001). Inlärningsstrategin bygger på att man successivt söker skapa en mening och förståelse för vart organisationen är på väg, vad man behöver uppnå och varför organisationen behöver förändras, alltså en interaktiv logik (Gustavsen, et al. 1991). Detta innebär att även om ledningen initierar förändringsprocessen engageras medlemmarna tidigt och kontinuerligt i processen, i en top down/bottom up-ansats. Med detta följer att medlemmarna måste bemyndigas genom att de deltar i dialoger om *varför* och *vart* organisationen är på väg. Detta leder till en tidig och successiv breddning av antalet medarbetare som deltar i förändringsarbetets utformning (Norrgrén, et al. 1996). Inlärningsstrategin använder metodmässigt många olika försök med nya sätt att organisera det dagliga arbetet, att lösa problem genom att pröva sig fram och genom erfarenhetsbyte mellan olika delar av organisationen. När olika försök

att organisera och styra arbetet visar sig ändamålsenliga formaliseras de, genom organisationsförändringar, nya belöningsystem, befodringsgrunder etc. Strategin bygger därför på mångfald och en kombination av måttlig planering och att lära sig under resans gång (Norrgrén, 1996).

Arbetsplatsers val av förändringsstrategier påverkas av arbetsplatsens ekonomiska resurser, hur verksamheten är organiserad och vilken typ av förändring som planeras (Håkansson, 1995). Svedberg (2003) talar om förändring av första och andra ordningen, och särskiljer på uttrycken utveckling och förändring. Utveckling är en förändring av första ordningen som bygger på nuläget och är en anpassning till ett bättre, mer effektivt arbetssätt. Förändring av andra ordningen är när nuvarande arbetssätt och praxis förkastas till förmånen för ett nytt sätt. En kvalitativ förändring av arbetssätt och organisationstänkande sker. Detta är vad som sker när till exempel en verksamhet går från huvudmannastyrning till målstyrning.

Förändring av en organisations kultur verkar vara en mer spontan förändringsprocess genom att grupper inom organisationen reviderar sina värderingar och det sätt de ger mening till fenomen. Det kan finnas vissa drivande aktörer, ofta en chef, men förändringen kan också bero på externa faktorer, såsom en förändrad syn generellt i samhället på vissa frågeställningar. Påverkan till förändring sker mellan aktören och de människor den har ett direkt socialt samspel med. Dessa samverkar i sin tur med andra. Genom att den är anpassad till folks faktiska arbetssituationer har den på så vis större inflytande över deras handlande. Förutsättningarna för att en förändring av organisationskultur ska lyckas, kräver dels att den förankras i arbetsprocesser och arbetsvillkor, men även en mottaglighet hos kollektivet för nya idéer, värderingar och uppfattningar (Alvesson, 2001).

Hälsofrämjande åtgärder

Den hälsofrämjande inriktningen på folkhälsoarbetet utvecklades som motvikt till, eller utifrån kritiken på, sjukdoms- och problemfokuserande åtgärder. I detta sammanhang betonas vikten av att skifta perspektiv från problemen till att belysa resurser och möjligheter i verksamheten. I Arbetslivsinstitutets rapport *Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser?* (Menckel och Österblom, 2000) påpekas att fokus inom forskningen alltmer flyttats från individen till organisatoriska faktorer där människa – miljö knyts samman. I sin definition av hälsofrämjande på arbetsplatser sägs bland annat att:

”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.”

Åtgärder för att stärka anställdas fysik bland social service personal

Satsningar för att öka den *fysiska aktiviteten* hos särskilda målgrupper har i det korta perspektivet varit framgångsrika för dem som deltagit. Genomgående har dock varit att själva deltagandet bland målgruppen har varit lågt. De som deltagit har oftast redan varit fysiskt aktiva innan projektets start (Folkhälsoinstitutet, 1999). Flera hälsofrämjande projekt har undersökt betydelsen av fysisk träning för arbetsförmåga men resultaten har varierat. Gerdle, et al. (1995) utvärderade ett ettårigt träningsprogram (med styrka, uthållighet, fitness, 2 gånger per vecka). Resultaten visade minskade muskuloskeletal och psykosomatiska besvär, bättre fysisk status och ökad styrka/koordination. Däremot

skattades en värre fysisk och psykosocial arbetsmiljö efter träningsperioden, såsom sämre ergonomi, kommunikation med chef, inflytande och uppskattning. Josephsson, et al. (1997) fann att vårdpersonal med hög förekomst av muskuloskeletala besvär hade lika mycket besvär såväl före som efter genomgången fysiskt träningsprogram.

Organisatoriska och hälsofrämjande åtgärder inom social service

Ett antal organisatoriska satsningar för att förbättra hälsan generellt bland de anställda har rapporterats. Några större hälsofrämjande satsningar inom social service har även gjorts i Sverige de senaste fem åren. Ett av dessa är Folkhälsoinstitutets projekt Hälsa-Arbeitsliv-Kvinnoliv (HAK). Projektet drevs i samverkan med kommuner och landsting i fem län under åren 1998-2000, för att verka för förbättrade förutsättningar för kvinnors hälsa inom vård och omsorg. I utvärderingen framkom svårigheterna med att arbeta med hälsan på arbetsplatsen, då externa faktorer som omorganisationer och chefsbyten tog energi från projekten. Några av de viktigaste slutsatserna i utvärderingen var vikten av tydliga och realistiska mål för projektet och målgruppens delaktighet i uppsättandet av dessa. De projekt som nådde bäst effekter hade redan ett annat pågående förändringsarbete i linje med dessa. I de projekt där projektledaren upplevdes ha haft stor betydelse för projektet av deltagarna, uppgavs en högre arbetstrivsel, större nöjdhet med ledarskapet och bättre socialt klimat och kontroll. Sjukfrånvaron bland deltagarna följde den utveckling som fanns i samhället (Parnsund, et al. 2002).

I Solna genomfördes under ungefär samma tid ett program för medarbetarutveckling inom äldreomsorgen med syfte att främja arbetshälsan hos anställda med nära kontakt med de äldre och anhöriga, och förbättra vård- och omsorgskvaliteten. Man ville genom programmet öka personalens delaktighet ansvarstagande i arbetet samt öka kompetens och utvecklingsmöjligheter. Även i utvärderingen av detta projekt tar man upp svårigheterna med att följa upp och utvärdera resultatet, då det händer så mycket annat i och utanför organisationen som påverkar arbetet och förutsättningarna att utföra det. Den höga personalomsättningen nämns som ett hinder, samt omorganisering, bland annat av vissa enheter till drift i privat regi. Främjande för projektet har varit den starka förankringen på förvaltningsnivå. Engagemang för projektet över huvud taget på ledningsnivå framhölls som viktigt för förändringsarbetet. Effekter av denna interventionsstudie visade på ökad självskattad hälsa och ökat inflytande. Projektet har också skapat tid för reflektion över arbetets innehåll och möjliggjort för anställda att hantera omställningar i arbetet på grund av andra förändringar, men ingen förändring avseende muskuloskeletala och psykosomatiska besvär påvisades (Pettersson, 2002).

I utvärderingarna av olika hälsofrämjande åtgärder har följande gemensamma nämnare framkommit:

- Vikten av en tydlig ram och struktur, men en stor flexibilitet inom den.
- De olika satsningarna har haft intentionen att ha en bottom-up ansats.
- Satsningarna har inte gett några snabba effekter i form av minskad sjukfrånvaro.
- Ledarskapet och ledarens roll i utvecklings- och förändringsarbete inom organisationer framstår som centralt för arbetets utfall

(Till exempel Pettersson, 2002. Parnsund, et al. 2002. Scott, et al. 2003).

Centrala processer i implementering av intervention har beskrivits på individ och organisationsnivå. Dessa är (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 omorganiseringar (Saksvik, et al. 2002). Det är viktigt att få ökad kunskap om vad som främjar eller hindrar genomförande och effekt av hälsofrämjande satsningar för att framtida satsningar ska ge avsedd effekt. Det finns tidigare begränsad kunskap om detta inom social service arbetet. Vid hälsofrämjade interventioner inom kommunal social service finns komplexa intresseförhållanden som kan påverka ledarskapet och utgöra både hinder och möjligheter.

Forskningsprocessen vid interventioner

Vid interventionsforskning inom arbetshälsoområdet har betydelsen av att studera centrala processer vid interventionen framhållits (Griffiths, 1999. Wickström, 2000). Detta för att handlingar och förändringar inte bara styrs av rationella målinriktade val utan också av mer eller mindre uttalade tankemönster, värderingar och politiska intressen. Fishman (1999) argumenterar för ett mer pragmatisk vetenskapligt synsätt, med en kombination av metodansatser, för att höja nyttovärdet av interventionsstudier. Med ett pragmatiskt perspektiv med interventionstudien som fallstudie nås en kunskap som är mer rik, nyanserad, konkret och kontextuell. För att nyttiggöra resultat från forskning är det angeläget med en nära relation till praktisk verksamhet (Fishman, 1999). Även Saksvik med flera 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 före- och uppföljningsmätningar kan erbjuda (Saksvik, et al. 2002).

Syfte

I tidigare forskning kring förändringsarbete och hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatser framhålls projektledarens roll som viktig. Hur ledares egna föreställningar påverkar förändringsarbetet finns lite kunskap om.

Syftet med denna studie är att få en fördjupad kunskap om projektledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa för att minska sjukfrånvaron.

Material och metoder

Urval och undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen var ledare inom kommunal social service med projektledningsansvar för hälsofrämjande satsningar. Vi valde att intervjua samtliga projektledare (n=26) för de hälsofrämjande satsningar som Göteborgs stad beslöt att ge medel till under 2002-2003. Detta för att få en fördjupad kunskap om föreställningar om ledares möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa.

Cirka 40 ansökningar kom in till Göteborgs stad och 21 av dessa fick del av de avsatta medlen. Projekten återfinns i 14 av 21 stadsdelar. Samtliga satsningar är inom kvinnodominerade områden. Inom området skola/förskola är sex projekt, äldreomsorgen (hemtjänst och äldreboende) sex projekt, kost- och städenhet tre projekt. Två projekt var förvaltningsövergripande med huvudsaklig inriktning på ledare i förvaltningen och ytterligare tre projekt finns inom kultur/fritid, boende för missbrukare och socialförvaltning/inkasso- och förvaltning. Ett projekt hade inte kommit igång på grund av hög personalomsättning.

Projektledarskapet framgick inte tydligt för samtliga projekt i projektansökan. Efter inledande kontakter blev ledarrollerna tydligare. De flesta var enhetschefer, andra var ledare från personalavdelningen och någon enstaka var arbetstagare i den arbetsgrupp som projektet rörde. Det som var gemensamt för dem var just att de frivilligt åtagit sig projektledarskapet för någon av de hälsofrämjande satsningarna. Ett projekt kom aldrig igång och en intervju blev inställd på grund av sjukdom. Åtta projekt hade delat projektledarskap. 22 intervjuer genomfördes, varav 3 genomfördes gemensamt med de projektledare som delade på ansvaret för aktuellt projekt. Sammanlagt blev 26 ledare intervjuade. 12 av projektledarna var även arbetsmiljöansvariga för den grupp som omfattades av den lokala hälsofrämjande satsningen. 23 av projektledarna var kvinnor och 3 var män.

Datainsamling

Vid en gemensam träff för alla projektledarna som anordnades av Göteborgs stad, förklarades Yrkes- och miljömedicins och uppsatsskrivarens roll i SAMS. Syftet med dels den övergripande studien, dels delstudien beskrevs och projektledarna uppmanades att ta kontakt för en överenskommelse om intervjutid. Projektledarna fick välja var de vill träffas för intervju och samtliga valde sitt eget kontor eller mindre konferensrum i anslutning till detta. En öppen intervju genomfördes under cirka en timme och innehöll följande frågeområden:

- Hur projektet startade (initiativ, idé, förankring, implementering, ansökan)
- Beskrivning av den hälsofrämjande satsningen (hur, på vilket sätt, vilka, varför)
- Egen uppfattning om orsaker till ohälsa och hög sjukskrivning bland de anställda samt hur den kan åtgärdas
- Deras uppfattning om sina egna möjligheter att påverka ohälsa och sjukskrivningar bland de anställda

Intervjuerna spelades in på band. 12 av dessa skrevs ut så gott som ordagrant, de övriga i teoretiskt urval och till teoretisk mättnad i analysen. Projektansökningarna för satsningarna användes också som data.

Analys

De kvalitativa intervjuerna analyserades med grounded theory metodik, enligt konstruktivistisk ansats (Glaser och Strauss 1967, Charmaz 2000). Grounded theory syftar till att upptäcka vilka centrala processer som har relevans för det studerade fenomenet, det vill säga systematiskt och logiskt uppsåra och beskriva mönster ur vilka nya teorier och modeller kan växa fram. De centrala processerna kan avse både strukturella förhållanden och individuella upplevelser på makro-, organisations- och individnivå. Utifrån dessa teorier kan senare hypoteser ställas och prövas. Metodiken innebär både en grundlig, systematisk kodning med jämförande analyser och begreppsbyggnad samt användning av teoretiska noteringar om uppslag avseende mönster och relationer. I kodningen bearbetas rådata till mer teoretisk nivå, samtidigt ger kodningen idéer om hur materialet kan sorteras.

I det första steget i kodningen (öppen kodning) namngavs den utskrivna intervjutexten avseende innehåll och utifrån syftet. Dessa koder sorterades sedan i preliminära begrepp. Begreppen och hur dessa eventuellt var relaterade till varandra undersöktes med jämförande analyser mellan rådata och teoretiska utkast. Därefter kodades materialet mer selektivt utifrån de centrala begrepp som framkommit för att undersöka mer abstrakta mönster och relationerna i den framväxande modellen. Till exempel framkom tidigt i analysen att ledarna såg problemet med ohälsan i arbetslivet såsom en kvinnofråga (preliminär kategori). Vid jämförande analyser framstod att detta begrepp var tydligt delat: kvinnorna i social service som orsak till de höga ohälsotalen eller ohälsan som effekt av rådande samhällsvärderingar. Vid den selektiva kodningen undersöktes mönster mellan dessa föreställningar och de insatser som valts för att förbättra hälsan och minska sjukskrivningar hos de anställda. Dessa mönster var både tydligt relaterade till föreställningarna om kvinnofrågan som orsak/effekt och samtidigt mer komplext relaterade till andra förutsättningar. Modellen beskriver därför både de tydliga begreppens samband men ger även utrymme för flerdimensionella strategier.

Intervjuer, analyser och upprepade analyser av data fortsatte tills teoretisk mättnad var nådd på ändamålsenlig teoretisk nivå. Resultatet beskriver empiriskt grundade begrepp och substantiva modeller om ledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa. Resultaten beskrivs i text med illustrerande citat (i citaten är K=intervjuaren, P=projektledaren).

Då föreställningar om manligt och kvinnligt framkom som centralt för ledarna, vilka till övervägande del var kvinnor, kom den fortsatta analysen att kompletteras med det könsteoretiska perspektivet. Ett befintligt teoretiskt begrepp, könsordning, användes i beskrivningen av hur makt och värderingar i samhället påverkar hälsan bland personal i social service. Med könsordning syftas på maktrelationen mellan könen på en strukturell nivå (Wahl et al. 2001). Hirdman (2001) menar att denna maktrelation i samhället bygger på två principer; åtskiljandet av könen och en generell underordning av kvinnor och överordning av män. Medan begreppet kön, eller sex på engelska, brukar referera till de rent anatomiska skillnaderna, syftar genus, eller gender på engelska, på den sociala konstruktionen av kön och de sociala karakteristiska som särskiljer könen

från varandra, och varierar genom tid och rum. Denna sociala konstruktion är en komplex och subtil process som sker genom sättet vi klär oss, var vi arbetar och förväntningar från omgivningen (Krieger, 2003. Rothman, 1999). I likhet med Abrahamsson (2000) och Wahl et al. (2001) valde jag dock att använda begreppen kön och könsordning som synonyma med genus och genusordning, då det var begrepp som användes i empirin.

Etiska aspekter

För att inte fel förväntningar skulle uppstå på vad utvecklingsarbetet kan medföra, var syftet med intervjuerna öppet. Det var även frivilligt att delta. Intervjuerna inleddes med en presentation av intervjuaren och Yrkes- och miljömedicins (YMK) roll i utvärderingen av de hälsofrämjande satsningarna i Göteborgs stad. Det betonades; att YMK stod i oberoende ställning till Göteborgs stad; att inget av det som framkom under intervjun skulle kunna kopplas till respondenten; att det som var viktigt var att hitta de centrala processerna och inte enskilda detaljer; att endast forskare vid Yrkes- och miljömedicins skulle ha tillgång till materialet. Respondenterna informerades även om att undersökningen skulle publiceras i olika former genom rapport, vetenskaplig artikel och även inom Göteborgs stad.

Intervjuerna skedde både individuellt och i par, då det under studiens gång visade sig att projektledarna ofta var fler än en. De var par eller team som arbetade tillsammans kring hälsofrågorna och ville bli intervjuade samtidigt. Konfidentialitetsfrågan blev då problematisk (men självvald). I detta sammanhang var ändå intervjuarens roll viktig för att avsluta utlämnande diskussioner som kunde medföra obehag för deltagarna.

Återkoppling av de preliminära resultaten skedde muntligt och avidentifierat till respondenterna på en gemensam träff senare under våren. De citat som återges i rapporten redigerades i talspråket för att underlätta läsning. Där någon eventuell risk för identifikation förelåg, har även viss redigering av citaten skett efter tillstånd av aktuell respondent.

Reliabilitet och validitet

Med begreppet tendensfrihet menas att man inte skall ha anledning att missänka att källan ger en falsk bild av verkligheten på grund av någons personliga, ekonomiska, politiska eller andra intressen att förvränga verklighetsbilden (Thurén, 1997). Det kunde hos vissa respondenter skönjas en osäkerhet kring vår fristående roll gentemot Göteborgs stad angående de kommuncentrala medlen de fått. Vissa var måna om att betyga att pengarna användes, eller skulle användas på det sätt som beskrivits i projektansökan och inte användas till annat. Detta kunde möjligen ge konsekvenser för resultatet, men syftet var inte att utvärdera hur väl projekten levde upp till uppsatta kriterier.

Validitet avseende metodval med grounded theory och öppen intervju för kunskapsuppbyggande ändamål motiverades av (a) vår fokus på sociala processer på flera nivåer (b) bristen på kunskap om ledarskap vid hälsofrämjande arbete för att minska sjukskrivningar (framför allt inom kvinnodominerad sektor), (c) systematiken

och logiken för upptäckande av centrala förhållanden och sociala processer (context of discovery), (d) möjligheten att senare operationalisera resultaten (context of verification). En annan styrka rör presentation och förmedling av ”djupare kunskap och komplicerade mekanismer” på ett enklare sätt då centrala processer och teman lyfts fram och formuleras med ord som används av respondenterna själva (Glaser och Strauss 1967. Charmaz, 2000. Miller, 1999).

Resultat

I undersökningen framkom tre centrala processer i projektledarnas föreställningar kring möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa. Dessa var projektledarnas förhållningssätt till resurser för verksamheten och i sitt ledarskap, hur plattformen för den hälsofrämjande förändringen såg ut och målgrupp/objekt för att öka hälsa och välbefinnande - relaterat till satsningens innehåll. Uppfattat handlingsutrymme och förhållningssättet till resurser var relaterat till projektledarnas uppfattning av personalen som hinder eller möjlighet i det hälsofrämjande förändringsarbetet och i det mer vardagliga arbetet med att anpassa verksamheten till föränderliga förutsättningar, men även uppfattat handlingsutrymme för att påverka och vidga resurser i sitt ledarskap. Förhållningssätt till tillgängliga resurser kategoriserades som maktlöshet, strävan, hushållning, förädling och översättning. Plattformen för den hälsofrämjande satsningen kategoriserades som deltagarorienterad eller ledarorienterad gällande målavgränsning, förankring av den hälsofrämjande satsningen och personalens delaktighet i utvecklingen av organisationen. Hur hälsan var tänkt att öka avspeglades i de lokala satsningarnas innehåll och var relaterat till ledares uppfattning om ansvarighet för ohälsan. Satsningarnas inriktningar rörde att förbättra fysiska resurser, professionella resurser, generell medvetandehöjning samt förbättra organisatoriska förutsättningar. Målgrupp/objekt för påverkan var individ, organisation eller könsordning. Målgrupp/objekt för de hälsofrämjande satsningarna var individen, organisationen och/eller de värderingar i samhället som styr förutsättningarna för arbetet inom den kvinnodominerade sociala service- sektorn (könsordningen) och rörde sig på tre nivåer; individ, organisation och samhälle.

Förhållningssätt till resurser

Vad man uppfattade som en resurs för verksamheten och förhållningssättet till den resursbrist som projektledarna upplevde var mycket olika hos projektledarna. Förhållningssättet varierade från en total maktlöshet inför resursbristen, som var den mest inåtriktade och begränsade strategin, till att aktivt försöka vidga resurserna genom översättning, den mest utåtriktade strategin. I det hälsofrämjande förändringsarbetet sågs personalen och personalutvecklingen som en resurs för att förbättra eller hinder som belastade den redan ansträngda budgeten och det hälsofrämjande utvecklingsarbetet. Möjligheterna att påverka eller vidga resurserna och vem man trodde kunde göra det är den tredje aspekten. I den ena vågskålen fanns upplevelsen av att det låg utom den egna kontrollen. För att någon förändring skulle komma till stånd krävdes externa resurser. I den andra vågskålen var metoder att påverka resurserna och vidga dem genom att skapa kontaktytor och påverka de rådande värderingar som påverkade resurstilldelningen. Trygghet i sin ledarroll och att man hade någon vid sin sida, såsom arbetstagargruppen, kollegor och/eller ledningens stöd var även relaterat till ledares förhållningssätt till resurser.

Maktlöshet

Frustrationen och maktlösheten över den ständiga resursbristen uttrycktes som att verksamheten var offer för de ekonomiska ramarna och övergivna av organisationen.

Det ledarna förfogande över och räknade som resurser, var den ekonomiska budgeten. Personalen räknades inte som resurser utan var snarare ett hinder. En vidgning av resurser måste komma utifrån, genom beslut (uppifrån) om att verksamhetens budget skulle ökas. Den ekonomiska ramen hindrade utveckling. Hälsofrämjande förändringar krävde resurser de upplevde inte fanns. Maktlösheten inbegrep en osjälvständighet såtillvida genom upplevelsen att inte kunna göra något åt situationen utan hjälp utifrån. De uppfattade inga möjligheter till förändring och förbättring av arbetsmiljö och hälsa, såvida inte externa medel tillsätts. När projektpengarna var slut, var också det hälsofrämjande arbetet slut. Verksamhetens ekonomiska ramar utgjorde hinder för utvecklingen, ramar som de inte såg någon möjlighet att påverka. Det egenupplevda handlingsutrymmet och kontrollen över verksamheten upplevdes som begränsad. Utvägen beskrevs som flykt från arbetsplatsen.

P- Det vet jag inte, kan inte svara på det, för jag vet inte vad vi kommer att få för möjligheter och vad vi bestämmer oss för. Det beror ju lite granna på vad utvärderingen visar också. Skulle det vara så radikalt att sjukfrånvaron minskade med femtio procent, då kan man ju inte bara hoppa över det så att säga, utan då får man ju ta det resultatet på allvar.

K- Men du ser det som att, det är bara om sjukskrivningarna minskar radikalt, som det (projektet, förf. not.) har en möjlighet att fortleva?

P- ja, jag vet inte, jag kan inte svara på det, för jag förfogar inte över dom pengarna eller den ekonomin.

K- Har ni funderat på hur man skulle kunna fortsätta arbetet efter att projektet är slut?

P- Ja, vi har funderat, men vi har ingen lösning på det eftersom det handlar om pengar och pengar har vi inte.

P- .../ men det kanske finns former för detta om personalen i slutändan finns kvar i slutet av 2003. Det kanske det gör. Eller så blir det inget. Det vet man ju inte. .../ Det är så mycket som händer i den här verksamheten som man också ska väga in då. Det kan vara så att jag slutar, att (x) slutar, .../

Strävan

Detta förhållningssätt utmärktes av en ständigt pågående strävan att skapa en förbättrad situation för arbetstagargruppen. Genom satsningen försökte de visa för gruppen att de var viktiga och togs på allvar. Samtidigt sågs personalen som ett hinder, när satsade resurser inte gav förväntad avkastning i form av engagemang och uppskattning. Förhållningssättet innehöll även en kontrollerande funktion, för att se till så att arbetstagarna skötte sig.

P- .../ Man säger att man inte har tid, men man hinner gå ut o röka./.../ Det gäller bara att man håller ut och att man följer upp. Följer upp, och att man håller det här levande och pushar på och entusiasmerar och så. Det är ju min uppgift.

P- .../ så hade jag en förhoppning om att det skulle vara tjugo som skulle söka det här. .../ Men det är ju bara fem./.../ Och jag har försökt att peppa andra, som jag tror ska klara av det, men nej; jag vågar inte, eller jag har inte tid, eller jag vill inte, eller deras livssituationen hindrar.

Hushållning

Med detta förhållningssätt sågs den ekonomiska ramen som en utmaning till att hitta nya vägar och idéer till förbättringar. De resurser man förfogade över var inte bara de strikt ekonomiska utan även personalen sågs som en resurs för att utveckla och förbättra

verksamheten. Idén till olika förändringar kom först, sedan försökte man hitta extern finansiering, eller utrymme inom den befintliga ramen att genomföra det. Kreativiteten för överlevnad föder en idé om hur man bäst utnyttjar befintliga resurser, eller vilka vägar man kan skapa mer resurser. Nöden är uppfinningarnas moder!

P- /.../Att de gäller att leta liksom! Egentligen är det så tycker jag, att idén ska komma först och sen ska du kanske få den finansierad. Inte tvärtom. Jag tror egentligen inte på det, att man liksom ska få pengarna först, för jag är inte så säker på att det främjar en utveckling. Utan jag gillar mer, andra hållet (skratt), att man har tanken först, va.

Eventuella ytterligare anslag kunde tillföras genom utveckling av idéer och verksamhet. Resurserna vidgades genom ständig organisationsutveckling och utvecklingen främjade och vidgade i sin tur den ekonomiska ramen i en positiv spiral. Både den ekonomiska budgeten och personalen sågs som resurser och möjligheter i detta arbete. De beskrev en självständighet i sitt arbete och uttryckte inget behov av yttre bekräftelse eller uppmärksamhet utanför den lokala arbetsplatsen, men hade en trygghet i att stöd och avlastning fanns att hämta hos arbetsgruppen och ledning när det behövdes. I förhållningssättet låg en tillit till att personalen tar sitt ansvar. Ledaren tydliggjorde och höll i ramen och litade på att de höll sig inom den. Förhållningssättet innehöll på så vis en funktion som gränsdragare eller tydliggörare för personalen och sig själv att inte ödsla med energi på det man inte kan påverka, utan koncentrera sig på det man kan påverka. Bra kvinna reder sig själv!

P- /.../ Sen är det viktigt att man tydliggör dom olika delarna av problem. Till exempel det här med barngruppernas storlek, det är en politisk fråga, det får ni jobba med på annat håll. Det kan vi inte gå in i.

P- Då gäller det att kunna andas ut o tycka att det jag gör är bra och så vara glad över det, va. Och sen inte fokusera så mycket på det man inte gör, utan fokusera mer på det vi gör. Eller fokusera på dom pengarna som vi har, istället för på dom som vi inte har.

Förädling

Detta förhållningssätt såg, i likhet med hushållning, resursbristen som en utmaning att driva utvecklingen framåt. Men förädlingen innebar också att driva på organisationsutvecklingen genom att så frön av idéer hos arbetsgruppen, som de sedan formade till sin egen. Med en självklar tillit till deras förmåga sågs arbetstagargruppen som aktiva och drivande i förändringsarbetet, vilket underlättade för ledaren som slapp vara drivande i allt. En förädling av både organisation och arbetstagarare skedde. Hela tiden var utgångspunkten att personalen är en resurs och inte en kostnad.

P- /.../ Jag vet vad jag kan, men jag behöver inte glänsa med det varje dag, utan jag njuter när min personal glänsar. Det tror jag, får dom ta ansvar, så får jag ju lita på att dom gör det också. Och dom tar mycket ansvar här. Ibland så hajjar man till. Och det blir nån slags lavin, eller vad man ska kalla det för. Så till slut så går det utav sig själv. Utan att man behöver anstränga sig, på nåt sätt.

P- Nä, men vi bokför ju inte, personalen bokförs ju enbart som en kostnad. Å andra sidan skulle jag inte kunna driva min verksamhet utan personal, så alltså måste det vara en tillgång också!

P- Jag har ju alltid gillat förändringsarbete. Så kommer jag med nån slags idé, som jag tänkt ut, eller vaknat mitt i natten av, och tycker om nånting. Så slänger jag ur mig den och så undrar dom; nu är hon inte riktig, nu kommer hon med nåt konstigt. Så säger jag inte så mycket mer. Sen så börjar dom ju att bearbeta det, va. Sen plötsligt så är det nån annan som tror att dom har kommit på

idén. Och då är det jättebra, tycker jag. Men sen så kommer väl jag med mycket idéer, så. Och vi diskuterar mycket.

Översättning

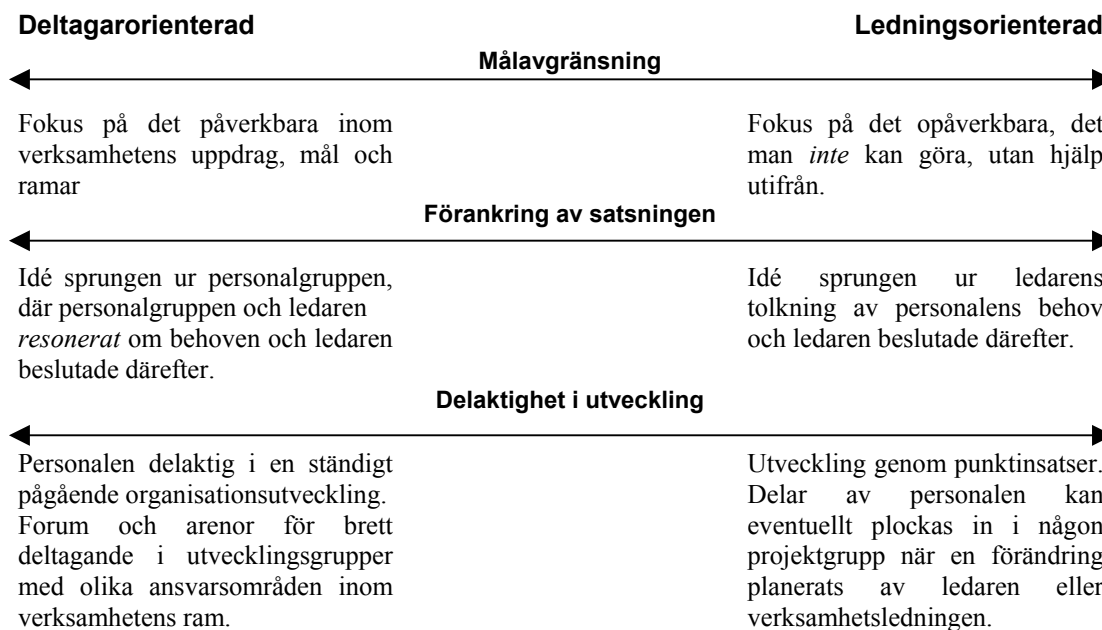
Detta förhållningssätt innebar att verksamhetens resurser och verklighet översattes till det språk som ”de med makten över verksamheten” förstår, för att därigenom kunna påverka och vidga resurserna. Genom översättningen omformades den kvalitativa informationen från den operativa verksamheten till en mätbar form av staplar och diagram, som sedan användes för att påverka. Behovet av en översättning uttrycktes i termer av att det handlade om att män och kvinnor befann sig på olika nivåer i organisationen och för att undvika att skulden läggs på kvinnorna, måste de traditionella informationskanalerna utnyttjas, men med nya vinklingar.

P- .../ Och jag vill ha bevis. För dom man ska tampas med, om man ska få respons för sina idéer, så är det ofta män. Och män kan inte höra så här, utan dom ska se staplar och diagram (skratt) och siffror, om man ska kunna sälja in saker. Då behöver man ha svart på vitt, så här är det. Sjutton var sjuka o tre blev friska, för att man ska kunna, ja, sälja det till såna som bestämmer.

P- Man pratar gärna hellre om siffror och säger att nu ligger man till si och så, här får man ett överdrag och här får man göra på nåt visst sätt. Det är ganska så traditionellt sätt, va./.../ Det är aldrig om saker och ting som händer på arbetsplatsen, hur arbetsmiljön ser ut, eller hur vi är organiserade eller, om kulturen i förvaltningen. Aldrig några såna skäl finns det till sjukfrånvaro eller dålig arbetsmiljö, utan det är individer som inte håller måttet. Så vårt sätt var ju att få in andra vinklingar på det här med sjukfrånvaron och arbetsmiljön.

Plattform för hälsofrämjande satsning

Plattformen för den hälsofrämjande satsningen kategoriserades genom mer eller mindre deltagarorienterade, respektive ledningsorienterade egenskaper gällande målavgränsning, förankring av den hälsofrämjande satsningen och personalens delaktighet i utvecklingen av organisationen (figur 1).



Figur 1. Plattformar, avseende målavgränsning, förankring och delaktighet, för hälsofrämjande åtgärder i socialt servicearbete.

Deltagarorienterad plattform

Utmärkande för den deltagarorienterade plattformen för den hälsofrämjande satsningen var en öppenhet och tydlighet gentemot de anställda angående vad som var möjligt att påverka inom gällande ramar för verksamheten och med tillgängliga resurser. Sedan såg man det som att det var upp till arbetsgruppen att ge förslag. Arbetsplatsen hade etablerade forum eller utvecklingsgrupper med olika ansvarsområden som rörde verksamheten, där förslag till förbättringsåtgärder arbetas fram. Personalen var delaktig i en ständigt pågående organisationsutveckling. Idén till den hälsofrämjande satsningen hade uppkommit i något av dessa forum och var kopplad till arbetsuppgifterna och arbetsorganisationen. Genom att satsningen redan var väl förankrad och idén sprungen ur gruppen, behövde ledaren inte inta någon särskilt drivande roll när projektet väl var påbörjat, utan det drevs av projektdeltagarna.

P- Jag har en arbetsgrupp som arbetar med arbetstider/.../ Då har dom räknat på vad vikarierna kostar och vad sjukfrånvaron kostar /.../ Så då sa vi, vi söker pengar, så vi kan känna om detta är nån modell, /.../ så dom bestämde i den här arbetsgruppen att vi tar dom två avdelningarna för att, dom, ja har haft det jobbigast. Så på den vägen är det.

P- Men nu när vi kört igång och har kommit igång, så är det faktiskt personalen nu som gör jobbet, så får X (medledares namn, förf. not.) och jag stämma av och se att de följer den linje som vi hade tänkt.

Ledningsorienterad plattform

Där plattformen var ledningsorienterad sågs satsningen som något tillfälligt, en punktinsats som inte kommer att ha förändrat något när projektpengarna tagit slut. Fokus låg på det som inte var möjligt att påverka, såsom yttre ekonomiska ramar eller antalet anställda. Det uttrycktes inga lokalt etablerade forum där personalen var delaktig i utvecklingen av organisationen. Idén till den hälsofrämjande satsningen var sprungen ur ledarens tolkning av vad personalen skulle behöva eller förändra för en bättre hälsa. Ledaren fick lägga ner mycket kraft och energi för att driva projektet framåt. Personalen upplevdes som motsträvig och ett nytt tänkesätt kring hälsa hos personalen behövde notas in.

P- Sen tror jag också att det är så enkelt att vi har så stora vackra mål och skyldigheter som vi inte har personal till och vill inte betala så mycket i skatt som det skulle kosta.../ Samtidigt lever vi i den här vändan att få ihop det och många chefer är pressade att sätta upp dom här vackra målen, som man sen inte mäktar med.

P-... / Alltså, det ska ju vara en delaktighet. Så vi har väl träffats en två-tre gånger och diskuterat upplägget. Vi (=ledare, förf. not.) har ju haft lite funderingar och presenterat ett upplägg att så här kan man göra.

P- Men jag brukar va ute som en iller.../ och just kolla att dom använder utrustningen, och just tjata. Tjata, tjata. Om det nu hjälper.

Målgrupp/objekt för att öka hälsa och välbefinnande

Målgruppen/objektet för påverkan kunde vara en eller flera i samma hälsofrämjande satsning. Dessa var organiseringen av verksamhetens arbete, individerna som utförde arbetet eller samhällets givna förutsättningar och värderingar kring hälsa och arbete inom social service (könsordningen). Satsningarnas konkreta innehåll var relaterat till var ansvarigheten för ohälsan uppfattades och rörde sig på individ-, organisations- eller samhällsnivå (figur 2).

	Påverka individen	Påverka organisationen	Påverka könsordningen
<i>individ</i>	Genom ändrad 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 hälsofrämjande på den formella dagordningen	Genom att skapa en organisationsstruktur som bygger på delaktighet och 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 2. Påverkansriktningar för hälsofrämjande åtgärder. Nivåerna avser ledares uppfattning om ansvarighet för ohälsan (individ, organisation och samhällsnivå).

Satsningarnas innehåll

Göteborgs stad eftersträvade en kreativitet och variation bland de projekt som skulle tilldelas ekonomiska resurser. De hade därför olika form och inriktning. Vissa bestod dessutom av flera delsatsningar, såsom handledning kombinerat med framtagande av individuell hälsoprofil och träning. De olika inriktningarna på satsningarna kunde delas in i följande grupper:

1. *Förbättra fysiska resurser.* Målgruppen var individerna som utförde verksamhetens arbete, vars fysiska resurser och möjligheter att stärka sig skulle öka för att orka med arbetet. En extern expert tog fram en hälsoprofil för varje individ i gruppen. Ekonomiska incitament i form av möjligheter till gratis träning på arbetstid, massage, fotvård, etc., skulle motivera de anställda att förbättra sin hälsa. Dessa satsningar hade ingen direkt koppling till arbetsplatsen och arbetsuppgifterna.
2. *Förbättra professionella resurser.* Även här var målgruppen individerna som utförde verksamhetens arbete, vars professionella resurser och möjligheter att stärka sig skulle öka för att orka med arbetet. Detta skedde på två olika sätt i

- satsningarna. Dels med hjälp av en extern expert på handledning, dels mentorskap av en äldre, mer erfaren äldre anställd inom gruppen/arbetsplatsen.. Dessa satsningar hade en indirekt koppling till arbetet.
3. *Generell medvetandehöjning.* Genom ökad medvetenhet om hälsa, legitimerades och formaliserades det hälsofrämjande arbetet. En extern expert föreläste vid något eller några tillfällen om hälsa för gruppen eller ledarna för gruppen/organisationen. Dessa satsningar hade ingen direkt koppling till arbetet, utan var snarare kopplat till hur frågan om ohälsa hanterades på ett övergripande organisatoriskt plan.
 4. *Förbättra organisatoriska förutsättningar.* Fokus låg på vad som kunde förbättras i organiseringen av arbetet. Satsningen var någon form av kartläggning för att finna förbättringsområden för ett mer hälsofrämjande sätt att arbeta. Dessa satsningar hade genom sitt upplägg en direkt koppling till arbetet och arbetsprocesserna.

Påverka individen

Individens förhållningssätt, vanor, livsstil sattes i relation till ohälsan, och man ansåg att ansvaret för att förbättra hälsan främst låg hos individen. Genom att öka individens reflektionsförmåga och medvetandegöra om att ingen annan tar ansvaret skulle individer läras att sätta gränser, inte bara på arbetet, utan även i ett vidare livsperspektiv. Genom att individens levnadsstil och vanor ändrades, skulle hälsan öka.

P- .../ att öka den egna reflektionsförmågan, för till syende och sist får man själv ta ansvar för vad man går med och inte går med på, och samtidigt kanske vara villig att se nån förändringsmöjlighet och hur man ska man kunna gå dom där stegen i rätt riktning och.../.../ Man gör ju mängder av saker i sitt privata liv också, som naturligtvis väger in då./...

P- Ja, jag tror dom har belastningsskador alltså, utifrån att dom har dåliga ryggar och axlar, men sen även självklart många års slit, många som har varit med i gemet jättelänge. Men jag ser ju det som att hade dom styrketränat, säg, började för tio-femton års sen, då tror jag inte vi hade haft den här sjukskrivningen som vi har idag.

Påverka organisationen

Man såg organisationens ansvarighet för ohälsan dels som arbetsgivare, men även för att organiseringen av arbetet har orsakat ohälsan. De kraftiga nedskärningarna som ledde till alltför rationaliserade organisationer under 90-talet hade i sin tur lett till ytterligare organisatoriska och ekonomiska problem. För att individerna skulle orka med de påfrestningar arbetet innebar, behövde organisationen förändras efter deras behov av till exempel återhämtning. Ett annat sätt att påverka var att legitimera det hälsofrämjande arbetet i organisationen genom att formellt förankra frågan. Fördelar i form av positiv uppmärksamhet av omgivningen var tänkt att vinnas genom att bli ett så kallat "gott exempel" rörande hälsofrämjande arbete. Detta skulle i sin tur kunna leda till ytterligare positiva effekter. Det skulle kunna främja det fortsatta förändringsarbetet, på så vis att det inte kunde ignoreras av överordnade, men resultaten kunde lika gärna vara att man blev än mer utsatt, när man utmanade ordningen på så vis.

P- Det som främjar är uppmärksamhet och publicitet. Och jag kan säga nånting som kommer att främja, att bli goda exempel för Göteborgs stad, det är främjande tror jag, för man vill gärna ha det positiva. /.../ Om man gjort nånting som fungerar bra, som man inte fått nått gehör för, men varit i

ett annat SDN och pratat om sin idé, då blir det uppmärksammat här också, därför har det stor betydelse./.../ Ja, att bli omtalad av att ha en god verksamhet, inte bara en massa problem och elände.

P- Man jobbar så mycket idag, sliter gör man! Det sitter ju kvar från då när man skövlade i början på nittioalet. Man minskade all bemanning och kommunen hade ingen "sjukvård", utan det var "boende" och alla var små kända små tanter som gick med rullator och skalade potatis. Det var ju den bilden man gav. Medan så är ju inte verkligheten.

P- Om du lyfts fram, så blir du mer eller mindre satt på korset./.../ Lyfta fram positiva förebilder, de nyttar inte den som lyfts fram. Det finns ju flera som är föredömen i förvaltningen, som lyckats väldigt bra, men det är ju inte så att det högre chefskapet säger att den här personen stöttar jag till hundratie procent.

Påverka könsordningen

Man beskrev att könsordningen, dvs värderingar av traditionella kvinnoyrken och de förutsättningar kvinnor har som arbetar inom social service bar ett ansvar för ohälsan. Att den sektor som satsningar omfattade är kvinnodominerad, att kvinnor ofta har ett dubbelarbete, samhällets negativa framställning av omsorgsarbetet samt dess låga status gavs som förklaringar till den höga ohälsan. Genom att förbättra förutsättningarna organisatoriskt och skapa möjligheter för återhämtning och variation i arbetsuppgifterna skulle kvinnorna orka med både hemliv och arbetsliv. Genom ökat handlingsutrymme för individerna skulle man möjliggöra för dessa att påverka sin egen situation. En uttalad uppfattning var att det var den gällande könsordningen som styrde den kvinnodominerade organisationen/verksamheten. En medvetenhet om den ojämlika maktfördelningen uttrycktes i beskrivningar om hur kvinnor jobbar i den operativa verksamheten, medan män högre upp i hierarkin bestämmer över struktur och övergripande ekonomi. De som bestämmer upplevdes inte ha insikt och egen erfarenhet av arbetet i organisationen, utan att man måste förklara på ett sätt som de förstår. Genom satsningen försökte man tydliggöra att ansvaret för ohälsan ligger hos organisationen, inte individen. Man ville gå ifrån att kvinnorna i sig var problemet, till att det var organisatoriska problem. Ledaren försökte påverka och förändra de styrande värderingarna, så att organisationen började ta sitt ansvar för den ohälsa som skapats bland de anställda. Det handlade också om att höja statusen genom att försöka ändra synsätt på hur det arbete som utförs värderas på grund av att det är ett traditionellt kvinnoyrke och att det inte har status som "riktiga" produktiva och professionella arbeten. Genom att organisera verksamheten, med ett ökat inflytande och delaktighet, skulle makten kunna förskjutas till förmån för de anställda kvinnorna.

P- .../ och det är inte säkert att det bara har med jobbet att göra utan det är ju också ett förhållningssätt som man har till sin tillvaro som kvinna då. Så kommer man hem och så fortsätter man med samma arbetssysslor som man gjort på jobbet då, och att kunna sätta gränser i detta, så.

P- För det här e viktigt./.../ jag är inte ett offer och arbetsgivaren är dum och jag kan luta mig tillbaka i min offerposition, utan jag kan faktiskt aktivt göra nånting, jag också.

P- /.../ Plus att de mycket utav det negativa som har sagts också påverkar människor, tror jag, åtminstone i vården. Att det är så eländigt, man skriver ju bara om sånt. Och det tror jag påverkar människorna också.

P- I början när han blev chef kallade han oss enhetschefer för "flickorna". Men det, vi fick ju tagit ur honom det. Men det låg så mycket värderingar i detta. Det handlade om bemötande, värdet av det man säger, tyngden av det man säger.

P- Det är en könsfråga! Till stor del tror jag det. Det handlar väldigt mycket om vem som traditionellt har huvudansvaret. Om man går tillbaka, alltså beslutsfattarna idag är till stor del män, och då femtio plus. Och har generellt inte haft ansvaret för barn och så. Det här påverkar absolut sättet att se på verksamheten, betydelse av verksamhet och lägga vikt vid vissa typer av frågor. Omvårdnadsbiten är traditionellt en kvinnobit, ju mindre barnen är, desto mer kvinnögöra är det.

Diskussion

Förhållningssätt till resurser

Ledarnas olika förhållningssätt till tillgängliga resurser framkom tydligt i denna undersökning. Olika förhållningssätt befinner sig på olika platser i den uppåt- alternativt neråtgående spiral som Kanter (ur Wahl, 2001) kallar för möjlighetsstruktur och maktstruktur. Trots att det är kvinnor som är i majoritet inom organisationen, tycks samhällets omgivande könsordning styra inom organisationen. Detta uttrycks mer explicit i ett par av förhållningssätten till resurser, men även där det inte uttalas, återspeglas könsordningen genom ledarnas uppfattning om egna möjligheter att påverka, men även uppfattningen om personalen som hinder eller möjlighet i detta arbete. Där personalen upplevs som ett hinder kan det bero på att den är så utmattad och förändringstrött (Scuzs et al 2003, Petterson 1997) att den inte orkade med ett projekt till, även om det var tänkt att vara hälsofrämjande för dem själva. Maktstrukturen visade på möjligheterna att mobilisera resurser. Förhållningssättet strävan och maktlöshet, hade små eller inga möjligheter att mobilisera resurser och fann sitt handlingsutrymme starkt begränsat av både under- och överordnade, medan förhållningssätten hushållning, förädling och översättning uttryckte en tillit till de underordnade och en självständighet gentemot överordnade. Det kan vara så att de som är inne i den positiva spiralen, återfanns i en mer lokalt jämställd social kontext. Det kan också vara så att de använder sig av omvärldsstrategin (SOU 2003:16) som en form av copingstrategi. Genom att vara medveten om könsordningen och förstå sin situation utifrån denna medvetenhet, lades den utanför dem själva och kunde på så sätt bearbetas. De som internaliserade könsordningen, förblev handlingsförlamade och hjälplösa. Thylefors (1991) menar att den maktlöse är i avsaknad av resurser, medan vanmakt uttrycker oförmåga att utnyttja dem och innebär en uppfattning av att ens handlingsutrymme är mindre än det faktiskt är. För att komma ur denna vanmakt behöver man hjälp utifrån med att sättas i situationer som är möjliga att behärska och kontrollera (Thylefors, 1991). Det gick inte att särskilja vanmakt från maktlös i denna studie, men i förhållningssättet maktlöshet, uttrycktes behovet av hjälp utifrån för att kunna komma vidare. Högre befattningshavare influerar alltid kulturen - de betonar vad som är viktigt och vad som inte är det och påverkar ramarna för hur organisationens värld skall förstås (Alvesson, 2001). Det är påtagligt att den högre ledningens inställning var viktig för hur förhållningssätten formades och tog sig uttryck i om det till exempel uppfattades som något positivt eller negativt att bli ett så kallat "gott exempel" för hälsofrämjande arbetssätt.

Olika funktioner för ledarrollen känns igen från den könsneutrala ledarskaplitteraturen (se till exempel Mintzberg 1973). Att kommunicera mellan olika nivåer i organisationen är något grundläggande för ledarskap, men i förhållningssättet översättning fanns en ny dimension. Det handlar dels om att överbrygga könsordningens, eller genussystemets, ena princip om åtskiljande (Hirdman 2001), genom att var en länk mellan maktens män och verksamhetens kvinnor, men även att förändra den underordning som denna kvinnodominerade sektor har, genom att tydliggöra och formulera det i termer som den rådande ordningen kan förstå och värdera. Uppgiften som förbindelselänk har forskjutits från mellanchef till operativ chef. Detta kan antas bero på den rationalisering som pågått under hela 90-talet inom aktuell sektor (Bäckman 2001).

Hur hälsa var tänkt att öka och sjukskrivningar minska

Arbetsplatsers val av förändringsstrategier påverkas av arbetsplatsens ekonomiska resurser, typ av förändring och hur verksamheten är organiserad (Håkansson, 1995). Var ansvarigheten för ohälsan läggs har också att göra med vad man ser som möjligt att förändra. Den otydlighet och konflikt som finns inbyggd i Human Service-organisationer kring målen med verksamheten (Pousette, 2001), försökte man minimera genom flera av satsningarna gentemot både arbetstagarna, men även uppåt i organisationen och utåt omgivningen.

Den svenska arbetsmarknaden är starkt könsuppdelad, vertikalt och horisontellt (Wamala, 2002). Inom den kommunala sektorn arbetar till största delen, 79 procent, kvinnor. På chefsnivå är 58 procent kvinnor och 42 procent är män (SCB 2003). Att ohälsan ser ut som den gör förklarades av respondenterna bland annat av att det var en kvinnodominerad arbetsplats. Detta tolkades sedan på olika sätt, dels genom att se kvinnorna som problemet, att de är svaga och kan inte sätta gränser. Ett annat sätt var att tolka det som att det har med den status arbetet innehar i övriga samhällets ögon och hur det arbetet värderas. Dessa olika sätt att tolka, påverkade i sin tur intentionerna med den hälsofrämjande satsningen. Om det var kvinnorna i sig som sågs som problemet, försökte man genom en mer uppfostrande individinriktad strategi, lära dem ett bättre sätt att ta hand om sig, genom till exempel friskvårdsatsningar. Dessa var inte kopplade till arbetet, varför svårigheter med förankring och delaktighet kan uppstå (Folkhälsoinstitutet 1999, Alvesson, 2001). Denna strategi kan också ses som ett försök att hjälpa arbetstagarna ur en vanmakt (Thylefors, 1991) över bristande resurser som ledaren själv uttryckte i förhållningssättet till resurser. Det kunde också vara en underlättande strategi att försöka förändra organisatoriskt för att kvinnor skulle kunna, och orka, kombinera familjeliv med arbetsliv. Den kan också ses som den ”könsneutrala strategin” (SOU 2003:16) som går ut på att anpassa sig och förneka könsordningen. En tredje strategi var att öka kvinnornas eget inflytande över arbetet, men även ett klagörande av roller och ansvar (Saksvik et al 2002) för att öka arbetets status för flera nivåer, både för individerna som arbetar, organisationen, men även utåt samhället. Teorier om empowerment kan förklara dessa strategier till viss del, men könsdimensionen förklaras inte genom dessa. De som var medvetna om könsordningen använde en omvärldsstrategi (SOU 2003:16) och försökte genom satsningen påverka och utmana den gällande ordningen.

Plattformen för den hälsofrämjande satsningen

Efter Svedbergs (2003) beskrivning av förändring av första och andra ordningen, skulle alla de hälsofrämjande satsningarna kategoriseras som förändringar av första ordningen. De långsiktiga effekterna av dem som inriktades på organisationen kan dock leda till förändringar av andra ordningen, det vill säga att nuvarande arbetssätt förkastas till förmån av ett nytt.

Den interaktiva förändringslogiken ger utrymme att anpassa verksamheten efter dess föränderliga förutsättningar. I linje med Håkanssons studie (1995), uppfattades inte integreringen och drivandet av projektet som något betungande, där det redan från

början fanns ett inarbetat arbetssätt som kan definieras som inlärningsstrategi (Norrgrén, et al. 1996. Gustavsen, et al. 1991). Den hälsofrämjande satsningen sågs som ytterligare ett komplement och ökande möjligheter till förbättring av arbetet. Där plattformen för den hälsofrämjande satsningen var uppbyggd efter en linjär logik, följdes det programmatiska tänkandet (Norrgrén et al 1996) genom en top/down-ansats, men samtidigt var inte fokus på mål och medel, utan snarare bristen på dessa. Just målavgränsningen och konflikten mellan vad personalen ville åstadkomma för att täcka de klienternas behov i relation till befintliga resurser är ju något som i flera tidigare studier påpekats påverka den arbetsrelaterade hälsan (Pousette 2001, Petterson 1997).

Både förädling och hushållning innebar en syn på att förändring är något ständigt pågående. Satsningen var en del i en ständig förändringsprocess, långsam och vardagsnära, tätt knuten till arbetets vardag. Den hälsofrämjande satsningen skedde i verksamheten på arbetsplatsen. Det var en slags empowermentprocess, där man fokuserade på det man hade makt över att påverka, och försökte utveckla det. Målavgränsningen innebar ett tydliggörande av att inte lägga energi på det man inte hade makt över. Den ömsesidiga tilliten mellan ledare och medarbetare (Yukl, 2002) fanns hela tiden närvarande och togs för självklar. I hushållning handlade satsningen om stärkande av individer. Individer i gruppen interagerade inom sitt arbetssystem tillsammans med ledaren. Förändringsprocessen höll sig på en nivå och påverkan skedde mellan aktören och de människor den hade ett direkt samspel med. Förändringen skedde i en informell process, som omgestaltande i vardagen (Alvesson, 2001). I förädling och översättning var förändringsprocessen tydligare kopplad till arbetet och arbetets villkor än specifika individer och satsningen var tänkt att påverka på fler nivåer än enbart individnivå. Förändringen i funktion som förbindelselänk från operativ till mellanchefsnivå kan tolkas som en följd av tidigare organisationsförändringar, men även utökade och förändrade möjligheter att påverka (Bäckman 2001).

Begränsningar i metodik

Begränsningar i vår metodik finns avseende urval, teoretisk mättnad och grad av teoretisk nivå. Metodiken säger att urval, datainsamling, analys och återanalys ska ske parallellt tills mättnad är nådd. Vi valde istället att analysera intervjutext från samtliga projektledare. Dessutom valde vi att inte föra upp analysen på en alltför abstrakt nivå. Detta för att bättre göra en praktisk användbarhet av resultaten möjlig. Dessutom är den teoretiska mättnaden enligt konstruktivistisk ansats ett mer elastiskt begrepp i förhållande till den tid vi lever i och det sammanhang som studien utfördes i. Då metodiken bygger på att fördjupa kunskapen om sociala processer, som de upplevs subjektivt av respondenten förutsätts en interaktion mellan forskaren och den verklighet som studeras. Interaktionen kan påverkas av händelser utanför forskningsarenan. Rekryteringen av respondenter gjordes ur en grupp som erhållit ekonomiskt stöd för att initiera någon form av aktivitet för att påverka hälsa och minska sjukskrivningar. Detta kan göra att undersökningen gått miste om valid information från ledare som inte erhållit liknande stöd, men likväl arbetar med samma frågeställningar.

Fortsatta studier och användbarhet av resultaten

Hur ledares egna föreställningar påverkar förändringsarbetet finns lite dokumenterad kunskap om. Ledares uppfattning och strategier spelar en central roll för inriktning och plattform för förändringsarbete, vilket rimligtvis även bör påverka effekten. Därför var denna studie i SAMS-projektet ett viktigt första steg. I ett senare steg kommer betydelsen av förhållningssätt och utgångsläge, bland ledare och medarbetare, för utfallet av de hälsofrämjande satsningarna att undersökas. Kvantitativa effekter, i grupper som är kvalitativt sorterade, kommer att mätas via medarbetarenkät och statistik över andel lång- och korttidssjuka, andel friska och personalomsättning före och efter satsningarna. I nästkommande steg avser vi även att kvalitativt undersöka hindrande och främjande faktorer i processen i det hälsofrämjande förändringsarbetet. Resultat från denna studie belyser några främjande och hindrande förhållanden bland medarbetare i projekten men även relaterat till övergripande ledningskultur. Kunskap om dessa processer kommer att användas i utvecklingen av systematiskt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete.

Slutsatser

Ledares föreställningar om möjligheter att påverka anställdas hälsa och strategierna för de hälsofrämjande åtgärderna genomsyrades av om personalen upplevdes som resurs eller hinder samt om kön uppfattades som en orsak till ohälsan eller om ohälsan var en effekt av de värderingar som är kopplade till traditionella kvinnoyrken (könsordningen). Ledares uppfattning och strategier kan således spela en central roll för inriktning och plattform för förändringsarbete, vilket även kan ha inflytande på effekten.

Referenser

Abrahamsson, L. (2000). *Att återställa ordningen - Könsmönster och förändring i arbetsorganisationer*. Doktorsavhandling. Luleås tekniska universitet: Institutionen för arbetsvetenskap.

Aittomäki, A., Lahelma, E. & Roos, E. (2003). Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 29 (2): 159-165.

Alexandersson, K., Leijon, M., Åkerlind, I., Rydh, H. & Bjurulf, P. (1994). Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 22: 27-34

Alvesson, M. (2001). *Organisationskultur och ledning*. Malmö: Liber Ekonomi

Arbetsmiljöverket. (2002). *Arbetsorsakade besvär 2002*.
<http://www.av.se/statistik/dok/0000181.pdf>

Brunlin, C., Gerdle, B., Granlund, B., Höög, J., Knutsson, A. & Sundelin, G. (1998). Physical and psychosocial work related risk factors associated with musculoskeletal symptoms among home care personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science* 12(2): 104-110.

Bäckman, O. (2001). "Med välfärdsstaten som arbetsgivare - arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet". Marta Szebehely (Red.) *Välfärdstjänster i omvandling (SOU 2001:52)*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Charmaz, K. (2000). "Grounded theory. Objectivist and Constructivist Method." Norman Denzin & Yvonna Lincoln (eds). *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed). California: Sage

Dellve, L., Allebeck, P., Hagberg, M., Herloff, B., Karlberg, K. & Lagerström, M. (2003). Macro-socioeconomic determinants of occupational injuries and diseases among the total work force of home care workers in Sweden. *Safety Science Monitor* 7;IV, <http://www.ipso.asn.au/vol7/4-1.pdf>

Dellve, L., Lagerström, M. & Hagberg, M. (2002). Rehabilitation of home care workers. Supportive factors and obstacles prior to disability pension due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 12(2): 55-64.

Dellve, L., Lagerström, M. & Hagberg, M. (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(3): 216-224.

Eriksen, W., Bruusgard, D. & Knardahl, S. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three-month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine* 60(4): 271-278.

Fishman, DB. (1999). *The Case for Pragmatic Psychology*. New York: University Press

Folkhälsoinstitutet. (1999). *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Fuhrer R., Shipley, M., Chastang, J., Schmaus, A., Niedhammer, I., Stansfeld, S., Goldberg, M. & Marmot, M. (2002). Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. *American Journal of Public Health* 92(8): 1290-1294.

Gerdle, B., Brulin, C., Elert, J., Eliasson, P. & Granlund, B. (1995) Effect of a general fitness program on musculoskeletal symptoms, clinical status, physiological capacity, and perceived work environment among home care service personnel. *Journal of Occupational Rehabilitation* 5(1): 1-16

Gjesdal, S. & Bratberg, E. (2002). The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995. *European Journal of Public Health* 12: 180-186.

Glaser B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine cop

Griffiths, A. (1999). Organizational interventions. Facing the limits of the natural science paradigm. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 25: 589-596.

Gustavsen, B., Hart, H., & Hofmaier, B. (1991). From linear to interactive logics: characteristics of workplace development as illustrated by projects in large mail centers. *Human Relations* 44: 309-332.

Hemström, Ö. Ed. (2002). *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm:Fritzes.

Hirdman, Y. (2001). *Genus- Om det stabilas föränderliga former*. Malmö: Liber AB

Håkansson, K. (1995). *Förändringsstrategier i arbetslivet*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen

Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (1998). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Jacobsson, C. (2001). *Managing Human Service organizations*. Doctoral thesis. Göteborg University: Department of psychology

Josephsson M., Lagerström, M., Hagberg, M. & Wigaeus Hjelm, E. (1997). Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occupational Environment Medicine* 54(9):681-685.

Josephsson M. & Vingård, E. (1998). Workplace factors and care seeking for low back pain among female nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 24: 465-472

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

Krieger, N. (2003). Gender, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 32:652-657.

Lagerström, M., Hansson, T. & Hagberg, M. (1998). Work-related low-back problems in nursing. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 24:449-464.

Menckel, E., Österblom, T. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Miller, S. & Fredricks, M. (1999). How does grounded theory explain? *Qualitative Health Research* 9: 538-551.

Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.

Norrgren, F. (1996). "Förändringsledning- ett aktions- forskningsprojekt vid arbetsvetenskapliga kollegiet/IMIT i Göteborg". I G. Ekvall (red.). *Navigatör och inspiratör*. Lund: Studentlitteratur.

Norrgren, F., Hart, H., & Schaller, J. *Förändringsstrategiers effektivitet*. CORE WP 1996:3, Chalmers University of Technology.

Parmsund, M. Brunnberg, H. Petterson, I-L. (2002). *Utvärdering av projektet Hälsa-arbetsliv-kvinnoliv (HAK)*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Petterson, I-L. (1997). *Health care in transition - threat or opportunity? : psychosocial work quality and health for staff and organization*. Doctoral thesis. Stockholm University: Department of medicine, division of occupational and environmental medicine and department of public health science.

Petterson, I-L. (2002). *Ökat inflytande genom empowerment: utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg*. Stockholm: Arbets- och miljömedicin.

Pousette, A. (2001). *Feedback and stress in Human Service Organizations*. Doctoral thesis. Göteborg University: Department of psychology.

Rothman, R.A. (1999). *Inequality and stratification: race, class and gender* (3 ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice hall.

Saksvik, p., Nytrö, K., Dahl-Jørgensen, C. & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress* 16(1): 37-57

Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Mashall, N. (2003) Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care* 15(2): 111-118

Scuzs, S., Hemström, Ö. & Marklund, S. (2003). *Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner*. Arbete och hälsa 2003:6. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

SCB. (2003). Statistik över chefsfördelning.
http://www.scb.se/statistik/le0201/le0201_tab2.asp

SOU 2000:72. Sjukförsäkringsutredningen. (2000). *Basfakta och utvecklingsmöjligheter*. http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000_72.pdf

SOU 2002:5. Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. (2002). *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2002/sou2002_5a.pdf

SOU 2003:16. Utredningen om kvinnor på ledande poster i näringslivet. (2003). *Mansdominans i förändring - Om ledningsgrupper och styrelser*.
http://www.naring.regeringen.se/propositioner_mm/sou/pdf/sou2003_16.pdf

Göteborgs Stadskansli. (2003).

Svedberg, L. (2003). *Grupp-psykologi: om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Thurén, T. (1997). *Källkritik*. Stockholm: Liber AB.

Thylefors, I. (1991). *Ledarskap inom vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur & Kultur.

van der Giezen A, Bouter L, and Nijhuis F. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain* 2000; 87: 285-94.

Västra Götalandsregionens Folkhälsorapport (2002a). *Äldre- och handikappomsorgen i Västra Götalandsregionen - arbetsohälsa bland omsorgspersonalen*. Mariestad.

Västra Götalandsregionens Folkhälsorapport (2002b). *Stress och utmattning i Västra Götaland*. Mariestad.

Wahl, A., Holgersson, C. Höök, P. & Linhag, S. (2001). *Det ordnar sig - teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur.

Wamala, S. (2002). *Gender and social inequalities in health*. Lund: Studentlitteratur.

Wickström, G., Ed. (2000). *Intervention studies in the health care sector. Lessons learned*. Arbete & Hälsa 2000:10Stockholmm: Arbetslivsinstitutet.

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