Hälsofrämjande arbetsplats - att skapa möjligheter för lärande och hälsa

Josefin Barajas
Maria Gustavsson
Kerstin Ekberg

Institutionen för hälsa och samhälle
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING
Telefon: 013-22 20 00 (vx)

Department of Health and Society
Linköpings universitet
S-581 83 LINKÖPING, SWEDEN
Phone: +46 13 22 20 00

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Hälsouniversitetet
Filosofiska Fakulteten
Tekniska högskolan

IHS Rapport 2006:2

Institutionen för hälsa och samhälle
Linköpings universitet

Hälsofrämjande arbetsplats – att skapa möjligheter för lärande och hälsa

Josefin Barajas
Maria Gustavsson
Kerstin Ekberg

IHS Rapport 2006:2

Denna rapport kan beställas av Maria Antonson, 013-22 4573

Omslag: Sussanne A. Larsson, Tomas Hägg och Dennis Netzell
Layout: Sussanne A. Larsson
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

IHS Rapport 2006:2
ISSN (tryck): 1652-1994
ISSN (online): 1653-8331
URL: http://www.ep.liu.se/ea/ihs/

Institutionen för hälsa och samhälle (IHS) bedriver forskning, utbildning och uppdragsverksamhet om förhållanden som är relaterade till individers, gruppers och befolkningars hälsa.

Verksamheten bygger på och ska vidareutveckla medicinska, humanistiska, samhällsvetenskapliga och tekniska kunskaper.

Följande avdelningar ingår i IHS:
Allmänmedicin
Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT)
Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering (RAR)
Sjukgymnastik (SG)
Socialmedicin och folkhälsovetenskap (SoF)
Tema hälsa och samhälle (Tema H)

Adress:
Institutionen för hälsa och samhälle
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING

Besöksadress:
IHS
Hälsans hus, ingång 15
Vid Universitetssjukhuset
Linköping

Tel:
013-22 20 00

Hemsida:
www.ihs.liu.se

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING 1

INLEDNING 3

Bakgrund och syfte 4
Hälsa, hälsofrämjande och lärande - några centrala utgångspunkter 5

AKUTKLINIKEN 7

Verksamhet 7
Tre avdelningar 8

METOD 9

Forskningsansats 9
Datainsamling 9

INTERVENTIONENS INLEDANDE FAS - ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH HÄLSA 13

Arbetsförhållanden 13
Arbetets karaktär med avseende på styrning och beslutsutrymme 14
Delaktighet i förändringar och återkoppling 17
Självskattad hälsa 17
Innebörden av och ansvaret för hälsa 18
Stress 19

INTERVENTIONEN - ARBETSPROCESSEN OCH MEDARBETARNAS SYN PÅ MÖJLIGHETERNA TILL DELAKTIGHET 21

Problembaserat lärande som verktyg för förändring 21
Problembaserat lärande i arbetsgrupper 23
Aktiviteter mellan gruppträffarna 24
Integrationstillfällen 25
Prioritering av viktiga områden 26

INTERVENTIONENS BETYDELSE FÖR HÄLSA OCH LÄRANDE 28

Betydelsen av hälsa 29
Medicinsk-teknisk kompetens 30
Erfarenhetsutbyte 30
Socialt stöd 31
Personalutveckling 31

Mentorsprogram 32
Delegering 32
Information och kommunikation 32
Flöde i verksamheten 33
Forum för att hantera förändringar 34
Handlingsplan för långtidsfrånvarande 34
Sjukfrånvaro 35

HINDER OCH MÖJLIGHETER 36

Förankring under förändringströtthet 36
Tid 36
Dubbla budskap 37
Oklara roller 38
Intresse och motivation 38

OMVÄRLDSKRAV OCH FRAMTIDA VERKSAMHET 40

Klinik 40
Akutmottagningen 40
Akutvårdsavdelningen 41

DISKUSSION 42

SLUTSATSER 46

REFERENSER 47

TABELLFÖRTECKNING

Tabell 1. Sammanställning av datainsamlingstillfälle, datainsamlingsmetoder och undersökningspersoner. 10

Tabell 2. Översikt över interventionens resultat 29

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1. Möjligheter att påverka sitt arbete, delegering av arbetsuppgifter och delaktighet i beslut. Jämförelse mellan Akutkliniken, Universitetssjukhuset och Landstinget. Från personalenkät 2002. 13

Figur 2. Självskattad hälsa (SF-36) i personalenkäten 2002 (akutkliniken totalt, universitetssjukhuset samt landstinget totalt) 18

Figur 3. Sjukfrånvaro (%) vid akutkliniken samt landstinget åren 1999 – kvartal 3, 2004 ... 35

SAMMANFATTNING

Under hösten 2002-hösten 2003 genomfördes ett interventionsprojekt vid akutkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Projektet syftade till att utveckla förutsättningarna och kompetensen inom organisationen att hantera frågor som främjar hälsa.

Alla medarbetare på kliniken har träffats i arbetsgrupper och under handledning arbetat enligt problembaserat lärande med frågor som berör hälsa i arbetet. Grupperna dokumenterade sitt arbete i s.k. loggböcker, samt i rapporteringar från två heldagar då alla medarbetare samlades. Ett strategiskt urval av medarbetarna har intervjuats vid interventionens början, samt efter avslutad interventionstid. Personalen har även följts med landstingets personalenkät och sjukfrånvarostatistik.

Interventionsprojektet har lett fram till en mängd förbättringsförslag och genomförda åtgärder på alla nivåer i organisationen, såsom t.ex. ökad medicinsk-teknisk kompetens, förbättrat socialt klimat, ökad regelbundenhet i personalutvecklingssamtal, ökade förutsättningar för patientflödet i verksamheten och utveckling av strategier för att hantera långtidssjukskrivna. PB-gruppernas rangordning av prioriterade områden för hälsofrämjande utvecklingsarbete var *ledarskap, organisation, kompetens, information och kommunikation,* samt *vårdkvalitet*.

Interventionen har bidragit till ett ökat erfarenhetsutbyte mellan personalen, vilket har inneburit både ett individuellt och ett kollektivt lärande. Personalen har också under interventionsprojektet ökat sin kompetens att hantera verksamhetsförändringar.

Medarbetarna har utvecklat synen på hälsa, och vad som påverkar den arbetsrelaterade hälsan. Interventionsprojektet har belyst vikten av reflektion under arbetstid, samt betydelsen av delaktighet under förändringsprocesser.

Resultaten visar på tre framträdande faktorer av betydelse för genomförandet och utfallet av interventionsprojektet. För det första har ledningen en väsentlig roll i utvecklingen av hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Ledningen

behöver stötta och legitimera utvecklingsarbetet. Ett sådant hälsofrämjande ledarskap ställer krav på kompetens hos ledningen. Ledare behöver därför extra stöd och utvidgad kompetens i hälsofrämjande utvecklingsarbete.

För det andra är det viktigt att organisera för lärande och kollektiv reflektion. Det kräver en medveten strategi. Det problembaserade arbetssättet under interventionsprojektet har fungerat som ett forum där medarbetarna kontinuerligt har fått utrymme att tänka i nya banor. Resultatet av en sådan organisering för lärande har givit utslag i verksamheten i form av olika åtgärder och förändringar.

För det tredje har de problembaserade grupperna fungerat som en buffert i organisationen, där medarbetarna har lärt en handlings- och förändringsberedskap. De har ökat sin kompetens i att hantera inre och yttre krav på förändring, liksom att påverka sin egen organisation i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats.

INLEDNING

Inom svensk vård och omsorg genomfördes under 1990-talet stora strukturella och organisatoriska förändringar som påverkade de anställdas arbetsvillkor (Aronsson & Sjögren 1994; Barklöf 2000; Marklund 1997). Vård- och omsorgssektorn fick under denna period mer begränsade resurser, samtidigt som flera av de organisationsförändringar som gjordes syftade till att öka produktivitet och effektivitet.

Om man ser närmare på 1990-talets förändringar kan flera huvuddrag urskiljas. Ett huvuddrag är förändringar inom landsting och kommunal verksamhet med uppdelning i beställar- och utförarenheter. I förlängningen har denna indelning inneburit att många uppdrag inom vård- och omsorgsverksamhet lagts ut på entreprenad eller helt privatiserats.

Ett annat huvuddrag är att personalstyrkan inom hälso- och sjukvården reducerats kraftigt genom olika besparingsreformer, ny medicinsk teknologi, marknadsanpassade styrformer och andra rationaliseringar. Personalnedskärningarna har lett till en förändrad personalstruktur med en ökande medelålder bland de anställda. Paradoxalt nog har även neddragningarna mot slutet av förra decenniet lett till akut personalbrist och att det har blivit allt svårare att nyrekrytera personal. Lösningar som inhyrd personal och övertid för fast anställda var under en period vanligt förekommande.

Ett tredje huvuddrag i utvecklingen under senare år är att vårdkonsumtionen ökat, bland annat som en följd av en allt äldre befolkning och utvecklingen av ny medicinsk teknologi. Socialstyrelsen (2002) visar att äldre patienter utgör en stor andel av vårdkonsumenterna inom akutsjukvården. Vidare påvisas brister i tillgänglighet vid akutmottagningarna, och de pressade vårdtiderna medför att tiden för adekvat utredning och behandling reduceras. Samverkan mellan primärvård och kommunal omsorg, såsom överföring av patientinformation, fungerar inte heller tillfredsställande (Socialstyrelsen 2002).

Kritik som många gånger riktas mot förändringar inom vårdsektorn är att de genomförts med alltför låg delaktighet, bristande inflytande och kontroll för

de anställda. Detta har lett till ökad ohälsa och en lägre grad av arbetstillfredsställelse bland anställda inom vård och omsorg (Hertting 2003; Socialstyrelsen 2002).

Bakgrund och syfte

I denna rapport ligger fokus på ett förändrings- och utvecklingsprojekt där målet var att främja hälsa och minska ohälsotalen genom att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats vid akutklinken på Universitetssjukhuset i Linköping. Hälsofrämjande arbete är en del av verksamheten i det landsting akutkliniken tillhör. Landstinget uppger i de policydokument som styr det hälsofrämjande arbetet att ”Hälsofrämjande arbetsplats” ingår som en del i landstingets huvuduppdrag att främja hälsa hos befolkningen. Det är en del i personalutvecklings- och kvalitetsarbetet inom landstinget. De övergripande målen med hälsofrämjande arbetsplats formuleras som ”att främja hälsa och att öka andelen långtidsfriska på arbetsplatsen, samt att förebygga sjukdom och underlätta återgång i arbete för sjukfrånvarande medarbetare.

Initiativet till förändrings- och utvecklingsprojektet på akutkliniken togs av klinikchefen. Landstingets personalenkät 2000 visade att flera faktorer på kliniken inte var tillfredsställande ur ett hälsofrämjande perspektiv samt att sjukskrivningstalen var relativt höga. Kontakter togs med Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering och Folkhälsovetenskapligt centrum. I samråd med forskargruppen beslutades att en intervention med problembaserat lärande som verktyg skulle genomföras för att utveckla hälsofrämjande arbetsförhållanden på akutkliniken[1]. Syftet var att utveckla processer och strukturer inom organisationen som ökade individens, gruppens och organisationens förmåga att lära och utveckla sin kompetens i att hantera frågor som främjar hälsa. De övergripande målen för projektet formulerades som

a) att skapa en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetsplats på akutklinken genom att medarbetare (på olika nivåer) lär och utvecklar kompetens kring att hantera frågor som främjar hälsa i arbetet.

[1] I uppdraget ingick: Förankring av projektet bland medarbetarna på akutkliniken, kontakt med klinikledningen, analys av utgångsläget, framtagning av utbildningsmaterial, administration och handledning av interventionsgrupperna, uppföljning och analys av process och resultat, stöd till arbetsledarna i utveckling av strategier för hälsofrämjande arbetsplats och kunskapsspridning av projektresultat.

b) att utveckla arbetssätt som kan tillämpas på andra enheter inom landstinget för att främja hälsa hos anställda.

Förändrings- och utvecklingsprojektet kallas ”Hälsa på akutkliniken”. Föreliggande rapport fokuserar på projektets interventionsdel. Interventionen genomfördes under tidsperioden hösten 2002 till och med hösten 2003. Projektet avslutades formellt 2005. Rapporten syftar således till att belysa hur medarbetare har uppfattat genomförandet av interventionen, vilka faktorer som underlättade respektive hindrade interventionsprocessen, samt vilka effekter interventionen hittills har haft för verksamheten.

Hälsa, hälsofrämjande och lärande - några centrala utgångspunkter

Att arbeta hälsofrämjande innebär att arbeta på flera nivåer; samhälls- grupp och individnivå (Menckel & Österblom 2000). European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) definierar hälsofrämjande på arbetsplatsen enligt följande:

> Workplace health promotion (WHP) has been defined as the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. This is achieved through a combination of
>
> - Improving the work organisation and the working environment
> - Promoting the active participation of employees in health activities
> - Encouraging personal development

Av definitionen framgår att ett hälsofrämjande arbete förutsätter såväl individuella handlingsmöjligheter och personlig utveckling som arbetsvillkor där anställda har möjlighet att delta i hälsofrämjande aktiviteter för att bevara och förbättra sin hälsa (se även Nordenfelt 1995, 1997). Aktiviteter bör inte enbart rikta sig mot individen, utan även mot arbetsförhållandena. En intervention på arbetsplatsen för att främja hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom bör således innebära att

1. Skapa möjligheter för individen att formulera väsentliga mål för utveckling och hälsofrämjande förändring i arbetet

2. Mobilisera kraft och aktivt handlande som syftar till att främja lärande
3. Mobilisera understödjande resurser och strukturer inom organisationen

Ett hälsofrämjande arbete står därmed i starkt samband med lärande och dess omgivande förutsättningar. För att förstå centrala aspekter av lärande kan en grov distinktion göras mellan lärande som innebär att bli bättre på det man redan gör i sitt arbete, s.k. bemästringslärande, och lärande som är utvecklande eller expansivt (Ellström 1992; 2004; Engeström 1987; 1999; Gustavsson 2000). Lärande som innebär att bemästra nuvarande arbetsuppgifter är nödvändigt för att förebygga ohälsa, men inte tillräckligt för att utveckla hälsofrämjande strategier. Istället krävs förutsättningar för ett utvecklingsinriktat lärande i arbetet. Ett utvecklingsinriktat lärande bryter rutiner och tvingar att lära, göra och erfara någonting nytt utöver det för-givet-tagna i arbetet. Det kan leda till utveckling av nya strategier och handlingsmönster för att arbeta hälsofrämjande. Ett utvecklingsinriktat lärande på arbetsplatsen innebär att individen själv ges möjligheter att identifiera, tolka och definiera situationens krav, och inte enbart att lösa givna problem (Ellström 1996).

En verksamhet som vill främja ett utvecklingsinriktat lärande bör uppmuntra till att kritiskt reflektera över skeenden och händelser i verksamheten; vad som sker och hur det sker. (Ellström 1992). Ett sådant förhållningssätt förutsätter en hög grad av tillit och tolerans i organisationen (Svensson, Jakobsson & Åberg, 2001). För att åstadkomma ett lärande av detta slag är det av stor vikt att organisera för deltagande i aktiviteter som erbjuder ett potentiellt utrymme till ny förståelse och utveckling av nya förhållnings- och arbetssätt kring hälsofrämjande arbetsplats.

AKUTKLINIKEN

I detta avsnitt beskrivs akutkliniken med avseende på verksamhet, organisation och omvärldskrav.

Verksamhet

Akutkliniken erbjuder medicinsk bedömning, behandling och vård vid akuta skador och sjukdomstillstånd i initialskedet. Beredskap för att utföra detta uppdrag skall finnas dygnet runt under hela året. Typen av insatser och insatsernas omfattning kan inte helt förutsägas eller planeras. Ofta råder tidspress på en akutklinik, med krav på snabba beslut och samordnat teamarbete. På akutkliniken vårdas många olika patientkategorier, oftast i väntan på att kunna överföras till andra kliniker. I uppdraget ingår att samverka med andra aktörer inom och utanför sjukhuset, såsom till exempel primärvård och kommunal omsorg. Ofta uppstår svårigheter med patientflödet i verksamheten med avseende på överflyttning till andra avdelningar och kliniker, samt utskrivning av framförallt äldre patienter till kommunala boenden.

År 2001 uppgick antalet patienter till 32 562, varav 39 procent skrevs in vid någon av sjukhusets övriga avdelningar. Året 2002, besökte 32 096 personer kliniken, varav 38 procent skrevs in vid någon avdelning. För kliniken var den totala patientbeläggningen under år 2001 98,4 procent och under 2002 98 procent. Rekommenderad beläggning är 85 procent. Sedan 1995 har antalet vårdplatser vid Universitetssjukhuset i Linköping minskat med 28 procent, vilket har bidragit till ett ökat tryck på akutkliniken.

Tre avdelningar

Kliniken är indelad i tre avdelningar; akutmottagning med intagningsavdelning, medicinsk akutvårdsavdelning[2] (MAVA) samt arkivservice.

Akutmottagningen

Akutmottagningen är gemensam för hela sjukhuset. Där görs en initial bedömning av patientens tillstånd. I anslutning till akutmottagningen finns en intagningsavdelning (ITA) med 8 vårdplatser som beläggs av patienter med behov av en kortare tids observation. På akutmottagningen och ITA arbetade vid interventionens början ca 80 personer, varav 50 var sjuksköterskor och 30 tillhörde kategorin övrig vårdpersonal, d.v.s. företrädesvis undersköterskor.

Akutvårdsavdelningen

På klinikens vårdavdelning vårdas patienter med medicinska sjukdomar såsom andningsbesvär, blodproppar, hjärtsvikt mm under en begränsad tid. Akuta inläggningar tas emot dygnet runt, och till skillnad från de flesta andra vårdavdelningar sker inga planerade inläggningar. Avdelningen har totalt 30 vårdplatser. Vårdtiderna skall vara korta, med ett genomsnitt på 3-4 dygn. De patienter som är i behov av ytterligare vårdtid och/alternativt specialistvård kan förflyttas till andra kliniker. Vid projektets början var avdelningen uppdelad i en medicinsk och en kirurgisk del. På akutvårdsavdelningen arbetade 69 personer. Av dessa var 40 sjuksköterskor och 29 personer tillhörde kategorin övrig personal.

Arkivservice

I akutkliniken ingår arkivservice som tillhandahåller journalhantering för flera kliniker på sjukhuset. Arkivservice hade 10 anställda.

[2] Vid projektets början vårdades även patienter med kirurgiska sjukdomstillstånd på vårdavdelningen (AVA). Efter en organisationsförändring under projektets slutskede flyttades de kirurgiska platserna till en annan avdelning, och i dagsläget är avdelningen en medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA).

METOD

Forskningsansats

Undersökningen var upplagd som en fallstudie (se t.ex. Yin 1994). I forskning som riktas mot arbetslivet används fallstudien som metod i mer än hälften av de empiriska studierna (Westlander 1999). I denna rapport är fallet akutkliniken. En fallstudie studerar ett fenomen, i denna studie ett hälsofrämjande utvecklingsprojekt, i sin naturliga miljö, d.v.s. akutkliniken. (Yin 1994). Den valda forskningsansatsen har inverkat på de grundläggande metodologiska ställningstaganden som gjorts för denna undersökning där fokus legat på det hälsofrämjande förändrings- och utvecklingsprojektet som bedrivits på akutkliniken. Fallstudien har en longitudinell uppläggning, vilket innebär att datainsamlingen har skett vid upprepade tillfällen fr.o.m. hösten 2002. Datainsamlingen pågår ännu och kommer att fortgå fram till hösten 2005, d.v.s. under en treårsperiod. Vi har valt att använda olika metoder för datainsamling, s.k. triangulering, då ambitionen har varit att få ett bredare underlag som grund för tolkning och analys av förändrings- och utvecklingsprojektet (Yin 1994). Vi har använt oss av statistiskt material från Landstingets personalenkät och sjukfrånvarostatistik, anteckningar från observationer samt intervjuer med chefer och medarbetare inom akutkliniken.

Datainsamling

Flera olika datainsamlingsmetoder har använts för att samla empiri vid ett flertal datainsamlingstillfällen. I tabell 1 presenteras en sammanställning av datainsamlingstillfällen och metoder.

Tabell 1. Sammanställning av datainsamlingstillfälle, datainsamlingsmetoder och undersökningspersoner.

Datainsamlingstillfälle	**Datainsamlingsmetod**	**Undersökningspersoner (*n*)**
Fr o m 1999--	Enkät- och registerdata	Personalenkät 2000*
		Personalenkät 2002 (*n*=177)
		Sjukfrånvarostatistik1999-2000
Sep 2002--juni 2003	Loggböcker	Loggböcker (*n*=22 PB-grupper)*
Feb 2003 och aug-sep 2003	Observation	Integrationsdagar (*n*=2 dagar x 3 tillfällen)
Okt-nov 2002	Intervju	Medarbetare n=16
våren 2003	Intervju	Chefer (*n*=7)*
Okt-nov 2003	Intervju	Medarbetare (*n*=16)
Feb-mars 2004	Intervju	Chefer (*n*=6)*
Dec 2004-jan 2005	Intervju	Medarbetare (*n*=16)*

*Detta datamaterial utgör inte empiriskt underlag i denna rapport.

De resultat som redovisas i föreliggande rapport bygger på material från dels personalstatistik (1999-2004), dels personalenkäter (2002) samt intervjuer med medarbetare (2002, 2003) och observationer samt dokumentation under interventionsprocessen. *Enkät- och registerdata* utgörs av dels personalenkäten från år 2002 som skickats ut till samtliga Landstingsanställda, dels sjukfrånvarostatistik från landstingets webbaserade sjukskrivningsregister. Från personalenkäten 2002 har vi (re)analyserat de frågor som vi fann relevanta för att belysa arbetsförhållanden och hälsa på akutkliniken vid interventionens initialfas. Enkäten besvarades av 177 anställda vid kliniken (n=210), vilket är en svarsprocent på 79 procent. De övriga landstingsanställda som enkäten skickades ut till utgör referensmaterial i uppföljningen av interventionen. *Sjukfrånvarodata* har hämtats från Landstingets personal-statistiska register. I denna rapport redovisas total sjukfrånvaro (alla intervall) samt sjukfrånvaro längre än 30 dagar över åren fr.o.m. 1999 t o m 2004, tredje kvartalet.

Aktiviteterna under de två planerade integrationsdagarna har *observerats* och *dokumenterats*. Sammanställningen av observationsanteckningarna återfördes

till ledningsgruppen och de anställda vid akutkliniken och utgör en dokumentation av just den specifika utvecklingsaktiviteten i interventionen.

Av tabell 1 framgår även att *intervjuer* med chefer och medarbetare har genomförts i flera intervjuomgångar under projektet. Intervjuerna karaktäriseras som kvalitativa forskningsintervjuer. En kvalitativ forskningsintervju kännetecknas som ett vardagligt samtal, men har ett visst syfte och en viss struktur (Kvale 1997). Samtalet är dock inte ett samtal mellan jämbördiga parter, eftersom forskaren som för samtalet strävar efter att nå förståelse för en viss forskningsfråga (Kvale 1997). Intervjuerna kan beskrivas som fokuserade då de utgått från en viss struktur och särskilt utvalda teman som skulle täckas under intervjuns gång. Den person som intervjuas ges dock frihet eller utrymme inom den tematiska strukturen att prata kring de frågor som ställs och de associationer som väcks under intervjun (jämför t.ex. Bell 1999).

Intervjuer med chefer på kliniken, d.v.s. klinikchef, chefssekreterare, vårdchefer och biträdande vårdchefer har genomförts vid två intervjuomgångar. I den första omgången, våren 2003, intervjuades 7 chefer och i den andra omgången, vintern 2004, intervjuades 6 chefer. Resultaten från dessa intervjuer redovisas i andra rapporter (ref). Likaså har två intervjuomgångar med 16 strategiskt valda medarbetare på akutkliniken genomförts i interventionens initiala fas hösten 2002 samt efter interventionen hösten 2003 (ref). Av de 16 medarbetarna arbetade 8 på akutmottagningen och 8 på vårdavdelningen. Av de 16 intervjuade personerna är 7 sjuksköterskor, 7 undersköterskor och 2 läkarsekreterare. Tretton av de sexton medarbetarna var samma personer vid de två intervjutillfällena. I intervjustudien ingår inte avdelningen arkivservice.

Intervjuerna genomfördes av två personer ur forskargruppen. Varje intervju tog mellan 45 och 75 minuter. Intervjuerna har tagits upp på ljudband, och sedan transkriberats i sin helhet så ordagrant som möjligt. Dessa intervjuutskrifter är grunden för vår analys. Analysen har genomförts successivt då intervjumaterialet insamlats vid olika tillfällen. Vi började med att läsa igenom intervjuerna ett antal gånger för att skaffa oss en helhetsbild av intervju-materialet. I de innehållsliga bearbetningarna och analyserna har vi sökt efter olika mönster som framstår som likheter och skillnader mellan olika personalkategorier och avdelningar. Analysarbetet har varit en process där vi växlat mellan kategorisering av data och tolkning av de framträdande

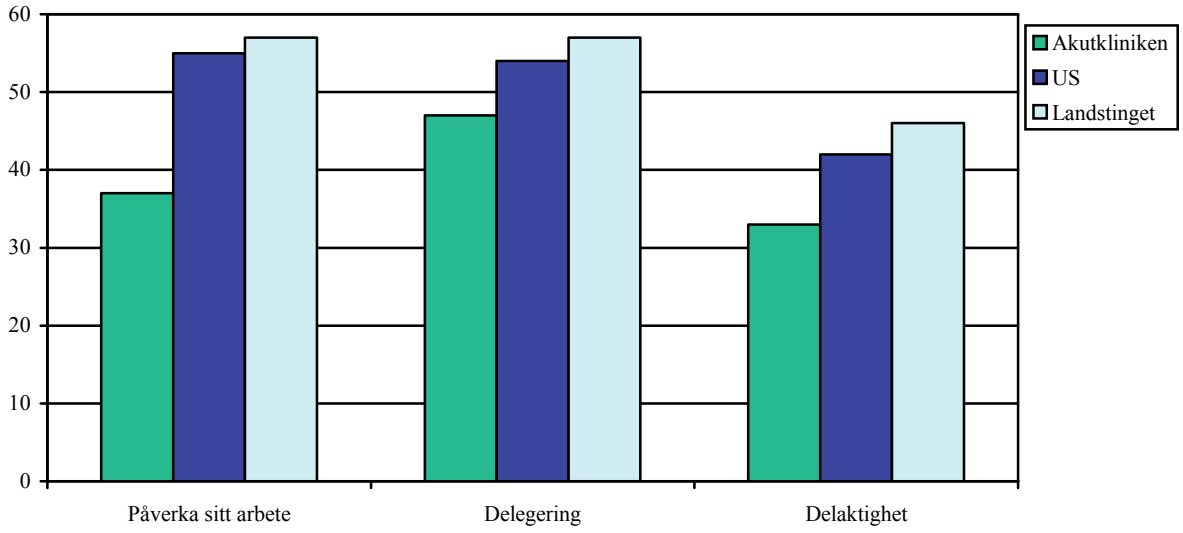
mönstren i empirin. I denna rapport redovisas delar av det material som analyserats. Vi har valt att presentera resultaten i löpande text utan att belysa dessa med citat. Anledningen till detta är företrädesvis att texten inte skall bli alltför omfångsrik.

INTERVENTIONENS INLEDANDE FAS - ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH HÄLSA

För att få en bild av akutkliniken i den hälsofrämjande interventionens inledande fas undersöktes arbetsförhållanden samt hälsa. Redovisningen baseras på landstingets personalenkät 2002 samt de intervjuer med medarbetare som genomfördes inledningsvis.

Arbetsförhållanden

I analysen av arbetsförhållandena låg fokus på anställdas möjligheter att påverka sitt arbete, delegering av arbetsuppgifter och delaktighet i beslut. Resultat från landstingets personalenkät år 2002 redovisas i figur 1. En jämförelse har gjorts mellan anställdas uppfattningar inom akutkliniken, universitetssjukhuset samt totalt i landstinget.



Figur 1. Möjligheter att påverka sitt arbete, delegering av arbetsuppgifter och delaktighet i beslut. Jämförelse mellan Akutkliniken, Universitetssjukhuset och Landstinget. Från personalenkät 2002.

Av figur 1 framgår att en tredjedel av klinikens anställda ansåg att de kunde påverka sitt eget arbete i tillräcklig utsträckning för att nå ett gott arbetsresultat. Knappt hälften av medarbetarna uppgav att arbetsuppgifter delegeras i tillräcklig utsträckning. När det gäller delaktighet i beslut är det knappt en tredjedel som uppgav att de är delaktiga i de beslut som fattas på arbetsplatsen. Vid en jämförelse med både universitetssjukhuset och landstinget totalt instämmer färre av de anställda vid akutkliniken i dessa påståenden.

Resultaten från intervjuerna visar att upplevelsen av delaktighet i den dagliga verksamheten varierade, framförallt på akutmottagningen, där man upplever delaktighet i olika utsträckning, beroende på om man är sjuksköterska eller undersköterska, och om man som sjuksköterska har en koordinatorsroll eller inte. De sjuksköterskor som också arbetar som koordinatorer uppger sig ha en hög grad av delaktighet, större möjligheter att påverka sitt eget arbete, samt uppfattar att arbetsledningen i större utsträckning delegerar arbetsuppgifter till dem. Denna variation finns inte i samma utsträckning på vårdavdelningen, där personalen i princip upplever att de, oavsett yrkestillhörighet, har möjlighet att påverka sitt arbete. I vissa arbetssituation kan dock delaktighet och påverkansmöjligheter upplevas som begränsade, som exempelvis i rondarbetet.

Arbetets karaktär med avseende på styrning och beslutsutrymme

För att få en djupare bild av hur arbetet som sjuksköterska och undersköterska ser ut beskrivs i det följande uppfattningar om arbetsuppgifter, arbetsfördelning, beslutsutrymme och delegering för respektive yrkesroll. Läkare och läkarsekreterare har exkluderats i redovisningen av dessa specifika resultat, främst av anledningen att majoriteten av de anställda vid kliniken innehar befattningen sjuksköterska eller undersköterska, samt för att dessa yrkeskategorier var vanligast förekommande i intervjustudien.

Sjuksköterskans roll

Samtliga av de intervjuade sjuksköterskorna rapporterar att det som i störst utsträckning styr deras arbete är de lagar och föreskrifter som följer med

befattningen som sjuksköterska. Som sjuksköterska måste man följa dessa, och det är sällan eller aldrig de utför någon åtgärd som går utanför de arbetsuppgifter som man enligt lag får utföra, utan ordination eller delegering från läkare. I samarbetet med undersköterskan är det sjuksköterskan som innehar det huvudsakliga patientansvaret. I övrigt upplever sjuksköterskorna att arbetsuppgifterna är lika, och att det generellt också har gått mot en homogenisering av arbetsuppgifterna – den stora skillnaden upplever sjuksköterskorna vara just ansvaret för patienten, samt hantering av läkemedel efter ordination av läkare, liksom den huvudsakliga dokumentationen och signeringen av de åtgärder som utförts i vården. Vissa beslut har sjuksköterskan, och inte undersköterskan, befogenhet att fatta, och i intervjuerna framkommer att sjuksköterskan upplever att undersköterskan i de flesta avseenden vill vara lika, men när beslut skall tas backar gärna undersköterskan ett steg. De intervjuade sjuksköterskorna upplever att arbetsfördelningen mellan sjuksköterska och undersköterska fungerar, men att svårigheten ligger i likheten, dvs. att gränserna mellan arbetsuppgifterna har luckrats upp.

Sjuksköterskorna anser sig ha visst beslutsutrymme när det gäller prioriteringar av patienter, t.ex. i vilken ordning de skall behandlas, även om det finns en övergripande policy för vilka prioriteringar som bör göras. Prioriteringarna styrs delvis av koordinator och läkare. Arbetstempo uppfattas vara något som är svårt att påverka själv. På akutmottagningen beror arbetstempot ofta på antalet patienter, vilket är oförutsägbart. På vårdavdelningen är tiden för arbetet och därmed arbetstempot organiserat kring vissa ”fasta” händelser, såsom ronder, provtagningar etc.

Till flera av respondenterna delegeras, oftast från cheferna, egna ansvarsområden som de ansvarar för ensamma eller tillsammans med kollegor. Ansvarsområdena kan, anser de, erbjuda möjligheter till inflytande, men det stora hindret är att det ofta inte finns någon tid avsatt till att arbeta med sitt ansvarsområde. Ansvarsområden kan vara till exempel att hålla ordning i vissa utrymmen, eller att se till att olika engångsverktyg alltid finns i de skåp där de skall vara, eller att information samlas på särskilt ställe.

Undersköterskans roll

Undersköterskorna upplever sitt arbete som styrt av det som följer med befattningen. Undersköterskorna uppfattar att deras arbete är mycket likt de

arbetsuppgifter som utförs av sjuksköterskorna. Sjuksköterskan har dock ett större medicinskt ansvar för patienterna, och undersköterskan utför fler ”omsorgsuppgifter” än vad sjuksköterskan gör. Skillnaderna ligger således i graden av medicinskt ansvar för patienten, samt att en del av undersköterskornas arbete kan karaktäriseras som omsorgsarbete. Omsorgsarbete avser arbetsuppgifter som att t.ex. tömma bäcken, servera maten till patienterna. Även undersköterskorna uppger att arbetsuppgifterna har blivit alltmer lika, inte minst genom delegering av arbetsuppgifter (sätta nålar, ge vissa mediciner och injektioner, dokumentera vissa åtgärder etc.). Med delegeringen följer också ett större ansvar. Vissa av de intervjuade undersköterskorna menar att tydliga yrkesgränser behövs, att varje kategori fyller en funktion och att homogeniseringen av arbetsuppgifter inte enbart är av godo. De menar att man har valt att bli undersköterska av egen vilja, hade man velat arbeta med sjuksköterskeuppgifter och ha det ansvaret hade man blivit sjuksköterska. För undersköterskorna är det viktigt att visa att yrkesrollen undersköterska behövs som ett eget definierat yrke. Andra menar dock att undersköterskorna har en kompetens som inte utnyttjas i den grad som är möjlig, och att delegeringen kunde gå längre, framförallt då det råder sjuksköterskebrist.

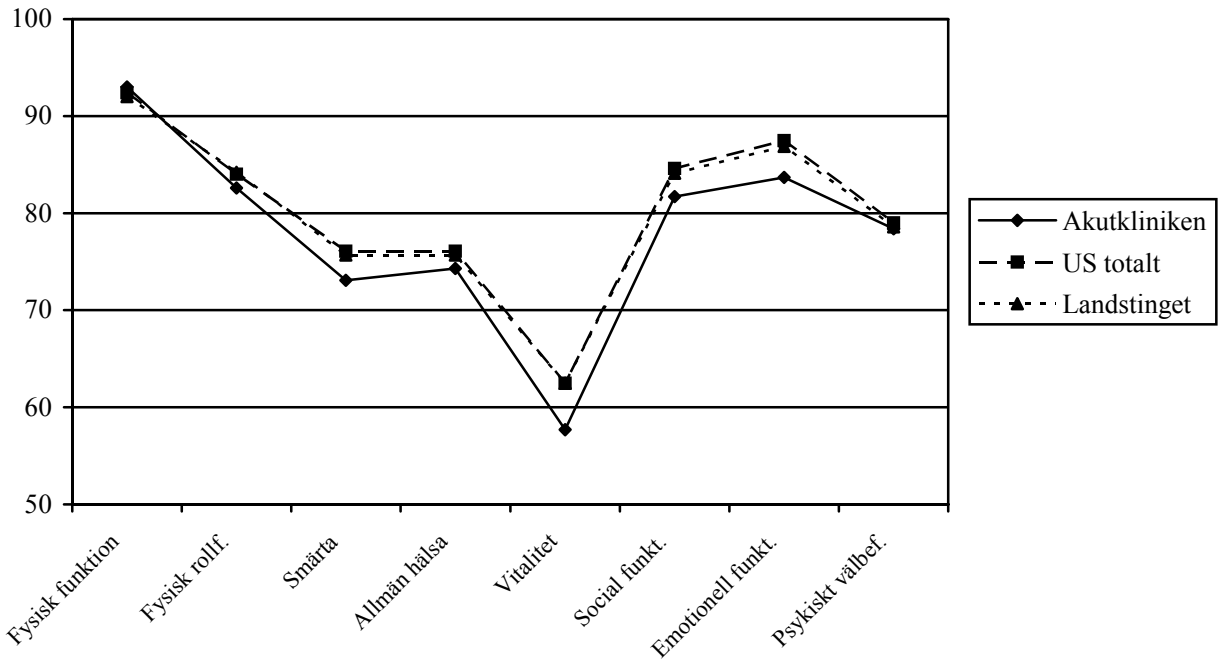
Undersköterskorna uppfattar att deras beslutsutrymme varierar. Vissa anser att arbetet styrs av de befogenheter som följer undersköterskebefattningen. I övrigt har den enskilde påverkansmöjligheter vad gäller rutiner och prioriteringar. Andra menar att undersköterskans arbetsuppgifter och utrymme styrs av dels regler, dels sjuksköterskorna, dels doktorerna och dessutom av patienterna, vilket innebär att de själva inte har särskilt stort utrymme att påverka sin egen arbetssituation. Andra menar att patienternas behov är det största styrmedlet. Undersköterskorna upplever sig inte vara direkt styrda av sina chefer vad gäller arbetsuppgifterna, däremot har cheferna en stor inverkan på beslut som avser förändringar och omstruktureringar av verksamheten. Liksom flera av sjuksköterskorna delegeras även en del av undersköterskorna olika ansvarsområden. Ett ansvarsområde öppnar möjligheter till att själv påverka hur arbetet med dessa områden skall se ut, och det fungerar också i de fall där området är tydligt och klara förutsättningar finns. I de fall där arbetstid inte är avsatt är det svårare att utföra det arbete och ta det ansvar som krävs för ansvarsområdet.

Delaktighet i förändringar och återkoppling

Personalen från både akutmottagning och AVA uppgav att det generellt är en låg grad av delaktighet när det gäller beslut om olika projekt och förändringar som skall genomföras på kliniken. De uppfattar att det ständigt pågår förändringar, och att beslut om dessa är tagna långt upp i organisationen. Mål och syfte med projekt och förändringar är ofta oklara, och uppföljning sker ytterst sällan. Å andra sidan menar respondenterna att förändringar måste vara en del av verksamheten, för att både verksamhet och personal skall utvecklas. Men, framhåller flera respondenter, för att verksamheten skall utvecklas, måste personalen få respons och feed-back på de förändringar och projekt som genomförs. Sker inte detta kommer ingen förändring till stånd i praktiken, och allting fungerar på samma sätt som förut. Respondenterna menar att det under de senaste åren genomdrivits en mängd förändringar i organisationen, men få eller inga av dessa uppfattas ha lett till några konkreta åtgärder eller förbättringar i verksamheten. De uppger också att de i flera av dessa förändringsprojekt till en början har fått vara delaktiga, men att ingen i slutänden har tagit deras delaktighet tillvara, och det på så vis har varit ”ett spel för gallerierna”. De anser att det istället har lett till en förändringströtthet på kliniken.

Självskattad hälsa

När det gäller hälsa på akutkliniken fick de anställda 2002 uppskatta sin hälsa genom att besvara 36 olika frågor (frågeformuläret SF-36) i personalenkäten. De 36 olika frågorna grupperas i åtta dimensioner; fysisk funktionsförmåga, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell funktion och psykiskt välbefinnande. Resultatet presenteras i figur 2.



Figur 2. Självskattad hälsa (SF-36) i personalenkäten 2002 (akutkliniken totalt, universitetssjukhuset samt landstinget totalt)

Av figur 2 framgår att akutklinikens genomsnittliga skattning av egenupplevd hälsa är något lägre i de flesta dimensioner jämfört med universitetssjukhuset och landstingets totalt (figur 2). Störst skillnad föreligger i dimensionen vitalitet, som speglar grad av uttröttning. Uttröttning har en stor betydelse för hälsa och har samband med utbrändhet(ref)(. Jämfört med ett tvärsnitt av Östergötlands population finner man att akutkliniken har en lägre genomsnittlig självskattad hälsa, framförallt när det gäller just graden av uttröttning (Östgötens hälsa och miljö 2000). Då yrkesverksamma brukar ha en bättre genomsnittlig hälsa än befolkningen generellt, tyder resultaten på att akutklinikens anställda har en faktisk ”utmattning”.

Innebörden av och ansvaret för hälsa

De intervjuade menar att hälsa innebär att må bra fysiskt och psykiskt. Hälsa innebär också att ”man reder upp sitt liv”, d.v.s. att de har möjlighet att själva bestämma den riktning som livet skall ta. Flera informanter gör en åtskillnad på hälsa i arbetet och hälsa på fritiden. De menar att de faktorer som påverkar

hälsan på arbetet inte nödvändigtvis påverkar hälsan på fritiden, och att den hälsa de tycker sig ha på fritiden i högre grad är något som de måste ta ansvar för själv. Hur de lever sitt liv på fritiden är dock något som anses ha stor inverkan på den arbetsrelaterade hälsan. En meningsfull fritid, menar flera av informanterna, gör det lättare att må bra i sitt arbete.

Flera av de intervjuade påpekar dock att arbetsgivaren har ansvaret för hälsan i arbetet, en ”dräglig arbetsmiljö”, framförallt med avseende på psykosociala faktorer, såsom exempelvis ett öppet arbetsklimat, att arbetssituationen inte är för stressig och att personalen har möjlighet att ta raster. Arbetsgivaren anses dock inte i lika hög utsträckning vara ansvarig för friskvårds- och livsstilsrelaterade hälsobeteenden på arbetsplatsen; att äta frukt, sluta röka och motionera är individen själv, enligt informanterna, till stor del ansvarig för. Arbetsrelaterad hälsa innebär möjlighet till arbetstillfredsställelse, att känna att de som medarbetare har gjort ett bra jobb. Det handlar dels om det medicinska hantverket, dels om möjligheten att få tid med patienterna och hinna samtala med dem. Upplevelsen av att *lära i yrket* och att den kompetens de besitter tas tillvara, ett kontinuerligt lärande i det dagliga arbetet, anser de också ha stor inverkan på hälsan i arbetet.

Intervjustudien visar att trivseln i arbetet är hög. Större delen av de intervjuade uppger att de trivs mycket bra på arbetet, och att det är roligt att gå till jobbet. Att arbetet ofta är oförutsägbart och kan präglas av hög arbetsbelastning ses som en utmaning, och är en del av anledningen till att man trivs. När jobbet flyter trots oväntade och stressiga situationer känns det att de uträttar något, och arbetstillfredsställelsen blir stor. Likaså när de får god kontakt med en patient – att hinna samtala när det verkligen behövs - upplever informanterna som tillfredsställande.

Stress

Stress och arbetsbelastning vid en akutverksamhet beskrivs ofta som hög, delvis beroende på den oförutsägbarhet som präglar verksamheten. Respondenterna påpekar att det är ”speciella människor” som söker sig till en akutklinik, och att stressen är en utmaning i sig – det är stressen som ofta ger ”kicken” i arbetet. Respondenterna kallar fenomenet för ”positiv stress”.

Motsatsen, menar de, är ”negativ stress” – den stress som inte tillhör verksamheten som sådan, utan uppkommer vid situationer som egentligen är möjliga att lösa. Ett av de största hindren för hälsa i arbetet anser undersköterskorna vara stressiga situationer som när bemanningen brister, och det är för lite personal på för stor arbetsbörda. Oordning på utrustning och att inte hitta saker som egentligen har sin speciella plats är situationer där stress uppkommer. På vårdavdelningen beskrivs situationer av stress som förseningar, och återigen nämns rondarbetet som en kugge i hjulet. När detta drar ut på tiden försenas även alla andra arbetsuppgifter, och följderna kan t.ex. bli att inte alla hinner ta matrast. Resultaten från intervjuerna pekar också på att stress uppkommer när budskapen går isär. Det gäller framförallt undersköterskorna, som i situationer med hög arbetsbelastning kan få olika bud från läkare respektive sjuksköterskor om vad de skall göra härnäst, samtidigt som patienterna ringer på klockan. I sådana situationer menar informanterna att det gäller att kunna sätta gränser, att tydligt kunna prioritera och kommunicera med sina arbetskamrater.

INTERVENTIONEN - ARBETSPROCESSEN OCH MEDARBETARNAS SYN PÅ MÖJLIGHETERNA TILL DELAKTIGHET

Med ovan beskrivna bakgrund var det angeläget att organisera för ett lärande av hälsofrämjande arbete, där anställda aktivt deltar i arbetet för att främja sin hälsa och där olika strategier för ett hälsofrämjande arbete i verksamheten kan utvecklas.

Viktiga planerade lär- och utvecklingsaktiviteter i interventionen har varit att arbeta med problembaserat lärande i arbetsgrupper (PB-grupper), rapportering och diskussion under integrationsdagar samt med eget utvecklingsarbete i det dagliga arbetet mellan gruppmötena.

Problembaserat lärande som verktyg för förändring

En viktig pedagogisk princip i interventionen antogs vara att skapa delaktighet kring en hälsofrämjande arbetsplats. Därför användes problembaserat lärande som ett förändringsverktyg.

Problembaserat lärande som förändringsverktyg bygger på den pedagogiska metoden problembaserat lärande som ofta använts i utbildningssammanhang. Denna metod har modifierats för att kunna användas som verktyg i hälsofrämjande och rehabiliterande arbete (Ekberg & Svedin 1998) samt som verktyg för att driva utvecklings- och förändringsprocesser (Arneson & Ekberg 2002; Barajas, Nordqvist & Ekberg 2002; Ekberg, K. 1995). Avsikten var att skapa förutsättningar för (a) en kollektiv lärande- och problemidentifieringsprocess i organisationen kring vad som främjar hälsa i arbetet; (b) en kontinuerlig individuell lärandeprocess och utveckling av kompetens för att främja hälsa i det dagliga arbetet; och (c) utveckling av

(individuella och kollektiva) handlingsstrategier för ett hälsofrämjande arbete samt ökat ansvarstagande för sjukskrivnas återgång i arbetet.

Den pedagogiska principen har i hög grad styrt uppläggningen av förändrings- och utvecklingsarbetet. Ledningen samt samtliga medarbetare inklusive de långtidssjukskrivna vid akutkliniken deltog i utvecklingsarbetet i mindre s.k. problembaserade arbetsgrupper (PB-grupper) med 6-8 personer, totalt 210 personer. Tanken var att detta arbete skulle ske under eller i anslutning till arbetstid, samt att närvaro vid gruppträffarna skulle vara obligatorisk. Grupperna var sammansatta av olika personalkategorier, d.v.s. läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt lärarsekreterare. Representanter från ledningsgruppen och övriga personer med en arbetsledande funktion bildade en egen PB-grupp. PB-grupperna träffades kontinuerligt två timmar var tredje vecka på arbetstid, sammanlagt tolv gånger. En specialutbildad handledare stödde arbets- och grupprocessen i PB-grupperna. Handledaren skulle dock inte, enligt metoden, interferera i innehållet i gruppens arbete.

Arbetsgången för det problembaserade lärandet i PB-grupperna följer fastställda metodsteg; identifiera relevanta problem områden, formulera förändringsmål och handlingsplaner för att förändra, samt genomföra förändringar. Varje deltagare dokumenterade arbetet i en speciellt utformad loggbok. Det som dokumenterades i loggböckerna utgör underlag dels för uppföljningen vid nästkommande tillfälle, dels för en successiv utveckling av en för gruppen gemensam handlingsplan kring hälsofrämjande arbete.

Mellan varje möte i PB-gruppen skulle gruppdeltagarna enskilt eller tillsammans med arbetskamrater genomföra målen med hjälp av föreslagna åtgärder och handlingsalternativ. Tanken var sedan att medarbetarna i samverkan med ledningsgruppen skulle prioritera, utveckla och implementera handlingsplanerna i verksamheten.

För att sprida erfarenheter från arbetet i PB-grupperna genomfördes två s.k. integrationsdagar där grupperna tillsammans med ledningsgruppen presenterade vilka problemområden som kommit upp samt diskuterade alternativa förslag, prioriteringar och genomförda åtgärder. Handledarna deltog i integrationsdagarna för att få ökad förståelse för utvecklingsarbetet i PB-grupperna.

Arbetet i PB grupperna syftade till:

- att identifiera, beskriva och analysera förutsättningar, d.v.s. möjligheter och hinder för hälsa i arbetet
- att dokumentera hälsofrämjande åtgärder i handlingsplaner som är inriktade på att främja medarbetarnas hälsa samt att utveckla planer för att hantera sjukskrivningar och sjukskrivnas återgång i arbetet.

Hur genomfördes dessa lär- och utvecklingsaktiviteter i praktiken? Hur uppfattades dessa aktiviteter av anställda på akutkliniken?

Problembaserat lärande i arbetsgrupper

Arbete i grupperna utgjorde stommen i interventionsprocessen. De problembaserade grupperna var heterogent sammansatta med avseende på yrkestillhörighet. Detta upplevde informanterna som både positivt och negativt. Sammansättningen bidrog till att man fick en ökad förståelse för varandra över yrkesgränserna, vilket upplevdes som positivt i arbetet. Dock kunde, när vissa problemområden och arbetssituationer diskuterades i grupperna, vissa yrkesgrupper känna sig utanför, och inte särskilt berörda av de diskussionerna. Främst avser det läkarsekreterarna, som inte heller utför det direkt patientnära arbetet. Det gjorde att läkarsekreterarna i vissa situationer kände sig mindre delaktiga än övriga yrkeskategorier. Efter halva interventionstiden bildade ett antal sekreterare en egen grupp, och därefter upplevde de en ökad delaktighet.

I flera grupper fanns en eller flera deltagare som hade erfarenhet av att arbeta enligt PBL sedan tidigare (oftast i utbildningssammanhang), och det uppfattades vara ett stort stöd i gruppen, framför allt till en början innan alla deltagare ”skolats in” i PBL. De intervjuade uppgav att det tog 2-3 gånger innan arbetssättet kändes mer självklart, och att metoden till en början kunde vara ”lite i vägen” för själva innehållet i diskussionerna. Efter hand uppfattades den dock av de flesta som ett fruktbart sätt att arbeta utifrån. Arbetssättet uppfattades som ”organiserat” och ”strukturerat”, och bidrog till att föra diskussionerna framåt och samtidigt underlätta för grupperna att hålla sig till ämnet. Flera av informanterna menade att det var en förutsättning med en systematisk metod för att hålla samman grupperna med många olika

individer. Det gjorde att man kunde nå en större förståelse för varandra och hitta gemensamma beröringspunkter i olika synsätt. Handledaren uppfattades ha stor betydelse för gruppen; dels att leda gruppen i arbetssättet, och dels att ”hålla gruppen på rätt spår” i diskussionerna.

Delaktighet i det problembaserade arbetet

En av de grundläggande tankarna med problembaserat lärande som verktyg i förändrings- och utvecklingsprocesser är att möjliggöra en hög grad av delaktighet. PBL erbjuder alla deltagare att vara delaktiga i händelseförloppet, genom att individerna tillsammans formulerar utvecklingsområden.

Respondenterna i intervjuerna upplevde att alla har fått en chans att vara delaktiga under processen genom att alla anställda haft möjlighet att medverka i de gruppträffar som hållits under interventionsfasen. I grupperna har alla haft tillfälle att synliggöra problem av olika slag och komma med konstruktiva förslag till lösningar. Även om alla har erbjudits dessa möjligheter till delaktighet, har graden av delaktighet varierat under interventionens gång. Flera av de intervjuade upplevde att de har utnyttjat de möjligheter till delaktighet som interventionen givit, medan andra menar att både deltagandet, dvs. närvaron vid gruppträffarna, och aktiviteten i grupperna, kunde ha varit bättre. De flesta som har deltagit vid gruppträffarna har också har varit aktiva i de diskussioner som förts. I de fall som deltagande och delaktighet brustit, menar de att detta berott delvis på tidsbrist – de har inte haft möjlighet att gå ifrån den ordinarie verksamheten. Delvis har bristande deltagande och delaktighet haft sin grund i en lägre motivation – en bristande tilltro till att interventionen skulle komma att leda till något. Ytterligare ett skäl har varit att gruppträffarna för vissa kom att förläggas utanför ordinarie arbetstid (framförallt efter den schemaövergång till 3-3-systemet som genomfördes på akutmottagningen).

Aktiviteter mellan gruppträffarna

Mellan gruppträffarna har graden av aktivitet varierat. Det har ofta varit svårt att upprätthålla det engagemang som fanns under gruppträffarna när den ordinarie verksamheten tar vid. De mål grupperna satte upp har också många gånger berört stora områden som inte har varit möjliga att lösa under tiden

mellan gruppträffarna (tre veckor). Informanterna påpekar också att det är svårt att hinna med andra aktiviteter än de som redan finns i de ordinarie arbetsuppgifterna, eftersom ingen tid är avsatt för den formen av utvecklingsarbete

Integrationstillfällen

Två integrationsdagar, en efter halva interventionsperioden samt en efter avslutad interventionsperiod, genomfördes för att ge alla anställda på akutkliniken ett gemensamt underlag för hur arbetet fortgick. Under det första integrationstillfället, som leddes av klinikchefen samt projektledaren från forskargruppen, presenterade respektive grupp, inklusive ledningsgruppen, sina problemområden, eventuella förslag till åtgärdsplaner och åtgärder som redan genomförts i verksamheten. Därefter samlades de i 6-8 tvärgrupper för diskussioner utifrån PB-gruppernas presentationer. Integrationsdagen resulterade i en mängd ”åtgärdsområden” som sammanställdes av forskargruppen och därefter delades ut till alla medarbetare för fortsatt bearbetning. De områden som fanns representerade omfattar alla nivåer i organisationen, såsom exempelvis samarbete mellan de olika enheterna, ledarskap, vårdkvalitet, och medicinsk teknik.

Det andra integrationstillfället, som sågs som en avslutning på den första fasen i interventionen, utgick ifrån prioriteringen av åtgärdsområden. De fem områden, samt förslag på åtgärder och lösningar, som hade prioriterats presenterades och medarbetarna fick anmäla intresse för att delta i arbetsgrupper inom de prioriterade områden som kliniken skulle arbeta vidare med. Efter beslut från ledningsgruppen leddes det andra integrationstillfället av en extern och från interventionsprojektet fristående konsult som ledningsgruppen hade anlitat för ledarutveckling.

Uppfattningar om delaktighet under integrationsdagarna

Delaktigheten upplevs av informanterna som hög under de två integrationsdagarna och gav en kollektiv delaktighet i områden som berör hela kliniken, något som respondenterna ansåg gav värdefull förståelse för klinikgemensamma problem, såsom exempelvis överflyttning av patienter mellan akutmottagning och vårdavdelning, och personalförstärkning (d.v.s.

personal från vårdavdelningen som kallas in till akutmottagning vid hög arbetsbelastning). Informanterna upplevde det dock som svårare att känna sig engagerad i avdelningsspecifika problem, som t.ex. ronder på vårdavdelningen eller arbetssättet vid akutmottagningen. Man menar att man ser sin arbetsplats i första hand som just den enhet man arbetar på, och inte som kliniken som helhet, och att det också bidrar till att man inte känner sig berörd av respektive avdelnings specifika problem.

Informanterna uppfattade främst den första integrationsdagen som ”en gnista” för projektet, och tyckte att många problemområden och lösningar som kom fram var bra och välbehövliga. Informanterna kände sig delaktiga i det som diskuterades, och tyckte att det fanns möjlighet att påverka.

Den andra integrationsdagen uppfattades också ge utrymme för delaktighet, främst för att man kunde bestämma vilket intresseområde man själv var intresserad av delta i. Detta andra tillfälle sågs dock mer som en föreställning, till stor del med anledning av den externa konsult som fungerade som moderator vid det andra integrationstillfället. Flera informanter uppfattade att moderatorn inte tog arbetet i projektet på allvar, vilket tog udden av det arbete som presenterades under integrationstillfället.

Prioritering av viktiga områden

Klinikens ledningsgrupp beslöt att PB-grupperna mot slutet av interventionsperioden skulle göra en prioritering av åtgärdsområdena utifrån vad som ansågs vara viktigast att arbeta vidare med. Grupperna rangordnade områdena utifrån den prioriteringsordning som varje område ansågs ha. Gruppernas prioriteringsområden sammanställdes, och de fem viktigaste fick en utförligare genomgång vid det andra integrationstillfället, som hölls vid interventionens slut. Dessa fem var följande: *ledarskap, organisation, kompetens, information och kommunikation,* samt *vårdkvalitet*.

Med avseende på området *ledarskap* har flera grupper under projektets gång formulerat och vid integrationstillfällen framfört hur ett bra ledarskap ser ut. Det handlar om synlighet i verksamheten och tydlig rollfördelning cheferna emellan. Medarbetarna önskar också respons på det arbete de utför och gehör för de idéer som lyfts fram. Grupperna påpekar också betydelsen av att förväntningar mellan personalgrupp och chefer klargörs åt båda håll.

Området *organisation* handlar bl.a. om schemaläggning och bemanning. Personalen önskar en jämnare fördelning mellan van och ovan personal, och bland läkarsekreterarna vill man se en ökad personalstyrka, då arbetsbelastningen är mycket hög. Området handlar också om arbetets organisering; det nya arbetssättet på akutmottagningen och rondarbetet på vårdavdelningen.

Kompetensområdet behandlar frågor om utvecklingssamtal (PoU-samtal) och hur nyanställda medarbetare skall inskolas. Det handlar också om kunskaper om teknisk apparatur, och sätt att upprätthålla och förnya kompetens kring detta.

Området *information och kommunikation* handlar om strukturer för information och personalmöten. Det handlar också om det sociala klimatet på arbetsplatsen; om hur man kommunicerar med varandra, och frihet att ställa frågor då man inte förstår, och vikten av att skapa ett gott socialt klimat i personalgruppen för att öka känslan av tillhörighet till arbetsplatsen och på så sätt bidra till en minskning av personalomsättningen.

Vårdkvalitet innebär att man vill utveckla ett gott patientbemötande genom hela kliniken, d.v.s. att redan vid ankomsten till akutkliniken skall patienten informeras om väntetider och, i den mån det är möjligt, orsaken till dessa. Man önskar även att sekretessen upprätthålls i ökad utsträckning. På vårdavdelningen ser man ett behov av att förbättra patient- och vårdplaneringen, d.v.s. planera provtagningar och undersökningar bättre, samt arbeta för en mer effektiv vårdplanering vad gäller kontakter med andra vårdgivare och kommunala boenden.

Utifrån dessa fem prioriterade områden valde ledningsgruppen fyra mindre delområden att arbeta vidare med i verksamheten. Dessa fyra var *patientbemötande* (akutmottagning), *rondens organisering* (vårdavdelningen), hur *patienterna bemöts* i väntrum och reception (sekreterare), och *arkivgallring* (arkivservice). Tanken var att kring dessa områden bilda intressegrupper som skulle få särskilda förutsättningar att ansvara för områdena.

Resterande åtgärdsområden samlades i en s.k. idébank, och de mindre områdena skulle åtgärdas då möjlighet ges. Under interventionens gång har också ett antal åtgärder genomförts. (se bilaga samt nedan).

INTERVENTIONENS BETYDELSE FÖR HÄLSA OCH LÄRANDE

Medarbetarna upplever att förändringar som har betydelse för verksamheten har ägt rum under utvecklingsprocessens gång. Vissa av dessa kan respondenterna direkt relatera till det arbete som gjorts i grupperna och under integrationsdagarna (t.ex. samordning av raster och expeditionsbiträde). Många av dessa förändringar menar de underlättar det dagliga arbetet (se bilaga). Efter det första integrationstillfället framkom en mängd ”problemområden” och förslag på åtgärder och förändringar för förbättringar. Utifrån dessa områden prioriterade sedan grupperna vad som ansågs ha hög prioritet för en hälsofrämjande verksamhet. Problemområdena har legat till grund för förändringar som genomförts i verksamheten samt för planerade arbetsgrupper som skall arbeta med de olika förbättringsförslagen (se bilaga 2 & 3). De problemområden och åtgärder som formulerats och genomförts omfattar alla nivåer i organisationen. Tabell 2 visar en sammanställning av hur resultaten fördelar sig på olika nivåer i organisationen.

Tabell 2. Översikt över interventionens resultat

Nivå	*Resultat*
Individ och grupp	Ökad förståelse för hälsa i arbetet
	Ökade kunskaper om teknisk apparatur
	Ökat erfarenhetsutbyte
	Bättre socialt klimat och ökad gemenskap
Organisation	Ökad regelbundenhet av PoU-samtal
	Utvidgat mentorprogram
	Ökad delegering av vissa arbetsuppgifter till olika arbetsgrupper, sk ansvarsområden
	Tydligare informations- och kommunikationsstruktur
	Ökat flöde i verksamheten
	Ökad beredskap för att hantera förändringar
	Utveckling av strategier för att hantera långtidsfrånvaro

Betydelsen av hälsa

Ett syfte med projektet var att personalen på ett medvetet sätt skulle reflektera kring synen på hälsa och på hur man själv ser på begreppet hälsa. Respondenterna menar att de genom projektet i ökad utsträckning tänker på ”hälsa i arbetet”, och att tankarna om hälsa och arbete delvis förändrats under processens gång. Begreppet har fått en vidare innebörd, och de kan delvis se fler faktorer som kan tänkas påverka hälsan. Däremot anser de det vara svårt att avgöra om den egna hälsan har förändrats eller inte genom projektet. En stor andel påpekar dock att det är viktigt för hälsan att erbjuda forum för reflektion och ”ventilation”, såsom man tycker att gruppträffarna under projektet har fungerat. Av stor betydelse för hälsa, menar flera av respondenterna, är även individens upplevelse av att kunna påverka sin egen arbetssituation. Genom möjligheten till deltagande i förändrings- och

utvecklingsprojektet tycker man sig delvis ha fått tillfälle att påverka, även om en del av respondenterna menar att det kan vara svårt att nå upp till alla nivåer i organisationen.

Medicinsk-teknisk kompetens

En stor fråga under interventionen var hur man på bästa sätt upprätthåller och anskaffar kompetens för den medicinsktekniska utrustningen som kliniken använder sig av. Viss del av den tekniska apparaturen används mindre frekvent, och medarbetarna tappar däremellan kunskaper om hur apparaturen används. För ny apparatur behöver medarbetarna tillskansa sig erforderliga kunskaper om hur apparaturen skall nyttjas. Vid vissa tillfällen kan användningen av den tekniska apparaturen bokstavligen göra skillnad mellan liv och död, och därför är det väsentligt att alla medarbetare behärskar den apparatur som finns att tillgå. Bristande kompetens inom detta område föder en hög grad av osäkerhet när situationer uppstår då man tvingas använda apparaturen. För att åtgärda problemet utsågs en apparaturansvarig på varje enhet som skulle tillse att medarbetarna erbjöds den utbildning som krävs för att upprätthålla kompetens kring befintlig apparatur, samt att personalen erhöll information och kunskaper om ny apparatur. Den apparaturansvarige skulle dessutom ansvara för att uppdaterad bruksanvisning, s.k. lathund, fanns för varje apparat.

Erfarenhetsutbyte

Genom de diskussioner och problemformuleringar som förts i grupperna har erfarenhetsutbytet mellan personalen ökat. Detta har bidragit till att se alternativa vägar att lösa olika problem och hantera olika arbetsuppgifter i arbetet. Innehållet i arbetet på gruppträffarna och vid integrationstillfällena har också medfört fler och bättre diskussioner kring och om arbetet även i den dagliga verksamheten. På redan befintliga mötesforum för personalen har personalen kunnat relatera till diskussioner i de olika grupperna.

Socialt stöd

Respondenterna anser att projektet har givit dem, som individer, en ökad medvetenhet, insikt och fördjupad förståelse för arbetskamraterna och deras arbetssituation. Projektet har varit ett forum för att ta del av andra människors erfarenheter och åsikter kring frågor som är relaterade till arbetet och arbetssituationen. Respondenterna menar vidare att projektet har bidragit till en ökad gemenskap på arbetsplatsen, då man genom gruppträffarna och innehållet i dem lärt känna varandra och olika yrkeskategorier bättre. Vikten av god kommunikation och ett gott socialt klimat har varit på agendan hos flera av grupperna under projektet, och behandlades även under integrationsdagarna. Vikten av att visa respekt för sina medarbetare och vara lyhörda för varandra har förts upp på agendan, och flera av informanterna (främst på vårdavdelningen), menar att det sociala klimatet har förbättrats under interventionsprojektet, under parollen ”bry sig om och höra till”. Dessutom har medarbetarna påtalat betydelsen av att det är ”högt i tak” på arbetsplatsen, d.v.s. att organisationen har utrymme för olika åsikter och uppfattningar, och att alla har möjlighet att komma till tals. Sjukskrivna respondenter har påpekat att gruppträffarna har fungerat som en plattform för att hålla kontakten med arbetsplatsen, och därmed gjort det lättare att återgå efter sjukskrivning.

Personalutveckling

Under interventionen efterfrågade personalen att utvecklingssamtal, PoU-samtal, skulle genomföras mer frekvent. De chefer som är ansvariga för detta har ett stort antal medarbetare att genomföra dessa samtal med, då personalgrupperna är förhållandevis stora. Ett förslag till att öka regelbundenheten var att cheferna skulle sätta upp ”tvättstugeschema” för PoU-samtal, d.v.s. ett schema där varje medarbetare själv får fylla i när hon eller han önskar ett PoU-samtal, vilket också gjordes på akutmottagningen där behovet var störst.

Mentorsprogram

Personalomsättningen vid kliniken har varit relativt hög under en längre tid. Sedan tidigare fanns ett väl utvecklat mentorsprogram för sjuksköterskor på kliniken, där mer erfarna sjuksköterskor har fungerat som personliga mentorer för nyanställda sjuksköterskor. Det har gjort att nya sjuksköterskor snabbare lärt sig hur verksamheten fungerar. Ett önskemål från flera grupper var att detta skulle utvidgas till att också omfatta annan personal, såsom undersköterskor och läkarsekretare. En konsekvens av interventionen var att ett mentorsprogram började utarbetas för alla nya medarbetare.

Delegering

En strategi som kliniken har använt sig av för att öka delaktigheten bland medarbetarna har varit att delegera vissa arbetsuppgifter till olika arbetsgrupper, s.k. ansvarsområden. Dessa ansvarsområden skall skötas under ordinarie arbetstid. Ansvarsområdena har av delar av personalen upplevts som oklara, och befogenheterna och förutsättningarna som knutits till dessa är otydliga och ofta obefintliga. De tidsramar som satts upp för arbetet har heller inte varit tillräckliga anser medarbetarna. Under båda integrationstillfällena har ledningsgruppen framhållit att ansvarsområden med tillhörande befogenheter i framtiden skall definieras på ett tydligare sätt. Det var också avsikten för de arbetsgrupper som började ta form under interventionsprojektet. Intervjumaterialet pekar också på vikten av att ha tydliga befogenheter för de ansvarsområden man delegeras, dels för att kunna utföra de uppgifter som ligger inom ramen för ansvarsområdet, och dels för att kunna påverka och känna sig delaktig.

Information och kommunikation

Ett av de större problemområdena som framkom under interventionen var information och kommunikation. Att få tillgång till relevant information och forum för kommunikation är högst väsentligt för möjligheter till delaktighet. Flera av grupperna har under interventionen arbetat med att utveckla strukturer för information, samt att utveckla och skapa intresse för de mötesforum som finns i verksamheten. Enligt resultaten från intervjuer och

integrationsdagar är motivationen att närvara vid befintliga mötesforum låg. Att utforma möten som skapar intresse och är meningsfulla blev därför en strävan. Under interventionen beslutades att mötena skall utformas på traditionellt sätt, med dagordning och protokoll, för att kunna ha stående frågor på agendan och undvika att mötet blir en arbetsledarmonolog.

Flöde i verksamheten

Flödet i verksamheten påverkas av flera faktorer. En av dessa faktorer är rondarbetet på vårdavdelningen. Under interventionen har flera grupper arbetat med rondfrågan. Det förefaller som att organiseringen av ronder är ett stort problem i verksamheten. Grupperna har framfört önskemål om att rondarbetet skall effektiviseras, då det tar mycket tid i anspråk. Det övriga arbetet fördröjs därmed för sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare. Även vårdplaneringen för hemgående patienter försvåras av att dessa inte alltid prioriteras vid rondarbetet. Personalen menar att en annan planering hos alla yrkeskategorier skulle underlätta flödet i verksamheten. Rondarbetets organisering tenderar att vara personbunden, dvs. genomförande och tidsåtgång är avhängigt av den läkare som vid tillfället genomför ronden. Interventionen ledde fram till att en intressegrupp bildades för att utveckla rondarbetet på vårdavdelningen, i syfte att förbättra flödet för både personal och patienter i verksamheten.

Ytterligare en faktor som påverkar flödet i verksamheten, och framförallt flödet av patienter, är vårdplanering för hemgående patienter. Sjuksköterskorna och undersköterskorna lägger ned en stor del av sin arbetstid på kontakter med andra vårdgivare som exempelvis kommunen, och kommunala boenden, för hemgående patienter. Det finns inga självklara raka linjer mellan landsting och kommun i detta fall, och det försvårar genomströmningen av patienter. Under interventionen framkom förslag på att en särskild tjänst skulle inrättas för att arbeta med vårdplanering. Denna tjänst kunde, enligt förslaget, ges till anställda som på grund av arbetsrelaterad ohälsa hade svårt för att arbeta med det direkta vårdarbetet. En sådan tjänst inrättades under slutet av interventionen.

En viktig del för ett fungerande flöde mellan enheterna på kliniken är att patient och patientuppgifter, d.v.s. journaler, följs åt. Under interventionen framkom att läkarsekreterarna på akutmottagningen hade en stor arbetsbörda,

och att de hade svårt att hinna med de journaler som behövdes skrivas innan patienten slussades vidare till vårdavdelningen. En åtgärd som vidtogs under interventionen var att en skrivare kopplades från akutmottagningen direkt till vårdavdelningen, för att journaler för överflyttande patienter direkt skulle kunna läsas på vårdavdelningen, och på så sätt underlätta flödet mellan dessa två enheter.

Forum för att hantera förändringar

Kliniken har genomgått en rad förändringar under de senaste åren. Ett nytt arbetssätt har införts på akutmottagningen, och personalen har under interventionstiden präglats av en osäkerhet om hur det nya sättet att arbeta skall organiseras. Osäkerheten har också haft sin grund i en osäkerhet kring de befogenheter som knutits till respektive position i det nya systemet, och man har upplevt att vissa har större påverkansmöjligheter än andra. Detta har varit ett återkommande tema under interventionen, och gruppträffarna har utgjort ett forum för att diskutera och ventilera denna osäkerhet. Dessutom har en del av grupperna haft som mål att komma med förslag på förbättringar av det nya arbetssättet, och på så vis delvis påverkat organiseringen av arbetet. Flera av informanterna anser att interventionsgrupperna har utgjort ett viktigt forum som givit ett utrymme man tidigare saknat att på ett strukturerat sätt diskutera och ventilera idéer och problem relaterade till arbetet. Gruppträffarna har fungerat som en bas för att hantera de förändringar som organisationen stod inför (se vidare s 40) - ett forum för att diskutera oklarheter och osäkerhet inför dessa förändringar. Sådana fora, påpekar flertalet informanter, finns inte i den dagliga verksamheten, och de har sällan möjlighet att sitta ner och prata, och själv styra agendan, dvs. innehållet i samtalet.

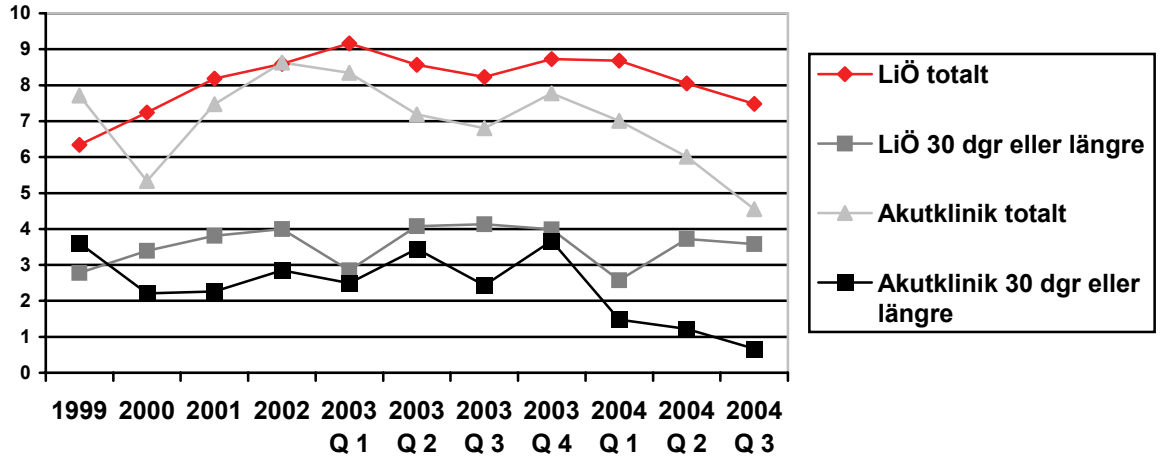
Handlingsplan för långtidsfrånvarande

Under projekttiden har personalen gjort handlingsplaner för att hantera sjukskrivningar. En arbetsgrupp har tillsats som skall utarbeta strategier att använda vid långtidsfrånvaro. Strategierna handlar främst om att den långtidsfrånvarande (sjukskriven, föräldraledig etc.) skall ha kontakt med arbetsplatsen, och att en särskild grupp ansvarar för att kontakten hålls.

Dessutom skall den som återgår i arbete känna sig välkommen tillbaka och därför uppmärksammas när hon eller han återvänder till arbetsplatsen.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron under tidsperioden 1999 till och med tredje kvartalet 2004 för landstinget totalt samt 30 dagar eller längre, och för akutkliniken totalt samt 30 dagar eller längre, presenteras i figur 3.



Figur 3. Sjukfrånvaro (%) vid akutkliniken samt landstinget åren 1999 – kvartal 3, 2004

Vid interventionsprojektets början, hösten 2002, har akutkliniken en relativt hög sjukfrånvaro, som sjunker successivt under interventionsperioden till en lägre nivå än för landstinget i övrigt. Även långtidssjukskrivningen (>30 dagar) visar en större minskning på akutkliniken än för landstinget totalt. Under interventionsperioden infördes 3-3 systemet på akutmottagningen. Interventionens respektive 3-3 systemets betydelse för sjukfrånvaron kan därför inte utvärderas.

HINDER OCH MÖJLIGHETER

En mängd faktorer som verkade hindrande för interventionsprocessen blev synliga under interventionens gång. Dessa hinder fanns både inom och utanför kliniken, och låg på både organisatorisk och individnivå. I det följande beskrivs hinder och förutsättningar för arbetsprocessen.

Förankring under förändringströtthet

Resultaten pekar på att förankringen av projektet upplevs som bristfällig, såväl från klinikens del som från projektgruppens, framförallt i bemärkelsen av att syftet med projektet upplevdes som otydligt. Intervjuerna speglar svårigheter att förstå vad projektet handlade om och hur man skulle arbeta under interventionens gång. Syftet har uppfattats på varierande sätt – alltifrån renodlad friskvård till uppfattningar mer näraliggande det reella syftet, såsom att skapa en bättre arbetsmiljö, öka förutsättningarna för delaktighet och främja återgång i arbetet. Dessa oklarheter, menar respondenterna, skapade ett lågt intresse för projektet och bidrog till en i vissa fall initialt låg motivation hos medarbetarna. Resultaten belyser också den förändringströtthet som präglar personalgruppen. De upplever sig som ”utsatta” för en mängd projekt och förändringar under de senaste åren, och dessa har sällan följts upp eller haft synliga effekter i verksamheten. Denna förändringströtthet menar man är ytterligare en orsak till att det kollektiva intresset för projektet Hälsa på akutkliniken inledningsvis var lågt. Vidare finns en önskan om att beslut och projekt skall följas upp och utvärderas, och att resultatet av detta skall nå ut till medarbetarna.

Tid

Ytterligare ett hinder som beskrivs är den höga arbetsbelastning som emellanåt råder i verksamheterna. Sekreterarna upplever att de är för få för att hinna behandla journaler, vilket gör att de ligger efter i journalskrivningarna och därför haft svårt att inte känna sig stressade under den tid som gått åt till gruppträffar. På akutmottagningen har det, då det varit hög arbetsbelastning,

varit svårt att bli avlöst av annan personal för att delta i gruppträffarna, vilket vid flera tillfällen gjort det omöjligt att närvara. Personalen på vårdavdelningen upplever dock att avlösningen för att delta i gruppträffarna har fungerat, men nattpersonalen anser sig orättvist behandlade av att tvingas åka till arbetet utanför ordinarie arbetstid.

I det problembaserade arbetet ingår att formulera mål att arbeta med till påföljande träff. Aktiviteten mellan träffarna har varit varierande. Ett hinder för aktivitet har varit tid och hög arbetsbelastning. I första hand prioriteras den dagliga verksamheten, och om tiden finns kan man arbeta med utvecklingsaktiviteter. Därför tenderade aktiviteten mellan träffarna att komma bort i den dagliga verksamheten.

Dubbla budskap

En av förutsättningarna för att interventionsprojektet skulle genomföras var att medarbetarna skulle arbeta med förändrings- och utvecklingsprocesser under arbetstid. Då akutmottagningen införde 3-3-systemet innebar det att denna förutsättning förändrades. Det var ej längre möjligt för alla medarbetare att delta i gruppträffarna på arbetstid. Detta, menar respondenterna från akutmottagningen, bidrog starkt till en sjunkande närvaro i gruppträffarna. Respondenterna upplevde att projektet fick en lägre prioritet i verksamheten. På akutmottagningen upplevde medarbetarna en bristande stöttning och uppmärksamhet från de närmaste chefernas sida vad det gäller projektet och det som grupperna arbetat med. Man menar att projektets prioriteringsgrad successivt har sjunkit i verksamheten, och upplever sig ha fått signaler om att projektet inte var särskilt viktigt. Medarbetarna efterfrågar respons på de idéer och arbetsinsatser som förs fram i verksamheten. På vårdavdelningen anser respondenterna att projektet har stöttats från närmaste chefer, och man har kontinuerligt fått signaler om vikten av att delta i gruppträffarna.

Parallellt med projektet Hälsa på akutkliniken anlitade klinikledningen en konsult som hade i uppdrag att främst arbeta med ledningsgruppen. I uppdraget ingick även vissa moment avsedda för klinikens hela personalgrupp. Konsulten anlitades även av ledningsgruppen som moderator vid det andra integrationstillfället. Konsultens arbete var helt fristående från projektet Hälsa på akutkliniken. Resultaten visar att medarbetarna upplevde dubbla budskap – ett från projektgruppen och ett från konsulten.

Projektgruppen och projektets syfte betonade vikten av delaktighet och allas möjlighet till att kunna påverka, och konsulten betonade frivillighet och att ingen skall tvingas att delta i grupper ”mot sin vilja”.

Oklara roller

Grupperna har under projektets gång formulerat och vid integrationstillfällena framfört hur de anser att ett gott ledarskap skall vara. Man önskar ett tydligt ledarskap, där de förväntningar som ledning och personal har på varandra tydliggörs. Rollfördelningen mellan cheferna bör också göras tydligare, med avseende på ansvars- och arbetsfördelning. Ledningen bör synas mer i verksamheten, för att kunna ge respons på det arbete man utför som medarbetare, ge konstruktiv kritik, och feedback på idéer och arbetsinsatser. Arbetsledningens arbetssituation påtalades och man frågar sig om det finns resurser i tillräcklig utsträckning för att kunna leda en så stor personalgrupp. I intervjuerna framkom att det inte fanns tydliga förutsättningar för att arbeta med de mål som grupperna skulle arbeta med mellan träffarna. Informanterna menar att ledningen måste ge utrymme för personalen att på arbetstid arbeta med dessa mål, och önskade att det fanns tydligare ramar för hur det skulle ske i det dagliga arbetet. Flera av informanterna menade att projektets legitimitet var oklar, när ledningen å ena sidan pläderade för närvaro och delaktighet i de problembaserade grupperna, medan de å andra sidan under processens gång inte gav tydliga förutsättningar för att arbeta med det som kom fram som åtgärdsförslag från grupperna. Informanterna pekade också på vikten av att gruppernas arbete förvaltas i verksamheten för att utvecklingsarbetet skall kunna gå vidare.

Intresse och motivation

Intresset för interventionsprojektet och motivationen att delta varierade under interventionsfasen, dels som helhet och dels mellan individerna. Till en början var intresset och motivationen förhållandevis låg, för att sedan öka och vara som allra högst efter första integrationstillfället. Därefter dalade det något igen. Informanterna menar att detta beror på att klinikens personal har mindre bra erfarenheter från tidigare förändringsprojekt, och att dessa erfarenheter tillsammans med det stora antal förändringsprojekt som kliniken har blivit

ålagda de senaste åren skapat en förändringströtthet bland flertalet anställda. Några informanter ställer sig också frågan om det är så att förändringar för det mesta drivs av ett fåtal ”eldsjälar”, och att resterande grupp tenderar att följa efter utan någon egen motivation. Några informanter uppgav att det faktum att närvaron vid gruppträffarna inte var frivillig utan obligatorisk gjorde att det mer kändes som ett påbud, och att det möjligtvis kan ha fått negativa konsekvenser för intresse och motivation.

OMVÄRLDSKRAV OCH FRAMTIDA VERKSAMHET

Klinik

När beslutet om projektets genomförande togs tillhörde akutkliniken A-centrum, vars chef var drivande bakom projektet. Under förankringsfasen beslutade Landstinget att kliniken fr.o.m. januari 2003 skulle tillhöra M-centrum, under ledning av ny centrumchef. Under förankringsfasen ägde även ett klinikchefsbyte rum. I samband med detta anlitade ledningsgruppen en från interventionsprojektet fristående konsult med uppdrag att arbeta med ledarskapsutveckling för lednings- och personalgruppen. Uppdraget pågick t o m november månad 2003. I samband med, men fristående från hälsoprojektet, utsågs två personer att vara s.k. hälsoinspiratörer på kliniken för att anordna aktiviteter såsom t.ex. gemensamma motionstillfällen för klinikens medarbetare. Dessutom skickades vid interventionsprojektets början en enkät ut till personalen med fokus på livsstilsfrågor. Många medarbetare uppfattade det som att enkäten och hälsoinspiratörerna ingick i hälsoprojektet, vilket skapade oklarheter.

Under våren 2003 annonserade Landstinget ett sparbeting på 10 procent för budgetåret samt 300 miljoner år 2004. Besparingarna innebar förändring för verksamheterna på kliniken, bl.a. ett större upptagningsområde under vissa tider av dygnet. Som en följd av besparingar och omorganisering kom M-centrum, där akutkliniken ingick, att efter årsskiftet 2003/2004 tillhöra ”Närsjukvården i centrala distriktet”.

Akutmottagningen

September 2002 till augusti 2002 genomfördes en ombyggnad av akutmottagningen. Under ombyggnaden infördes ett nytt s.k. linjelöst arbetssätt, där personalen arbetar i vårdpar och patienttilldelning sker utifrån prioritet, d.v.s. hälsotillståndets svårighetsgrad, och inte utifrån medicinsk

diagnos. Det nya arbetssättet utvärderades våren 2003 medelst fokusgrupper. Utvärderingen utfördes av externa personer. Cheferna på akutmottagningen beslöt att fokusgrupperna skulle äga rum på tid avsatt för gruppträffar i interventionsprojetet. Det innebar att de flesta interventionsgrupper på akutmottagningen träffades sammanlagt 11 gånger, d.v.s. inte 12 som från början beslutats.

Februari 2003 infördes schemasystemet 3+3, där personalen arbetar tre dagar, är ledig tre dagar etc.. Detta innebar att interventionsgrupperna inte alltid hade möjlighet att träffas på ordinarie arbetstid. Ledningen beslöt att grupperna ändå skulle fortsätta träffas även på ledig tid, som i förekommande fall ersattes med flextid.

Akutvårdsavdelningen

Akutvårdsavdelningens lokaler bygges om i etapper mellan oktober 2002 och juni 2003. För varje etapp stängdes en tredjedel av avdelningens lokalutrymme. I maj 2003 beslöts att avdelningen skulle bli enbart en medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA), och den kirurgiska delen flyttas till kirurgikliniken. Det fick till följd att personalstyrkan reducerades med 14 heltidstjänster (vikarier samt personal som valt att följa med till kirurgikliniken).

DISKUSSION

Interventionsprojektet på akutkliniken syftade till att understödja utveckling av förändringsprocesser inom organisationen. Förändringsprocesserna inriktades på att öka de anställdas och ledningens förmåga att lära och utveckla sin kompetens i att hantera frågor som främjar hälsa i arbetet och att utveckla strategier inom organisationen för detta. Problembaserat lärande användes som verktyg för att medarbetarna skulle utveckla en hälsofrämjande arbetsplats.

Interventioner som syftar till hälsofrämjande på arbetsplatsen har ofta fokuserat på livsstilsfaktorer knutna till individen (Van der Hek & Plomp 1997). Dessa har i flera fall visat sig vara otillräckliga för att förebygga ohälsa och främja hälsa. För att bredda interventionen från fokus på individen och individburna faktorer till hälsofrämjande, arbetsplatsbaserat utvecklingsarbete tog interventionen sin utgångspunkt i arbetsplatsen som *arena* för hälsofrämjande. Hälsofrämjande utvecklingsarbete kan då bedrivas på flera nivåer i organisationen, och initiativ kan komma både från medarbetarna och från ledningen. För att organisera för hälsofrämjande utveckling bör ett systematiskt arbetssätt väljas som kontinuerligt ger möjlighet för reflektion, och som tar sin utgångspunkt i ett participatoriskt förhållningssätt (Arneson & Ekberg in press). Ytterligare en förutsättning för att bedriva framgångsrikt hälsofrämjande utvecklingsarbete är socialt stöd, vilket kan underlättas av ett participatoriskt arbetssätt (ibid).

Resultaten från interventionsprojektet vid akutkliniken visar att flera av ovanstående faktorer har karaktäriserat interventionsprocessen. I grupperna har personalen hämtat stöd från varandra, och även diskuterat erfarenheter och idéer, vilket har satt igång lärprocesser. Det som personalen har lärt under interventionen har utmynnat i flera konkreta resultat på både individ- grupp och organisationsnivå. Kollektiva reflektionsprocesser har skapats genom att medarbetarna på akutkliniken tillsammans har identifierat problemområden och utvecklat strategier för att hantera det som de själva ansett vara betydelsefullt för deras hälsa. Resultaten pekar således på betydelsen av att organisera för kollektiv reflektion. En sådan organisering uppstår inte ur tomma intet, utan det kräver en medveten strategi, planering och avsatt tid.

Enligt Dilschmann (1996) handlar det om att skapa parallella strukturer som ger utrymme för att kritiskt granska och ifrågasätta de normer och tankemönster som är rådande i verksamheten. Det är viktigt att den parallella strukturen ger förutsättningar för att medarbetarna fritt skall kunna formulera åsikter och tankar utan efterkommande sanktioner. Resultaten av den parallella strukturen, d.v.s. idéer och utvecklingsförslag, skall integreras med den dagliga verksamheten och ta sig uttryck där. Genom att medarbetarna själva har fått komma till tals har de upplevt delaktighet i förändringsprocessen, och arbetssättet har bidragit till att skapa tillit i organisationen. Medarbetarna har höjt sina röster och fört fram förslag på åtgärder som genomförts.

En viktig förutsättning för att kunna genomföra förändrings- och utvecklingsprocesser är att det finns någon form av socialt grundat förtroende eller tillit i organisationen. Rothstein (2003) menar att graden av deltagande i olika sociala sammanhang bygger på om man litar på andra människor. Vissa forskare skiljer mellan att ha förtroende för något eller någon, och att hysa tillit till någon eller något (Luhmann 2000). Förtroende är den ”naturliga utgångspunkten” där individens agerande inte föregås av medvetna val mellan olika strategier eller alternativ, medan tillit handlar om att välja mellan olika alternativ under omständigheter av risk. Tillit handlar enligt detta synsätt om att reflektera över möjliga alternativ och sedan göra ett aktivt val. Ett annat begrepp är socialt kapital som på senare tid har utvidgats till att också handla om delaktighet och tillit på olika nivåer i det sammanhang man verkar. Socialt kapital inkluderar således ”bonds of trust and rules of cooperation” (Perez-Diaz 2002), och Rothstein menar att just tillit står i fokus för socialt kapital: *”Det är graden av tillit till andra människor i det samhälle eller organisation man verkar i som bör ses som den centrala kvalitativa ingrediensen i begreppet socialt kapital. Ömsesidighet och deltagande i sociala nätverk är enligt detta sätt att se utfall av individernas verklighetsuppfattning om huruvida andra människor bör omfattas av förtroende och ifall de är att lita på.”* (Rothstein, 2003, s. 15)

Interventionen på akutkliniken var initierad av ledningsgruppen, och ledningsgruppen gav sina medarbetare förtroendet och uppdraget att arbeta med hälsofrämjande utvecklingsarbete. Ledningens förhållningssätt har en stor betydelse för medarbetarnas förmåga att våga välja bland olika alternativ till handling. Ledningsgruppen vacklade i sitt förhållningssätt under processens gång, och var inte entydiga i det budskap man sände ut om interventionsprojektets prioritet i relation till andra aktiviteter (ref. till den

rapporten). Detta kan ha sin orsak i en osäkerhet och bristande erfarenhet av att driva större förändrings- och utvecklingsprojekt. Andra studier visar att ledningsgrupper kräver särskilt stöd för sådana uppgifter (Arneson & Ekberg 2004), vilket de inte fick inom ramen för detta projekt.

Arbetsledare och 1:a linjens chefer upplever sig ofta sakna stöd från sina chefer i arbetet med ohälsa och rehabilitering (Friesen et al 2001; Eakin 1992), och man upplever rollkonflikter mellan å ena sidan produktionsansvar och å andra sidan personalansvar (Strindlund & Ekberg 2002; Barajas, Nordqvist & Ekberg 2002). Oklarheter i ansvar och befogenheter kan leda till personliga tolkningar i hur man som arbetsledare ser på hälsa och sjukskrivning, vilket ansvar som skall läggas på individen respektive vilket ansvar arbetsledaren själv bör ta (Ekberg 2004). Det kan ytterst handla om den legitimitet och det handlingsutrymme arbetsledaren ges för att arbeta med dessa frågor och vilka handlingar som ”belönas” inom verksamheten. Organisationens normer och värderingar har därför stor betydelse för att understödja ett hälsofrämjande ledarskap. Osäkerhet leder till oklarheter och riskerar att leda till en förskjutning av ansvaret, vilket kan uppfattas av de anställda som dubbla budskap: å ena sidan signaler om att hälsofrämjande utvecklingsarbete är prioriterat, och å andra sidan signaler om att aktiviteter och ansvar för att främja hälsa ligger på individerna. De dubbla budskap som medarbetarna på akutkliniken i vissa fall upplevde kan ha gett negativa effekter för tilliten hos medarbetarna, och även för utvecklingsprocessen. Trots denna ambivalens har interventionen givit konkreta resultat, vilket kan bero på att man i de problembaserade grupperna har kunnat kompensera en i vissa avseenden bristande tillit till ledningsgruppen och till högre organisationsnivåer. I grupperna har individerna kunnat delta på lika villkor, och tillsammans har de reflekterat kring vad som främjar deras hälsa och vilka medel som står till buds för att arbeta hälsofrämjande. Grupperna har verkat för att ett socialt kapital har byggts upp, som har främjat insikten om att det är möjligt att påverka sin egen arbetssituation.

Resultaten från interventionen påvisar utvecklingsarbete på individ-, grupp,- och organisationsnivå. Medarbetarna har utvecklat sin kompetens genom ett ökat erfarenhetsutbyte. De har fått en ökad förståelse för hälsa i arbetet, och utvecklat det sociala klimatet på arbetsplatsen. På organisationsnivå har tydligare informations- och kommunikationsstrategier utvecklats, och medarbetarna upplever en tydligare delegering av arbetsuppgifter. Flödet i

verksamheten med avseende på patienter och administration har ökat genom att kliniken har skapat nya förutsättningar och utvecklat strategier för det.
Tidigare forskning (Kristensen 2000; Israel 1996) pekar på att hälsofrämjande strategier och processer på en arbetsplats bör bygga på att utvecklingsarbetet drivs både från ledningen (top-down) och från medarbetarna (bottom-up). I detta fall har utvecklingsprocesserna initierats från ledningen, medan själva problemanalysen och utvecklingen av handlingsplaner i huvudsak har genomförts av medarbetarna. Genom problemgenerering och lärande av problemlösningsstrategier har de givit förslag på och genomfört åtgärder upp på organisationsnivå. Detta innebär att de kollektivt mobiliserat resurser och strukturer i organisationen för att främja hälsa. På så vis har hälsofrämjande utvecklingsprocesser omfattat hela verksamheten.

Den slutliga prioriteringen av vilka förändringar och åtgärder som skulle genomföras låg på ledningsgruppen. Av de utvecklingsområden som medarbetarna prioriterade högt har dock vissa inte prioriterats av ledningsgruppen som aktuella att arbeta med. Dessa områden har företrädelsevis inkluderat faktorer på en organisatorisk nivå. Det belyser konsekvenserna av en alltför enkelriktad bottom-up-process. Att driva utvecklingsprocesser i enbart en riktning kan ge bristande legitimitet åt utvecklingsarbetet. En utvecklingsprocess som går i riktningen bottom-up förlitar sig i alltför hög grad på att ledningen redan har en kompetens i att driva utvecklingsprocesser i stor skala.

SLUTSATSER

Ledarskapet har haft en stor betydelse för genomförandet och resultatet av interventionsprojektet vid akutkliniken. Det fanns tecken på rollkonflikter för ledarna mellan å ena sidan ansvaret för personal och utveckling av verksamheten, och å andra sidan produktionsansvaret, d.v.s. att verksamheten måste fortgå och anpassas till ständigt nya yttre förutsättningar. Projektet visar att ett kontinuerligt stöd eller mentorskap till ledningen under denna typ av förändringsprocesser är önskvärt eller till och med nödvändigt.

Interventionen har visat att det problembaserade arbetssättet har organiserat för kollektiv reflektion, genom ett strukturerat arbetssätt där alla har haft möjlighet att vara delaktiga kontinuerligt över en längre tid. De problembaserade grupperna har utgjort en parallell struktur vid sidan om den dagliga verksamheten, och medarbetarna har uppmanats att tänka kritiskt och tänka nytt. Resultatet av ett sådant utvecklingsinriktat lärande har givit utslag i verksamheten i form av åtgärder och förändringar.

Under interventionen har medarbetarna ökat sin handlings- och förändringsberedskap. Hälso- och sjukvården är enligt tradition en utpräglat hierarkisk organisation, och kan på så vis vara konserverande även i andra bemärkelser än rent yrkesmässigt. Till formella yrkespositioner knyts ofta även informella positioner, vilket rimligtvis påverkar förändringsklimat och strukturer. Trots detta, och trots den turbulens som kliniken och landstinget genomgått under hela interventionsperioden, har medarbetarna genomfört förändringar för att främja sin egen hälsa, och utvecklat hälsofrämjande processer och förändringsbenägenhet i organisationen. De problembaserade grupperna har således varit en buffert i organisationen där medarbetarna har lärt en handlings- och förändringsberedskap. De har påbörjat en utveckling av sin kompetens kring att hantera både externa, kontextuella krav på förändring och omstrukturering, liksom att påverka sin egen organisation i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats.

REFERENSER

Arneson, H. and K. Ekberg (2004). Vidmakthållande av hälsofrämjande processer på arbetsplatser - exemplet problembaserad intervention. Folkhälsostämman 2004, Stockholm, Oral presentation.

Arneson, H. and K. Ekberg (submitted). Empowerment Processes in Workplace Health Promotion - Implementation of an Intervention based on Learning in Sweden. Health Promotion International. 2005; 20;4:351-359

Aronsson, G & Sjögren, A. (1994) Samhällsomvandling och arbetsliv: omvärldsanalys inför 2000-talet. Solna: Arbetsmiljöinstitutet.

Barajas J., Nordqvist C. & Ekberg K. (2002) Intervention Elucidate Intra Organisational Hindrances to Employee Development. In Proceedings of the 34th Annual Congress of the Nordic Ergonomics Society, 1-3 October 2002, Kolmården, Sweden, 67-70.

Barklöf, K. (red) (2000) Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Bell, J. (1999) Doing your research project: a guide for first-time researchers in education and social science. Buckingham: Open University Press.

Dilschmann, A., (1996) Nya former för lärande – parallella strukturer. Arbetslivsinstitutet: Solna.

Eakin JM (1992) Leaving it up to the workers: sociological perspectives on the management of health and safety in small workplaces International Journal of Health Services, 1992;22: s 689-704.

Ekberg, K. & Barajas, J. (2000) Hälsofrämjande omorganisation – vilka är förutsättningarna? I Barklöf, K. (red) Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Ekberg, K. (2004) Arbetslivsinriktad rehabilitering. I. Gustavsson, R. Å. & Lundberg, I. (red.) Arbetsliv och hälsa 2004. Arbetslivsinstitutet. Malmö: Liber idéförlag.

Ekberg, K., H. Noorlind Brage, m.fl. (2000). Östgötens hälsa och miljö 2000. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum: 126.

Ellström, P-E. & Hultman, G. (red.) (2004) Lärande och förändring I organisationer: om pedagogik i arbetslivet. Lund: Studentlitteratur.

Ellström, P-E. (1992) Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: Publica.

Ellström, P-E. (1996) Rutin och reflektion: förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete. I Ellström, P-E. Gustavsson, B. Larsson, S. (red.) Livslångt lärande. Lund: Studentlitteratur.

Engeström, Y. (1987) Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research. Helsingfors: Orienta-konsultit.

ENWHP, European Network for Workplace Health Promotion. (2004). http://www.enwhp.org/home/index.php

Friesen MN, Yassi A & Cooper J (2001) Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. Work, 2001;17: s 11-22.

Gustavsson, M. (2000) Potentialer för lärande i process-operatörers arbete. Akademisk avhandling. Institutionen för beteendevetenskap. Linköpings universitet.

Hertting, A (2003) The health care sector : a challenging or draining work environment : psychosocial work experiences and health among hospital employees during the Swedish 1990s. Dissertation. Karolinska institutet. Stockholm: Karolinska University Press.

Israel, BA., Baker, EA., Goldenhar LM., Heany, CA., Schurman, SJ (1996) Occupational stress, safety, and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions. J Occup Health Psychol. 1(3):261-86. Review.

Kristensen, T.S. (2000) Workplace intervention studies. Occupational Medicine **15**(1): 293-305.

Kvale, S. (1997) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Luhmann, N., Familiarity, Confidence, Trust: Problems and alternatives. In Gambetta, D. (ed.) Trust: Making and Breaking Cooperative Relations. Electronic edition. Department of Sociology, University of Oxford 2000, http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/trustbook.html

Marklund, S. (red) (2000) Arbetsliv och hälsa 2000 Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet.

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

Nordenfeldt, L. (1995).. Om holistiska hälsoteorier, I Klockars, K. & Österman, B. (red.) Begrepp om folkhälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård (pp. 29-42). Stockholm: Liber.

Nordenfelt, L. (1995) On the nature of health : an action-theoretic approach. Dordrecht; Kluwer.

Nordenfelt, L (1997). Talking about health: a philosophical dialogue. Amsterdam, Rodopi.

Péréz-Díaz, V., From Civil War to Civil Society: Social Capital in Spain from the 1930s to the 1990s. In Putnam, R (ed.) Democracies in Flux. The Evolution of Social capital in Contemporary Society. Oxford University Press, Oxford 2002.

Rothstein, B., (2003) Sociala fällor och tillitens problem. SNS Förlag, Stockholm.

Socialstyrelsen (2002). Kunskapsöversikt avseende arbetsvillkoren för personal inom vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003) Hur många direkt underställda kan en chef ha? – om kontrollspann i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.

Strindlund, L. & Ekberg, K. (2002) Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ur chefens perspektiv – en intervjustudie av första linjens chefer. Magisteruppsats i folkhälsovetenskap, Linköpings universitet.

Svensson, L., Jakobsson, E., & Åberg, C. (2001) Utvecklingskraften i nätverk. Om lärande mellan företag. Stockholm: Santérus Förlag.

Van der Hek, H, & Plomp, HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. Occupational Medicine 1997;**47**(3):133-141.

Westlander, G. (1999) Det kvalitativas relation till det kvantitativa: en tillbakablick på arbetslivsforskning. I Lindén, J., Westlander, G., & Karlsson, G. (red.) Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Yin, R K. (1994) Case study research: design and methods. Thousand Oaks, Ca: Sage.

Östgötens Hälsa och Miljö. Rapport 2000:1. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Landstinget i Östergötland, 2000.