

Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro

Processutvärdering av ett delprojekt inom
Mobiliseringsinitiativet - Västra Götalandsregionen
som arbetsgivare

ISM-häfte nr 9

Annemarie Hultberg

Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro

Processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet –
Västra Götalandsregionen som arbetsgivare

ISM-häfte nr 9

Annemarie Hultberg
Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen

Om ISM-häftet

ISM-häfte är en publikationsserie med olika typer av sammanställningar, översikter, konferensreferat. Institutet för stressmedicin ger också ut en vetenskaplig rapportserie under benämningen ISM-rapport. Kopior av dessa häften för personligt bruk finns att hämta på hemsidan: www.vgregion.se/stressmedicin. Det går även att beställa häften i tryckt format, om sådana finns.

Utgivna ISM-häften:

- Nr 1: Instrument för att mäta den psykosociala arbetsmiljön.** En beskrivning av ett urval av de instrument som används inom företagshälsovård och forskning. Hultberg A, Ahlberg jr G. (2008)
- Nr 2: Upplevelser av behandling med sensomotorisk träning hos patienter med utmattningssyndrom – En kvalitativ pilotstudie.** Lindegård Andersson A, Schön-Ohlsson C, Johansson A. (2008)
- Nr 3: Utvärdering av Gröna Rehab.** Sahlin E, Ahlberg jr G. (2010)
- Nr 4: Vad händer med chefer inom Hälso- och sjukvården som blivit personligt fokuserade i media? – Resultat från en förstudie.** Wramsten Wilmar M, Dellve L, Jacobsson C, Ahlberg jr G. (2011)
- Nr 5: Utmattningssyndrom.** Glise K. (2013)
- Nr 6: Utvärdering av Gröna Rehabs verksamhetsdel rehabilitering för långtidssjukskrivna med stressrelaterad psykisk ohälsa.** Sahlin E. (2014)
- Nr 7: Hälsöfrämjande arbetsplatsträffar - rekommendationer och reflektioner utifrån en forskningsstudie.** Bergman C, Hultberg A, Skagert K. (2015)
- Nr 8: Det vi får är inte det vi behöver - En processutvärdering av ett projekt med hälsofrämjande insatser riktade till tre yrkesgrupper i vården.** Hultberg A. (2015)
- Nr 9: Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro.** Processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet – Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Hultberg A. (2018)

Redaktör och ansvarig utgivare: Ingibjörg H. Jonsdottir

© Författarna och Institutet för stressmedicin

1 INNEHÅLL

2	Förkortningar.....	5
3	Förord.....	6
4	Sammanfattning.....	7
5	Inledning.....	9
5.1	Bakgrund.....	9
5.2	Metod.....	9
6	Förberedelsefasen 2015.....	11
6.1	Projektorganisation.....	11
6.2	Mål, åtgärdsområden och insatser.....	12
6.3	FHV som partner i projektet.....	14
6.4	Tidsaxel.....	16
7	Genomförande av projektets aktiviteter.....	17
7.1	Screening.....	17
7.2	Individuell återkoppling och stresshantering.....	19
7.3	Uppföljande screening.....	22
7.4	Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap.....	23
7.5	Plan efter återgång i arbete.....	27
7.6	Analys av sjukfrånvarostatistik.....	27
7.7	Hur interagerar projektets insatser med varandra?.....	28
8	Genomförande i förvaltningarna.....	31
8.1	Sjukhus 1 (pilotstudie).....	31
8.2	Sjukhus 2.....	31
8.3	Sjukhus 3.....	32
8.4	Sjukhus 4.....	32
8.5	Annan förvaltning.....	33
9	Övergripande frågor.....	34
9.1	Ekonomi.....	34
9.2	Kommunikation.....	34
9.3	Samverkan och roller.....	35
9.4	Utvärdering.....	35
10	Styrkor och svagheter.....	37
10.1	Styrkor/Möjligheter.....	37
10.2	Hinder/Svagheter.....	39
11	Framtiden.....	41

12	Diskussion.....	42
12.1	Projektets förutsättningar	42
12.2	Skapa en gemensam plattform	43
12.3	Sätt insatserna i ett sammanhang.....	45
12.4	FHV som strategisk resurs	47
12.5	Förebyggande insatser för medarbetare i riskzon	48
12.6	Bygg vidare på en god samverkan.....	50
12.7	Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap	52
13	Slutsatser	54
14	Referenser	55

2 FÖRKORTNINGAR

AFA	AFA Försäkring (ägs av arbetsmarknadens parter)
APT	Arbetsplatsträff
EC	Enhetschef
FHV	Företagshälsovård
FHV NySam	Ett forskningsprojekt om Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer mellan chefer, FHV och HR
FK	Försäkringskassan
HR	Organisationens hantering av mänskliga resurser (human resources)
ISM	Institutet för stressmedicin
KART	Kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan Västra Götaland
KBT	Kognitiv Beteende Terapi
KTH	Kungliga Tekniska Högskolan
LUQSUS-K	Ett samlingsnamn för nedanstående instrument
LUCIE	Lund University Checklist for Incipient Exhaustion
QPS-Mismatch	Passform mellan individ och arbete
s-UMS	Självskattat UtMattningsSyndrom
KEDS	Karolinska Exhaustion Disorder Scale
MI	Mobiliseringsinitiativet
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (ett statistikprogram)

3 FÖRORD

I detta häfte presenteras en processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet, som var ett samverkansprojekt mellan Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen. Syftet med hela projektet var att bedriva försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro. Detta delprojekt hade fokus på Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Projektet leddes av VGR på ledningsnivå via koncernstab HR. I projektet deltog fem förvaltningar, varav fyra sjukhus, samt den interna företagshälsovården. Projektet planerades under 2015, genomfördes 2016 och följdes upp våren 2017.

Institutet för stressmedicin (ISM) fick våren 2017 i uppdrag att via fokusgruppsintervju av projektgruppen, bestående av Koncernstab HR, FK, HR-representanter från deltagande förvaltningar och senare även FHV, samt ytterligare en fokusgruppsintervju av medarbetare från den interna företagshälsovården (FHV), samla information om processen. Detta som ett komplement till redan planerade utvärderingsinsatser. En processutvärdering innebär att man systematiskt följer upp och dokumenterar projektets genomförande. Främsta syftet med en processutvärdering är att studera förutsättningarna för att nå de mål man satt upp.

I processutvärderingen ges en beskrivning av hur arbetet växte fram från problemformulering till genomförande utifrån en genomgång av samtliga minnesanteckningar. Denna kronologiska beskrivning har därefter kompletterats utifrån intervjuerna och med deltagarnas beskrivning av hinder och möjligheter. I diskussion och slutsats analyseras hinder och möjligheter utifrån känd kunskap om framgångsrika metoder för förebyggande och hälsofrämjande arbete. I det fall andra källor än minnesanteckningar och intervjuer använts, så finns dessa angivna som referenser.

En vägledande princip utifrån ett hälsofrämjande perspektiv är att alltid sätta frågan i sitt sammanhang och att utgå från den aktuella kontexten. De fem förvaltningar som deltog hade sina förutsättningar, liksom projektet i sin helhet, vilket till viss del beskrivs i utvärderingen. Vissa lärdomar utifrån hinder och möjligheter är ändå värda att ta med som en generell kunskap vid planering av liknande insatser, för att därefter skraddarsy utifrån behov.

4 SAMMANFATTNING

Inom ramen för Mobiliseringsinitiativet kom Försäkringskassan (FK) och Västra Götalandsregionen (VGR) överens om att tillsammans genomföra försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro. Detta gjordes inom tre delprojekt, varav detta hade fokus på medarbetarna inom VGR. I projektet deltog fem förvaltningar, varav fyra var sjukhus. Projektet vände sig i första hand till första linjens chefer och dess medarbetare. Projektet planerades under 2015, genomfördes 2016 och följdes upp våren 2017. Institutet för stressmedicin (ISM) fick våren 2017 i uppdrag att via fokusgruppsintervjuer av projektgrupp och medarbetare från den interna företagshälsovården (FHV) samla information om processen, som ett komplement till redan planerade utvärderingsinsatser. En processutvärdering innebär att man systematiskt följer upp och dokumenterar projektets genomförande. Man studerar förutsättningarna för att nå de mål man satt upp.

De slutsatser som dras av projektets genomförande kan sammanfattas enligt följande:

- Utifrån projektets syfte var projekttiden alltför kort. Ett förändringsarbete behöver mer tid för att kunna utvärdera om arbetet fått önskad effekt.
- Det förebyggande och hälsofrämjande perspektiven är komplementära, men man behöver avsätta tid och resurser för att skapa en samsyn och gemensamt språk. Projektet hade mått väl av att projektgruppen i inledningsskedet hade ägnat tid åt att diskutera varandras förväntningar och de perspektiv man tar som utgångspunkt, för att därefter skapa en gemensam plattform från mål och delmål till planerade insatser, genomförande och utvärdering.
- Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen. I projektet fanns förväntningar på att detta skulle ske, men i praktiken har huvudfokus varit på individnivå och det saknades en röd tråd mellan de olika delarna i projektet.
- FHV kom in för sent i projektet. Det är viktigt att utveckla arbetssätt som gör det möjligt att använda FHV som en strategisk resurs även i förebyggande och hälsofrämjande arbete.

- Det screeninginstrument som vidareutvecklats inom projektet är värdefullt, och kan med fördel kompletteras med andra informationskällor för att fånga och analysera svaga signaler i form av informell information som kan indikera kommande ohälsa, så att insatser kan sättas in i ett tidigt skede och även inkludera organisatoriska förutsättningar.
- Fortsätta arbetet med att utveckla samverkan mellan linjeorganisationer och viktiga stödfunktioner, såsom HR och FHV, men också med FK. Detta är viktigt inte minst för att skapa en samlad problembild att agera utifrån, men också för att samordna insatserna på ett effektivt sätt.
- Genomförandet av stresshanteringskurserna visade på svårigheter i rekrytering och genomförande. Metoden går att utveckla liksom dialogen som leder fram till val av insats.
- Att utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap är en bra metod, och projektet har banat väg för en fortsatt satsning på såväl utbildningar som nätverk för att stödja cheferna. För att satsningen skall resultera i hälsofrämjande insatser för medarbetarna behöver de organisatoriska förutsättningarna för utbildningen stärkas ytterligare, såsom stöd från ledningen samt tid för reflektion och tillämpning på hemmaplan.

5 INLEDNING

5.1 Bakgrund

Försäkringskassan tog under 2014 initiativ till nationell mobilisering mot den stigande sjukfrånvaron och startade projektet Mobiliseringsinitiativet mot stigande sjukfrånvaro. Inom ramen för Mobiliseringsinitiativet kom Försäkringskassan (FK) och Västra Götalandsregionen (VGR) överens om att tillsammans genomföra försöksverksamhet och testa nya angreppssätt för att arbeta förebyggande mot sjukfrånvaro. Ett regionalt samarbete inleddes därmed under 2015 och genom samarbetet har tre olika delprojekt genomförts med insatser som kan förebygga sjukfrånvaro. Detta var ett av tre delprojekt och hade fokus på VGR som arbetsgivare. De andra handlade om att förebygga sjukfrånvaro genom tidig samverkan respektive flexibel sjukskrivning för personer i cancerbehandling.

I delprojektet deltog fem förvaltningar, varav fyra var sjukhus. Projektet vände sig i första hand till första linjens chefer och dess medarbetare. Institutet för stressmedicin (ISM) fick våren 2017 i uppdrag att via fokusgruppsintervju av projektgruppen, bestående av Koncernstab HR, FK, HR-representanter från deltagande förvaltningar samt senare även FHV, samt ytterligare en fokusgruppsintervju av medarbetare från den interna företagshälsovården (FHV), samla information om processen. Detta som ett komplement till redan planerade utvärderingsinsatser.

5.2 Metod

En processutvärdering innebär att man systematiskt följer upp och dokumenterar projektets genomförande. Man studerar förutsättningarna för att nå de mål man satt upp. Värdet i en sådan utvärdering ligger i att identifiera framgångsfaktorer/stöd samt visa på svårigheter/hinder under implementeringsprocessen. Detta stämmer väl med ett av projektets övergripande syften, nämligen att ta fram ”bättre kunskap kring hur effektivt förebyggande arbete kan ske”. När uppdraget kom till ISM om att göra en processutvärdering var projektet redan genomfört. Men genom att ta del av minnesanteckningar och andra viktiga dokument, blev det möjligt att återskapa en bild av projektets genomförande, för att därefter genomföra intervjuer till syfte att få en djupare förståelse för deltagarnas erfarenheter och upplevelser från projektet.

Under juni månad 2017 genomfördes en fokusgruppsintervju med projektgruppens medlemmar samt en intervju med konsulter från FHV, som varit involverade i projektet. Dessa kompletterades med fyra telefonintervjuer med medlemmar i projektgruppen som inte deltagit vid fokusgruppsintervjun.

Fokusgruppsintervjuns deltagare uppmanades inledningsvis att beskriva processen från initiativ till projektplan. Därefter gjordes en fördjupning i de olika insatserna med frågor som val av metod, urval/rekrytering/förankring, genomförande och fortsättning. Intervjun avslutades med mer övergripande frågor om hinder och framgångsfaktorer, roller och fortsättning.

Fokusgruppsintervjuerna spelades in på band och har därefter transkriberats i sin helhet, medan telefonintervjuerna dokumenterats direkt av intervjuaren i form av sammanfattande anteckningar. I processutvärderingen ges en beskrivning av hur arbetet växte fram från problemformulering till genomförande utifrån ännu en genomgång av samtliga minnesanteckningar. Denna kronologiska beskrivning har därefter kompletterats utifrån intervjuerna och med deltagarnas beskrivning av hinder och möjligheter. I diskussion och slutsats analyseras hinder och möjligheter utifrån känd kunskap om framgångsrika metoder för förebyggande och hälsofrämjande arbete. I det fall andra källor än minnesanteckningar och intervjuer använts, så finns dessa angivna som referenser.

6 FÖRBEREDELSEFASEN 2015

6.1 Projektorganisation

Deltagande förvaltningar

Under våren 2015 gick en förfrågan från koncernstab HR till förvaltningarnas HR-chefer om att medverka i projektet. Fyra sjukhus anmälde sig och hade tillsammans med koncernstab HR och FK ett första möte i maj 2015. Ytterligare ett sjukhus deltog inledningsvis. För att även få med annan verksamhet än sjukhus tillfrågades ytterligare en förvaltning att delta, som även de brottades med hög sjukfrånvaro. De anslöt till arbetsgruppen i augusti 2015.

Projektgrupp

Under våren 2015 fick gruppen information om att en projektledartjänst skulle tillsättas för samtliga tre delprojekt, samt en gemensam projektgrupp. Dessutom skulle en särskild arbetsgrupp tillsättas för detta delprojekt. Den arbetsgrupp som träffats sedan starten i maj, framhöll vikten av att ta vara på det engagemang som fanns i arbetsgruppen. I samband med att projektorganisationen formaliseras, fördes även en diskussion om arbetsgruppens fortsatta funktion. Av projektdirektivet som antogs i december 2015 (1) framgår att arbetsgruppen övergick i att bli projektgrupp för delprojektet. Förvaltningarna representerades i projektgruppen av HR-chefer och/eller HR-strateger. FHV anslöt till projektgruppen i december 2015. Med övergång från informell arbetsgrupp till projektgrupp, träffades gruppen vid sju tillfällen under 2015, nio under 2016 och fyra våren 2017. Ett av sjukhusen bytte representanter under projektets gång, men kvarstod i projektet. Även inom FK har ett visst byte skett av medlemmar i projektgruppen.

Projektledning

Vid gruppens fjärde möte, i oktober 2015, fanns en projektledare på plats för delprojektet. Projektledaren som kom från koncernstab HR hade hösten 2015 till uppgift att strukturera upp arbetet genom att skriva projektdirektiv, projektplan och skapa förutsättningar för det fortsatta arbetet.

Budget

Det fanns en muntlig överenskommelse mellan Generaldirektören för FK och koncernledningen om att VGR skulle delta i MI, men inga pengar var avsatta i budget. Beskedet till delprojekten var därför att inga aktiviteter fick startas innan mandat och budget var fastställt i en projektplan.

Det ledde så småningom till en temporär lösning för 2015 och en budget för 2016. Projektplanen antogs av styrgruppen i februari 2016.

6.2 Mål, åtgärdsområden och insatser

Mål

Projektets övergripande mål var att genom försöksverksamhet öka kunskapen kring effektiva förebyggande insatser samt att motverka sjukskrivning bland VGR:s medarbetare (2). Detta övergripande mål följdes av ett antal delmål, som exempelvis: ”Att minska inflödet till sjukfrånvaro hos VGR:s anställda samt att förkorta sjukskrivningar”.

Åtgärdsområden

Som bakgrundsmaterial fanns den kunskapsinsamling som genomförts nationellt inom ramen för MI och FK:s analys av orsaker till sjukfrånvaro och tänkbara åtgärdsområden (3). Efter tre träffar kom arbetsgruppen fram till följande områden att arbeta vidare med:

- **Analys av sjukfrånvaron**
Gruppen såg ett behov i att vässa analysförmågan av sjukfrånvarostatistik och en möjlighet att göra detta genom samarbete mellan FK och VGR.
- **Chefsrollen/värdegrund**
Chefernas pressade situation lyftes upp i arbetsgruppen. Inom VGR pågick arbetet med normtalet och man hade i förvaltningarna fokus på chefers förutsättningar. Att stärka cheferna är en viktig nyckel, slog man fast redan vid första mötet.
- **Riskgrupper för kommande sjukskrivning**
”Hur hittar vi den s.k. 25 % - gruppen¹? (4)” Frågan hänvisades till ISM, som pekat på vikten av att fånga denna grupp för att undvika kommande sjukskrivning.
- **Arbetslivskunskap**
Kompetensutveckling till medarbetare för att undvika sjukskrivning. I gruppen pratade man om att hantera ”livspusslet”. Man ställde sig frågan om FHV:s kurs ”Balans i livet” kunde vara aktuellt. Även andra metoder nämndes.

¹ Andel med allvarigare stressrelaterat tillstånd som enligt KART-studien beräknas vara i risk för sjukskrivning

Innan sommaren 2015 hade man ett möte mellan Koncernstab HR, FHV och ISM. Både HR och FHV var överens om att man bör fokusera på lättare psykisk ohälsa, vilket FHV definierade som livpusslet, stress, hög arbetsbelastning osv. FHV och ISM skulle återkomma med *”vilka förebyggande insatser som kan vara mest framgångsrika och lönsamma”*. Exakt hur detta gick till är oklart.

Vid oktobermötet stämde arbetsgruppen dels av pågående insatser i de olika förvaltningarna och man enades om vilka aktiviteter som skulle läggas in i projektplanen. Man bestämde sig för att ta kontakt med ISM och FHV angående lämpligt screeningverktyg för de riktade insatserna till riskgrupper för kommande sjukskrivning. I listan över önskade insatser framhölls FHV:s kurs i förebyggande stresshantering som en aktivitet för personer som har identifierats tillhöra riskzonen för stressrelaterad lättare psykisk ohälsa. En annan insats som man ville lyfta in i planen var utbildning av chefer i hälsofrämjande ledarskap. När man i arbetsgruppen hade diskuterat möjliga insatser för att stötta cheferna, utmynnade det i att det dels behövs kunskap inom hälsa och arbetsmiljö men också en möjlighet till erfarenhetsutbyte, t.ex. i en ledningsgrupp. I detta skede ingick inte FHV i arbetsgruppen, utan blev tillfrågad utifrån olika planerade insatser.

Vid novembermötet presenterade FHV screeningverktyget LUQSUS-K, som kan användas på både grupp- och individnivå. Arbetsgruppen framhöll att det behövs stöd för att ta hand om resultatet. Man diskuterade även möjligheten att väva in återkoppling av resultatet till cheferna i den planerade utbildningen. Gruppen fick även presenterat en metod för utbildning i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Dessutom presenterades den så kallade Stanna upp-utbildningen, som FHV erbjuder, en gruppinsats på fyra tillfällen, med Kognitiv Beteendeterapi (KBT) som grund.

I fokusgruppsintervjun med projektgruppen beskrevs utmaningen som förvaltningarna stod inför, att både ha en hög sjukfrånvaro och en stor andel medarbetare i riskzon för framtida sjukskrivning. Förväntningarna var att man nu skulle prova nya sätt att arbeta för att förebygga sjukfrånvaro. Enligt projektplanen fanns det ju både en förväntan att minska inflödet till sjukfrånvaro samt att förkorta sjukskrivningar. Därtill kom det hälsofrämjande perspektivet, utifrån behovet av stärkande insatser riktat till chefen.

Flera medlemmar i projektgruppen beskrev i fokusgruppsintervjun hur de, framförallt inledningsvis, tog sin utgångspunkt i olika perspektiv. Vissa betonade det individuella perspektivet och riktade insatser till medarbetare i riskzon medan andra lyfte fram insatser för att stärka cheferna i att bedriva ett hälsofrämjande ledarskap på arbetsplatsen. Båda delarna skulle hanteras i projektet. Uppstarten beskrevs av flera medlemmar som lite trevande. Ett av sjukhusen hade till exempel deltagit tidigare i AFA:s projekt med kartläggning och riktade insatser till riskgrupper. Där var mål och förutsättningar tydliga när man gick in i projektet och forskningsförankringen var självklar, menade man.

6.3 FHV som partner i projektet

Under förberedelsetiden från maj 2015 deltog Koncernstab HR, FK och deltagande förvaltningar, men inte FHV. Däremot hade man ett särskilt möte med ISM och FHV tillsammans och refererade i flera fall till det utbud som FHV har. På novembermötet 2015 beslöt man adjungera någon från FHV till projektgruppen som strategiskt stöd och vid nästa möte var FHV representerat. Under novembermötet tydliggjordes även arbetssättet i projektet mellan projektledningen, ISM/FHV och respektive förvaltning/enhet. Alla beställningar till FHV skulle gå via dess representant i projektgruppen. Man kom även överens om att använda sig av metoder som är beforskade och okejade av ISM och som Hälsan & Arbetslivet använder sig av. Om detta skedde i praktiken är oklart. Man slog fast vikten av samplanering mellan FHV och respektive förvaltning. När FHV kom med i den centrala planeringen av delprojektet, hade deltagande förvaltningar, framförallt sjukhusen, träffats många gånger och skapat sig en samstämmig bild över vad man ville göra, redan innan projektet var formaliserat. HR-representanter från förvaltningarna beskriver att det inledningsvis upplevdes lite ”svajigt” i kontakterna med FHV – ”att de inte riktigt var med på banan”, vilket i sig inte var så konstigt, med tanke på att de inte deltagit i de samtal, som la grunden för planerade insatser. I fokusgruppsintervjun berättade medarbetare från FHV hur de fått förfrågningar från sina kunder om olika insatser, utan att känna till projektet, vilket väckte frustration över att vara så oförberedda.

”Våra kunder kände till projektet och ringde om det och vi står där som idioter.”

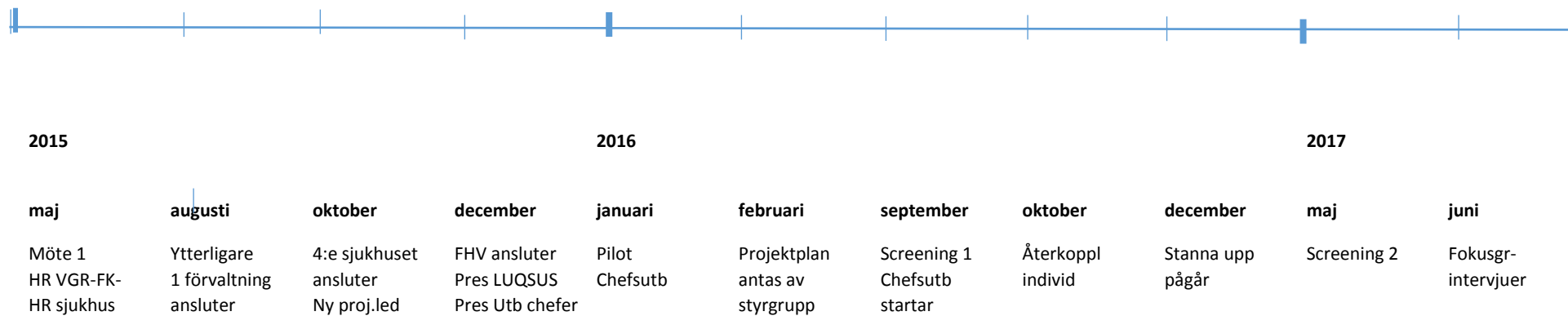
FHV:s representant i projektgruppen uttrycker det olyckliga i att komma in så sent i processen – ”fem i tolv”. Man fick presenterat vilka insatser som

förväntades av FHV, men det saknade en hel del bakgrundskunskap om vägen fram till att man valde just dessa.

Nu gällde det att få en bild av omfattningen av dessa insatser, beräkna kostnader och få dessa godkända för att i nästa skede kunna rekrytera personal så att man snabbt kunde svara upp mot behovet. Det gällde framförallt samtalsledare för de planerade utbildningarna i Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. För pilotsjukhuset fanns dock redan processledare från FHV och träffar inplanerade. På motsvarande sätt var screeninginstrumentet inte utvecklat för att användas på det sätt man planerade i projektet. Sammantaget innebar det att det blev kort om tid att planera för genomförandet. FHV hade istället velat medverka med sin specifika kunskap redan från början för att göra rätt val av insatser kopplat till syftet. Man fick kort sagt ”gilla läget”.

”Så här i efterhand tycker jag det är fantastiskt att man fick ihop alla bitarna. För förutsättningarna för FHV tyckte inte jag fanns.” ... ”Men vi fixade det och det är en bra erfarenhet.”

6.4 Tidsaxel



Figur 1 Tidsaxel från Projektgruppens första möte till fokusgruppsintervju.

7 GENOMFÖRANDE AV PROJEKTETS AKTIVITETER

7.1 Screening

Mål och syfte

Ett mål för projektet var att identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa och erbjuda dessa förebyggande insatser t ex stresshanteringshjälp i syfte att förhindra sjukfrånvaro. Efter val av metod, screening via LUQSUS-K, presenteras syftet med screeningen enligt följande:

- Första delen/på individnivå, syftar till att fånga upp de medarbetare som har förhöjd stressnivå, samt erbjuda åtgärder och behandling i förebyggande syfte.
- Andra delen/på gruppnivå syftar till att fånga medarbetarnas upplevda arbetsmiljö, utifrån faktorer som forskningen anser är viktiga i ett hälsofrämjande perspektiv.

Resultatmål

Att minst 70 procent av medarbetarna ska ha svarat på screeningenkätena.

Process

Information från chefen på APT → Informationsbrev till medarbetarna ca 1 vecka före enkäten → Enkät och information via mail/brev → Enkät svar/Återkoppling lämnas på tre olika sätt:

1. Gruppnivå: Till enhetschefen (EC) av FHV:s organisationskonsult.
2. Medarbetare med normalvärde: Får svar via mail av FHV.
3. Medarbetare med förhöjd stressnivå: Blir kontaktad av FHV och får erbjudande om ett personligt möte med återkoppling om sitt enkät svar.

Avstämning med EC innan medarbetaren erbjuds förslag på aktivitet för att förebygga ohälsa. Därefter arbetar chef och medarbetare med hälsofrämjande aktiviteter på arbetsplatsnivå (6 - 12 månader) utifrån gruppens enkät svar. Uppföljning sker sommaren 2017 (5).

Metod

Screeningen utfördes med hjälp av LUQSUS-K, som har utvecklats av Arbets- och miljömedicin vid Lunds universitet (6-8). Metoden behövde dock anpassas för att användas så som man avsåg i projektet. FHV och ISM besökte Lunds universitet, för att lära sig metoden samt att på hemmaplan utveckla den till att bli webbaserad, så att man skulle kunna screena upp till 1000 personer. ISM såg till att den gick att bearbeta via statistikverktyget SPSS. FHV höll i arbetet med att få rätt adresser att skicka ut enkäten till och rutiner när man inte kan gå via webben. Sammantaget innebar det ett omfattande utvecklingsarbete.

Urval

De chefer som deltog i utbildningen Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap och deras medarbetare.

Förankring

Se respektive förvaltning. Inom FHV fick en hälsoutvecklare i uppgift att besöka alla FHV-enheter, eller på annat sätt se till att samtliga berörda företagssköterskor blev utbildade.

Genomförande av enkäten

Ett av sjukhusen var först ut som pilot. Där missade man att kategorisera cheferna separat, vilket man kunde rätta till inför screeningen i övriga förvaltningar. Erfarenheten när samtliga genomfört enkäten var att det tog längre tid än uppskattat att administrera, framförallt p.g.a. att man i många fall behövde använda sig av pappersenkät. Detta gällde framförallt en förvaltning, där många medarbetare saknade VGR-adress i mailen. Det ledde till att återkopplingen tog längre tid, då FHV avvaktade sista svarsdag innan man matade in. Den första enkäten var genomförd i samtliga förvaltningar september 2016 och med 73 % svarsfrekvens av 2 414, vilket överträffade det mål man satt upp. Projektledaren fick i uppdrag att ta fram en bortfallsanalys.

Reflektion

Projektgruppen jämförde med svarsfrekvensen i medarbetarenkäten (som var betydligt lägre) och reflekterade över att den höga svarsfrekvensen kan bero på att man som medarbetare får individuell återkoppling på sitt resultat. Processledarna i utbildningarna för Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap konstaterade att cheferna lagt ned stor möda på att få sina medarbetare att svara på enkäten. Betydligt mer än vad de förmodligen gjorde inför medarbetarenkäten.

”För det här var VIP-projekt, dom var utvalda, det var viktigt att alla fyllde i.”

Resultat

I projektgruppen konstaterades att resultatet låg i linje med tidigare gruppundersökningar som är gjorda enligt metoden. En förvaltning berättade att man i screeningen hittade andra medarbetare i riskzon än vad både de och FHV trodde. FK uttryckte i uppföljande intervju en farhåga att de som var i störst behov inte hade svarat på enkäten.

7.2 Individuell återkoppling och stresshantering

Mål

I det delmål som inledde tidigare avsnitt om screening beskrevs att målet var att identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa och erbjuda dessa förebyggande insatser t ex stresshanteringshjälp.

Val av metod

På projektgruppens oktobermöte 2015 nämndes FHV:s kurs *Balans i livet*. När kursen erbjuds i Göteborg är målgruppen: Den som är helt eller delvis sjukskriven, eller på väg att bli sjukskriven till följd av utmattning (9).

När den erbjuds i Borås är målgruppen: Personer som är helt eller delvis sjukskrivna till följd av stressrelaterad sjukdom, men som närmar sig återgång till arbete. FHV i Göteborg har även en kurs som kallas *Stanna upp*, som riktar sig till: Individer som ligger i riskzonen för att bli sjukskrivna eller som varit sjukskrivna en kortare period för stressrelaterad ohälsa (10).

Detta var den metod som FHV föreslog på novembermötet 2015, skulle genomföras i hela regionen. I projektplanen sägs att medarbetaren kan behöva olika insatser, men inom ramen för MI erbjuds stresshanteringsutbildningen

Stanna upp. Andra insatser som kan behövas i ett individperspektiv sker inom förvaltningens ordinarie arbetsmiljöansvar” (11).

På frågan om varför man valde att lägga just en stresshanteringskurs inom ramen för MI kommer lite olika svar. En medlem i projektgruppen var tydlig med följande argument:

”Det är väl den enda evidensbaserade indikatorn för en god arbetsplats att det finns en tillgång till en stresshantering.”

Samtidigt som man från FHV var medveten om att det var en begränsning, att bara välja en insats att erbjuda inom projektet.

”Vi försökte vara noga med att säga: det är det här vi kan erbjuda från, det här är vad projektet erbjuder men sen är ju förväntningen att vi ska ha in andra åtgärder också. Det är väl det lite vi har fått tillbaka också: ja men tror ni att vi löser alla dom här bekymren med stresshanteringskurs. Det trodde vi ju inte.”

Innehåll i Stanna upp:

- Information om stress och vikten av vila/ återhämtning
- Fysisk aktivitet
- Kognitiv Beteende Terapi (KBT) vid sömnsvårigheter
- Stressreducerande tekniker
-

Urval

Personer med enkätsvar inom röda området är prio ett till ”Stanna upp”-kurserna, men i mån av plats även gula. Som prio tre kan även andra medarbetare utanför projektet (och därmed inte screenade) men som tillhör målgruppen för kursen delta. Detta för att säkerställa att det finns tillräckligt med kursdeltagare för att kunna starta kurser. Så var det tänkt i planeringen, men i praktiken var det inte lika enkelt.

Återkoppling

Den individuella återkopplingen gick till så att FHV tog kontakt med de som var

”dubbelt röda²” (totalt 115 personer). Man fick telefonlistor som HR i respektive förvaltning samlat in från cheferna, men ibland stämde inte medarbetarna med enheten och ibland var personerna oanträffbara på det aktuella numret. Det innebar ett ganska omfattande merarbete för företagssköterskorna och fick som konsekvens att återkopplingen dröjde. De gula skulle höra av sig själva. Det gjorde en del, men inte alla. Även återkopplingen till de gröna dröjde i vissa fall, vilket gjorde att medarbetare frågade sina chefer efter den utlovade återkopplingen per e-post. Återkopplingen på gruppnivå gjordes inom ramen för utbildningen i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap och beskrivs senare.

Trepartssamtal

Efter att FHV kontaktat medarbetaren och återkopplat resultatet, var tanken att man skulle ha ett möte där även chefen deltog, så att medarbetaren skulle kunna få stöd av sin chef att faktiskt göra en förändring. Metoden Trepartssamtal har varit en del av FHV:s stresshanteringskurs ”Välj väg. Att förebygga stress på din arbetsplats” (12), där man betonade chefens delaktighet och stöd i processen. 7 trepartssamtal har genomförts enligt slutrapporten (13).

Genomförande

Stresshanteringskurserna pågick en bit in i januari. Totalt deltog 17 personer enligt slutrapporten (13).

Reflektion utifrån val av metod

FHV återknyter även till den ursprungliga tanken att Stanna upp-kursen inte skulle vara det enda alternativet inom projektet man kunde erbjuda de deltagare som FHV kontaktade. De var i många fall inte mottagliga för en utbildning och menade att problemet låg någon annanstans. Man var heller inte villig att sätta sig i ett trepartssamtal, då man kände att skulden hamnade på dem själva som individ.

”Det är inte mig som ni ska skicka på utbildning.”

”Jag ska ändå sluta på det här jäkla stället.”

En del hade redan kontakt med FHV, så samtalet blev mer som formalia, medan andra reagerade positivt på att ha blivit kontaktade.

² Tecken förenliga med uttalad utmattning; ger distinkt misstanke om begynnande eller utvecklad UMS

”Några tackade så hemskt mycket för visat intresse men när det kom så här sent och dom har mått dåligt så här länge så var dom inte intresserade.”

Reflektion utifrån genomförande

Projektgruppens reflektion var att om Stanna-upp utbildningen hade haft löpande intag så skulle det inte uppstå lika stora problem som det blev nu med projektets snäva tidsram. FHV hade velat kontakta även de gula (167 st), men saknade uppgifter och det var heller inte beräknat resurser för detta utan de skulle anmäla sig själva vid behov, och det var det inte många som gjorde. Som det var nu lade FHV i vissa fall ner resurser på att förbereda för kurser som inte blev av, trots att det troligen fanns ett behov och att projektets syfte var att hitta en metodik som skulle kunna fungera fortsättningsvis. Men det var också andra svårigheter, som att medarbetarna kanske inte ville att chefen skulle få reda på hur man mådde. En annan svårighet för FHV var den korta tidsramen från telefonkontakt till dess att kursen behövde starta. Man konstaterade även att upplägget varierade mellan de olika enheterna och den snäva tidsramen medgav heller inte att utveckla ett enhetligt upplägg. Och var detta den bästa metoden, eller skulle man kanske använda den stresskola som ISM har tagit fram tillsammans med primärvården, var en annan reflektion hos FHV?

7.3 Uppföljande screening

Den uppföljande enkäten genomfördes i maj 2017. Svarsfrekvensen blev 56 %, jämfört med 73 % vid den första enkäten och målet 70 %. I projektgruppen diskuterade man möjliga orsaker till den lägre svarsfrekvensen och trodde att cheferna inte förmått att få engagemang eller i tillräcklig grad tryckt på för att få in svar samt att medarbetarna möjligen hade en känsla av uppgivenhet, att deras svar inte ger något resultat. En viktig slutsats för projektet som man skrev i minnesanteckningarna, var att om man inte väljer screeningenkät måste man hitta andra sätt att upptäcka och ta hand om tidiga signaler hos medarbetarna för att kunna förebygga sjukfrånvaro. För det är viktigt att fånga tidiga signaler.

Återkoppling

Denna gång sker återkoppling till samtliga medarbetare via mail. FHV skall inte ringa upp de rödaste (nu 65 st.), som vid förra tillfället, men de som vill ha stöd kan kontakta FHV. Några förvaltningar förberedde för att FHV skulle kunna arbeta uppsökande även efter den andra enkäten. Detta var aktuellt när

fokusgruppsintervjun gjordes, och flera konsulter från FHV beskrev frustration över bristande information om vad de förväntades göra, men man konstaterade samtidigt att det troligen inte skulle innebära någon större arbetsbelastning.

7.4 Hälsosfrämjande ledarskap och medarbetarskap

Mål och syfte

Ett av delprojektets mål var att öka kunskapen kring ett hälsofrämjande ledarskap och förebyggande arbete genom utbildning av första linjens chefer. Syftet med utbildningen var att stärka det hälsofrämjande perspektivet i det systematiska arbetsmiljöarbetet, öka medvetenheten om hälsa och förutsättningar för hälsa, uppmärksamma och arbeta med friskfaktorer på arbetsplatsen samt uppmuntra initiativ till hälsofrämjande satsningar.

I utbildningen ingick även en tilläggsmodul om försäkringskunskap med följande syfte:

- Kunskap kring sjukförsäkring, med fokus på förebyggande arbete.
- Insikt kring möjligheter att arbeta med plan innan eventuell sjukskrivning och för varaktig och hållbar återgång i arbete efter sjukskrivning (11).

Urval: Att cheferna är motiverade och vill vara med var ett viktigt kriterium för deltagande. Utbildningen kräver närvaro vid merparten av tillfällena, konstaterade man. Senare preciserade man detta till målet att cheferna ska vara med 85 % av utbildningstillfällena. I planeringen framhöll FHV att man önskade att även HR skulle delta i utbildningen. Det var inget krav på att cheferna skulle tillhöra samma ledningsgrupp. Varje förvaltning fick göra urval utifrån sina förutsättningar.

Upplägg: FHV hade ett färdigt koncept som man tillämpade på ett av sjukhusen, som därför kunde fungera som pilotutbildning. Utbildningen bestod av 7 gruppstillfällen á tre timmar med hemuppgifter fördelade över 6 månader. I praktiken blev det tätare träffar, med bara två veckor emellan mot tre till fyra som det brukar vara. Utbildningen är tänkt som ett redskap i en förändringsprocess.

Förankring: HR i respektive förvaltning höll i förankringsarbetet, vilket närmare beskrivs under respektive förvaltning. Processledarna från FHV

konstaterar dock att man ibland mötte chefer som inte var fullt informerade om vad syftet var med utbildningen och varför de skulle delta.

Genomförande: Under våren pågick rekrytering av hälsopedagoger, för att genomföra utbildningarna. Osäkerheten våren 2016, kring om FHV skulle ha resurser till att genomföra chefsutbildningarna, gjorde det svårare för förvaltningarna att planera in starten.

När man rekryterat nya hälsoutvecklare kunde de som redan startat inom pilotsjukhuset förbereda kurserna inom MI tillsammans med sina nya kollegor för att starta upp direkt efter sommaren. Inom projektet har cirka 80 chefer erbjudits och fullföljt utbildningen. Om man nådde upp till målet att cheferna skulle vara med 85 % av utbildningstillfällena är oklart.

Återkoppling av gruppresultat från enkäten: Organisationskonsulten från FHV gjorde en allmän presentation och delade ut varje chefs gruppresultat. Efter dragningen fanns det möjlighet för cheferna att ställa frågor kring sin grupps resultat, alternativt boka en tid senare. Projektet finansierade en halvdag för återkoppling per grupp av chefer. Om respektive förvaltning önskade mera tid för återkoppling så kunde de köpa till mera timmar på egen budget. LUQSUS-materialet är svårt för cheferna att tolka, enligt utvärderingen från pilotsjukhuset (14), vilket övriga förvaltningar beaktade i sin planering. I projektgruppen diskuterades önskemålet om en manual för hur chefen ska tolka sina resultat, men man valde att inte göra någon sådan. Om det finns behov av stöttning i hur man tolkar resultaten så kunde respektive förvaltning boka en timma med FHV som projektet stod för. Projektgruppen poängterade även att efter enkätresultaten delats ut behöver HR vara med och stötta cheferna när det gäller att jobba med resultaten på enheterna. När den uppföljande enkäten genomfördes i maj 2017, sammanföll det i vissa fall med pågående uppföljningsträffar i Hälsufrämjande ledarskap och medarbetarskap. Då hade det gått cirka ett halvår efter avslutad utbildning. En processledare beskriver hur cheferna reagerade på att frågorna var så negativt ställda utifrån ett riskperspektiv, jämfört med det hälsofrämjande perspektiv de nu börjat anamma. Detta hade de inte reflekterat över vid den första enkäten.

Reflektioner från processledarna: På projektgruppsmötet i december 2016 presenterade processledarna från FHV hur de genomfört utbildningen, att de haft verksamheten i fokus och utifrån det plockat in delar från det nya materialet i

Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Man delade även med sig av sina samlade reflektioner från genomförda utbildningar enligt följande:

- Stort engagemang och hög delaktighet i alla grupper
- Stort behov av att prata av sig
- För kort tid för att genomföra i praktiken, 2 veckor emellan träffarna är för tätt
- HR:s deltagande har varit positivt
- Återkopplingen av enkäten - svårt att fokusera på hälsofrämjande när man samtidigt ska rikta förebyggande insatser mot de som är i riskzonen och förebygga.

Man skickade även med reflektioner kring chefers förutsättningar och hur dessa kan stärkas samt några tips för kommande upplägg. Dessa reflektioner har presenterats för styrgruppen. HR-direktören vill veta mer om vad det är cheferna saknar när det gäller organisatoriska förutsättningar.

- Ledningsgrupper bör helst själva genomgå utbildningen för att skapa förståelse för hur deltagande chef kan stöttas.
- Se över de praktiska förutsättningarna för cheferna att genomföra övningarna som ingår i utbildningen.
- VGR på koncernnivå behöver bättre tänka igenom vad hälsofrämjande arbete innebär och hur det ska genomföras för att underlätta för chefer att omsätta kunskaperna i praktiken.
- Forum för chefer som genomfört utbildningen behöver skapas för att vidmakthålla och ge fortsatt möjlighet till erfarenhetsutbyte.

Reflektioner pilotutbildningen: I den utvärdering som gjordes kan man utläsa att samtliga chefer var mycket nöjda med utbildningen (14). Den ger en bra grund för egen reflektion och man har även kunnat använda materialet i dialog med medarbetarna. Erfarenhetsutbytet med andra chefer uppskattas och cheferna upplevde att det var en fördel att gå två från samma avdelning på utbildningen. Annars blir man lätt ensam i att leda ett förändringsarbete hemma.

Däremot upplevde cheferna att de blev splittrade av att få återkoppling på enkäten vid ett utbildningstillfälle, och att de hade svårt att fokusera på det hälsofrämjande materialet. Ett annat sjukhus hade samma erfarenhet, medan ett tredje lade återkopplingen till ett separat tillfälle. Vid fokusgruppsintervjun lyfte

utvärderaren av pilotprojektet att han fått en samstämmig bild i kontakten med andra deltagande förvaltningar; att man är nöjd med genomförandet oavsett var det har genomförts och med vem som agerar processledare, samt att materialet fungerar som ett redskap även efter utbildningen.

Reflektion från projektgruppen: Enligt förvaltningarnas HR-representanter i projektgruppen gav kursen cheferna ett tillfälle att även reflektera över sin egen situation och eventuellt göra nödvändiga förändringar. Det utrymmet saknas ofta i chefers vardag. Men det var kort om tid med tre timmar, då deltagarna hade ett stort behov av erfarenhetsutbyte. Det innebar att det blev för kort tid för reflektion och att göra något av det man fått till sig. Med bara två veckor emellan var det svårt att hinna göra något av hemuppgifterna. Det verkade överlag som om det inte blev så mycket åtgärder på arbetsplatsen under själva genomförandet av kursen, möjligen senare. Tilläggsmodulen med FK kanske inte gav så mycket ny information, men hjälpte till att ge en ökad förståelse över FK:s roll och vad man som chef kan förvänta sig. Att man i de flesta fall vistades i en annan lokal än nära sin arbetsplats har varit en fördel. I annat fall har det blivit mer splittrat och riskerat att påverka gruppdynamiken negativt.

Att HR skulle delta i utbildningarna var ett önskemål från FHV:s processledare och det verkar över lag ha utfallit positivt. I en förvaltning skall processledarna från FHV träffa HR för att klargöra rollerna inför nästa omgång, då det funnits synpunkter på att HR varit alltför tongivande vid det första utbildningstillfället. Det är ju cheferna som skall vara i fokus, menade man.

Fortsättningen: I projektgruppen diskuteras frågan om nätverksgrupper som fortsättning på Hälsöfrämjande ledarskap och medarbetarskap. Ska varje förvaltning göra sin egen planering eller ska de göra något gemensamt? Man fastslog att det inte ingår i projektet, men förvaltningarna kan beställa sådan fortsättning med FHV om så önskas. Förvaltningarna har med olika lösningar planerat för/startat ett fortsatt stöd till tidigare deltagare. I Regionservice innebär det till exempel att man träffas med stöd av FHV under 2017, för att därefter kunna fortsätta i nätverket själva. Man planerar även för hur nya grupper av chefer skall få samma erbjudande. Ett annat exempel är Kungälv's sjukhus, där man ombesörjt fortsatta träffar/nätverk med erfarenhetsutbyte, under ledning av en organisationskonsult från FHV.

7.5 Plan efter återgång i arbete

Syfte: Ett annat delmål för projektet var ”För att möjliggöra individanpassning i arbetet och undvika risk för återinsjuknande vill projektet utforma och testa ett verktyg i form av ”plan i förebyggande syfte” och ”plan efter återgång” (11).

Deltagare: Målgruppen var de chefer som ingick i MI. Dessutom deltog FHV. På ett sjukhus öppnade man upp för samtliga chefer att delta.

Genomförande: ”Verktuget” bestod i att FK anordnade workshop ute på förvaltningarna under våren 2017. Fokus var på hur man diskuterar kring tidiga signaler och hur man kan agera när man upptäcker dem. Genom workshopen fick de deltagande cheferna sätta fokus på möjligheterna för dem att individanpassa arbetet för medarbetare med upplevd stressrelaterad ohälsa eller risk för (13).

Reflektioner. Cheferna hade mycket frågor kring hur FK hanterar försäkringen. Projektgruppen menade att VGR som arbetsgivare behöver fundera vidare på hur de kan stötta chefer med kunskap om rehabilitering och möjligheter till arbetsanpassning. Budgetansvaret hindrar chefernas möjligheter att anpassa arbetsuppgifter, var en annan reflektion, och man konstaterade att organisatoriska förutsättningar för att utreda anpassning var ett utvecklingsområde! Ett av sjukhusen har dokumenterat de önskemål om stöd som cheferna framförde. En deltagare från HR upplevde att det var en bra dag, som gav tillfälle att tänka till, att det blev som en summering av projektet.

FK:s samtalsledare imponerades av hur medvetna cheferna var.

”Det märktes att dom hade gått den här utbildningen. Och dom liksom månade om sina medarbetare och så där. Men att det är svårt kanske att omsätta all kunskap i praktiken. Att just hitta verktygen för det.”

7.6 Analys av sjukfrånvarostatistik

Ett delmål för projektet var ”Att genom myndighetssamverkan kunna förbättra sjukfrånvarostatistik och sjukfrånvaroanalyser.” I projektplanen beskrivs detta som att utveckla bättre statistik och analys av sjukfrånvaro genom att arbeta med att sammanfoga den statistik som Försäkringskassan och VGR har på var sitt håll. Kartlägga möjligheter att nå synergieffekter av den delade informationen (11). Av minnesanteckningarna kan man läsa att en sådan grupp bildades vid

starten av projektet, men i denna utvärdering saknas uppgifter om hur processen avseende detta förlöpte under projektiden.

7.7 Hur interagerar projektets insatser med varandra?

Syftet med projektet. I FHV-intervjun återknöt man till syftet med projektet – att genom förebyggande insatser motverka sjukskrivningar.

”Vi var också extremt tydliga när vi träffade sjukhusledningen och sjukhusdirektören så att: Förvänta er inte att det blir en minskad sjukskrivning, för det är inte det vi är ute efter. Man ska titta och mäta detta, men det är inte det som är huvudsyftet, huvudsyfte är att minska inflödet.”

Det fanns dock ett delmål som både handlade om att minska inflödet till sjukfrånvaro samt att förkorta sjukskrivningar. Då projektets deltagare inte omfattades av sjukskrivna medarbetare, så kom den andra delen av delmålet att hamna ”i luften”.

Från individ till organisationsperspektiv: FHV diskuterade även dilemmat med att erbjuda stresshanteringskurs till de individer som ligger i riskzon, om det uppfattas som den enda insatsen.

”Jag tycker man skulle vara tydlig med när man gör en sån här sak, ett sånt här projekt att vi faktiskt jobbar på alla plan. Så man kunde ju vart tydlig med att säga till medarbetare att: nu jobbar vi chefer med dom här frågorna också.”

Man lyfte fram vikten av att inte skuldbelägga individen om förutsättningarna var dåliga. Å andra sidan kan det vara en poäng i att även erbjuda stöd till individen.

”Men det man kan göra under resans gång, att på något sätt försöka hjälpa dom att hitta ett sätt att hantera situationen tills förbättring kommer, så dom inte blir sjuka.”

Arbetsmiljöverkets nya föreskrift för organisatorisk och social arbetsmiljö kom samtidigt som projektet pågick, vilket en konsult reflekterade över.

”Men det är intressant att det enda man erbjuder så att säga det är individpaket när Afsens när mantrat där är organisationsperspektivet så.”

Att jobba med resultatet: I planen för screeningprocessen angavs att gruppresultatet skall ligga som grund för det hälsofrämjande arbetet och anger vad som behöver förbättras. Chefen arbetar med hälsofrämjande frågor med sina medarbetare fram till uppföljning som är sommaren 2017 (5). Underlaget från screeningen skulle användas i chefsutbildningen där chefen skulle få stöd i att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats. Chefen förväntades arbeta med sin arbetsgrupp under utbildningen t.ex. genom APT (15). Projektgruppen poängterade i intervjun att det inte fanns någon deadline för att vidta åtgärder, men tiden för uppföljningsenkäten var satt till sommaren 2017. En av FHV:s processledare berättade att även om deras uppdrag inte var att diskutera enkäten, så strävade de efter att anknyta till dess innehåll, såväl vad gäller teori som samtal om aktiviteter. De stöttade cheferna i att poängtera för medarbetarna att enkäten handlade om deras dagliga arbeten. I chefsutbildningen underströk man även vikten av att jobba med det som ligger bakom enkätresultatet. Man arbetade vidare med att kartlägga de insatser som redan sker utifrån den s.k. niofältaren, så att man kan få en bild av vilka rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande insatser som sker på individ, grupp eller organisationsnivå. I vissa fall deltog även de lokala organisationskonsulterna som ett stöd.

Processledaren reflekterade över att cheferna egentligen ställt samma fråga som medarbetarna, när även de ville lyfta ansvaret till en högre nivå.

”Går ledningsgrupperna? Det är ju dom som borde gå det här. Det har ju faktiskt cheferna sagt. Så dom säger ju exakt samma sak. Det är ju inte vi i första hand, utan det är dom som ger oss förutsättningar som borde gå den här utbildningen då.”

Reflektion om olika perspektiv: En projektgruppsmedlem beskrev hur diskussioner pågick bland deltagande chefer i den egna förvaltningen, om hur man som chef skall arbeta med de olika perspektiven från rehabilitering till hälsofrämjande, samtidigt. Att man går utbildningen för att arbeta med de med gröna svar och kanske gula, men att screeningen gör att allt ljus hamnar på de som avgett röda svar.

”Man gick på dom röda för det var ju panik, vilket gjorde att man kopplade inte ihop utbildningen: då liksom vänta lite hälsofrämjande, förebyggande, här har vi nu en mätning som visar att vi har illröda. Där blev det lite kortslutning innan man liksom kom på att: Ja just det! Det var dom gula vi skulle titta på egentligen. Ja men dom hamnade ju i skymundan, dom gröna var det ingen som brydde sig om.”

Detta dilemma var också något som man tog upp och fick stöd för att hantera i utbildningen Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap.

En annan förvaltning poängterade att budskapet till cheferna har varit

”Du kommer inte att veta vilka som är röda och det visste du inte innan heller, förrän dom kommer till dig och säger hur det är. Så den hälsofrämjande utbildningen är den du ska använda, det är dom verktygen du ska använda för att öppna upp dom dörrarna. Det finns bra verktyg i den utbildningen som skapar dom möjligheterna.”

Reflektion om tidsaspekten: I projektgruppen var man lite självkritisk till att det tog så lång tid från det att en medarbetare svarat på enkäten, till dess den blev kontaktad och slutligen fick ett erbjudande om att göra något åt sin situation. En orsak till att det tog längre tid än beräknat från enkät till återkoppling, var svårigheter för FHV att hitta rätt telefonnummer.

”Dom fyllde i enkäten i september och vi pratade om att få igång stresshanteringskurserna i december. Och det är rätt så lång tid för en individ.”

Samordning inom FHV: Projektet diskuterades löpande på ledningsgruppen samt på APT, men man hade inga särskilda MI-träffar för reflektion av pågående process. På arbetsplatsträffar dök dock frågeställningar upp som visade att de olika insatserna var dåligt synkade med varandra. Detta har även diskuterats i projektgruppen. Samtidigt är det chefens uppgift att hantera såväl rehabilitering av de redan sjukskrivna, som förebyggande för dem i riskgrupp och hälsofrämjande för arbetsplatsen som helhet.

8 GENOMFÖRANDE I FÖRVALTNINGARNA

8.1 Sjukhus 1 (pilotstudie)

Förankring: När sjukhuset anmälde sitt intresse för att delta låg man redan i startgroparna för att genomföra en utbildning i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Man fick snabbt OK att delta från sin HR-chef, som i sin tur har informerat vidare i ledningsgrupp och samverkansgrupp. Nu fick man från HR förankra att utbildningen skulle ingå i MI för chefer som redan hade anmält sig till en kurs. Därför fick man återigen prata med varje chef eller chefspar samt informera om de screening, som också skulle göras. Då var det ganska bråttom, men det fungerade bra.

”Den fick ju inte ens heta hälsofrämjande från sjukvården från början. För det var så känsligt, det ordet just då”.

Samverkan: Efter projektet beskriver FK:s representant hur man har ett ökat och mer strukturerat samarbete. Man har ett avtal, ses en gång i halvåret och vill hålla det goda samarbetet levande.

8.2 Sjukhus 2

Förankring: Man skulle rekrytera chefer till en grupp som skulle gå utbildningen i Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Man riktade sig till de som var särskilt intresserade, såväl från enheter med hög som låg sjukfrånvaro bland medarbetarna och som representerade olika kliniker. Förankring skedde i sjukhusledning och samverkansgrupp.

Samverkan: Även om screeninginstrumentet var okänt och lite svårtolkat, så var det en trygghet att veta vem på FHV man skulle vända sig till (företagssköterska på individnivå och organisationskonsult på gruppnivå). Att det var ett projekt i samverkan med FK, var i sig ett skäl till att man ville vara med. Man hade tidigare haft ett nära samarbete med FK, men kände nu att det behövde stärkas. Efteråt tycker man också att man arbetar med samarbetsformerna och fått ett närmare samarbete.

Fortsättning för chefer: Efter MI planerar man vidare för fortsatta utbildningsinsatser i Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Till en början vill man erbjuda kursen för de som arbetar med normalt. Målet är att alla

första linjens chefer skall genomgå kursen. Under tiden satsar man på nätverk. På sikt vill man även rikta sig till andra linjens chefer.

8.3 Sjukhus 3

Förankring: Sjukhuset hade deltagit i FHV NySam och därefter fortsatt dialogen med FHV om hur man kan ta sig an den höga sjukfrånvaron. Bland annat diskuterades Kraftsamlingen, som handlade om att stötta cheferna. Då kom MI som en naturlig fortsättning på pågående arbete. Att det fanns eldsjälur från FHV NySam-arbetet, där såväl HR, chefer och FHV deltagit, underlättade förankringen av MI-projektet. Man upplevde även att man redan hade en dialog i dessa frågor, både i ledningsgrupp och styrelse, vilket även det underlättade förankringen.

Urval: Sjukhuset hade genomfört screening på alla avdelnings- och verksamhetschefer, så man kunde använda sig av detta vid urval. Man övervägde alternativet att anordna utbildningen i befintliga ledningsgrupper, men verksamhetscheferna inte hade möjlighet att prioritera om. Däremot bestämde man sig tidigt för att de avdelningschefer som inte fick gå i första omgången, kom med i andra, och nu har man även bestämt att verksamhetscheferna skall gå.

Screening: När man skulle förankra den kommande enkäten, så hade man hjälp av att man redan genomfört enkäten på sjukhusets alla avdelnings- och verksamhetschefer. Då visste de chefer som nu ingick i urvalet för MI redan vad enkäten gick ut på. Man hade även genomfört enkäten på medarbetarna på en avdelning innan MI, vilket hade gett vissa effekter som gav anledning till oro, innan man skulle screena i större omfattning. Men så blev det inte, utan det fungerade bra med enkäten.

8.4 Sjukhus 4

Sjukhusets medlemmar i projektgruppen slutade båda under våren 2016, men ersattes av en ny medlem i början av hösten. Då det var väl förankrat i ledningen blev det aldrig ifrågasatt om man skulle fortsätta som deltagande förvaltning i MI. Däremot tappade man en del information i bytet, vilket gjorde att cheferna fick en mer knapphändig information, vilket gav projektet en knagglig start i själva genomförandet. I förankringen och genom hela projektet har även enhetschefen för FHV bidragit, med sitt engagemang för screeninginstrumentet inte minst, men även med information till cheferna.

8.5 Annan förvaltning

Urval: Man hade dels en grupp chefer inom ett område, vars deltagare till kursen i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap utsågs av områdeschefen. I den andra gruppen gällde ”först till kvarn”. Enligt HR var detta den grupp som blev mest välfungerande, då deltagarna var motiverade och bjöd på sig själva. Att de dessutom representerade olika verksamheter gav en dynamik i gruppen.

Förankring: Skulle ske i linjen via områdescheferna, som i sin tur fått information av HR att förmedla vidare till linjecheferna. Det fanns linjechefer som var lite oförstående och kände sig ”tillsagda att gå”.

Fortsättning för chefer: Cheferna önskade en fortsättning och så kommer det att bli, i ett nätverk med processledare till en början, därefter mer självgående. Man skall även erbjuda utbildningen till andra chefer och på annat sätt hålla i tråden att ge stöd till cheferna.

Screening: I denna förvaltning var det många medarbetare som inte kunde svara via web, utan man fick använda pappersenkät, vilket krävde mer arbete att administrera. Det gjorde också att återkopplingen drog ut på tiden, då FHV samlade enkäter och scannade in efter sista svarsdag.

9 ÖVERGRIPANDE FRÅGOR

9.1 Ekonomi

Budgeten för MI gällde 2016. Arbetsgruppen undersökte om det gick att sträcka på tidsplanen för genomförande av utbildningarna i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap till början av 2017, men fick ett nekande besked, och tvingades planera utifrån förutsättningarna att alla insatser skulle genomföras under året.

9.2 Kommunikation

En kommunikationsplan antogs av projektgruppen i april. Här presenterades exempelvis budskap utifrån målgrupperna på respektive förvaltning/sjukhus såsom ledningsgrupper, chefer på utvalda avdelningar, deras medarbetare och lokala fackliga representanter, samt lokal ledning och personliga handläggare på respektive FK. I kommunikationsplanen finns även en aktivitets- och tidsplan (2). Frågan om förankring har varit uppe kontinuerligt för avstämning i projektgruppen. Projektledaren påtalade vikten av att delprojektet är förankrat i högsta ledningen, bl.a. för att första linjens chefer kan behöva stöttning och det kan uppkomma frågor om budget. Man konstaterade även att det är viktigt att involvera de lokala fackliga företrädarna. Hur man valt att förankra har sett olika ut i olika förvaltningar, vilket närmare har beskrivits i tidigare avsnitt.

Våren 2017, när det var dags att summera projektet, poängterades att man i den fortsatta kommunikationen särskilt vill lyfta fram att åtgärderna inom MI lett till mycket nya idéer, aktiviteter och förhållningssätt till ett hälsofrämjande perspektiv. Under våren fick projektgruppen tillgång till kommunikationsstöd för att skriva slutrapport och för kunskapsspridning.

9.3 Samverkan och roller

FHV som strategisk resurs: När man på ett av sjukhusen diskuterade insatser för att göra något åt sin höga sjukfrånvaro, så har FHV varit en naturlig partner och det gäller även i planering av MI. På ett annat sjukhus hade man också ett nära samarbete med FHV, som gjorde att man kunde hitta lokala anpassningar och inte bara gå på det som var riggat i projektet, vilket framhölls som en fördel. Att FHV tillfrågades att ingå i projektgruppen först när man närmade sig genomförandefasen fick negativa konsekvenser för projektet, vilket såväl förvaltningarna som FHV påtalat. Samtidigt som man lyfter fram det som en styrka att FHV finns med som en samarbetspartner.

FK:s roll: FK beskriver själva att det inledningsvis var svårt att hitta sin roll i projektet, då grunduppdraget gäller de som faktiskt är sjuka, medan projektet riktade sig till de i riskgrupp. Man upplevde dock att FK:s roll blev tydligare under projektets gång och att man kunde bidra med kunskap om hur man kan stötta cheferna. Man har kunnat konstatera att det finns ett fortsatt stort behov av information om försäkringskunskap, så det planerar man för efter projektet. Det har varit lärorikt att få höra hur arbetsgivare tänker.

9.4 Utvärdering

Utvärderingsplanen: Utvärderingen av resultatet för medarbetarna sker via den uppföljande enkäten. Alla får återkoppling via mail från FHV. FHV får i uppdrag att återkoppla resultat från uppföljningsenkät till respektive förvaltning på det sätt som förvaltningen tycker är lämpligt. Projektet står för 3 timmar återkoppling per grupp. Man skall även följa upp de olika insatserna och det fortsatta hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen. Även för cheferna kommer man att följa upp deltagande i de olika aktiviteterna samt det fortsatta hälsofrämjande arbetet. På förvaltningsnivå vill man ta reda på ledningens uppfattning om det arbete som skett inom MI-projektet i den egna förvaltningen. Dessutom finns andra stödpunkter med som t.ex. utvärdering av projektorganisation, FHV samt sjukfrånvarostatistik (16). Inget av detta finns att tillgå i processutvärderingen.

Genomförande: På novembermötet diskuterades uppföljningen av delprojektet och man planerade för detta med hjälp av FHV. Då diskuterades om uppföljningstiden även skall sträcka sig efter projekttidens slut. Under våren 2016 tog man kontakt med ISM och hade ett möte för att få stöd i upplägget av utvärderingen. Medskicket var att man troligen inte kommer att se någon

förändring i sjukfrånvaro på gruppnivå. Däremot är det intressant att se vad som händer med de individer som har visat ”utmattningsvarning” vid screeningen. Här borde det gå att utläsa effekter på individnivå. Sjukhuset som genomförde ett pilotprojekt genomförde enkäten tidigt på våren, övriga i maj 2017. Svarefrekvens på uppföljningsenkät 2017 var 66 %, jämfört med 73 % vid det första tillfället. Projektledaren skall tillsammans med FHV utvärdera vad som har hänt med de som var i riskzonen (”gula och röda”) förra gången: Har de svarat på uppföljningsenkäten och i så fall hur har de svarat? Är det nya personer som blir gula/röda?

Reflektioner: FHV ser ett dilemma i att man från projektet inte tänkt igenom från början hur utvärderingen skulle gå till. Det fick till exempel som konsekvens att företagssköterskorna tre månader efter genomförda samtal blev uppmanade att teckna ner viktiga iakttagelser, vilket är svårt att minnas. Likaså hade man i utskick av enkäten kunnat rigga från början för en uppföljning som visade på rörelsen mellan olika grupper.

”Dom som var röda då eller gula sist, har dom svarat denna gång och hur har man svarat. Det är ju väldigt intressant. Eller är det som så att dom som är röda eller gula eller röda är helt nyrekryterade människor.”

10 STYRKOR OCH SVAGHETER

10.1 Styrkor/Möjligheter

Samverkan: Att man möttes, VGR och FK på en övergripande nivå. Det var lite unikt. Men också att olika förvaltningar möttes och att det inte bara gällde sjukvård. Att FHV var med, gav en extra tyngd. Överhuvudtaget det unika samarbetet som är möjligt med en intern FHV som inom VGR. En projektgruppsmedlem från en förvaltning uttryckte det enligt följande:

”... samarbetet mellan Försäkringskassan och Hälsan & Arbetslivet, att det blev lite tryck i det även därifrån. Det var inte bara VGR utan det kom även en intressent (utifrån), gjorde att det fick lite status så sett. Det gjorde att det blev tyngd i det.”

FHV beskrev i sin fokusgruppsintervju också hur nöjd man var med samarbetet, som inbegrep HR från olika förvaltningar.

”Det känns som man är i samma företag, man har samma ambitioner, man vill samma saker. Och det tycket jag har varit väldigt, väldigt bra.”

”Jag tycker att vi har haft otroligt bra dialog likväl som vi faktiskt, när vi har fångat upp individer som kanske inte fullt mår bra i chefsgrupperna så har vi, haft dialog med HR hur dom kan gå vidare.”

Engagerad projektgrupp: Roligt att delta på grund av övriga medlemmar i projektgruppen. Att börja prata om att bli en hälsofrämjande arbetsgivare sprider en positiv anda. Trots att några medlemmar fallit ifrån och andra kommit till, så har engagemanget i gruppen kvarstått. Vikten av att ha en engagerad projektledare i den egna förvaltningen lyftes också, för att kunna kommunicera och förankra.

Evidensbaserade metoder: Att man använde sig av metoder som redan var säkerställda, var också en styrka, menade projektgruppen. Positivt att ha ISM så nära.

”Vi är på banan forskningsmässigt. Det triggas igång oss i frågorna.”

Hälsofrämjande ledarskap som metod: Kvalitet i genomförandet oavsett ledare. Ger tillfälle till erfarenhetsutbyte med andra chefer. Ett material som är användbart även efter utbildningen, kommenterar utvärderaren av pilotutbildningen från FHV.

Screeninginstrumentet som metod: Som det nu är utvecklat kan instrumentet användas på individ, grupp och organisationsnivå, var en synpunkt från fokusgruppsintervjun med FHV.

Den individuella återkopplingen: Från FHV lyftes även den riktade återkopplingen till medarbetare i riskzon upp som en styrka sett ur såväl medarbetar- som chefsperspektiv.

”Dom är tacksamma för att få möjlighet att berätta sitt och kanske blivit slussade vidare, och fått hjälp med det som har gått att få hjälp med. Också cheferna har också varit tacksamma, för i många fall, det här är en känd person som haft problem länge, och det har varit mycket bekymmersamt länge. Och då pratar vi psykisk ohälsa.”

Engagerade chefer: Att man hade blicken på cheferna, var en styrka i upplägget, menade projektgruppen liksom att cheferna är så engagerade i medarbetarnas hälsa.

En lärande organisation: Tack vare att VGR är en så stor organisation är det möjligt att genomföra projekt som MI, med ett lärande över förvaltningsgränserna. Att kunna utveckla metoder som kommer hela organisationen till gagn.

10.2 Hinder/Svagheter

Kort projekttid: Att alla insatser skulle genomföras under 2016, på grund av att det inte var budgeterat medel efter det och att det i praktiken snarare innebar att de flesta insatser genomfördes under hösten 2016, var troligen det största hindret. Projektgruppen önskade en förlängning av genomförandetiden, men fick till svar att det inte var möjligt.

”Jag upplevde det som om hela projektet sprang lite efter.”

Detta skapade viss frustration i projektgruppen under planeringsfasen, då vissa delar var spikade, men förutsättningarna ändrades efter hand. Mycket planering gjordes ad hoc. Detta fick konsekvenser inte minst när FHV skulle mobilisera resurser, men man framhåller samtidigt att just denna mobilisering var något positivt i sig.

”Det kräver att man skärper till sig så. Har man obegränsat med tid så kan man ju gå och slira lite för vi har så mycket annat att stå i så. Det kan ha haft en fördel. Haft ett och ett halvt år varit optimalt kanske.”

FHV kom sent med som samverkanspartner: Att FHV kom med så sent i processen, ser man själva som en stor nackdel. Det mesta var redan bestämt. Man hade gärna velat medverka med sin specifika kunskap i val av insatser kopplat till syftet och för att planera utvärdering. Upplägget innebar också att det blev kort om tid att planera för genomförandet.

FHV:s egen organisering: FHV:s representant blev i praktiken en intern projektledare inom FHV, men ett tydligt uppdrag från början hade underlättat. Under fokusgruppsintervjun framkom också exempel där utförare av olika insatser i MI-projektet saknat information om kommande insatser. Någon menade att FHV inte är van att arbeta som projektorganisation.

Man behöver lyfta fram spetskompetens och frigöra tid för utvecklingsarbete kopplat till projektet. Kunna samlas och formulera viktiga frågor som man sedan kan ställa i en dialog med i detta fall en projektgrupp, inte bara effektuera en beställning.

”Det som händer i såna här projekt det är att man jobbar rätt mycket extra eller man skjuter från höften eller i frustration.”

En annan konstaterade att det varit svårt att prioritera projektet bland övriga punkter på ledningsgruppens agenda och tog exemplet information om den uppföljande enkäten.

”Men ibland är det ju som så att vi chefer, det liksom glöms av i allting annat som ska göras. Så informationen kring det här då som faktiskt är ett viktigt projekt och har en stor betydelse, så kan ju en sån här fråga glömmas bort.”

En av utförarna till de många insatser som FHV genomförde uttryckte följande viljeyttring:

”Jag skulle velat haft mer framförhållning. Jag skulle velat känt mig mer delaktig i vad det var projektet var. Jag skulle vilja ha en större helhetsbild och veta var är jag nånstans i det. Framför allt mer, information om projektet och vad jag skulle göra, ja det är så.”

Bristande kontinuitet: Där det skett byte av viktiga nyckelpersoner i förvaltningarna, som exempelvis på ett av sjukhusen, så har det fått konsekvenser i genomförandet, både gentemot chefer och i samverkan med FHV.

”Så cheferna fick ju väldigt knapp information. Så vi fick en knagglig start, det är bara att erkänna.”

”Våra kunder kände till projektet och ringde om det och vi står där som idioter.”

11 FRAMTIDEN

Under våren diskuterade man i projektgruppen hur man kan fortsätta samarbetet mellan FK och VGR när Mobiliseringsinitiativet tar slut. Den deltagande förvaltning som har verksamhet i hela regionen, önskar en övergripande överenskommelse, till exempel för att sprida goda exempel på vad som görs lokalt. Den frågan finns med i det fortsatta samtalet mellan VGR och FK. Det finns ansvariga personer utsedda inom VGR och FK, för att föra över projektets erfarenheter till ordinarie verksamhet. Ett sjukhus berättar att de kört frukostmöten på FHV tillsammans med FK, vilket varit mycket positivt. Det finns ett önskemål från flera förvaltningar om att ha inne FK för att informera om försäkringen med jämna mellanrum. Att arbeta med tidiga signaler, kan ses som en naturlig fortsättning utifrån MI och förvaltningarna nämner Hälsosam³, som ett hjälpmedel. Man behöver både dokumentera, men också aktivt följa upp sjukskrivningar.

Utbildningarna i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap kommer att fortsätta i många förvaltningar, som även planerar att nu inkludera verksamhetscheferna och på ett sjukhus även sjukhusledningen. Men man diskuterar, och har i vissa fall redan planerat in, hur man skall hålla det vid liv genom olika former av träffar/nätverk, när utbildningen är avslutad. Projektet haft även haft ett bra och nära samarbete med FHV och projektgruppen diskuterade innan sommaren hur man kan fortsätta med detta. De vill särskilt betona detta som en framgångsfaktor i projektets slutrapport. Erfarenheter från MI finns också med i den s.k. arbetsmiljösatsningen 2017 (en budgetförstärkning för att sänka sjukfrånvaron), som startade 2017 och även pågick under 2018. Att väva ihop forskning, FHV och cheferna ute är en bra metod, menade projektledaren för delprojektet.

³ Ett planerat system, integrerat med ett större personaladministrativt system, i syfte för att underlätta uppföljningen av rehab.ärenden.

12 DISKUSSION

12.1 Projektets förutsättningar

För att lyckas med ett förändringsarbete krävs vissa grundläggande förutsättningar, som till viss del berörts i tidigare avsnitt i diskussionen. Det kan handla om (17);

- ett starkt ”stöd” uppifrån (se hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap)
- en hög grad av delaktighet av berörda i hela genomförandeprocessen (FHV som strategisk resurs)
- En tydlig koppling mellan driftsfrågor och utvecklingsfrågor (se hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap)
- att nödvändiga resurser avsätts för utvecklingsarbetet
- att det finns en kompetent projektledning/strategisk grupp/arbetsgrupp som driver arbetet.

Ett av de största hindren som lyfts fram i detta delprojekt är tidsaspekten, att budgeten enbart omfattade 2016 och att det inte fanns möjligheter att förlänga exempelvis chefsutbildningen. Däremot fanns en strategisk grupp/projektgrupp och farhågan att man inte skulle ta tillvara engagemanget i den spontant bildade arbetsgruppen verkade inte ha besannats, utan arbetsgruppen övergick till att vara projektgrupp. Visst hade det varit en fördel om projektledaren varit utsedd tidigare, men gruppen verkar ha klarat av kontinuiteten trots detta och trots byte av medlemmar i vissa fall, vilket är ett gott betyg.

Även om VGR som arbetsgivare, inom MI, var ett kort projekt, så finns det goda förutsättningar att inom VGR agera som en lärande organisation och bygga vidare på erfarenheterna från exempelvis FHV NySam och MI i den pågående och fortsatta Arbetsmiljösatsningen och inte minst i det kontinuerliga arbetsmiljöarbetet i samverkan mellan linjeorganisationen och viktiga stödfunktioner, såsom HR och FHV.

Slutsats

Utifrån projektets syfte var projekttiden alltför kort. Ett förändring: behöver mera tid för att kunna utvärdera om arbetet fått önskad e

12.2 Skapa en gemensam plattform

Det övergripande målet med delprojektet VGR som arbetsgivare var att testa olika insatser och därmed öka kunskapen om effektiva metoder för att förebygga sjukfrånvaro. I ett av delmålen uttrycks att man både vill minska inflödet till sjukfrånvaro och förkorta sjukskrivningar. I ett annat delmål belyste man den första delen, då man ville identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa och erbjuda dessa förebyggande insatser i syfte att förhindra sjukfrånvaro. Därför var fokus tidigt i projektet på metoder för att identifiera medarbetare i riskzon, och för att kunna rikta förebyggande insatser mot dessa. Samtidigt lyfte man fram vikten av att stärka cheferna i att bedriva ett hälsofrämjande ledarskap på arbetsplatsen. Därmed kom det hälsofrämjande perspektivet att ta plats vid sidan av det förebyggande. Båda perspektiven fanns även med i själva insatsen vars delmål var att öka kunskapen kring ett hälsofrämjande ledarskap och förebyggande arbete genom utbildning av första linjens chefer. Av intervjuerna framgick att det inom projektgruppen fanns en viss spretighet, framförallt från starten, i olika utgångspunkter och perspektiv. Följande text ur projektplanen (11) illustrerar en sådan otydlighet: ”Avsikten är att på ett hälsofrämjande sätt undvika sjukskrivning för egen personal.”

Att de hälsofrämjande och förebyggande perspektiven, liksom det rehabiliterande, verkar sida vid sida i arbetet för en bättre arbetsmiljö, är både naturligt och eftersträfvansvärt. Det mest framgångsrika har visat sig vara att fokusera på breda strategier för att stärka hälsan för samtliga medarbetare, kombinerat med riktade interventioner mot specifika riskgrupper (18). Men även om de förebyggande och hälsofrämjande perspektiven kompletterar varandra, så har de olika teoretiska utgångspunkter, vilket kan behöva tydliggöras (19). Det förebyggande perspektivet har ohälsa som utgångspunkt. Det handlar om att identifiera riskfaktorer och hitta strategier för att minska risken att utveckla sjukdom och annan ohälsa (”minska risken för stressrelaterad psykisk ohälsa”).

Det hälsofrämjande bygger på den salutogena logiken (hälsans ursprung) där det helhetsorienterade synsättet utgör en utgångspunkt och där relationen mellan samverkande faktorer utgör en viktig förståelsegrund. Om man avstår från att definiera vilket av dessa båda perspektiv som man vill utgå från, så får det konsekvenser i förhållningssätt och val av insats. Det övergripande målet med dess många delmål ger ingen tydlig vägledning.

För att ett hälsofrämjande förändringsarbete skall ha så goda förutsättningar som möjligt krävs även (19):

- en tydlig idé som omvandlas till mål som man är överens om
- en samsyn kring förväntat resultat
- ett gemensamt språk och viss kompetens kring hälsofrämjande frågor

Erfarenheterna från det processtöd som bedrevs i reflektionsgrupper med chefer, HR och FHV under FHV NySam, visar att det kan behövas ytterligare kompetensutveckling om man vill åstadkomma ett annat arbetssätt där man i större utsträckning arbetar proaktivt och med de organisatoriska förutsättningarna. Det gäller både bland chefer och stödfunktioner så att en större samsyn utvecklas inom det hälsofrämjande kunskapsfältet. Detta gäller både hälsofrämjande som idé, vilken teoribildning som ger stöd och hur man kan arbeta hälsofrämjande på olika systemnivåer. Detta inte minst för att kunna uppnå resultat och värdera dessa på ett reflekterat sätt (19).

Slutsats

Det förebyggande och hälsofrämjande perspektiven är komplementära, men man behöver avsätta tid och resurser för att skapa en samsyn och gemensamt språk. Projektet hade mått väl av att projektgruppen i inledningsskedet hade ägnat tid åt att diskutera varandras förväntningar och de perspektiv man tar som utgångspunkt, för att därefter skapa en gemensam plattform från mål och delmål till planerade insatser, genomförande och utvärdering.

12.3 Sätt insatserna i ett sammanhang

Liksom det i projektet fanns en förväntan att arbeta från såväl förebyggande som hälsofrämjande perspektiv, så fanns det en önskan att arbeta med insatser såväl på individnivå, som på grupp- och organisationsnivå. Valet av screeninginstrument motiverades delvis med att man både fick uppgifter på individnivå, som kunde återkopplas individuellt, och på gruppnivå, som återkopplades till chefen som underlag för olika insatser. För att ett hälsofrämjande arbete skall bli långsiktigt hållbart behöver man både arbeta med arbetets risk- och friskfaktorer, men också stödja individers möjligheter att behålla och utveckla så bra livs- och arbetsförhållanden som möjligt (20-25). Genom att välja en metod för kartläggning som ger information på flera systemnivåer har projektet lagt en grund för att kunna kombinera olika insatser mot individ, grupp och organisation.

Utifrån de identifierade problemområdena analys av sjukfrånvaro, chefsrollen och riskgrupper för kommande sjukskrivning, fördes allt från starten i maj till hösten 2015 samtal i den spontant bildade arbetsgruppen, om vilka insatser som kunde vara aktuella. Man var klar över att man ville genomföra en screening för att fånga medarbetare i riskzon och detta bestämdes senare till LUQSUS-K som kan användas på både grupp- och individnivå. Önskan att stötta cheferna med kunskap och erfarenhetsutbyte utmynnade i kursen i hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap. Den åtgärd som därutöver kom att finansieras inom ramen för MI-projektet var en stresshanteringskurs. Att man valde just denna insats var nog mer ett uttryck för att man plockade upp en aktivitet som man hört talas om att FHV hade i sitt utbud på vissa enheter, än att man gjorde ett medvetet val utifrån syftet. Där hade FHV kunnat bidra med konsultativt stöd om man hade varit med redan när projektplanen formulerades.

En vägledande princip utifrån ett hälsofrämjande perspektiv är att alltid sätta frågan i sitt sammanhang och att utgå från den aktuella kontexten (26). Med det som utgångspunkt hade man istället kunnat ge stöd för att inom varje förvaltning utifrån valda enheter och den information som framkom i screeningen komma fram till vilka insatser som hade varit mest relevanta. Det är fullt förståeligt att man med projektets tydliga fokus på att fånga medarbetare i riskzon för stressrelaterad ohälsa också ville erbjuda ett stöd, utöver uppföljande samtal.

Men vi vet av tidigare forskning att insatser som riktar sig till flera nivåer samtidigt (individ/grupp/organisation) ger bäst resultat (27) och från utvärderade projekt har vi lärt att ett upplägg som fokuserar på individens ansvar, men där medvetenheten om behovet av organisatoriska insatser i arbetsmiljön är otydligt, istället kan få en kontraproduktiv effekt (28, 29). Så även om det i projektplanen fanns ambitioner att man med chefsutbildningarna skulle uppmuntra till olika satsningar på arbetsplatsen, vilket till viss del gjordes, samt att man återkopplade gruppresultatet till cheferna i samband med utbildningen, så är det svårt att utläsa om detta har förekommit i någon nämnvärd utsträckning. Kanske hade man i projektgruppen behövt rusta på ett annat sätt för att via chefsutbildningen och eventuellt andra insatser stödja cheferna i att även se till arbetets organisering och lämpliga insatser utifrån det. Det hade varit ett utvecklingsarbete i sig, ett arbete som just nu pågår, inte minst inom ramen för Arbetsmiljösatsningen 2017, som Hälsan och Stressmedicin är involverad i (30).

Men även i MI-projektet hade man behövt reda ut vad som är huvudfokus och vad som är ”bakgrund” (19). Vilken systemnivå som varit huvudfokus respektive bakgrund i detta fall är inte tydliggjort i projektgruppen, men den ursprungliga idén att rikta insatser till medarbetare i riskzon framstår som huvudfokus samt att chefsstödet till viss del också haft individfokus, då det riktats till utvalda chefer. Däremot är insatser på organisationsnivå och med fokus på organisatoriska förutsättningar svagare, även om Arbetsmiljöverkets föreskrift för organisatorisk och social arbetsmiljö (31) framhålls som en viktig utgångspunkt för VGR:s arbetsmiljöarbete. Att huvudfokus ligger på individperspektivet framgår relativt tydligt av dokument och intervjuer. Men man berättar även om viktiga framgångsfaktorer som förbättrad samverkan och gemensamma plattformar. Dessa viktiga organisatoriska faktorer presenteras dock snarare som en kuliss bakom de ”verkliga” insatserna. Ett grundarbete i projektgruppen, för att tydliggöra förväntningar och skapa en större medvetenhet, hade kunnat leda till att man i större utsträckning knutit samman de båda perspektiven.

Slutsats

Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen. I projektet fanns förväntningar på att detta skulle ske, men i praktiken har huvudfokus varit på individnivå och det saknades en röd tråd mellan de olika delarna i projektet.

12.4 FHV som strategisk resurs

Trots att man framhöll samverkan med FHV som en viktig framgångsfaktor, så inbjöds inte FHV att delta i projektet förrän det var dags att gå över i en genomförandefas. Därmed gick man miste om värdefull expertkunskap vid upplägg av projektet som helhet. Det skapade även en brådska som kanske inte hade behövt vara lika påtaglig, om man planerat tillsammans från starten. Inom FHV NySam har man särskilt studerat i vilken utsträckning FHV utgör en strategisk resurs och vad som krävs för att åstadkomma detta (32). Man konstaterar att FHV har en stark legitimitet i rehabilitering, mera sällan i förebyggande, nästan aldrig i hälsofrämjande. För att såväl FHV som HR skall kunna vara en expert gentemot cheferna och verksamheten och bli anlitade som en strategisk resurs, så krävs enligt resultatet från FHV NySam både en likhet och en olikhet mellan de olika parterna.

Likhet kan till exempel handla om timing, att anknyta till pågående processer och till metoder och verktyg som chefer behöver för att förstå sin kontext. Olikhet innebär att man som expert erbjuder något som man inom verksamheten inte redan har. Det kan vara evidensbaserade metoder, teoretiska modeller/koncept eller förmåga att ta vara på olika kompetenser och verktyg som är tillgängliga inom FHV-teamet. I denna utvärdering finns flera exempel på där FHV skulle ha kunnat utveckla båda delarna, t.ex. genom att tidigare involvera aktuella medarbetare, så att de ges möjlighet att se sin egen insats i relation till övriga insatser och projektet som helhet. Genom att vara med från starten hade man internt i FHV kunnat organisera för ett sådant upplägg och därmed kunnat bidra med evidensbaserade råd på inte bara enskilda metoder utan upplägget som helhet. Projektgruppen sökte på olika sätt medvetet efter metoder som var evidensbaserade, så förståelsen fanns, men tidsplanen satte käppar i hjulet.

Slutsats

FHV kom in för sent i projektet. I framtiden behöver VGR utveckla arbetssätt som gör det möjligt att använda FHV som en strategisk resurs även i förebyggande och hälsofrämjande arbete.

12.5 Förebyggande insatser för medarbetare i riskzon

Att fånga upp medarbetare med förhöjd stressnivå och erbjuda åtgärder och behandling i förebyggande syfte var ett tydligt uppdrag för projektet. Det fanns en evidensbaserad metod för screening, med goda erfarenheter och förankring inom FHV, men det krävdes ett relativt omfattande utvecklingsarbete i samarbete mellan FHV, ISM och AMM Lund. Utvärderingen har pekat på svårigheter som att få tidsutrymme att bedriva ett sådant utvecklingsarbete samt en större tidsåtgång än man trodde, då man inte bara kunde arbeta med webbenkäter. I återkopplingen har också identifierats svårigheter som säkert går att överkomma genom att göra annorlunda fortsättningsvis. Det gäller t.ex. hur man blir säker på och överens om vilka som skall ha återkoppling och för att förkorta tiden från det att medarbetaren fyller i en enkät till dess hen blir kontaktad. Det låga bortfallet är ett gott betyg för att man lyckades motivera medarbetarna till att svara, inte minst genom att cheferna engagerade sig i detta. Och även om utvecklingsarbetet fick ske ”med skohorn”, så har man nu ett utvecklat verktyg färdigt att använda i större skala.

Även i detta fall hade det varit en fördel om FHV kommit med i projektgruppen från starten och kunnat planera sina insatser samt förankra bättre än vad som idag var fallet. Men det kräver också från FHV ett internt arbetssätt, som inte agerar som om varje insats är separat, utan involverar aktuella medarbetare tidigt, så att var och en kan utföra sina uppdrag utifrån en gemensam utgångspunkt och för att projektet skall kunna använda sig av FHV:s sammanvägda kompetens från planering till utvärdering. Genom att komplettera den bild man fick via screening till att även addera informell information och skapa mötesplatser för att analysera och se mönster att agera utifrån, så hade man tagit vara på såväl bredden i FHV-kompetens som det goda samarbetet med chefer och HR.

Inom ramen för FHV NySam har man gjort en särskild delstudie över hur man kan fånga tidiga och svaga signaler och förebygga arbetsrelaterad ohälsa (33). Där betonas vikten av att i samverkan chef, FHV och HR lägga samman sina olika bilder och göra en gemensam analys där man söker efter grundorsaker. Då behöver man mötas regelbundet och ha en avsikt att tillsammans hitta mönster att förändra.

Svaga signaler kopplas ofta till enskilda individer och till de insatser som görs för att en viss person ska få hjälp och stöd. FHV har dock goda förutsättningar att upptäcka svaga signaler ur ett organisationsperspektiv, men verkar ha svårt att kanalisera sina iakttagelser för att göra dessa gällande i en beslutsprocess med överordnade chefer. Ledningsgrupper förlitar sig ofta enbart på formell information. Det måste i organisationen finnas utrymme för att lyfta fram och diskutera även informell information. Det handlar då bland annat om att se över formerna för kommunikation. Det kan till exempel handla om att delar av möten har en icke förutbestämd agenda, som öppnar för diskussioner kring svaga signaler och andra frågor av betydelse. Det kan också vara viktigt att det finns möjlighet att träffas i korridorer eller fikarum, den fysiska närheten är av betydelse och kan möjliggöra för personliga möten. Utifrån de goda erfarenheterna av samverkan och närheten till en intern FHV som lyfts fram i projektet, borde det även finnas förutsättningar för att på detta sätt komplettera informationen från screeninginstrumentet och för att på bredare och bättre beslutsunderlag vidta åtgärder även på organisationsnivå.

För att ge stöd till de medarbetare som i screeningen visade en hög stressnivå, erbjöd man inom ramen för projektet en stresshanteringskurs. Utöver tidigare invändningar som mer handlat om valet av stresshanteringskurs som enda uppföljande insats inom projektets finansiering, så visar utvärderingen på svårigheter att rekrytera deltagare. Det finns dock förslag till hur man kunnat göra annorlunda, exempelvis vad gällde urval och kontaktuppgifter. Vad var det som gjorde att man fastnade för Stanna upp som metod för stresshantering? Projektgruppens förväntan verkade vara att detta var en metod med god evidens och tillgänglig i hela regionen, men var det så?

Vilken dialog förelåg innan man fastnade för just denna metod och hur gjorde man för att kvalitetssäkra densamma? Här verkar finnas en förbättringspotential från båda sidor för att i dialog komma fram till den mest effektiva metoden. Ett sådant utvecklingsarbete skulle, precis som i fallet med screeninginstrumentet, FHV kunna bedriva i samverkan med ISM, som tagit fram en stresskola i samarbete med primärvården (34).

Slutsats

Det screeninginstrument som vidareutvecklats inom projektet är värdefullt, och kan med fördel kompletteras med andra informationskällor för att fånga och analysera svaga signaler, så att insatser kan sättas in i ett tidigt skede och även inkludera organisatoriska förutsättningar.

Genomförandet av stresshanteringskurserna visade på svårigheter i rekrytering och genomförande. Metoden går att utveckla liksom dialogen som leder fram till val av insats.

12.6 Bygg vidare på en god samverkan

När deltagarna i de olika intervjuerna ombeds att lyfta fram styrkor och framgångsfaktorer, så är samverkan en tydlig gemensam nämnare. Att man möttes VGR och FK på en övergripande nivå var unikt, men flera förvaltningar har också tryckt på värdet av en ökad samverkan med FK. Detta var även ett viktigt motiv för att delta och i efterhand har man sett en positiv utveckling. I projektgruppen lyftes även upp den unika möjlighet som finns inom VGR till nära samverkan mellan verksamheterna och en inbyggd FHV. Trots att FHV kom in sent i processen är bilden av samverkan positiv från båda håll. Men samverkan över förvaltningsgränserna i ett projekt som detta, lyfts också fram som en styrka och i detta fall även mellan sjukvårdsverksamheter och annan VGR-verksamhet. Tre av de deltagande sjukhusen har tidigare deltagit i AFA-projektet FHV NySam, som handlade om att utveckla nya samarbetsformer mellan chefer, FHV och HR och hitta nya arbetssätt för att i större utsträckning arbeta förebyggande och hälsofrämjande (35).

När man studerat hur man kan öka samarbetet mellan olika yrkesgrupper betonas bland annat vikten av att samarbetet uppfattas vara till nytta för kärnverksamheten (36). I detta fall låg utmaningen och möjligheten i att via projektet hitta nya metoder för att ta sig an ett bekymmer som stod högt på agendan för samtliga deltagande förvaltningar, nämligen den höga sjukfrånvaron. Detta var säkerligen ett viktigt incitament som gjorde att man strävade vidare i samverkan, trots att flera uttryckt frustration över en trevande start och i vissa fall bristande förutsättningar.

Utifrån erfarenheterna i FHV NySam ges fem råd för att stärka samarbetet:

- möten i vardagen
- tillskapande av specifika arenor
- access till beslutande organ
- allianser mellan individer
- ta vara på evidens och berättelser

Att skapa specifika arenor där man kan prata om roller och förväntningar kan vara ett sätt att förbättra förutsättningarna för ett eventuellt samarbete när möten i vardagen av en eller annan anledning inte förekommer. Ett sådant grundarbete har man glädje av i fortsatt samverkan, som i detta projekt.

De allianser som skapats mellan eldsjälar inom HR och FHV och till viss del även linjechefer är också en god grund för satsningar av detta slag, liksom i de fall där det finns samstämmiga berättelser om goda exempel omtalade inom den egna organisationen, som kan tjäna som komplement till mer statistisk evidens. Att HR fanns med i chefsutbildningen var ytterligare ett sätt att skapa möten i vardagen mellan chefer, FHV och HR.

Slutsats

Fortsätt arbetet med att utveckla samverkan mellan linjeorganisationer och viktiga stödfunktioner, såsom HR och FHV, men också med FK. Detta är viktigt inte minst för att skapa en samlad problembild att agera utifrån, men också för att samordna insatserna på ett effektivt sätt.

12.7 Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap

Här valde man en metod som är väl beprövad i ett flertal forskningsprojekt (37-39). I det senaste forskningsprojektet från KTH deltog två processledare från FHV, som senare kom att överföra kunskapen till sina nyrekryterade kollegor. Metoden bygger på att stödja integrerad kunskap, medvetenhet och handling. Det är verksamheten som är utgångspunkten. I detta fall skulle metoden väl kunna stödja ett mer kontextuellt arbetssätt i projektet som helhet, där cheferna ges stöd i att analysera och genomföra de åtgärder som bäst behövs på hemmaplan. Utvärderingen från KTH visar att FHV kan spela en viktig roll som processledare och pekar även på möjligheterna att utveckla sin kompetens till att driva arbetsplatsnära processer som det inte finns färdiga lösningar och svar på. Utöver utvecklad kompetens är ett gott samarbete med HR en viktig förutsättning och det tog man även fasta på i MI-projektet, där representanter från HR deltog i utbildningen, vilket var uppskattat av alla parter.

Processledarna från FHV har själva lämnat reflektioner till projektgruppen om vad som skulle kunna förbättras, som att upplägget med 2 veckor mellan träffarna var alltför tätt. Kanske var det också momentet hemuppgift som fick stryka på foten, när tiden var knapp och behovet av utbyte med chefskollegor stort. Från cheferna för man fram en önskan om att utbildningen även skulle riktas till nästa chefsnivå, vilket skulle skapa en ökad förståelse för att bedriva ett hälsofrämjande ledarskap. Att det varit svårt att ha fokus på det hälsofrämjande när projektet för övrigt var så inriktat på det preventiva och att fånga ”de röd-röda” är en annan reflektion.

Så även om metoden är utmärkt och tillämpningen verkade kvalitetssäkrad, oavsett var den genomfördes eller med vilken ledare, så hade den kunnat ge större effekt om den haft bättre organisatoriska förutsättningar i form av mer utdragen tid för genomförande, bättre ledningsförankring och ett mer medvetet och genomarbetat val av perspektiv från projektgruppen.

I KTH-projektet (38) ser man förbättringar av ledarskap, arbetsmiljö- och verksamhetsutvecklingsarbete, arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang vid de arbetsplatser med chefer som aktivt hade arbetat utifrån interventionerna med insatser på arbetsplatsen mellan utbildningstillfällena. Av detta drar de slutsatsen att chefens egna prioriteringar och förutsättningar för att arbeta utifrån interventionerna är en viktig del i graden av hur framgångsrika interventionerna blir.

Det fanns också önskemål om fortsatt stöd, vilket flera förvaltningar tagit fasta på. Dessa uppföljande träffar samt att cheferna även efter utbildningen säger sig ha stöd av materialet, bådär dock gott. Så även det stora intresset för att låta fler chefer ta del av metoden, nu även på verksamhetschefsnivå och i ett fall för sjukhusledningen. Det är utmärkt!

Slutsats

Att utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap är en bra metod, och projektet har banat väg för en fortsatt satsning på såväl utbildningar som nätverk för att stödja cheferna. För att satsningen skall resultera i hälsofrämjande insatser för medarbetarna behöver de organisatoriska förutsättningarna för utbildningen stärkas ytterligare, såsom stöd från ledningen samt tid för reflektion och tillämpning på hemmaplan.

13 SLUTSATSER

- Utifrån projektets syfte var projekttiden alltför kort. Ett förändringsarbete behöver mer tid för att kunna utvärdera om arbetet fått önskad effekt.
- De förebyggande och hälsofrämjande perspektiven är komplementära, men man behöver avsätta tid och resurser för att skapa en samsyn och gemensamt språk. Projektet hade mått väl av att projektgruppen i inledningsskedet hade ägnat tid åt att diskutera varandras förväntningar och de perspektiv man tar som utgångspunkt, för att därefter skapa en gemensam plattform från mål och delmål till planerade insatser, genomförande och utvärdering.
- Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen. I projektet fanns förväntningar på att detta skulle ske, men i praktiken har huvudfokus varit på individnivå och det brister i helhetsgrepp mellan de olika insatserna.
- FHV kom in för sent i projektet. I framtiden behöver VGR utveckla arbetssätt som gör det möjligt att använda FHV som en strategisk resurs även i förebyggande och hälsofrämjande arbete.
- Det screeninginstrument som utvecklats inom projektet är värdefullt, och kan med fördel kompletteras med andra informationskällor för att fånga och analysera svaga signaler, så att insatser kan sättas in i ett tidigt skede och även inkludera organisatoriska förutsättningar.
- Genomförandet av stresshanteringskurserna visade på svårigheter i rekrytering och genomförande. Metoden går att utveckla liksom dialogen som leder fram till val av insats.
- Fortsätt arbetet med att utveckla samverkan mellan linjeorganisationer och viktiga stödfunktioner, såsom HR och FHV, men också med FK. Detta är viktigt inte minst för att skapa en samlad problembild att agera utifrån, men också för att samordna insatserna på ett effektivt sätt.
- Att utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap är en bra metod, och projektet har banat väg för en fortsatt satsning på såväl utbildningar som nätverk för att stödja cheferna. För att satsningen skall resultera i hälsofrämjande insatser för medarbetarna behöver de organisatoriska förutsättningarna för utbildningen stärkas ytterligare, såsom stöd från ledningen samt tid för reflektion och tillämpning på hemmaplan.

14 REFERENSER

1. Kokko A. Projektdirektiv Mobiliseringsinitiativet: delprojekt Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan, 2015.
2. Kokko A, Olsson F. Kommunikationsplan för mobiliseringsinitiativet. 2016.
3. Försäkringskassan. Hur kan man förebygga sjukfrånvaro? Åtgärdsområden VGR-HR mötet. 2015.
4. Hultberg A, Hadžibajramovic E, Pettersson S, Ahlberg Jr G. . KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008. ISM-rapport 8. Göteborg: Institutet för stressmedicin. , 2010.
5. Kokko A. Mobiliseringsinitiativet process för screening. 2016:3.
6. Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion—a cross-sectional comparison of a new instrument with similar contemporary tools. BMC Public Health. 2016;16(350).
7. Österberg K, Persson R, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. The Lund University Checklist for Incipient Exhaustion: a prospective validation of the onset of sustained stress and exhaustion warnings. BMC Public Health. 2016;16(1025).
8. Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. Two Swedish screening instruments for exhaustion disorder: cross-sectional associations with burnout, work stress, private life stress, and personality traits. Scand J Public Health. 2017;45(4):381-8.
9. www.intra.vgregion.se/foretagshalsovård. Balans i livet genom ökad självkännet och kroppsmedvetenhet 2017.
10. www.intra.vgregion.se/foretagshalsovård. Stanna upp - stresshanteringskurs 2017.

11. Kokko A. Projektplan Mobiliseringsinitiativet: delprojekt Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan, 2016:1.
12. www.intra.vgregion.se/foretagshalsovård. Välj väg! Förebyggande stresshanteringsutbildning 2015.
13. Kokko A, Paulsson S. Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Slutrapport 2017-19-11. Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen, 2017.
14. Karlsson G. Uppföljning av 1:a omgångens deltagare i Hälsofrämjande ledarskap - En delaktivitet inom Mobiliseringsinitiativet. Hälsan & Arbetslivet, 2016.
15. KoncernstabHR. Mobiliseringsinitiativet. Ppt-bilder till Regionstyrelsens MBL-grupp januari 2016.: Västra Götalandsregionen; 2016.
16. Kokko A. Utvärderingsplan, Mobiliseringsinitiativet VGR som arbetsgivare. 2016:2.
17. Svensson LA, G, Randle H, Eklund J. Hållbart arbetsliv. Projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling. Kristianstad: Gleerups; 2007.
18. Skagert K. Leadership in human service organisations: Conceptions, strategies and preconditions to promote and maintain health at work. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2010.
19. Winroth J, Hultberg A. Reflektionsgrupper – En form av processtöd i ett förändringsarbete. In: Liff R, Wikstrom Er, editors. Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
20. Holmgren K, Hensing G, Dellve L. The association between poor organizational climate and high work commitments, and sickness absence in a general population of women and men. *Journal of Occupational Environment and Medicine*. 2010;52(12):1179–85.
21. Holmgren K, Ekbladh E, Hensing G, Dellve L. The combination of work organizational climate and individual work commitment predicts return to

- work in women but not in men. *Journal of Occupational Environment and Medicine*. 2013;55(2):121-7.
22. Dellve L, Skagert R, Vilhelmsson R. Leadership in workplace-health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *Eur J Public Health*. 2007(17(5)):471-6.
 23. Dellve L, Andreasson J, Eriksson A, Strömgren M, Williamsson A. Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetstjänande implementeringslogiker. KTH, 2016.
 24. Ljungblad C. Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations: Karolinska Institutet; 2015.
 25. Ljungblad C, Granström F, Dellve L, Åkerlind I. Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. *International Journal of Workplace Health Management*. 2014;7(2):89–104.
 26. Winroth J. Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik. Högskolan Väst; 2014.
 27. Shain M, Kramer D. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med*. 2004;61(7):643-8, 585.
 28. Hultberg A. Det vi får är inte det vi behöver. Processutvärdering av ett projekt med hälsofrämjande insatser riktade till tre yrkesgrupper i vården. ISM-häfte nr 8. Göteborg: Institutet för stressmedicin, 2015.
 29. Dellve L, Vilhelmsson R, Skagert K, Eriksson J, Eklöf M. Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service och skola. Tvåårsuppföljning av SAMS-projektet. Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Arbets- och miljömedicin, 2006.
 30. Kokko A, Jonsdottir I, Björk L. Från tidiga signaler till hållbara arbetsplatser, beslutsunderlag. Koncernkontoret och ISM; 2017.
 31. Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö. Stockholm: Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2015:4, 2015.
 32. Liff R, Wikstrom E. Expertgruppers samarbete med linjechefer - om samarbete som identitetsskapande processer. In: Liff R, Wikstrom Er,

- editors. Hälsöfrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer Metoder och resultat från FHV NySam-projektet ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
33. Liff R, Wikström E, Eriksson A-C. Fånga upp svaga signaler. Att förebygga stressrelaterad ohälsa. In: Liff RW, E (red), editor. Hälsöfrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer, Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
 34. Lindegård A, Litzén K. Stresskolan - Patientutbildning/behandling vid lättare stressrelaterad ohälsa. Institutet för stressmedicin, 2016.
 35. Liff R, Wikström Er. Hälsöfrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet. ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin, 2017.
 36. Cregård A, Liff R, Wikström E. Att arbeta med förebyggande och hälsöfrämjande genom samarbete. In: Liff R, Wikstrom Er, editors. Hälsöfrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer Metoder och resultat från FHV NySam-projektet ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
 37. Dellve Lr. Ledarutveckling i hälsöfrämjande ledarskap - ett FoU-projekt inom 3F "Framgångsrika Friska Företag". Göteborg: Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2009.
 38. Eriksson A, Dellve L, Strömgren M, Edström-Bard E. Utveckling av hållbart och hälsöfrämjande ledarskap – i vardag och förändring. Utvärdering av interaktiv metodik för företagshälsovårdsdrivna interventioner. Stockholm: KTH, 2016.
 39. Dellve L, Eriksson A. Health-Promoting Managerial Work: A Theoretical Framework for a Leadership Program that Supports Knowledge and Capability to Craft Sustainable Work Practices in Daily Practice and During Organizational Change. Societies. 2017.