

Slutrapport 2017-10-11

Västra Götalandsregionen som arbetsgivare

Dnr: VGR HS 199-2015, (RS 4173-2015) RS-2016–01651, FK 055486-2015

Rapportens författare: Ari Kokko, Västra Götalandsregionen, Susanna Paulsson, Försäkringskassan

Upplysningar: Ari Kokko
Ari.kokko@vgregion.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
1. Inledning	4
1.1 Syfte	4
1.2 Bakgrund	4
1.3 Mål för projektet	6
1.4 Omfattning och avgränsning	6
1.5 Projektorganisation	6
2. Metodavsnitt	8
2.1 Hälsöfrämjande ledarskapsutbildning	8
2.2 Avslutande workshop.....	9
2.3 Screeninginstrument för identifiering av medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa.....	9
2.3.1 LUCIE	10
2.3.2 QPS-Mismatch	10
2.3.3 Resultathantering och återkoppling.....	11
2.4 Stresshanteringsutbildning	11
2.5 Statistik för analys av sjukfrånvaron.....	12
2.6 Processutvärdering	12
3. Resultat	13
3.1 Hälsöfrämjande ledarskap	13
3.2 Avslutande workshop.....	14
3.3 Screening.....	15
3.4 Stresshanteringsutbildning	17
3.5 Statistik för analys av sjukfrånvaron.....	17
3.6 Processutvärdering	18
4. Diskussion	18
<i>Generella reflektioner</i>	18
4.2 Förslag på åtgärder	23
5. Referenser och bilagor	24
Bilagor.....	25

Sammanfattning

Inom projektet Västra Götalandsregionen som arbetsgivare har ett antal insatser genomförts i syfte att hitta metoder för att förebygga sjukfrånvaro och åtgärder som förhindrar eller förkortar sjukfrånvaro bland anställda inom Västra Götalandsregionen.

Projektet är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och Försäkringskassan tillsammans med VGR:s interna företagshälsovård Hälsan & Arbetslivet samt Institutet för stressmedicin. Genom analys av VGR:s sjukfrånvarodata i inledningsskedet av projektet framkom att det var sjukskrivningar på över 60 dagar som ökade mest och framförallt inom området lättare psykisk ohälsa. Analysen hade en avgörande inverkan på projektets genomförande och val av insatser.

En utbildning i hälsofrämjande ledarskap har genomförts bland första linjens chefer inom fem olika förvaltningar. Totalt har cirka 80 chefer genomfört utbildningen. Under utbildningstiden har cheferna framfört att den nuvarande organisationen inte ger dem möjlighet att faktiskt arbeta hälsofrämjande eller förebyggande i någon större utsträckning. En slutsats som projektet drar är att det har varit en början att utbilda första linjens chefer, men målgruppen behöver vidgas till flera chefsnivåer.

Inom projektet har också en individuell screening genomförts i form av enkätundersökningar för att tidigt kunna identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad psykisk ohälsa. Screeningen har omfattat cirka 2 400 medarbetare. Screeningen har gett ett resultat både på enhetsnivå, som underlag till chefen för sitt fortsatta hälsofrämjande arbete, men också på individnivå till medarbetare vars svar indikerat stress- eller utmattningsvarning. Dessa medarbetare har därefter erbjudits frivilliga stödaktiviteter. Resultatet visar att metoden har varit framgångsrik och gett värdefull information.

Företagshälsovården Hälsan & Arbetslivet har haft rollen som både operativ och strategisk resurs i projektet.

Erfarenheterna från projektet visar på några utvecklingsområden för VGR som arbetsgivare och förslag på åtgärder presenteras som avslutning i rapporten. Det handlar bland annat om att:

- utbilda alla chefsnivåer i hälsofrämjande ledarskap
- ge förutsättningar för chefer att arbeta förebyggande
- skapa budgetmässiga och organisatoriska förutsättningar
- bygga vidare på samverkan mellan organisationer och förvaltningar
- se över strukturen för omplaceringsmöjligheter för att kunna användas i både förebyggande och återskapande syfte.

1. Inledning

Försäkringskassan tog under 2014 initiativ till nationell mobilisering mot den stigande sjukfrånvaron och startade projektet *Mobiliseringsinitiativet mot stigande sjukfrånvaro*. En omfattande kunskapsinsamling genomfördes och innefattade dels analyser av orsakerna bakom sjukfrånvaron men också uppbyggnad av en kunskapsbank med åtgärder som kan sättas in för att förebygga sjukfrånvaro. En handlingsplan presenterades också som sammanfattade det arbete som bedrivits och gav förslag på hur arbetet som inletts inom ramen för Mobiliseringsinitiativet skulle kunna vidareutvecklas för att bidra till de intensifierade ansträngningarna att minska sjukfrånvaron (Handlingsplan).

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. Vilka insatser som skulle genomföras inom projektet baserades delvis på den kunskapsinsamling som genomförts nationellt och utifrån vad som skulle kunna bidra till att förebygga sjukfrånvaro.

Syftet med Mobiliseringsinitiativet FK och VGR har varit att få fram bättre kunskap kring hur effektivt förebyggande arbete kan ske. Insatserna som testats ska kunna användas i större skala, både inom och utanför Västra Götaland. De delprojekt som bedrivits är Flexibel sjukskrivning för personer i cancerbehandling, Västra Götalandsregionen som arbetsgivare och Tidig samverkan i primärvården i Västra Götaland.

Den här rapporten berör delprojektet Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. Rapporten, som utgör slutrapport för projektet, kommer inledningsvis att beskriva syfte och mål med projektet. Därefter följer en beskrivning av tillvägagångssättet i projektet. Resultatet beskrivs därpå och slutligen analyseras och utvärderas projektets tillvägagångssätt och resultat i en diskussionsdel.

1.1 Syfte

Syftet med projektet VGR som arbetsgivare har varit att hitta förebyggande metoder och tidiga åtgärder som förhindrar eller förkortar sjukfrånvaro bland anställda inom Västra Götalandsregionen och som även kan användas av andra nationellt.

1.2 Bakgrund

Utifrån den omfattande kunskapsinsamling som Mobiliseringsinitiativet genomfört på nationell nivå identifierade det regionala Mobiliseringsinitiativet FK och VGR några relevanta områden för delprojektet VGR som arbetsgivare. Dessa var:

Hälsofrämjande arbetsmiljö

- Motivera VGR som arbetsgivare till ett ökat förebyggande arbete t.ex. genom att tillhandahålla skräddarsydd information om arbetsgivares sjukfrånvaro och skapa öppna jämförelser kring sjukfrånvaro hos arbetsgivare samt tydliggöra ekonomiska fördelar med att förebygga sjukfrånvaro.
- Stärka den psykosociala arbetsmiljön genom ledarskap och kultur, genom utbildningsinsatser i hälsofrämjande ledarskap och hälsofrämjande medarbetarskap.

Tidigt stöd och förebyggande behandlingar

- Öka tillgängligheten av förebyggande behandlingar för psykisk ohälsa.
- Identifiera individer i risk för sjukskrivning och erbjuda tidigt stöd och uppföljning.

Individanpassat arbete

- Motivera arbetsgivaren att ta tillvara arbetsförmåga och individanpassa arbetsuppgifter.
- Främja att arbetsgivare behåller viss flexibilitet i arbetsuppgifter för att tillgodose varierande arbetsförmåga över tid.

Utifrån de här områdena valdes ett antal metoder och insatser ut som bedömdes kunna bidra till det övergripande syftet med delprojektet. Dessa beskrivs närmare i metodavsnittet.

Försöket med VGR som arbetsgivare har även gått i linje med det åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro som regeringen beslutade om den 25 september 2015 (Socialdepartementet). Genom det ges uppdrag till Försäkringskassan att bidra till att säkra ett sjukpenningtal om högst 9,0 dagar vid utgången av år 2020. Det här försöket har varit särskilt relevant för området *Rehabilitering, anpassning och omställning* i åtgärdsprogrammet.

Projektet inleddes med diskussioner våren och sommaren 2015 i en nybildad projektgrupp bestående av representanter från både VGR och Försäkringskassan. Syftet med diskussionerna var att kartlägga orsakerna till sjukfrånvaron bland anställda inom Västra Götalandsregionen. Som bakgrund fanns en revisionsrapport genomförd av Västra Götalandsregionens revisionsenhet som granskade hanteringen av den ökade sjukfrånvaron inom några av regionens verksamheter (Revisionsrapport). I rapporten beskrivs bakgrundsinformation om sjukfrånvarons utveckling inom regionen som arbetsgivare. Av rapporten framgår att fram till år 2012 minskade sjukfrånvaron bland personalen i Västra Götalandsregionen, men under 2012 bröts den trenden. Sjukfrånvaron bland regionens medarbetare började det året istället att öka och fortsatte att öka fram till tidpunkten för revisionens granskning, år 2014. Under 2014 uppgick sjukfrånvaron till 6,2 procent, vilket motsvarade ca 800 – 900 000 arbetstimmar, eller 500 årsarbetare (Revisionsrapport, s. 6).

Genom fördjupad och gemensam analys av sjukfrånvaron inom projektgruppen och tillsammans med VGR:s interna företagshälsovård Hälsan & Arbetslivet samt Institutet för stressmedicin (ISM) framkom att det var sjukskrivningarna på över 60 dagar som ökade mest och framförallt inom området lättare psykisk ohälsa. Den här analysen kunde göras med hjälp av Försäkringskassans statistik på diagnosgrupper kopplade till anställning inom VGR. Västra Götalandsregionen har inte på egen hand möjlighet att ta fram den typen av uppgifter kring sjukfrånvaron. Den gemensamma analysen hade en avgörande betydelse för projektets genomförande och val av insatser.

En litteraturöversikt visar på att någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa inte finns. Begreppet psykisk ohälsa används som en samlande beteckning för mindre allvarliga psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Forte, 2015).

1.3 Mål för projektet

Projektets övergripande mål har varit att genomföra ett antal insatser som kan förebygga sjukfrånvaro av stressrelaterad psykisk ohälsa. Insatserna vänder sig i första hand till första linjens chefer och medarbetare

1.4 Omfattning och avgränsning

Projektets omfattning har begränsats till 80 arbetsplatser inklusive enhetschef och medarbetare på fem olika förvaltningar. Totalt har 2 414 medarbetare omfattats. Projektet har inte omfattat efterhjälpande insatser för redan sjukskrivna medarbetare. Projektet har heller inte omfattat hela förvaltningars organisation.

Den tidsmässiga begränsningen för aktiva insatser inom projektet har varit från mars 2016 till juni 2017. Projektet har i sin helhet pågått sedan maj 2015 och tiden innan uppstarten av aktiviteterna användes för planering och förberedelser. Tiden efter avslutade aktiviteter har använts för utvärdering och avslut av projektet.

1.5 Projektorganisation

Ett projektdirektiv för projektet beslutades i december 2015.

Beställare av projektet är Ann-Sofi Lodin, regiondirektör Västra Götalandsregionen och Lars-Åke Brattlund, direktör för Avdelningen för sjukförsäkringen, Försäkringskassan.

Mottagare av projektets resultat är projektägarna Marina Olsson, personaldirektör Västra Götalandsregionen och David Karlsson, verksamhetsområdeschef Försäkringskassan.

Projektgruppen har bestått av Ari Kokko projektledare VGR, Malin Jalonen Nilsson projektledare FK, Jeanette Bokelund HR-chef Alingsås lasarett, Carin Carlehed HR-specialist Alingsås lasarett, Åsa Carlén HR-chef Kungälv sjukhus, Carina Forsberg Kühl HR-specialist Kungälv sjukhus, Stefan Andersson HR-strateg Skaraborgs sjukhus, Robert Idholt HR-specialist Skaraborgs Sjukhus, Elin Alander HR-konsult NU-sjukvården, Annika Strand HR-strateg Regionservice, Tore Gustafsson enhetschef Hälsan & Arbetslivet, Kristin

Wallenäs och Sofia Sandänger lokalt samverkansansvariga FK samt Susanna Paulsson projektmedarbetare Mobiliseringsinitiativet FK.

Experter knutna till projektet har varit Ingibjörg Jonsdottir för utvärdering, professor och verksamhetschef, Institutet för stressmedicin (ISM), Annemarie Hultberg för utvärdering, utvecklingsledare ISM, Emina Hadžibajramović för analyser, statistiker ISM, Göran Karlsson leg. psykolog, Hälsan & Arbetslivet, Artur Tenenbaum företagsläkare Hälsan & Arbetslivet och Kai Österberg, universitetslektor, Lunds universitet.

2. Metodavsnitt

I följande avsnitt beskrivs de olika insatser som projektet bedrivit och dess tillvägagångssätt, och som alla på olika sätt har syftat till att förebygga sjukfrånvaro.

2.1 Hälsöfrämjande ledarskapsutbildning

Att minska inflödet till sjukfrånvaro hos VGR:s anställda samt att förkorta sjukskrivningar för de som insjuknar har varit en övergripande målsättning med projektet. I ett steg mot den här målsättningen beslutades att inom projektet satsa på att öka kunskapen inom organisationen om hälsöfrämjande ledarskap och förebyggande arbete. Det har skett genom en utbildning i hälsöfrämjande ledarskap bland första linjens chefer¹. Att utbildningen erbjöds just första linjens chefer berodde på att projektet i den inledande analysen såg att cheferna var nyckelpersoner och att de behövde få stöd för sitt arbete. Att valet föll på att genomföra den här utbildningen berodde på att det var en utbildning som företagshälsovården hade kunskap om och tidigare har genomfört.

Utbildningen i hälsöfrämjande ledarskap syftar till att stärka det hälsöfrämjande perspektivet i det systematiska arbetsmiljöarbetet samt att öka medvetenheten om hälsa och förutsättningar för hälsa. Vidare så fokuserar utbildningen på att ge metoder för att uppmärksamma och arbeta med friskfaktorer på arbetsplatsen. Materialet som användes vid utbildningen är taget från utbildningen Hållbart och Hälsöfrämjande Ledarskap, som har tagits fram av forskarna Andrea Eriksson och Lotta Dellve. Arbetsmaterialet är tänkt att fungera väl för användning av företagshälsovården och HR i syfte att skapa dialog och inspiration för hälsöfrämjande arbete bland chefer inom hälso- och sjukvården (Dellve & Eriksson, 2016).

Som avgränsning valdes fem förvaltningar ut där utbildningen skulle genomföras. Förvaltningarna valdes ut efter dialog med HR-chefer och efter förvaltningarnas egen intresseanmälan. De fem förvaltningarna var Alingsås lasarett, Kungälv sjukhus, NU-sjukvården (Norra Älvsborgs läns sjukhus och Uddevalla sjukhus), Skaraborgs Sjukhus och Regionservice. För att projektet inte enbart skulle omfatta sjukvårdsförvaltningar blev Regionservice tillfrågade att delta i projektet. Inom förvaltningarna har cirka 80 chefer erbjudits och fullföljt utbildningen.

Utbildningen delades upp i sju tillfällen under en termin och ett extra tillfälle för utbildning i sjukförsäkring och samordning. Det innebar att det gick drygt två veckor mellan respektive utbildningstillfälle. Mellan utbildningstillfällena har cheferna förväntats arbeta med sina medarbetare mellan utbildningstillfällena i syfte att försöka utveckla ett hälsöfrämjande arbetsmiljöarbete.

En pilotgrupp startade i mars 2016 inom NU-sjukvården där metoden med utbildningen testades fullt ut. Det gav värdefull kunskap om att upplägget fungerade men att företagshälsovården behövde rekrytera nya medarbetare för att kunna genomföra resterande utbildningar under hösten 2016.

¹ Chefer för den nivå där den löpande driften inom en organisation bedrivs.

Varje utbildningstillfälle har innehållit en sammanfattning av teori och forskning, reflektions- och dialogfrågor samt övningar för individ- och gruppreflektion. Utbildare har varit hälsoutvecklare från företagshälsovården. Utöver chefer har också HR-representanter från respektive förvaltning deltagit på utbildningen. Detta för att ge cheferna ett internt förvaltningsstöd som förhoppningsvis kan fortsätta vara en kontinuitet i chefsstödet och arbetet efter genomförd utbildning.

Inför den här slutrapporten har erfarenheterna från de deltagande cheferna undersökts och sammanställts i en utvärderingsrapport. Studien har genomförts med hjälp av intervjuer och epostkommunikation med deltagarna. Totalt har 22 av cirka 80 deltagande chefer lämnat sina synpunkter och upplevelser av utbildningen, i olika avseenden. Frågeställningar som berörts har handlat om generell upplevelse av utbildningen, innehållet i utbildningen, materialet och dess användbarhet i arbetsmiljöarbetet, övriga synpunkter samt en sammanfattande helhetsbedömning på en skala mellan 1-10. Rapporten redovisas i sin helhet i bilaga 1, och delar av rapporten beskrivs i resultatavsnittet.

2.2 Avslutande workshop

Som en avslutande aktivitet till utbildningen i hälsofrämjande ledarskap har cheferna inom ramen för projektet erbjudits deltagande i en halvdags workshop. Workshopen leddes av medarbetare på Försäkringskassan och genom workshopen fick de deltagande cheferna sätta fokus på möjligheterna för dem att individanpassa arbetet för medarbetare med upplevd stressrelaterad ohälsa eller risk för. Under workshopen diskuterades frågor såsom hur man upptäcker och hanterar tidiga signaler på ohälsa samt hur man som chef tar hand om medarbetare som kommer tillbaka från sjukskrivning. Workshopen anordnades på respektive förvaltning, och genomfördes vid totalt sex tillfällen.

2.3 Screeninginstrument för identifiering av medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa

För att tidigt kunna identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad ohälsa har projektet valt att genomföra en screening med hjälp av validerade screeninginstrument, i form av enkätundersökningar. Screeningenkäten omfattade de chefer som gick utbildningen i hälsofrämjande ledarskap samt dessa chefers alla medarbetare, utom de som varit helt frånvarande mer än tre månader. Ytterligare ett syfte med screeningen har varit att ge cheferna som gått utbildningen i hälsofrämjande ledarskap möjlighet att stödja sina medarbetare som ligger i riskzonen för psykisk ohälsa med insatser och förändringar i arbetssituationen, så att sjukfrånvaro kan undvikas.

Information om screeningen lämnades delvis genom skriftliga informationsanslag som sattes upp på aktuella avdelningar samt att berörda chefer informerade sina medarbetare muntligt på arbetsplatsträffar genom gemensamt framtaget material.

Screeninginstrumentet har bestått av den så kallade LUQSUS-K-metoden. Det är en vetenskaplig metod i form av ett programpaket utvecklat av Arbets- och miljömedicin vid Lunds universitet. Paketet består av skattningsskalor av olika ursprung, som har utvecklats i syfte att underlätta identifierandet av förstadier av utmattningssyndrom samt vilka aspekter i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön som upplevs belastande. LUQSUS-K omfattar fyra formulär

framtagna vid tre olika universitetskliniker i Lund, Göteborg och Stockholm, i syfte att kunna skildra belastning och stressymptom (Tenenbaum & Österberg, 2017 s. 6):

- LUCIE = Lund University Checklist for Incipient Exhaustion
- QPS-Mismatch = Passform mellan individ och arbete
- s-UMS = självskattat utmattningssyndrom
- KEDS = Karolinska Exhaustion Disorder Scale

I screeningenkäten inom projektet valdes att primärt använda LUCIE och QPS-Mismatch, medan s-UMS och KEDS användes som komplettering för de individer som efter skattningen bedömdes behöva en individuell konsultation hos företagshälsovården.

Genom att använda delar av LUQSUS-K-paketet som screeninginstrument kan man bilda sig en uppfattning om vilka arbetsplatser och personalgrupper som visar högre eller lägre frekvens av subtila tecken på begynnande stressymptom eller utmattning (LUCIE) samt tecken på bättre eller sämre passform mellan arbetskrav och resurser (QPS-Mismatch) (Tenenbaum & Österberg, 2017).

Från början är metoden utvecklad som ett kliniskt hjälpmedel för individuell diagnostik vid personligt besök hos en vårdgivare, men med hjälp av metodens utvecklare och experter inom projektet har metoden anpassats till att också kunna genomföras som ett screeninginstrument.

2.3.1 LUCIE

Genom LUCIE-delen ur LUQSUS-K-paketet ges en indikation på medarbetarens stressnivå vilket gör det möjligt att identifiera medarbetare i förstadiet till utmattning. Svaret från respondenten sammanfattas i två vertikala staplar som går från grönt till rött med gult däremellan. Staplarna visar på om det finns milda-måttliga tecken på stressymptom.

Om staplarna når upp till enkelrött eller dubbelrött indikerar det att respondenten upplever tecken på långvarig stress och/eller begynnande utmattning.

Färgen på staplarna tolkas så här:

1. Grön; inga tecken på stressymptom.
2. Gul; kan möjligen antyda milda stressymptom.
3. Enkelröd; utgör en varning för måttliga men distinkta stressymptom.
4. Dubbelröd; ger en varning för utmattningssyndrom.

2.3.2 QPS-Mismatch

QPS-Mismatch-delen i screeningenkäten ger en ungefärlig bild av individens upplevda arbetsbelastning och kontroll i sitt arbete och den psykosociala upplevelsen av belöning, gemenskap, rättvisa och värderingar på sin arbetsplats. Individens svar på 38 frågor jämförs med resultaten i en nordisk referensgrupp och ger då en ”mismatch-profil”, som speglar brister och styrkor i passform mellan arbetsvillkor och individens resurser (Tenenbaum & Österberg, 2017, s. 53).

Skattningarna av passform i QPS-Mismatch bör ses mer som en checklista på vilka områden i arbetsplatsen där passformen är starka eller brister. Vid negativa värden för medarbetaren i de första två områdena *arbetsbelastning* och *kontroll* över arbetsuppgifterna är risken större för sjukfrånvaro. I händelse av negativa resultat valde projektgruppen att rekommendera ett trepartssamtal mellan medarbetaren, chefen och företagshälsovården, som en förebyggande åtgärd för att försöka undvika sjukfrånvaro. De övriga fyra parametrarna *Belöning*, *Gemenskap*, *Rättvisa*, och *Värderingar* handlar mer om hur man upplever arbetsgivaren och arbetsgruppen i förhållande till sina egna värderingar och förväntningar, till exempel medarbetarnas upplevelser av uppskattning för sina arbetsinsatser, socialt klimat-konflikter, rättvisa i arbetsledares bemötande och arbetsfördelning, samt om arbetsinnehåll och organisationsinriktning rimmade med egna värderingar. Dessa påverkar trivsel och arbetstillfredsställelse och vid negativa värden kan det leda till att medarbetare slutar och byter arbetsgivare.

I projektet har cheferna fått göra egna handlingsplaner för det hälsofrämjande arbetet på sin enhet. Resultatet från QPS-Mismatch för enheten har varit vägledande i vilka områden som varit viktigast att börja med.

2.3.3 Resultathantering och återkoppling

Resultatet av den individuella screeningen har analyserats av företagshälsovården, som också har återkopplat det individuella svaret till respektive medarbetare. Tre förutbestämda svarsalternativ har funnits beroende på respondentens resultat, bilaga 2. Återkopplingen har skett genom e-post till de som hade en mejladress genom VGR, alternativt via brev till de som saknar en mejladress genom VGR. De medarbetare som i screeningenkäten visade inga eller endast milda stressstecken fick återkoppling att deras resultat var inom normalvärdet. Medarbetare med resultat med varning för stresssymptom blev uppmanade att kontakta företagshälsovården för bokning av personligt återkopplingsmöte. Medarbetare med resultat med varning för utmattningssyndrom fick återkoppling enligt ovan men företagshälsovården sökte också upp dessa medarbetare via telefon för att erbjuda hjälp och stöd.

Projektets intention var att företagshälsovårdens återkoppling skulle fånga in medarbetare med stressvarning och utmattningssyndrom och erbjuda dessa hjälp. En intention var också att få till ett trepartssamtal mellan medarbetaren, medarbetarens chef och företagshälsovården, med syfte att diskutera lämpliga åtgärder och att agera utifrån ett hälsofrämjande perspektiv.

Screeningresultatet har också redovisats som gruppresultat över enheten för berörd chef så att denne har fått möjlighet att se hur gruppen mår i sin helhet och få underlag till arbetsplatsens fortsatta hälsofrämjande arbete. Gruppresultatet har redovisats till cheferna av företagshälsovårdens enkät-kunniga psykologer.

Den fullständiga processen kring screeningenkäten redovisas i bilaga 3.

2.4 Stresshanteringsutbildning

Genom screeningenkäten har medarbetare med stressrelaterad psykisk ohälsa, eller med risk för, kunnat identifieras. I ett försök att åtgärda den identifierade

ohälsan, eller risken för, har en stresshanteringsutbildning erbjudits till medarbetarna.

Stresshanteringsutbildningen, som kallas ”Stanna upp”, har genomförts av personal från företagshälsovården. Utbildningen har riktat sig till individer som är i riskzonen för att bli sjukskrivna eller som varit sjukskrivna en kortare period för stressrelaterad ohälsa. Utbildningen har haft ett förebyggande syfte och innehållit fyra moduler à tre timmar. Innehållet i modulerna har varit fysisk aktivitet, stress och vikten av vila/återhämtning, sömn och medveten närvaro enligt mindfulness.

2.5 Statistik för analys av sjukfrånvaron

Vid projektgruppens inledande diskussioner om problembilden framkom att det fanns behov av att utveckla bättre statistik för analys av VGR:s sjukfrånvaro, bland annat på grund av att diagnos inte finns i arbetsgivarens system. I början av projektet undersöktes möjligheter att sammanfoga den statistik som finns på arbetsgivarsidan med den statistik som Försäkringskassan har, för att se om det skulle ge en bättre bild av sjukfrånvaron. De juridiska hindren bedömdes dock vara för stora för att kunna gå vidare med den idén.

Istället har Försäkringskassan bistått VGR med statistik under projektet gång. Det har framförallt handlat om statistik kring diagnosfördelning och uppgifterna har varit på organisationsnummernivå. För stora arbetsgivare som VGR blir statistik på organisationsnivå ofta alltför övergripande. Strukturell samverkan mellan Försäkringskassan och VGR sker framförallt på förvaltningsnivå och det har därför funnits önskemål om att även kunna få fram sjukfrånvarostatistik på den nivån.

Inom projektet har därför försök gjorts att bryta ner Försäkringskassans statistik på förvaltningsnivå genom att utgå från arbetsplats (så kallade CFAR-nummer) för VGR som finns registrerade i Försäkringskassans system.

2.6 Processutvärdering

En processutvärdering av projektet har genomförts av utvecklingsledare på Institutet för stressmedicin. En processutvärdering innebär att man systematiskt följer upp och dokumenterar projektets genomförande och studerar förutsättningarna för att nå de mål som satts upp. Syftet är att identifiera framgångsfaktorer samt visa på svårigheter och hinder under processen. Utvärderingen har gjorts genom fokusgruppsintervjuer med projektdeltagare och genom att ta del av minnesanteckningar och andra viktiga handlingar. Processutvärderingen har gett värdefull information om projektets genomförande och resultatet från den beskrivs närmare i resultatavsnittet. Utvärderingen finns i sin helhet som bilaga 4.

3. Resultat

I följande kapitel beskrivs resultatet av de insatser som genomförts inom ramen för projektet.

3.1 Hälsöfrämjande ledarskap

Resultatet av den utvärdering som gjorts bland ett urval av de deltagande cheferna visar på ett enhetligt resultat om hur nöjda cheferna är med utbildningen. En enkel skattning för helhetsbedömning av utbildningen gav ett medelvärde på 8,75 (n=22) på en skala från 1-10. Den generella bilden visar att en övervägande majoritet är mycket nöjda med utbildningen. Samtliga respondenter är mycket nöjda med innehållet i utbildningen och anser att den ger ett bra och viktigt perspektiv på arbetsmiljön. Flera uppger att de har fått anledning att rannsaka sig själva och sin egen roll som chef. Citaten nedan återger några uppfattningar om utbildningen:

"Bra perspektiv på hälsa/arbetsmiljö som utgjort underlag för konstruktiva diskussioner på APT".

"En utbildning där fokus på vad som är viktigt i ledarskapet flyttas något".

Angående hur deltagarna upplevde nyttan och användbarheten med screeningen som genomfördes, så svarar flera att det var positivt att undersökningarna genomfördes. De ansåg att det var ett bra verktyg eftersom det gav en överskådlig bild över upplevelsen av arbetsmiljön på enheten men också att den fångade upp de medarbetare som låg i riskzonen för stressrelaterad psykisk ohälsa. Dock upplevde flera att undersökningen var svår att tolka och att det var svårt att förstå det statistiska resultatet. Ännu mer stöd kring det önskades av några.

Intervjuerna med deltagarna visar på att de upplevde det nyttigt och värdefullt att få gå utbildningen tillsammans med andra chefer just för att det gav tillfälle för erfarenhetsutbyte. Mycket tid lades på diskussioner och reflektion och det lyftes av flera fram som oerhört värdefullt, vilket speglas i nedanstående citat:

"Det är nyttigt och lite trösterikt att höra att andra har samma problem och funderingar".

"Gruppen var ett viktigt forum att diskutera svåra frågor".

"Man har förstått att man inte är ensam med vissa problem".

En mindre positiv uppfattning som lyfts fram av deltagarna var att de saknade ledningens engagemang och intresse för utbildningen. De saknar också en uttalad policy när det gäller det hälsofrämjande arbetet. Några framhöll att de upplevde sig ensamma med utbildningens frågor och det hälsofrämjande tänket. De anser att det är viktigt att kunna diskutera det hälsofrämjande arbetet både vertikalt och horisontellt i organisationen. Ytterligare en negativ aspekt som påtalats är att upplägget med två veckor mellan utbildningstillfällena var alltför tätt. Det normala upplägget är att det går tre eller fyra veckor mellan tillfällena men på grund av budgetskäl behövde utbildningen genomföras under 2016, och tiden

mellan tillfällena fick därmed komprimeras. De hemuppgifter som delades ut kom inte direkt efter respektive tillfälle vilket gjorde att det blev en stress för cheferna att hinna med dem och de blev heller inte genomförda i den omfattning som det var tänkt.

De hälsoutvecklare som har genomfört utbildningarna har också tillfrågats om sina reflektioner av utbildningen. De uppger att det fanns ett stort engagemang och delaktighet i grupperna och att deltagarna lyfte varandra. Det har funnits ett stort behov bland cheferna att diskutera. Cheferna har vid alla tillfällen framfört att de saknar förutsättningar för ett gott ledarskap i sin verksamhet och de ifrågasätter det stöd man får som chef för att i praktiken förändra verksamheten och ledarskapet. Hälsoutvecklarna har uppfattat en viss förvirring bland cheferna kring vad VGR som organisation vill med det hälsofrämjande arbetet.

3.2 Avslutande workshop

Under den avslutande workshopen sattes fokus på möjligheter till individanpassad sysselsättning, alltså att som arbetsgivare ta tillvara på den arbetsförmåga som kan finnas genom att individanpassa arbetsuppgifter. Frågor som diskuterades handlade om förebyggande förhållningssätt som chef men även om vilka möjligheter som finns för att ta tillvara en medarbetares arbetsförmåga och individanpassa arbetet. Även hur man kan upptäcka och hantera tidiga signaler på psykisk ohälsa diskuterades vid de här tillfällena.

Vid utvärdering av workshopen framkom från de deltagande cheferna att de fann det värdefullt att diskutera den här typen av frågeställningar. De uppskattade forumet som möjliggjorde erfarenhetsutbyte dem emellan och önskemål framkom om att hålla kvar gruppkonstellationen för fortsatt erfarenhetsutbyte. På alla fem förvaltningar framstod det som att det fanns ett stort behov av just erfarenhetsutbytet. De hade mycket att diskutera, även om det var svårare för dem att konkretisera exempel på hur de kan arbeta förebyggande.

Det framkom att cheferna upplever svårigheter i att individanpassa arbetsuppgifter för medarbetare som är i behov av det. Flera chefer påtalade svårigheter i att hitta möjligheter för sina medarbetare i form av andra arbetsuppgifter, tider eller arbete på annan enhet. Även medarbetare kan ha invändningar mot att andra medarbetare får anpassningar. Det finns inte luft i bemanningen och vid varje schemapass förväntas varje medarbetare prestera 100 procent annars blir de andra medarbetarna tvungna att backa upp och då kan missämja och klagomål uppstå. Vid individuell schemaläggning händer det att vissa medarbetare undviker att arbeta pass med andra som inte presterar 100 procent. Det här resonemanget framkom från cheferna vid de avslutande workshopparna.

Eftersom det var en medarbetare från Försäkringskassan som höll i workshopparna uppkom också en hel del socialförsäkringsfrågor, med inriktning på sjukförsäkringen. Det är tydligt att det fanns ett behov av att även diskutera frågor som rör sjukförsäkring- och rehabiliteringsprocessen samt Försäkringskassans samordningsansvar.

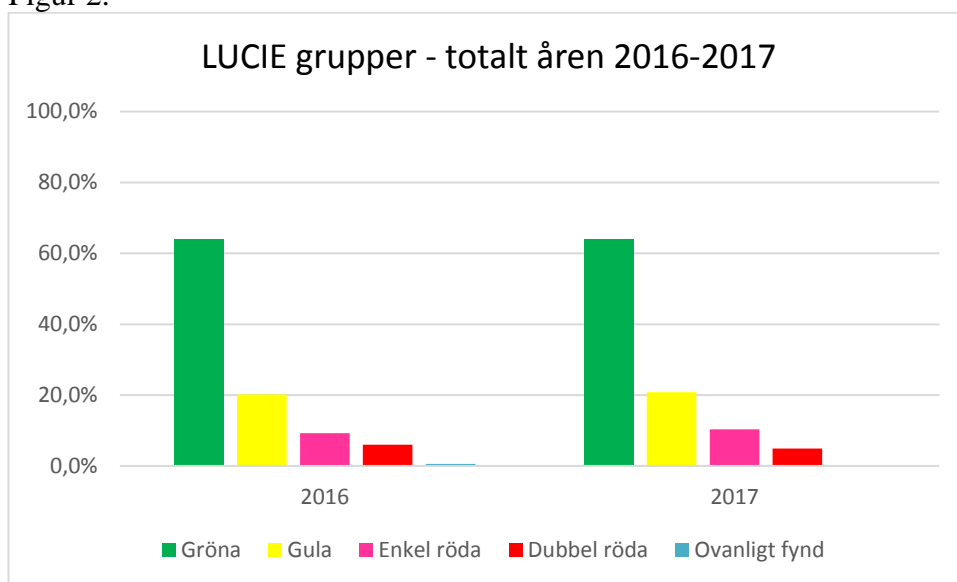
3.3 Screening

De två screeninginstrumenten som användes har gett ett resultat både på gruppnivå och på individnivå.

Screeningen har omfattat totalt 2 414 medarbetare och har genomförts vid två tillfällen. Första tillfället var i september 2016 och en uppföljande undersökning skedde i maj 2017. Antalet besvarade enkäter uppgick under 2016 till 1 760 (73 procent) av tillfrågade samt 1 292 (56 procent) vid utskicket under 2017. Målet var att minst 70 procent av medarbetarna skulle ha svarat på screeningenkäterna, vilket alltså inte har uppfyllts vid den andra undersökningen.

Resultatet från skattning av stressymptom och utmattning redovisas i figur 2.

Figur 2.



Figur 2. Staplarna visar screeningenkätens utfall för åren 2016 och 2017.

Tolkning av färgskalan:

1. Grön; inga tecken på stressymptom.
2. Gul; vilket möjligen kan antyda milda stressymptom.
3. Enkelröd; vilket utgör en varning för måttliga men distinkta stressymptom.
4. Dubbelröd; vilket ger en varning för utmattningssyndrom.

Som framgår av staplarna visar resultatet vid både 2016 och 2017 års undersökning att mer än 60 procent av respondenterna uppger ett grönt resultat, det vill säga det finns inga indikationer på stress- eller utmattningssymptom hos den här gruppen. Runt tjugo procent visar antydning på milda stressymptom. Cirka nio procent är enkelröda vilket visar på distinkt varning på stressymptom. Cirka sex procent är dubbelröda, alltså förenliga med uttalad utmattning och som ger distinkt misstanke om begynnande eller utvecklat utmattningssyndrom.

Av de medarbetare som har besvarat enkäten så är det 863 personer som har besvarat den vid bägge tillfällena. Nedanstående tabell visar hur gruppen svarade 2017 jämfört med 2016.

Fördelning	år 2016	Fördelningen år 2017					863 total år 2017
		ovanliga fynd	dubbelröda	enkelröda	gula	gröna	
ovanliga fynd	4	1	0	2	1	0	
Dubbelröda	48	0	14	12	14	8	
enkelröda	70	0	5	22	24	19	
gula	164	1	17	18	62	66	
gröna	577	0	3	24	74	476	
totalt år 2016	863	1	40	78	175	569	

Tabell 1.

Procentuellt har svaren fördelat sig ungefär lika mellan åren i de olika intervallerna, 67 procentenheter oförändrade, 17 procentenheter förbättrades och 16 procentenheter försämrades. Inga signifikant förändringar har skett mellan åren, sett till hela gruppen. Den individuella förändringen över tid är statistiskt signifikant. Ser man exempelvis till de som skattade dubbelrött under 2016, vilket var 48 individer, skattar 14 individer fortfarande dubbelrött ett år senare medan 34 individer har förbättrats till enkelrött, gult eller grönt resultat.

Företagshälsovården hanterade återkopplingen av de individuella resultaten till medarbetarna, utifrån olika svarsalternativ. Som tidigare har nämnts så ombads medarbetarna med enkelrött resultat att ta kontakt med företagshälsovården för en personlig återkoppling av sitt resultat och för möjlighet att planera för åtgärder. En del medarbetare hörde av sig, men långt ifrån alla. Medarbetare med dubbelrött resultat ombads också att kontakta företagshälsovården. Dessutom försökte företagssköterskor få telefonkontakt med målgruppen, vilket innebar ett ganska omfattande arbete för sköterskorna. De fick telefonlistor från HR i respektive förvaltning men alla medarbetare var inte anträffbara på de nummer som fanns tillgängliga. Antalet kontaktförsök blev omfattande och det tog längre tid att genomföra än beräknat. Som konsekvens dröjde förstebesöket hos företagshälsovården så personlig återkopplingen kunde ges.

Det uppföljande arbetet resulterade i att 62 personer deltog i en eller flera aktiviteter som genomfördes under projektiden. Följande antal och aktiviteter har genomförts av företagshälsovården under projektiden:

- 17 medarbetare har deltagit i stresshanteringsutbildningen ”Stanna upp”
- 40 medarbetare har fått hälsosamtal med företagssköterska
- 13 medarbetare har fått läkarbesök hos företagsläkare
- 12 medarbetare har fått psykologsamtal
- 7 medarbetare har deltagit i trepartssamtal
- 1 medarbetare har remitterats vidare till annan vårdgivare.

Resultatet för alla medarbetare har också redovisats som gruppresultat (om minst åtta svarande) till medarbetarens chef. Utifrån resultatet i QPS-Mismatch fick chefen vägledning för att kunna göra en handlingsplan för enhetens fortsatta hälsofrämjande arbete.

Det samlade resultatet vid båda mättillfällena skiljer sig inte nämnvärt från varandra när det gäller resultatet från QPS-Mismatch och resultaten skiljer sig inte statistiskt mellan åren.

Resultaten över upplevd *arbetsbelastning*, *rättvisa* och *gemenskap* visar på en relativt positiv situation medan områdena *kontroll*, *belöning* och *värdering* ligger sämre till, utifrån det samlade resultatet för samtliga förvaltningarna som ingick i projektet. Ser man till respektive förvaltning eller enskilda enheter så skiljer sig resultatet betydligt mellan olika enheter. Arbetsbelastning ser generellt bra ut samtidigt som det är tydligt att medarbetarna inte upplever sig belönade utifrån sin insats och man delar inte helt värderingarna om hur arbetet bedrivs. En bortfallsanalys visade att de som enbart deltog vid första tillfället skattade något sämre arbetsmiljö över samtliga områden förutom arbetsbelastning. Bortfallet 2017 kan tolkas utifrån den så kallade ”healthy worker-effekten”, det vill säga att de som mår sämre eller har det sämre deltar i mindre utsträckning i enkätundersökningar än friska.

3.4 Stresshanteringsutbildning

Som beskrevs i metodavsnittet så har medarbetare med upplevd stressrelaterad psykisk ohälsa, eller med risk för utmattning, erbjudits en stresshanteringsutbildning, som företagshälsovården har hållit i. Ett tidigt stöd har därigenom gjorts tillgängligt för de medarbetare som har haft behov av det. Det ska nämnas att stresshanteringsutbildningen inte har varit den enda insatsen som erbjudits, utan en bland flera. Företagshälsovården har kunnat erbjuda tjänster ur hela den verktygslåda som de vanligtvis har att välja ur till medarbetarna.

Totalt har 17 medarbetare gått utbildningen i stresshantering. Prioriterade medarbetare har varit de vars enkätsvar visat dubbelrött resultat, varning för utmattningssyndrom, men även medarbetare med enkelrött resultat, alltså varning för måttliga men distinkta stressymptom. Den senare gruppen i mån av plats.

En tid efter den första screeningundersökningen visade det sig vara svårt att attrahera deltagare till kurserna. Bland de medarbetare som erbjöds trepartssamtal var det inte många som ville delta i ett sådant samtal, då de kände att skulden hamnade på dem som individer, enligt uppgifter från de företagssköterskor som genomförde de uppsökande telefonsamtalen. Som en konsekvens var det också svårt att hitta deltagare till utbildningarna i stresshantering. Ytterligare en försvårande omständighet för att få deltagare var att det inte var löpande intag till utbildningen, förutom i Göteborg, på grund av otillräckligt antal deltagare. Det gjorde att uppstarter av utbildningen dröjde, så medarbetare på andra orter än Göteborg kunde få vänta på utbildningen. Tajmingen mellan återkoppling av enkät och uppstart av utbildningen var inte optimal (Göteborg undantaget).

3.5 Statistik för analys av sjukfrånvaron

Försök har gjorts inom projektet att bistå VGR med statistiska uppgifter om sjukfrånvaron, utifrån att det fanns behov av bättre och mer relevant statistik. Som beskrevs i metodavsnittet har detta skett genom att bryta ner Försäkringskassans statistik på förvaltningsnivå genom att utgå från de CFAR-nummer (arbetsställe) för VGR som finns registrerade i Försäkringskassans system.

Resultatet visar att det är möjligt, men att det inte är en lösning som fungerar generellt. Det är många tekniska och organisatoriska förutsättningar hos både Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen som måste vara uppfyllda för

att statistiken ska ge en relevant bild av sjukfrånvaron som är till nytta för både Försäkringskassan och arbetsgivaren.

3.6 Processutvärdering

Den processutvärdering som Institutet för stressmedicin bistått med visar på identifierade hinder/problem samt styrkor/möjligheter med projektets genomförande.

Några hinder inom projektet som lyfts fram var den korta projekttiden och att företagshälsovården kom in sent i projektet. Företagshälsovården ingick inte i projektgruppen när den initiala planeringen skedde och valen av insatser beslutades. Det försvårade för företagshälsovården att faktiskt genomföra de planerade insatserna men även att utforma och sätta insatserna i ett sammanhang (Hultberg, 2017).

De metoder som använts i projektet har haft god evidens genom forskning men processutvärderingen identifierar att stort fokus har legat på individinsatser och mindre fokus på organisatoriska förutsättningar.

Av utvärderingen framgår att styrkor med projektet har varit att det har bestått av samverkan mellan VGR och Försäkringskassan på en övergripande nivå. Att också företagshälsovården har varit så starkt delaktiga lyfts fram som en styrka, och något unikt.

4. Diskussion

I följande kapitel diskuteras resultatet och erfarenheter från projektet.

Generella reflektioner

Projektets övergripande mål har varit att testa olika insatser och därmed öka kunskapen om effektiva metoder för att förebygga sjukfrånvaro. Det är problematiskt att utvärdera projektets olika insatser gällande om det har varit effektiva insatser eller inte. Att utvärdera insatserna genom att se till sjukfrånvarostatistik är inte möjligt, dels för att sjukfrånvaro är ett komplext mått och dels för att det är flera andra faktorer än enbart de som ingår i projektet som kan påverka sjukfrånvaro. Projektets arbete har inte riktat in sig på de som har varit sjuka och frånvarande från arbetet och därmed går det heller inte att mäta effekter av insatserna genom sjukfrånvarostatistik på arbetsplatsnivå. Projektet har istället valt att arbeta både med ett förebyggande och ett hälsofrämjande perspektiv. Att gå från att arbeta efterhjälpande, rehabiliterande, till att börja arbeta hälsofrämjande är en långsiktig satsning och eventuella effekter av satsningen går inte att utläsa under den, i sammanhanget, korta tid som projektet har pågått. Det är också en av slutsatserna från den processutvärdering om projektet som genomförts.

Tidigare forskning har visat på att det är en framgångsrik metod att arbeta brett för att främja hälsan på en arbetsplats och kombinera detta med insatser riktade mot särskilt riskutsatta grupper, om man vill uppnå hälsofrämjande arbetsplatser (Skagert, 2010). Bäst effekt blir det om man riktar in arbetet på flera nivåer samtidigt, såsom på organisation, grupp och individ. En annan framgångsfaktor är

att arbeta såväl förebyggande, utifrån vilka risker som finns på arbetsplatsen, som hälsofrämjande, att stärka arbetsplatsens friskfaktorer (Hultberg et al, 2015).

Att arbeta för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser är den riktning som VGR ska gå mot, enligt beslut i regionfullmäktige juni 2017, som anger:

”Hälsofrämjande arbetsplatser och färre sjukskrivningar

Hälsofrämjande arbetsplatser med en god organisatorisk och social arbetsmiljö är en förutsättning för att Västra Götalandsregionen ska vara en attraktiv arbetsgivare och klara kompetensförsörjningen.

Ett antal olika initiativ pågår i syfte att förbättra arbetsmiljön och förebygga sjukfrånvaro. Dessa ska fortsätta och intensifieras genom att bland annat sprida och breddinföra goda exempel och arbetssätt. Här ligger att även verka för bättre förutsättningar för chefer att arbeta med arbetsmiljön och en hälsofrämjande arbetsplats. Ett närvarande ledarskap kan ge goda hälsoeffekter i verksamheten” (regionfullmäktige).

Hälsofrämjande ledarskapsutbildning

Forskning pekar på att ledarskap har stor betydelse för anställdas välmående och att ledarskapsutveckling därför bör vara huvudfokus för framtida interventioner inom arbetsmiljö- och hälsoarbete (Kelloway & Barling, 2010). Att genomföra en hälsofrämjande ledarskapsutbildning har alltså gott stöd i forskning. Det var också tidigare forskning som avgjorde valet av hälsofrämjande ledarskapsutbildning. Grundarna av det utbildningspaket som valdes har bedrivit forskningsinterventioner med utbildningen inom andra chefsgrupper och kan från dem redogöra för resultat i form av att cheferna har fått ökade förmågor vad det gäller att ha ett hälsofrämjande ledarskap. Detta avspeglades i deras handlingar och medarbetarnas hälsa, välbefinnande och hälsostödjande arbetsvillkor (Dellve, 2008). Som beskrevs i resultatdelen så har utbildningen varit uppskattad bland de deltagande cheferna. Att det har funnits ett behov av utbildningen framstår som tydligt. Genom att utbildningen är en validerad metod finns det anledning att tro att utbildningen kommer ha positiv inverkan på kommande hälsofrämjande arbete, även om det är för tidigt att dra den slutsatsen i nuläget.

Utifrån projektets resultat går det att konstatera att det behövs ytterligare insatser för att chefernas hälsofrämjande ledarskap ska få genomslag i organisationen. Cheferna har påtalat att de har saknat den högre ledningens engagemang i frågan. Det här är en viktig lärdom i projektet. För att det hälsofrämjande förhållningssättet och arbetssättet ska få genomslag i verksamheten behövs kunskap om hälsofrämjande ledarskap i alla chefsled. Det här antagandet ligger i linje med ett otal tidigare forskningsstudier, bland annat en studie som genomförts av Institutet för stressmedicin vid en implementering av hälsofrämjande arbete vid ett sjukhus inom VGR. Där betonas just vikten av ett brett ägandeskap, där ledningens stöd är en förutsättning för att lyckas (Skagert, 2014).

En slutsats som projektet drar är att det har varit en början att utbilda första linjens chefer, men målgruppen behöver vidgas till fler chefsnivåer. Det räcker dessutom inte att första linjens chefer har kunskapen i att arbeta förebyggande och

hälsofrämjande, de behöver också ha de organisatoriska förutsättningarna för att agera och kunna driva igenom en arbetsmässig förändring för sina medarbetare. Cheferna har vid flertalet tillfällen påpekat att de saknar dessa förutsättningar. Projektet bedömer att om att alla chefsled ges kunskap om det förebyggande och det hälsofrämjande perspektivet så kan organisationen också skapa förutsättningar för första linjens chefer att bättre kunna agera förebyggande och mer långsiktigt med sitt hälsofrämjande ledarskap. Det skulle även skapa förutsättningar för att uppnå regionfullmäktiges budgetbeslut från juni 2017.

En erfarenhet från projektet är att chefer behöver ett bra chefstöd för det operativa arbetet i det hälsofrämjande ledarskapet. Det kan inte förväntas av cheferna att de kan utföra alla insatser och åtgärder på egen hand, utan det krävs operativt stöd för det, exempelvis i form av HR-funktion och/eller hälsoutvecklare/inspiratör. Dessa funktioner behöver därför också få en kompetenshöjning i hälsofrämjande ledarskap och arbetsplats.

Som framgick i resultatdelen har cheferna också påtalat att det saknas en uttalad *hälsopolicy* inom verksamheten. De har uppfattat en otydlighet i vad VGR som organisation står i frågan kring det hälsofrämjande perspektivet. Det är troligt att en väl genomarbetad hälsopolicy kan ge tydligare riktning för cheferna men också för medarbetarna.

Screening av upplevd stress, utmattning och arbetsmiljö

Metoden som projektet har valt att använda sig av, ett kliniskt verktyg som redan tidigare är validerat och används av företagshälsovården, har visat sig fungera. Projektgruppen bedömer att en stor del av medarbetarna som visat tecken på stress och/eller utmattning har identifierats och tidigt stöd har kunnat erbjudas. Screeningen har också glädjande nog visat att majoriteten av medarbetarna inom VGR inte visar några tecken på utmattning eller andra stresssymptom. Även den del som avser arbetsmiljö (QPS-Mismatch) visade på anmärkningsvärt positivt resultat i stapeln arbetsbelastning. Även i gruppen som endast svarade en gång på screeningenkäten är det samma positiva resultat om upplevd arbetsbelastning.

I det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är det viktigt att fånga tidiga signaler på ohälsa inte bara genom att följa upprepad korttidsjukfrånvaro som idag många större arbetsgivare gör. Det här projektet har visat att det går att utveckla och använda andra metoder för att upptäcka tidiga signaler. Genom screeningenkäter fångas tidiga signaler för stress- eller utmattningsvarning, men det förutsätter att resultatet tas om hand och att stöd ges till de som inte mår bra. Det är en resurskrävande metod som bör användas där den gör störst nytta. Det kan exempelvis vara bland grupper som bedöms ligga i riskzon för sjukskrivning, till exempel yrkesgrupper där sjukfrånvaron procentuellt är högre än för andra grupper.

Frågeformulär fångar dock inte alla de medarbetare som riskerar eller upplever stressrelaterad psykisk ohälsa. Särskilt i undersökningar som rör den egna hälsan är risken större att de som redan upplever försämrad hälsa inte svarar på enkäten jämfört med de som inte upplever försämrad hälsa. Det här är känt som "the healthy worker-effect" och projektet kan anta att den här effekten har haft

inverkan på det bortfall som blev. På grund av bortfallet har undersökningarna sannolikt inte kunnat identifiera alla de medarbetare som projektet har velat fånga.

Cheferna inom projektet har uttryckt att det har varit positivt med en metod som kan fånga medarbetare med tidiga signaler på ohälsa och att det har funnits hjälp och stöd för de här medarbetarna. Men på grund av bortfallet har cheferna en viktig uppgift i att fortsätta arbeta aktivt för att upptäcka tidiga signaler på ohälsa bland sina medarbetare på andra sätt, exempelvis genom närvarande ledarskap och att agera på informell information. Projektgruppen bedömer att en viktig förutsättning för ett närvarande ledarskap är att normtalet inom VGR på max 35 underställda medarbetare efterlevs.

Inom projektet fanns en förhoppning om att de medarbetare som upplevde stressrelaterad psykisk ohälsa, eller fanns i riskzonen, skulle vilja delta i trepartssamtal för att därigenom kunna identifiera rätt åtgärder för att undvika sjukfrånvaro. Dock visade det sig svårare än förväntat att involvera dessa medarbetare. Några medarbetare har uttryckt att de känt att "skulden" för måendet har hamnat på dem som individer. Medarbetare har tydligt visat att de inte är benägna att tala med sin chef om hur man mår då de inte tror på att arbetsgivaren klarar av att hjälpa dem, utan är rädda just för att skulden hamnar på dem själva. Det här visar på vikten av att arbeta med ett brett perspektiv och att lyfta bort fokus på individer och istället rikta det mot organisationen. Det går också i linje med intentionen i Arbetsmiljöverkets föreskrift Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4, som handlar om perspektivförflyttning från individ och rehabiliterande hälsoarbete mot organisatoriska faktorer, förebyggande och hälsofrämjande.

Att genomföra en hälsofrämjande ledarskapsutbildning inom ramen för det här projektet har varit ett steg i att gå från individperspektivet till det organisatoriska perspektivet. Det har varit projektets ambition att rikta insatser mot såväl organisation som individ men med facit i hand kan vi se att det ändå har blivit större fokus på individinsatser. Det har påpekats av både medarbetare och chefer och är också en slutsats i den genomförda processutvärderingen. I den påpekas att ett mer omfattande grundarbete med större fokus på förväntningar och att skapa en större medvetenhet i projektgruppen i inledningen av projektet, hade kunnat leda till att de två perspektiven bättre knutits ihop (Hultberg, 2017). Det är en värdefull erfarenhet att ha i åtanke inför kommande utvecklingsarbeten. Viktigt att nämna är också att cheferna har arbetat med det organisatoriska perspektivet utifrån screeningresultatet av QPS-Mismatchdelen som vägledning. Vid slutet av chefens utbildning gjorde hen sin egen handlingsplan för sitt hälsofrämjande arbete framöver. Men eftersom det ännu inte har gått så lång tid efter utbildningen har effekter av detta ännu inte varit meningsfullt att utvärdera, enligt projektgruppens uppfattning.

Skattning av gruppens resultat (LUCIE)

På gruppnivå ses inga signifikanta förändringar över tid hur de svarande skattar på stressrelaterade symtom och utmattning. Bland de medarbetare som har skattat dubbelrött kunde vi i resultatet se att det har en skett en förflyttning till det bättre för en större andel än förväntat. Inom projektet har det gjorts insatser och mycket resurser har riktats mot de som skattade risk för utmattning och vi kan se att det

har skett en förflyttning till den uppföljande screeningen. Att förflyttningen har berott på insatserna kan inte sägas med säkerhet, då det saknas en kontrollgrupp i projektet. Avsaknad av kontrollgrupp var ett medvetet val av projektgruppen då man inte vill genomföra screeningenkäten bland medarbetare som sedan inte skulle erbjudas stöd.

Företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården Hälsan & Arbetslivet har haft rollen som både operativ och strategisk resurs i projektet och dessa bägge delar har varit en förutsättning för projektets genomförande. Representanter från företagshälsovården har deltagit i arbetet med grundanalysen och har bistått med experthjälp för analyser, uppföljning och rådgivning. Deras insatser har haft avgörande betydelse för projektets genomförande.

Det är företagshälsovården som har genomfört den hälsofrämjande ledarskapsutbildningen. De har administrerat utskicken och svaren av screeningenkätena. De har meddelat respondenterna deras svar, genomfört den uppsökande verksamheten bland respondenterna och genomfört olika insatser som exempelvis stresshanteringsutbildning.

Det här samarbetet har underlättats av att Västra Götalandsregionen har en intern företagshälsovård men framför allt av att de har resurser och kompetens kring det hälsofrämjande perspektivet. Det har funnits rätt kompetens för projektets genomförande och på rätt plats, även om företagshälsovården också har behövt stärka sin organisation för att hantera det praktiska genomförandet.

En lärdom från projektet är att företagshälsovården borde ha involverats tidigare i planeringsstadiet och förberedelsearbetet. Genom processutvärderingen av projektet framgår att Hälsan & Arbetslivets representanter tycker att det var olyckligt att de kom in sent i processen. Även om Hälsan & Arbetslivet har haft en roll som strategisk resurs i projektet så är en viktig erfarenhet att de hade kunnat vara det i ännu större utsträckning, bland annat genom att involveras tidigare för att på så vis vara med och påverka val av insatser och projektets genomförande i sin helhet. Det finns tidigare forskning som visar på vad som krävs för att åstadkomma att företagshälsovården blir en verklig strategisk resurs. Det handlar om tajming, att knyta an till pågående processer och till metoder som chefer behöver för att förstå sin kontext. Det handlar också om att som expertpart erbjuda något som verksamheten inte har (Liff & Wikström, 2017). För att säkerställa att företagshälsovården används som strategisk resurs även i förebyggande och hälsofrämjande arbete framförs i processutvärderingen att VGR framöver behöver utveckla ett arbetssätt som gör det möjligt (Hultberg, 2017).

Behov av nätverk, socialförsäkringskunskap och omplaceringsmöjligheter

Ett återkommande ämne i kontakten med deltagande chefer har varit deras stora behov av erfarenhetsutbyte. De har ett stort behov av att ingå i ett nätverk med andra chefer och HR-funktioner och det bör finnas fler sådana möjligheter. Även behovet av kunskap i hur sjukförsäkringen är utformad framstår som stort och något som VGR tillsammans med Försäkringskassan skulle kunna undersöka möjligheterna att tillgodose.

Under projekttiden har cheferna framfört att den nuvarande organisationen inte ger dem möjlighet att faktiskt arbeta hälsofrämjande eller förebyggande i någon större utsträckning. Något som påtalats är att de inte har möjlighet att tillfälligt omplacera en medarbetare till exempelvis en annan enhet och andra arbetsuppgifter, i syfte att undvika sjukskrivning. Det är möjligt först när en medarbetare är sjukskriven och en rehabiliteringsprocess har dragit igång. Rehabiliteringsprocessen påtalas också som något långsam, och när Försäkringskassan utreder möjligheterna till andra arbetsuppgifter i samband med rehabiliteringskedjans tidsgränser, så har dessa möjligheter ännu inte utretts inom hela organisationen. Den aktuella chefen upplever inget stöd i att se till de möjligheter som finns inom hela organisationen utan är begränsad till sin egen avdelning. De organisatoriska förutsättningarna för första linjens chef i sitt ledarskap framstår alltså som begränsad till sin egen arbetsplats och enhet, både i stadier av prerehabilitering och rehabilitering. Den här impulsen anser projektgruppen att VGR som arbetsgivare bör studera närmare. Det kan finnas en potentiell möjlighet här för att undvika sjukfrånvaro hos medarbetare.

Samarbete mellan Försäkringskassan och VGR

Samarbetet mellan VGR och Försäkringskassan i projektet har inneburit en större möjlighet till förbättrad statistikanalys av sjukfrånvaron och att se över arbetet med arbetsgivaröverenskommelser. Projektets konstaterar utifrån genomfört test att CFAR-nummer inte är någon optimal lösning för att bryta ner Försäkringskassans sjukfrånvarostatistik för stora arbetsgivare, men för vissa förvaltningar/enheter kan det fungera. Om Försäkringskassan önskar kunna ta fram statistik över arbetsgivares sjukfrånvaro på lägre nivå än organisationsnummer bör andra möjligheter undersökas.

Summering

För att summera det här projektet kommer den genomförda processutvärderingen väl till pass. En viktig slutsats som framkommer genom den är att utifrån projektets syfte så har projekttiden varit för kort. Ett förändringsarbete behöver mer tid för att ge resultat. Och när det gäller målen som projektet arbetat mot så hade det varit en fördel om projektgruppen i inledningsskedet hade ägnat tid åt att diskutera varandras förväntningar och de perspektiv som varit utgångspunkten. På så vis hade projektgruppen bättre kunnat skapa en gemensam plattform från mål och delmål till planerade insatser, genomförande och utvärdering.

Men trots att projekttiden har varit kort så finns det flera erfarenheter att hämta från det här projektet. Att samverkan har skett över såväl organisations- som förvaltningsgränser har medfört att specifika arenor för möten har skapats vilket är positivt för fortsatt samverkan och är ett arbetssätt som bör utvecklas, enligt utvärderingen. Det finns goda förutsättningar för både VGR, Försäkringskassan men även andra arbetsgivare att bygga vidare på erfarenheterna från projektet i fortsatta arbetsmiljöinsatser, både särskilda satsningar men framförallt i det kontinuerliga arbetsmiljöarbetet.

4.2 Förslag på åtgärder

Här nedan presenteras ett antal förslag på åtgärder för att vidareutveckla VGR som arbetsgivare. Förslagen kan också andra arbetsgivare ha användning av.

Förslagen bygger på de erfarenheter och utvecklingsområden som projektet identifierat under projektiden.

- Utbilda samtliga chefsnivåer i hälsofrämjande ledarskap.
- Utbilda stödfunktioner till chefer i hälsofrämjande ledarskap.
- Ge förutsättningar för chefer att arbeta förebyggande, budgeten och organisatoriska gränser försvårar.
- Fånga tidiga signaler på ohälsa på andra sätt än att enbart titta på upprepade sjukfall.
- Förändra kulturen till en mer främjande och förebyggande.
- Inför en hälsopolicy.
- Stärk kunskapen om sjukförsäkringen bland chefer på alla nivåer.
- Bygg vidare på samverkan mellan organisationer och mellan förvaltningar.
- Skapa forum för erfarenhetsutbyte mellan chefer och HR-funktioner.
- Se över strukturen för omplaceringsmöjligheter för att kunna utnyttja möjligheter inom hela organisationen och även i förebyggande syfte.

5. Referenser och bilagor

Projekthandlingar

Handlingsplan, *Mobiliseringsinitiativet 2015-2016. Förslag till handlingsplan*. Försäkringskassan, diarienummer 12298-2015.

Revisionsrapport, *Granskning av hanteringen av den ökade sjukfrånvaron*. Västra Götalandsregionen, diarienummer Rev 30-2015.

Hultberg, Annemarie (2017). *Processutvärdering VGR som arbetsgivare – ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet*. Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen.

Tryckt litteratur

Kelloway K & Barling J (2010) Leadership as an intervention in occupational health psychology, *Work and stress*; 24: 260-279.

Liff, R. and E. Wikstrom (2017). Expertgruppers samarbete med linjechefer - om samarbete som identitetsskapande processer. *Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer*. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet. ISM-rapport 19. Institutet för stressmedicin.

Skagert, K., Bergman C, Dellve L, Hultberg A, Ahlberg G (2014) *Hälsofrämjande i praktiken (HiP) – en studie av en utvecklingsprocess*. Institutet för stressmedicin.

Elektronisk litteratur

Arbetsmiljöverket. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*, AFS 2015:4. Hämtad 2017-09-28. Adress:

https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf

Dellve L & Eriksson A. (2016). *Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring*. Västra Götalandsregionen, 2016. Hämtad: 2017-09-28. Adress: <http://www.vgregion.se/ov/ISM/publikationer/arbetsmaterial/>

Forte, *En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. 2015*. Hämtad: 2017-09-05. Adress: <http://forte.se/app/uploads/2015/04/psykisk-ohalsa-arbetsliv.pdf>

Hultberg A, Skagert K, Johansson E P, Ahlborg G jr. *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser, 2015*. Institutet för stressmedicin. ISM-rapport 9. Hämtad 2017-09-28. Adress: https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/773f6add-3fc0-42aa-bdb7-735cbce53057/2015_9_H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande%20arbetsplatser%2c%20Uppdatering.pdf?a=false&guest=true

Regionfullmäktige Västra Götalandsregionen, juni 2017. Budgetbeslut. Hämtad: 2017-10-06. Adress: https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/27beade5-a197-47c6-a952-612e0356dae0/Budget_2018_170523_Gr%c3%b6nB1%c3%a5_Samverkan.pdf?a=false&guest=true

Skagert, Katrin (2010). *Leadership in human service organisations: Conceptions, strategies and preconditions to promote and maintain health at work*. Sahlgrenska universitetssjukhuset och Göteborgs universitet. Hämtad: 2017-09-28. Adress: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21940/4/gupea_2077_21940_4.pdf

Socialdepartementet (2015). *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. Hämtad 2017-09-28. Adress: <http://www.regeringen.se/4a767f/contentassets/20f4ccc25f584197ae79ff937f6fcb5/atgardsprogram-for-okad-halsa-och-minskad-sjukfranvaro.pdf>

Tenenbaum Artur & Österberg, Kai (2017). *Klinisk handbok för LUQSUS-K. En praktisk guide för användning av LUQSUS-K i samband med utredning, sjukskrivning och rehabilitering av misstänkt stressrelaterad utmattning*. Hälsan & Arbetslivet, Västra Götalandsregionen och Arbets- och miljömedicin, Lunds universitet. Tillgänglig på: <http://fhvmetodik.se/luqsus/>

Bilagor

Bilaga 1. Utvärdering av utbildningen i hälsofrämjande ledarskap – en aktivitet inom Mobiliseringsinitiativet.

Bilaga 2. Text vid återkoppling till medarbetare om enkätsvar.

Bilaga 3. Processen med screeningenkäter.

Bilaga 4. Processutvärdering Västra Götalandsregionen som arbetsgivare – ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet.