

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

Annemarie Hultberg

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 häftet för personligt bruk finns att hämta på hemsidan: www.vgregion.se/stressmedicin

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, Ahlborg 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, Ahlborg 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, Ahlborg 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: Hälsofrämjande 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)

Redaktör och ansvarig utgivare: Ingibjörg Jonsdottir

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslag: IBIZ

Tryckeri: Bording AB

INNEHÅLL

Förkortningar.....	7
FÖRORD.....	8
SAMMANFATTNING.....	9
INLEDNING.....	11
Bakgrund.....	11
Hälsoprojektet.....	11
Deltagande enheter.....	12
Insatser.....	12
METOD.....	13
Processutvärdering.....	13
Reflektionsgrupper.....	13
Intervjuer.....	15
Analys av insamlade data.....	15
Magisteruppsats.....	15
Verktygslåda för FHV.....	16
Utvärdering av resultat.....	16
GENOMFÖRANDE OCH RESULTAT.....	17
Förberedelse.....	17
Från ansökan till handlingsplan.....	17
Förankring.....	19
Förväntningar.....	20
Hinder och stöd i förberedelsearbetet.....	21
Organisering.....	21
Projektledarens roll.....	22
Projektgrupp.....	22
De fackligas roll i projektgruppen.....	23
Att tydliggöra roller.....	23
Nulägesanalys och tillbakablick.....	24
Samverkan chefer-HR-FHV.....	24
Vad betydde reflektionsgruppen för deltagande chefer?.....	25
Vad betydde reflektionsgruppen för FHV?.....	26
Ett uppdrag som kräver helhetssyn.....	27
Hinder och stöd vid organisering.....	28
Kartläggning med Arbetsplatsprofil (APP).....	28

Uppföljande individuella samtal.....	28
Återkoppling av resultat från APP	30
Handlingsplan	31
Kritik mot leverantören (HPI)	31
Var APP den bästa metoden?	31
Arbetsplatsprofil nummer två	32
Hinder och stöd vid kartläggning med APP	32
Hälsosamtal	33
Varför hälsosamtal?	33
Hälsosamtalet ett privilegium	33
Deltagande i hälsosamtal 1 och 2.....	33
Hälsosamtal som metod.....	34
Uppföljning.....	34
Hur blev det i praktiken? FHVs reflektioner	35
Hur blev det i praktiken? Reflektioner från chefer och projektledare	36
Medarbetarnas upplevelser av hälsosamtalet.....	37
Hinder och stöd vid hälsosamtal	38
Reflektionstid	38
Varför reflektionstid?	38
Om metoden	38
Men hur gör man i praktiken?.....	39
Hinder och stöd för reflektionstid	39
Mindfulness på arbetsplatsen	40
Målgrupp	40
Mindfulness på arbetsplatsen som metod.....	40
Mindfulnessutbildning för medicinska sekreterarna	41
Möjlighet att tillämpa mindfulness på arbetsplatsen	42
Mindfulnessutbildning för chefer.....	42
Samlade reflektioner från FHV	44
Utvärdering.....	44
De medicinska sekreterarna om mindfulness på arbetsplatsen	44
Hinder och stöd för mindfulness på arbetsplatsen	45
Dialogträning.....	45

Dialogträning som metod.....	46
Genomförande	47
Upplevelse av dialogträningen från chef och FHV	47
Medarbetarnas upplevelse av dialogträning.....	48
Hinder och stöd för dialogträning	48
Reflektionsgrupper med handledning	49
Tema utifrån APP.....	49
Hur blev det i praktiken; enligt chefer, FHV och projektledare	49
Medarbetarnas upplevelser av reflektionsgrupper	51
Hinder och stöd för reflektionsgrupper med handledning	51
Styrketräningsgrupper	51
Hinder och stöd för styrketräningsgrupper.....	52
Uppföljningsfasen	52
Jämförelse mellan APP 1 och 2.....	52
Balanserad närvaro	52
Vad gör vi sen?	53
Sjukhusets fortsatta hälsoarbete	54
Förankring i ledningen.....	54
Förväntningar på FHV.....	55
Förväntningar på HR.....	55
Planerad återkoppling	55
Genomförd återkoppling.....	56
Hinder och stöd för sjukhusets fortsatta hälsoarbete	56
En magisteruppsats om chefernas upplevelse	57
Hämmande faktorer	57
Främjande faktorer	57
Medicinska sekreterare.....	58
Nulägesanalys.....	58
Förebyggande och hälsofrämjande insatser	59
Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015	59
Resultat från APP och Balanserad närvaro.....	60
Reflektioner under processen	60
Medarbetarnas upplevelser av projektet.....	62
Förväntningar	62

Hälsosamtal	62
Mindfulness på arbetsplatsen	62
Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt.....	63
Barnmorskor Förlossningen	64
Nulägesanalys.....	64
Förebyggande och hälsofrämjande insatser	65
Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015	65
Resultat från APP och Balanserad närvaro.....	66
Reflektioner under processen	67
Medarbetarnas upplevelser av projektet.....	68
Barnmorskor BB	72
Nulägesanalys.....	72
Förebyggande och hälsofrämjande insatser	73
Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015	73
Resultat från APP och Balanserad närvaro.....	74
Reflektioner under processen	75
Medarbetarnas upplevelser av projektet.....	76
Undersköterskor MAVÅ	79
Nulägesanalys.....	79
Förebyggande och hälsofrämjande insatser	80
Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015	80
Resultat från APP och Balanserad närvaro.....	81
Reflektioner under processen	82
Medarbetarnas upplevelser av projektet.....	83
Diskussion	87
Otydligt stöd från ledningen.....	87
En realistisk förväntan.....	87
Delaktighet	88
Om riktade insatser och vägledande principer	89
Hälsosamtal som metod för förändring	90
En modell för samverkan och lärande.....	91
FHV som strategisk resurs	91
Slutsatser	93
REFERENSER.....	94

FÖRKORTNINGAR

AMD	Arbetsmiljödelegationen
APP	Arbetsplatsprofil (ett redskap för kartläggning av hälsa och arbetsmiljö)
APT	Arbetsplatsträff
FHV	Företagshälsovård
HR	Organisationens hantering av mänskliga resurser (human resources)
ISM	Institutet för stressmedicin
KART	Kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen 2004-2010
MAVA	Medicinsk akutvård
MI	Motiverande samtal (motivational interviewing)
VGR	Västra Götalandsregionen

FÖRORD

I detta häfte presenteras en processutvärdering av ett hälsoprojekt som vände sig till undersköterskor, medicinska sekreterare och barnmorskor. Skälet till att rikta insatserna mot dessa yrkesgrupper kommer från KART-studien, som beskriver medarbetarnas upplevelse av hälsa, stress och arbetsmiljö under perioden 2004-2010 (Hultberg, 2011). Projektet som ägde rum på ett av sjukhusen inom Västra Götalandsregionen mellan 2012-2015, visar på svårigheten att åstadkomma positiva förändringar avseende stress och hälsa enbart genom individriktade hälsoinsatser. Kontexten är helt avgörande och måste utgöra en central utgångspunkt vid starten av ett hälsoprojekt som detta. Det innebär bland annat att insatser riktade mot individen måste kompletteras med åtgärder för att påverka de organisatoriska och sociala dimensionerna i arbetsmiljön. Något som är högaktuellt nu när Arbetsmiljöverkets nya författningssamling är på väg att träda ikraft. (Arbetsmiljöverket, 2015). Om medarbetarna upplever att de erbjuds ett hälsoprojekt *istället för* organisatoriska åtgärder, kan insatsen snarare bli kontraproduktiv.

Hälsofrämjande arbete används ofta för att beskriva olika insatser som syftar till att främja hälsa. För att åstadkomma ett långsiktigt resultat räcker det inte med enskilda aktiviteter. Man behöver även grunda det hälsofrämjande arbetet i vissa vägledande teorier och principer, så att man kan göra medvetna vägval när det gäller såväl val av insats som HUR det skall genomföras. För detta behövs särskild kompetens. För att genomföra enskilda insatser räcker det att veta att det bidrar till bättre hälsa och att man har metodkunskap för att genomföra insatsen. Men för att undvika några av de fallgropar som lyfts fram i detta häfte, hade det varit en fördel att involvera FHV i ett tidigare skede, utifrån dess kompetens att bedriva hälsofrämjande processer. Det finns inom Västra Götalandsregionen en förväntan av att i större utsträckning använda FHV som strategisk resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Inom det AFA-finansierade forskningsprojektet FHV NySam följs och ges stöd åt ett sådant utvecklingsarbete. Detta häfte kommer med FHV NySam som utgångspunkt att följas upp av ytterligare ISM-publikationer om processtöd för hälsofrämjande arbete.

SAMMANFATTNING

Insatser för att stärka individens hälsa måste kombineras med åtgärder riktade mot arbetsmiljön. Ledningens stöd är central, liksom medarbetarnas delaktighet. Att möjliggöra utvecklingsinriktat lärande under processen är en stödjande faktor. Det behövs fortsatt utvecklingsarbete för att i ökad utsträckning använda Företagshälsovården (FHV) som strategisk resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Detta är generella slutsatser för hälsofrämjande arbete, som gäller även vid riktade insatser till särskilda yrkesgrupper i vården.

Uti från en tidigare genomförd kartlägningsstudie (KART-studien), som beskriver upplevelsen av psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa bland ett stort antal medarbetare i Västra Götalandsregionen (VGR), tog ett av sjukhusen i VGR initiativ till ett hälsoprojekt med riktade insatser till de tre yrkesgrupperna läkarsekreterare/medicinska sekreterare¹, undersköterskor och barnmorskor. Syftet var att minska sjukfrånvaron, främja hälsan och minska risken för ohälsa i målgrupperna. Ett viktigt mål var att utveckla arbetssätt och strategier för fortsatt hälsofrämjande arbete gentemot målgrupperna. Medel för projektets insatser beviljades av Arbetsmiljödelegationen (AMD), liksom särskilda medel till Institutet för Stressmedicin (ISM) för att utföra en processutvärdering, det vill säga en utvärdering av HUR projektet implementerades i organisationen.

På fyra deltagande enheter, med cirka 140 medarbetare, har en kartläggning gjorts, vilket lett till olika insatser på enheterna såsom mindfulnessutbildning, dialogträning och reflektionsgrupper. Dessutom har alla medarbetare erbjudits två hälsosamtal. Samtliga insatser genomfördes av VGR:s interna FHV. Resultatet av interventionen beskrivs i en särskild rapport från sjukhuset. Projektet startade hösten 2012 och pågick fram till sommaren 2015. Denna processutvärdering bygger på data insamlat under projektets gång, då man samlat deltagande enheters chefer respektive utförare från FHV till reflektionsträffar varje kvartal. Efter projekttidens slut genomfördes fokusgruppsintervjuer med medarbetare från de fyra deltagande enheterna, därtill ytterligare några kompletterande intervjuer/fokusgruppsintervjuer.

¹ Medicinska sekreterare används fortsättningsvis som yrkesbeteckning.

Genomförande och resultat beskrivs utifrån förberedelse och organisering, genom projektets olika metoder/insatser och uppföljning. Varje avsnitt sammanfattas i hinder och stöd. Senare presenteras sammanfattande resultat för varje enhet, där såväl projektinsatser som kritiska händelser lyfts fram. Där presenteras även medarbetarnas upplevelser av projektet i sin helhet. Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som kan påverka hälsa- och arbetsmiljö för medarbetarna på deltagande enhet. Avslutningsvis diskuteras resultatet och relateras till tidigare känd kunskap.

Rapportens slutsatser i form av rekommendationer för fortsatt hälsofrämjande arbete är som följer.

- Insatser som riktas mot att stärka individen måste kombineras med åtgärder inriktade mot arbetsmiljön.
- För att ett förändringsarbete ska leda i riktning mot ökad hälsa krävs ett hälsofrämjande synsätt hos ledningen, från enhetschef till sjukhusledning.
- Vikten av delaktighet i implementeringen av hälsofrämjande insatser är stor. Det finns inga genvägar!
- Genom att bygga in mötesplatser för erfarenhetsutbyte och reflektion, kan man åstadkomma ett utvecklingsinriktat lärande som stödjer en hälsofrämjande process.
- Det krävs fortsatt utvecklingsarbete för att intentionerna om att använda FHV som en strategisk resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet skall omsättas i praktiken.

INLEDNING

Bakgrund

ISM undersökte mellan åren 2004 och 2010 upplevelsen av psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa bland ett stort antal medarbetare i VGR. Uppföljningarna, som gjordes vartannat år, visade bland annat på betydande skillnaderna mellan yrkesgrupperna. Undersköterskor och medicinska sekreterare rapporterade från starten 2004 och därefter en högre stressnivå och sämre psykosocial arbetsmiljö än övriga yrkesgrupper. I den senaste uppföljningen mellan 2008 och 2010 hade det även skett en dramatisk förändring avseende upplevd stress och psykosocial arbetsmiljö, för barnmorskorna i regionen (Hultberg, 2010a)

Detta var bakgrunden till att ett av sjukhusen inom VGR tog initiativ till ett hälsoprojekt med riktade insatser till de tre yrkesgrupperna medicinska sekreterare, undersköterskor och barnmorskor. Syftet var att minska sjukfrånvaron, främja hälsan och minska risken för ohälsa i målgrupperna. Ett viktigt mål var att utveckla arbetssätt och strategier för fortsatt hälsofrämjande arbete gentemot målgrupperna. Medel för projektets insatser beviljades av AMD, liksom särskilda medel till ISM för att utföra en processutvärdering, det vill säga en utvärdering av HUR projektet implementerades i organisationen. Resultatet av interventionen beskrivs i en särskild rapport (Andersson, 2015).

Hälsoprojektet

Utifrån de tre identifierade målgrupperna medicinska sekreterare, undersköterskor och barnmorskor valdes fyra enheter som skulle ingå i projektet. En projektgrupp bildades bestående av chefer från de fyra enheterna, fackliga representanter från de tre yrkesgrupperna samt representanter från HR, FHV och ISM. En projektplan togs fram. Samtliga insatser utfördes av VGR:s interna FHV.

Deltagande enheter

Medicinska sekreterare, medicinkliniken	40 deltagare
Undersköterskor, medicinkliniken (MAVA)	30 deltagare
Barnmorskor/BB	30 deltagare
Barnmorskor/Förlossningen	40 deltagare

Totalt i de tre yrkesgrupperna	140 deltagare
--------------------------------	---------------

Dessutom riktades insatser mot chefer inom
medicinkliniken, samt chefer för enheterna ovan: 32 deltagare

Insatser

Insatserna riktade till deltagande enheter hade följande upplägg:

- Presentation av projektet/förankring på en Arbetsplatsträff (APT)²
- Arbetsplatsprofil (APP) 1 med webbenkät och uppföljande individuellt samtal
- Återkoppling av APP på APT
- Hälsosamtal 1
- Handlingsplan tas fram
- Mindfulness på arbetsplatsen för medicinska sekreterare³
- Reflektionsgrupper för barnmorskorna på BB och förlossningen⁴
- Dialogträning för undersköterskor och sjuksköterskor på MAVA⁵
- Reflektionstid (BB, förlossningen och MAVA)⁶
- Styrketräningsgrupper
- Övriga insatser utifrån handlingsplan
- Hälsosamtal 2
- APP 2 med webbenkät och uppföljande individuellt samtal
- Återkoppling av APP på APT

² APP och hälsosamtal genomfördes av företagssköterskor, ergonomer och hälsopedagog

³ Genomfördes av särskilt utbildade instruktörer, i det här fallet hälsopedagoger samt en företagssköterska

⁴ Psykologer/organisationskonsulter höll i dessa

⁵ Genomfördes av särskilt utbildade träningsledare, som var psykologer/organisationskonsulter

⁶ Chefen initierade och följde upp

Utöver riktade insatser till de fyra enheterna ingick även en insats riktad till chefer inom medicinkliniken samt enhetscheferna för BB och förlossningen. Insatsen genomfördes i form av Mindfulness på arbetsplatsen.

Projektet startade hösten 2012 och pågick fram till sommaren 2015.

METOD

Processutvärdering

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, men lika viktigt har varit att ge goda förutsättningar för lärande under processens gång, vilket är en vägledande princip för hälsofrämjande arbete. En annan utgångspunkt har varit att man inte kan se en intervention som detta hälsoprojekt som en isolerad insats, utan den behöver ses i ljuset av andra förändringsprocesser som påverkar organisationen (Härenstam, 2014). Dessa vägledande principer har legat som grund för de metoder som valts för denna processutvärdering. En viktig uppgift har varit att lägga ett pussel över den process som ledde fram till projektets resultat, för att kunna ”backa bandet” och diskutera vad som hade kunnat göras annorlunda med ”facit i hand”. Genom kontinuerlig datainsamling från starten av projektet, kompletterat av intervjuer vid projektets slut, har detta varit möjligt.

Reflektionsgrupper

Utvecklingsledare från ISM samlade cheferna från de fyra enheterna samt projektledaren till regelbundna möten varje kvartal, totalt vid 9 tillfällen. Syftet med träffarna var att ”tanka av” cheferna vad som hänt i projektet sedan sist träff, men också att få deras berättelser av andra förändringsprocesser som pågår på deras enhet, att ha som en dokumentation för kommande utvärdering. Ett annat viktigt syfte var att ge utrymme för reflektion och lärande genom erfarenhetsutbyte och processtöd. Ofta låg en enhet steget före och kunde på så sätt inspirera till eventuella ändringar på andra enheter utifrån nyfunna erfarenheter. Det var exempelvis viktigt att anpassa insatserna utifrån verksamhetens förutsättningar på ett rimligt sätt.

Detta kom också att bli en viktig pusselbit att föra vidare till den andra grupperingen av reflektionsgrupper, som bestod av utförare från FHV. Även dessa träffades varje kvartal, sammanlagt vid 8 tillfällen. Även här var det viktigt att fånga erfarenheter från genomförda insatser, att få en gemensam bild av ställningen i hälsoprojektet just nu och hitta vägar att gå vidare, utifrån denna bild men också utifrån de synpunkter som cheferna framfört. För FHV:s utövare precis som cheferna var reflektionsgruppen ett tillfälle för reflektion och lärande genom erfarenhetsutbyte och processtöd. FHV ansvarade för att dokumentera de olika metoder man använde och komplettera dessa med de överenskommelser man gjorde under projektets gång.

Gången var som regel att chefsgruppen träffades först, därefter FHV för att senare stråla samman i projektgruppen, där man kunde lägga samman de olika berättelserna av hur projektet framskred och annan relevant information kopplat till hälsa- och arbetsmiljö för de fyra enheterna till en gemensam bild. Dessutom kunde de fackliga representanterna komplettera med sina perspektiv. Med detta som grund kunde projektgruppen slå fast projektets inriktning den närmaste tiden. Utvecklingsledaren från ISM har dokumenterat samtliga träffar med de olika reflektionsgrupperna, kompletterat med anteckningar från projektgruppsmöten (totalt 13 styck) och sammanställt detta utifrån olika teman till ett gemensamt dokument. FHV har kompletterat med dokumentation avseende de metoder som använts. I starten uppmanades såväl cheferna, som utförare från FHV och projektledaren att föra dagboksanteckningar, men så blev det inte i praktiken. I stället kom deras berättelser i reflektionsgrupperna varje kvartal att bli sättet att säkerställa att viktiga erfarenheter dokumenterades innan de glömdes bort.

När projektet var avslutat, maj 2015, genomfördes en fokusgruppsintervju med cheferna och en med FHV, med syfte att reflektera över hälsoprojektet som helhet utifrån deras roll som chef respektive FHV, men även fånga upp det som skett i projektet efter den senaste reflektionsgruppen i oktober/december 2014. Intervjuerna hölls av utvecklingsledaren vid ISM, spelades in och transkriberades. Projektledaren deltog inte vid dessa fokusgruppsintervjuer, utan intervjuades senare individuellt.

Intervjuer

För att ta reda på medarbetarnas upplevelse av hälsoprojektet genomfördes en fokusgruppsintervju på varje enhet. Till intervjuerna inbjöds ett slumpmässigt urval av de som deltagit i projektet (8 per enhet). Av dessa 32 deltog 23 medarbetare fördelade på fyra fokusgruppsintervjuer. Intervjuerna genomfördes under maj-juni 2015, i samtliga fall med ett undantag efter att alla insatser hade genomförts. Samtliga intervjuer utfördes av utvecklingsledare från ISM utifrån en intervjumall, spelades in och transkriberades. Utöver projektledaren hölls allra sist en individuell intervju med sjukhusets HR-chef. Även dessa intervjuer spelades in och transkriberades. Avsikten var att dessutom göra en fokusgruppsintervju med de fackliga, alternativt en individuell intervju/telefonintervju med var och en av dessa tre, men detta har tyvärr inte varit möjligt.

Analys av insamlade data

Den metod för kvalitativ innehållsanalys som använts (Taylor, 1984) har utgått från att i all data från reflektionsgrupper, projektgruppsmöten, fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer analyseras utifrån teman. Huvuddragen i denna process har varit att först läsa igenom hela materialet för att därefter leta efter teman-ledtrådar. Vad handlar detta om? Vad står ut? Vad i materialet är intressant och spännande? Nästa moment har varit att leta efter samband/mönster för projektet som helhet och utifrån dess olika delar formulera relevanta begrepp. Först sammanställdes anteckningarna från samtliga reflektionsgrupper och projektgruppsmöten och analyserades enligt den beskrivna arbetsgången. Dessa anteckningar utgjorde även en bas i utformning av frågemall för de olika intervjuerna och grundstommen i den kronologiska beskrivningen av processen. Därefter analyserades de transkriberade intervjuerna som gjorts efter projekttidens slut.

Magisteruppsats

En student har inom magisterprogrammet i arbetsliv och hälsa vid Umeå universitet, gjort telefonintervjuer med de fyra enhetscheferna (Heimdahl, 2015). Resultatet från dessa intervjuer presenteras kort i denna rapport och uppsatsens slutsatser kommenteras något, men för övrigt hänvisas till uppsatsen som helhet.

Verktygslåda för FHV

FHV har ansvarat för dokumentation av de metoder/verktyg som använts i projektet och fört anteckningar över korrigeringar och överenskommelser om tillvägagångssätt, som gjorts under resans gång. Detta material finns nu samlat och kan utgöra ett grundmaterial för att arbeta vidare med inom FHV, men har till viss del också kommenterats i själva utvärderingen.

Utvärdering av resultat

Enligt sjukhusets ansökan till AMD skulle projektet resultat följas upp med hjälp av två verktyg:

1. Medarbetarnas upplevda hälsa och arbetsmiljö
Detta skulle följas upp med hjälp av en APP i början av projektet samt efter projektets avslutande.
2. Balanserad närvaro
Begreppet balanserad närvaro kombinerar uppgifter om självrapporterad sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Det innefattar max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år. Dessa frågor togs från KART-enkäten och skulle ställas i samband med APP före och efter.

GENOMFÖRANDE OCH RESULTAT

Genomförande och resultat beskrivs utifrån förberedelse och organisering, genom projektets olika metoder/insatser och uppföljning. Varje avsnitt sammanfattas i hinder och stöd. Dessa bygger på det samlade resultatet från reflektionsgrupper, fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer. Senare presenteras sammanfattande resultat för varje enhet, där såväl projektinsatser som kritiska händelser lyfts fram. Där presenteras även medarbetarnas upplevelser av projektet i sin helhet. Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som kan påverka hälsa- och arbetsmiljö för medarbetarna på deltagande enhet.

Förberedelse

Våren 2012 tog sjukhusets HR-enhet initiativ till ett hälsoprojekt utifrån KART-studiens resultat, med riktade insatser till de tre yrkesgrupperna medicinska sekreterare, undersköterskor och barnmorskor. Initiativet kom från dåvarande HR-chef, som gav uppdraget till en Arbetsmiljöspecialist, vilken även var projektledare inledningsvis tillsammans med hälsoutvecklaren. En ansökan om medel skickades in till AMD.

Från ansökan till handlingsplan

I ansökan beskrevs att syftet med projektet var att främja hälsa och minska risken för ohälsa i yrkesgrupperna undersköterskor, medicinska sekreterare och barnmorskor. För att följa upp effektmåttet ökad hälsa ville man använda balanserad närvaro⁷. Man hade även som mål att utveckla arbetssätt och strategier för fortsatt hälsofrämjande arbete.

AMD bad att få en kompletterande ansökan med en handlingsplan för projektets olika insatser. Dessutom uppmanades ISM att göra en processutvärdering och kompletterade med en ansökan för genomförandet av denna. På det första projektgruppsmötet gjordes en inventering av risk- och friskfaktorer för de tre yrkesgrupperna utifrån KART-studien och beskrivningar av projektgruppens chefer och fackliga representanter. Vid nästa möte lades olika förslag till insatser fram.

⁷ Max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år.

Arbetsmiljöspecialisten/HR föreslog att man skulle göra en kartläggning och FHV förordade APP som metod. I handlingsplanen ville HR även ha med att FHV skulle erbjuda individuella hälsosamtal till deltagare från respektive enhet, men enligt ansökan även till samtliga undersköterskor och medicinska sekreterare på sjukhuset. Man önskade även en kurs i hälsoarbete för chefer på medicinkliniken samt deltagande chefer inom projektet.

Ett dilemma var att exemplifiera insatser i handlingsplan/ansökan innan man gjort kartläggning på respektive enhet. Givet dessa förutsättningar diskuterades Mindfulness på arbetsplatsen som en möjlig aktivitet för stresshantering. En annan insats var reflektionstid i anslutning till arbetet, något som verksamhetschefen för kvinnokliniken lyft fram som angeläget. Chefen för MAVA upplevde att kommunikationen behövde förbättras och funderade på stöd för teambildning. Samtliga insatser skulle utföras av FHV och ambitionen var att starta tidigt hösten 2012. Innan det tredje projektgruppsmötet i augusti, skickades en kompletterande ansökan in till AMD med handlingsplan och kostnadsberäkning. Sjukhuset stod själva för arbetstidskostnader för projektledning och chefer samt vikariekostnader, som bekostades av respektive deltagande enhet. Det man ansökte om var konsultkostnader för FHV som skulle utföra de planerade insatserna.

Konkretiseringen av insatserna fortsatte på höstens första projektgruppsmöte, tillsammans med planering för förankring, kommunikation och dokumentation/uppföljning. Utmaningen låg nu i göra en planering som skulle kunna sjösättas så snart ett eventuellt positivt besked hade kommit från AMD. I september kom ett preliminärt besked från AMD, som innebar att handlingsplanen koncentrerades till deltagande enheter kompletterat av hälsoprogram för chefer, men att hälsosamtalen för alla undersköterskor och medicinska sekreterare ströks. Projektgruppen reviderade därför tidsplanen och diskuterade konkretisering av de olika insatserna, utifrån givna ramar. Vid projektgruppens femte sammanträde i oktober 2012 fick man ett muntligt positivt besked från AMD. Nu var det skarpt läge!

Förankring

Projektledaren och hälsopedagogen från FHV gjorde med stöd av utvecklingsledaren från ISM en tidsplanering, som både beskrev olika steg i förankringsarbetet samt i vilken ordning de skisserade insatserna skulle utföras. Denna innebar information om projektet via HR-chefens närmaste grupp samma månad och förankring hos ledning och chefer så fort som möjligt. Kommunikatörerna skulle informeras, en kommunikationsplan tas fram och HR-specialisten skulle berätta om projektet i sitt sommarbrev. Projektet skulle fortlöpande följas upp i hälsoutsnitt och arbetsmiljökommitté. Medarbetarna på de deltagande avdelningarna skulle få information om projektet på APT.

Projektledarskapet som initialt varit delat med en arbetsmiljöspecialist övertogs under hösten av hälsoutvecklaren. Nu slutade även den HR-chef som tagit initiativet och en ny tillträdde mot slutet av hösten. Att två initiativtagare slutade i början av projektet kom att påverka förankringsarbetet, som inte blev enligt plan. Den ursprungliga projektledaren hade exempelvis ansvar för kommunikationen i stort och skulle ta hjälp av sjukhusets kommunikatörer för att bl.a. lägga ut information på intranätet. Men detta blev inte av.

För sjukhusets ledning skedde förankringen via centrala samverkansgruppen i januari 2013 och senare i sjukhusstyrelsen. Hur pass väl dåvarande HR-chefen hade förankrat projektet i ledningsgruppen är oklart, men vid föredragningen i samverkansgruppen deltog sjukhusdirektören och den nytillträdde HR-chefen. Information gavs även till HR-partners, på arbetsmiljöutbildningar och på medicinklinikens chefsmöte. Därutöver har projektet avrapporterats på hälsoutsnittet och sjukhusets centrala arbetsmiljökommitté. Förankring i Kvinnoklinikens ledning har skett genom beskrivning av projektet på klinikledningsmöte samt därutöver återkommande rapportering. På motsvarande sätt har projektet förankrats för medicinklinikens ledning och chefer. I projektgruppen liksom i reflektionsgrupperna diskuterades ofta vikten av förankring och planering för att säkra en god sådan. De fackliga ledamöterna deltog även de i förankringsarbetet inledningsvis. Förankringen på deltagande enheter gjordes av projektledaren och hälsopedagog från FHV. Nu handlade det framförallt om att förbereda för den inledande kartläggningen/APP.

När förutsättningarna för projektet var klara med beviljade medel från AMD i oktober 2012, var förankringsarbetet gentemot medarbetarna klart för de medicinska sekreterarna, medan det för barnmorskorna pågick under hösten och för undersköterskorna avslutades först i februari 2013. Beskedet om det planerade projektet möttes av vissa barnmorskor med stor skepsis. I bagaget fanns tidigare erfarenheter av kartläggning som inte följts upp av insatser. Det fanns även en misstro mot själva avsikten med hälsoprojektet, att arbetsgivaren hade en baktanke; *”Skall vi lära oss hantera mer stress?”*

Förväntningar

Chefernas förväntningar

Ingången inför starten av projektet var olika för de fyra enhetscheferna, då barnmorskornas enhetschefer kom in i ett senare skede. Men alla kände en positiv förväntan och tänkte att ett hälsoprojekt både skulle vara bra för personalen och intressant att delta i för egen del. Och man kände väl till bakgrunden för själva projektet. Däremot visste man lite om vad det faktiskt skulle innebära.

Så här berättade cheferna om sina tankar när projektet skulle startas upp:

”Man säger inte nej till att vara med i sådana saker om man får möjlighet för man vet vilken stress personalen lever under och så. Och då kände jag mig väldigt positiv.”

”Jag visste om KART-studien sedan tidigare men vad det skulle innebära i ett projekt det kanske var beslutat redan innan jag hade insyn eller tyckte något om det eller hade möjlighet att tycka om det, jag vet inte.”

Medarbetarnas förväntningar

Medarbetarnas upplevelser utifrån fokusgruppsintervjun, finns beskrivet under respektive enhet. Nedan ges några exempel för att komplettera synpunkter från FHV, chefer och projektledare. Förväntningarna från undersköterskor och medicinska sekreterare var över lag positiva. Man kände sig uppmärksammade. Barnmorskorna var mer skeptiska, framförallt på förlossningen. Man hade hellre velat få använda pengarna till att förstärka på personalsidan.

Hinder och stöd i förberedelsearbetet

Hinder

- Brist på tid/tålamod att förankra ansökan och projektplan
- Brist på kommunikation med sjukhusets ledning
- Brist på samarbete mellan sjukhusets HR- och kommunikationsenhet
- Misstro från medarbetare gentemot sjukhusledningen
- Förankringen drog ut på tiden och var resurskrävande för dygnetrunt-verksamheterna

Stöd

- Positiv förväntan från medarbetare/känner sig uppmärksammade
- Chefer som är motiverade till att bedriva ett utvecklingsarbete
- Alla medicinska sekreterarna fick information om projektet vid samma tillfälle
- Projektgruppens handlingskraft under tid av väntan på besked

Organisering

I projektgruppen fanns olika samarbetsparter såsom chefer, HR, FHV och fackliga representerade. Den modell som blev inbyggd i projektets organisering, med reflektionsgrupper varje kvartal och därefter projektgruppsmöte, gjorde att man kunde samla in erfarenheter utifrån olika perspektiv för att finna gemensamma lösningar som fungerade i praktiken, samt ge möjlighet till lärande under projektets gång. Exempel på detta kommer under de olika avsnitten som beskriver insatserna.



Figur 1. Beskriver den modell för organisering som bestod av reflektionsgrupper varje kvartal med först chefer, därefter FHV. Reflektioner från cheferna lyftes till FHV och kom sedan att utgöra underlag för eventuellt nya ställningstaganden i projektgruppen. Detta möjliggjorde lärande och samverkan.

Projektledarens roll

Projektledarens roll har förändrats under hela projektiden. Det startade med att hälsoutvecklaren fick axla projektledarskapet ensam, utan någon som arbetar med arbetsmiljöfrågor i sin närhet. I botten fanns en tidsbegränsad heltidstjänst som hälsocoach på HR, med uppdraget att arbeta med medarbetarperspektivet utifrån Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). Projektledaren deltog i de reflektionsgrupperna för chefer och FHV som träffades varje kvartal under ledning av ISM:s utvecklingsledare, och beskriver dessa träffar som ett stöd i projektledarrollen, liksom möjligheten att däremellan kunna bolla frågor med utvecklingsledaren från ISM.

Hösten 2013 fanns en osäkerhet kring att omvandla den tidsbegränsade hälsoutvecklartjänsten till en tillsvidareanställning, men i februari 2013 blev det en fast tjänst och numera fanns även en chef som stöd. Hösten 2014 planerade hälsoutvecklaren för en nystart av sjukhusets hälsoarbete riktat mot chefer och hälsoinspiratörer tillsammans och med ett tydligt stöd från ledningen.

I januari 2015 diskuterade ledningen hur man skulle finansiera kommande höjning av friskvårdsbidraget och ifrågasatte om det behövs en hälsoutvecklare då? För att inte riskera att bli övertalig erbjöds hälsoutvecklaren en annan tjänst på HR-kompetens, och med annan chef. Hon tar den erbjudna tjänsten, men behåller projektledarskapet till dess projektet är avslutat. Kopplingen till chefen för HR-stöd och med ansvar för arbetsmiljöfrågor har brutits på nytt.

Projektgrupp

Samtidigt som den första ansökan skickades in förberedde man från HR för bildandet av en projektgrupp. ISMs utvecklingsledare för hälsofrämjande arbetsplatser tillfrågades att ingå som ett stöd för projektet, inte minst utifrån kopplingen till KART-studien. FHV tillfrågades för att genomföra projektets olika insatser, och en hälsopedagog knöts till projektgruppen med rollen att vara kontaktperson gentemot FHV. Till projektgruppen knöts även de chefer som skulle leda hälsoprojektet på respektive enhet. Enligt den uttalade inriktningen kom enheterna för de medicinska sekreterarna och för undersköterskorna från medicinkliniken, utifrån resultatet från tidigare arbetsmiljöenkät. Ett viktigt kriterium var dessutom att det skulle vara chefer som var intresserade av att leda ett utvecklingsarbete som detta. I projektgruppen deltog kvinnoklinikens verksamhetschef från starten.

När det blev tydligt att projektet berörde två olika arbetsplatser, förlossningen och BB, som kompletterades projektgruppen med dessa båda enhetschefer. I projektgruppen ingick även fackliga representanter från de tre yrkesgrupperna. Projektgruppen leddes av HR.

De fackligas roll i projektgruppen

När resultatet från den första projektenhetens APP var klart ville de fackliga i projektgruppen först ta del av resultatet i sin helhet. Cheferna kände sig inte bekväma med detta, och olika intressen stod mot varandra, men projektgruppen kom överens om att tänka på saken och ta upp frågan på nytt. Då hade alla parter hunnit fundera över vilken information som var viktig att dela i en projektgrupp och vad som bara hörde hemma på den enskilda arbetsplatsen. Man enades om att i projektgruppen rapportera de förbättrings- och bevarandeområden som varje pilotenhet kommit fram till och som låg till grund för de föreslagna insatserna. Denna princip skulle även gälla i extern rapportering, som i denna rapport exempelvis.

De fackliga var aktiva när projektet startades upp och hjälpte till att förankra, men närvaron på projektgruppsmötena har avtagit under projektets gång. Det beror nog på att de har fullt upp med arbetsmiljöframställningar och andra arbetsmiljöfrågor som måste lösas, resonerade projektledaren i efterhand. I denna utvärdering skulle även de fackliga ha intervjuats, men att detta inte lyckades trots olika försök, har troligen att göra med samma skäl.

Att tydliggöra roller

Vid vissa tillfällen har det funnits anledning att tydliggöra vilka roller olika parter har. När hälsopedagogen från FHV tillsammans med projektledaren var ute på APT och förankrade hälsoprojektet, var de noga med att poängtera att det var sjukhuset som ansvarade för projektet med FHV som utförare. Trots detta uppfattades projektet ofta som "Hälsans projekt".

Nulägesanalys och tillbakablick

Vid varje projektgruppsmöte gjorde man en nulägesanalys utifrån varje deltagande enhet, från FHV och från de erfarenheter som lyfts fram i reflektionsgrupperna. Därefter stämde man av den framtida planeringen och gjorde eventuella anpassningar, som beskrivits utifrån de olika insatserna. Våren 2014 gjorde utvecklingsledaren från ISM en tillbakablick från projektets vagga till idag, utifrån anteckningar i reflektionsgrupper och projektgrupp. Samtidigt presenterade projektledaren en delrapportering som skett till AMD. I projektgruppen konstaterade man att det ”trots allt” hänt en hel del. Senare gjordes även motsvarande återblick för FHV, som vid det tillfället kompletterats med de psykologer/organisationskonsulter som höll i dialogträning och reflektionsgrupper för barnmorskor. Då blev det också tydligt hur olika de fyra deltagande enheterna var i sina genomförande faser.

”Jag är ju klar!” - konstaterade chefen för de medicinska sekreterarna, vars medarbetare slutfört sin mindfulnessutbildning, medan man precis startat upp dialogträningen på MAVA och reflektionsgrupperna på BB och Förlossningen. Så blev det ett samtal kring de olika orsaker som fanns till detta och de skillnader i förutsättningarna som var från förankring till individuella samtal och återkoppling av APP, till planering av åtgärd.

Efteråt funderade en av cheferna på upplägget med fyra deltagande enheter, vars olika förutsättningar gjorde att insatserna drog ut på tiden. Kunde man gjort annorlunda? Hade det blivit tydligare då?

”Jag tror det varit ett för stort projekt på något sätt. Vi skulle varit i ett projekt, i alla fall tänker jag det att det drog ut på tiden väldigt mycket.”

Samverkan chefer-HR-FHV

Även FHV reflekterar över den process som varit i projektet.

”Det har varit väldigt mycket fram och tillbaks. Vad ska det bli, många vägval, man har någon tanke först och så har man fått ändra det och hitta något annat istället och jag tänker att man behöver inte värdera det så utan man kan se de som att man faktiskt anpassar sig efter gruppen och behoven, det kanske är något väldigt positivt att det har varit på det viset. Men det har också lett till, kan jag känna, att det varit svårt att förhålla sig, vad ska det bli.”

Cheferna uttrycker efter projektets slut att de i sin helhet är nöjda med kommunikationen med FHV.

”Tycker jag har varit bra för mig som chef, om vi pratar ur min roll har det varit bra.”

”Jag tycker utifrån arbetsplatsprofilerna också, det är mest X som jag har haft kontakt med, så tycker jag det har varit väldigt bra. Vi har haft en genomgång och fått det stödet inför genomgångarna mer än utifrån medarbetarenkäterna för där får man inte mycket. Sen har jag haft inne XX utifrån dialogträningen vilket också har varit ett jättebra samarbete vilket jag skulle vilja fortsätta med.”

Barnmorskecheferna återkommer till upplägget vid bokningen av tider för enskilda samtal och konstaterar att det har krävt en större arbetsinsats från de som chefer, än vad de menar är rimligt.

”Vi var inte på samma linje kände jag. Att de skulle behöva komma på kvällen för att vi har nattpersonal var också något som vi fick övertyga dem om kändes det som och det kan jag tycka är lite konstigt när vi jobbar i sjukvårdsapparaten.”

Projektledaren har haft ett nära samarbete med FHV, framförallt mellan hälsopedagogen som fungerat som koordinator och även ingått i projektgruppen. Ett samarbete som fungerat alldeles utmärkt och varit ett gott stöd, menar projektledaren. Däremot lever inte FHV alltid upp till de ställda förväntningarna när det gäller kvalitén i olika tjänster som erbjuds, menar projektledaren. Detta konkretiseras i anslutning till de olika metoderna/insatserna. FHV ser mycket positivt på samarbetet med såväl chefer som HR/projektledare.

Vad betydde reflektionsgruppen för deltagande chefer?

Efter projektets slut berättade cheferna att de upplevde de olika träffarna som en ventil och ett stöd när man kört fast eller står inför svåra uppgifter.

”Jag kommer ihåg första gången vi var här och vi skulle redovisa på arbetsplatsträffen och så coachade ni mig så jag var helt cool när jag kom ner där och det gick så bra. Man fick en kick här i rummet på något sätt. Det var bra, det var tydligt.”

”Sen är det väl också att vi resonerat så att man reflekterat över det som påverkar verksamheten under tiden. Tre semesterperioder, tre helger av fem för bara sjuksköterskor och det påverkar givetvis hur en personalgrupp mår. Det har inte gått att göra så mycket åt det känns det som.”

Vad betydde reflektionsgruppen för FHV?

Från början var inte organisationskonsulterna med i reflektionsgruppen för FHV, utan kom in först när det blev aktuellt med dialogträning respektive reflektionsgrupper med handledning, någon gång halvvägs in i projektet. I början av projektet hade man diskuterat hjälp till teambildning, men det var ett spår som ”kallnade” efter ett tag. Det var lite som att hamna i on-off-on läge, som en av psykolog/ organisationskonsulterna uttryckte det.

”Till en början när projektet drog igång så kände jag mig väldigt icke involverad, det var något som hände vid sidan av mig som jag fick information om på fiket och på APT och så, men inte särskilt mycket egentligen.”

”Men sen så småningom, men det tog ju ganska lång tid, så dök det här upp med dem här hälsotemana, tematräffar vi skulle ha. Och då blev det något annat så fick jag sätta mig in i, vad handlar detta om, i vilket sammanhang kommer jag in här, vad är vår roll så blev det ett helt annat engagemang.”

Många konstaterar att de olika träffarna i reflektionsgruppen hjälpt till att få värdefull information från kollegor, för att vara förberedd.

”Det har bidragit något sånär att man får lite paket av det hela, så på så vis har det varit bra. Även om vi kom in sent.”

”Jag tycker också det varit bra att få lite tid att sitta ner och prata med varandra om hur man gått tillväga litegrand och gått från person till person som fått berätta. Det har varit rätt bra faktiskt. Annars jobbar man ju för sig och så vet man inte så mycket mer så jag tror att det ger sitt bidrag. Att det är bra, det tror jag.”

Ett uppdrag som kräver helhetssyn

Men trots detta har man haft svårt att se helheten. Intervjuaren frågade om man bollade idéer med någon kollega i projektet;

”Nej det gjorde jag inte för det kändes som det var två helt olika saker på något vis, även om jag inser att det hör ihop. Men så kändes det då.”

”Det var väldigt viktigt att få den informationen ni hade kring barnmorskorna och deras arbetssituation och inte minst deras inställning till hela det här projektet. Det var oerhört värdefullt att få och det gjorde också det lättare att möta dem på ett bra sätt.”

”Man gick in i sin konsultroll och gjorde det man blev tillsagd till, man var inte riktigt lyhörd för det som hände runt omkring.”

När intervjuaren ställde frågan om vad man ser som framgångsfaktorer om man ser till hela hälsoprojektet, så har man svårt att svara på det, för man ser inte helheten.

”Jag tänker att det är jättesvårt för oss att säga eftersom vi haft så många olika delar.”

”Nej jag ser inte paketet.”

Samtalet ledde då vidare till hur man skulle kunna arbeta annorlunda i fortsättningen, inför större åtaganden som detta. Och hälsopedagogen som fungerat som koordinator blir konkret.

”Så här stora projekt att den som håller i det blir avsatt en viss tid för det. För jag märker ju det att det är svårt när det pågår hur många aktiviteter som helst runtomkring att just att det är lätt att det blir; just det, nu tar vi på oss konsultrocken och så gör vi det. Och så tappar man helheten för att det pågår så mycket annat.”

Hinder och stöd vid organisering

Hinder

- Bristande stöd till projektledare från organisation/HR
- Osäkerhet kring projektledarens anställning
- FHV organiserad utifrån ”konsultrollen” – Brist på helhetstänkande
- Deltagandet från de fackliga klingade av
- Hälsocoacher/inspiratörer en outnyttjad resurs
- Fyra deltagande enheter med olika förutsättningar gjorde att det drog ut på tiden

Stöd

- Projektgruppens sammansättning med Chefer, HR, FHV och fackliga
- Bra kommunikation chefer-FHV
- Bra samarbete projektledare – hälsopedagog/koordinator FHV
- Rollerna HR/FHV tydliggjordes under projektet
- Reflektionsträffarna som ventil och stöd för cheferna
- Deltagande i reflektionsgrupperna chefer och FHV, stöd i projektledning
- Reflektionsträffarna för FHV gav kontext och möjlighet till anpassning av insatser

Kartläggning med Arbetsplatsprofil (APP)

Projektgruppen valde, på rekommendation av FHV, Arbetsplatsprofil (APP) (Andersson, 2015a, Andersson, 2015b) som metod för kartläggning. APP-enkäten är en webenkät som följs upp med ett individuellt samtal om situationen på arbetsplatsen. I samtalet ställdes även frågor om sjukfrånvaro och sjuknärvaro, för att kunna använda balanserade närvaro (Hultberg, 2011) som effektmått.

Uppföljande individuella samtal

FHV lämnade först förslag till tider utifrån sin personalplanering till enhetschefen, så att medarbetarna kunde boka in sig där det passade bäst. När det gällde de medicinska sekreterarna, som arbetar dagtid, fungerade detta bra, men när man skulle planera de individuella samtalen för barnmorskorna så matchade FHV:s tider dåligt med verksamhetens behov i en dygnet runt verksamhet.

Man kom då överens om att använda ett annat tillvägagångssätt, så att FHV kunde möta upp med tider som passade bättre. Detta skedde därefter genomgående för de fyra individuella samtal som det blev sammanlagt för varje medarbetare (Individuellt samtal efter APP 1 och 2 samt Hälsosamtal 1 och 2). Anpassningen innebar att FHV fick ändra sitt arbetssätt, som att vara beredd på ”snabba puckar” och att arbeta kvällar. Arbetsgången innebar även ett omfattande logistikarbete för cheferna, som vittnade om att deras arbetsinsats blev mer omfattande än vad de hade trott. Projektledaren från HR fanns hela tiden med som ett stöd i kommunikationen, men släppte efter hand den rollen, så att chef och FHV hade direktkontakt. Det blev tydligt i FHV:s reflektionsgrupp efter den första omgången av APP med individuella samtal att de olika utförarna (sjukgymnast/ergonomer, FHV-sköterskor och hälsopedagog) valt olika sätt att samtala och dokumentera. I vissa fall hade inte webbenkäten fungerat, utan fick genomföras samtidigt med det individuella samtalet, vilket man löste på olika sätt.

I vissa fall kom man överens om att det var OK att göra olika, men i andra fall ansåg man att var det ett värde i att göra gemensamma överenskommelser, som man noterade i en processbeskrivning för utförandet av APP (Knutsson, 2013) och kunde använda vid de fortsatta profilerna. Man kom till exempel överens om tillvägagångssätt när någon uteblir och att erbjuda en kopia av dokumentationen till medarbetaren efter samtalet. Man konstaterade även att det var viktigt att berätta om syftet med det individuella samtalet, då en del kom med en förväntan att det skulle vara ett hälsosamtal, något som skulle erbjudas senare.

Cheferna berättar på fokusgruppsintervjun om negativa reaktioner från en del medarbetare efter det individuella samtalet som följde på APP-enkäten.

”En del har sagt att de bara fyllde i och det kom ingen respons och det borde man ha för att få ett utbyte av det.”

Även projektledaren uttrycker sin besvikelse över varierande samtalskvalitet och kompetens från FHV att föra ett individuellt samtal om situationen på arbetsplatsen.

I jämförelse med hälsosamtalet var detta uppföljande samtal mer strukturerat, men om man inte går vidare utan bara stannar vid de färdigformulerade frågorna, så är det inte mycket till samtal, menade hon.

Återkoppling av resultat från APP

Innan den första återkopplingen skulle göras samlade FHV och projektledaren samtliga deltagande enhetschefer, för att diskutera upplägget. Man gjorde även vissa justeringar/anpassningar utifrån erfarenhetsutbyte i reflektionsgrupper och i projektgrupp. Som regel var det någon från FHV och projektledaren som höll i återkopplingen. I vissa tillfällen var det chefen som presenterade resultatet, men om chefen var med, var det oftast för att kunna ge sakupplysningar.

Bland de medicinska sekreterarna och undersköterskorna återkopplade man i samband med APP, medan man för barnmorskorna använde mindre grupperingar. Vid APT delade man in sig i smågrupper när man arbetade med resultatet. Utifrån de erfarenheter man gjorde vid första återkopplingen, ökade man tiden från 1,5 – 2 timmar för att hinna med den process som i stort sett gick till på följande sätt:

- Inledning - systematiskt arbetsmiljöarbete (FHV)
- Presentation av resultatet från kartläggningen (FHV/ibland chef)
- Fråga till medarbetarna: Känner ni igen er? (FHV/projektledare)
- Uppge tre bevarande- och tre förbättringsområden (FHV/projektledare)
- Resultatet redovisas på tavlan (FHV/projektledare)
- Varje medarbetare prioriterar från 1-3 inom respektive bevarande/förbättring

Tack vare att vi arbetat i smågrupper för barnmorskorna, så har det blivit extra mycket tid för diskussion, reflekterade projektledaren. Detta utmynnade i flera konkreta förslag såsom ändring av ringsignaler, ommöblering i en sal där ljuset stod fel och en annan tid för barnläkarnas rond. Frågor som de sedan har arbetat vidare med.

Och cheferna höll med:

”Det tycker jag har varit bra och jag har ju haft sju återkopplingar och mindre grupper gör att det blir bra diskussioner och dem som är lite tystare pratar.”

Handlingsplan

Efteråt sammanställde projektledaren resultatet och tillsammans med chefen upprättade de en preliminär handlingsplan, som chefen stämde av med medarbetarna på ordinarie APT eller dylikt. Efteråt reflekterar en av cheferna över att inte personalen var tillräckligt delaktiga i val av insats. Mycket verkade redan bestämt...

”När man går in i ett hälsoprojekt och redan innan bestämt vad det ska vara för åtgärd, är det bästa då?”

Kritik mot leverantören (HPI)

Det fanns ett visst missnöje med hur HPI visualiserade resultatet i diagram, vilket bland annat innebar att mittenalternativ klassats som ”röda”, vilket man menade gav fel signaler. Det hade även varit bekymmer med inloggningen till webbenkäten, vilket skapade irritation. Det visade sig att projektet var premiärutövare av denna metod, så det ingick troligen under rubriken ”barnsjukdomar”, men FHV tog på sig att skriva ner olika synpunkter och återkoppla till HPI.

Var APP den bästa metoden?

Några av cheferna funderade över om den metod man valde för kartläggning verkligen var den allra bästa.

”Vem var det som bestämde att det skulle se ut så med webbenkät men också intervjuer, det hade jag inte en susning om när jag sa att det var bra att gå med i projektet.”

APP var väldigt resurskrävande, menade projektledaren, och skulle troligen valt en annan metod för kartläggning, om hon hade startat motsvarande projekt idag.

Arbetsplatsprofil nummer två

När det var dags att planera för uppföljande APP, väckte projektledaren frågan om man behövde uppföljning i form av ett individuellt samtal även denna gång? En viktig funktion med samtalet var att hjälpa till att tolka frågorna i webbenkäten, och den delen var inte lika motiverat nu. Längre fram togs frågan upp på nytt av hälsopedagogen på FHV, som menade att det enskilda samtalet efter uppföljande APP även är ett värdefullt tillfälle att kunna återkoppla de insatser som gjorts inom projektet och berätta om det fortsatta arbetet. Så man enades om att behålla detta, för att ”knyta ihop säcken”. Det blir ett viktigt avslut på projektet. För BB fungerade inte utskicket med webbenkät, vilket fick konsekvenser då man fick fylla i det samtidigt med det uppföljande individuella samtalet.

”Man behöver sitta ner och göra det själv men de var med under samtalet och de kände inte att det blev en enskild- vissa har kommenterat det.”

På vissa deltagande enheter sjönk antalet genomförda APP avsevärt vid andra tillfället, vilket ger ett minskat underlag för utvärdering. Till viss del förklaras detta av en relativ hög personalomsättning på vissa enheter, men någon egentlig bortfallsanalys har inte gjorts. Det finns nog även en del att reda ut i hur den andra återkopplingen gentemot chef och medarbetare blev i vissa fall, men situationen påverkades även av att på två enheter hade man en arbetsmiljöframställan att ta tag i under samma period som uppföljande APP skulle återkopplas. Det ledde till att återkopplingen för förlossningen fick skjutas upp och kommer att ske samtidigt med medarbetarenkäten.

Hinder och stöd vid kartläggning med APP

Hinder

- En resurskrävande metod för kartläggning
- Webbenkäten nådde i vissa fall inte medarbetarna digitalt
- Varierande kompetens från FHV att föra uppföljande individuella samtal
- Medarbetarna var inte tillräckligt delaktiga i val av insats

Stöd

- Återkoppling och samtal i mindre grupper
- Att kunna anpassa tiden för uppföljning till efter genomförda insatser

Hälsosamtal

Varför hälsosamtal?

Utifrån handlingsplanen skulle samtliga medarbetare erbjudas två hälsosamtal under projekttidens gång. Att förbättra hälsoläget utifrån resultatet i KART-studien var en given utgångspunkt, men att man valde denna metod hörde även samman med att alla tre kategorierna inom VGR var missnöjda med kommunikationen, vilket för undersköterskor och medicinska sekreterare främst handlade om kommunikationsklimat och att bli lyssnad till. För barnmorskorna handlade det snarare om att få möjlighet att prata om frågor som rör arbetet, vilket var utgångspunkten i de insatser som senare i projektet skräddarsyddes för denna grupp.

Hälsosamtalet ett privilegium

Vid den första enhetens APP med uppföljande samtal, hade man på FHV:s initiativ tagit med en fråga om ”intresseanmälan för hälsosamtal”. Det visade sig att få hade kryssat i att man önskade ett sådant. Projektgruppen diskuterade möjliga orsaker till detta, men menade att hälsosamtalet är en viktig del i projektet och valde att ta bort frågan från enkäten för kommande enheter. Cheferna kom överens om att de skulle informera medarbetarna om att de gärna vill att alla skulle boka in sig på det erbjudna hälsosamtalet, att samtalet har ett stort värde i projektet. Om man absolut inte vill, så får man meddela sin chef. De medicinska sekreterarna fick särskild information om vinsten av hälsosamtal av chef, FHV och projektledare. Även Vision erbjöd sig att hjälpa till med information om hälsosamtalet som ”något positivt - ett privilegium”.

Deltagande i hälsosamtal 1 och 2

Det första hälsosamtalet genomfördes utspritt under 2013, med 124 medarbetare. I samtal nummer två, som genomfördes från januari 2014 till juni 2015, deltog 96 medarbetare. Utifrån erfarenheterna av de individuella samtalen i APP hade man nu ett arbetssätt för bokning av tider som innebar att cheferna med dygnet-runt-verksamhet, det vill säga BB, förlossningen och MAVA, först fick ange vilka tider som passade för samtal. Därefter planerade FHV in tider att boka av medarbetarna på de olika enheterna. Allt detta krävde en hel del logistik från såväl chefer som FHV. I det uppföljande hälsosamtalet kom man överens om att även erbjuda detta till nya medarbetare i de aktuella målgrupperna, så att de skulle känna sig delaktiga i projektet.

Bland barnmorskorna på förlossningen var bortfallet stort i det andra hälsosamtalet (38 deltog, jämfört med 54 vid första tillfället). Även om man försökte, FHV, HR och chefer tillsammans, att hitta lösningar för att få fler att delta, så kvarstod faktum att det var färre som genomförde det uppföljande samtalet.

Hälsosamtal som metod

Hälsosamtalet skulle utföras utifrån metoden motiverande samtal (MI), som ett öppet samtal utifrån den övergripande frågan ”Är det något du vill förbättra när det gäller din egen hälsa och levnadsvanor?” Till stöd för samtalet hade man en meny med sex möjliga tema; mat, motion, sömn, återhämtning, tobak samt alkohol och droger. Man hade även stöd av det man kallade ”Borg-skalan” som bestod av tre förändringsfrågor samt en modell för att summera sin målbild. Individen skall själv skriva ner sin målbild efter det första hälsosamtalet, som skall följas upp efter sex månader. Det första samtalet skedde i nära anslutning till att APP med uppföljande samtal var genomförd. Det andra samtalet blev i realiteten efter 8-12 månader. Att det uppföljande hälsosamtalet dröjde hängde samman med att övriga insatser utifrån APP drog ut på tiden, och man ville gärna ha påbörjat dessa först. Däremot erbjöd FHV att de som önskade kunde få det uppföljande hälsosamtalet tidigare.

Uppföljning

Om någon enskild medarbetare behövde extra hjälp kontaktade FHV chefen, för att tillsammans hitta stöd via FHV eller privat. Efter avslutade hälsosamtal dokumenterade FHV vilka samtalspunkter som berörts mest och överlämnades till projektledaren. Exempel på en uppföljande insats som genomfördes var ledarledd styrketräning. Ett annat identifierat behov som togs upp av projektledaren, var att erbjuda överviktsgrupper enligt KBT. Det var inte aktuellt inom projektets ram, men kunde vara en av många insatser inom det arbete som pågår för att få ner sjukfrånvaron. Kan FHV erbjuda detta, var frågan som ställdes och fick följa med till det fortsatta arbetet. På hälsosamtal nummer två följde man upp målbeskrivningen från första samtalet. För de medicinska sekreterarna, som var först ute, hade det gått ett år, för övriga något kortare tid, men för samtliga gällde att det gått mer än de beräknade sex månaderna mellan hälsosamtal 1 och 2.

Efter det andra hälsosamtalet reflekterade FHV-gruppen över de båda samtalen och utbytte erfarenheter kring dilemmat att föra ett motiverande samtal, när inga förändringar har skett, eller när man är så uppfylld av sin arbetssituation att man hade svårt för att fokusera på den egna hälsan. Efter projektets slut reflekterade FHV vidare över hur det blev med uppföljningen.

”Tanken med de här föreläsningarna som skulle vara efter samtalen, de blev aldrig riktigt av, det togs inte riktigt tag i. Det drog ut på tiden och sen så hände det lite grand och sen var det läge för uppföljningssamtal.”

Hur blev det i praktiken? FHV:s reflektioner

På samma sätt som vid det individuella samtalet efter APP, så konstaterade FHV vid genomgång i reflektionsgruppen att det var relativt olika hur man valde att lägga upp samtalen. Lika för alla var att man skulle erbjuda en cykeltest, för de som så önskade. Någon hade tillhandahållit kolesterolprov, och flera medarbetare hade frågat efter detta, men man enades om att provtagning låg utanför hälsosamtalet. Liksom i arbetet med APP gjorde FHV en processbeskrivning (Knutsson, 2013) där man tecknade ned hur man skulle hantera olika delar som tidbokning eller när någon uteblir.

Några reflektioner och frågor som ställdes i reflektionsgruppen utifrån de samlade erfarenheterna var:

- Det hann gå ett år mellan hälsosamtal 1 och 2. Många hade behövt ett tidigare samtal, för att till exempel få stöd för ökad fysisk aktivitet, om man är inaktiv idag.
- Hur kan man göra för att erbjuda extra stöd för vissa? Hur identifierar man vilka man skall satsa på?
- Kan man följa upp varför fler avstod från hälsosamtal nummer två, jämfört med det första? Det skulle vara möjligt i samband med uppföljande APP.
- En annan gång hade man kunnat informera tydligare om vad ett hälsosamtal egentligen innebär.
- Kan man utveckla metoden hälsosamtal, så att den blir mer strukturerad? Kanske förstärka frågebatteriet för samtalsledarna inför hälsosamtalet/ta fram en guide?
- Formen ger stort spelrum för att anpassa till den enskilde, vilket kan vara en fördel.

- Styr innehållet efter utövarens profession (ergonom, FHV-sköterska eller hälsopedagog) snarare än efter medarbetarens behov?
- Det har gått en tid sedan man fick utbildning i MI-metoden och hälsosamtalen var ny som metod.
- Kan man träna samtalsmetodiken (MI) genom rollspel eller på annat sätt?
- Det krävs mer än två samtal för att åstadkomma en förändring.

FHV framhöll dessutom att även om samtalen skulle handla om den egna livsstilen, så hänger detta samman med situationen på arbetsplatsen. Ett exempel på detta kan vara att skapa en kultur på arbetsplatsen, där det är OK att ta raster.

”Ibland har det varit medarbetare som varit så pressade att samtalet fått ett helt annat fokus.”

Efter projektets slut funderade FHV vidare över vad som kunde gjorts annorlunda. Både när det gäller innehåll och frekvens.

”Det skulle bygga på motiverande samtal då, och alla kanske inte behövde de här motiverande samtalen. Det blev väldigt olika, det blev det... Ibland blev det jättebra samtal men ibland kändes det som att dem inte var så motiverade själva att komma, kände jag.”

”Så vi skulle nog varit mer förberedda i hälsosamtalen och haft en annan struktur efter hand.”

”Vi hade två samtal... där det i praktiken var ett år emellan, det känns inte som att det kan var motiverande samtal med ett år emellan samtalen, det behöver vara flera samtal med de första två med lite tätare emellan och sen ett tredje.”

Hur blev det i praktiken? Reflektioner från chefer och projektledare

På reflektionsgruppen för cheferna, i anslutning till genomförda hälsosamtal, tog man upp reaktioner från medarbetarna, som cheferna snappat upp och ställde sig bland annat följande frågor:

- Om samtalet avslutas efter 20 minuter för att ”allt var ju bra” - har man då haft fokus på det hälsofrämjande?

- Lyckas man motivera medarbetare med låg motivation?

Chefsgruppen hade inte hört så många reaktioner utifrån det andra hälsosamtalen, men konstaterade precis som förra gången att vissa medarbetare tyckte att samtalen kändes kort och gick fort förbi. Projektledaren uttryckte efter projektets slut sin besvikelse över att det i vissa fall brustit i kompetens från FHV när det gäller att genomföra dessa samtal. Att man gått en utbildning i MI-metoden är ingen garanti, om man sedan inte använt den. Det måste man öva på i så fall, annars kan man inte erbjuda den tjänsten, menade projektledaren.

Och cheferna tog upp samma tråd.

”Man kan alltid låta bli att lyssna mellan raderna och inte ställa en fråga men de samtalen ska ju leda till någonting och då får man kanske våga ställa motfrågan.”

”Hälsosamtalen blev vi förvånade över för det var så många olika personalkategorier som höll i dem och de fick ju själva välja vad dem pratade om, ganska löst.”

Medarbetarnas upplevelser av hälsosamtalet

Medarbetarnas upplevelser utifrån fokusgruppsintervjun, finns beskrivet under respektive enhet. Nedan ges några exempel för att komplettera synpunkter från FHV, chefer och projektledare.

Hälsosamtalet upplevdes över lag positivt. Några menade att det inte hände så mycket efteråt. Barnmorskorna på förlossningen var mest kritiska. Barnmorskorna på BB reflekterade över att det var relativt olika vad man hade fokus på i samtalet, beroende på om man talade med en FHV-sköterska eller sjukgymnast/ergonom. Man tog även upp den träning som erbjöds i motionsrummet, under ledning av en sjukgymnast och där flera i barnmorskegruppen deltog. Man berättade hur man pushade varandra till att gå.

Hinder och stöd vid hälsosamtal

Hinder

- Arbetsbörda för chefer att administrera
- Brist på struktur i metoden, gör att FHV-utförarens profession/person styr
- Varierande kompetens från FHV att föra motiverande samtal
- Brist på uppföljande insatser
- För lång tid mellan hälsosamtal 1 och 2
- Många medarbetare avstod från det andra hälsosamtalet
- Räcker det med två hälsosamtal för att åstadkomma förändring?

Stöd

- FHV anpassade planeringen utifrån deltagande enheters förutsättningar
- FHV utbytte erfarenheter och gjorde justeringar under projektet
- Upplevdes positivt av många deltagare vid genomförandet

Reflektionstid

Varför reflektionstid?

Redan när projektgruppen startade med att inventera risk- och friskfaktorer kom bristande tid för reflektion upp. Barnmorskorna hade tidigare haft det som en rutin vid arbetspassets slut, men nu hade man kommit ifrån det. Tidigare erfarenheter visade på värdet av att få ”tanka av” bilder från dagens pass och spegla dem med sina kollegor, gjorde att man i bästa fall slapp gå hem med en tung känsla av otillräcklighet. Det blev en metod för socialt stöd helt enkelt.

Om metoden

Det handlar om 5-15 minuter efter arbetspassets slut. Samtalen görs med de man arbetat tillsammans, vilket innebär att även undersköterskorna involveras på BB och förlossningen och sjuksköterskorna på MAVA. Däremot trodde man att den skulle vara svår att genomföra i de medicinska sekreterarna, som är utspridda på många arbetsplatser. För att underlätta i genomförandet av reflektionstid hade man på Kvinnokliniken tagit fram ett särskilt kort att använda vid dessa tillfällen. På kortet påminde man om syftet med reflektionstid, beskrev några korta regler för dialog och skickade med fyra frågor till stöd för reflektionen.

Det handlade hur arbetet hade fungerat i arbetslaget under passet (vad har fungerat bra/vad kunde fungera bättre/någon specifik händelse). Man uppmanar även deltagarna att lyfta fram något man är stolt över i sitt arbete under det aktuella passet. Vårdförbundet har också tagit fram ett sådant kort, som dess representant i projektgruppen delade med sig av. Kortet är framtaget som en väg till säker vård och påminner om kvinnoklinikens, men tar även upp om man sett några risker under dagens arbete och hur man kommunicerat och fattat beslut. De tre cheferna som skulle använda reflektionstid träffades för att ta fram ett gemensamt kort, och kom fram till att Kvinnoklinikens kort fungerar även för övriga.

Men hur gör man i praktiken?

På MAVA startade man med nattpersonalen våren 2013 för att gå vidare med dagverksamheten. Men det är svårt att vidmakthålla. Efter projektets slut berättar enhetschefen att man planerat för att ta nya tag, efter genomförd omorganisation. Barnmorskorna fick inte till dessa samtal, delvis på grund av den höga arbetsbelastningen. En uppföljande insats på BB utifrån APP var att se till att man tog ut sina raster i större utsträckning, och då fick det gå före, menade enhetschefen. För de medicinska sekreterarna var det också svårt att genomföra dessa samtal på grund av att de sitter geografiskt utspritt och har svårt att samlas.

I reflektionsgruppen för chefer bollade man olika förslag till organisering, för att få till det i praktiken. Även om alla tre chefer tyckte att reflektionstiden var en viktig insats, var det svårt att hitta rätt tillfälle i en verksamhet som går på högvarv. Man var överens om att metoden är allt annat än självgående, utan kräver mycket coachning av chefen. En av cheferna uttryckte det så här;

”Man behöver ligga på som en iller för att det skall fungera!”

Hinder och stöd för reflektionstid

Hinder

- Hög arbetsbelastning
- Kräver mycket coachning av cheferna för att få in som rutin

Mindfulness på arbetsplatsen

I den kompletterande ansökan med handlingsplan som lämnats till AMD fanns mindfulnessutbildning med som en möjlig insats för barnmorskor och medicinska sekreterare. Motivet var den höga stressnivån, som bland annat framkommit av KART-studien.

Målgrupp

Från början hade man som idé att organisera mindfulnessutbildningen så att man blandade medicinska sekreterare och barnmorskor. Det fick till följd att de medicinska sekreterarna stod på ”väntläge” en tid, medan barnmorskorna ännu höll på med kartläggning via APP. Då föreslog FHV att man skulle använda ”mindfulness på arbetsplatsen” istället. Det var en metod som var skräddarsydd för att använda i en arbetsgrupp och FHV hade ledare att erbjuda, som just genomgått en utbildning. Chefer och projektledare samtyckte till FHV:s förslag att använda denna metod, vilket innebar att det inte längre var aktuellt med blandade grupper mellan medicinska sekreterare och barnmorskor. Däremot diskuterade BB och förlossningen att de skulle kunna ha gemensamma grupper. Man såg ett värde i själva insatsen, som man trodde inte bara kunde minska stressnivån, utan även leda till ett ändrat förhållningssätt gentemot patienten. Men det var en utmaning att få till stånd fasta grupper och man såg svårighet i att kunna bryta av det ordinarie arbetet för mindfulnessutbildning, även om den var schemalagd. Så man bestämde sig till slut för att avstå från denna insats, och istället välja något annat. Chefen för de medicinska sekreterarna valde däremot att erbjuda mindfulness på arbetsplatsen för samtliga medarbetare (33). I utbildningen deltog 25.

Mindfulness på arbetsplatsen som metod

Den metod som användes i projektet var Mindfulness på arbetsplatsen (Mindfulnesscenter, 2013). Den innebär att man arbetar i fasta grupper och anpassar övningarna till de förutsättningar som råder på arbetsplatsen. Därför har ledarna en inledande träff med chefen, för att få en bakgrund om de arbetsförhållanden, möjlighet till träning etc. som råder. Deltagarna kom till handledningsträffar, som var sex till antalet och pågick 1,5 timme varannan vecka. För cheferna utökades tiden till 2 timmar. De medicinska sekreterarna träffades i grupper om 10-12 personer, med samma deltagare vid varje träningstillfälle.

Däremellan uppmanades samtliga deltagarna till egen träning via ett internetbaserat program i 12 veckor, en träning som skulle ske på arbetet två gånger tio minuter per dag. Man uppmanas även att göra dagboksanteckningar.

Mindfulnessutbildning för medicinska sekreterarna

Utbildningen genomfördes under höst-vinter 2013-2014. Deltagarna var indelade i fyra fasta grupper med 10-12 personer i varje, två på varje sjukhus. När själva utbildningen var avslutad var avsikten att man skall fortsätta träningen och vidmakthålla det man lärt sig som en metod att hantera stress. Men enligt de medicinska sekreterarna fick de inte längre lov att träna på arbetstid, vilket gjorde det svårare. Detta dilemma togs upp på ett projektgruppsmöte och chefen som inte reflekterad över detta, tog genast beslutet att det var OK att träna vid ett tillfälle på arbetstid, medan man fick göra det andra tillfället på sin fritid. En av handledarna för utbildningen ingick inte i FHV:s reflektionsgrupp. Därför anordnas ett särskilt reflektionstillfälle med de tre handledarna från FHV och utvecklingsledaren från ISM när utbildningen för de medicinska sekreterarna var slutförd, men pågick för cheferna.

För de medicinska sekreterarna tog enhetschefen beslutet att presentera utbildningen som något som i princip alla skulle delta i. Att deltagandet uppfattades som obligatoriskt var ett dilemma som lyftes av handledarna från FHV, då det strider mot vägledande principer för hälsofrämjande arbete. Man hade i vissa grupper stött på ett relativt stort motstånd, medan andra var mer positiva. Men man hade också exempel på deltagare som varit direkt negativa inledningsvis, men sedan vittnat om hur träningen lett till påtagliga förbättringar vad gäller sömn och välbefinnande.

Chefen för de medicinska sekreterarna berättade efter projektets slut att mindfulness fanns med i hennes tankar redan när frågan ställdes om någon ville delta i projektet.

”Jag hade hört talas om mindfulness utifrån X, hon hade haft ett pilotprojekt så egentligen sa jag att jag var intresserad av att göra det med mina medarbetare på det mötet.”

Och när APP var genomförd, så lyftes frågan upp på nytt;

”När vi gick igenom det här och såg att de var väldigt stressade och just mindfulness var ett bra redskap att kunna slappna av när de sitter vid sina datorer och gör de här programmen. Men jag inte säga att jag kommer ihåg att personalen var delaktiga i att påverka att det skulle vara just mindfulness.”

Möjlighet att tillämpa mindfulness på arbetsplatsen

Det som var styrkan i metoden, menade man, var den kraft det innebär att träffas i en grupp och stötta varandra i den vardagliga tillämpningen, att kunna dela med sig av goda exempel på hur man lyckats få till sin träning i vardagsarbetet till exempel. Däremot var förutsättningarna för att få till de två träningsstunderna per dag olika bland de medicinska sekreterarna. Försvårande omständigheter utöver arbetspress är lokaler, där man sitter tillsammans med andra, ibland vid en ”svängdörr”, som när som helst kan öppnas för genomfartstrafik, eller innanför glas, så att det kan kännas obekvämt att ta de korta stunderna för att blunda och göra sina övningar.

Efter utbildningens slut är det meningen att man skall fortsätta träna. Detta var till en början inte självklart, även om det löstes. I efterhand rannsokade handledarna sig själva och önskade att de i större utsträckning satt in insatsen i sitt sammanhang, när man hade det förberedande mötet med chefen. Man hade även bekymmer med inloggning i det internetbaserade träningsprogrammet, vilket försvårade den individuella träningen för läkarsekreterarna.

Man konstaterade även när man gick igenom den utvärdering som gjorts bland de medicinska sekreterarna, att den borde ha kompletterats med uppgifter om i vilken utsträckning man deltagit, för att kunna värdera rimlig effekt.

Mindfulnessutbildning för chefer

Man bestämde sig till slut för att även erbjuda denna metod för målgruppen chefer inom medicin (samt An-Op-IVA) samt de enhetschefer utanför medicinkliniken som deltar i projektet. Utbildningen startade våren 2014 och hade innan dess diskuterats utifrån helt andra upplägg vid återkommande projektgruppsmöte. Förslaget att istället genomföra mindfulnessutbildning kom från chefsmötet på medicinkliniken, där enhetschefen för MAVA förankrat frågan. Man upplevde att cheferna själva var så stressade, att de hade svårt för att bedriva ett hälsofrämjande ledarskap. Därför var mindfulness som stresshantering, för att ta hand om sig själva och orka leda, det man föreslog.

Det blev också projektgruppens beslut. Inbjudan gick via linjen till medicinklinikens enhetschefer. Det var viktigt att det gick rätt väg, eftersom utbildningen skulle ske på arbetstid. Det innebar i vissa fall att informationen stannade upp och att några chefer aldrig nåddes/för sent fick inbjudan till utbildning. Totalt deltog sex chefer, av den totala målgruppen på 32. Några chefer startade, men hoppade av på grund av hög arbetsbelastning. I vissa fall verkade inbjudan inte ha kommit fram. En av cheferna för de fyra enheter som ingick i projektet deltog bland de sex.

I chefsgruppen var det inte lika naturligt att starta med ett förberedande samtal med överordnad chef, men för övrigt följde man samma grundupplägg, men gjorde några justeringar i chefsgruppen, efter tidigare erfarenheter i grupperna med medicinska sekreterare. Vid det särskilda reflektionsgruppsstillfället med handledarna från FHV jämförde man de båda grupperna och konstaterade att i chefsgruppen var deltagandet frivilligt, vilket gav en helt annan motivation. Cheferna har även mer vana vid att sitta och reflektera och är vana att jobba med mål. Det ligger i deras chefsroll, reflekterade handledarna. Utifrån erfarenheter i utbildningen för de medicinska sekreterarna valde man att utöka tiden i chefsgruppen från 1,5 till 2 timmar. Man delade ut ett skriftligt material över den information som de medicinska sekreterarna bara fick muntligt. I metoden ingick att starta varje tillfälle med att gå igenom vilka intentioner var och en har, men man konstaterade att man varit mer konsekvent i sitt genomförande, vad gäller såväl detta som att poängtera dagboksanteckningarna, i chefsgruppen.

Att det blev mindfulness även för chefer och inte den utbildning i hälsofrämjande som ursprungligen var tanken, minns en av cheferna efter projektets slut, hängde samman med att ett upplägg med 6-8 halvdagar inte skulle fungera i praktiken. När erbjudandet om mindfulnessutbildning skulle ut till cheferna inom medicinkliniken var det svårt att nå ut med information och få deltog, konstaterar projektledaren. Så hade man också valt en klinik med extra stor press, vilket kan ha betydelse.

”Många ville verkligen gå men kunde inte ta den tiden.”

Samlade reflektioner från FHV

Sammantaget lyfte handledarna upp ett antal frågor kring vad man eventuellt skulle ha gjort annorlunda:

- Att det var ”obligatoriskt” för de medicinska sekreterarna. Cheferna däremot hade anmält sig. Då blev det annorlunda.
- Vid planering med chefen innan, är det viktigt att sätta in insatsen i sitt sammanhang. Att tala om vikten av att möjliggöra träning även efteråt, till exempel.
- Att ge deltagarna ett material. Cheferna har fått det i handen, men de medicinska sekreterarna bara muntligt.
- Lagt till mer tid från början. Man ökade från 1 1/2 timme för de medicinska sekreterarna till 2 timmar för cheferna.
- Metoden innebär att man startar varje gång med att gå igenom varje deltagares intention. Det har man varit mer konsekvent att genomföra med cheferna.
- Detsamma gäller att poängtera dagboksanteckningar. Kan man göra en sms-påminnelse dagen innan t.ex.?
- Man hade över huvud taget mer struktur i genomförandet för chefsgruppen. Det var bra.
- Kanske behövs det fler uppföljningstillfälle. Kan man komplettera med frågor om i vilken utsträckning de deltagit? Det hade varit en värdefull information som komplement till deltagarnas upplevelse av effekten av mindfulnessutbildningen.

Utvärdering

Den utvärdering som såväl de medicinska sekreterarna lämnade efter utbildningen var genomgående positiv då de exempelvis upplevde förbättrat fokus, bättre sömn och mindre stress (Andersson, 2015). Däremot svarade en tredjedel att kursen inte motsvarade deras förväntningar. Chefernas utvärdering var än mer positiv och alla tyckte att det motsvarade förväntningarna. En viktig skillnad var att utbildningen var obligatorisk för de medicinska sekreterarna och frivillig för cheferna.

De medicinska sekreterarna om mindfulness på arbetsplatsen

Medarbetarnas upplevelser utifrån fokusgruppsintervjun, finns beskrivet under respektive enhet. Nedan ges några exempel för att komplettera synpunkter från FHV, chefer och projektledare.

Det fanns olika upplevelser av värdet av mindfulnessutbildningen i praktiken. Även förutsättningarna att träna på sin arbetsplats var olika. Den största invändningen var att de gärna velat ha fler alternativ att välja mellan, istället för att alla skulle delta i mindfulness.

Hinder och stöd för mindfulness på arbetsplatsen

Hinder

- Svårt att administrera med fasta grupper i dygnetrunt-verksamhet.
- Bristande motivation då insatser upplevdes som ”obligatorisk” av de medicinska sekreterarna.
- Miljöer/arbetssituation som försvårar daglig träning (med. sekr.).
- Svårighet att logga in på träningsprogram (brister från leverantören).
- Behövs mer uppföljning för att vidmakthålla?
- Kommunikationen i linjen brast i vissa fall, vid rekrytering till chefsgruppen.

Stöd

- Förberedande samtal med chefen gör det möjligt att anpassa till kontexten.
- Gruppen ger möjlighet till stöd när man skall träna i vardagen.
- Exempel på positiva hälsoförändringar trots ”ofrivilligt” deltagande.
- Frivilligt deltagande i chefsgruppen motiverade egen insats/deltagande och träning.
- FHV anpassade metoden efter erfarenheter bland de medicinska sekreterarna till chefsgruppen ex skriftligt material, bättre struktur, mer tid.

Dialogträning

Enhetschefen för MAVA var tidigt inne på att det behövdes någon form av insats för att förbättra arbetsklimat, samarbete och kommunikation. KART-studien visade ett behov att stärka såväl kommunikationsklimat som möjlighet att påverka för undersköterskorna. I handlingsplanen för hälsoprojektet ingick stöd för teambildning till all personal på MAVA. FHV ställde frågan om man skulle planera in psykologresurser för detta, men chefen ville avvakta resultatet från APP. Arbetsplatsprofilen visade på kommunikation som ett viktigt förbättringsområde.

Man ville förbättra kommunikationen mellan undersköterskor och sjuksköterskor och få till stånd en bättre kommunikation mellan arbetsgrupper dag och natt. ISM:s utvecklingsledare föreslog dialogträning som en metod för att uppnå detta och redogjorde för upplägget vid reflektionsgruppen för chefer. Gruppen hade vid upprepade tillfällen diskuterade vilka insatser man skulle göra för såväl barnmorskor som undersköterskor. Enhetschefen tyckte att det lät som en bra metod för att få till stånd de förändringar hon önskade och undersökte de ekonomiska förutsättningarna för att genomföra dialogträningen.

Dialogträning som metod

Metoden bygger på ett erfarenhetsbaserat lärande (Eklöf, 2011) i ett spel som utgår från olika temaområden; ledaren, arbetskamraterna, samarbete, kvalitet, förändring, kultur och kommunikation. Träningen genomfördes i mindre grupper under två heldagar och upprepades till dess att samtliga medarbetare hade genomgått träningen. Chefen deltog vid samtliga träningstillfällen. Deltagarna uppmanades att uttrycka sin mening och samtala kring konkreta arbetserfarenheter med anknytning till det tema man valt. Träningen leddes av en tränare med erfarenhet och teoretisk kompetens, som även gav miniföreläsningar anpassade till stunden och aktuella teman. Chefen deltog som lyssnande part och hade till uppgift att dokumentera det deltagarna kom fram till. Dessa anteckningar kunde användas som underlag för handlingsplaner på avdelningen. Deltagarna fick även loggböcker och uppmanades att formulera utvecklingsmål att arbeta vidare med mellan träningstillfällena. Utgångspunkten var de spelregler som bygger på dialogens principer och som präglade träningstillfällena som att lyssna, tala uppriktigt och att invänta och reflektera över andras åsikter.

Metoden har visat sig vara effektiv som medel att påverka kommunikationen bland deltagarna i riktning mot ökad dialog och inflytande i arbetet. Men den är relativt resurskrävande, då det innebär att chefen är med vid samtliga träffar och att vikarier behöver sättas in för samtlig personal i två dagar. Men enhetschefen menade att detta var väl investerade pengar och fick loss resurser för detta. Projektmedel täckte kostnaden för träningsledare som höll i grupperna. Metoden är relativt ny inom FHV, men en utbildning pågick, och två nya träningsledare kunde rekryteras. Den ene slutade under perioden. Metoden syftar till att utveckla den egna dialogförmågan i en arbetsgrupp, vilket innebär att såväl undersköterskor som sjuksköterskor behöver delta, för att det skall vara meningsfullt.

Genomförande

Man blandade grupper med undersköterskor och sjuksköterskor, från dag och natt och med olika lång erfarenhet, och hade en tanke om att dessa skulle fungera som grupp i utbildningsinsatser etc. även framåt (Juhlin, 2014). Sammanlagt deltog 20 undersköterskor och 28 sjuksköterskor. Alla grupper träffades i lokaler på annan ort och deltagarna bjöds på lunch. När det blev dags att börja grupperna våren 2014 hade några undersköterskor slutat och innan fortsättningen på hösten ytterligare ett antal, vilket gjorde att man ändrade från fyra till två grupper. Då hade också en av träningsledarna slutat, vilket gjorde att samma ledare höll i alla grupper.

Upplevelse av dialogträningen från chef och FHV

Chefen som suttit och lyssnat vid alla tillfällen konstaterar en bit in i dialogträningen;

”Det finns många intressanta reflektioner och många aha-upplevelser från dessa gånger. Vi plockar upp samtalsämnen till APT och försöker skapa mer dialog där. Vår handlingsplan ska ge resultat i vardagen och förhoppningsvis ge en större känsla av sammanhang när vi kan använda dialogen som utgångspunkt.”

Chefen konstaterade senare att det var en insats som tog mycket tid, men det gav också tillfälle till reflektion. Känslan efter att ha varit med på en dag med dialogträning har varit tudelad. Dels har de ämnen man tagit upp varit av den karaktären att det lätt kan upplevas känsligt, inte helt omöjligt att man hade olika upplevelser och uppfattningar.

”Ibland kändes det som man bara valde en del av sanningen, för att just inte stöta sig eller vara obekvämt. Kanske var det just detta som var poängen; att hitta balansen i hur man pratar om något där min egen ståndpunkt inte är samma den andres, utan att det blir för obekvämt för vare sig en själv, den andre eller de övriga som lyssnar.”

Chefen konstaterar i efterhand att det är en stor insats som lagts ned under de 16 heldagar som varit, där hon har suttit med vid alla tillfällen.

”Det är stora insatser som görs och man skulle kanske, man kanske vill satsa på fler hästar istället för att satsa på en så stor insats.”

Men det har gett henne ett gediget material att arbeta vidare utifrån. Nu gäller det att ta vara på det, en fråga hon kommer att diskutera med träningsledaren från FHV. Träningsledaren från FHV konstaterar också att det är en insats som ibland är omöjlig att få till.

”Ett dilemma överhuvudtaget i dialogträningen just att den är så omfattande och det är inte alltid möjligt att kunna utföra på vårdavdelningarna med en så omfattande insats.”

Medarbetarnas upplevelse av dialogträning

Medarbetarnas upplevelser utifrån fokusgruppsintervjun, finns beskrivet under respektive enhet. Nedan ges några exempel för att komplettera synpunkter från FHV, chefer och projektledare.

Dialogträningen beskriver deltagarna som positiv överlag, även om det fanns en hel del oro och osäkerhet innan. Däremot tyckte man inte att man märkt någon skillnad efteråt, utan resonerade kring hur lätt det är att återgå i gamla vanor. Man ger många exempel på hur man försöker ha dialog och gärna även tid att reflektera med dem man arbetar tillsammans, efter arbetspassets slut.

Hinder och stöd för dialogträning

Hinder

- Stor tidsinsats från chef och personal (vikariekostnad)

Stöd

- Gemensamt lärande undersköterskor/sjuksköterskor, dag/nattpersonal
- Motiverad chef
- Upplevdes positivt av de flesta medarbetarna
- Bra samarbete chef/träningsledare FHV
- Lite guldkant på samma gång (annan lokal/lunch)
- Handlingsplan som kan ge resultat i vardagen
- Chefen planerar uppföljande insatser för att vidmakthålla dialogförmågan

Reflektionsgrupper med handledning

När man i början av hösten 2013 släppt tanken på att erbjuda mindfulnessutbildning till barnmorskorna, funderade deras båda enhetschefer vidare, själva och med hjälp av reflektionsgruppen, på vad man skulle kunna erbjuda istället. Bakgrunden var den pressade arbetssituationen som bland annat innebar att man hade lite utrymme för såväl återhämtning, som reflektion och samtal med kollegor kring aktuella händelser, arbetssätt, etik etc.

Tema utifrån APP

Därför planerade man nu för att ha reflektionsgrupper med handledning utifrån olika tema. Fördelen med dessa grupper var att det kunde vara olika deltagare vid varje tillfälle/tema, vilket underlättade vid schemaläggning. Med hjälp av tidigare goda erfarenheter planerade man för ett upplägg med halvdagar av handledning i grupp kring olika teman. På förlossningen låg reflektionsgruppen på en schemalagd dag, där andra halvan utgjorde annat utvecklingsarbete, medan man på BB gick tillbaks till ordinarie arbete efter reflektionsgruppen. I reflektionsgrupperna deltog både barnmorskor och undersköterskor. Från BB deltog 40 barnmorskor och 20 undersköterskor och från förlossningen 36 barnmorskor och 10 undersköterskor. Grupperna som startade våren 2014 och fortsatte under hösten, leddes av en psykolog från FHV. Innan man startade träffades chef och psykolog för att förbereda teman för träffarna.

Dessa valdes bland annat utifrån vad som kommit upp på APP, d.v.s. såväl områden att värna om som de som behöver förbättras. De teman som diskuterades var stress/ samvetsstress, arbetsglädje/ arbetsgemenskap, kommunikation och balans i livet. Från starten hade man grupper med sex-åtta deltagare, men i den andra omgången efter sommaren gjorde man något större grupper, vilket fungerade bättre. Chefen för BB var med vid samtliga tillfällen och introducerade varför man valt detta upplägg och kopplade till den kartläggning och prioritering som gjorts utifrån APP. För många var detta redan glömt och för undersköterskorna som inte gjort vare sig APP eller hälsosamtal, var det en viktig information. Chefen för förlossningen var med under de sista träffarna.

Hur blev det i praktiken; enligt chefer, FHV och projektledare

Såväl chefer som handledare/psykologer från FHV möttes av en hel del motstånd, från personal som inte såg någon mening med att träffas och samtala enligt detta upplägg.

Det framkom även en del kritik från deltagarna på psykologernas handledning. En del menade att upplägget var alltför ostrukturerat för att det skulle ge något. Det var en stund av återhämtning, men inte mycket hjälp i vardagsarbetet. Psykologerna i sin tur hade en utmaning i att hantera starkt motstånd, men kunde också konstatera att det var stor skillnad i hur arbetet mottogs beroende på när i tiden träffarna låg. Före och efter sommaren var många så slitna, att det var svårt att hålla fokus på något annat, medan det fram i oktober hade lättat något, vilket även påverkade inställningen till det man samlats för att göra. Cheferna hade en förväntan på återkoppling direkt från psykologerna, som menade att det inte låg i uppdraget. I reflektionsgrupper och projektgruppen ventilerades dessa olika dilemman och det som handlade om olika förväntningar mellan chefer och psykologerna från FHV redde ut dem emellan. En av cheferna säger efter projektets slut så här om det som till slut blev deras satsning utifrån APP.

”Reflektionsgrupperna har ändå varit bra, det vi gjorde av det hela, sen vet jag inte om de kanske funnits i alla fall.”

Projektledaren, fick ta emot en hel del kritiska röster om den handledningen som erbjöds i reflektionsgrupperna och är besviken över utfallet. Det var en relativt dyrbar insats, och då borde man kunna förvänta sig mer, menade hon. En av psykologerna på FHV berättar efteråt om förberedelsearbetet tillsammans med chefen.

”Allting var bestämt hur det skulle vara så det var egentligen bara att verkställa kände jag. Själva strukturen, sen fick jag fylla det med innehåll när jag kom så långt. Men alla tider var ju redan klara och hur många gånger det skulle vara och sådär. Och sen blev det mest egentligen, för min del då, att jag jobbade med chefen, så det var vi två som skapade innehållet i detta tillsammans.”

Att chefen för BB var med och introducerade på alla träffar, var mycket positivt och en ”framgångsfaktor” att föra vidare, menade FHV.

”Chefen har ju varit med vid varje tillfälle, inledningsvis, och det har varit jättebra men då har hon ju liksom vid varje tillfälle fått förklara; kommer ni ihåg att ni har gjort? - jaha, hänger det ihop med detta? Så jag tror inte att, jag har inte fått den uppfattningen att medarbetarna riktigt sett sammanhanget, utan varje insats har varit något för sig.”

Medarbetarnas upplevelser av reflektionsgrupper

Medarbetarnas upplevelser utifrån fokusgruppsintervjun, finns beskrivet under respektive enhet. Nedan ges några exempel för att komplettera synpunkter från FHV, chefer och projektledare.

Bland barnmorskorna på förlossningen var förväntningarna låga inför starten av reflektionsgrupperna. Någon gav dock ett exempel på att det hjälpt henne tänka ”good enough”, när det är obalans mellan resurser och krav. Även barnmorskorna på BB var kritiska till nyttan med dessa samtal och ibland till själva upplägget.

Hinder och stöd för reflektionsgrupper med handledning

Hinder

- Negativ förväntan/misstro från deltagarna
- Lång tid mellan APP och insats
- Bristande struktur på vissa teman för reflektionsgrupperna
- Särskilt pressad arbetssituation vid genomförandet av vissa träffar

Stöd

- Schemalagd tid hela dagen (att inte behöva stressa till/från ordinarie arbete)
- Skräddarsytt tema/innehåll utifrån APP
- Att chefen var med och introducerade

Styrketräningsgrupper

Ett önskemål som framkommit vid hälsosamtalen med barnmorskorna framförallt, var att de gym som finns på båda sjukhusen, skall vara bemannade vissa tider. Därför startade man en träningsgrupp under ledning av en sjukgymnast/ergonom. Gruppen startade våren 2014 och under fem träffar där man varvade praktisk träning med teori om vikten av träning, beteendeförändring och motivation. Varje deltagare har också fått individuella träningsråd utifrån egna frågeställningar och behov. Gruppen bestod av tio deltagare, nio barnmorskor och en medicinsk sekreterare. Deltagandet minskade under genomförandet.

Efteråt reflekterade sjukgymnasten/ergonomen kring förändringar i upplägget som att korta ned till fyra tillfällen, varav den sista är en uppföljning. En annan idé kan vara att någon av sjukgymnasterna finns i gymmet vissa tider för att introducera och instruera (drop-in). Detta tog man senare fasta på och erbjöd ytterligare träningstillfällen, då med ett friare upplägg. Utöver detta anordnades inom sjukhuset öppna föreläsningar om kost, stress och sömn, men det var inte så många medarbetare från de fyra deltagande enheterna som deltog på dessa.

Hinder och stöd för styrketränningsgrupper

Hinder

- Deltagandet minskade från första till sista tillfället.

Stöd

- Ett uttalat önskemål från barnmorskorna.

Uppföljningsfasen

Enligt handlingsplanen skulle hela hälsoprojektet, inklusive den uppföljande arbetsplatsprofilen avslutas under 2014. Men såväl dialogträningen på MAVÅ som reflektionsgrupperna för barnmorskorna skulle starta under våren och fortsätta en bra bit in på hösten. Därför kom man överens om att skjuta på uppföljande APP, så att man hann genomföra åtgärderna på arbetsplatsnivå med viss marginal. Däremot kunde APP för de medicinska sekreterarna genomföras i slutet av året. Man fick en ansökan om förlängning med ett halvår godkänd av AMD och planerade utifrån detta.

Jämförelse mellan APP 1 och 2

Genom att jämföra APP före och efter projektet skulle man visa på en möjlig effekt av hälsoprojektet. Detta redovisas i sjukhusets slutrapport (Andersson, 2015). Av denna framgår att stressen ökat i båda barnmorskegrupperna och för undersköterskorna, medan det förbättrats för de medicinska sekreterarna. Se även beskrivningen för respektive enhet.

Balanserad närvaro

Det andra effektmåttet man valt var balanserad närvaro, vilket innebär max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år. Även detta redovisas i sjukhusets slutrapport, men resultatet pekar på en positiv förändring av den balanserade närvaron mellan 2013 och 2015, om man tittar på samtliga

medarbetare. Tydligast är det för de medicinska sekreterarna. Barnmorskorna går inte att redovisa separat för BB respektive förlossningen på grund av bristfällig registrering, men ser man till hela barnmorskegruppen, så har den balanserade närvaron ökat något. För undersköterskorna var svarsfrekvensen för låg vid första tillfället, för att kunna göra en jämförelse mellan 2013 och 2015.

Uppgifterna bygger på medarbetarnas egen skattning av sin sjukfrånvaro och sjuknärvaro, utifrån två frågor i KART-enkäten (Hultberg, 2010a). Dessa frågor ställdes i det individuella samtalet efter APP. Den som höll i samtalet ansvarade för att frågorna ställdes, hälsopedagogen samlar in dem och projektledaren ansvarade för sammanställningen. På vissa enheter blev det ett stort bortfall vid det första tillfället 2013, framförallt för undersköterskorna där uppgifter saknas för mer än hälften. Orsaken verkade vara att samtalsledaren antingen glömt att ställa frågan, eller att lämna uppgifterna vidare.

Dilemmat diskuterades såväl i reflektionsgrupperna som i projektgruppen för att om möjligt samla in resultat som blivit liggande eller att finna bättre rutiner till nästa tillfälle. Skadan var till viss del redan var skedd, om man inte kan använda resultatet som en jämförelse. Vid uppföljningen 2015 valde man att ställa frågan i samband med det uppföljande hälsosamtalet och att resultatet skulle skickas direkt till projektledaren. Detta fungerade bra. Däremot missades det i vissa fall att dokumentera yrkesgrupp eller om barnmorskorna tillhörde BB eller förlossningen, vilket gör att de inte kan redovisas för sig. Sammantaget kan man konstatera att insamling och distribuering av uppgifter från FHV till projektledaren har fungerat dåligt, vilket lett till användningen av detta mått för att utvärdera resultat begränsats.

Vad gör vi sen?

På fokusgruppsintervjun med cheferna tar de alla upp olika tankar kring hur de skall arbeta vidare utifrån hälsoprojektet. Det får inte stanna med detta!

”När vi har gjort klart det här ihop, hur man då fortsätter det här arbetet med handlingsplan för detta som vi gjort och så väver vi ihop det med medarbetarenkäten som kommer nu den nionde i nionde eller vad det var och fortsätter jobba med det på arbetsplatsträffarna. Det ska jag göra i alla fall så att det fortsätter, vi kan inte bara stanna av nu utan jobba med att bevara och det som vi kan gå vidare med.”

I juni inbjöd projektledaren tillsammans med hälsopedagogen från FHV de fyra enhetscheferna, samt verksamhetschefen från Kvinnokliniken till ett möte för att diskutera det fortsatta arbetet efter projektets slut och vilken hjälp de önskade i detta. Utvecklingsledaren från ISM deltog också.

På samtliga deltagande enheter finns nu handlingsplaner utifrån APP. På MAV A har man dessutom tagit fram en handlingsplan utifrån dialogträningen.

Dessutom finns handlingsplaner utifrån de arbetsmiljöframställningar som nu inkommit på tre av projektets fyra deltagande enheter. Till det kommer arbetet med att sänka sjukfrånvaron. På mötet diskuterades hur man på bästa sätt kan väva samman dessa olika delar när en handlingsplan skall tas fram utifrån höstens medarbetarenkät. Det är viktigt att även synkronisera detta med patientsäkerhetskulturmätningen, som kommer samtidigt, menade cheferna.

Det som framstod på mötet var att cheferna önskade hjälp med att facilitera dessa möten, att rent konkret foga samman de olika delarna till lämpligt upplägg att diskutera på träffar med medarbetarna och få en process i detta, som cheferna därefter kan arbeta vidare med. Om det är HR och/eller FHV som skall stå för detta är oklart. Fortsatta samtal kommer att ske i samarbete chef, HR/projektledare och FHV.

Sjukhusets fortsatta hälsoarbete

Förankring i ledningen

Sist ut i intervjuerna efter projektidens slut var HR-chefen, som fått överta projektet efter sin företrädare, och fick en första föredragning i samband med centrala samverkansgruppen februari 2013. Utöver byte av HR-chef har det i sjukhusledningen för övrigt skett stora förändringar sedan projektet initierades. För nuvarande sjukhusdirektör är projektet okänt, menade HR-chefen. Styrelsen, som också är utbytt, bekymrar sig över den ökade sjukfrånvaron. HR-chefen beskrev hur hon följt projektet på avstånd, noterat att det ibland ”gnisslat”, men menat att det är viktigt att slutföra och återkomma med erfarenheterna efter projektet slut.

Förväntningar på FHV

HR-chefen beskrev att hon gärna vill ta vara på den kunskap som FHV har fått, inte minst genom hälsoprojektets många individuella samtal, till att få vägledning i vilka insatser man behöver satsa på för att sjukhuset skall bli en organisation som är långsiktigt hållbar, där medarbetarna mår bättre och orkar arbeta fram till pension. Hon vill gärna se att FHV tar rollen som bollplank för att göra en mer strategisk och långsiktig planering. Att inte bara arbeta rehabiliterande utan mer förebyggande så att människor inte blir sjuka. Inte minst mot bakgrund av den ökade psykiska ohälsan. Men vad skall vi göra så att den inte ökar och hur skall vi möta dem som kommer tillbaka från sjukskrivning? Detta ser HR-chefen som angelägna områden att samarbeta kring.

Som svar på frågan vilka förväntningar hon hade velat ställa på FHV om ett likande projekt som detta startades upp, så hade hon önskat att FHV efter de olika hälsosamtalen tillsammans med chefen diskuterat vad som vill till för att stärka hälsan hos de yrkeskategorier som ingår. En annan förväntan är att de metoder de rekommenderar verkligen är de bästa. Och så nämner hon de metoder som ingår i projektet, men även den planerade satsningen på en utbildning i hållbart ledarskap. Arbetet med att uppdatera handlingsplanerna utifrån de nya riktlinjerna för FHV pågår. Även där vill hon säkerställa att den erfarenheten som hälsoprojektet gett kommer till användning.

Förväntningar på HR

HR-chefen blev informerad om de förväntningar som fanns från deltagande chefer på stöd i det fortsatta arbetet. Att stötta cheferna i faciliteringen av den medarbetarundersökning som skall genomföras i höst, är en prioriterad uppgift för HR, menade HR-chefen. Men att det är i genomförda aktiviteter man kan få effekt. Det räcker inte med planer.

Planerad återkoppling

Där övergår intervjun i ett samtal om möjligt upplägg för att återkoppla resultatet från hälsoprojektet och ta vara på dessa erfarenheter i en fortsatt process. Utöver återkoppling och dialog med ledningen och arbetsmiljökommittén, skissades på en workshop med deltagande enhetschefer, FHV, HR och utvecklingsledaren från ISM, för att mer konkret komma fram till hur det fortsatta arbetet skall ske, utifrån erfarenheterna i hälsoprojektet.

HR-chefen betonade att även om hälsoprojektet är avslutat, så är det en del i långsiktig process.

”Hälsan kommer in och gör och ni är med och tittar sen går Hälsan ur litegrand men det här fortsätter ju också, man har startat upp någonting för både medarbetarna och cheferna så det finns inget klart avgränsat slut menar jag.”

Genomförd återkoppling

Efter att processutvärderingen presenterats för projektgruppen tillsammans med slutrapporten i början av hösten gjordes en första återkoppling till sjukhusets ledningsgrupp. HR-chefen presenterade samtidigt ett utkast till handlingsplan för att sänka sjukfrånvaron, där hon hämtade stöd från vissa slutsatser i processutvärderingen.

Efter det skickades rapporten till AMD, som även fick en muntlig presentation. Därefter har utvärderingen återkopplats till sjukhusets styrelse, tillsammans med handlingsplan för sänkt sjukfrånvaro. Slutligen har den centrala arbetsmiljökommittén fått en återkoppling. Utvärderingen har även presenterats för FHV:s ledningsgrupp och den lokala enhet som var involverad i projektet. Reflektion och samtal har startat om hur man kan arbeta vidare utifrån de erfarenheter som gjorts i projektet, särskilt med inriktning mot vissa metoder och arbetssätt.

Hinder och stöd för sjukhusets fortsatta hälsoarbete

Hinder

- Tidigare brist på förankring i ledningen
- En uppförsbacke av bristande tilltro till sjukhusets ledning

Stöd

- HR/FHV har samlat deltagande chefer för att diskutera fortsättningen utifrån nuvarande handlingsplaner och kommande, t.ex. via medarbetarenkät 2015
- HR-chefens positiva förväntan på FHV som strategisk resurs i det fortsatta arbetsmiljöarbetet, utifrån den samlade kunskapen av hälsoprojektet

- HR-chefen har en plan för återkoppling och workshop utifrån hälsoprojektets utvärdering

En magisteruppsats om chefernas upplevelse

Inom magisterprogrammet för arbetsliv och hälsa, Umeå universitet gjordes en studie där man undersökte fyra enhetschefer upplevelse av implementeringen av hälsofrämjande insatser (Heimdahl, 2015). Datainsamlingen genomfördes genom telefonintervjuer. En kvalitativ innehållsanalys utfördes.

Hämmande faktorer

- ökade kostnader
- ökad arbetsbelastning för chefen
- kommunikationen
- bristande delaktighet
- en negativ inställning

Främjande faktorer

- chefs förhållningssätt
- schemaläggning av insatserna
- att deltagarna fick verktyg i sitt fortsatta hälsofrämjande arbete
- en upplevd delaktighet
- en positiv inställning

Resultaten diskuteras utifrån begreppen delaktighet, KASAM (känsla av sammanhang) och krav och kontroll teorin. Slutsatsen i studien är att vikten av delaktighet i implementeringen av hälsofrämjande insatser är stor. Mer framtida forskning behövs för att klargöra sambandet mellan möjligheter i implementering av hälsofrämjande insatser och upplevd delaktighet.

Medicinska sekreterare

Tidigare har projektet och dess olika insatser beskrivits för hela projektet med synpunkter i första hand från deltagande chefer, FHV, projektledare och HR-chef. Detta kompletteras i kommande beskrivningar med den kontext som fanns på respektive deltagande enhet under tiden för projektet samt vilka övriga insatser som gjordes för att främja hälsa och arbetsmiljö. Avslutningsvis redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Nulägesanalys

Medarbetarna är utspridda på olika enheter inom medicinkliniken och på två geografiskt spridda sjukhus. Man har en gemensam chef och gemensamma APT. Några av de risk- och friskfaktorer som lyftes upp allra först i projektet var:

- Stress av tidspress, på grund av många diktat med hög prioritet
- Att inte kunna påverka arbetsmängden och sin arbetsmiljö
- Känner sig osynliga
- Arbetet har blivit mer varierande och har utvecklats/längre utbildning
- Men det är fortfarande lågt betalt

Arbetsplatsprofilen (APP) genomfördes med 33 medicinska sekreterare med en medelålder på 47 år, samtliga kvinnor. Kartläggningen mynnade ut i följande områden:

Bevarande

- Intressanta/stimulerande arbetsuppgifter
- Engagemang
- Trivsel med arbetskamraterna

Förbättring

- Minskad stressnivå
- Fysisk arbetsmiljö (kunna arbeta ostört, ergonomi)
- Trivsel/samarbete

Förebyggande och hälsofrämjande insatser

Utifrån APP planeras följande insatser:

- Mindfulness på arbetsplatsen
- Att arbeta med bemötande
- Värna om gemensamma APT för att stärka samhörigheten
- Pausprogram på dator

Dessutom - i handlingsplanen utifrån den arbetsmiljöframställan, som inlämnades i början av projektiden, presenterades följande förslag till åtgärder:

- Minska övertidsuttaget
- Införa tyst skrivtid (efter studiebesök på Frölunda specialistsjukhus)
- Införa telefontid
- Studiebesök på SÄS, som hittat ett nytt arbetssätt ("sekreterarprojektet")
- Införa en systersektion, där man hjälper varandra

Senare tillkom även:

- Optimal diktering, ett projekt i samarbete med läkarna

Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015

Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som påverkar arbetsmiljön för medarbetarna på deltagande enhet. Man kan även kalla det vägvalshändelser. Det kan vara såväl positiva som negativa förändringar.

- Förankring Hela gruppen är samlad till utvecklingsdagar, där man fick information om projektet. Nästan alla deltog och informationen mottogs genomgående positivt. (Okt 2012)
- APP Nu har alla (33 delt.) genomfört APP med uppföljande samtal. (Dec 2012)
- Kritisk händelse En arbetsmiljöframställan lämnas in på grund av hög arbetsbelastning, med lång dikteringstid och annat som släpar efter. En handlingsplan tas fram och presenteras för medarbetarna. (Dec 2012)
- Återkoppling av APP enligt den metod som tidigare presenterats. Särskild information om hälsosamtalet, då få kryssat i intresseanmälan. (Feb 2013)
- Hälsosamtal nr 1 (Våren 2013)

- Handlingsplan Chef och projektledare träffas för att upprätta en handlingsplan utifrån APP. (Feb 2013)
- Kritisk händelse Dikteringstiden har minskat markant. En omorganisation pågår. (Aug 2013)
- Mindfulness på arbetsplatsen Informationsmöte och därefter start. (Sep 2013)
- Kritisk händelse Betydligt lägre dikteringstid nu, vilket sänker stressnivån. Infört tyst skrivtid, två timmar per dag. (Maj 2014)
- Mindfulness på arbetsplatsen Utbildningen är klar inklusive uppföljning och utvärdering. Chefen påminner på APT. (Juni 2014)
- Kritisk händelse Svårigheter med lokaler på nya MAVAs. Bra sommar. Duktiga vikarier och två semesterperioder. (Okt 2014)
- Mindfulness på arbetsplatsen - extra uppföljningsträff. (Okt 2014)
- Hälsoamtal nr 2 (Hösten 2014)
- APP med uppföljande samtal (26 deltagare) (April 2015)
- Återkoppling av APP (Maj 2015)
- Fokusgruppsintervju (Maj 2015)

Resultat från APP och Balanserad närvaro

Genom att jämföra resultatet från APP före och efter projektets genomförande samt mäta den balanserade närvaron (max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år) vid samma tillfällen, skulle man redovisa möjliga effekter av projektet. Detta presenteras närmare i sjukhusets slutrapport.

Av de 36 deltagarna vid projektets start svarade 22 på uppföljande APP. Av denna jämförelse framgick en rad positiva förändringar såsom ökad stimulans, möjlighet att påverka arbetet, trivsel, engagemang och minskad stress. Resultatet pekar även på en förbättring av den balanserade närvaron under perioden.

Reflektioner under processen

Här beskrivs olika reaktioner som kommit fram i reflektionsgrupper och projektgrupp under projektets gång. Senare kompletteras detta med medarbetarnas upplevelser, utifrån den fokusgruppsintervju som genomfördes, när projektet var avslutat.

APP och arbetsmiljöframställan

När arbetsmiljöframställan kom samtidigt som projektet skulle starta var det förstås en utmaning, men enhetschefen menade att det också var en välkommen anledning för att kunna vidta olika åtgärder. Å andra sidan kan det vara tufft att ta emot resultatet av en kartläggning som görs under sådana förhållanden. En del medarbetarna reagerade med ilska mot ett hälsoprojekt som drogs igång mitt i denna turbulens.

”Det där j-la hälsoprojektet.” medan andra menade att

”Vi måste ge det en chans.”

Den facklige företrädaren i projektgruppen argumenterade för. *”Vi var ju överens om handlingsplanen.”*

Vid återkopplingen av APP konstaterade man att man kände igen sig i den bild som presenterades och arbetade därefter vidare i mindre grupper. Samtidigt höjdes röster för att det är mer personal som behövs, men fick till svar av projektledaren att detta är en fråga som får drivas i andra sammanhang.

”Detta projekt handlar om att stärka dem i den situation de har.”

Hälsosamtal och mindfulness

Vid det individuella samtalet efter APP fanns med en intresseanmälan för kommande hälsosamtal. Få hade kryssat i. Chef och projektledning kompletterade med muntlig information om tanken med hälsosamtalet och att det ingår i projektet.

Det verkade inte som om ointresse låg bakom att så få kryssat i, menade chefen. Chefen som sedan tidigare satsat på gemensamma APT för att detta är extra viktigt i en spretig organisation tror att man kan ha gott av detta i insatsen med mindfulness på arbetsplatsen. FHV berättar om medarbetare som tyckt att det var bra för stunden, men inte blivit så mycket av i fortsättningen. Att det inte verkar vara så prioriterat, som de tänkt. Chefen sa först nej till att träna på arbetstid, av rädsla för att det skulle ta allt för mycket tid, men ändrade sig när frågan ventilerades i reflektionsgrupp och projektgrupp.

”Jag hade helt enkelt inte tänkt på att det var så viktigt för helheten.”

Medarbetarnas upplevelser av projektet

Här redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Förväntningar

Förväntningarna var genomgående positiva när projektet presenterades.

”Man fick reda på att det verkligen skulle satsas.”

”Då trodde man ju att det skulle bli lite mer än vad det blev.”

Hälsosamtal

Hälsosamtalet upplevdes positivt av alla i gruppen. En invändning var att det inte hände så mycket efteråt.

”Jag upplevde det också väldigt positivt, för då fick man sätta upp sitt eget mål, vad man ville. Om man kunde få en förbättring av nåt område. Och att man skulle få det uppföljningssamtalet sen. Då blev det som en sporre? Ja, då ville man ju att det skulle hänt nåt.”

”Hon försökte säkert inspirera mig, men det är ju en sak att gå från ord till handling. Jag är inte så lätt att sporra.”

Mindfulness på arbetsplatsen

Den allmänna bilden var att den mindfulnessutbildning som genomfördes, inte var något som de själva hade valt. Ingen kunde minnas någon process på APT, som lett fram till detta. De hade gärna velat ha fler alternativ att välja mellan.

”Rätt vad det var fick man ett mail, nu skall vi börja med mindfulness.”

”Det blev liksom bestämt uppifrån, så vi hade inget att välja på.”

Det fanns olika upplevelser av värdet av mindfulnessutbildningen i praktiken. Även förutsättningarna att träna på sin arbetsplats var olika. Man resonerade om svårigheten att vidmakthålla vanan och fortsätta träna. Men att det ändå skulle gå att lägga in det i schemat, som man gjorde när utbildningen pågick. Men det gör sig inte utan ansträngning.

”Det gav ju inga bestående effekter även om det var skönt när man höll på.”

”Jag tycker det är fantastiskt bra. Men nu tar jag mig inte tid, fast det är sagt att vi får göra det en gång på jobbet.”

Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt

Vi samtalade även om deras arbetssituation, och om den arbetsmiljöframställan som utmynnade i en handlingsplan och vad som hänt efter det. Några hade provat tyst skrivtid, men återgått till det vanliga. För andra var det inte aktuellt. Man har en bra miljö. Ett annat projekt var optimal diktering. Det har alla gått igenom.

”Ja, det känns meningsfullt, men det värsta är att vi är tillbaks på Status Quo igen. Det var bra ett tag men, sen är man tillbaks i gamla beteende igen. Man tänker sig för ett tag men, sen är man tillbaks i det gamla igen.”

Samtalet handlar även om en önskan att tillhöra den klinik där man arbetar, istället för en egen organisation som idag.

”När vi sitter på möten och planerar, så kan det finnas förslag på vad vi skulle kunna göra, och det vill vi gärna, men de kan ju inte bestämma det, utan då måste vi förlita oss på en chef på ett annat ställe.”

När intervjuaren berättar om reflektionsgrupperna och de beskrivningar som chefer och FHV gett mig under resans gång får jag följande ”medskick”.

”Det jag tycker skulle vara intressant det är om det skiljer sig hur man ser på det. Om chefer och FHV och dom beskriver samma känsla som vi beskriver. Det skulle vara intressant att veta.”

Barnmorskor Förlossningen

Tidigare har projektet och dess olika insatser beskrivits för hela projektet med synpunkter i första hand från deltagande chefer, FHV, projektledare och HR-chef. Detta kompletteras i kommande beskrivningar med den kontext som fanns på respektive deltagande enhet under tiden för projektet samt vilka övriga insatser som gjordes för att främja hälsa och arbetsmiljö. Avslutningsvis redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Nulägesanalys

Några av de risk- och friskfaktorer som lyftes upp allra först i projektet var:

- Antalet förlossningar har ökat, medan personalen har minskat. Mest under sommaren.
- Man vet att forskningen visat att det som betyder mest är att ha utbildad personal närvarande vid förlossningen. Och så är man ibland inte tillräckligt många, utan får springa emellan. De blir mer medvetna om konsekvenserna och känner otillräcklighet.
- Det är många fler anmälningar än tidigare. Det påverkar även innan. En rädsla för att göra fel.
- Det är även allt mer regler att hålla kolla på. Inga svåra saker, men mycket totalt. Gör det så komplext och glömmer man något blir det en avvikelse.
- Förväntningarna från de blivande föräldrarna har också ändrats. Man kommer in tidigare och man vill ha omedelbar tillgänglighet.
- Personal hängs ut i sociala media.
- Mer teknisk utrustning/CTG som måste tolkas, är en annan förändring som skett. Komplexiteten har ökat.
- Bekräftelse från patienter
- Yrkesstolthet
- Stort socialt stöd på arbetet

Arbetsplatsprofilen (APP) genomfördes med 37 barnmorskor med en medelålder på 53 år, samtliga kvinnor. Kartläggningen mynnade ut i följande områden;

Bevarande

- Trivseln med arbetskamrater
- Intressanta/ stimulerande arbetsuppgifter
- Samarbetet i gruppen och kontakten med chefen

Förbättring

- Minskad stressnivå
- Dämpa buller och störande ljud
- Kommunikation i gruppen

Förebyggande och hälsofrämjande insatser

Utifrån APP planeras följande insatser:

- Reflektionsgrupper, där man bland annat kan utbyta erfarenheter, dryfta svåra fall och etiska frågeställningar med handledare.
- Arbetar för att alla ska kunna ta lunch och fika, helst tillsammans, tid att mötas.
- Chefens jobbar kväll ibland för att träffa nattpersonalen.

Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015

Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som påverkar hälsa- och arbetsmiljö för medarbetarna på deltagande enhet. Man kan även kalla det vägvalshändelser. Det kan vara såväl positiva som negativa förändringar.

- Förankring Personalen har informerats vid fyra tillfällen. Projektet mottogs med viss misstro. (Nov.-dec. 2012)
- Planering av APP FHV planerar APP med uppföljande individuellt samtal. (Dec 2012)
- APP med uppföljande individuella samtal (37 deltagare) (jan-feb 2013)
- Hälsosamtal nr 1 (Våren 2013)
- Återkoppling av APP Återkopplingar av APP har skett i 7 grupper. (Maj 2013)
- Handlingsplan Chef och projektledare träffas för att arbeta med handlingsplan. Inte så mycket konkret kom fram. (Juni 2013)
- Kritisk händelse Högt tryck, över 300 förlossningar per månad. (Jun-Aug 2013)

- Handlingsplan Vilka insatser är mest angelägna? Och hur kan man lägga upp det, så att det fungerar i praktiken? Frågan stöts och blöts. (Hösten 2013)
- Reflektionsgrupper Chefen har nu tillsammans med projektledare och FHV planerat för att ha schemalagda grupper ledd av psykolog, för att prata om vissa ämnen. (Nov. 2013)
- Reflektionsgrupperna är nu färdigplanerade. (Mars 2014)
- Reflektionsgrupper med handledning startar utifrån olika tema, som samvetsstress. (Vår 2014)
- Kritisk händelse Förlossningen har haft ett oerhört starkt tryck. Sex månader med mer än 300 förlossningar, tidigare en till två månader på den nivån. Haft fem semesterperioder, varav den senaste började 4 aug. (Sommaren 2014)
- Reflektionsgrupperna fortsätter. Chefen inleder med att återknyta till varför man träffas. (Höst 2014)
- Kritisk händelse Förstärkning med ekonomibiträde, under en projekttid. (Hösten 2014)
- Hälsosamtal nr 2 (Hösten 2014)
- APP med uppföljande samtal (22 deltagare) (Våren 2015)
- Kritisk händelse Återkoppling av APP var inplanerat, men då kom en arbetsmiljöframställan på grund av hög arbetsbelastning, så man valde istället att prata om den och de åtgärder som ska vidtas. (Maj 2015)
- Fokusgruppsintervju. (Jun 2014)

Resultat från APP och Balanserad närvaro

Genom att jämföra resultatet från APP före och efter projektets genomförande samt mäta den balanserade närvaron (max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år) vid samma tillfällen, skulle man redovisa möjliga effekter av projektet. Detta presenteras närmare i sjukhusets slutrapport.

Av de 37 deltagarna vid projektets start svarade 18 på uppföljande APP. Av denna jämförelse framgick att man upplevde en ökad stress och minskad möjlighet att påverka arbetet 2015 jämfört med 2013. Däremot upplevde man exempelvis en förbättring av kommunikationen i arbetsgruppen. Den balanserade närvaron ökade något om man ser till hela barnmorskegruppen. Det går däremot inte att redovisa resultatet separat för förlossningen.

Reflektioner under processen

Här beskrivs olika reaktioner som kommit fram i reflektionsgrupperna under projektets gång. Senare kompletteras detta med medarbetarnas upplevelser, utifrån den fokusgruppsintervju som genomfördes, när projektet var avslutat.

Förankring

När projektledare och hälsopedagog från FHV berättar om projektet vid fyra träffar mot slutet av 2012 möts man av en hel del misstro. Man tror arbetsgivaren har en baktanke.

”Skall vi lära oss att hantera mer stress.”

Vid ett tillfälle satte projektledaren det på sin spets:

”Jag får ta med mig den frågan för jag upplever att ni är så negativa till projektet att vi kanske inte ska göra något projekt för då är det ingen idé.”

Så hon skulle ta med sig det till projektgruppen, men då svängde det, upplevde hon.

”Men det är klart att vi vill göra det.”

Misstron hänger även ihop med tidigare arbetsmiljöenkäter som inte lett till någon fortsättning. Därför är det viktigt att visa att vi följer upp, menar projektledaren, att vi är noga med uppföljningen från APP.

Arbetsplatsprofil (APP)

FHV lämnade förslag till tider, men konstaterade senare att det är viktigt att hitta tider som passar verksamheten. Istället fick man möjliga tider att boka in från cheferna. De uppföljande individuella samtalen startade i januari men på grund av sjukdom bland medarbetarna samt att många jobbar 75 %, har det dragit ut på tiden. Rent praktiskt har det fungerat bra, konstaterar FHV.

Det har varit en hel del byte av tider, ombokningar etc. men nu har man hittat ett bättre system. Hälsopedagogen har träffat nattpersonalen innan de går på skiftet. Men FHV möts av en hel del skepsis, samtidigt som de konstaterar att reaktionerna är blandade.

”Talar de om samma arbetsplats?”

Resultatet från APP återkopplas i mindre grupper. Hälften av tiden ägnades åt målarbete/utvecklingssamtal. I grupperna ingår även undersköterskor. FHV höll i redovisningen och man diskuterar resultatet.

Det var mycket diskussioner med fokus på stress. Man kom inte så långt som till åtgärder, men hade bra diskussioner.

Reflektionsgrupper

Hösten 2013 vänder och vrider båda enhetscheferna (BB och förlossningen) på olika alternativ till åtgärder, för att följa upp resultatet från APP. Chefen för förlossningen fastnar till slut för reflektionsgrupper under handledning.

”Detta är ändå det näst bästa.”

Det ger möjlighet att reflektera och blir en handledning, fast för en yrkesgrupp. Det blev lite tumultartat när chefen under våren presenterade sitt första förslag till upplägg med 4 halvdagar, där man skulle växla med varandra och arbeta på andra halvan av dagen. Det fanns en rädsla för att det inte skall fungera, bli för stressigt och hjälper det? Så chefen tänkte om och gjorde heldagar istället, med reflektionsgrupp under handledning halva dagen och att medarbetarna jobbar själva i gruppen andra halvan. Temana är valda utifrån vad som kom upp på APP bland annat. När reflektionsgrupperna startade under våren för att samtala om ämnet samvetsstress var många ifrågasättande.

”Vi har signalerat en orimlig arbetssituation och får detta!”

När grupperna träffades i oktober upplevde FHV att det var ”helt andra grupper”. Det handlar troligen om att träffarna låg under den lugnaste perioden.

Medarbetarnas upplevelser av projektet

Här redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Förväntningar

Förväntningarna var inte så stora när projektet startade. Det var snarare så att man önskade få använda pengarna till att förstärka på personalsidan, men fick besked om att det inte var möjligt.

”Vad jag tänkte det var - Jaha, det här kan dem lägga pengar på men dem kan fasen inte lägga pengar på oss, att vi får fler händer och mer huvuden på golvet. Så det var min tanke.”

Arbetsplatsprofil (APP)

När vi i fokusgruppsintervjun backade tillbaks till den kartläggning som gjordes för att samtala om olika insatser utifrån den, så har man svårt för att minnas detta.

”Här sitter vi och spyr ut våran galla över allt vad som ska komma skall och vi hittar lösningar och hittar på och hittar på men det händer ju ingenting, det är ju som att få en puck i huvudet.”

Hälsosamtal

På frågan om hur de upplevde hälsosamtalen kom följande reaktioner:

”Ska jag vara riktigt ärlig så nej det gav mig ingenting och den tråkiga sanningen är väl också att prata hälsa, vi är utbildade sjuksköterskor i botten, vi är barnmorskor, det är inte att vi inte vet hur man ska leva eller vad man kan göra åt det utan snarare så är det att orka ta tag i sin situation när man kommer hem och svimmar i en fåtölj.”

”Det har varit vänliga människor, de har lyssnat, det har varit olika personer men det har varit vänliga samtal och det har varit en stund där man kunnat tänka efter om sig själv, någon som bryr sig om en för det är som jag säger det är inte så mycket sånt utan det är mest att ge.”

”Det finns många experter som talar om för mig hur jag ska jobba för att må bra men ingen av dem jobbar banne mig skift, utan man får reda på hur man ska äta när man jobbar natt och hur man ska jobba natt, kvällar, helger och nätter men dem som kommer med råden har begränsade erfarenheter utav det hela, det stör mig allra mest.”

Reflektionsgrupper

Efter inledningen med kartläggning/APP och hälsosamtal våren 2013, kom det att dröja ett år innan man började med reflektionsgrupper, under handledning och tema valda utifrån prioriterade områden på APP. Men förväntningarna verkade låga, vilket man framförde till psykologen;

”Så sa vi alla i en mun precis som jag sa att Du är säkert jätteduktig på det du gör men du kan inte få oss att dela på oss. Det är det som är vårt problem, vi måste vara fler. Det är enkel matematik, vi är fyra förlösare och tio förlossningsrum.”

”Jag tänker såhär, jag minns ett utav dem mötena med psykologen i en grupp och vi pratade om olika saker. Jag tänkte varje gång jag gick till dem här mötena att en annan profession som kan se på oss på ett annat sätt. Kan jag få med mig något litet halmstrå eller någonting så är det bra och då pratade vi om, det var kanske hennes ingång i det hela,

”När är du nöjd? När tycker du att du gjort ett bra jobb?” och det är klart när jag tycker att jag gjort ett bra jobb och är nöjd är det ingenting som arbetsgivaren säger åt en är lagom, det är ju inom mig och det pratade vi en del om att det kanske får vara gott nog. Om inte arbetsgivaren ger oss resurser så får det kanske vara gott nog så det har jag försökt tänka.”

Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt

Samtalet böljade fram och tillbaks, men återkom ständigt till den arbetssituation som de menar är ohållbar och som de upplever har försämrats kraftigt över tid. Det handlar exempelvis om följande: Förändring av arbetstider. Man går ner i tjänst för att orka. Nytt flextidsavtal. Ingen tid att ta rast, eller tid för samtal med kollegorna.

Tidigare rutiner som nu ”glidit bort” för att det inte hinns med, men som man vet får konsekvenser av att hoppa över, som uppföljning efter traumatiska förlossningsupplevelser.

”Man hinner knappt notera att en arbetskamrats mamma eller pappa har gått bort för man vågar knappt fråga för man har inte tid att lyssna.”

Man menar att ledningen signalerar att ekonomin är överordnad allt annat, och tolkar det utifrån sin arbetssituation. I samtalen kommer även upp förändringar som gjorts med syfte att förbättra arbetssituationen, som den satsning som skett på ekonomipersonal, för att frigöra underskötersketid till omvårdnad.

”I höstas väcktes det i alla fall hos mig ett hopp att kan det bli någon förbättring? För då pratades det om överanställningen vilket man gjorde via ett projekt så fick man då ekonomipersonal som städade och så vidare, då väcktes det som ett hopp. Ju mer besviken blev jag nu i januari, nytt budgetår då har vi sparbeting, då får vi plötsligt ingen ersättning vid korttidsfrånvaro utan ska gå kort. Då är jag inte dummare än inser att min hälsa, den väger så lätt i förhållandet till budgeten.”

Hur skall man lägga upp ett hälsoprojekt?

- Om vi drar ett streck och det är 2012 och det ska vara ett hälsoprojekt riktat mot barnmorskor, hur skulle ni lägga upp det då? På denna fråga i avslutningen av intervjun kom svaret spontant:

”Få hit mer personal.”

”Om man har patientfri tid att jobba med så att man till exempel har några samtal att ta med patienter eller så har man andra saker att göra.”

”Vi har kommit in i en negativ spiral också för vi allihop, det märker vi ju när vi bara lyfter på locket så kommer allt det här och det mår ju avdelningen illa av också.”

”Jag tycker ändå inte att vi är så negativa, vi håller vänskapen mot varandra och vi är vänliga mot varandra och vi tycker om varandra, det upplever jag och vi saknar tid att faktiskt sitta ner och fika och prata litegrand.”

Till slut valde intervjuaren att ställa frågan på sin spets och undrade om det hade varit bättre att avstå från att starta ett hälsoprojekt?

”Man har ändå uppmärksammat bekymret och vi har ändå suttit ner och pratat med varandra och så det finns det som är positivt också men mest så

känner jag mig sådär litegrand, som du säger, frustrerad. Allting får kosta pengar men vi får inte kosta några pengar.”

”Det har ändå gett stunder för självreflektion, dem stunderna, men i grunden så mår jag nog inte bättre idag än vad jag gjorde. Det har varit en stund där man fått tänka efter lite på sig själv, hur lever jag egentligen, att någon har brytt sig om mig. Men det har inte förändrat att jag klarar jobbet bättre. Möjligtvis att jag har börjat tänka att det får vara gott nog.”

Barnmorskor BB

Tidigare har projektet och dess olika insatser beskrivits för hela projektet med synpunkter i första hand från deltagande chefer, FHV, projektledare och HR-chef. Detta kompletteras i kommande beskrivningar med den kontext som fanns på respektive deltagande enhet under tiden för projektet samt vilka övriga insatser som gjordes för att främja hälsa och arbetsmiljö. Avslutningsvis redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Nulägesanalys

Några av de risk- och friskfaktorer som lyftes upp allra först i projektet var:

- Det ökade antalet förlossningar får konsekvenser även för BB i form av högre press
- Fler barn/mammor med komplicerade situationer, fysiskt, psykiskt och socialt.
- Outtagna raster ökar
- Individuella schema, man arbetar inte utifrån vad som är bäst för kroppen
- Bekräftelse från patienter
- Yrkesstolthet
- Stort socialt stöd på arbetet

Arbetsplatsprofilen (APP) genomfördes med 30 barnmorskor/sjuksköterskor med en medelålder på 47 år, samtliga kvinnor. Kartläggningen mynnade ut i följande områden;

Bevarande

- Trivsel med arbetskamrater
- Intressanta/stimulerande arbetsuppgifter
- Kontakt med chef

Förbättring

- Minskad stressnivå
- Dämpad ljudnivå (barnskrik) och ventilation (för kallt eller för varmt)
- Samarbete i gruppen

Förebyggande och hälsofrämjande insatser

Utifrån APP planeras följande insatser:

- Mindfulness, för att sänka stresspåslaget och kunna återhämta sig snabbare
- Ljudmätning/öra, för att se hur ljudnivåerna är
- Se över rutiner och processer i arbetet för att eventuellt, arbeta effektivare och sänka stressen
- Hälsofrukost
- Arbeta för att alla ska kunna ta lunch och fika
- Öka och bibehålla kontakten med chef

Dessutom framfördes detta önskemål;

- Bemanna gymmet, t.ex. innan kvällsspass eller efter dagstur.

Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015

Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som påverkar hälsa- och arbetsmiljö för medarbetarna på deltagande enhet. Man kan även kalla det vägvalshändelser. Det kan vara såväl positiva som negativa förändringar.

- Förankring Projektet presenteras på ett APT med uppföljande möte. Möte med resursteamet fick ställas in. (Nov-dec 2012)
- APP med uppföljande samtal även för sjuksköterskor, för de arbetar likadant som barnmorskorna (30 delt.). (Feb-mar 2013)
- Återkoppling av APP vid fem olika träffar, i mindre grupper i samband med medarbetarsamtal. (April 2013)
- En handlingsplan presenteras på APT (Maj 2013)
- Hälsoamtal nr 1 (Våren 2013)

- Kritisk händelse Högt tryck, över 300 förlossningar per månad. (Jun-Aug 2013)
- Handlingsplan Vilka insatser är mest angelägna? Och hur kan man lägga upp det, så att det fungerar i praktiken? Frågan stöts och blöts. (Hösten 2013)
- Reflektionsgrupper Planerar för reflektionsgrupper med handledning, men det finns redan många arbetsgrupper, så det behöver schemaläggas. (Dec 2013)
- Reflektionsgrupper Nu finns en plan för reflektionsgrupper, som jobbar halva dagar och har reflektionsgrupp halva. (Feb 2014)
- Kritisk händelse Samtidigt pågår ett processarbete kring A-turerna, där man är på väg att lämna ett förslag.
- Reflektionsgrupper med handledning startar med tema stress och kommunikation. (Vår 2014)
- Kritisk händelse Mer än 300 förlossningar/månad. I år har det varit så i 6 av 12 månader. Får konsekvenser även för BB, med fler svårt sjuka mammor och barn. Mer tidig hemgång ger större behov av uppföljning och beredskap för att de kan behöva komma tillbaka.
- Reflektionsgrupperna fortsätter; Balans i livet. Mer nöjda deltagare.(Hösten 2014)
- Kritisk händelse Förstärkning med ekonomibiträde, under en projekttid. (Hösten 2014)
- Hälsoamtal nummer 2 (Hösten 2014)
- APP med uppföljande samtal (25 delt.). (Våren 2015)
- Återkoppling av APP (Maj 2015)
- Fokusgruppsintervju (Jun 2015)

Resultat från APP och Balanserad närvaro

Genom att jämföra resultatet från APP före och efter projektets genomförande samt mäta den balanserade närvaron (max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år) vid samma tillfällen, skulle man redovisa möjliga effekter av projektet. Detta presenteras närmare i sjukhusets slutrapport.

Av de 30 deltagarna vid projektets start svarade 16 på uppföljande APP. Av denna jämförelse framgick att man upplevde en ökad stress, minskad möjlighet att påverka arbetet och en försämrad kommunikation i arbetsgruppen 2015 jämfört med 2013. Däremot upplevde man en ökad trivsel med kollegor och samtliga upplevde sina arbetsuppgifter som intressanta och stimulerande.

Reflektioner under processen

Här beskrivs olika reaktioner som kommit fram i reflektionsgrupperna under projektets gång. Senare kompletteras detta med medarbetarnas upplevelser, utifrån den fokusgruppsintervju som genomfördes, när projektet var avslutat.

Förankring

”Stillsamt mottagande” av projektet, när det presenterades i slutet av 2012.

”Det är väl bra att man tittar på det. Kan man göra nåt är det bra.”

Reflektionsgrupper

I planeringen av reflektionsgrupperna februari 2014 möts chefen av reflektioner som

”Det gör väl ändå ingen nytta.” ”Bättre vi fick mer personal.”

Till slut ställer chefen det på sin spets;

”OK, då struntar vi i det och så jobbar vi på bara.”

Men det ville man inte. När det var dags för genomförande valde chefen att vara med i inledningen av varje träff och förklara kopplingen till APP. Många har redan glömt det och undersköterskorna behöver lite extra information, eftersom de inte har gjort APP och hälsosamtal. Man bjuder på fika. Chefen vill att det skall uppfattas som något trevligt att gå på reflektionsträffarna. Efter de första träffarna kom reaktioner mot upplägget på reflektionsgrupperna om kommunikation. Att det inte gav så mycket/var allt för ostrukturerat. Och chefen hade förväntningar på mer återkoppling. Senare träffades chef och FHV och redde ut detta. När första reflektionsträffen ägde rum i september 2014 var alla slitna efter sommaren och hösten som börjat tufft. Vid nästa grupp i oktober var det mycket lugnare, vilket påverkade arbetet i gruppen, upplevde FHV. Dessutom hade några varit på möte med nya sjukhusdirektören, som gett så positiva signaler, att det ingav hopp. Plus att de skulle få en extra resurs i form av ett ekonomibiträde.

Medarbetarnas upplevelser av projektet

Här redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Förväntningar

Förväntningarna i denna barnmorskegrupp verkade mer positiva, även om man på samma sätt som sina kollegor på förlossningen framhöll att det egentligen var mer personal man behövde.

”Det var skönt att se att någon märkt någonstans att det inte är bra. Det har man ändå känt när man jobbar men att det ändå kom på pränt att det inte var bra.”

Arbetsplatsprofil (APP)

När intervjuaren frågar efter hur de upplevde kartläggningen via APP, med enskilda samtal så minns de främst den sista omgången. Då blev det någon miss som innebar att de inte fick ut webenkäten innan, så som var tanken, utan fick fylla i den samtidigt med samtalet, och det var de inte nöjda med.

”För då fick man svara direkt där och då utan att ha tänkt till så mycket utan man fick svara spontant.”

Hälsosamtal

De hälsosamtal som var uppfattade man över lagt positivt.

”Det tyckte jag var jättebra. Det var ändå så att man kunde reflektera lite och se vad man kunde ändra på så hon var lite vägledande, den tjejen som jag träffade. Jag kände att det var bra, det var jättebra... Jag försökte liksom att göra lite, ändra mitt sätt att förhålla mig till olika saker.”

”Jag tycker också det var bra och andra gången så fick jag också lite tips och råd om hållning och ryggen, han visade lite övningar och så. Sen kan jag inte säga att jag har gjort det men det var väldigt bra när jag var där.”

Det blev tydligt att det var relativt olika vad man hade fokus på i samtalet. Alla fick välja om man ville göra konditionstest. En del träffade en FHV-sköterska och erbjöds att ta kolesterolvärde, vilket var uppskattat och en fråga som väckte många engagemang.

Andra hade träffat en sjukgymnast/ergonom och fått tips på rörelse. Och man berättade om den träning som blev i motionsrummet, under ledning av en sjukgymnast. Och att man pushade varandra till att gå. Fungerar i vart fall för den som är tävlingsinriktad, var den allmänna meningen.

”Man har fått lite genomgång av maskiner så kanske man kan gå dit själv. Så det var bra, vi var några stycken.”

Reflektionsgrupper

Vi talade även om processen som var efter att APP återkopplats och att det först var tänkt mindfulness men sedan stannade på reflektionsgrupper med handledning. De minns att mindfulnessutbildningen stupade på att det var svårt att få ihop det med samma grupper, rent tekniskt. Därför blev den inte av.

”Det är ju inte hälsofrämjande att behöva stressa iväg och det blir det ofta tyvärr, Nu är det något som jag ska iväg på eftermiddagen. Så får man en halvdag där man ska göra allt som man annars hinner på en heldag och då är man sönderstressad när man kommer med andan i halsen tio minuter för sent och då kan det kvitta, då är det ingenting för att främja vår hälsa då om det bara läggs på ytterligare stress. Men jag vet inte, det har varit lite olika, ibland har vi haft något annat på förmiddagen och eftermiddagen så att det inte varit så. Kommer ni ihåg? När man gjort något annat, när man haft administrativt, då är det lättare att inte känna stress.”

”Vad hjälper det i slutändan? Sen var det väldigt trevligt att komma in i en grupp och verkligen häva ur sig, prata ur sig. Det var mycket sådana samtal om hur jobbigt vi tyckte att det var och sen pratade hon lite om stresstegen och det här.”

”Jag tänker ofta på den här kurvan som hon gjorde. Det är lite så att är man småbarnsföräldrar så lever man lite i den karusellen. Stressen går ju inte direkt ner när man kommer hem utan då fortsätter den ännu mer.”

Jobbar ni vidare med vad man kan göra för att förändra detta, undrade intervjuaren och fick några exempel;

”Att ta lunch bland annat var en sådan sak.”

Andra träffar/teman för reflektionsgrupperna verkade man mer frågande inför.

”Jag kommer ihåg när vi var på konstutställning och vi var på fika och det var ju trevligt men jag kan ju känna, var det det bästa? Jag vet inte. Känns väl lite sådär.”

Vid ett tillfälle, efter sommaren när alla var slutkörda, blev mötet i reflektionsgruppen det som fick bägaren att rinna över. Om både chef och medarbetare är pressade blir det tufft. Man pratar mycket om vikten av att ta ut sina raster, men det är svårt att få till det i praktiken.

”Det är mycket detta vi pratar om; Nu har vi ekonomibiträden, ni måste ta ut era raster, ni får inte jobba övertid. Ändå så har man övertid. Och jag känner själv såhär; Usch, jag vet inte om jag vågar skriva upp idag att jag inte har haft någon rast. Men varför ska jag skänka bort det? Varför ska jag må dåligt och känna att jag inte har ätit idag, men att jag inte har rättighet att skriva upp det? Jag har jobbat så länge i vården så jag skänker inte längre någonting.”

Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt

Arbetssituationen har förändrats med större patientflöde och mer vårdkrävande patienter. Det kan vara en mamma som är sjuk när hon läggs in, eller utländska patienter som kräver tolk. Det kommer även betydligt fler för tidigt födda barn till BB nu. Man märker av en ökad psykisk ohälsa, och upplever ett behov av råd och stöd, som ibland är svårt att räkna till för. Och man ger exempel på unga kollegor som efter ett tag upptäcker att det är så tufft att de överväger att byta arbetsplats, eller gå ner i tid. Något som bekymrar.

”Det är jättebra att man får gå och prata av sig i grupp, man gör saker tillsammans och man försöker ändra rutiner och försöker göra det bra men grundproblemet är att vi har för hög belastning på den personmängden vi är.”

Men man konstaterar samtidigt att man ändrat en hel del i sättet att arbeta. Andra förändringar som nämns är att man fått ekonomibiträden, vilket innebär en viss lättnad. Att barnläkarna ändrat sin rondtid är en annan positiv förändring som nämns. Däremot verkar arbetet med a-turerna ha fallit i träda efter en period när många var sjuka.

”Vi har byggt upp både förlossningen och BB har blivit ombyggt sedan 2010 och vi har ju ändrat rutiner mycket. Först införde förlossningen koordinator för att styra upp arbetet sen har vi också gjort det när vi öppnade vår nya bb-enhet och man har ändrat några rutiner efter hand för att jobba så optimalt som möjligt med den personalstyrka vi har.”

Hur skall man lägga upp ett hälsoprojekt?

Intervjuaren avslutar med att fråga hur de skulle vilja att det fortsatta hälsofrämjande arbetet bedrevs, och svaret blev;

”Mer personal, det är ju det.”

”Det är det svåra svaret.”

Undersköterskor MAVÅ

Tidigare har projektet och dess olika insatser beskrivits för hela projektet med synpunkter i första hand från deltagande chefer, FHV, projektledare och HR-chef. Detta kompletteras i kommande beskrivningar med den kontext som fanns på respektive deltagande enhet under tiden för projektet samt vilka övriga insatser som gjordes för att främja hälsa och arbetsmiljö. Avslutningsvis redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Nulägesanalys

Arbetsplatsen är stor med 75-80 anställda och det är relativt stor personalomsättning. Några av de risk- och friskfaktorer som lyftes upp allra först i projektet var:

- Inte kunna påverka arbetsmängden och sin arbetsmiljö
- Överbeläggning påverkar arbetsklimatet
- Fysiskt tungt
- Outtagna raster ökar
- Jobbar varannan helg
- Bekräftelse från patienter
- Stort socialt stöd på arbetet

Arbetsplatsprofilen (APP) genomfördes med 27 undersköterskor med en medelålder på 49 år, samtliga kvinnor. Kartläggningen mynnade ut i följande områden;

Bevarande

- Trivseln med arbetskamrater
- Intressanta/ stimulerande arbetsuppgifter
- Engagemanget i gruppen

Förbättring

- Minskad stressnivå
- Kommunikationen i gruppen (Mellan undersköterskor och sjuksköterskor och mellan arbetsgrupper dag och natt)
- Fysiskt påfrestande eller ensidigt belastande arbetsmiljö

Förebyggande och hälsofrämjande insatser

- Dialogträning

Projektinsatser och kritiska händelser, hösten 2012 till våren 2015

Med kritiska händelser avses förändringar som ligger utanför detta projekt, men som påverkar hälsa- och arbetsmiljö för medarbetarna på deltagande enhet. Man kan även kalla det vägvalshändelser. Det kan vara såväl positiva som negativa förändringar.

- Förankring Ett fåtal av undersköterskorna på MAVA informerades vid ett APT, chefen informerar på alla APT och via nyhetsbrev. Mottagandet är positivt. (Sep 2012)
- Kritisk händelse Mycket på gång; måltidsprojektet, planerad flytt etc. Men chefen tror ändå att det skall gå att kombinera med ett hälsoprojekt. (Dec 2012)
- Kritisk händelse 120 % beläggning och det har varit så under större delen av 2012. Stark genomströmning. (Feb 2013)
- Förankring Planerade informationstillfällen fick ställas in, men i slutet av februari anordnades två tillfällen för såväl dag- som nattpersonal.
- APP med uppföljande samtal (27 deltagare) (Mar-apr 2013)
- Kritisk händelse Historiskt högt tryck. Magsjuka. (Mars-April 2013)
- Återkoppling av APP (Maj 2013)
- Hälsosamtal nr 1 (Våren 2013)

- Reflekterande samtal startar med nattpersonalen (Våren 2013)
- Handlingsplan Planerat för dialogträning, skall informera personalen. Väntar till efter flytt. (Nov 2013)
- Kritisk händelse Flytt till tillfälliga lokaler under ombyggnad. En vårdnivå försvinner tillfälligt. (Dec 2013)
- Dialogträning startar med både undersköterskor och sjuksköterskor. Fyra dagar mars och maj, samtidigt med allt annat som händer. Det är tufft att få in, resonerar chefen.(Mars 2014)
- Kritisk händelse Flytt tillbaks till nya lokaler (Maj 2014)
- Fortsatt dialogträning. Två grupper istället för fyra. (Oktober-November 2014)
- Kritisk händelse Det har varit mycket överbeläggningar och man har ett högt flöde. Svårt med rekrytering av sjuksköterskor. Ny sjukhuschef väcker hopp. (Okt 2014)
- Hälsosamtal 2 (Hösten 2014)
- APP med uppföljande samtal (18 deltagare) (Apr 2015)
- Återkoppling av APP (Våren 2014)
- Kritisk händelse Arbetsmiljöframställan på grund av hög arbetsbelastning (Maj 2015)
- Fokusgruppsintervju (Maj 2015)

Resultat från APP och Balanserad närvaro

Genom att jämföra resultatet från APP före och efter projektets genomförande samt mäta den balanserade närvaron (max sju dagars sjukfrånvaro och tre tillfällen av sjuknärvaro per år) vid samma tillfällen, skulle man redovisa möjliga effekter av projektet. Detta presenteras närmare i sjukhusets slutrapport.

Av de 29 deltagarna vid projektets start svarade 16 på uppföljande APP. Av de fyra enheternas medarbetare är det denna grupp som i störst utsträckning skattar hög stress i arbetet, och det hade ökat ytterligare mellan 2013 och 2015. Samtidigt upplevde man en ökad trivsel med kollegor och bättre kontakt med sin chef. Däremot var andelen som upplevde kommunikationen i arbetsgruppen något lägre. På grund av allt för låg svarsfrekvens vid det första insamlingstillfället, kan man inte jämföra den balanserade närvaron för undersköterskorna.

Reflektioner under processen

Här beskrivs olika reaktioner som kommit fram i reflektionsgrupperna under projektets gång. Senare kompletteras detta med medarbetarnas upplevelser, utifrån den fokusgruppsintervju som genomfördes, när projektet var avslutat.

Dialogträning

Planering pågår för dialogträning (nov 2013). Det kan vara problem med rekrytering av vikarier och det kostar mycket, men 7 800 per person är lika mycket som 3 sjukdagar kostar. Det måste få kosta, om det ger effekt, resonerar chefen och kollegorna i reflektionsgruppen instämmer.

”Alla insatser kräver tid om det skall bli bra.”

När dialogträningen startade våren 2014 fanns det en viss misstänksamhet och rädsla.

”Är vi så dåliga på att kommunicera?”

Viktigt att motivera, menade chefen.

”Behöver träna dialog för att våga ha olika åsikter, men komma överens.”

Chefen är med på samtliga träffar. Det tar mycket tid, men kan även ses som ett tillfälle till reflektion. I november 2014 funderar chefen över hur man kan fortsätta och hålla dialogen levande. Kanske genom att knyta an till målarbetet och patientbemötande. Och använda dialogreglerna i vardagen. Dags att starta upp med reflektionstid igen också. Det pratas mycket om det på dialogträningen.

Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt

Situationen VAR pressad (feb 2013) och har varit så under en längre period av överbeläggning. Vårdtyngd och sjukdom skapar oro t.ex. inför helger. Tvingas arbeta dubbelpass (gäller framförallt sjuksköterskorna).

”Och nu skall man införa tre semesterperioder också!”

Våren 2013 är det anställningsstopp, vilket leder till mycket brandkårsutryckningar för att ringa in personal. Det blir dyrare, sliter på personalen och påverkar ledarskapet, menar chefen.

”Som chef har jag litet mandat och utrymme att leda efter det jag tror är bästa lösningen.”

Det sliter även på chefen. Chefen konstaterar hösten 2014 att under hela hälsoprojektets tid har en rad förbättringar gjorts för sjuksköterskegruppen, när det gäller löner och två helger av fem, men det har inte gällt undersköterskorna.

”De är bittra.”

Medarbetarnas upplevelser av projektet

Här redovisas medarbetarnas upplevelser av projektet och sin arbetssituation under den aktuella perioden, utifrån de fokusgruppsintervjuer som gjorts på varje deltagande enhet under maj och juni (se tidigare metodavsnitt).

Förväntningar

Intervjun startar med deras tankar och förväntningar när projektet startades upp hösten 2012, men det är svårt att minnas;

”Jag var väl inte direkt förvånad att vår grupp blev uttagen till det i alla fall. Vi känner säkert så många av oss att det är tungt och stressigt, därför blev jag inte förvånad att vår grupp blev uttagen. Och det kändes väl mer hoppfullt vad det kan leda till.”

*”För egen del, för jag är nattare, för mig är det jättekul att få vara med på detta för det känns lite som man är lite offside, man vill gärna vara med.”
Intervjuaren undrade om de skulle vilja vara mer involverade från början, men det tyckte man var svårt att svara på.*

”Jag vet inte, jag tror, för min del så har jag den platsen på jobbet att jag ska bara göra en massa saker som kommer från patientens håll, från sjuksköterskans håll. Jag är väl van vid att inte ifrågasätta eller undra utan man bara gör och det här, ja det är en grej och vi uppmärksammar det lite grand som en grupp, så jag känner inte att jag funderar något. Men som sagt,

vad ska det leda till och vad kommer att hända, man blir ändå lite så att; wow, nu är det någon som lyssnar på oss, hur vi har det och att det kanske ska hända någonting.”

Hälsosamtal

Hälsosamtalet verkar vara en positiv upplevelse för de flesta. Men var det till någon hjälp att göra förändring?

”Ja, på sätt och vis var det ju det för jag kunde säga att nu ska jag göra si och så och då pushade det mitt samvete lite grand att nu har jag sagt det här, nu ska jag banne mig eller nu behöver jag. Det var inte av ondo.”

Efter flytten till nya lokaler tycker man att det blivit längre att springa till mycket, men man var observant sedan tidigare på att använda hjälpmedel.

”Jag tycker ändå att vi är ganska duktiga på det många av oss att använda hjälpmedlen. För jag vet när man kommer till hälsan och arbetslivet så frågar dem; Vad hade du själv kunnat göra för att förhindra det? och då kan jag ju inte stå där och säga att jag gjorde så här tokigt fast att jag hade kunnat använt liften till exempel. Jag känner att jag har blivit bättre på att inte chansa liksom.”

Dialogträning

Dialogträningen beskriver deltagarna som positiv överlag, även om det fanns en hel del oro och osäkerhet innan.

”Det tycker jag var rätt så trevligt faktiskt.”

”Men det är klart man var lite orolig också inför dem där träffarna, man tänkte, ska dem förhöra en? Ska man behöva blotta sig?”

”Så upplevde jag inte det. Man fick träffa sina arbetskamrater på ett avslappnat sätt, man fick lunch.”

”Och det fanns ändå möjlighet att blotta sig så mycket man ville. Det kunde man, och ville man inte så slapp man.”

Däremot tyckte man inte att man märkt någon skillnad efteråt, utan resonerade kring hur lätt det är att återgå i gamla vanor. Man ger många exempel på hur man försöker ha dialog och gärna även tid att reflektera med dem man arbetar tillsammans, efter arbetspassets slut.

”Oftast blir det pajkastning mellan kategorierna. Det är vi undersköterskor och det är ni sjuksköterskor, det är det man inte vill ha liksom. Sitter vi på möten eller APT då kan det bli lite hätsk stämning med vems jobb som är viktigast.”

”Jag tycker man kan försöka reflektera lite snabbt innan man går hem och veta att man säger hej då till den man jobbat med och fråga hur tycker du vi har haft det idag? Man vill ju gärna säga hej då till sin kompis.”

”Det är ju inte alla dagar som samarbetet är ens på topp med den man ställer in sig med, och jag har jättesvårt att vara ärlig och säga till den att; Idag har varit en riktig skitdag, vi har inte jobbat bra ihop och du har inte ställt upp för mig, jag har bett om hjälp och det har jag inte fått. Då säger jag bara hej och så går jag hem. Men jag kan säga ”Idag har vi jobbat ihop bra”. Det är mycket, mycket lättare.”

”Det är väl också det att man är så trött när man går hem. Man är ju så slut, kroppen känner att man är dödstrött.”

Kritiska händelser och arbetssituationen i övrigt

Så kommer man in på arbetssituationen, som man upplever har blivit tyngre, inte minst det senaste halvåret.

”Sen ska man väl ha klart för sig att sedan detta projekt startade så har vi haft det fruktansvärt tungt. Nu efter jul har vi haft en grym period.”

Man berättar att många sagt upp sig eller är sjukskrivna, och då berättar en deltagare att hon skall sluta, vilket var en nyhet för arbetskamraterna.

Hur skall man lägga upp ett hälsoprojekt?

Nu närmar det sig slutet av intervjun och intervjuaren ställer frågor om vad de hade önskat av ett kommande hälsoarbete för deras del.

”Jag vet inte om jag kanske är lite negativ, jag vet inte om det kommer att komma något gott ur det här projektet om jag ska vara ärlig för nej jag vet inte, det fattas alltid pengar för dem som är sämst betalda så jag tror inte det kommer komma så mycket ur det här faktiskt. Nu är jag ärlig.”

”Kunde dem inte haft ett annat projekt där dem anställt några undersköterskor under ett halvår för att se; Minskade sjukfrånvaron? Vi anställer tre stycken till så att man kan få lite parvård och så gör vi det i ett halvår och ser, minskar sjukfrånvaron? Vi gör en enkät före, som vi har gjort nu, så anställer vi några som ett projekt i några månader, ett halvår kanske, så ger vi ställer vi samma frågor igen till dem medarbetarna, upplevde ni att det var bättre under den här tiden?”

Det tyckte kollegorna i fokusgruppen var ett jättebra förslag. Avslutningsvis fick intervjuaren ett råd om hur man skulle göra för att bättre fånga medarbetarnas reflektioner under tiden projektet pågår.

”Om det är fler sådana här projekt i framtiden är det bra om man börjar föra dagbok också vårt minne idag hur det varit är ju nästan skamligt, hela processen och hur det har varit. Att när man vet att man ska ingå i detta att bli uppmanade att följa lite grand för det är inte lätt att följa alla turer.”

DISKUSSION

Otydligt stöd från ledningen

KART-studien har sedan 2004 gett VGR ett gediget underlag i form av medarbetarnas upplevelse av stress, hälsa och psykosocial arbetsmiljö. Undersköterskor och medicinska sekreterare har sedan starten beskrivit en mer problematisk psykosocial arbetsmiljösituation och stressrelaterade hälsoproblem. Senare visade resultatet på en kraftig negativ förändring för barnmorskor i dessa avseenden. Därför var det ett vällovligt initiativ från NU-sjukvården med ett riktat hälsoprojekt till dessa grupper. Men man hade bråttom, då ansökan för särskilda medel från Arbetsmiljödelegationen skulle lämnas in. Och trots omfattande planer och omsorgsfulla diskussioner i projektgruppen, om hur förankring gentemot såväl ledning som medarbetare på deltagande enheter skulle gå till, så visar utvärderingen på stora brister i förankringen gentemot sjukhusets ledning.

I förankringen på de olika enheterna möttes projektledare/FHV och chefer ibland av misstro, som till viss del hängde samman med bristande tillit till ledningen- ”skall vi lära oss hantera mer stress?” För att ett förändringsarbete skall leda i riktningen mot ökad hälsa för medarbetarna, krävs även att ledningen utgår från ett hälsofrämjande synsätt vid styrning, beslutsfattande och ledning (Winroth, 2014). I en tidigare forskningsstudie där ISM följt implementeringen av hälsofrämjande arbete på ett annat sjukhus inom VGR, betonas på motsvarande sätt vikten av ett brett ägandeskap, där ledningens stöd är en förutsättning för att lyckas (Skagert, 2014). Därmed kan man säga att projektet ”gör krokben på sig själv”, genom att starta trots otydligt stöd från ledningen.

En orealistisk förväntan

En annan vägledande princip i det hälsofrämjande arbetet är att betrakta en arbetsplats som ett öppet system, vilket bland annat innebär att man inte kan förutse ett resultat av olika hälsofrämjande insatser fullt ut, då det är många andra faktorer som påverkar (Winroth, 2014). Hälsoprojektets syfte var att minska sjukfrånvaron, främja hälsan och minska risken för ohälsa i målgrupperna. Målet att minska sjukfrånvaron var i grunden orealistisk, då insatser som dessa på sin höjd kan minska inflödet, det vill säga att antalet nya sjukfall inte fortsätter att öka. Däremot kan man inte förvänta sig att insatser som beskrivs i denna rapport kan påverka återgång i arbete hos de som redan är sjukskrivna, åtminstone inte på kort sikt.

Som komplement till sjukfrånvarostatistik följde man upp eventuell förändring av medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö, via APP samt balanserade närvaron utifrån medarbetarnas egna skattningar. Resultatet visar en ökad balanserad närvaro för hela gruppen, men tydligast är det för de medicinska sekreterarna. Resultatet från APP pekar på en minskad stress för de medicinska sekreterarna, som även visar positiva förändringar i många andra avseenden. För de andra tre enheterna är bilden mer negativ. Framförallt upplever man en ökad stress. Att ett hälsoprojekt skall leda till en sådan förändring som fanns i projektets syfte, är delvis en orealistisk förväntan, om man från ledningen inte samtidigt signalerar en lyhördhet inför arbetsvillkorens betydelse. Regelbunden återsrapportering från cheferna av såväl arbetssituationen som pågående hälsoprojekt i reflektionsgrupperna, har visat en tydlig bild av de svårigheter som varit att implementera ett hälsoprojekt på arbetsplatser med en mycket pressad arbetssituation.

Detta illustreras till viss del av att på tre av fyra enheter inkom en arbetsmiljöframställan på grund av pressad arbetssituation under projektiden. Å andra sidan ledde framställan för de medicinska sekreterarna december 2013, till en rad åtgärder som också bör vägas in i bedömningen av det positiva resultat som märks för denna grupp. Men framförallt blir medarbetarnas beskrivningar i fokusgruppsintervjuerna starka utsagor i att man till viss del upplevde hälsoprojektet som något man inte bett om, men fick istället för bättre arbetsvillkor. Därmed blir hälsoprojektet till viss del kontraproduktivt, trots goda avsikter. En rekommendation utifrån en rad europeiska studier om psykosocial arbetsmiljö är att kombinera åtgärder inriktade på att stärka individen med åtgärder riktade mot miljön (Hultberg, 2010b).

Delaktighet

Ambitionen från projektet har varit att göra medarbetarna delaktiga i hälsoprojektets planering och genomförande. Detta har varit en återkommande punkt i projektgruppen och man har ägnat stor omsorg och provat olika arbetsformer, för att nå så många som möjligt med information innan projektet startade och för att återkoppla resultatet från APP. Ändå upplever alla grupper mer eller mindre att man inte fått vara med och välja vilka insatser som skall genomföras.

Några av cheferna var inte med i projektgruppen från början, och ger uttryck för en liknande frustration över att så mycket av hälsoprojektets design var klart redan när de anslöt. En analys av processen i kronologisk ordning utifrån reflektionsgrupper och annan dokumentation ger möjlighet att ”backa bandet” för att fundera över hur det kunde bli så. Den visar bland annat att medan arbetsplatsprofilens resultat diskuteras och viktas i bevarande- respektive förbättringsområden av medarbetarna, så sker arbetet med handlingsplanen av chef med stöd av projektledaren. Även om förslagen till insatser stämmts av regelbundet med medarbetarna, så är deras upplevelse troligen präglad av känslan att ha blivit serverat något annat än vad de önskat. Vid sidan av denna utvärdering gjordes en särskild studie i form av en magisteruppsats i arbetsliv och hälsa vid Umeå universitet. Resultatet från studien bekräftar denna bild och slutsatsen blir att understryka vikten av delaktighet vid implementeringen av hälsofrämjande insatser (Heimdahl, 2015).

Om riktade insatser och vägledande principer

Ett viktigt mål med projektet var att utveckla arbetssätt och strategier för fortsatt hälsofrämjande arbete gentemot målgrupperna. För att kunna rikta insatserna mot en specifik målgrupp krävs en noggrann nulägesanalys, vilket också gjordes i form av en arbetsplatsprofil med uppföljande individuellt samtal. Det individuella samtalet samt de båda hälsosamtal som erbjöds samtliga medarbetare valdes till stor del för att ge deltagarna möjlighet att bli lyssnade till. Många beskriver också att man till en början kände sig utvalda och sedda, som en positiv bekräftelse på en svår arbetssituation. Därefter ledde kartläggningen via handlingsplan till riktade insatser, som skilde sig åt för de tre grupperna.

De medicinska sekreterarna erbjöds mindfulnessutbildning. Medarbetarna beskrev i fokusgruppsintervjun att de gärna hade velat ha olika alternativ att välja på, men att chefen hade bestämt att alla skulle genomgå en mindfulnessutbildning. Metoden ”Mindfulness på arbetsplatsen” bygger på att arbetsgruppen skall utgöra ett stöd för tillämpning i vardagen, så det finns fördelar med en gemensam insats för att åstadkomma förändring. Men allt för mycket motstånd kanske blev till ett hinder, snarare än stöd i vissa grupper? Samtidigt gjordes olika insatser för att förbättra arbetsmiljön, inte minst som en följd av en arbetsmiljöframställan tidigt under projektiden.

Cheferna för de båda barnmorskeenheter slet med frågan om val av insats under lång tid och säkert diskuterades även detta på APT, men till slut var det cheferna som valde metoden reflektionsgrupper med handledning. Mottagandet var blandat. En del ger uttryck för att det gav ett andrum och tillfälle att reflektera över det egna förhållningssättet, som man kan ha med sig i vardagen, medan andra såg det som en trevlig stund, men ”vad hjälper det i slutändan?”

Dialogträning var den insats som valdes för att främja kommunikationen mellan undersköterskor och sjuksköterskor och mellan dag- och nattpersonal.

Undersköterskorna som deltog i dialogträning tillsammans med sina arbetskamrater sjuksköterskorna var genomgående positiva till detta och hade inget att invända mot insatsen i sig. Däremot återkom även de till att de hellre hade velat pröva en annan organisering med fler undersköterskor, för att påverka deras arbetssituation i positiv riktning.

Även om projektet byggde på riktade insatser till definierade målgrupper, så måste varje arbetsplats och målgrupp ses i sin kontext och insatser anpassas utifrån detta. Vägledande principer för hälsofrämjande arbete är processtänkande, att möjliggöra, sätta frågan och individen i dess sammanhang, arbeta med delaktighet och bygga en gemensam plattform för hälsa på arbetsplatsen (Winroth, 2014). Dessa gäller i lika stor utsträckning för riktade insatser som dessa.

Hälsosamtal som metod för förändring

Samtliga medarbetare i projektet erbjöds två hälsosamtal under projektet. De flesta upplevde dessa som positiva, men det fanns också en skepsis mot nyttan med dessa. För att ett hälsosamtal/hälsoundersökning på arbetsplatsen skall få någon positiv effekt i hälsobeteende, krävs en uppföljning i form av olika insatser under en längre period, åtminstone 3-6 månader (Jensen, 2014). Hälsosamtalet skulle utföras utifrån metoden motiverande samtal (MI), som bland annat enligt samma källa är den metod som i nuvarande evidensläge har bäst stöd för positiv effekt. Med detta som utgångspunkt kan man konstatera ett antal brister i genomförandet, vilket har uppmärksammats från både FHV och HR.

FHV överlämnade efter avslutade hälsosamtal en dokumentation över vilka samtalspunkter som berörts mest i hälsosamtalen till projektledaren, för att ha som underlag för övriga insatser, men utöver en styrketräningsgrupp och de gemensamma föreläsningar som sjukhuset anordnade, skedde ingen uppföljning. Det hann även gå ett år mellan hälsosamtal 1 och 2, och deltagande i det uppföljande hälsosamtalet var på vissa enheter betydligt lägre än vid första tillfället. Det fanns även kritik mot ojämn kompetens hos FHV när det gällde att genomföra samtalet enligt MI-metoden. Insatsen planerades med andra ord utifrån evidens, men brast likväl i genomförandet i flera viktiga avseenden.

En modell för samverkan och lärande

Projektet organiserades i en projektgrupp med deltagande chefer, HR, FHV, fackliga och ISM. Dessutom skapades reflektionsgrupper med chefer respektive FHV för att dokumentera processen och skapa utrymme för reflektion. ISM:s roll i detta projekt har varit att göra en processutvärdering samt vara till stöd i implementeringen. FHV NySam är ett forskningsprojekt som syftar till att följa, stödja och utvärdera nyttan av nya samarbetsformer och arbetssätt, där man i större utsträckning använder FHV som strategisk resurs för att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Den modell med reflektionsgrupper som valdes i detta hälsoprojekt, har legat till grund för den stödjande delen i FHV NySam (ISM, 2015). Vid genomgång av projektets olika faser kan man se hur de organiserade träffarna varje kvartal med chefer, därefter FHV och avslutningsvis projektgrupp möjliggjorde ökad kommunikation mellan chefer, HR och FHV. Man verkar också genomgående nöjd med kommunikationen mellan chef och FHV samt mellan projektledare/HR och FHV. Cheferna upplevde reflektionsgrupperna som ett tillfälle till stöd/erfarenhetsutbyte chefer emellan.

Projektledaren, som var relativt ensam i sin roll, upplevde på motsvarande sätt deltagandet i de båda reflektionsgrupperna som ett stöd i projektledningen. Deltagarna från FHV menar också att reflektionsgrupperna gett möjlighet till erfarenhetsutbyte och bakgrundsinformation som varit värdefull för den egna insatsen.

FHV som strategisk resurs

Den metod som var genomgående för såväl projektgrupp som reflektionsgrupper, att starta med en nulägesanalys för projektet, för att lära av det som varit och ha med sig som vägledning för nästa steg, har också fungerat så i praktiken. Detta kan man utläsa i en rad exempel utifrån denna utvärdering.

Men det finns också anledning att fundera över hur man tar vara på detta i det kommande arbetet. Det finns en förväntan från HR-chefen att använda de kunskaper som FHV fått under projektets alla insatser såsom enskilda hälsosamtal, insatser på gruppnivå och utifrån projektet i sin helhet, till att vara en strategisk resurs i det framtida hälso- och arbetsmiljöarbetet. Det låter lovande, och stämmer väl med intentionerna för VGR:s riktlinjer för FHV, vars implementering pågår via handlingsplaner och återkommande dialog. Utifrån erfarenheterna från detta projekt, är det värt att än en gång poängtera vikten av att även ledningen arbetar utifrån ett hälsofrämjande synsätt. Det har från sjukhusets sida tagits initiativ till fortsatt process med integrering av hälsoprojektet i de olika enheternas kommande insatser för att främja medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö. Det bådar gott.

På motsvarande sätt har FHV en egen resa att göra, genom att förvalta de erfarenheter som nu finns dokumenterade för en rad metoder, i ett fortsatt kvalitetsarbete. Utöver att arbeta vidare med varje metod för sig, är det även en utmaning att hitta arbetsformer som gör att man kan växla mellan ”konsultrollen” med en portfölj av färdiga tjänster till att vara en strategisk samarbetspartner, där olika professioner ges möjlighet att samarbeta kring gemensamma uppdrag. Även här finns ett lärande att bygga vidare på utifrån denna utvärdering, som förstås gäller FHV generellt. Ett sådant arbete ligger också helt i linje med de olika forskningsspår som följs inom FHV NySam. Det kan finnas anledning att ta med viktiga erfarenheter från detta hälsoprojekt in i detta regiongemensamma forskningsprojekt (ISM, 2015). Det finns även goda förutsättningar till fortsatt utvecklingsarbete i nära samarbete mellan ISM och FHV utifrån dessa erfarenheter.

SLUTSATSER

- Insatser som riktas mot att stärka individen måste kombineras med åtgärder inriktade mot arbetsmiljön.
- För att ett förändringsarbete skall leda i riktning mot ökad hälsa krävs ett hälsofrämjande synsätt hos ledningen, från enhetschef till sjukhusledning.
- Vikten av delaktighet i implementeringen av hälsofrämjande insatser är stor. Det finns inga genvägar!
- Genom att bygga in mötesplatser för erfarenhetsutbyte och reflektion, kan man åstadkomma ett utvecklingsinriktat lärande som stödjer en hälsofrämjande process.
- Det krävs fortsatt utvecklingsarbete för att intentionerna om att använda FHV som en strategisk resurs i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet skall omsättas i praktiken.

REFERENSER

- ANDERSSON, G. 2015a. HPI Arbetsplatsprofil - Historik. HPI Health Profile Institute.
- ANDERSSON, G. 2015b. HPI Arbetsplatsprofil - Beskrivning. HPI Health Profile Institute.
- ANDERSSON, M. 2015. Sammanställning av hälsoprojekt i NU 20121019-20150923.
- ARBETSMILJÖVERKET 2015. Organisatorisk och social arbetsmiljö. Stockholm: Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2015:4.
- EKLÖF, M., AHLBORG G JR, GRILL C, GRIMBY-EKMAN A, LINDGREN E-C, WIKSTRÖM E 2011. Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvalitativ och kvantitativ metod. Göteborg: Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 11.
- HEIMDAHL, M. 2015. "Det vi får är inte det vi behöver" Fyra enhetscheferns upplevelser av implementeringen av hälsofrämjande insatser i NU-sjukvården.
- HULTBERG, A., HADŽIBAJRAMOVIC E, PETTERSSON S, AHLBORG G. 2010a. KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008. Göteborg: Institutet för stressmedicin. ISM-rapport 8.
- HULTBERG, A., HADŽIBAJRAMOVIC E, PETTERSSON S, SKAGERT K, AHLBORG G. 2011. KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008-2010. Göteborg: Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 10.
- HULTBERG, A., SKAGERT K, EKBOM JOHANSSON P, AHLBORG G. 2010b. Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. Göteborg: Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 9.
- HÄRENSTAM, A., OCH ÖSTEBO A (RED) 2014. Förändringsprocesser och utvärdering av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS projektet - slutrapport del 2. Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 14.
- ISM 2015.
www.vgregion.se/Forskning/Forskning_inom_prevention_och_halsopromotion/FHV-NySam/ [Online]. Institutet för stressmedicin, VGR.
- JENSEN, I. 2014. Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Vad säger den vetenskapliga evidensen? : Karolinska institutet.
- JUHLIN, C., ANDERSSON, E-M. 2014. Ledarskap, medarbeatarskap och hälsa på vår vårdavdelning. Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst.

KNUTSSON, C., ULVSGÄRD, E. 2013. Processbeskrivning, utförande arbetsplatsprofil, APP. Hälsan & Arbetslivet.

MINDFULNESSCENTER. 2013. *Mindfulness på arbetsplatsen* [Online].
<http://www.mindfulnesscenter.se/paa-arbetsplatsen/>.

SKAGERT, K., BERGMAN C, DELLVE L, HULTBERG A, AHLBORG G 2014.
Hälsofrämjande i praktiken (HiP) - En studie av en utvecklingsprocess, Slutrapport till AFA-Försäkring. Institutet för stressmedicin.

TAYLOR, S., BOGDAN, R. 1984. *Introduction to qualitative research methods. The search for meaning. Second edition.*, New York, Wiley and Sons.

WINROTH, J. 2014. Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik. Högskolan Väst.