

ISM-rapport 21

Hälsa på arbetsplatsen

En sammanställning av kunskap och metoder

Annemarie Hultberg
Gunnar Ahlberg jr
Ingibjörg Jonsdottir
Jan Winroth
Linda Corin
Marica Heimdahl



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSAN OCH STRESSMEDICIN

ISM-rapport 21

Hälsa på arbetsplatsen

En sammanställning av kunskap och metoder

Annemarie Hultberg

Gunnar Ahlborg jr

Ingibjörg H. Jonsdottir

Jan Winroth

Linda Corin

Marica Heimdahl

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från ISM, som presenterar kunskaps-sammanställningar och forskning som ISM varit involverad i, men också relevant forskning som bedrivits av våra samverkans partners inom områdena stress, organisation och ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och hälsa. För innehållet ansvarar författarna. (Institutet ger även ut en publikationsserie under benämningen ISM-häfte.)

Kopior av rapporten för personligt bruk kan hämtas på www.vgregion.se/stressmedicin

Utgivna ISM-rapporter:

1. Skagert K., Dellve L., Eklöf M., Ljung T., Pousette A., Ahlborg G. jr. (2004). *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.*
2. Ahlborg G. jr, Ljung T., Swan G., Glise K., Jonsdottir I., Hadžibajramović E., Währborg P. (2006). *Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1 – enkätundersökning i maj–juni 2004.*
3. Hultberg A., Dellve L., Ahlborg G. jr. (2006). *Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.*
4. Ahlborg G. jr, Hadžibajramović E., Hultberg A. (2007). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj–juni 2006.*
5. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ahlborg G. jr (2009). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj–juni 2008.*
6. Lindegård Andersson A. (2009). *Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd – Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet.*
7. Eklöf M., Pousette A., Dellve L., Skagert K., Ahlborg G. jr. (2010). *Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport.*
8. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ahlborg G. jr (2010). *KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008.*
9. Hultberg A., Skagert K., Ekblom Johansson P., Ahlborg G. jr (2010). *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser.*
10. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Skagert K., Ahlborg G. jr. (2011). *KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008 – 2010.*

11. Eklöf M., Ahlborg G. jr, Grill C., Grimby-Ekman A., Lindgren E-K., Wikström E. (2011). *Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik.*
12. Stengård J., Berntson E., Dellve L., Härenstam A., Skagert K., Pousette A., Wallin L. (2013). *Chefers rörlighet i offentlig sektor.*
13. Stengård J., Härenstam A., Ahlborg G. jr, Allard K., Bejerot E. et.al. (2013). *Chefskap, hälsa, effektivitet, förutsättningar i offentlig sektor. Teknisk rapport från CHEFiOS-projektet, Göteborgs universitet.*
14. 1: Härenstam A. och Östebo A. (red.) (2014). *Chefskapets förutsättningar och konsekvenser – Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1.*

2: Härenstam A. och Östebo A. (red.) (2014). *Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 2.*
15. Forsberg Kankkunen T., Bejerot E., Björk L. och Härenstam A.(2014). *New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg.*
16. Skagert K., Bergman C., Dellve L., Hultberg A. och Ahlborg G. jr. (2015). *Hälsofrämjande i praktiken. Lättare sagt än gjort!*
17. Ahlborg G. jr, Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ottosson E., Björk L., Lindegård Andersson A. och Jonsdottir I. (2016). *KART-studien – Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004–2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser.*
18. Bååthe F., Ahlborg G. jr, Lindgren Å., Norbäck LE. (2016). *Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården. Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik.*
19. Liff R. och Wikström E. (red.) (2017). *Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet.*
20. Lindgren H (2017). *Framtidens vårdavdelning: komplicerade och komplexa frågor i ett utvecklingsprojekt*
21. Hultberg A., Ahlborg G.jr, Jonsdottir, I.H, Winroth J., Corin L och Heimdahl M. (2018) *Hälsa på arbetsplatsen. En sammanställning av kunskap och metoder.*

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslagsfoto: Marie Ullvert och Mikael Pilstrand samt bilder från Shutterstock och Johnér

Tryck: Bording AB

ISSN 1652-7089

ISBN 978-91-984026-1-2

Förord

Med denna kunskapssammanställning vill vi presentera ”bästa kunskap” om sambanden mellan arbete, stress och hälsa, samt hur man skapar goda förutsättningar för hälsa på arbetsplatsen, såväl för individer som för arbetsgrupper och organisationer. Vi vänder oss i första hand till dig som arbetar i någon stödfunktion gentemot chefer, såsom HR och företagshälsovård, men även till chefer, skyddsombud, studenter och andra med särskilt intresse för dessa frågor.

Detta är ingen komplett kunskapssammanställning, utan ett urval som vuxit fram, med våra egna nätverk inom såväl forskning som praktisk tillämpning som bas. Referenserna är valda utifrån ambitionen att dessa skall ha tillräckligt god kvalitet för att tjäna som vägledning för dig som praktiker. Det innebär att vi utöver vetenskapliga artiklar och kunskapssammanställningar med sådant urval, även presenterar kunskap och metoder som utvärderats och dokumenterats på ett gediget sätt. Vår ambition är att presentera ett antal goda exempel på metoder att använda utifrån de förutsättningar som råder på varje arbetsplats, snarare än att rekommendera någon enskild metod. Det hälsofrämjande perspektivet tål att belysas extra, men vi visar även på hur de olika perspektiven hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande är viktiga komplement i arbetet för att skapa hälsa på arbetsplatsen. Arbetsmiljöverkets föreskrift för organisatorisk och social arbetsmiljö, är en annan viktig utgångspunkt.

Ambitionen med denna rapport är att presentera bästa kunskap inom området på ett begripligt sätt för att förkorta vägen från forskning till praktik, från ord till handling. Vår erfarenhet är att det ofta inte är bristen på kunskap som gör det svårt att agera. Ibland kan till och med informationsmängden i sig vara ett hinder. Vi kommer därför att i vissa fall skicka med rekommendationer om viktiga åtgärder, väl medvetna om att vi inte sitter inne med hela sanningen.

Detta är en uppdatering av ISM-rapport 9, Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser, 2010. Nu har vi valt en delvis ny form, som överensstämmer med upplägget på ISM:s nya hemsida, som publicerades 2017. Det innebär att du enkelt kan gå från hemsidan till fördjupning i rapporten och att du i båda fallen kan hitta länkar till de rapporter eller verktyg som vi beskriver. Du kan se rapporten som en ”uppslagsbok” där du går in och läser valda delar, snarare än att läsa den från pärm till pärm. Och du kan gå vidare och läsa direkt i många av de källor som lämnas, för att få ytterligare kött på benen, utifrån ditt intresse. Vi kommer senare även att komplettera med andra material/media med denna rapport som bas.

Författarna

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

2	FÖRKORTNINGAR	9
3	LÄNKAR.....	11
4	SAMMANFATTNING	16
4.1	HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATSER	16
4.2	NYCKELFAKTORER FÖR HÄLSA PÅ ARBETSPLATSEN.....	16
4.3	ORGANISATORISK OCH SOCIAL ARBETSMILJÖ	17
4.4	CHEFS- OCH LEDARSKAP SAMT MEDARBETARSKAP	17
4.5	LIVET ÄR INTE BARA ARBETE	17
5	INLEDNING	19
6	HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATSER	20
6.1	VÄGLEDANDE PRINCIPER FÖR ETT HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE.....	20
6.1.1	DEN SALUTOGENA IDÉN SOM GRUND – DEN RÖDA TRÅDEN.....	20
6.1.2	ARBETSPLATSEN SOM SAMMANHANG	22
6.1.3	HELHETSSYN	23
6.1.4	DELAKTIGHET.....	24
6.1.5	PROCESS	25
6.1.6	MÖJLIGGÖRA.....	25
6.2	KARTLÄGGNING FÖR HÄLSA PÅ ARBETSPLATSEN	26
6.2.1	ENKÄTER OCH ANDRA INSTRUMENT	27
6.2.2	FRÅN KARTLÄGGNING TILL VERKSAMHETSUTVECKLING	30
6.2.3	FÅNGA SVAGA OCH TIDIGA SIGNALER	31
6.2.4	PSYKOSOCIALT SÄKERHETSKLIMAT	34
6.3	UTVÄRDERING AV FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	35
6.3.1	EN MODELL FÖR ATT UTVÄRDERA HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	36
6.3.2	HÄLSOEKONOMISK UPPFÖLJNING OCH ANALYS.....	37
6.4	EXEMPEL PÅ HÄLSOFRÄMJANDE PROJEKT OCH PROCESSER.....	38
6.4.1	REFLEKTIONSGRUPPER – EN FORM AV PROCESSTÖD I ETT FÖRÄNDRINGSARBETE	38
6.4.2	HÄLSOFRÄMJANDE I PRAKTIKEN, EN AFA-STUDIE	39
6.4.3	DET VI FÅR ÄR INTE DET VI BEHÖVER – EN PROCESSUTVÄRDERING	40
6.4.4	FÖRSÖKSVERKSAMHET KRING FÖREBYGGANDE AV SJUKFRÅNVARO	41
6.4.5	ATT UTVECKLA HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATSER – ÖREBRO LÄNS LANDSTING.....	42

6.4.6	ETT UTVECKLINGSARBETE FÖR HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATS – FÖRSÄKRINGSKASSAN (FK) ÖSTERGÖTLAND	43
6.4.7	FRISKA VERKSAMHETER – ETT AFA-PROJEKT UTIFRÅN HÄLSA OCH FRAMTID	44
6.5	FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN SOM STRATEGISK RESURS.....	45
6.5.1	SAMARBETE MELLAN OLIKA AKTÖRER	45
6.5.2	STRATEGISKT PARTNERSKAP MELLAN CHEFER OCH FHV	47
6.5.3	VÄGAR TILL FRAMGÅNGSRIKT SAMARBETE MED FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN	48
7	NYCKELFAKTORER FÖR HÄLSA PÅ ARBETSPLATSEN	50
7.1	RISK- OCH FRISKFAKTORER.....	50
7.2	MOTIVATIONSFAKTORER OCH ARBETSFÖRMÅGA.....	51
7.3	BALANSERAD NÄRVARO.....	52
7.4	DE VIKTIGASTE FRISKFAKTORERNA	53
7.4.1	HÄLSA OCH FRAMTID	53
7.4.2	REKOMMENDATIONER FÖR GODA ARBETSFÖRHÅLLANDEN	53
7.4.3	PATIENTSÄKERHET OCH PERSONALSÄKERHET GÅR HAND I HAND.....	54
7.4.4	POSITIVA ARBETSMILJÖINDIKATORER.....	55
7.5	EKONOMISKA EFFEKTER AV HÄLSO- OCH ARBETSMILJÖPROBLEM	55
7.6	ARBETSLIVSFAKTORER OCH PSYKISK OHÄLSA	57
7.6.1	DEFINITION AV STRESS	57
7.6.2	HUR STRESSRELATERAD OHÄLSA UPPSTÅR.....	58
7.7	JÄMLIKA ARBETSVILLKOR	60
7.7.1	ARBETSMILJÖ I KVINNODOMINERADE SEKTORER.....	60
7.7.2	DIGITALT VERKTYG SOM KARTLÄGGER GENUSSKILLNADER.....	61
7.7.3	FRISKA ARBETSPLATSER FÖR ALLA ÅLDRAR.....	62
7.7.4	UNGA KVINNOR OCH STRESS	63
8	ORGANISATORISK OCH SOCIAL ARBETSMILJÖ	65
8.1	LEDNING OCH STYRNING.....	65
8.1.1	TYDLIGA MÅL.....	66
8.1.2	TYDLIGA ROLLER.....	67
8.2	ARBETSBELASTNING.....	68
8.2.1	TECKEN PÅ OBALANS	68
8.2.2	ETISK STRESS.....	69
8.2.3	OM KRAV OCH RESURSER.....	69
8.3	KRAV	70
8.3.1	KVANTITATIVA KRAV	71
8.3.2	KOGNITIVA KRAV	71
8.3.3	EMOTIONELLA KRAV.....	71
8.3.4	FYSISKA KRAV	72
8.3.5	INSATSER FÖR ATT SKAPA RIMLIGA KRAV	72

8.4	KONTROLL I ARBETET	72
8.4.1	KONSEKVENSER AV KONTROLL	73
8.4.2	INSATSER FÖR ATT STÄRKA DELAKTIGHET	74
8.5	ARBETSSINNEHÅLL	76
8.5.1	ATT SKAPA GODA ARBETSFÖRHÅLLANDEN.....	76
8.6	GRÄNSLÖST ARBETE	77
8.6.1	ETT FLEXIBLARE ARBETSLIV	77
8.6.2	INDIVIDUALISERING – ATT VARA "SIN EGEN LYCKAS SMED"	78
8.6.3	ARBETSLIVETS BYRÅKRATISERING	78
8.6.4	FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER FÖR ORGANISATIONEN	79
8.6.5	ATT TÄNKA PÅ SOM LEDARE I GRÄNSLÖST ARBETE	79
8.7	AKTIVITETSBASERADE KONTOR (ABW).....	80
8.7.1	RÅD VID ÖVERGÅNG TILL ABW.....	81
8.8	ARBETSTIDER OCH ÅTERHÄMTNING	82
8.8.1	FLEXIBLA OCH GRÄNSLÖSA ARBETSTIDER.....	82
8.8.2	ÅTERHÄMTNING I ARBETET	84
8.8.3	RÅD TILL ARBETSGIVAREN	85
8.8.4	EN ARBETSMILJÖ SOM UPPMUNTRAR KREATIVITET	86
8.9	KOMMUNIKATION	87
8.9.1	NÄR BLIR CHEFERS KOMMUNIKATION EN DIALOG?	88
8.9.2	DIALOGTRÄNING	90
8.9.3	FLER METODER FÖR ATT STÄRKA DIALOGEN	92
8.9.4	HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATSTRÄFFAR	92
8.9.5	BALANSERAD KOMMUNIKATION	93
8.10	SOCIALT STÖD	94
8.10.1	KONSEKVENSER AV SOCIALT STÖD.....	94
8.10.2	OLIKA TYPER AV SOCIALT STÖD	95
8.10.3	SOCIALT STÖD FRÅN CHEF ELLER KOLLEGOR	95
8.10.4	INSATSER FÖR ATT STÄRKA DET SOCIALA STÖDET	96
8.10.5	ÅTERKOPPLING	97
8.11	FÖRÄNDRING	97
8.11.1	LEAN-INSPIRERAT ARBETSSÄTT	98
8.11.2	VAD KÄNNETECKNAR ROBUSTA ORGANISATIONER?	99
8.11.3	EN HÄLSOFRÄMJANDE FÖRÄNDRINGSPROCESS	100
8.12	UTVECKLINGSMÖJLIGHETER, ERKÄNNANDE OCH RÄTTVISA.....	102
8.12.1	BELÖNING	102
8.12.2	UTVECKLINGSMÖJLIGHETER.....	102
8.12.3	ORGANISATORISK RÄTTVISA	102
8.13	ATT STÄRKA KÄNSLAN AV SAMMANHANG PÅ ARBETSPLATSEN	103
8.13.1	BEGRIPLIGHET	105
8.13.2	HANTERBARHET	105
8.13.3	MENINGSFULLHET	106
9	CHEFS- OCH LEDARSKAP & MEDARBETARSKAP	108

9.1	ETT UTVECKLAT MEDARBETARSKAP	108
9.1.1	ARBETSMATERIAL FÖR HÅLLBART OCH HÄLSOFRÄMJANDE LEDARSKAP	110
9.2	CHEFERS FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH FÖRUTSÄTTNINGAR	110
9.2.1	VAD MENAS MED ETT HÅLLBART OCH HÄLSOFRÄMJANDE LEDARSKAP?	111
9.2.2	CHEFERS FÖRHÅLLNINGSSÄTT, OLIKA LEDARSKAPSSTILAR	112
9.2.3	VILKA STRATEGIER ANVÄNDER CHEFERNA?	113
9.2.4	CHEFERS FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETT GOTT LEDARSKAP	118
9.2.5	VILKET STÖD BEHÖVS FÖR ETT HÅLLBART LEDARSKAP?	125
9.2.6	VERKTYG FÖR ATT STÄRKA CHEFERS FÖRUTSÄTTNINGAR	126
9.2.7	ETT GOTT LEDARSKAP INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	127
10	LIVET ÄR INTE BARA ARBETE	131
10.1	BALANS MELLAN ARBETE OCH FRITID	131
10.1.1	STRATEGIER OCH GRÄNSKONTROLL I GRÄNSLÖST ARBETE	131
10.2	ATT HANTERA KRAV OCH ANDRA UTMANINGAR	133
10.2.1	COPING	134
10.2.2	RÅD TILL ARBETSGIVAREN	135
10.2.3	STRESS OCH BALANS – ETT VERKTYG	136
10.2.4	STRESSHANTERING	136
10.3	LEVNADSVANOR	137
10.3.1	LIVSSTILSSÄTTSNINGAR OCH SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE	137
10.3.2	LEDARNAS UPPFATTNINGAR SPELAR ROLL	138
10.3.3	EFFEKTER AV HÄLSOUNDERSÖKNINGAR VIA ARBETSPLATSEN	138
10.3.4	ÅTERHÄMTNING OCH SÖMN	139
10.3.5	RÅD TILL ARBETSTAGAREN	140
10.3.6	SÖMNSKOLA	140
10.3.7	FYSISK AKTIVITET	140
10.3.8	HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER PÅ ARBETSPLATSEN FÖR ÄNDRADE LEVNADSVANOR	141
10.3.9	ALKOHOL OCH TOBAK	142
10.3.10	ALKOHOL- OCH TOBAKSPREVENTION	142
10.4	ALLT HÄNGER IHOP	143
11	REFERENSER	144

2 FÖRKORTNINGAR

ABW	Aktivitetsbaserat kontor
AFA	AFA försäkring
AFS	Arbetsmiljöverkets författningssamling
AML	Arbetsmiljölagen
APT	Arbetsplatsträffar
AST	Allvarligare Stressrelaterat Tillstånd
AUDIT	The alcohol Use Disorder Identification Test
CHEFiOS	Chefskap, Hälsa, Effektivitet och Förutsättningar i Offentlig Sektor
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
FAS	Samverkan – Arbetsmiljö – Förnyelse i kommuner och landsting (Har ersatts av avtal om samverkan och arbetsmiljö)
FHV	Företagshälsovård
FK	Försäkringskassan
FORTE	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
GMR	Generella motståndsresurser
HAKuL	Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting
HiP	Hälsofrämjande i praktiken
HFS	Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
HR	Human resources
IFAU	Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
IVL	Svenska Miljöinstitutet
JD-R	Jobb Krav Resurs modellen (Job Demands-Resources Model)
KART	Kartläggning av arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan Västra Götaland
KASAM	Känsla av sammanhang
KTH	Kungliga Tekniska Högskolan
Lean	Lean handlar om resurshantering, effektivitet och ledning i organisationer. Syftet är att skapa mer värde med mindre arbete och en ständig förbättring.
LiV	Livsstil i Väst
MOA	MODerna Arbets- och livsvillkor för kvinnor och män under 90-talet

NPM	New Public Management
OSA	Organisatorisk och social arbetsmiljö
SAM	Systematiskt arbetsmiljöarbete
SAMS	Systematiskt hälsofrämjande ArbetsMiljöarbete i Social service och skola i Göteborgs stad
SCB	Statistiska Centralbyrån
SWOT	En analys utifrån styrkor, svagheter, möjligheter och hot (egentligen Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)
SBU	Statens berednings för medicinsk och social utvärdering
SLOSH	Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health, en studie om arbetslivets förändringar, arbetsmiljö, stress och välbefinnande
UMS	Utmattningssyndrom
VGR	Västra Götalandsregionen
WEMS	Work Experience Measurement Scale

3 LÄNKAR

I anslutning till många av referenserna finns länkar som en fotnot, så att du kan gå direkt till källan och läsa mer. Här har vi listat samtliga länkar under de kapitel de först förekommer.

Inledning

1. [Arbetsmiljöstatistik. Arbetsmiljöorsakade besvär.](#)

Hälsofrämjande arbetsplatser

2. [Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik](#)
3. [Hållbart ledarskap i vardag och förändring, rapport](#)
4. [Reflektionsgrupper en form av processtöd i förändringsarbete, i ISM-rapport 19](#)
5. [ISM-rapport 14:2, Slutrapport av CHEFiOS förändringsprocesser](#)
6. [Fånga upp svaga signaler - att förebygga arbetsrelaterad ohälsa, i ISM-rapport 19](#)
7. [Den goda arbetsmiljön och dess indikationer](#)
8. [COPSOQ II på svenska](#)
9. [FAS samtalsledarmaterial](#)
10. [OSA-kompassen](#)
11. [Enkät om psykosocial arbetsmiljö](#)
12. [Att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats](#)
13. [Förebyggande hälsoarbete- att arbete med svaga och tidiga signaler, i ISM-rapport 19](#)
14. [Att utvärdera nyttan av förebyggande och hälsofrämjande arbete, i ISM-rapport 19](#)
15. [Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg](#)
16. [Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer, i ISM-rapport 19](#)
17. [Processtöd som metod i förändringsarbete, i ISM-rapport 19](#)
18. [Hälsofrämjande i praktiken - lättare sagt än gjort. ISM-rapport 16](#)
19. [ISM-rapport 17, slutrapport KART](#)
20. [Det vi får är inte det vi behöver. ISM häfte 8](#)
21. [Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro. Processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet - Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. ISM-häfte 9.](#)

22. [Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser, slutrapport](#)
23. [Att vara och förbli en hälsofrämjande arbetsplats](#)
24. [Utvärdering av effekter av hälsofrämjande arbete vid försäkringskassan i Östergötland](#)
25. [Utveckling av lärande och ledarskap i en organisation som främjar hälsan](#)
26. [Hälsa och framtid. Delstudie 2](#)
27. [Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland, i ISM-rapport 19](#)
28. [Att arbeta förebyggande genom samarbete i gränsland, i ISM-rapport 19](#)
29. [Expertgruppers samarbete med linjechefer, i ISM-rapport 19](#)
30. [Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovården](#)
31. [Användning av företagshälsovården i kommuner och landsting](#)

Nyckelfaktorer för hälsa

32. [ISM-rapport 2, delrapport KART](#)
33. [Hälsa och framtid i kommuner och landsting](#)
34. [Från risk till frisk](#)
35. [Säkerhetskultur i vård och omsorg](#)
36. [Mäta och följa goda organisationer](#)
37. [Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationens produktion](#)
38. [Att mäta effekter av preventiva insatser på arbetsplatser genomförda av FHV-slutrapport](#)
39. [Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen](#)
40. [Blir man sjuk av stress](#)
41. [Vad är stress](#)
42. [Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro](#)
43. [Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och UMS](#)
44. [Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer](#)
45. [Kvinnor och mäns arbetsvillkor](#)
46. [Friska företag i alla branscher, hälsa och framtid](#)
47. [Organisera för en jämställd miljö](#)
48. [Koppling mellan bemanning, organisation och arbetsmiljö](#)

- 49. [Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar](#)
- 50. [ISM-rapport 8, Delrapport KART](#)
- 51. [Skapa rum](#)

Organisatorisk och social arbetsmiljö

- 52. [Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4](#)
- 53. [Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter 2015:4](#)
- 54. [Kvinnors och mäns arbetsvillkor](#)
- 55. [Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting, HAKUL](#)
- 56. [Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service och skola](#)
- 57. [Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan](#)
- 58. [Hur skapas bra arbetsförhållanden](#)
- 59. [Gränslöst arbete. En forskarantologi av Arbetsmiljöverket 2018:1](#)
- 60. [Nya sätt att organisera arbete. En kunskapssammanställning av Arbetsmiljöverket 2018:2](#)
- 61. [Vägledning om arbetsmiljöutmaningar i gränslöst arbetsliv](#)
- 62. [ISM-rapport 14:1, slutrapport CHEFiOS](#)
- 63. [Det kontrollerade chefskapet](#)
- 64. [Sammanfattning av forskningsläget avseende aktivitetsbaserade kontor \(ABW\)](#)
- 65. [Arbetstider, hälsa och säkerhet - en uppdatering av aktuell forskning.](#)
- 66. [Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?](#)
- 67. [ISM-rapport 11, Dialogträning på vårdarbetsplatser.](#)
- 68. [ISM-rapport 10, Delrapport KART.](#)
- 69. [Hur chefer värderar och hanterar dialog på arbetsplatsen](#)
- 70. [Hälsofrämjande arbetsplatsträffar](#)
- 71. [Balanserad kommunikation, reviderad slutrapport](#)
- 72. [Bättre möten.](#)
- 73. [Läkares engagemang i utvecklings- och förbättringsarbete av vårdens patientnära processer.](#)
- 74. [Nyorientering av svensk sjukvård - Verksamhetstjänande implementerings-logiker](#)

Chef- och ledarskaps & medarbetarskap

75. [Medarbetarskap inom hälso- och sjukvården](#)
76. [Medarbetarskap på 60 minuter.](#)
77. [Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring](#)
78. [Utveckling av hållbart och hälsofrämjande ledarskap – i vardag och förändring](#)
79. [Chef idag](#)
80. [Att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar](#)
81. [Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården.](#)
82. [Chefskap i sjukvårdsmiljö](#)
83. [Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap.](#)
84. [Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården](#)
85. [Chefers hantering av media.](#)
86. [Att möta media och undvika personfokuserade drev.](#)
87. [Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna.](#)
88. [Betydelse av kontrollspann för chefers arbetskrav i offentlig sektor](#)
89. [Chefer i välfärdens tjänst](#)
90. [Jobbkrav och jobbresurser.](#)
91. [Illegitima uppgifter.](#)
92. [Kommunala chefers organisatoriska förutsättningar.](#)
93. [Könade verksamheter](#)
94. [Typiska arbetsmiljösituationer för chefer i svensk offentlig sektor.](#)
95. [Chefers rörlighet](#)
96. [Chefsomsättning i offentlig sektor](#)
97. [Chefoskopet](#)
98. [Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft](#)

Livet är inte bara arbete

99. [Balansguiden](#)
100. [Stress och balans.](#)
101. [Utvärdering av projektet Gröna Rehab, ISM-häfte nr 3](#)
102. [Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen](#)
103. [Fysisk aktivitet ger bättre sömn trots skiftarbete](#)
104. [Stress och fysisk aktivitet, FYSS 2017](#)
105. [Hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens fysiska miljö och organisationsstruktur: effekt på arbetsrelaterat utfall](#)
106. [Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen](#)

4 SAMMANFATTNING

Med denna rapport vill vi förmedla ”bästa kunskap” om sambanden mellan arbete, stress och hälsa, samt hur goda förutsättningar för hälsa på arbetsplatsen skapas. Det är ingen komplett kunskapssammanställning, utan ett urval som vuxit fram med våra egna nätverk inom såväl forskning som praktisk tillämpning som bas. Rapporten är utformad som en ”uppslagsbok” där du kan gå in och läsa valda delar, snarare än att läsa den från pärm till pärm. Där finns rikligt med länkar som leder dig direkt till källan där du kan få ytterligare kött på benen, utifrån ditt intresse. Vi kommer i vissa fall att skicka med rekommendationer om viktiga åtgärder, väl medvetna om att vi inte sitter inne med hela sanningen. Ambitionen med denna rapport är att på ett begripligt sätt förkorta vägen från forskning till praktik, från ord till handling. Därför kommer vi även att komplettera rapporten med olika former av stödmaterial för praktisk tillämpning.

4.1 Hälsofrämjande arbetsplatser

Rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande är tre perspektiv som i praktiken ofta smälter samman i arbetet för en bättre hälsa på arbetsplatsen, men vi har valt att belysa det hälsofrämjande extra, då det finns ett behov av mera kunskap om detta perspektiv, som kompletterar det förebyggande, men har en annan teoretisk utgångspunkt. I kapitel 6 *Hälsofrämjande arbetsplatser*, kan du läsa om vägledande principer för ett hälsofrämjande arbete samt rekommendationer för att lyckas med ett förändringsarbete. Där finns även goda exempel från olika projekt som har genomförts inom det hälsofrämjande arbetet, samt metoder för kartläggning och uppföljning.

4.2 Nyckelfaktorer för hälsa på arbetsplatsen

Det finns idag en god kunskap om vilka som är de viktigaste friskfaktorerna på en arbetsplats. Dessa summeras i kapitel 7 *Nyckelfaktorer för hälsa på arbetsplatsen*, för att i kommande kapitel beskrivas mer ingående med exempel på vad som kan göras för att stärka dessa. Kännetecknande för dagens sjukskrivningar är bland annat att de psykiatriska diagnoserna ökar, samt att kvinnorna drabbas i större utsträckning. Forskning visar entydigt att höga sjukskrivningstal inte är ett kvinnoproblem utan snarare ett genus- och framförallt ett organisatoriskt problem. Effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet. I detta övergripande kapitel ges även en definition av stress samt en beskrivning av hur stressrelaterad ohälsa kan uppstå.

4.3 Organisatorisk och social arbetsmiljö

Oavsett hälsoåtgärd, främjande, förebyggande eller rehabiliterande är organisatorisk och social arbetsmiljö av största vikt. Det mest omfattande kapitlet i denna rapport, kapitel 8 *Organisatorisk och social arbetsmiljö*, ägnas därför åt de faktorer som kan härledas till Arbetsmiljöverkets föreskrift med samma namn.

Det handlar om villkor och förutsättningar för arbetet där ledning och styrning, kommunikation, delaktighet och handlingsutrymme, fördelning av arbetsuppgifter samt krav, resurser och ansvar är viktiga delar. Här beskrivs även nya utmaningar vi ställs inför, när arbetet blir mer gränslöst och vad organisationer och ledare kan behöva tänka på utifrån det, vare sig det handlar om aktivitetsbaserat kontor och digitalisering eller arbetstider och schemaläggning. Med social arbetsmiljö menas hur vi påverkas av de personer som finns runt omkring oss i arbetet. I rapporten kan du hämta kunskap och inspiration för att förbättra kommunikationen, få mer hälsofrämjande arbetsplatsträffar, vad som egentligen menas med ett gott socialt stöd och hur medarbetarnas känsla av sammanhang kan stärkas via insatser på arbetsplatsen.

4.4 Chefs- och ledarskap samt medarbetarskap

Det finns inte så mycket forskning kring medarbetarskap och hur detta kan stärkas, men i kapitel 9 *Chefs- och ledarskap samt medarbetarskap*, presenteras en modell för att utveckla medarbetarskapet, som knyter an till viktiga nyckelfaktorer i tidigare kapitel. Där finns även tips på arbetsmaterial till stöd för detta arbete, men tyngdpunkten i detta kapitel ligger på chefers förhållningssätt och framförallt förutsättningar. Vad menas egentligen med hållbart och hälsofrämjande ledarskap och vilka ledarskapsstilar stärker ett sådant förhållningssätt? Här kan du även läsa om de strategier chefer beskrivit för att kunna hantera de olika roller och dilemman de ställs inför i sin dagliga ledarroll. Chefers hantering av media är ett sådant exempel. Kapitlet avslutas med en gedigen genomgång av chefers förutsättningar för ett gott ledarskap, framförallt utifrån studier inom offentlig verksamhet. Detta utmynnar i ett antal rekommendationer till stöd för ett hållbart ledarskap, såsom att skifta fokus från individ till organisation, ha rimligt antal medarbetare, att det finns stöd i chefsarbetet, arenor för dialog och att ojämställda arbetsvillkor behöver synliggöras. Här finns även länkar till konkreta verktyg för detta arbete.

4.5 Livet är inte bara arbete

Denna kunskapssammanställning fokuserar i första hand på de organisatoriska och sociala förutsättningarna på arbetsplatsen, med ett hälsofrämjande synsätt som utgångspunkt. I det avslutande kapitlet 10, *Livet är inte bara arbete*, kompletteras detta med kunskap och metoder som riktar sig till den enskilde medarbetaren. Det handlar bland annat om balans mellan arbete och fritid. Där finns kunskap om och förslag på strategier för att exempelvis hantera gränser mellan arbetsliv och privatliv.

Du kan även läsa om vanliga strategier för att hantera en utmaning med tanke- eller beteendemässiga strategier, så kallad coping. Där kan du även läsa om kunskap och metoder för att stödja hälsofrämjande levnadsvanor i allmänhet och specifikt avseende återhämtning och sömn, fysisk aktivitet eller kost. Arbetsgivare kan på olika sätt möjliggöra hälsofrämjande val för enskilda medarbetare, men hälsofrämjande åtgärder på individnivå kan aldrig ersätta hälsofrämjande åtgärder på grupp- och organisationsnivå och/eller det systematiska arbetsmiljöarbetet.

5 INLEDNING

Att ha ett arbete är generellt sett en hälsofaktor. Arbetet strukturerar tiden, det skapar mening, ger status och identitet och uppmuntrar till aktivitet och kreativitet (1-3). Men dåliga arbeten och dåliga arbetsmiljöer finns och behöver åtgärdas. Drygt var femte kvinna och var fjärde man har någon form av besvär till följd av arbetet, som gör det svårt att fungera på arbetet eller utföra det dagliga hemarbetet (4)¹. De vanligaste orsakerna är stress och psykiska påfrestningar, påfrestande arbetsställningar samt tung manuell hantering. Men lika viktigt som att motverka dåliga arbetsmiljöer är det att stärka positiva arbetsmiljöer och lyfta fram goda exempel. I denna kunskapssammanställning har vi fokuserat på den psykosociala dimensionen och på organisatorisk och social arbetsmiljö. Det finns mycket kunskap om vad som vill till för att vi skall trivas, utvecklas och må bra på jobbet och det finns också metoder som visat sig framgångsrika på vägen mot hälsofrämjande arbetsplatser. Det handlar om att gå från ord till handling!

ISM-rapport 21 är den tredje kunskapssammanställningen från ISM där vi presenterar aktuell kunskap om sambanden mellan arbete, stress och hälsa samt hur man skapar goda förutsättningar för ett hållbart arbetsliv, såväl för individer som för arbetsgrupper och organisationer. En fullständigt heltäckande bild är förstås inte möjlig att ge. Forskning pågår ständigt och kommer att behövas även i framtiden för att möta nya utmaningar. Den psykiska ohälsan fortsätter att öka. Vi har en starkt segregerad arbetsmarknad, där kvinnor och män arbetar inom olika sektorer och yrken och med olika förutsättningar, vilket får konsekvenser för hälsan. Det finns ett påtagligt kunskapsbehov vad gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöarbete, både som begrepp och praktisk handling. En annan utmaning i utvecklingen av ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete är att den behöver integreras med verksamhetsstyrningen. Vår avsikt är att fortsättningsvis uppdatera denna rapport kontinuerligt, så att den kan laddas ned på ISM:s hemsida.

¹ [Arbetsmiljöstatistik. Arbetsorsakade besvär 2016](#)

6 HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSPLATSER

Hälsofrämjande arbetsplats används i många sammanhang, utan att vidare definiera vad som menas med det. Ofta används begreppet för att beskriva olika aktiviteter och insatser som syftar till att främja hälsa, men begreppet inbegriper mer än så. ISM:s definition för hälsofrämjande arbetsplats skulle kunna uttryckas enligt följande:

Kännetecknande för hälsofrämjande arbetsplatser är att man med arbetsplatsen som utgångspunkt vill erbjuda goda arbetsvillkor, ett gott arbetsklimat och ge förutsättningar för personlig och professionell utveckling.

Utöver att den markerar arbetsplatsen som utgångspunkt, beskriver den att det handlar om hälsa och arbetsmiljö på såväl organisationsnivå (arbetsvillkor), gruppnivå (arbetsklimat) samt individnivå (personlig och professionell utveckling). Detta är viktiga fundament, som vi ofta återkommer till. Läs mer om definition på hälsa i avsnittet om helhetssyn, på sidan 24.

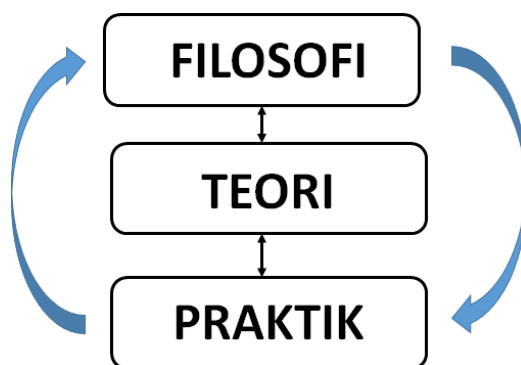
6.1 Vägledande principer för ett hälsofrämjande arbete

Vägen mot hälsofrämjande arbetsplatser kan vara fylld av utmaningar och svåra vägval. Att välja rätt insats i förhållande till vad man vill åstadkomma och att ge förutsättningar för ett långsiktigt resultat, kräver kompetens om viktiga framgångsfaktorer för ett hälsofrämjande utvecklingsarbete. Dessa vägledande principer, som beskrivs i kommande avsnitt, utgör något av en ryggrad i det hälsofrämjande arbetet; att utgå från i planeringen, reflektera kring under processens gång och i utvärderingen (5)².

6.1.1 Den salutogena idén som grund – den röda tråden

Varje individ, arbetsplats och organisation har resurser för att bevara och utveckla hälsan. Utmaningen blir att starta där man befinner sig och gå vidare med hjälp av resurser som bidrar till detta. Vilka dessa är identifieras i nulägesanalysen, för att i nästa steg se till vad som är problemet (Se sid 27). Det önskade läget vägleder oss i prioriteringar och insatser. I Sverige används oftast begreppet hälsofrämjande/hälsopromotion för att beskriva olika insatser som syftar till att främja hälsa. För att åstadkomma ett långsiktigt hållbart resultat räcker det inte med enstaka aktiviteter, utan det krävs kompetens att agera utifrån vägledande principer för ett hälsofrämjande arbete, så att man kan göra medvetna val. Det behöver finnas en röd tråd från filosofi som är förankrad i en teori, som också leder till konkret handling.

² [Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik](#)



*Figur 1. Generellt verktyg för tanke och handling. Filosofi – Teori – Praktik
Värdemässiga utgångspunkter och teori utgör grunden för tanken som sedan
vägleder praktiken (6)*

Salutogenes – hälsans ursprung

Begreppet salutogenes myntades av Aaron Antonovsky och betyder kortfattat – hälsans ursprung (7). Man upptäckte att människor som varit med om svåra livskriser och traumatiska händelser hanterade detta på så olika sätt. En summering av detta finns att läsa i Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik (5) ². Det salutogena perspektivet fokuserar därför på vilka faktorer som *leder till och vidmakthåller hälsa* snarare än vad som orsakar sjukdom (patogenes). Utifrån sin forskning fann Antonovsky tre nyckelfaktorer. Dels handlade det om att människor hade en god förmåga att förstå olika händelser på ett reflekterat sätt (begriplighet). Men det byggde även på att de kände att dom hade resurser och strategier att möta olika situationer och händelser på ett konstruktivt sätt (hanterbarhet). Den tredje och kanske allra viktigaste nyckelfaktorn innebar att de kunde sätta frågan i ett större sammanhang men också avgöra hur viktig den var för dem personligen (meningsfullhet). Personer med hög grad av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet, klarade påfrestningarna bättre än de som hade lägre grad av dessa förmågor. Detta utgör ett fundament i det salutogena tänkandet och benämns som ”Känsla av sammanhang” (KASAM) eller som ”Sense of coherence”.

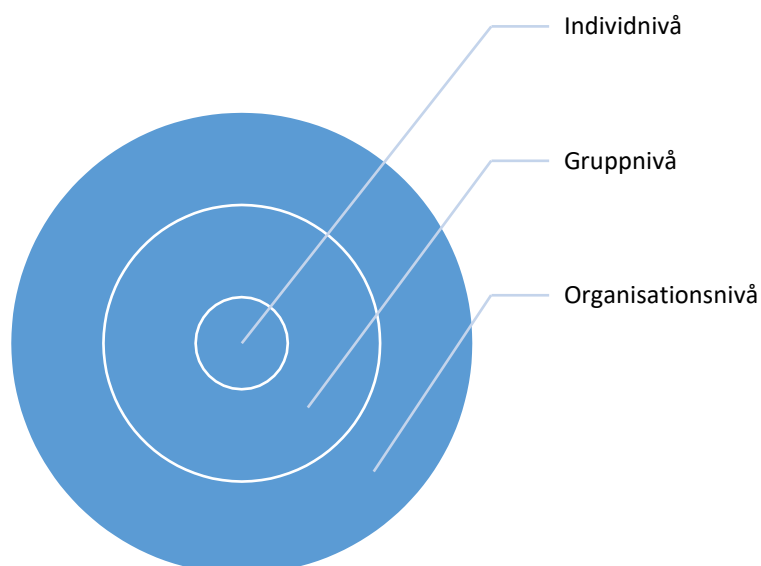
Det andra fundamentet i Antonovskys forskning har sitt ursprung i stressteori och handlar om att vi har olika resurser som gör att vi klarar olika påfrestningar i vardagen. Det kan handla om personella resurser som kunskaper och fysisk kapacitet, sociala resurser som familj eller goda vänner, materiella resurser som pengar och bostad eller kulturella resurser som gemensamma intressen och värderingar. Benämningen för detta i Antonovskys terminologi är generella motståndsrresurser. Dessa faktorer kan vara biologiska, materiella och psykosociala och leder fram till livserfarenheter som stärker känslan av sammanhang (KASAM). Denna känsla formas tidigt i livet, men en bra arbetssituation kan också bidra genom att stärka individens känsla av sammanhang.

6.1.2 Arbetsplatsen som sammanhang

Arbetsplatsen är en utmärkt arena för hälsofrämjande insatser. Där finns det sociala samspelet och den miljö som vi vill utveckla i hälsofrämjande riktning, men vi behöver även se hur planerade insatser hänger samman med det som sker utanför den egna arbetsplatsen. Det hälsofrämjande arbetet bör integreras i såväl det systematiska arbetsmiljöarbetet som arbetet med verksamhetsutveckling. Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen. För att ett hälsofrämjande arbete skall bli långsiktigt hållbart behöver man både arbeta med arbetets risk- och friskfaktorer, men också stödja individers möjligheter att behålla och utveckla så bra livs- och arbetsförhållanden som möjligt (8-13). Begreppet hållbarhet innebär här att skapa och återskapa mänskliga resurser utan att förbruka dem. För en organisation kan det beskrivas som förmågan att skapa och utveckla långsiktigt goda resultat och samtidigt bevara resurser i arbetsmiljön och i arbetsförhållandena, vilket gör det möjligt för individer och organisationer att överleva och skapa nya värden (14)³.

Systemtänkande

Systemtänkandet är en vägledande princip för ett hälsofrämjande arbete, men också i ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär att vi behöver se individen, gruppen och organisationen som system, där "Allt hänger ihop". Även om man måste arbeta med alla nivåer, kan man behöva fokusera särskilt på någon systemnivå. Om man exempelvis arbetar gentemot en arbetsgrupp, så är det naturligt att ha fokus på hur man kan förbättra relationer och samverkan, men man måste även ha med påverkande faktorer från övriga systemnivåer. Vad händer med de enskilda medarbetarna och i verksamheten som arbetsplatsen befinner sig?



Figur 2. Hälsoarbete på olika systemnivåer (15)

³ [Hållbart ledarskap i vardag och förändring, rapport](#)

På en övergripande nivå finns det en systemteori som förklarar skillnaden mellan förändringar som snarare handlar om justeringar och förbättringar inom rådande system, och förändringar som faktiskt ändrar själva systemet, då det innebär ett nytt sätt att tänka och agera (16,17).

Systemteori handlar här om att förstå hur olika delar hänger ihop, att förstå att olika hierarkiska nivåer har olika logiker och olika teoretiska referensramar och att man förstår skillnaden mellan öppna och slutna system (15)⁴. Ett slutet system utgår från att man kan styra processen så att man med säkerhet vet vad utfallet blir. I ett öppet system interagerar man med omgivningen, vilket gör att samma insats kan ge olika utfall på grund av yttre omständigheter och händelser. Människor och organisationer är öppna system, vilket gör det mindre förutsägbart, men desto mer dynamiskt.

Vad är egentligen skillnaden mellan hälsofrämjande och förebyggande?

Förebygga handlar om att man med olika insatser skall bidra till att något inte händer såsom olyckor eller sjukdom. Då behövs kunskap om de viktigaste riskfaktorerna, och hur de kan elimineras. Om sjukfrånvaron är hög är det skäl att söka efter viktiga riskfaktorer i arbetsmiljön för att ringa in det som troligen är grundorsaken. Man tar sin utgångspunkt i ohälsa i form av hög sjukfrånvaro och söker kunskap som leder till insatser där det finns en mekanism som är påverkbar gentemot den inringade problembilden.

Det hälsofrämjande tankesättet ställer delvis andra frågor, vilket kan leda till kompletterande insatser och en högre ambitionsnivå (se ”frisk arbetsplats” sid 50). När man söker friskfaktorer är frågan snarare vad som behövs på en arbetsplats för att medarbetarna ska trivas, utvecklas och nå sina professionella mål. Ibland är dessa risk- och friskfaktorer varandras spegelbild, men det finns också hälsofrämjande faktorer som inte låter sig fångas med den förebyggande frågan: Vad är det som leder till ohälsa. Den mest etablerade definitionen av hälsofrämjande bygger på grunderna i Ottawa charters (18) och lyder:

”Den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen, att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den”.

6.1.3 Helhetssyn

Ett hälsofrämjande arbete innebär att fokus i arbetet ligger på helheten snarare än en specifik del. Den grundläggande idén är således att helheten är mer än summan av delarna. En rad faktorer påverkar hälsan, såväl på arbetet som privat. Chefer, medarbetare, fackliga företrädare och personer med stödfunktion, såsom FHV och HR, behöver kunskap om dessa och hur de hänger samman, och här tror vi att denna kunskapssammanställning kan vara till hjälp.

⁴ [Reflektionsgrupper en form av processtöd i ett förändringsarbete, i ISM-rapport 19](#)

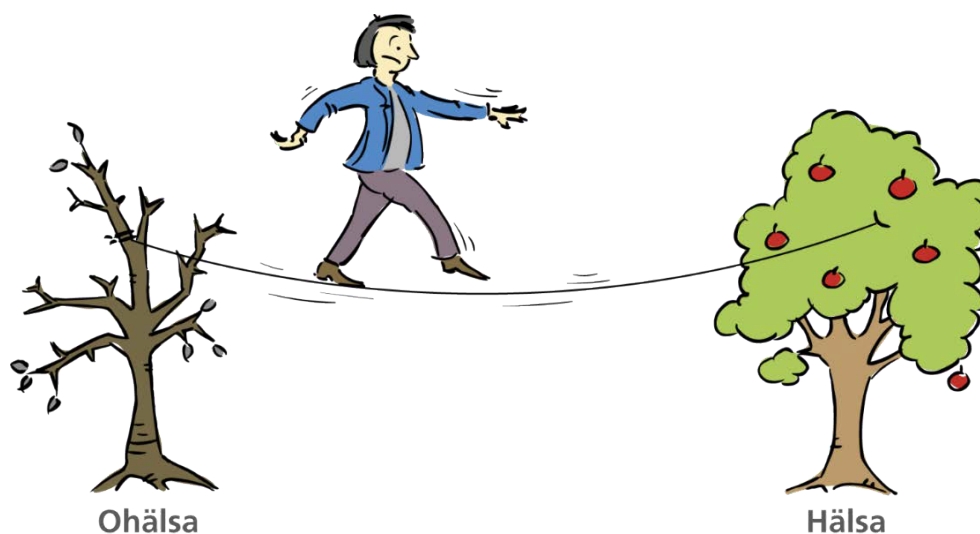
Definition på hälsa

Hälsa kan definieras på många sätt. Välbefinnande är ofta en central del i hälsobegreppet och kan vara av olika karaktär såsom känslomässigt och kognitivt välbefinnande eller att känna lycka och undvika obehag (14)³. Andra viktiga dimensioner är klinisk status utifrån kroppsliga funktioner och värden samt funktionsförmåga, till exempel god arbetsförmåga (19). Funktionsförmåga kan uttryckas som att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav.

Den definition som ISM brukar använda i såväl forskning som kunskapsspridning utifrån hälsofrämjande arbetsplatser är:

”Hälsa är att må bra och ha tillräckliga resurser för att klara vardagens krav – och för att kunna förverkliga såväl personliga som professionella mål.”

Definitionen bygger på idéer hämtade från Brülde, Antonovsky, Nordenfeldt och Frankle (19-22) och består av tre aspekter; upplevd hälsa, funktionsförmåga och de resurser jag har tillgång till samt fokus på framtid; mål och önskat läge. Det sistnämnda utgör enligt Frankl en av de mest fundamentala dimensionerna för god hälsa (5)². Förändringar mellan hälsa och ohälsa kan beskrivas som en förflyttning över ett kontinuum (7). Ibland upplever vi att ohälsa dominerar, men vi strävar i allmänhet efter att förflytta oss i riktning mot en ökad hälsa.



Figur 4. Med kontinuummodellen som utgångspunkt (7) illustreras den balansgång som vardagens utmaningar kan innebära (23).

6.1.4 Delaktighet

Den enskilda människans möjlighet att vara med och påverka är en viktig resurs i en god arbetsmiljö och den kanske viktigaste framgångsfaktorn i ett förändringsarbete (24-26). För att kunna påverka måste man först förstå vilka faktorer som har ett avgörande inflytande på hälsa för att i nästa steg se vad som är möjligt att påverka på kort och lång sikt. Att skapa delaktighet handlar till stor del om att skapa ett aktivt

deltagande i de hälsofrämjande insatser som planeras. En nyckelaspekt i detta är i många fall att de som involveras ser en vinst eller tror på idén eller målsättningen för frågan. För att ett förändringsarbete skall bli framgångsrikt behöver man skapa en samsyn hos de som är berörda kring mål och förväntat resultat. För att det skall vara möjligt behövs tillräckligt med tid. Det är viktigt att planera för delaktighet (27).

6.1.5 Process

Ett hälsofrämjande utvecklingsarbete är inget tidsbegränsat projekt, utan snarare något som sker över tid. Det förekommer även många parallella processer. Därför kan det vara bra att synliggöra det som är huvudprocessen, men också att göra en nulägesanalys över pågående insatser/parallella processer, för att kunna relatera till dessa. Det finns saker som redan gjorts och görs och det finns utifrån denna bakgrund saker vi vill utveckla – önskat läge. Man behöver bygga på tidigare erfarenheter, vara ihärdig och arbeta långsiktigt och stegvis. Genom att ta vara på tidigare erfarenheter och det arbete som redan bedrivs skapas en kontinuitet och man bygger in ett lärande, vilket i sin tur förutsätter en ständig utvärdering och återkoppling. Det hälsofrämjande arbetet är en process som ständigt måste hållas levande. Det är ingen självklarhet att det övergår till ett integrerat arbetssätt, utan kräver ett aktivt och medvetet arbete, inte minst för att vidmakthålla goda resultat (28-30).

Kompetens måste överföras och byggas in i organisationen för att fortleva. Därför bör man undvika att göra utvecklingsprojekt så exklusiva att de bara lyckas om man har tillgång till öronmärkta resurser, som inte är tillgängliga senare i det löpande arbetet (31). Ett projekt/utvecklingsarbete bör heller inte utvärderas för tidigt innan det blivit fast förankrat. Ofta krävs minst ett och ett halvt år innan ett utvecklingsarbete får någon effekt, ofta mer. Man kan visserligen se hälsofrämjande insatser i projektform, som en start på en mer integrerad process i organisationen, men det finns alltid en risk i projektformen om drivkraften för projektet ligger hos individuella eldsjälar. Om dessa försvinner eller tappar i engagemang, det inte finns någon koppling till ordinarie arbetets arenor och ledningen inte aktivt prioriterar ett fortsatt arbete så blir det lätt en punktinsats som rinner ut i sanden (32).

6.1.6 Möjliggöra

Om hälsofrämjande insatser skall lyckas krävs också att man avsätter nödvändiga resurser för utvecklingsarbetet. Det behövs ett starkt stöd uppifrån och en tydlighet kring mål, ansvar och roller. Att förankra väl och att det finns utrymme för utbildningsinsatser, är andra exempel på hur man kan möjliggöra ett hälsofrämjande arbete. Det behövs tid och kompetens för att hitta arbetsmetoder anpassade för att främja hälsa, dialog, delaktighet och arbetsglädje.

Vad krävs för att lyckas med ett förändringsarbete?

För att ett utvecklingsarbete ska få önskad effekt brukar följande råd ges (6, 33-36):

- Försäkra er om ett starkt ”stöd” uppifrån, av chefer/ledare, ägare, politiker
- Låt berörda vara delaktiga i hela genomförandeprocessen

- Knyt an till frågor som upplevs angelägna, utgå från kärnverksamhetens behov
- Integrera effektivitets-, arbetsmiljö-, kvalitets- och jämställdhetsfrågor
- Arbeta långsiktigt och bygg in ett kontinuerligt lärande av erfarenheter
- Avsätt nödvändiga resurser för utvecklingsarbetet, både tid och pengar
- Se till att det finns en kompetent projektledning/strategisk grupp/arbetsgrupp som driver arbetet
- Tydliggör roller och ansvar

Men för ett hälsofrämjande förändringsarbete krävs även (15);

- en tydlig idé som omvandlas till mål, strategier och genomförande, där process och resultat följs upp och utvärderas
- en samsyn hos berörda kring mål och förväntade resultat
- ett gemensamt språk, vilket här innebär att det krävs en viss kompetens kring exempelvis hälsofrämjande arbete – en gemensam definition av vad som menas med hälsa, vad som påverkar hälsa, vad som utgör friskfaktorer i arbetslivet eller vad man på olika systemnivåer kan göra för att främja hälsa – för att man ska kunna kommunicera kring frågorna och för att minimera missförstånd.

Ett annat viktigt tillägg är att varje förändringsprocess måste formas utifrån sina förutsättningar och den egna kontexten (37, 38⁵).

6.2 Kartläggning för hälsa på arbetsplatsen

För att kunna göra förbättringar i arbetsmiljön behöver man först bilda sig en uppfattning om hur arbetsmiljön ser ut för att därifrån kunna göra förbättringar. Det behövs en noggrann nulägesanalys, ibland med tillbakablick i historien för att sätta den planerade insatsen i sitt sammanhang. För det finns olika verktyg att använda, men oavsett vilket man väljer är delaktighet och dialog A och O (39, 40). En enkel men funktionell metod för att starta ett utvecklingsarbete är att göra en SWOT-analys där man tillsammans resonerar sig fram till styrkor, svagheter, hot och möjligheter. Ett annat sätt är via en medarbetarenkät. Det finns en rad olika instrument att välja mellan, men utgångspunkten bör vara de faktorer som vi vet har störst betydelse för att skapa en god arbetsmiljö. Det finns exempelvis särskilda verktyg för att kartlägga den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, såsom OSA-kompassen (se sid 31).

För att fånga medarbetarnas synpunkter kan man göra fördjupade analyser via olika metoder såsom framtidsverkstäder eller fokusgruppsintervjuer. Det finns även särskilda redskap för att kartlägga chefers organisatoriska förutsättningar exempelvis i form av antalet underställda, viktiga stödfunktioner och möjlighet till dialog med högre chefer, såsom Chefoskopet, som beskrivs på sid 127. Men det är också viktigt

⁵ [ISM-rapport 14:2, slutrapport av CHEFiOS förändringsprocesser](#)

att lyssna in mer informell information i form av berättelser från olika aktörer, såsom chefer, HR och FHV. Tillsammans kan man lägga ett pussel, som gör att man upptäcker mönster som i sin tur leder till åtgärder för att förbättra den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (41)⁶.

Kännetecknande för en hälsofrämjande ansats är att ha fokus på framtid och önskat läge. Därför är det viktigt att även samtala om det som fungerar och skapa en gemensam bild av vad man vill uppnå, för att senare kunna förflytta sig i den riktningen och följa upp om man lyckats med det. För att ta fram en beskrivning av arbetsplatsens önskade läge kan man mycket väl börja med att två och två samtala kring den enkla frågan:

”Vad är viktigt för att du skall trivas, må bra och utvecklas i jobbet?”

6.2.1 *Enkäter och andra instrument*

I det inledande skedet är det viktigt att klargöra syftet med själva kartläggningen och utifrån det välja och förankra metod. Ibland kan man även behöva testa metoden för att därefter bli överens om innehåll. I arbetsmiljöverkets kunskapsöversikt över den goda arbetsmiljön och dess indikatorer (42)⁷ argumenterar man för välbefinnande som indikator på friska arbetsplatser, det vill säga med en arbetsmiljö som har positiva effekter både på individer och verksamhet. I översikten beskrivs olika definitioner av välbefinnande men kan sammanfattas som individens tillfredsställelse med privatlivet, arbetslivet och sin generella hälsoupplevelse. För att mäta friska arbetsplatser utifrån definitionen ovan skulle en indikator för god arbetsmiljö behöva mäta såväl de anställdas välbefinnande som verksamhetens framgångar. Något heltäckande instrument för att mäta friska arbetsplatser finns inte, men i arbetsmiljöverkets kunskapsöversikt ges ett antal exempel på instrument, som mäter olika former av välbefinnande. Observera att författarna inte tar ställning till dessa instrument utifrån varken skalegenskaper eller validering. De nämns enbart som exempel på skattningsskalor som har tagits fram inom området.

- *SF-36 Hälsoenkät* (43): Ett internationellt väl etablerat instrument för att mäta olika dimensioner av hälsa. Välbefinnande skattas med nio frågor. Saknar dock frågor som är direkt relaterade till arbetsförhållanden.
- *Ryff Psychological Well-being Scale* (44): Skalan består av sex olika dimensioner av psykologiska funktioner. Instrumentet är välanvänt och finns i testad svensk version.
- *The WHO (ten) Well-being Index* (45): Instrumentet består av tio frågor om hur man mått den senaste veckan.

⁶ [Fånga upp svaga signaler – Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa, i ISM-rapport 19](#)

⁷ [Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer](#)

I kunskapssammanställningen lyfter man fram tre instrument som även inkorporerar arbetsplatsen i bedömning av individens välbefinnande.

- *WEMS (46) - Work Experience Measurement Scale* fokuserar på den anställdes upplevelse av arbetssituationen. En styrka med instrumentet är att det både kan användas som ett mätinstrument och som ett arbetsinstrument i ett förändringsarbete byggt på delaktighet. Instrumentet har validitets- och reliabilitetstestats.
- *STEPS for well-being in workplaces (47)*: I materialet ingår en självvärderingsmatris för medarbetarnas hälsa och välbefinnande, organisationen, professionell utveckling, arbetsmiljö samt organiseringen av hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen. Instrumentet har översatts till svenska, men det är oklart om det validitets- och reliabilitetstestats.
- *Self-evaluation matrix for well-being at work activities (48)*: Instrumentet är designat för små och medelstora företag och mäter företagets nivå vad gäller åtgärder för att uppnå välbefinnande bland arbetstagarna. Även i detta fall är det oklart om det validitets- och reliabilitetstestats.

COPSOQ II

Ett instrument som inte nämns i Arbetsmiljöverkets sammanställning, men som är vanligt förekommande och väl beforskat är Copenhagen Psychosocial Questionnaire version II (COPSOQ II). Det har utvecklats av det danska nationella forskningscentret för arbetsmiljö som ett tillförlitligt instrument för bedömning av den psykosociala arbetsmiljön (49) ⁸.

De viktigaste områdena som instrumentet omfattar är:

- krav i arbetet
- arbetsorganisation
- arbetsinnehåll
- samarbete
- ledarskap
- balans mellan arbete och privatliv
- arbetsplatsens sociala miljö
- kränkande beteenden
- hälsa och välbefinnande

COPSOQ är avsett att fungera som en slags meny från vilken det är möjligt att kostnadsfritt välja skalor och antal frågor utifrån det aktuella behovet.

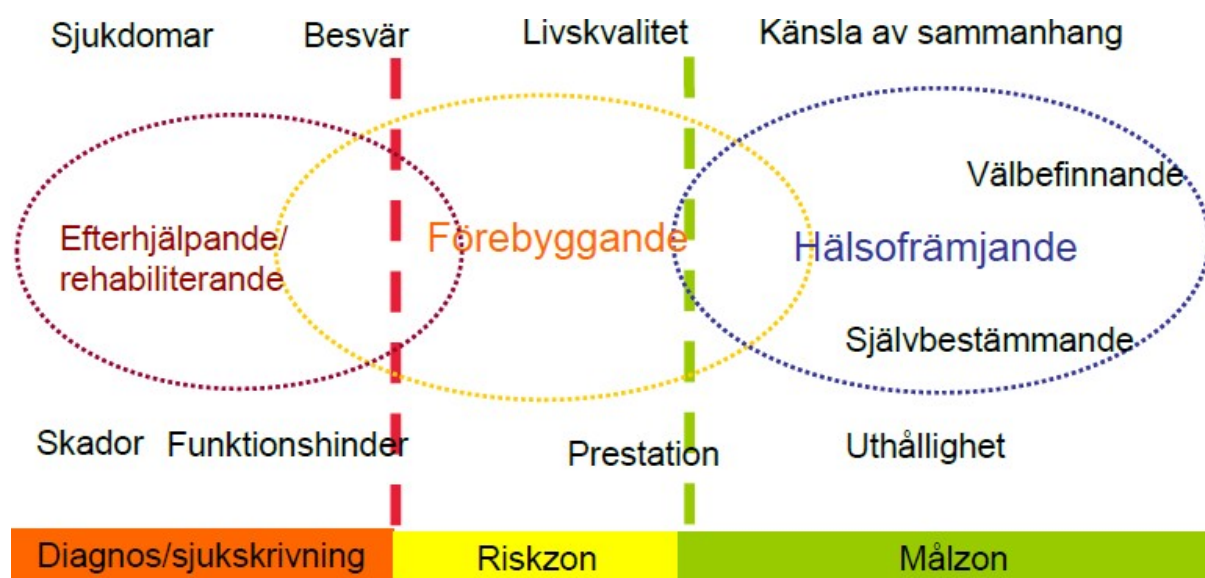
Detta är en viktig aspekt inte minst utifrån det som tidigare nämnts som viktiga framgångsfaktorer i ett utvecklingsarbete för bättre arbetsmiljö, såsom att utgå från

⁸ [COPSOQ II på svenska.](#)

kontexten samt att det är syfte och mål som skall styra valet av metod/insats. COPSQQ-enkäten har även referensvärden att jämföra den egna undersökningen med.

Tre perspektiv på hälso- och arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) har ofta fokus på att förebygga olycksfall och arbetssjukdomar utifrån identifierade riskfaktorer, men behöver kompletteras med ett hälsofrämjande perspektiv för att besvara frågan vad som ytterligare behövs för att få en arbetsplats där medarbetarna kan trivas, utvecklas och nå sina professionella mål (se sid 24). Till detta kommer det efterhjälpande/rehabiliterande arbetet. I denna rapport har vi som ambition att både beskriva det som särskiljer det hälsofrämjande från det förebyggande och rehabiliterande, men också vilka gemensamma nämnare som finns. I praktiken går ofta de tre perspektiven in i varandra (Figur 3).



Figur 3. Visar de tre perspektiven inom hälso- och arbetsmiljöarbetet; efterhjälpande/rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande. Ahlborg och Thynell (32, 50)

Det förebyggande och hälsofrämjande perspektiven kompletterar varandra, men har olika teoretiska utgångspunkter (15)⁴. Det förebyggande och rehabiliterande arbetet bygger på ett patogent synsätt (det som framkallar sjukdom). Det handlar om att identifiera riskfaktorer och hitta strategier för att minska risken att utveckla sjukdom eller annan ohälsa. Det hälsofrämjande utgår från den salutogena teorin, (hälsans ursprung) och bygger på ett helhetsorienterat synsätt, där man söker efter många samverkande faktorer som kan bidra till ökad hälsa. Om man definierar hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen som "alla insatser på arbetsplatsen som främjar hälsa" (51) så ingår både det förebyggande och det hälsofrämjande perspektivet. Det mest framgångsrika har visat sig vara att fokusera på breda strategier

för att stärka hälsan för samtliga medarbetare, kombinerat med riktade interventioner mot specifika riskgrupper (28, 30, 52).

Övriga verktyg för kartläggning och dialog

FAS Dialogverktyg är ett stöd för organisationer som vill arbeta med samverkan och dialog som grund för en god arbetsmiljö och verksamhetsutveckling. Materialet är utformat för att skapa engagemang och lust i arbetsgruppen att ha en dialog om den egna verksamheten och den egna arbetssituationen. Dialogverktyget består av sex övningar att använda på en arbetsplatsträff eller i andra naturliga möten för arbetsgruppen. Det finns även en handbok för samtalsledare (53)⁹.

OSA-kompassen vänder sig till dig som är chef eller skyddsombud och vill sätta dig in i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA) (54)¹⁰. Materialet innehåller checklistor, enkäter och andra former av arbetsmaterial, ger goda exempel och tipsar om forskningsartiklar. Bland checklistorna finns fyra kartläggningsområden:

- Systematiskt arbetsmiljöarbete, kunskaper och mål (inom OSA)
- Arbetsbelastning
- Arbetstid
- Kränkande särbehandling

Prevents enkät om psykosocial arbetsmiljö är nu anpassad efter föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö (54)¹¹.

Inom nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård har man tagit fram ett verktyg till stöd för chefer, skyddsombud, hälsoinspiratörer med flera för att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats (55)¹². Verktyget består av sex utvecklingsområden:

- Värdegrund och förhållningssätt
- Delaktighet och arbetsgemenskap
- Kommunikation och mötesplatser
- Ledarskap och medarbetarskap
- Hälsa och arbetsglädje
- Lärande och utveckling

6.2.2 Från kartläggning till verksamhetsutveckling

Ett viktigt observandum är att man aldrig skall starta en kartläggning av hälsa och arbetsmiljö om det saknas en avsikt att ta resultaten på allvar och handla utifrån dem (57) och på motsvarande sätt kan man konstatera att om inte utvärderingen används till något så finns det ingen anledning att göra någon utvärdering (57,58). Delaktighet är en vägledande princip i hälsofrämjande arbete, därför är det viktigt att redan i

⁹ [FAS samtalsledarmaterial](#)

¹⁰ [OSA-kompassen](#)

¹¹ [Enkät om psykosocial arbetsmiljö.](#)

¹² [Att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats](#)

planeringen av en kartläggning eller utvärdering fundera över vilka parter som är berörda och hur man skapar delaktighet. Ansvariga representanter för ledning, mellanchefer och medarbetare bör delta i såväl förberedelse som uppföljning av kartläggningen. Hur skall återkopplingen ske? Bli överens om hela processen och avsätt resurser för att arbeta med resultatet bland medarbetarna. Hur ser roll- och ansvarsfördelningen ut?

Att vara omsorgsfull i förberedelsefasen skapar bättre förutsättningar för stöd och acceptans bland de berörda i det fortsatta arbetet. När en kartläggning är gjord skall resultatet inte bara återkopplas utan även ingå i en analys där dessa resultat relateras till annan viktig kunskap. Oavsett metod så bör den praktiska bedömningen av den psykosociala arbetsmiljön bygga på reflektion och dialog mellan människor (39, 40). Resultatet från olika mätningar är användbara först efter en kritisk granskning utifrån giltighet och relevans (60). Andra viktiga frågor i analysen är att värdera och prioritera vilka områden som bör förbättras/utvecklas och bedöma vad som är påverkbart. Analysen bör leda fram till en handlingsplan och arbetet med att utveckla arbetsmiljön integreras med övrig verksamhetsutveckling. Utgångspunkten bör vara att de frågor man kommer överens om att arbeta med också har en legitimitet bland medarbetare och ledning.

6.2.3 Fånga svaga och tidiga signaler

Det kan finnas flera tecken i en organisation på att saker inte är som de skall eller att något kan vara på gång. Det kan handla om att en medarbetare uttrycker oro eller missnöje, eller uppvisar symtom på att inte må bra. Chefen ser det.

Företagshälsovården ser det också. Men hur pratar man om det man ser och vad gör man åt det? Detta var temat i en fördjupningsstudie inom forskningsprojektet FHV NySam (39)⁶. Chefer som är närvarande och nära sina medarbetare ser att något är på gång och är beredda att sätta in åtgärder till stöd för den enskilde individen. FHV blir kontaktad av chef eller medarbetare direkt. Chefer, HR och FHV möts för att prata om åtgärder, men oftast utifrån hur man kan stötta den enskilda medarbetaren. Det verkar saknas kanaler och forum för kommunikation med överordnade chefer och för att tillsammans kunna lyfta blicken och betrakta den samlade informationen ur ett organisationsperspektiv. Men det behövs också en grundläggande kompetens och ett gemensamt språk kring vad som krävs för att skapa en hållbar organisation.

Man kan bäst beskriva processen från svaga signaler till eventuella konsekvenser som ett krisförlopp som eskalerar om man inget gör.

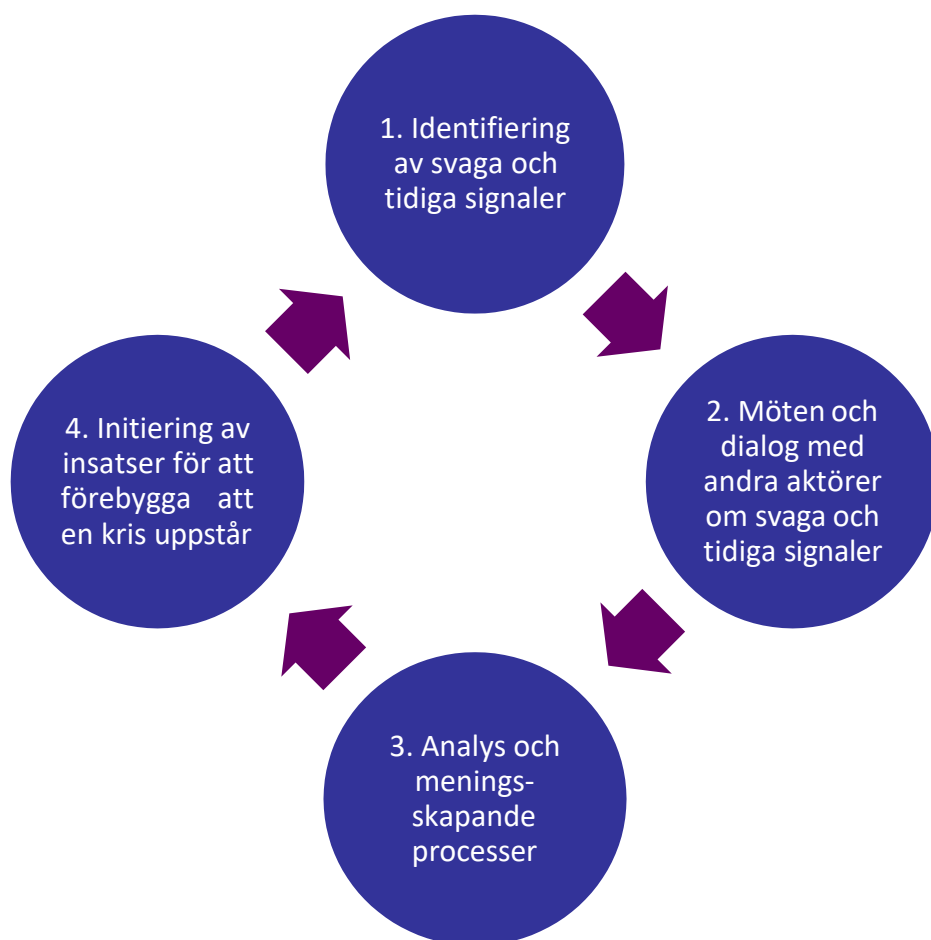
- 1) *En onormal händelse inträffar.* Först noteras avvikelser.
- 2) *Signalerna blir tydligare,* mer uttalade och påtagliga. Medarbetare som känner sig stressade och otillräckliga i sitt arbete nämner detta själva för sina chefer och de kanske tar kontakt med FHV för till exempel samtalsstöd. Fortfarande har det inte nödvändigtvis resulterat i några långtidssjukskrivningar, och det ställs ännu inte krav på att rehabiliteringsinsatser ska utredas.

- 3) *Situationen blir ohållbar*. En utlösande händelse inträffar som påvisar organisationens sårbarhet
- 4) *Organisationen destabiliseras*. Krisen är ett faktum. Det får konsekvenser för verksamheten då det har uppstått stora bemanningssvårigheter till följd av sjukfrånvaro och uppsägningar, och det är svårt att ersätta vakanser med nyrekryteringar.

Studien visar på att det är viktigt att agera i det andra steget, men man noterar även att i det tredje steget få den högre ledningen till att vidta organisatoriska förändringar. De höga sjukskrivningstalen är ofta på dagordningen och ledningsgrupper vill agera, men man lutar enbart till formell information, såsom registerdata från ekonomi- och personalsystem, resultat från medarbetarenkäter, hälsoundersökningar och andra mer kvantitativa undersökningar av arbetsplatsförhållanden. Svaga signaler är snarare att betrakta som informell information och bygger på berättelser och dialog mellan olika parter, som var för sig sitter inne med information utifrån sin yrkesroll. Ledningsgrupper har svårare för att ta till sig informell information, utan stannar ofta vid mer formella data.

Den informella informationen kan behövas för att tolka den formella och att lägga samman detta till en helhet att agera utifrån. För att åstadkomma en förändring behövs välfungerande och förtroendefulla relationer mellan FHV/HR/första linjens chefer å ena sidan och mellan dem och den högre ledningen å den andra. Utifrån goda exempel ger man förslag på hur man i samverkan kan agera tidigt och låta det som varit spridda och svaga signaler bli till värdefull informell information, som tillsammans med mer formell information, statistik etc. ger en helhetsbild att agera utifrån (61)¹³.

¹³ [Förebyggande hälsoarbete - Att arbeta med svaga och tidiga signaler, i ISM-rapport 19](#)



Figur 5. Förebyggande händelseförlopp där krisförlopp hindras, utifrån studiens resultat.

1. *Fånga upp signaler i FHV-arbetet.* FHV behöver samtala med HR, arbetsgivare, arbetstagare och fackliga representanter, både informellt och formellt vid regelbundna möten. Man behöver röra sig inom "organisationens ekosystem".
2. *Fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV.* FHV fångar upp svaga signaler genom sin närvaro i kundorganisationerna via informella, avspända möten och kontaktytor, samt genom arenor utanför själva arbetsplatsen som till exempel utbildningar.
3. *Tolka signaler inom FHV-teamet.* Nu gäller det att lägga pussel. Då behöver man uppmuntra allas kompetenser att bidra till tolkningar i intensiva diskussioner. Det handlar om att samla ihop den kollektiva kunskapen inom organisationen.
4. *Tolka signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV.* Man behöver utveckla mer systematiska sätt diskutera och analysera svaga signaler. Det kan göra det möjligt för parterna att jämföra iakttagelser med varandra, för att se om man ser samma bild och behov av åtgärder.
5. *Dra slutsatser och åstadkomma förändring genom samarbetet mellan linjechefer, HR och FHV.* Nu behöver ett antal potentiella hinder som beskrivits tidigare på denna sida undanröjas. Till exempel behöver FHV och HR utveckla en samverkan med linjechefer som omfattar organisationsfrågor, så att det inte enbart omfattar frågor relaterade till enskilda individer och deras problem.

6.2.4 **Psykosocialt säkerhetsklimat**

Begreppet psykosocialt säkerhetsklimat kan användas för att beskriva den kultur som underställda och chefer uppfattar genomsyrar organisationen, med relevans på personalens psykiska hälsa och säkerhet. Med andra ord - vad som i praktiken uppmuntras och belönas. Att dåliga förhållanden uppmärksammas och hanteras aktivt samt att man uppmuntrar och belönar en verksamhet för god arbetsmiljö, är viktiga kännetecken för ett gott psykosocialt säkerhetsklimat (60, 62).

I en studie från tre företag inom Volvo har man studerat kritiska perioder, vilket innebär perioder då organisationen sätts på prov och då arbetsvillkoren sätts på sin spets, det vill säga perioder där medarbetarna upplevt en problematisk eller känslig situation i arbetet. Kritiska perioder uppkommer dock sällan av en enskild händelse, utan måste sättas in i sitt sammanhang i organisationen (63). Genom att identifiera sådana kritiska perioder och de effekter de haft för medarbetarnas hälsa, oro och välbefinnande samt undersöka hur chefer och skyddsombud handlat under dessa perioder, kom man fram till följande konkreta tips för det psykosociala arbetsmiljöarbetet:

- Var uppmärksam på att beslut som inte avser att påverka psykosocial arbetsmiljö ändå kan få konsekvenser för organisationens psykosociala klimat.
- Lita inte enbart på kvantitativ information och enkätsvar som underlag för arbete med psykosociala arbetsmiljöfrågor. Arbeta parallellt med dialog.
- Var lyhörd för olika aktörer, formella såväl som informella, som har information om det psykosociala klimatet, låt dem komma till tals.

Man kan behöva skapa en kultur där det finns ett språk även för psykosociala problem (63-64). Har man väl utvecklat detta språk, kan man nyttja en uppsjö av arenor för att underhålla och förbättra det psykosociala klimatet. I studien poängteras vikten av tillit i relationen mellan chef och medarbetare. Ett sådant exempel är att ge och ta emot stöd i svåra situationer. Psykosociala problem upplevs ofta som privata, vilket gör att medarbetarna i första hand vänder sig till vänner och familj, alternativt kollegor, när det handlar om problematiska och känsliga situationer, inte till chef eller skyddsombud. Medarbetare måste själva medverka till att informera sin chef, exempelvis när man behöver hjälp att prioritera, på grund av allt för hög arbetsbelastning. Chefen kan uppmuntra till detta. Om man i en kritisk situation vänder sig till någon som saknar handlingsutrymme och inte att påverka situationen kommer troligen ingen förändring att ske. Det är därför viktigt att personer som behöver stöd kan vända sig till formellt ansvarig chef med förväntan om att där få det stöd som behövs.

För att främja ett gott psykosocialt säkerhetsklimat ges följande råd (60,62):

- Arbetsmiljön en fast punkt på produktionsmöten.
- Arbetsmiljön alltid en prioriterad faktor vid beslut.
- Kräv att chefer alla nivåer agerar i linje med god psykosocial arbetsmiljö.

- Se till att cheferna har kunskap, resurser och befogenhet att agera.
- Ifrågasätt ohälsosamma prestationsnormer på alla nivåer i organisationen.
- Belöna dem som signalerar och beskriver problem.

6.3 Utvärdering av förebyggande och hälsofrämjande arbete

Det finns ingen enkel manual för utvärdering av hälsofrämjande arbete, men däremot generella ledstänger och verktyg som kan vara till hjälp. Att ställa sig frågan varför man skall utvärdera kan ge svar på vilken metod som passar bäst. Är det processen och/eller effekten av de olika insatserna som genomförts (inverkansfaktorer), eller kanske hela projektet eller programmet (6, 61)¹⁴?

Varför skall vi utvärdera? Ett motiv är att vi vill se om vi uppnått de mål som vi satt upp för vårt förändringsarbete. Här blir fokus på effekt och resultat och kan ske först när projektet är avslutat eller vid en bestämd avstämningsspunkt i processen. Sättet att betrakta effekt och resultat blir tillbakablickande, som en uppsummering av det som genomförts – summativ utvärdering. Syftet kan också vara att vi utifrån gjorda erfarenheter vill ta tillvara det vi lärt oss för att ta tillvara dessa nya kunskaper i nästa steg. Tyngdpunkten ligger nu på lärande utveckling och framtid och benämns formativ utvärdering.

Vad skall utvärderas?

1. Att utvärdera processen eller hur genomförandet har gjorts och hur det fungerat.
2. Att se till de insatser eller aktiviteter som genomförts (inverkansfaktorer) för att åstadkomma det resultat som förändringsarbetet syftar till.
3. Utvärderingen kan också handla om att se till hela projektet eller programmet som genomförts. Här handlar det mer om att väga samman olika insatser och se till olika delmål och relatera detta till ett mer övergripande projektmål eller programmål.

Hur skall vi utvärdera? Om resultatet skall vara generaliserbart och kunna återupprepas så innebär det en kvantitativ ansats. Här handlar det ofta om stora mängder data som ofta samlas in via enkäter som sedan bearbetas och analyseras med statistiska metoder. Om intresset däremot fokuserar på hur resultatet blev i just det här fallet och i det här projektet, så kan enkäter kombineras med intervjuer och observationer för att få en djupare förståelse av utfallet. Då använder man sig snarare av kvalitativa metoder som kräver andra former av förståelse och analys.

När skall man utvärdera? Frågor kring utvärdering skall finnas med redan i planeringsprocessen då frågor som vad som skall utvärderas och hur detta skall ske besvaras. Om formerna och sättet att genomföra anses vara viktiga så blir en form av

¹⁴ [Att utvärdera nyttan av förebyggande och hälsofrämjande arbete, i ISM-rapport 19](#)

utvärderingen att granska hur genomförandet gjorts, med andra ord processutvärdering. Om olika delinsatser gjorts så kan det vara lämpligt att göra utvärderingen i direkt anslutning till just den insatsen för att sedan göra en mer sammanvägd utvärdering av hela projektet eller programmet direkt kopplat till den planerade processens slut. Då handlar det om det kortsiktiga perspektivet.

Om man är intresserad av vad som hänt efter ett år eller till och med flera år så bör man lägga in uppföljande utvärderingar i en mer långsiktig plan. Här måste man då vara observant på att det är många andra inverkanse faktorer som också över tid påverkar det utfall man får men där den insats som gjorts skall vägas in i den bild som framträder.

Vem skall utföra utvärderingen? Om man har den objektiva idén som ideal så skall utvärderingen göras av någon extern och oberoende aktör. Detta för att undvika onödiga felkällor som att man själv varit en del av processen. Med en annan utgångspunkt kan detta ses som en styrka då man själv vet vad som hänt och hur man upplever resultat och effekter. Om alla som varit inblandade – beslutsfattare, berörda deltagare och projekt-/programansvariga – ansvarar för utvärderingen så handlar det om självvärdering. Finns ofta en stark lärprocess om man genomför en mer reflekterad självvärdering. Med denna som utgångspunkt så kan man mycket väl göra en kompletterande utvärdering med hjälp av extern aktör.

Utfallsmått: Det handlar om att mäta effekter och värdera resultat och det finns ingen motsättning mellan dessa former av utfall av ett förändringsarbete. Vissa insatser och frågor lämpar sig bäst att mäta och kvantifiera medan andra lämpar sig bättre för att värdera utifrån mer värdemässiga och kvalitativa referensramar. Ett sätt att använda resultatet är att sprida den kunskap och de erfarenheter som genererats av förändringsarbetet och vad utvärderingen kommit fram till. Ett annat sätt är att låta resultatet ligga till grund för ett fortsatt arbete.

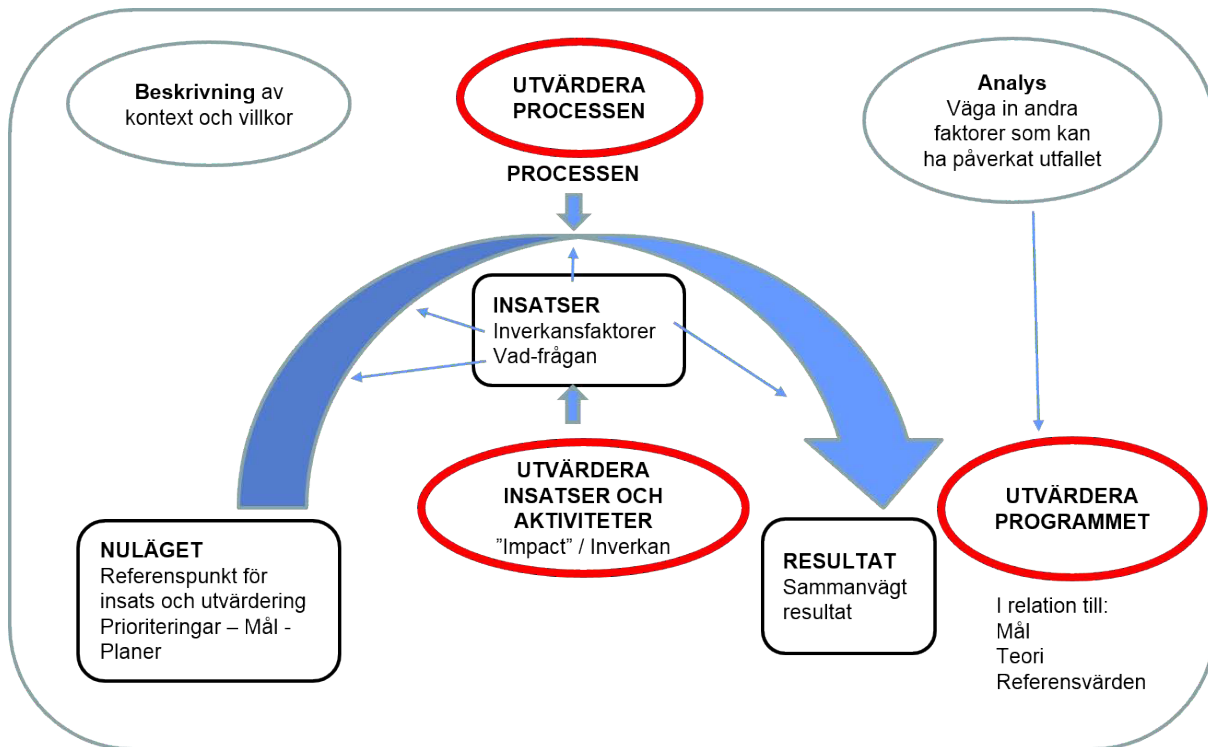
6.3.1 En modell för att utvärdera hälsofrämjande arbete

Utvärdering bör ske i dialog, med helhetsperspektiv utifrån kvalitet/produktivitet/strukturer samt individ/grupp/organisation. Detta är en slutsats som dras utifrån forskningsprojektet FHV NySam (65)¹⁴.

På ett övergripande plan kan vi identifiera följande motiv till att göra en utvärdering, vilka vart och ett kräver sina metoder, men där sammanvägningen är av särskild vikt om man avser att utvärdera helheten:

- Att beskriva kontext och villkor som en bakgrund till att utvärdera de resultat som uppnåtts.
- Att utvärdera själva processen – det vill säga hur arbetet har genomförts i praktiken.
- Att utvärdera olika genomförda insatser, aktiviteter, det som i modellen beskrivs som inverkansfaktorer, som är en form av delresultat.

- Att utvärdera ett helt projekt eller program (helheten) – villkoren, processen, insatserna, delresultat, sammanvägt resultat. Detta värderas utifrån mål, teori och/eller referensvärden.



Figur 6. Arbetsmodell för att planera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande arbete med organisationsfokus (65).

6.3.2 Hälsoekonomisk uppföljning och analys

Numera är det vanligt att man även vill utvärdera de ekonomiska konsekvenserna av olika insatser eller effekter utifrån hälsa och arbetsmiljö. Ett exempel på detta är det arbetshälsoekonomiska analysverktyget¹⁵ som tagits fram utifrån riktlinjerna för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (66). Det kan även tjäna som modell i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Analysverktyget är strukturerat enligt tre vanliga frågor inför beslut om arbetsmiljö- och hälsoinsatser:

- Ohälsans påverkan på ekonomin
- Kostnadsberäkning av insatser
- Ekonomisk effekt av insatser

¹⁵[Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg](#)

Verktyget består av en verksamhetsanalys, som är en nulägesanalys och kartläggning av den egna verksamheten samt en kostnadsberäkning i form av en ekonomisk analys av sjukfrånvaro, sjuknärvaro och insatser.

6.4 Exempel på hälsofrämjande projekt och processer

Här följer några exempel där man försökt att bedriva ett utvecklingsarbete för en mer hälsofrämjande arbetsplats och vilka erfarenheter man där gjort på gott och ont. Även om varje arbetsplats måste hitta det upplägg som passar just dem, så kan dessa exempel ge värdefull information om såväl framgångsfaktorer som hinder, som kan vara klokt att ”runda”.

6.4.1 Reflektionsgrupper – en form av processtöd i ett förändringsarbete

Den förändringen man ville åstadkomma inom Västra Götalandsregionen genom att ge FHV rollen av strategisk resurs med uppgift att agera mer proaktivt, var att i större utsträckning fokusera på organisationsnivån samt det förebyggande och hälsofrämjande perspektivet (67)¹⁶ Metoden som valdes i FHV NySam för att bidra till förändringen var att via processtöd stödja de utvecklingsarbeten som pågår i respektive förvaltning/bolag (15)⁴. Processtöd är en indirekt form av förändringsstöd som här riktade sig till processtödjare från deltagande förvaltningar i form av HR-experter och chefer samt representanter från FHV. Processtödet gavs i reflektionsgrupper. Den pedagogiska idén bakom processtöd som metod bygger på arbetsintegrerat lärande, dialogpedagogik och ett aktions- och utvecklingsinriktat lärande (6, 68-71).

Genom reflektionsgrupperna skapades forum för erfarenhetsutbyte, dialog och reflektion. Processtödet strukturerades i olika faser, där deltagarna träffades varje kvartal, sammanlagt tio gånger, cirka 30 timmar under två och ett halvt år. Två chefsgrupper, en HR-grupp och en FHV-grupp med koppling till deltagande förvaltningar träffades initialt i separata grupper.

Efter ett år mixades grupperna och ny kunskap tillfördes med idén om arbetsintegrerat lärande. Processtöd gavs till nyckelpersoner som blev processtödjare inom sina verksamheter. Vägledande principer för träffarna har därför varit:

- Processtänkande, där relationen mellan historia, nuläge och framtid är central. Att se frågorna i ett sammanhang är en annan del i processtänkandet.
- Fokus på dialog och erfarenhetsutbyte – ta till vara gruppens resurser.
- Verksamhetskopplingar genom exempel/”case”.
- Inspel med teori och forskningsanknytning – för att få gemensamma verktyg för tanke och handling som sedan kan användas i samarbetet och när man kritiskt ska granska olika frågor, eller som kan fungera som stöd och vägleda handling.

¹⁶ [Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer, ISM-rapport 19.](#)

Processtödjarnas intentioner var utifrån dessa principer att

- möjliggöra dialog för att bidra till ökad samverkan mellan chefer, HR och FHV.
- utmana deltagarna till att bryta det egna perspektivet och förstå varandras perspektiv.
- ge stöd i att gå vidare med att driva processen i den egna förvaltningen.
- ge verktyg/ledstänger i form av teorier och modeller att använda i det arbetet.

Erfarenheterna av den använda metoden var efter projektet att

- verksamhetskopplingar genom ”case” är en bra metod.
- dialog och erfarenhetsutbyte är värdefullt.
- cheferna behöver vara med.
- vissa delar av teori/metoder har använts i praktiken.
- det krävs mer utbildningsinslag om ett gemensamt språk skall utvecklas.

Slutsatsen var att om förändringsarbetet bygger på de frågor och processer som deltagarna från respektive förvaltning själv har valt som sina, då utgör processtöd en lämplig metod, som också ligger i linje med ett hälsopromotivt sätt att tänka och arbeta. I rapporten finns även en vägledning (72)¹⁷.

6.4.2 Hälsofrämjande i praktiken, en AFA-studie

Ett hälsofrämjande arbete bör bedrivas som process snarare än projekt, med ett brett ägandeskap, en tydlig struktur och en väl fungerande kommunikation. Det visar denna studie från ISM (73)¹⁸

Syftet var att studera hur det hälsofrämjande perspektivet kan integreras i organisation och vardagsarbete på ett sjukhus, samt vilka effekter detta kan ge på arbetsmiljö och hälsa, effektivitet och kvalitet. Sjukhuset bedrev implementeringen i projektform under två år, initialt med en externt rekryterad projektledare. I handlingsplanen ingick aktiviteter på individ-, enhets- och organisationsnivå, såsom information, chefsutbildning, material för arbetsplatsträffar (APT), riktlinjer och hälsoråd samt infogande i sjukhusets styrkort och strategidokument. Forskargruppen följde arbetet under tre år genom intervjuer och observationer, dokumentanalys och medarbetarenkäter. Återkoppling gjordes till ledningsgrupper, chefer och medarbetare.

Resultatet visade att flera av de planerade aktiviteterna aldrig genomfördes. En viktig orsak tycktes vara den ansträngda ekonomin vid projektstart. Projektorganisationen fungerade inte heller särskilt väl vilket ledde till att projektledaren och dennes efterträdare slutade i förtid. Framtagandet av nyckeltal i samverkan med forskargruppen för uppföljning av projektets effekter fullföljdes inte.

¹⁷ [Processtöd som metod i förändringsarbete, i ISM-rapport 19](#)

¹⁸ [Hälsofrämjande i praktiken - Lättare sagt än gjort. ISM-rapport 16](#)

Mötesobservationer och dokumentanalys tydde på att hälsofrämjande frågor inte behandlades i avsedd utsträckning. Flera enheter arbetade systematiskt med material om hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap på APT. Den medarbetarenkät som genomfördes som en del i utvärderingen visade att upplevelse av bra kommunikationsklimat, låg stress och balanserad närvaro samvarierade med god effektivitet, kvalitet och arbetsmiljö. Utifrån utvärderingen drog man följande slutsatser för en framgångsrik långsiktig integrering av hälsofrämjande i praktiken:

- Brett ägandeskap för att driva utvecklingsarbetet i organisationens alla delar, inte enbart ansvar förlagt på en enskild projektledare eller avgränsad stabsfunktion.
- Hälsofrämjande utveckling bör inte bedrivas i projektform som lätt tappar styrning, utan måste ske i delaktighet på alla nivåer och i en process som går i takt med och integreras i organisationens övriga centrala utvecklingsprocesser.
- En tydlig och ändamålsenlig struktur främjar samverkan och goda relationer. Kommunikation som inkluderar dialog, inte enbart på enskilda enheter, utan i flöden såväl horisontellt som vertikalt i organisationen, är en grundbult både för att få en fungerande struktur och utveckla och bibehålla goda och välfungerande professionella relationer.
- Att utvärdera effekterna av implementering av ett hälsofrämjande synsätt i organisation och vardagsarbete i en så stor och komplex verksamhet är utmanande och kräver stort engagemang i utveckling av lokalt anpassade såväl kvantitativa som kvalitativa mått och metoder.

6.4.3 *Det vi får är inte det vi behöver – en processutvärdering*

Projektet ägde rum på ett av sjukhusen inom Västra Götalandsregionen mellan 2012-2015 och vände sig till undersköterskor, medicinska sekreterare och barnmorskor. Skälet till att rikta insatserna mot dessa yrkesgrupper kommer från ISM:s KART-studie, som beskriver medarbetarnas upplevelse av hälsa, stress och arbetsmiljö under perioden 2004-2010, där undersköterskor och medicinska sekreterare upplevde en betydligt sämre arbetsmiljö och stressrelaterad ohälsa än övriga grupper och där barnmorskorna upplevt en avsevärd försämring i dessa avseende vid den senaste uppföljningen, jämfört med två år tidigare (74)¹⁹.

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. På fyra deltagande enheter, med cirka 140 medarbetare, har en kartläggning gjorts, vilket lett till olika insatser på enheterna såsom utbildning i mindfulness, dialogträning och reflektionsgrupper. Dessutom har alla medarbetare erbjudits två hälsosamtal.

¹⁹ [ISM-rapport 17, Slutrapport KART](#)

Samtliga insatser genomfördes av VGR:s interna FHV. ISM har gjort en processutvärdering av projektet (75)²⁰. Denna utvärdering 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 fokusgrupps-intervjuer med medarbetare från de fyra deltagande enheterna, därtill ytterligare några kompletterande intervjuer/fokusgruppsintervjuer.

Rapportens slutsatser i form av rekommendationer för fortsatt hälsofrämjande arbete:

- 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.

6.4.4 Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro

Mobiliseringsinitiativet var ett samverkansprojekt mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och Försäkringskassan. Syftet var att hitta förebyggande metoder och tidiga åtgärder som förhindrar eller förkortar sjukfrånvaro. Projektets övergripande mål har varit att genomföra ett antal insatser som kan förebygga sjukfrånvaro på grund av stressrelaterad ohälsa.

I detta delprojekt handlade det om att utveckla hälsofrämjande ledarskap och arbetsplatser. Därigenom ska sjukfrånvaro förebyggas och motverkas. ISM har gjort en processutvärdering av delprojektet som pågick maj 2015 till juni 2017, inklusive planering och utvärdering. I projektet deltog fyra sjukhus och ytterligare en förvaltning inom Västra Götalandsregionen. Målgruppen var första linjens chefer och dess medarbetare. De viktigaste insatserna var en utbildning i hälsofrämjande ledarskap för första linjens chefer (totalt har cirka 80 chefer genomfört utbildningen) samt en individuell screening i form av enkätundersökningar för att tidigt kunna identifiera medarbetare i riskzonen för stressrelaterad psykisk ohälsa. Screeningen vände sig till de 80 cheferna och deras medarbetare, totalt 2 400.

Av processutvärderingen gjorde man bland annat följande slutsatser kring projektets genomförande (76)²¹:

²⁰ [Det vi får är inte det vi behöver. ISM-häfte 8.](#)

²¹ [Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro. Processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet - Västra Götalandsregionen som arbetsgivare, ISM-häfte 9](#)

- Fortsatt arbetet med att utveckla samverkan mellan linjeorganisationer och viktiga stödfunktioner, såsom HR och FHV, men också med FK.
- Det förebyggande och hälsofrämjande perspektiven är komplementära, men man behöver avsätta tid och resurser för att skapa en samsyn och gemensamt språk.
- Insatser behöver riktas till såväl individer som arbetsplatser och hela organisationen. I projektet fanns förväntningar på att detta skulle ske, men i praktiken har huvudfokus varit på individnivå.
- FHV kom in för sent i projektet. I framtiden behöver VGR utveckla arbetssätt för att använda FHV som en strategisk resurs även i förebyggande och hälsofrämjande arbete.
- Att utbilda chefer i hälsofrämjande ledarskap är en bra metod (77-79), och projektet har banat väg för en fortsatt satsning på såväl utbildningar som nätverk för att stödja cheferna.
- Utifrån projektets syfte var projekttiden på ett år alltför kort. Ett förändringsarbete behöver mera tid för att ge resultat.

6.4.5 Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser – Örebro läns landsting

I Örebro läns landsting har bedrivits ett utvecklingsarbete för att ta fram en modell för hur man kan utveckla hälsofrämjande arbetsplatser (80)²². På tre pilotarbetsplatser genomfördes en rad aktiviteter utifrån nivåerna organisation, grupp och individ. Projektet utvärderades med en enkät (WEMS), utifrån de olika aktiviteterna samt genom fokusgruppsintervjuer. Resultatet visar hur deltagarna upplevde de olika aktiviteterna. Fokusgrupperna visade att aktiviteterna i projektet stämt överens med behovet hos en avdelning men inte stämt alls med behovet på en annan. För- och eftermätningen visar på en förbättring av upplevelsen av arbete och arbetssituation på en pilotarbetsplats, ingen nämnvärd förändring på en annan och på den tredje påvisades en försämring. Utifrån det varierande resultatet förs en diskussion som utmynnar i en sammanfattande slutsats att modellen kan vara ett stöd i arbetet med att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser om den används utifrån den enskilda arbetsplatsens behov och förutsättningar och med utgångspunkt i den kunskap/tidigare forskning som finns inom området hälsofrämjande arbetsplats.

Exempel på aktiviteter var:

Organisation: Olika utbildningar i hälsofrämjande ledarskap.

Grupp: Hälsofrämjande teori, inventerade friskfaktorer, medarbetarutbildning, dialogverktyg FAS arbetsliv, grundutbildning för hälsoinspiratörer.

²² [Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser, slutrapport.](#)

Individ: Samtal om hälsa och levnadsvanor utifrån tre olika metoder, hälsovecka med seminarium.

Slutsatser/kommentarer från projektet:

- De aktiviteter som deltagarna i projektet värderade högst är hälsofrämjande ledarskap (framförallt den praktiska tillämpningen), medarbetarutbildningen samt de individuella samtalen.
- Att vara noggrann i initieringsfasen och lägga tid på problemanalys och att diskutera upplägg och genomförande är ett arbete som är viktigt för hela projektets genomförande och resultat.
- Engagemanget på den enskilda arbetsplatsen är av stor betydelse för hur framgångsrikt projektet blir.
- WEMS är en metod som projektet använt, då det bygger på hälsofrämjande utfallsmått.

6.4.6 Ett utvecklingsarbete för hälsofrämjande arbetsplats – Försäkringskassan (FK) Östergötland

Utvecklingsarbetet pågick på FK i Östergötland mellan 2004-2008 och sammanföll till viss del med ett omfattande omställningsarbete (81)²³. Några råd till andra arbetsplatser som vill bli hälsofrämjande utifrån projektets erfarenheter:

- Arbeta med att utveckla ledarskapet.
- Börja i det lilla.
- Ge alla medarbetare baskunskap om hälsofrämjande.
- Gör roliga saker parallellt med det jobbigare så ångan hålls uppe.
- Ha hälsofrämjande på dagordningen vid så många möten som möjligt.
- Låt chefer och hälsoinspiratörer ha kontinuerlig handledning, gärna både tillsammans och var för sig.
- Låt processen växa nerifrån.
- Prata förhållningssätt snarare än aktiviteter.
- Se till att alla grupper har möjligheter att föra dialog.
- Se till att få in stöd under det tidiga arbetet, när grupperna ska börja sina dialoger om vad de behöver.

En utvärdering genomfördes avseende bland annat hälsa, socialt stöd, bemötande, upplevelse av stress och hot och våld. Man har i denna haft jämförelsegrupper där ett hälsofrämjande arbete inte har bedrivits under lika lång tid och i samma utsträckning som vid övriga kontor. Resultatet visar på positiva skillnader avseende förbättrad hälsa i interventionsgrupperna i förhållande till jämförelsegrupperna. Samtidigt med de

²³ [Att vara och förbli en hälsofrämjande arbetsplats.](#)

hälsofrämjande insatserna genomgick Försäkringskassan en stor förändring som innebar att en majoritet av medarbetarna fick nya alternativt förändrade arbetsuppgifter, bytte arbetsplats och i de flesta fall fick en ny chef. Under denna omställning har det varit vanligt med upplevelser av tidspress och oklarhet i nya roller samtidigt som krav på effektivitet varit höga. Utvärderaren konstaterar att effekterna av utvecklingsarbetet är komplicerat att mäta då insatserna delvis genomförs samtidigt som en stor och övergripande förändring ägt rum. Troligen har dessa förändringar också haft påverkan på upplevelser av hälsa och klimatet på arbetsplatsen för såväl interventions- som jämförelsegrupp (82)²⁴. Utvecklingsarbetet på Försäkringskassan i Östergötland är även en del i en omfattande satsning för att stödja statliga myndigheters arbete med att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron. Arbetet pågick 2003-2009 (83)²⁵.

6.4.7 Friska verksamheter – ett AFA-projekt utifrån Hälsa och Framtid

Utvecklingsprojektet Friska verksamheter drevs av AFA försäkring under åren 2010-2011 (84). Syftet var att se om ett utvecklingsprogram i kombination med stöd till kommunledningen på sikt kan bidra till en effektivare verksamhet och lägre sjuktal. Programmet riktade sig till åtta kommuner i Västerbotten, där man noterat höga sjuktal. Programmet bestod av utbildningsinsatser riktade till de tre grupperna strategisk ledning, första linjens chefer och verksamhetsstöd, t.ex. HR. Från varje kommun deltog sex deltagare, två i varje grupp. Innehållet byggde på de nycklar till Friska företag, som presenterats i studien Hälsa och Framtid (85)²⁶. Det handlade om ledarskap, delaktighet, kommunikation och hälsoarbete. Förhållningssättet byggde på en systemsyn, d v s att helheten är större än delarna och att skeenden och problem är komplexa och inte har enkla och raka orsak-verkan-samband.

Utbildningen byggde bland annat på ett Case-baserat lärande, där deltagarna uppmanades att ta med problem och situationer från sitt jobb på hemmaplan till utbildningarna. Där fick de sedan stöd att bearbeta dessa bland annat i träningspassen med konsultativt förhållningssätt. Deltagarna skulle också arbeta med utvecklingsprojekt i den egna organisationen under programtiden och bjöds tillfälle att reflektera över och få stöd i dessa under utbildningarna. På detta sätt skapades en operativ koppling mellan vardagsarbetet och utbildning. I varje utbildningsetapp tränades deltagarna på att ge varandra ”hjälp-till-självhjälp”, d. v. s. stödja den som har t.ex. ett problem med att vidga sitt perspektiv på det egna problemet och själv komma på lösningar. Teoripassen skulle vara korta och varvas med många tillfällen till reflektion, både individuellt och i större och mindre grupper.

Forskare från Uppsala Universitet och Karolinska Institutet utvärderade utvecklingsprogrammet. Deras uppgift var att belysa de effekter som eventuellt kan

²⁴ [Utvärdering av effekter av hälsofrämjande arbete vid Försäkringskassan i Östergötland.](#)

²⁵ [Utveckling av lärande och ledarskap i en organisation som främjar hälsa.](#)

²⁶ [Hälsa och Framtid. Delstudie 2](#)

hänföras till deltagandet i Friska verksamheter. Som grund för utvärderingen samlades data in dels hösten 2010, före programmets första utbildningstillfälle, och dels under våren 2011, vilket var ca sex månader efter det sista utbildningstillfället. Man märkte inga större skillnader i självskattad hälsa varken före projektet eller sex månader efter. Det var heller inte att vänta, efter så kort tid. Däremot pekade man på en rad förändringar som skett, vilka kan ge positiva hälsoeffekter på sikt.

- Man arbetade vidare med "nycklarna" i olika chefsforum och andra interna nätverk.
- Förändrade rutiner inom det personalpolitiska området.
- Tillsatt fler första linjens chefer för att förbättra möjligheterna till delaktighet och dialog.
- Förbättrad intern och extern kommunikation.

6.5 Företagshälsovården som strategisk resurs

Forskningsprojektet FHV NySam som pågick 2013-2016 inom Västra Götalandsregionen, syftade till att genom ett nära samarbete mellan chefer och viktiga stödfunktioner som FHV och HR, hitta nya arbetssätt för att i större utsträckning arbeta mer proaktivt med den egna arbetsmiljön (67)¹⁶. I forskningsprojektet har det ingått ett aktivt stöd till pågående utvecklingsarbete i form av processtöd från ISM, vilket beskrivs på sid 39. I projektet deltog sex förvaltningar bolag samt intern FHV. Studiens viktigaste resultat var:

- Det är ett stort steg att ändra perspektiv från rehabiliterande till hälsofrämjande och arbetssätt från individ till organisation.
- Verksamheterna "äger" processen. FHV har stark legitimitet i rehabilitering, mera sällan i förebyggande, nästan aldrig i hälsofrämjande.
- Det krävs samarbetsmodeller för strategiskt partnerskap och en tillitsfull relation chef-HR-FHV.
- Gränser mellan olika yrkesgrupper och roller utifrån exempelvis metoder och rutiner, kunskapssyn och identitet, sätter käppar i hjulet. Samarbetet måste vara meningsfullt för kärnverksamheten.
- Metoder behövs för att fänga och arbeta förebyggande utifrån svaga och tidiga signaler.
- Utvärdering bör ske i dialog, med helhetsperspektiv utifrån kvalitet/produktivitet/strukturer samt individ/grupp/organisation (se sid 37).

6.5.1 Samarbete mellan olika aktörer

I en av FHV NySams delstudier undersökte man hur samverkan utvecklades under projekttiden i de deltagande verksamheterna (86)²⁷. Helhetsintrycket är att förebyggande och hälsofrämjande arbete motverkas av informella gränsdragningar mellan högre linjechefer och FHV. Chefer, HR och FHV behöver arbeta med att omdefiniera sina olika yrkesmässiga gränser, vilket kan underlättas av geografisk

²⁷ [Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland, i ISM-rapport 19](#)

närhet mellan FHV:s experter och kundorganisationens företrädare, oavsett storleken hos denna.

	STÄNGDA GRÄNSER	ÖPPNADE GRÄNSER
NÄRHET	1. Samarbetet fungerar, förhandling ej nödvändig.	3. Samarbetet fungerar, förhandling genomförd (och pågår).
DISTANS	2. Samarbetet fungerar ej, aktörerna är inte intresserade av området eller varandra.	4. Aktörernas arbetsområden är under förhandling.

Figur 7: Fyra situationer av samarbete mellan olika aktörer

Modellen ovan beskriver fyra olika faser av samarbete inom rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande arbete hos de sex deltagande förvaltningarna. Pilarna åskådliggör en önskad process från stängda gränser och distans till ett samarbete som bygger på närhet och väldefinierade gränser, där de deltagande förvaltningarna befann sig i olika stadier vid den tid studien genomfördes.

1. Samarbetet fungerar väl inom rehabilitering i samtliga förvaltningar. Både arbetsuppgifter och uppgifter är väldefinierade och man kan effektivt utnyttja varandras resurser.
2. Här befann sig de två större sjukhusen, som deltog i projektet. Aktörerna är inte intresserade av samarbete eller att ta sig an arbetsuppgifter utanför de traditionella, såsom förebyggande och hälsofrämjande. Läkarkårens syn på evidens genomsyrar samverkansklimatet. "I det medicinska huset är andra yrkesgrupper gäster."
3. På de två små sjukhusen fungerar samarbetet väl även inom förebyggande och hälsofrämjande. Man har genom ett aktivt arbete över lång tid funnit arenor, som gjort att man närmat sig varandra i arbetsområden och öppnat gränser. Närheten är central.
4. I det deltagande bolaget och Folktandvården hade man påbörjat ett samarbete även inom förebyggande och hälsofrämjande. Man arbetar med att beskriva nuvarande arbetsområden och arbetssätt, tolkar det som behöver göras och delar med sig av idéer. Än har det inte lett till så mycket handling.

Fem tips för bättre samverkan

Utifrån resultatet i de studerande organisationerna och kunskap om viktiga faktorer för en framgångsrik förändringsprocess, gavs konkreta tips på hur man kan förbättra samverkan (87)²⁸.

1. *Möten i vardagen.* Olika yrkesgrupper behöver mötas i kärnverksamhetens vardag för att diskutera konkreta händelser, fall och situationer.
2. *Skapande av specifika arenor.* Man kan till exempel behöva ett särskilt forum för att prata om roller och förväntningar, att ha med sig i andra vardagliga möten.
3. *Access till beslutande organ.* Om man önskar ett nytt arbetssätt, där HR och FHV ger stöd till att i större utsträckning arbeta förebyggande och hälsofrämjande, så måste de få tillträde till ledningsgrupper, för att kunna förändra strukturer och policies.
4. *Allians mellan individer.* I de små sjukhusen framhölls hur viktiga vissa personer och deras relationer med varandra har varit för att skapa samarbete mellan olika yrkesgrupper. Chefer bör underlätta för dessa allianser, och stärka det samarbete som uppstår självmant och många gånger med entusiasm.
5. *Evidens och berättelser.* Professionella yrkesgrupper behöver känna sig säkra på att de resurser de satsar (tid, kompetens, etc.) är väl investerade, och inte inkräktar negativt på kärnverksamheten. Det är därför viktigt att både mätningar och berättelser är trovärdiga och sprids såväl inom som utanför organisationen.

6.5.2 Strategiskt partnerskap mellan chefer och FHV

Utifrån resultatet av en annan delstudie inom FHV NySam drar forskarna slutsatsen att ett strategiskt partnerskap är möjligt om experterna i form av stödfunktioner kan uppvisa en hög grad av både likhet och olikhet med linjechefernas förmågor (88)²⁹. FHV:s specialister har enligt denna studie inga svårigheter med att uppnå likhet med klientorganisationen och dess representanter, exempelvis då det kommer till att "tala samma språk" som cheferna, vara lyhörda för deras behov och arbeta i linje med frågor och processer som finns i verksamheten. Utmaningen är att visa på sin unika roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Minst framgångsrik har man varit när det kommer till hälsofrämjande insatser, vilket kan tolkas som att FHV-experterna inte har någon tydlig, känd identitet eller kunskap om generella organisatoriska frågeställningar.

För att samarbetet ska kunna fungera som ett strategiskt partnerskap behöver de samarbetande parterna kunna anförtro sig åt varandra, samordna sina aktiviteter och visa tillit till varandra. De behöver till exempel kunna kommunicera vilka mål de har, och hur de planerar sina åtgärder för att nå dessa. Härigenom ökar förmågan att se den andra partens perspektiv och underlättar att överbrygga ansvarsfördelning.

²⁸ [Att arbeta förebyggande genom samarbete i gränsland, i ISM-rapport 19](#)

²⁹ [Expertgruppers samarbete med linjechefer, i ISM-rapport 19](#)

Om FHV lyckas positionera sig i en strategisk partnerroll kan det skapa samarbeten med linjechefer som innebär att FHV blir en proaktiv rådgivare som kan länka sina expertstrategier med verksamhetsstrategier. Utifrån dessa resultat ges därför konkreta råd om hur man kan länka processer och strategier på ett bättre sätt för att tydliggöra roller och visa på såväl likhet som olikhet (87)²⁸.

Exempel på insatser för att skapa likhet kan vara:

- Anknyta till rätt personer.
- Anknyta till pågående processer i kundförvaltningarna (t.ex. då medarbetarenkäten sammanställs och analyseras) – Timing.
- Att anknyta till metoder/verktyg som kan underlätta för chefer att förstå sin kontext.
- Gemensamt utveckla arbetsplaner, analysmetoder och metoder för organisatoriska förändringar.

Detta kan exempelvis ske genom att etablera informella kontakter, skapa nya arenor, såsom soppluncher/frukostmöten, ansluta till möten där strategiskt inriktade utvecklingsarbeten bedrivs. Det behövs kompetens och verktyg/metoder för att skapa olikhet. Det kan till exempel handla om:

- Evidensbaserade metoder.
- Teoretiska modeller/koncept. Exempel på detta är vägledande principer för hälsofrämjande arbete, som beskrivs i ett tidigare avsnitt.
- Förmåga att anknyta till alla kompetenser och verktyg som är tillgängliga inom FHV-teamet.

Men det kan även handla om attribut såsom fackuttryck, legitimation, titlar och lokal. De åtgärder som behövs för att uppnå större olikhet kan associeras till professionalisering. Exempel på sådana hälsofrämjande insatser som man sett i projektet är hälsoutvecklare som verkar som konsulter och processtödjare till HR och förvaltningschef, med fokus på att utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt. Det inkluderar längre utbildningsinsatser för ledningsgrupp och administrativ personal i ”hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap” med sikte mot riktade insatser till respektive chef/enhet med utgångspunkt i handlingsplanerna för det systematiska hälso- och arbetsmiljöarbetet. Det kan också inkludera att hälsoutvecklare anlitas som konsulter av centralt placerad HR-organisation för att stödja och utbilda chefer och personal i strategiskt hälsofrämjande arbete, samt för att se över och omorganisera/samordna organisationsövergripande hälsoinsatser.

6.5.3 Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovården

I en rapport från IVL Svenska Miljöinstitutet visar resultatet att relationen mellan företag och FHV är central för de goda resultat som uppnåtts. En framgångsfaktor för bra samarbete är att skapa en relation byggd på tillit och förtroende. Särskilt viktigt är

att det finns en dialog mellan företag och FHV vilket är något som kräver god struktur och systematik för att uppnå (89)³⁰.

Man har även studerat hur FHV och verksamheter inom den offentliga sektorn, kommuner och landsting arbetar för att nå Arbetsmiljölagens (AML) målsättningar. Det fanns en stor variation i hur relationen till FHV fungerade. I flera verksamheter hade HR tagit över kontakterna med FHV. Att FHV:s arbete bestäms och har sin utgångspunkt i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare via skyddsombud som AML föreskriver är ovanligt. I stor utsträckning används FHV till efterhjälpande tjänster som i en rehabiliteringsprocess, t.ex. arbetsförmågebedömningar och till individinriktade hälsofrämjande tjänster. Endast i liten utsträckning används FHV till förebyggande arbetsmiljöinsatser på arbetsplatser. Deras slutsats är: Arbetsmiljöarbetet ska drivas i linjen, där FHV kan bidra och i den processen kan HR fungera som ett viktigt stöd till cheferna (90)³¹.

Att FHV främst används till individuella hälsofrämjande insatser och rehabilitering och endast i liten utsträckning bidrar som expertstöd i det förebyggande arbetsmiljöarbetet, var en slutsats som väl stämde överens med resultatet i FHV NySam.

³⁰ [Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovården.](#)

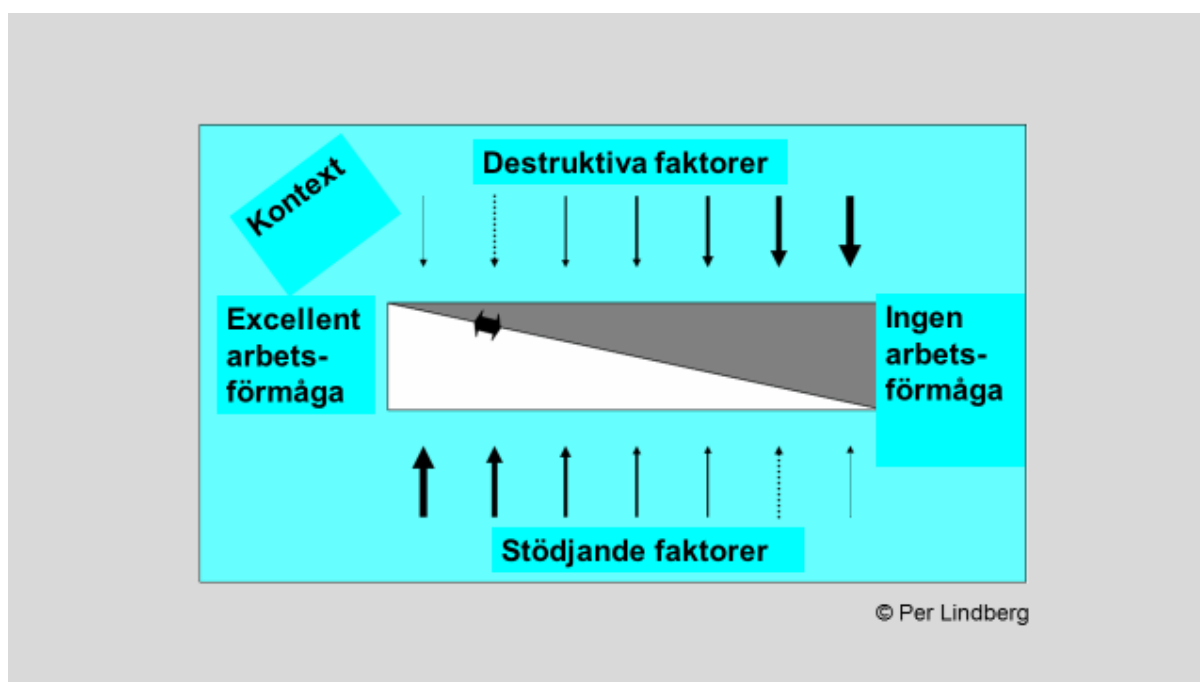
³¹ [Användning av företagshälsovården i kommuner och landsting.](#)

7 NYCKELFAKTORER FÖR HÄLSA PÅ ARBETSPLATSEN

I Arbetsmiljöverkets kunskapssammanställning *Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer* (42)⁷ gör man en genomgång av begreppet god arbetsmiljö och slår fast att det är något mer än en neutral arbetsmiljö, då det aspirerar på positiva, eftersträvarvärda effekter på individen. Genom att lansera begreppet ”frisk arbetsplats” vill man gå ett steg längre och avser med detta en arbetsmiljö som har gynnsamma effekter på såväl individ som verksamhet. Det ger en signal om att arbetsmiljöfrågor skall ses som en strategiskt viktig del i organisationens ”välbefinnande” och överlevnad.

7.1 Risk- och friskfaktorer

Följande modell kan utgöra ett stöd när det gäller att se till hälsofrämjande och förebyggande på ett övergripande plan (91). Kontexten utgörs av den aktuella organisationen och dess villkor. Medarbetarnas arbetsförmåga är en nyckelfaktor för att verksamheten skall fungera på ett önskat sätt.



Figur 8. Modell för att identifiera destruktiva och stödjande faktorer (91)

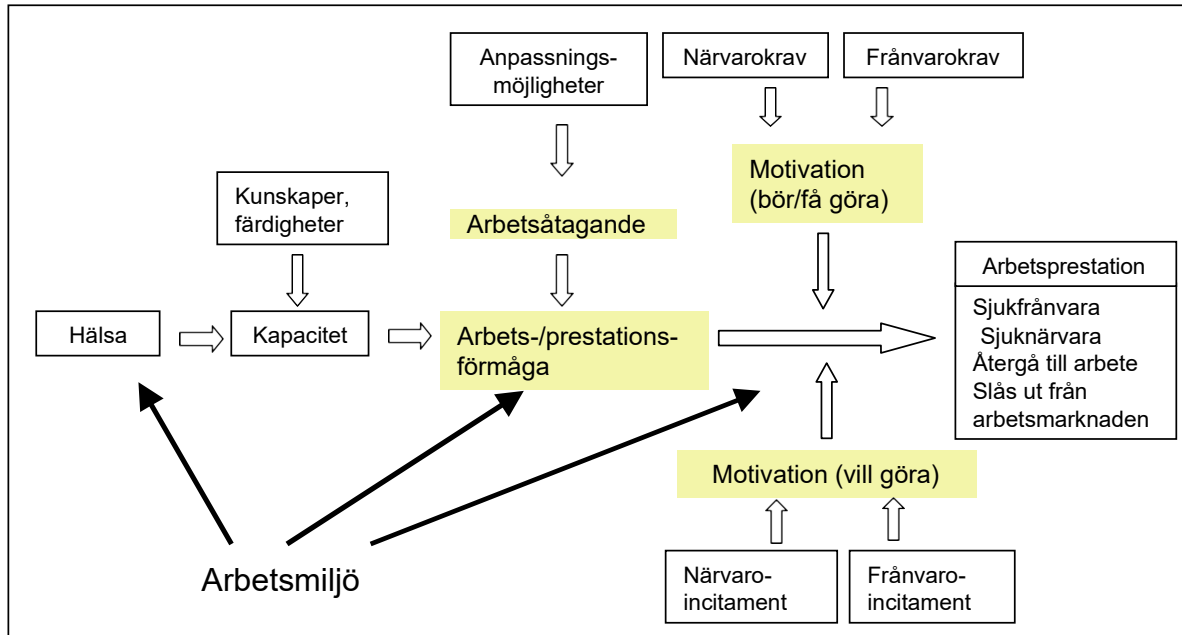
Det modellen sedan visar är hur olika faktorer påverkar denna förmåga på antingen ett negativt sätt – destruktiva faktorer, eller på ett positivt sätt – stödjande faktorer. Det förefaller även som om det delvis är andra faktorer som predicerar hälsa/låg sjukfrånvaro jämfört med vilka som påverkar risken för ohälsa/långtidssjukskrivning. Exempel på faktorer som har samband med excellent/utmärkt arbetsförmåga (ingen sjukfrånvaro) i Lindbergs studie var rolltydlighet i arbetet, positiv återkoppling från chefen och låga psykologiska krav i arbetet samt fritidsmotion. Att känna sig

återhämtad inför arbetsdagen och full av energi hade samband med bibehållen arbetsförmåga (1-14 dagars sjukfrånvaro/år).

De med nedsatt arbetsförmåga (sjukfrånvaro >28 dagar/år) visade till viss del en spegelbild av dessa resultat, med riskfaktorer som exempelvis höga krav och bristande återhämtning. Att vara i sitt önskade yrke och på sin önskade arbetsplats samt att få stöd från chefen vid problem var några viktiga friskfaktorer när man använde begreppet långtidsfriska (92). Med detta avsågs högst ett tillfälle av sjuknärvaro och högst ett tillfälle av sjukfrånvaro per år och då under som mest fem dagar. Att risk- och friskfaktorer kan ha olika profiler framkom även i en prospektiv (framåtblickande) registerstudie där stabil närvaro (max 7 dagars sjukfrånvaro per år) användes som mått på arbetsrelaterad hälsa. Måltydighet och positiv feedback var exempel på unika friskfaktorer i denna studie (32).

7.2 Motivationsfaktorer och arbetsförmåga

Samspelet mellan individen och arbetets förutsättningar är centrala för arbetsförmågan. Sjukflexibilitetsmodellen är en modell som försöker beskriva detta (93). I modellen beskrivs olika motivationsfaktorer/incitament för såväl närvaro som frånvaro. Frånvarokrav beskriver negativa konsekvenser av att gå till jobbet. Att uppleva att man är ovälkommen på jobbet kan vara ett sådant. Ett närvarokrav däremot beskriver negativa konsekvenser av att utebli, såsom rädsla för att förlora jobbet, att arbetet hopar sig eller att arbetskamraterna får slita hårdare.



Figur 9. Sjukflexibilitetsmodellen (93)

Ett närvaro-incitament beskriver snarare förhållanden som gör att människor vill gå till jobbet, t.ex. utvecklande och stimulerande arbetsuppgifter och socialt stöd från arbetskamrater. På motsvarande sätt är frånvaro-incitament förhållanden, utöver de

besvär man drabbats av, som gör att människor vill utebli från jobbet. Det kan t.ex. handla om meningsfulla fritidsaktiviteter och/eller omsorg om familjemedlemmar.

Modellen beaktar därmed faktorer både i och utanför arbetsplatsen som påverkar sjukskrivning, sjuknärvaro och frisknärvaro. Även om modellen är utvecklad för att beskriva förhållanden av betydelse för sjukfrånvaro, sjuknärvaro och återgång till arbetet, så skulle den även kunna gälla för individers prestationsförmåga och dess relation till arbetsmiljön.

7.3 Balanserad närvaro

Begreppet ”frisknärvaro” lanserades i början av 2000-talet som ett mått på organisationens/arbetsplatsens hållbarhet utifrån ett hälsofrämjande synsätt. Avsikten var att förskjuta fokus från sjukfrånvaro till ett mer positivt och eftersträvänsvärt mått, initialt på anställda utan sjukfrånvaro under en tvåårsperiod. I första KART-rapporten kallades detta ”Långtidsfrisk” (94)³². Detta komplicerades dock av att det kan anses som ” normalt ” med några dagars sjukfrånvaro under ett år samt att det inte är önskvärt med ökande s.k. sjuknärvaro, d.v.s. att man går till arbetet trots att man av hälsoskäl borde stannat hemma.

Att sjuknärvaro ökar risk för framtida dålig hälsa och sjukskrivning visades i två studier av anställda inom såväl offentlig som privat verksamhet (95, 96). I en annan svensk studie slår man fast att sjukfrånvaro är ett otillräckligt mått för vissa grupper, för dem med låg inkomst och dem som är svåra att ersätta. Deras situation gör att de drivs till sjuknärvaro istället för sjukfrånvaro. Forskarnas slutsats är att även sjuknärvaron bör tas med när företag satsar på åtgärder för att förbättra de anställdas hälsa (97). Därför lanserades istället begreppet ”balanserad närvaro” som tog hänsyn till dessa faktorer. Det kan betraktas som ett mått på arbetshälsa och användas för att följa och främja en hållbar hälsa och arbetsförmåga. KART-enkäten innehåller frågor om prestationsnedsättning i arbetet på grund av hälsobesvär samt frågor om sjukskrivning och sjuknärvaro. De senare har kombinerats för att definiera Balanserad närvaro från och med KART 2006 som högst sju sjukfrånvardagar och högst tre tillfällen av sjuknärvaro under de senaste 12 månaderna. Resultaten från KART-materialet visade att balanserad närvaro var associerat med bibehållen hälsa och prestationsförmåga efter två år medan sjuknärvaro visade samband med nedsatt hälsa, utbrändhet, sjukfrånvaro och minskad prestation (74, 98)¹⁹.

I forskningsprojektet Hälsa och framtid (85) används begreppet friska företag, som definierades utifrån företagens långtidssjukfrånvaro (över 90 dagar). Man jämförde där antal nya fall av långtidssjukskrivning under ett år, delade in företagen i fyra delar (kvartiler) och jämförde dem med låg långtidssjukfrånvaro (kvartil 1) - så kallade friska företag - med företag med genomsnittlig långtidssjukfrånvaro (kvartil 2+3). Trots att man valde bort företag med hög andel långtidssjukfrånvaro var andelen nya fall av sjukskrivning tre gånger lägre i de friska företagen än de med genomsnittlig

³² [ISM-rapport 2, Delrapport KART](#)

sjukfrånvaro. I analysen sökte man efter friskfaktorer som kunde förklara denna skillnad.

Motsvarande studie gjordes senare inom kommuner och landsting (99)³³. Även där fanns betydande skillnader i långtidssjukskrivning, även om man inte jämförde ytterligheterna. Friskfaktorerna stämde också väl överens mellan företag och kommuner och landsting och redovisas nedan.

7.4 De viktigaste friskfaktorerna

7.4.1 Hälsa och framtid

Rapporten Från risk till frisk (100)³⁴ bygger på Forskningsprojektet Hälsa och Framtid i offentlig förvaltning och summerar de sex viktigaste friskfaktorerna, utan inbördes ordning.

- Gott ledarskap
- Möjlighet till kompetensutveckling
- God kommunikation och feedback
- Möjlighet att byta arbetsuppgifter
- Det systematiska arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamheten
- God kontroll över och kännedom om sjukfrånvaron i organisationen

I forskningsprojektet har man jämfört vad som skiljer kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro från dem med hög sjukfrånvaro. Man har tidigare genomfört motsvarande forskningsprojekt i privata företag och funnit liknande resultat där. En viktig slutsats är att de förhållanden som präglar friska verksamheter går att påverka på organisationsnivå utan att stora resurser tillskjuts (99)³³.

7.4.2 Rekommendationer för goda arbetsförhållanden

Utifrån HAKuL projektet (Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting), lämnades ett antal rekommendationer för att bibehålla arbetsmotivation och hälsa på arbetsplatsen (101). Utöver de friskfaktorer som lyfts fram tidigare fanns några kompletterande rekommendationer som känns lika angelägna idag, även om rapporten har några år på nacken:

- Enbart väl motiverade omorganisationer äger rum och konsekvensanalys av vidtagna åtgärder görs.
- Det finns möjlighet att diskutera och gemensamt genomföra förändringar.
- Stödfunktioner som FHV och friskvård är välbemannade och kompetenta. FHV bör regelbundet vara en samtalspartner och expertresurs till chefer och personalavdelningar.

³³ [Hälsa och framtid i kommuner och landsting.](#)

³⁴ [Från risk till frisk](#)

MOA-projektet (MODerna Arbets- och livsvillkor för kvinnor och män under 90-talet), visade att samspelet mellan individen och det organisatoriska sammanhanget har stor betydelse. I en uppföljande studie (102) av medarbetare på nio arbetsplatser som efter sex års tid arbetade kvar i samma organisation försökte man identifiera processer som skapar bra eller dåliga arbetsförhållanden.

Även här finns stor samstämmighet med tidigare summerade friskfaktorer, men kan kompletteras enligt följande:

- En tydlig ansvarsfördelning och en formell beslutsstruktur.
- Ekonomin är viktig men att hålla budget är inte det enda målet för verksamheten, även verksamhetens kvalitet beaktas.
- Resultatmätning används för att åstadkomma balans mellan mål och medel.
- Chefen deltar i diskussioner med de anställda och med stöd vid problemlösning.
- En individanpassad arbetsfördelning.
- Offentlig och långsiktig strategi för problemlösning.
- Kollektivt ansvar för helheten, vilket innebär att man hjälps åt vid arbetstoppar.

7.4.3 Patientsäkerhet och personalsäkerhet går hand i hand

En av slutsatserna som finns att läsa i den populärvetenskapliga rapporten om säkerhetskultur i vård och omsorg (103)³⁵, är att ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för patienter går hand i hand med ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för personal. För att ett bra säkerhetsklimat ska växa fram är det viktigt att man känner tillit till sin chef, att arbetet ger god tillgång till psykosociala arbetsresurser, att arbetskraven är hanterbara och att gruppsammanhållningen är god. Eftersom både efterfrågan på vård och personaltillgång varierar kortsiktigt, krävs en buffert i kapaciteten så att detta kan hanteras utan att belastningen på befintlig personal blir för hög. Det innebär att en viss överkapacitet i tillgång till resurser är nödvändig inte bara för att klara säkerhet för både patienter och personal, utan också för att verksamheten ska bli effektiv och för att personalen ska känna arbetstillfredsställelse. Det är också viktigt att förstå att tillfällig personal som inte känner till arbetsplatsens specifika förhållanden inte på ett helt effektivt sätt kan fylla tomrummet efter ordinarie personal som känner till förhållandena på arbetsplatsen och som är inarbetad i arbetsgruppen.

Faktorer som gynnar säkerheten på jobbet (104):

- Arbetskrav som går att hantera
- Goda resurser
- Stabil och väl fungerande arbetsgrupp
- Stöttande och problemlösande chef

³⁵ [Säkerhetskultur i vård och omsorg](#)

- God relation till patienterna
- Möjlighet att lära av och med varandra
- Väl utformade lokaler
- Bra utrustning
- Fungerande datorsystem

7.4.4 Positiva arbetsmiljöindikatorer

Arbetsmiljöverket har i en antologi sammanfattat resultatet från projektet positiva arbetsmiljöindikatorer (105)³⁶. Förslaget presenterar indikatorer för att mäta och följa arbetsmiljön, med fokus på goda organisationer i arbetslivet. De indikatorer som föreslås ingår i goda organisationer utgår från tre s.k. kompositindikatorer, vilket betyder att de i sin tur består av flera delindikatorer:

- Delaktighet (medverkan i planering och uppföljning av arbetet, samt flexitid och arbetsrotation)
- Individuellt lärande (kompetensutveckling, utbildning och "on-the-job training")
- Strukturellt lärande (uppföljning, utvecklingssamtal, projektarbete och omvärldsbevakning)

Dessutom ingår numerisk flexibilitet, som en indikator för anställningsform, det vill säga tillfälliga anställningar, deltid, bemanningsföretag etc. Denna ingår inte i definitionen goda organisationer, men finns med för att beskriva olika sätt att organisera arbetet som är väsentliga för anställda och företag.

7.5 Ekonomiska effekter av hälso- och arbetsmiljöproblem

Att en hälsosam arbetsplats bidrar till att förbättra de anställdas hälsa är väl känt. Att en sådan organisation också bidrar till goda prestationer har undersökts men med motstridiga resultat. I en rapport från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), görs en litteraturgenomgång inom området (106)³⁷. Utifrån detta gör man följande slutsats: "Även om det fanns viss evidens för de psykosociala arbetsmiljöfaktorernas och medarbetarnas hälsas betydelse för självskattad prestation fann vi inga samband mellan specifika arbetsmiljöfaktorer och hälsoproblem." Skälet till att man uttrycker sig så försiktigt är att det saknas longitudinella studier, d.v.s. studier som i detta fall följt en organisation och dess medarbetare över tid, för att utvärdera faktorer av betydelse för att skapa hälsosamma organisationer. Man efterlyser fortsatta studier.

³⁶ [Mäta och följa goda organisationer](#)

³⁷ [Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationens produktion.](#)

I Kunskapsöversikten Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer (42)⁷ konstaterar man att även om det finns evidens för att det lönar sig för företag att satsa på en god arbetsmiljö, så tycks inte detta haft tillräcklig stark genomslagskraft. Forskningen inom "det positiva området" är i sin linda och bilden av den goda arbetsmiljön och den friska arbetsplatsen är ännu ofullständig. Kunskapsläget är ofärdigt men inte ostabilt. Det är svårt att i så komplexa sammanhang som arbetsmiljön är, rent teoretiskt förutsäga hur en eventuell interaktion mellan faktorerna kan se ut och därmed vilket resultat som blir av en intervention.

När man låter medarbetare värdera sambandet mellan hälsa, arbetsmiljö och arbetsprestation, visar studier att individer som upplever arbetsmiljöproblem skattar att det påverkar den egna arbetsprestationen mer än vad hälsoproblem gör. Ännu mer negativ effekt på prestationen är en kombination av arbetsmiljö- och hälsoproblem (107)³⁸. Personer som upplever både arbetsmiljö- och hälsoproblem skattar i genomsnitt en 30- till 40-procentig nedsättning av sin arbetsförmåga. Det genomsnittliga produktionsbortfallet hos anställda som inte upplevt vare sig arbetsmiljö- eller hälsoproblem visar på en nedsättning med i genomsnitt 9 procent, vilket kan antas innebära att en prestationskapacitet på i genomsnitt ca 90 procent motsvarar en genomsnittlig normalprestation. Det innebär att anställda som upplever arbetsmiljö- och hälsoproblem har ett produktionsbortfall som är ca 20-30 procent högre än anställda som inte upplevt sådana problem. Studier har även visat att arbetsgivares "sanna" kostnader för ohälsa är högre än den enskilde anställdes produktionsbortfall och faktiska kostnader för sjukfrånvaro. Beräkningarna inbegriper såväl sjuknärvaro som sjukfrånvaro, samt arbetsmiljöproblem och kommer från skattningar från både medarbetare och chefer (108).

Inom FHV-projektet som beskrivs ovan gjordes även en litteraturstudie, som visade att majoriteten av de förebyggande interventionerna var kostnadseffektiva men att det inte gick att dra några specifika slutsatser om sammanvägd evidens för enskilda interventioner, då de interventioner som utvärderades och de hälsoproblem som undersöktes var alltför olika. Få studier undersökte organisations- eller gruppnivåinriktade insatser.

Med kunskap bland annat från detta projekt har ett arbetshälsoekonomiskt analysverktyg tagits fram (66)¹⁵. Verktöget är i första hand avsett att användas vid psykisk ohälsa, men det kan även tjäna som modell i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Analysverktyget är strukturerat enligt tre vanliga frågor inför beslut om arbetsmiljö- och hälsoinsatser:

- Ohälsans påverkan på ekonomin
- Kostnadsberäkning av insatser
- Ekonomisk effekt av insatser

³⁸ [Att mäta effekter av preventiva insatser på arbetsplatser genomförda av FHV – Slutrapport.](#)

Analysverktyget består av två olika delar, verksamhetsanalys och kostnadsberäkning. Verksamhetsanalysen ger stöd i genomförandet av en nulägesanalys och en kartläggning av den egna verksamheten, utifrån bland annat chefers förutsättningar och medarbetares arbetssituation. Det kan till exempel handla om balans mellan krav och kontroll och tydliga roller. Att beräkna kostnader av psykisk ohälsa innebär en ekonomisk analys av sjukfrånvaro, sjuknärvaro och insatser. Kostnadsberäkningen görs både för kort och längre sjukskrivning. Eftersom forskning visat att majoriteten av de som lider av psykisk ohälsa inte sjukskriver sig är det viktigt att även beräkna produktionsbortfall till följd av sjuknärvaro.

Den som ska genomföra en arbetshälsoekonomisk beräkning behöver inte ha detaljerad kunskap om arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Det är dock lämpligt att känna till de insatser som rekommenderas och redovisas i Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen (109)³⁹. I riktlinjerna konstateras bland annat att för att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa krävs att organisationen har tydlig och praktiskt tillämpbar policy och riktlinjer, att ansvarig chefer har god kännedom om sitt arbetsmiljöansvar och att arbetsrelaterad psykisk ohälsa ingår i det ansvaret.

7.6 Arbetslivsfaktorer och psykisk ohälsa

7.6.1 Definition av stress

Stress definieras på olika sätt beroende på sammanhang, t.ex. för att beskriva belastning (exponering), upplevelse, aktivering eller konsekvens, vilket kan skapa förvirring. Akut stress definieras som mobilisering av fysiska och psykiska resurser som svar på ett hot eller utmaning/påfrestning (s.k. stressor). Definitionen innehåller då såväl upplevelsen av situationen som fysiologiska och psykologiska reaktioner, och benämns vanligen akut stressreaktion. Denna är oftast ändamålsenlig och sällan farlig, snarare en nödvändighet för individen. Kvarstår belastningen under lång tid, månader till år, utan tillräckliga möjligheter till återhämtning så handlar det snarare om långvarig stress. Ett sådant tillstånd kan få negativa konsekvenser i form av kroppsliga och/eller psykiska, och/eller beteendemässiga symtom, s.k. stressrelaterad ohälsa. Anpassningsstörning (en psykisk störning som kan komma som en reaktion på svår stress, en livsomstörtande händelse eller ett trauma) och utmattningssyndrom är exempel på psykisk ohälsa där stress är en av huvudorsakerna. Andra psykiska och kroppsliga symtom och sjukdomar såsom depression, kognitiva svårigheter och högt blodtryck är inte sällan stressrelaterade, och vid många andra tillstånd kan stress bidra till att förvärra symtomen. Om detta kan du läsa i ISM-broschyren *Blir man sjuk av stress* (110)⁴⁰ eller på ISM:s hemsida (111)⁴¹.

³⁹ [Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen](#)

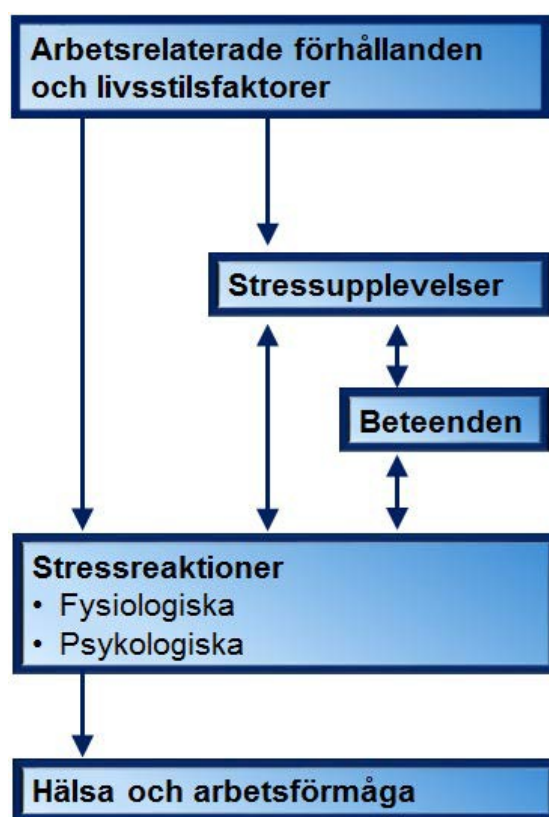
⁴⁰ [Blir man sjuk av stress](#)

⁴¹ [Vad är stress?](#)

7.6.2 Hur stressrelaterad ohälsa uppstår

Det finns olika teoretiska modeller som beskriver sambanden mellan stressexponering, stressrespons och hälsoeffekter, bland annat beroende på om perspektivet är biologiskt eller psykologiskt (112). I figur 10 nedan illustreras den schematiska teoretiska modell som ISM haft som utgångspunkt för sin forskning, till exempel inom KART-studie (som beskriver arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen 2004 - 2010, (74)¹⁹. Individens respons på stressorer består av ett komplicerat samspel mellan upplevelser, fysiologiska och psykologiska reaktioner och beteenden.

Tidigare erfarenheter av liknande situationer spelar ofta stor roll. Givetvis finns det andra väsentliga faktorer att ta hänsyn till som inte framgår av denna förenklade modell. Arbetsrelaterade förhållanden och livsstilsfaktorer är här så kallade bestämningsfaktorer för hälsa, d.v.s. faktorer som antingen främjar hälsa eller skapar stress och i förlängningen stressrelaterad ohälsa. Även andra faktorer som egna krav och personlighet, har betydelse i detta sammanhang. Externa bestämningsfaktorer kan både handla om arbetet och tillvaron utanför arbetet.



Figur 10. Teoretisk modell som översiktligt beskriver hur stressrelaterad ohälsa uppstår (74)

Under perioden som KART-studien pågått ökade andelen som angav faktorer i arbetslivet som skäl för upplevd stressbelastning. Följande faktorer visade sig ha samband med att utveckla ett allvarligare stressrelaterat tillstånd två år senare:

- Höga krav (kvantitativa, motstridiga krav)
- Låg kontroll, påverkansmöjligheter
- Låg belöning (uppskattning, lön, status- och karriärmöjligheter)

Följande faktorer visade sig förutsäga välbefinnande/hälsa:

- Låga krav (Med låga krav menas inte kravlöshet utan snarare ”rimliga krav”, det vill säga krav som inte upplevs som påfrestande/för höga)
- Låga krav kombinerat med hög kontroll (avspänt arbete)
- Upplevd hög belöning
- Socialt stöd
- Att uppleva förändring som förbättring
- Ett gott kommunikationsklimat
- Balans mellan arbete, hemliv, fritidsaktiviteter och sömn
- Att vara fysiskt aktiv

I kunskapsöversikten Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro, slår man fast att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning (113)⁴². De riskfaktorer för psykisk ohälsa och sjukskrivning som identifierades i arbetslivet var utan inbördes ordning:

- Psykiskt ansträngande arbete
- Höga krav
- Låg kontroll
- Obalans mellan ansträngning och belöning
- Rollkonflikter

Faktorer som främst kopplas till psykiskt välbefinnande var på motsvarande sätt:

- Ett gott ledarskap (rättvist, stödjande, inkluderande)
- Kontroll i arbetet
- Balans mellan arbete och fritid
- Balans mellan ansträngning och belöning
- Tydliga mål
- Anställningstrygghet

⁴² [Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro](#)

I en annan kunskapssammanställning (3)⁴³, tar man upp samband mellan faktorer i arbetsmiljön och symtom på depression, respektive utmattningssyndrom. Riskfaktorer för depressionssymtom var exempelvis små kontrollmöjligheter i arbetet i kombination med alltför höga krav samt mobbning eller konflikter.

Personer som upplever bristande medmänskligt stöd i arbetsmiljön, som upplever att de har pressande arbete eller en arbetssituation där belöningen upplevs som liten i förhållande till ansträngningen, utvecklar mer symtom på både depression och utmattningssyndrom än andra. Detta gäller även för dem som upplever osäkerhet i anställningen. En osäkerhet som kan hänga samman med omfattande förändringar, men också med en mer osäker anställningsform. Personer som upplever goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet och de som upplever att de behandlas rättvist utvecklar mindre symtom på depression och utmattningssyndrom än andra. Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor utvecklar i lika hög grad depressionssymtom respektive symtom på utmattningssyndrom.

7.7 Jämlika arbetsvillkor

7.7.1 *Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer*

De psykiatriska diagnoserna ökar och är nu den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Störst är ökningen för kvinnor. För att ta reda på orsakerna bakom detta har en rad kunskapssammanställningar tagits fram, som samtliga visar att höga sjukskrivningstal inte är ett kvinnoproblem utan snarare ett genus- och framförallt ett organisatoriskt problem. Effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet (113)⁴², (114)⁴⁴ och (115)⁴⁵. Skillnaderna har att göra med att män och kvinnor befinner sig i olika sektorer och yrken (horisontell segregering) men också på olika hierarkiska nivåer (vertikal segregering), vilket i sin tur kan leda till skillnader i arbetsvillkor (115). På motsvarande sätt konstateras i en annan kunskapssammanställning (114) att kvinnor och män utsätts för olika arbetsvillkor och miljöer. Även när kvinnor arbetar i samma yrke som männen, eller på samma arbetsplats finns det en ökad risk för ohälsa för kvinnorna på grund av olikheter i exponering.

Deltidsarbete och tillfälliga anställningar är vanligare bland kvinnor än män i Sverige, liksom att arbeta skift (115). Däremot är det en något större andel män än kvinnor som har långa arbetstider. Krav såsom spännt arbete, psykologiska krav, emotionella krav och otydliga mål är mer vanligt förekommande i kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg. Det är däremot ingen tydlig skillnad mellan kvinnor och män vad gäller kognitiva krav, otrygghet i anställningen och interpersonella konflikter.

Låg kontroll är vanligt inom skola samt vård- och omsorgsyren, d.v.s. sådana yrken som karakteriseras av kontakter med andra människor. När det gäller rättvisa och

⁴³ [Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och UMS](#)

⁴⁴ [Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer](#)

⁴⁵ [Kvinnor och mäns arbetsvillkor.](#)

belöning i arbetet, finns det för lite statistik för att kunna dra några slutsatser om eventuella skillnader mellan kvinnor och män för dessa faktorer. Det saknas också statistik om återkoppling i arbetet.

Exempelvis beskrivs hur ett ökat resultatfokus och effektivitetssträvanden inom den offentliga hälso- och sjukvården ökat belastningen på de anställda. Man konstaterar även att det är ont om publikationer med genus- och könsperspektiv inom arbetslivsforskningen. En tillbakablick visar dock att problematiken beskrevs på liknande sätt i en rapport 1993, och konstaterar att det är svårt att se spåren av att den kunskapen blivit omsatt i konkret handling!

I forskningsprojektet Hälsa och framtid studerar man vad som utmärker privata företag som har friska medarbetare. Långtids- och korttidsfrånvaron går hand i hand och skillnaderna är anmärkningsvärt stora mellan län och branscher men också inom branscher. De friskaste företagen, det vill säga med minst antal långtidssjukskrivna, finns i alla branscher (116)⁴⁶, även de med generellt hög sjukfrånvaro som städföretag.

7.7.2 Digitalt verktyg som kartlägger genuskillnader

Arbetsmiljöverket har utifrån forskning inom ramen för projektet Kvinnors arbetsmiljö utvecklat ett digitalt verktyg för att analysera och synliggöra skillnader mellan kvinnors och mäns arbetsmiljöer. Genom att kartlägga och jämföra arbetsmiljön i olika verksamheter är tanken att skillnader kan synliggöras mellan två arbetsplatser. Målet med detta digitala verktyg är att väcka diskussion ute i verksamheterna om jämställda arbetsvillkor. Detta verktyg riktar sig främst till kommuner, men kan även användas av alla organisationer som är så pass stora att det går att jämföra två olika verksamheter hos en och samma arbetsgivare. Verktöget består av ett frågeunderlag om likheter och skillnader i bemanning, organisation, arbetsmiljö, kommunikation, ledning, styrning, krav och resurser och bör besvaras av personer med övergripande ansvar för hur arbetsplatsen mår, är organiserad och som vet hur resurser och krav är fördelade (117)⁴⁷.

Kopplingar mellan bemanning, organisation och arbetsmiljö

I dag förväntas både kvinnor och män arbeta heltid ett helt arbetsliv och kunna vara jämställda i ansvaret för hem och barn. Det innebär att organiseringen på arbetsplatsen måste göras för att skapa goda arbetsmiljöer i alla branscher, så att både kvinnor och män orkar arbeta heltid ett helt arbetsliv. Detta beskrivs närmare i ett underlag för testet med referenser och reflektionsfrågor (118)⁴⁸.

⁴⁶ [Friska företag i alla branscher, Hälsa och framtid](#)

⁴⁷ [Organisera för en jämställd miljö.](#)

⁴⁸ [Kopplingen mellan Bemanning, Organisation och Arbetsmiljö.](#)

För 25 år sedan var välfärdsyrken som lärare och sjuksköterskor bland de mest hälsosamma för kvinnor i Sverige. I dag är det inte så. Det är inte kärnuppgifterna som är fel på. Det handlar i stället om:

- Nya former av styrning.
- Ökade krav som gör att arbetet blir för intensivt när det ska göras på heltid ett helt arbetsliv.
- Jobben har blivit allt svårare att anpassa till individers varierande arbetsförmåga.
- Allt mer administration och dokumentation som tar tid från det huvudsakliga arbetet med människor.

7.7.3 Friska arbetsplatser för alla åldrar

Vi blir allt friskare, lever allt längre och arbetar i allt högre ålder. Fler äldre i arbetskraften är positivt för ekonomin eftersom produktiviteten ökar och näringslivet kan utnyttja kompetent och erfaren personal under längre tid (119)⁴⁹. Människor som trivs i sitt arbete och med sina arbetsuppgifter förminskar sina hälsoproblem och arbetar kvar trots sin sjukdom, medan de som ogillar sina arbetsuppgifter och sin arbetssituation överdriver sina hälsoproblem och går i pension tidigare (120, 121). Dessutom kan en hälsosam livsstil med fysiska, mentala och sociala aktiviteter förhindra att äldre medarbetare får sämre hälsa och arbetsförmåga. Detta gäller särskilt för dem med kroniska sjukdomar. Att minska på arbetstiden successivt med tilltagande ålder och gå i pension gradvis snarare än att ge sitt yrkesliv ett abrupt slut, har visat sig vara bättre för hälsan, eftersom det ger människor möjlighet att göra förändringar i sin livsstil (122). Att ha kontroll över tidpunkten och sätt att gå i pension gör det enklare att planera för nya livsval. Även det hade en positiv inverkan på mental hälsa och välbefinnande, som kvarstod efter pensioneringen.

Vilken drivkraft man har för att fortsätta arbeta spelar roll. Det är betydligt bättre för äldres hälsa om de fortsätter att arbeta för att de vill än att de känner sig tvingade av ekonomiska skäl. Men för att den äldre arbetskraften ska må bra och vilja arbeta högre upp i åldrarna behöver man ta hänsyn till hur åldrandet påverkar hälsan och kapaciteten att arbeta. Chefers och organisationers attityder till äldre medarbetare har visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för äldres möjlighet att stanna kvar på arbetet. En negativ attityd och en stereotyp bild av äldre som stagnerat och är en belastning, medverkar till att man vill sluta tidigare, liksom annan diskriminering än den utifrån ålder. I sammanställningen finns även konkreta råd och rekommendationer till arbetsgivare, för att underlätta för äldre medarbetare att stanna kvar i arbete med god hälsa.

Generellt behöver äldre arbetstagare mer vilotid och en avvägd arbetstakt för att upprätthålla god hälsa. Arbetsgivarnas stöd är till stora delar avgörande för om äldre arbetstagare har en möjlighet att förlänga arbetslivet.

⁴⁹ [Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar.](#)

Om arbetsgivaren har en positiv attityd och värderar äldre arbetstagares erfarenhet och kunskap ökar viljan att stanna kvar i arbetet. Åldersdiskriminering av medarbetare och förutfattade meningar om ålderns betydelse har signifikant samband med förtida pensionering, särskilt för män (123). Äldre medarbetare kan t.ex. få mindre möjligheter till kompetensutveckling och får mer sällan ingå i nya projekt och satsningar.

Prova alternativa sätt för lärande. Äldre medarbetare kan mycket väl lära sig nya färdigheter i arbetet. Det hänger ofta ihop med tron på sin egen potential att lära nytt. Rädsla, stress och utmattning inför att lära nytt såsom IT-teknik är ett välkänt skäl för förtida pensionering.

När ny information också presenteras på ett helt nytt sätt, då det tar längre tid för äldre att kognitivt strukturera och organisera informationen för att utifrån det lära och agera. För att göra lärande och ny information mer stressfri för äldre, är det viktigt att utveckla metoder som är anpassade och tar hänsyn till deras tidigare erfarenheter. Exempel på sådan anpassning kan vara erfarenhetsbaserad inläring, fler pauser och organisering av arbetet så att det innebär kontinuerligt lärande.

Arbetsgivaren kan göra mycket för att förlänga och förbättra de anställdas arbetsliv (14)³. Systematiskt arbetsmiljöarbete gynnar alla och det kan bidra till att alla bevarar sin arbetsförmåga och till att äldre vill och kan arbeta längre.

Att skaffa och använda en bra och välutrustad företagshälsovård som en stödjande och aktiv resurs i hälsoarbetet, är en annan rekommendation. Arbetsgivaren kan också bidra med stimulerande arbetsupplägg och organisatoriskt stöd till de anställda för att stärka deras resiliens, dvs. förmåga att hantera påfrestningar på ett hållbart sätt.

7.7.4 Unga kvinnor och stress

I KART-studien var det betydligt vanligare med allvarligare stressrelaterat tillstånd (AST) bland de unga kvinnorna (18-34 år), jämfört med andra åldersgrupper för såväl män som kvinnor (124)⁵⁰. De upplevde även en mer påfrestande situation såväl i arbetet som privat jämfört med äldre. Under hela studien har skillnaden mellan olika yrkesgrupper varit slående och där medicinska sekreterare och undersköterskor har haft den mest ogynnsamma situationen, sett till såväl stressrelaterad ohälsa som psykosocial arbetsmiljö (74)¹⁹.

Stressade unga kvinnor är pressade mellan traditionellt kvinnliga roller och yrkeslivets växande krav på självständighet och kompetens. En genusmedveten och hälsofrämjande intervention ökade deras förmåga att hantera stressen, men att satsa på goda arbetsmiljöer minskar risken för långvariga besvär (125)⁵¹.

⁵⁰ [ISM-rapport 8, Delrapport KART.](#)

⁵¹ [Skapa rum.](#)

Detta är slutsatsen i en avhandling, där man forskat på stressade unga kvinnor, både studerande, arbetslösa och ute i jobb, som gick en kurs i stresshantering för att lära sig bemästra sin oro kring vuxenblivande och inträde i yrkeslivet. Exempel på påfrestningar som de unga kvinnorna upplevde var oro för framtida arbetsliv, att leva upp till krav på självständighet och kompetens, samtidigt med traditionella förväntningar på kvinnorollen och rådande normer om vad femininitet är. Vad som framgick i studien var bland annat hur de unga kvinnorna genom strikt kontroll av mat och träning försökte uppnå samhällsideal. Det fanns också en rädsla för att bli psykiskt sjuk, utveckla ätstörningar eller att inte orka med arbetslivet.

Stresshanteringskurserna var avlastande då man kunde känna igen sin egen situation i andras och hitta strategier för det personliga förhållningssättet bland annat genom medveten närvaro, avslappning och massage. Samtidigt betonas i avhandlingen viktiga insatser på arbetsplatsen såsom;

- Att arbetsledaren är uppmärksam på att arbetsbördan blir rimlig
- Att det ges möjlighet till inflytande
- Introduktionsprogram och mentorskap
- Att arbetsledaren tar tecken på stress på allvar
- Att företagshälsovården är närvarande och aktiv

I en annan studie som vände sig till högutbildade unga män och kvinnor, upptäckte man stora skillnader i både hälsa och arbetsmiljöfaktorer (126), trots att det handlade om väldigt homogena grupper. De unga kvinnorna skattade en sämre hälsa och upplevde i större utsträckning höga krav, mer stress och mindre energi. Man visade bland annat på de synergieffekter som uppstod i mötet mellan ambitiösa, högutbildade kvinnor och en arbetsmiljö där de översköljs av krav och möjligheter och som ledde till överbelastning och stress.

8 ORGANISATORISK OCH SOCIAL ARBETSMILJÖ

ISM bedriver forskning och kunskapsspridning inom det stressmedicinska området, från hälsofrämjande och förebyggande till behandling. I det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har fokus hela tiden legat på den psykosociala arbetsmiljön. Med Arbetsmiljöverkets nya föreskrift (127)⁵² blir begreppet ”Organisatorisk och social arbetsmiljö” ett viktigt komplement till det psykosociala perspektivet, då det beskriver de organisatoriska villkor och förutsättningar som på ett övergripande plan styr och reglerar anställdas möjligheter att utföra sitt arbete. Man kan uttrycka det som ramfaktorer för den psykosociala arbetsmiljön. Med organisatorisk arbetsmiljö menas de villkor och förutsättningar för arbetet som inkluderar ledning och styrning, kommunikation, delaktighet och handlingsutrymme, fördelning av arbetsuppgifter samt krav, resurser och ansvar. Med social arbetsmiljö menas hur vi påverkas av de personer som finns runt omkring oss i arbetet. Nedan kommer den organisatoriska och sociala arbetsmiljöns dimensioner att presenteras mer detaljerat.

Ambitionen med denna rapport är att den skall underlätta arbetet utifrån den nya föreskriften, utan att missa viktig kunskap från det psykosociala forskningsfältet. Åtgärder på arbetsplatsen, främst av förebyggande men även underlättande karaktär, ökar även möjligheten att inte hamna i en långtidssjukskrivning och lättare återgå till arbete efter en sjukperiod (128). Att insatser på arbetsplatsen är nödvändiga för att främja arbetsåtergång, har blivit allt tydligare. De få studier som finns om arbetsåtergång vid psykisk ohälsa, ger inget enkelt svar på frågan vilken som är den bästa åtgärden för en lyckad och effektiv arbetsåtergång, men en sak är dock säker; arbetsplatsen måste vara involverad (113)⁴². Därmed kan man slå fast att en god organisatorisk och social arbetsmiljö är av största vikt oavsett om man arbetar utifrån ett hälsofrämjande, förebyggande eller rehabiliterande perspektiv.

8.1 Ledning och styrning

Att chefer påverkar arbetsmiljö, välbefinnande, stress och arbetsprestation är väl känt. Chefer påverkas i sin tur av vilka organisatoriska förutsättningar som finns för ett gott ledarskap. En viktig förutsättning är att chefer och arbetsledare har kunskaper om hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning, men också förutsättningar att omsätta dessa kunskaper i praktiken. Med förutsättningar menar man bland annat tillräckliga befogenheter, en rimlig arbetsbelastning och stöd i rollen som chef eller arbetsledare (129)⁵³.

⁵² [Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4](#)

⁵³ [Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrift 2015:4.](#)

8.1.1 Tydliga mål

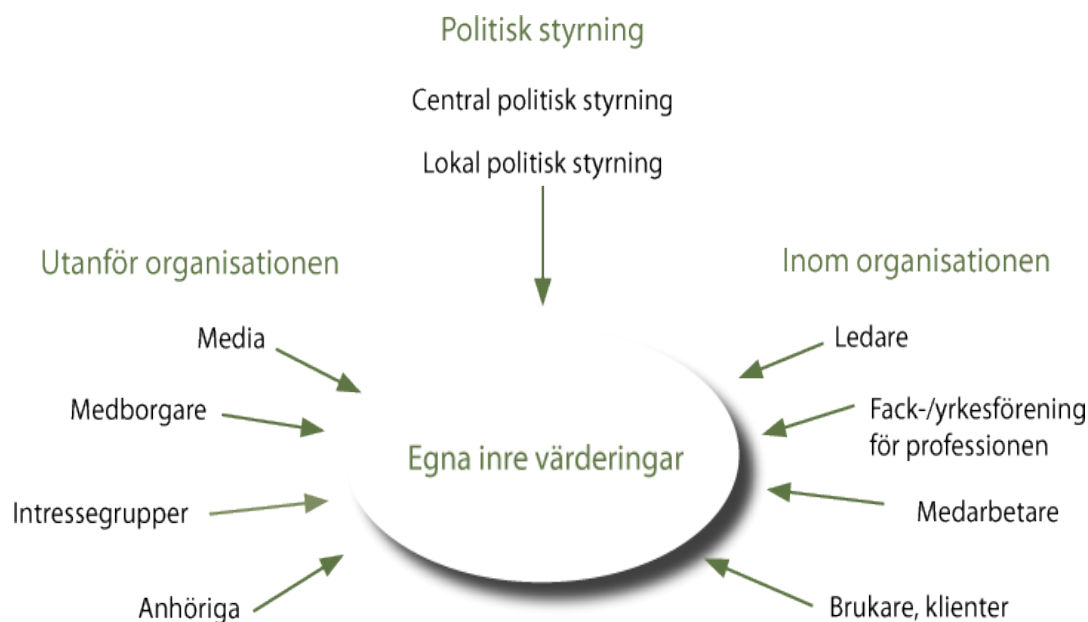
Att målformuleringen för arbetet är tydlig och känd för alla är viktigt för att bibehålla arbetsmotivation och hälsa på arbetsplatsen. Måltydlighet är en viktig friskfaktor för ökad stabil närvaro (max sju dagars sjukfrånvaro per år) (130). Om målen är otydliga kan det istället utgöra ett krav i arbetet, genom att det kan vara oklart vilka resultat som ska uppnås. Det kan också handla om otydligheter kring hur eller på vilket sätt olika mål ska uppnås (131, 132)⁵⁴. Motstridiga krav kan handla om tolkningar av vad som behöver, kan och borde göras samt när och var det ska göras. Det kan även handla om när de beteenden som förväntas av en individ är inkonsekventa (133).

Organisationer med tydliga mål och förväntningar kan skapa gynnsammare förutsättningar för arbetet, stödja anställdas handlingsutrymme, det sociala kapitalet och förmågan att hantera arbetslivet, och därmed främja hälsa (134). I denna avhandling från Linköpings universitet, har man särskilt studerat hur organisationer av typen Lean påverkar hälsan på jobbet jämfört med mer traditionella organisationsformer. Lean handlar om resurshantering, effektivitet och ledning i organisationer. Syftet är att skapa mer värde med mindre arbete och en ständig förbättring. Men resultatet visar att formen av organisation inte spelar så stor roll. Det avgörande är just tydligheten, vilket bekräftas i HAKUL-rapporten (101)⁵⁵, där man konstaterar vikten av att målformuleringen för arbetet är tydlig och känd för alla, då det har betydelse för att bibehålla arbetsmotivation och hälsa på arbetsplatsen.

Kännetecknande för arbetsmiljöer inom vård och omsorg är att de är klientorienterade och politiskt styrda (52). Där finns målkonflikter utifrån olika intressenter och konflikt kan även uppstå gentemot de egna värderingarna (figur 11). De anställdas hälsa kan påverkas av deras egna förväntningar och måluppfyllelsen i form av kvaliteten i arbetet. Dålig överensstämmelse vad gäller målnivån kan vara en avgörande mekanism för arbetsrelaterad stress bland personal i yrken inom social service (135).

⁵⁴ [Kvinnor och mäns arbetsvillkor.](#)

⁵⁵ [Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting, HAKUL](#)



Figur 11. Olika förväntningar utifrån intressenter i en politiskt styrd organisation. Modifierad utifrån (135)

Då är det särskilt viktigt att det finns en klarhet i rollerna, en hög grad av tillit och rättvisa samt ett välfungerande socialt stöd från ledning och kollegor (133). I CHEFiOS-studien som tittade på chefers organisatoriska förutsättningar inom kommunal verksamhet, konstaterades att det är ett komplext styrningslandskap som kommunala chefer på operativ nivå måste handskas med (136). Många vill vara med och utöva inflytande över verksamheten. Inte sällan lämnas chefen ensam med att prioritera bland otydliga och ibland motstridiga mål.

8.1.2 Tydliga roller

Tydliga roller i arbetet är en friskfaktor för en god arbetsförmåga (ingen sjukfrånvaro) (91). Det handlar om den anställdes förståelse för sin roll i arbetet, d.v.s. för arbetsuppgifternas innehåll, vad som förväntas utföras av medarbetaren samt vilka ansvarsområden som medarbetaren har. Rollokklarhet uppstår när det finns motstridiga tolkningar av vad som behöver, kan och borde göras samt när, var och hur det ska göras. Om rollerna är otydliga kan det uppstå osäkerhet och ovisshet bland de anställda kring arbetsfördelning och handlingsutrymme, vilket kan ge upphov till konflikter, låg involvering på arbetet och minskad produktivitet. Det kan även kopplas till stressrelaterade symtom, utbrändhet, symtom på depression och bristande trivsel. Om de handlingar och beteenden som förväntas av en individ snarare är inkonsekventa så handlar det om rollkonflikt. Rollkonflikter gör det svårt att på ett övergripande plan leva upp till de krav som ställs, vilket kan leda till stress hos den anställda och orsaka konflikter både med ledningen, andra anställda och i privatlivet.

8.2 Arbetsbelastning

Arbetsgivaren ska se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning, vilket innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet. Det gäller att arbetsgivaren är uppmärksam på den här typen av obalans, så att den inte upprepas eller blir långvarig, och därmed leder till ohälsa – med andra ord till ohälsosam arbetsbelastning (129)⁵³. Arbetsgivaren bör ta hänsyn till tecken och signaler på ohälsosam arbetsbelastning och vidta åtgärder genom att sänka kraven och/eller tillföra resurser.

Att minska arbetsmängd, ändra prioriteringsordning, variera arbetsuppgifterna, ge möjligheter till återhämtning, tillämpa andra arbetssätt, öka bemanning eller tillföra kunskaper är exempel på åtgärder för att förebygga ohälsosam arbetsbelastning. Arbetsgivaren bör även försäkra sig om att den teknik som används är utformad och anpassad till det arbete som ska utföras. Om obalansen består kan det leda till att arbetstagarna försöker kompensera på ett osunt sätt med ökade risker för ohälsa. Det kan handla om att jobba hårt och länge med risk för att överanstränga eller skada sig eller om att ta genvägar som innebär säkerhetsrisker. Krav som inte åtföljs av motsvarande resurser kan uppstå utifrån de nya förutsättningar som beskrivs i senare avsnitt (sid 78) kring gränslöst arbete (137, 138).

8.2.1 Tecken på obalans

Obalans kan märkas på såväl individnivå, som på arbetsplats- och organisationsnivå. Exempel på detta kan vara:

- Låg kvalitet eller sen leverans av arbetsresultat
- Konflikter, samarbetssvårigheter, kränkningar
- Sjukfrånvaro och sjuknärvaro
- Hög personalomsättning
- Olyckstillbud
- Övertidsarbete, hoppar över lunch och rast
- Värk, sömnbesvär, magont
- Bristande motivation, nedstämdhet, irritation
- Försämrade koncentrationsförmåga, glömska, svårare att komma igång, ta initiativ, fatta beslut

Ett viktigt råd till chefer är att i praktisk handling visa sitt intresse för varje medarbetare, att vara lyhörd för signaler på hög stressbelastning och att uppmuntra till återhämtning. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och organisatorisk och/eller social arbetsmiljö. Därför behöver man både stödja de enskilda medarbetarna, men också se över de organisatoriska förutsättningarna för arbetet. I forskningsprojektet FHV NySam, som pågick inom Västra Götalandsregionen 2013-2016, studerade man hur chefer, FHV och HR fångade upp och åtgärdade svaga signaler (41)⁶. Svaga signaler är vaga tecken på att något kan vara på gång. Det kan handla om att en medarbetare uttrycker oro eller missnöje, eller uppvisar symtom på

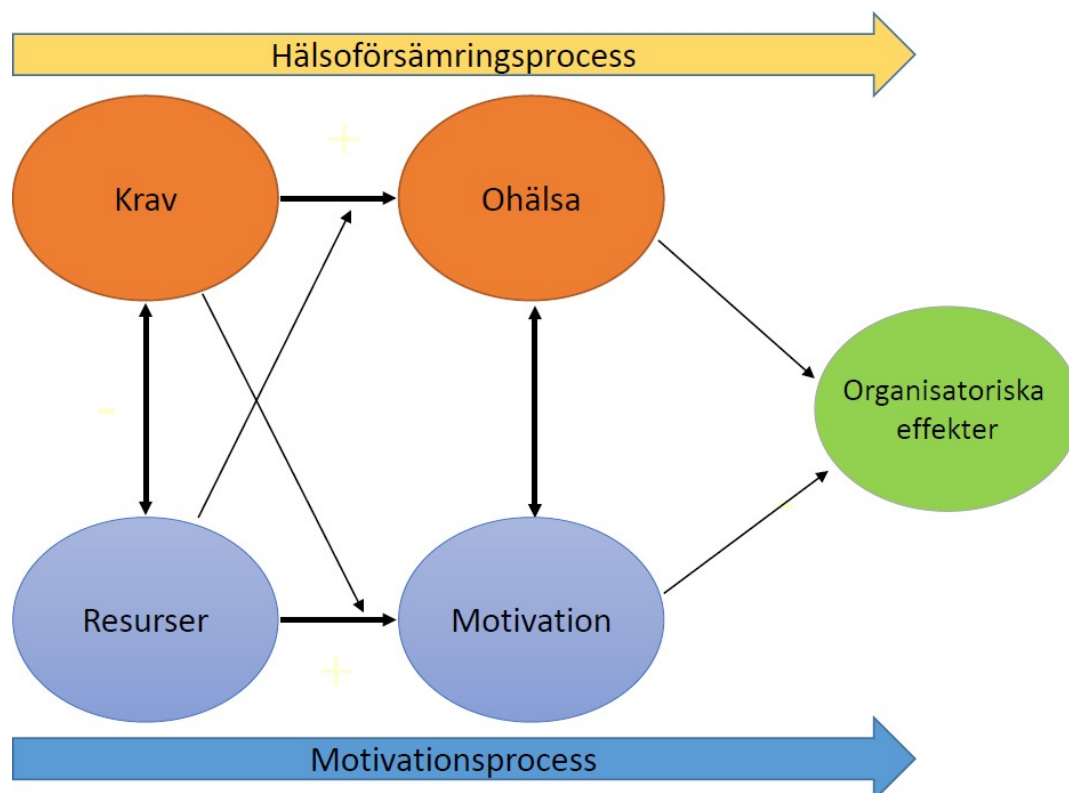
att inte må bra. Chefer som är närvarande och nära sina medarbetare ser att något är på gång och är beredda att sätta in åtgärder till stöd för den enskilde individen. FHV blir kontaktad av chef eller medarbetare direkt. Chefer, HR och FHV möts för att prata om åtgärder, men oftast utifrån hur man kan stötta den enskilda medarbetaren. Detta beskrivs närmare på sid 33, där det även ges konkreta råd på hur man kan göra för att tillsammans kunna lyfta blicken och betrakta den samlade informationen ur ett organisationsperspektiv.

8.2.2 Etisk stress

Etisk eller moralisk stress har definierats som stress som uppstår när man vet vad som vore det rätta att göra, men där det finns förhållanden i organisationen som omöjliggör detta (139). Ofta hör det ihop med en obalans mellan efterfrågan/behov och resurser, som gör att man tvingas prioritera på ett sätt som går stick i stäv med egna värderingar. Många medarbetare inom den offentliga sektorn befinner sig i ett korstryck utifrån olika förväntningar: egna, från lagstiftningen och etiska regler, från chefer, kollegor, samverkansparter och från de hjälpsökande själva (140).

8.2.3 Om krav och resurser

Arbetsmiljöverkets föreskrift (127)⁵² baseras på etablerade teorier och bygger till stora delar på en teoretisk modell som beskriver centrala aspekter av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Jobb-Krav-Resurs (JD-R) modellen innebär att man analyserar arbetsvillkor utifrån balansen mellan krav och resurser.



Figur 12. JD-R modellen utifrån Bakker & Demerouti, 2007, Linda Corin

I modellen definieras krav i arbetet mer precist som:

”Negativt värderade fysiska, psykologiska, sociala och organisatoriska aspekter som kräver en uthållig fysisk och/eller psykologisk (kognitiv och emotionell) ansträngning och som därför är relaterad till särskilda fysiska och/eller psykologiska kostnader”

Översättning från (141) sid 86 med tillägg utifrån (142). Det innebär att ett brett spektra av faktorer kan ingå i begreppet krav, och att detta kan vara olika i olika verksamheter. Exempelvis har man pekat på fysisk arbetsbelastning såväl som konkret tidspress och emotionell problematik som krav (143-147). Med krav menas således faktorer som belastar arbetstagaren och kräver ansträngning för att hanteras. Se även särskilt avsnitt om krav.

Resurser i arbetet utgörs å andra sidan av:

”Positivt värderade fysiska, psykologiska, sociala och organisatoriska aspekter som är (1) funktionella för att nå arbetets mål; (2) reducerar arbetets belastningar och de relaterade fysiska och psykologiska kostnaderna; (3) stimulerar till personlig utveckling”

Översättning från (141) sid 86 med tillägg utifrån (142). Exempel på resurser har i tidigare forskning varit återkoppling från högre chef, kontroll i arbetet, möjlighet till stöd i organisationen och inflytande (146). Detta behandlas ytterligare i separata avsnitt.

Modellen från att krav och resurser orsakar två olika huvudsakliga processer, där krav i arbetet påverkar (o)hälsa i ett bredare perspektiv, medan resurser snarare påverkar prestation, motivation och engagemang. Nyare studier visat på interaktioner mellan dessa processer där resurser till exempel har visat sig skydda mot hälsoproblem. Huvudprocesserna är dock de starkaste. Sammantaget påverkar krav och resurser genom dessa processer en rad organisatoriska utfall såsom personalomsättning, sjukskrivning, arbetsskador och effektivitet (148).

8.3 Krav

Med krav menar vi hur fysiskt och psykiskt belastande arbetet är. Det handlar om arbetsmängd, personalresurser, tidspress, känslomässigt engagemang och om det förekommer konflikter på arbetsplatsen. Krav kan beskrivas som ”hur hårt en person arbetar”, t.ex. hur mycket som produceras per tidsenhet eller hur många patienter som behöver hjälp. Men krav kan också röra sådant som koncentration, uppmärksamhet, rolltydlighet eller känslomässigt engagemang (113)⁴². Psykologiska krav används ofta som benämning på den psykologiska belastningen i arbetet och kan omfatta bland annat tidspress men också avse hur intensivt en person förväntas arbeta. Psykologiska krav kan även inkludera aspekter som relaterar till grad av komplexitet eller svårighet i arbetet (115)⁴⁵. Krav i form av arbetsrelaterad stress omfattar vanligen en allmän och övergripande upplevelse av att arbetet är pressande och tidspressat. Arbetsrelaterad

stress kan också inkludera överbelastning och stressande händelser i arbetet. Arbetsrelaterad stress är alltså en beskrivning av arbetet som stressande i bred mening. Vad som utgör ett krav respektive en resurs i arbetet är inte alltid självklart. Enligt definition utifrån JD-R modellen är krav negativa aspekter i arbetet som kräver ansträngning för att hanteras. Det finns dock krav som i lagom dos och under rätt förutsättningar snarare visar sig utmana och engagera oss i arbetet. Det kan till exempel handla om hög arbetsbelastning, angelägen tidspress och ansvar. Denna typ av krav blir då snarare en tillgång och resurs i arbetet som kan stimulera oss och stärka vår personliga utveckling och karriär (14, 149-151)³.

8.3.1 Kvantitativa krav

Kvantitativa krav handlar om hur mycket man ska uppnå på sitt arbete, alltså mängden arbete som ska utföras inom en viss tidsram. Det finns ett tydligt samband mellan höga kvantitativa krav och risken att rapportera hög stressnivå, konflikt mellan arbete och familj samt symptom på utbrändhet. Höga kvantitativa krav kan påverka fritids- och familjelivet, då man eventuellt måste stanna längre på jobbet eller jobba vidare när man väl är kommit hem och det kan leda till att vi ger avkall på viktig återhämtning genom att exempelvis hoppa över raster. Ökade kvantitativa krav kan bli problematiska, då de kan leda till att man blir tvungen att kompromissa med kvaliteten eller måste bortse från fastlagda deadlines och/eller säkerhetsregler (152, 153).

8.3.2 Kognitiva krav

Kognitiva krav kan exempelvis handla om komplexa arbetsuppgifter och krav på koncentration och uppmärksamhet, vilket även kan vara stimulerande och ge utrymme för egna överväganden och beslut (60). Exempel på kognitiva krav kan vara att "hålla många bollar i luften", sammanfatta, lösa oväntade problem och lära nytt (129). Kraven ökar ju mer information det handlar om och ju otydligare och mer komplicerad och motsägelsefull informationen är. I ett arbete med höga kognitiva krav är den rumsliga och akustiska miljön extra viktig, vilket kräver extra omsorg exempelvis vid planeringen av aktivitetsbaserade kontor. Om vi tvingas använda stor del av vår arbetskapacitet till att tolka och värdera information som vi kanske vare sig behöver eller önskar, stör det vår koncentration, vilket kan leda till irritation och i värsta fall konflikter (60).

8.3.3 Emotionella krav

Emotionella krav är vanligen krav som innebär att en individ behöver anpassa och hantera sina känslor och hur de uttrycks i olika arbetssituationer. Det kan exempelvis handla om att behöva hålla tillbaka egna känslor eller ge uttryck för vissa känslor och hålla tillbaka andra (129). Kontakter med arbetskamrater, klienter och kunder kan föra med sig stora känslomässiga krav i arbetet. Särskilt på arbetsplatser där de anställda på olika sätt hanterar klienter/patienter kan de känslomässiga kraven vara mycket höga. Risken att drabbas av stressrelaterad ohälsa är större på arbetsplatser med höga känslomässiga krav (154, 155). I arbetsmiljöverkets författningssamling (127)⁵², tas

särskilt upp arbetsuppgifter som benämns starkt psykiskt påfrestande. Det kan handla om att bemöta människor i svåra situationer, exempelvis människor med svåra sjukdomar, i misär, med stort hjälpbehov, i kris eller som är utsatta för hot och våld. Det kan även handla om att fatta svåra beslut, som man vet kommer att drabba människor allvarligt. Det kollegiala stödet, till exempel i form av återkommande möten för reflektion och utveckling, är en bra grund för att hantera sådana situationer. Men det kan även behövas annat som anpassade verktyg, arbetssätt, förhållningssätt, handlingsplaner med mera. Ett sätt att öka förmågan att hantera starkt psykiskt påfrestande arbete är genom särskilda informations- och utbildningsinsatser.

Vilket stöd som behövs måste väljas utifrån hur arbetet ser ut eller vad den specifika situationen kräver. Organisering inom sjukvården som medger emotionell bearbetning ger mindre stresspåverkan och bidrar till ökad patientsäkerhet (156).

8.3.4 Fysiska krav

Krav i den fysiska arbetsmiljön kan exempelvis handla om temperatur, luftkvalitet och platsen där arbetet utförs och kan även påverka upplevelsen av andra krav. Ett exempel är störande ljud/buller, som kan vara tröttnande och irriterande, men som även kan försvåra möjligheten att uppfatta och tolka signaler från omgivningen, vilket gör det kognitivt belastande.

8.3.5 Insatser för att skapa rimliga krav

Det handlar om att skapa en rimlig arbetsbelastning (fysiska och psykiska krav), att inte ställas inför svårförenliga krav samt att ge möjlighet till återhämtning. Därför är det viktigt att sträva efter en överensstämmelse mellan arbetets krav och individens kompetens, att erbjuda kompetensutveckling och bygga in tid för reflektion och lärande i det dagliga arbetet. Som chef är det viktigt att delta i diskussioner med de anställda och lösning av konkreta problem samt att anpassa arbetet efter individens förmåga (102). Lika viktigt är att arbeta långsiktigt och skapa tydliga mål samt agera aktivt och offensivt uppåt i organisationen och utåt mot kunder och uppdragsgivare för att föra en dialog om mål samt konsekvenser och prioriteringar när resurser brister.

8.4 Kontroll i arbetet

I AFS 2015:4 (127)⁵² beskrivs delaktighet och handlingsutrymme, som viktiga resurser för en rimlig arbetsbelastning.

En huvudprincip för det hälsofrämjande arbetet är egenmakt (empowerment), som kan ses som en process för att ”möjliggöra för människor att ta mer kontroll över sina liv” (157). För den enskilde handlar det om att ha kontroll över sin situation och möjlighet att påverka, att det både finns en känsla av handlingsförmåga och en möjlighet till handlingsutrymme. Egenmakt utvecklas genom lärande där de berörda är aktiva deltagare samt genom exempelvis organisatoriskt och strukturellt stöd för att skapa ett handlingsutrymme (158).

Med kontroll över arbetet menas en anställds möjlighet att påverka hur och när arbetet utförs, inflytande på organisationen samt möjlighet att använda sin kunskap och erfarenhet (113)⁴². Det kan handla om att ha kontroll över själva arbetet (uppgiftskontroll), exempelvis att man kan påverka hur arbetet skall utföras, vilka arbetsuppgifter man skall utföra, i vilken ordning dessa skall tas, när arbetsuppgifterna skall utföras och när man får ta paus. Det handlar också om att ha inflytande över sina arbetstider, att man kan ge förslag till förändringar och att man kan delta i beslut inför förändringar. Kontroll kan även handla om att ha och få lov att utveckla en relevant kompetens för att kunna ta kontroll över oväntade situationer. Därtill inbegrips utvecklingsmöjligheter i arbetet det vill säga i vilken utsträckning anställda har möjlighet att förvärva nya kunskaper och färdigheter på arbetet och utvecklas i sin yrkesroll. Detta brukar även ingå i det vi kallar belöning, där erkännande är en viktig komponent.

8.4.1 Konsekvenser av kontroll

Egenmakt (empowerment) har visat sig ha samband med självskattad hälsa och utbrändhet (159). Störst hälsoeffekt hade det när det kombineras med socialt stöd på arbetsplatsen. Kvinnor och män med hög grad av egenmakt hade bättre självskattad hälsa och lägre grad av utbrändhet, än kvinnor och män med låg grad av egenmakt. Ett högt inflytande eller kontroll i arbetet kan bidra positivt till ökad självkänsla och som en faktor i medarbetarnas kompetensutveckling. I en arbetsgrupp kan inflytande bidra till att en oväntad situation löses smidigt. Ett lågt inflytande är däremot tydligt kopplat till upplevd stress, utbrändhet, hög sjukfrånvaro, tidig pension, hjärt-och kärlsjukdomar och många andra negativa konsekvenser. Speciellt är riskerna höga i arbeten där det finns en kombination av höga kvantitativa krav och låg kontroll. God kontroll minskar risken för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa (113)⁴².

I KART-studiens alla undersökningsomgångarna fann man ett samband mellan krav respektive kontroll och symtom på utbrändhet, dvs. höga krav respektive låg kontroll/påverkansmöjlighet var förknippat med ökad grad av utbrändhet. Detta gäller även sedan man i analysen tagit hänsyn till en rad andra relevanta faktorer (74)¹⁹. I många studier har dock höga krav visat sig vara den viktigaste faktorn när det gäller samband med stressrelaterad ohälsa, medan i andra har graden av kontroll, och särskilt påverkansmöjlighet, varit minst lika viktig. Det verkar däremot inte som om en hög grad av egenkontroll kan kompensera för (eller buffra) höga krav (160, 161).

Goda utvecklingsmöjligheter påverkar självkänslan positivt och kan vara en bidragande faktor till en välfungerande organisationskultur. Konsekvenserna av få utvecklingsmöjligheter blir ofta värre av lågt inflytande, upprepade arbetsuppgifter och högt arbetstempo. Kännetecknande för kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro är att det finns möjligheter för personalen att – utöver verksamhetens omedelbara och direkta behov – få individuella önskemål tillgodosedda i samband med personalutbildning och utveckling (99)³³. Att den som själv kan styra över sitt arbete mår bättre konstaterades i en avhandling (134), som handlar om vad som krävs för att

man skall må bra på jobbet. Men ett självständigt arbete är bara bra under förutsättning att du vet vad du ska göra och vilka förväntningar du har på dig. Om detta är otydligt har du ingen glädje av en hög egenkontroll av arbetet. Då blir det snarare en belastning som riskerar gränslöshet i arbetet istället för en resurs. Kontroll, variation, autonomi och tydlighet som medger handlingsutrymme är avgörande faktorer för en positiv hälsa.

8.4.2 *Insatser för att stärka delaktighet*

Insatser för att stärka delaktigheten innebär att med olika medel öka medarbetarnas möjligheter till kontroll och inflytande över sin arbetssituation. Det innefattar att skapa förutsättningar så att medarbetarna kan påverka vad som skall göras, hur det skall utföras samt ges möjlighet att lära sig saker och utvecklas i arbetet. Kontroll kan även handla om att ha och få lov att utveckla en relevant kompetens för att kunna ta kontroll över oväntade situationer.

Det handlar också om att ha inflytande över sina arbetstider, att man kan ge förslag till förändringar och att man kan delta i beslut inför förändringar. Kännetecknande för friska företag (85)²⁶ är att ledningen förväntar sig på ett tydligare sätt att de anställda skall vara delaktiga. Dessa företag har oftare uttalade strategier för att göra de anställda mer delaktiga i form av arbetsgrupper som diskuterar antingen verksamhetsutveckling, förbättringar av arbetsmiljön eller värderingar som är viktiga för företaget. En av drivkrafter bakom viljan att göra personalen delaktig är strävan efter ständiga förbättringar, antingen av verksamheten i sig eller i form av säkerhetstänkande för att minska olyckor och tillbud.

Utrymme för idéer om förbättringar ses också som en viktig faktor för kamratskapet och påverkar känslan av delaktighet. I dessa friska företag har man ofta lyckats bygga in rutiner för att kontinuerligt förbättra verksamheten genom diskussioner i arbetsgrupper. Man har även lyckats förankra visioner och affärsidéer i företagets traditioner och värderingar. De friska företagen lägger också ner mer tid och möda på att bättre förankra breddning av arbetsuppgifter som de anställda ska utföra. Ett av syftena med denna breddning är att öka flexibiliteten. Breddning av arbetsuppgifter har i flera studier visat sig ha ett positivt samband till medarbetarnas hälsa. Medarbetarna föredrog när linjecheferna använde sig av medarbetarinflytande för att involvera dem. Dessutom utvecklades deras yrkeskunnande genom denna delaktighet. Detta gällde i synnerhet i arbetsgrupper som bildats för att utveckla det dagliga arbetet och där man kunde påverka beslutsprocessen. Viktigt var att roller och ansvar var tydliga för alla inblandade. Skillnaden mellan företag med låg respektive genomsnittlig frånvaro handlar om nyanser och tendenser och detta gäller även delaktighet. De flesta företag med genomsnittlig långtidssjukfrånvaro arbetar med delaktighet men de med låg långtidssjukfrånvaro gör det i större utsträckning och mer strukturerat. En annan studie bekräftar att ju djupare, bredare integrerad delaktighet desto större grad av arbetstillfredsställelse och ”commitment”.

Flera av delprojekten inom SAMS-projektet i Göteborgs kommun handlade om att utveckla arbetsprocesser och arbetsuppgifter (32)⁵⁶. Övergripande mål var att öka medarbetarnas inflytande och ansvar i förbättringsarbetet, utveckla kommunikation, samverkan och planeringsprocesser. Ofta startade man med en kartläggning som skedde genom datorstöd, gruppdiskussioner, flödesdiagram och externa konsulter för att fortsätta föra samtal och reflektion med hjälp av synliggörande diagram. Medarbetarna utbildades i bl.a. dator/IT-användning, i förändringsarbete och i arbetsmiljöarbete. I vissa projekt fanns riktad handledning och utbildning av skyddsombud till ”förbättringsledare”.

Genom att förändra arbetstid och arbetsflöde hoppades man ge personalen mer tid för återhämtning samtidigt som det gav verksamheten en ekonomisk vinst genom minskade sjukskrivningskostnader, alternativt bättre utnyttjande av tiden. Dessa projekt hade en låg andel sjukskrivna redan i starten och ledde inte till minskad sjukskrivning. Däremot visade utvärderingen att medarbetarskapet, det vill säga den egna insatsen, engagemanget och arbetstillfredsställelsen, hade stärkts vid dessa satsningar. Man skattade även att man fått en mer realistisk syn på vad man kunde hinna och inte hinna med.

Theorell ger i sin kunskapssammanställning om delaktighet och hälsa (162)⁵⁷, exempel på en kontrollerad studie med syfte att höja chefers kompetens i psykosociala frågor. Programmet bestod i föreläsningar och diskussioner varannan vecka under ett år. Föreläsningarna kunde relateras till sitt praktiska sammanhang på avdelningen (ett försäkringsbolag) och diskussioner och erfarenheter under varje steg hade chans att sjunka in under ett tvåveckorsintervall. Föreläsningarna ägnades åt individen, gruppen, organisationen och förändringsprocessen. Resultatet visade att chefsprogrammet gjorde att medarbetarna upplevde sin hälsa mer positivt, exempelvis vad gällde förbättrade kontrollmöjligheter.

Att arbeta i team har många positiva effekter och kan stärka känslan av delaktighet, men ibland är det svårt att genomföra i praktiken. När man i ett område inom dansk äldreomsorg skulle införa teamarbete, gjordes en longitudinell studie, där man över tid studerade vilka faktorer som medverkade till att teorierna om teamarbete också fick genomslag i praktiken (163). Man studerade arbetsförhållande och välbefinnande innan insatsen och ville se hur dessa kunde leda till olika nivåer av delaktighet i förändringsprocessen samt hur medarbetarna ett och ett halvt år efter genomförandet av teamarbete rapporterade att det hade fått genomslag i praktiken. Studiens viktigaste slutsats var att de anställdas delaktighet i förändringsprocessen är avgörande för hur man upplever förändringen, vilket i sin tur är avgörande för förändringens resultat.

Om medarbetarna innan förändringen upplevde en hög självständighet och arbetstillfredsställelse var det mer troligt att man deltog aktivt i planering och

⁵⁶ [Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service och skola](#)

⁵⁷ [Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan](#)

genomförande av förändringen. Medarbetarnas upplevelse av välbefinnande och socialt stöd, hade en direkt koppling till de olika nivåer av delaktighet som man noterade. Dessutom ledde hög delaktighet och förändring i rutiner och arbetssätt mot ökat teamarbete till större självständighet, bättre socialt stöd och högre arbetstillfredsställelse efter det att förändringen mot teamarbete genomförts i praktiken.

8.5 Arbetsinnehåll

En åtgärd för att skapa balans mellan krav och resurser är att tillsammans gå igenom och klargöra arbetsinnehållet. Med arbetsinnehåll menas vilka arbetsuppgifter som ska utföras, förväntade resultat och arbetssätt. Här ingår även det som gäller prioriteringar och vem medarbetarna kan vända sig till för att få hjälp och stöd. De behöver även få veta vad de har rätt att avgöra själva. I praktiken är det vanligtvis närmaste chefen eller arbetsledaren som i dialog med arbetstagarna klargör alla delar i arbetsinnehållet. Det är viktigt att arbetsgivaren ser till att det blir möjligt för arbetstagarna att vid behov uppmärksamma eventuella oklarheter. Det kan exempelvis ske via regelbundna möten eller på annat lämpligt sätt.

8.5.1 Att skapa goda arbetsförhållanden

I studien "Hur skapas bra arbetsförhållanden" (102)⁵⁸, undersökte man hjälp av arbetsinnehållsanalys (ARIA) vilka faktorer som skapade bra respektive dåliga arbetsförhållanden. På arbetsplatser som hade fått en bra arbetssituation hade ledningen och de anställda en samstämmig bild av målen för verksamheten och vad som ingick i arbetsuppgiften. Några exempel på vad som skapade bra arbetsförhållanden var:

- Chefen deltar i diskussioner med de anställda och lösning av konkreta problem
- Individanpassad och tydlig arbetsfördelning
- Offensiv och långsiktig strategi för problemlösning
- Kollektivt ansvar för helheten, vilket innebär att man hjälps åt vid arbetstoppar

Ledningen hade en aktiv strategi genom dialog med de anställda, högre ledningsnivåer och andra aktörer, som kunder och samarbetspartners. Detta att jämföra mer kortsiktiga "ad-hoc-lösningar" och en mer passiv strategi. Cheferna hjälpte med andra ord inte bara till att i stunden prioritera om, utan arbetade också för genomförbara lösningar på problem i konkreta arbetsuppgifter, prioriteringar och funktionella rutiner. Detta skapade i sin tur en beredskap för förändrade krav och resurser. En viktig handlingsstrategi bland de anställda med goda arbetsförhållanden var förmågan att avgränsa sitt arbete, till exempel genom att använda sig av kollektiva strategier. Dessa hade inte bara en funktion utåt (mot kunden) utan också inåt. Strategier som byggde på en kollektiv identitet, att det inte är vars och ens ansvar utan "vi tillsammans" som ska

⁵⁸ [Hur skapas bra arbetsförhållanden](#)

lösa arbetsuppgifterna, bidrog till bra arbetsförhållanden genom ett socialt stöd i arbetet. På arbetsplatser med sämre arbetsförhållanden fanns det snarare en diffus uppfattning om ett kollektivt ansvar, som snarare gjorde att de enskilda medarbetarna kände ett så stort engagemang i arbetet att ansvaret upplevdes personligt. Ledningen beskrev hur de anställda gjorde för mycket och tog ett större ansvar än vad de förväntades.

Men de gjorde det av lojalitet mot kunder, klienter, patienter eller underställda. Dessa skulle drabbas om man bara höll sig inom ramarna för arbetet, vilket gjorde att det inte sågs som ett reellt handlingsalternativ för den anställde.

8.6 Gränslöst arbete

Gränslöst arbete kan förstås som arbete som är flexibelt i förhållande till tidsmässiga, rumsliga och organisatoriska gränser (137, 138, 164)^{59 60 61}. Det globaliserade och digitaliserade arbetslivet har enligt dessa tre olika trender; flexibilisering, individualisering och byråkratisering.

8.6.1 Ett flexiblare arbetsliv

Det sker en ökad avreglering av arbetstagare avseende såväl tid och rum som uppgifter, till syfte att få en snabbt anpassningsbar organisation. Den digitala tekniken gör det möjligt att vara tillgänglig överallt och hela tiden (165-167). Medan industrisamhället betonade fysisk närvaro under reglerad arbetstid som norm betonar det digitaliserade arbetslivet snarare att uppgifterna fullgörs, oavsett var och när, en form av uppgiftsorientering, snarare än arbetstidsorientering. Såväl arbetstid som arbetsintensitet tenderar att öka när gränserna blir mer diffusa (168-171). När flexibilitet innebär förväntningar på tillgänglighet utanför arbetstid kan det upplevas som mer stressande av kvinnor än av män (172).

När flexibilitet innebär att själv kunna välja när, var och hur arbetet skall utföras, kan det bidra till att öka den anställdes engagemang, produktivitet och arbetstillfredsställelse och minska frånvaro och personalomsättning (173, 174). På senare tid har det även blivit vanligare med anställning via bemanningsföretag och tillfälliga anställningsformer av olika slag (137)⁶⁰. Om flexibiliteten främst är organiserad utifrån organisationens villkor och behov kan det istället innebära negativa effekter i form av osäkra anställningsvillkor och ökad arbetsintensitet (175, 176). Personer med olika typer av anställningsvillkor som skall arbeta tillsammans på en arbetsplats kan orsaka spänningar mellan olika grupperingar och svårigheter som hänger samman med ansvar och resurser (137).

Otrygghet/osäkerhet i anställningen, definieras vanligen som en subjektiv upplevelse som speglar risken att förlora sitt nuvarande arbete (129). Faktorer som påverkar upplevelsen av anställningsotrygghet har dels med organisationen och ledningens

⁵⁹ [Gränslöst arbete. En forskarantologi Arbetsmiljöverket 2018:1](#)

⁶⁰ [Nya sätt att organisera arbete. En kunskapssammanställning Arbetsmiljöverket 2018:2](#)

⁶¹ [Vägledning om arbetsmiljöutmaningar i ett gränslöst arbetsliv](#)

agerande att göra. Bland organisationsfaktorerna kan socialt stöd ha stor betydelse, för att försöka förstå situationen och hur allvarligt hotet är. Yrke, utbildning och olikheter i hur vi hanterar svåra situationer, är exempel på individfaktorer som påverkar upplevelsen (177).

Det kan vara svårare för personer med tillfällig anställning, projektanställning eller anställning hos uthyrningsföretag att planera sitt framtida arbete men tillfälliga anställningar kan också vara en lättnad och led i nedtrappning efter ett långt arbetsliv om socialförsäkringarna ger trygghet (113)⁴².

8.6.2 Individualisering – att vara ”sin egen lyckas smed”

Individualiseringen innebär bland annat att den enskilde arbetstagaren får ett större ansvar att identifiera, definiera och strukturera sina arbetsuppgifter, men det ställs även höga krav på flexibilitet och förmåga att ställa om snabbt samt att ta ansvar för karriär- och kompetensutveckling (137, 171, 178, 179). Omfattande rörlighet skulle dock kunna göra arbetsgivare och arbetstagare mindre benägna att investera i kompetensutveckling, vilket kommer i konflikt med tesen om ”livslångt lärande” Normen är att arbetet ska vara roligt, utvecklande och meningsfullt (180). När arbetet (181) uppfattas som en persons förväntade intresse kan det vara lätt för medarbetaren att göra sig nåbar och uppkopplad gentemot kunder, kollegor och arbetsgivare även utanför arbetstid (168). Arbetstagare kan uppleva en förväntan på att göra sig synlig och arbeta på sitt eget personliga varumärke (182). Rätt nätverk och att uppfattas som social kan göra att en person uppfattas som mer trovärdig (183). Samarbete och kommunikation räknas som medel för att nå kreativitet och innovation (184). Sociala nätverk på internet innebär för många att den privata och yrkesmässiga sfären möts på en gemensam arena (179).

8.6.3 Arbetslivets byråkratisering

Denna trend är något av en kontrast till individualisering och flexibilisering. Den tar sig uttryck i att kontroll och styrning blir mer formaliserad och standardiserad (132). Den ökade fokuseringen på granskning och dokumentation tar ofta formen av New Public Management-metoder (NPM) som ska leda till högre effektivitet och produktivitet. Detaljstyrning av den operativa verksamheten begränsar arbetstagarens möjlighet att använda sin professionella kunskap i mötet med patienten/brukare, vilket kan sänka motivation och försämra den psykosociala arbetsmiljön (185). Flera av de faktorer som är tänkta att fungera som resurser såsom t.ex. stöd ifrån medarbetare, staber och tekniska hjälpmedel brister så pass mycket att de istället tenderar att utgöra ytterligare krav i chefernas arbete. Styrning i linje med NPM gör enligt CHEFiOS-studien att cheferna upplever sig allt mer klämda mellan organisationens styrning och medarbetarnas och verksamhetens behov. Det kan innebära målkonflikter svåra att hantera. Men hur de hanteras ser olika ut inom olika verksamheter. I en av CHEFiOS

många delstudier konstaterades att ekonomerna hade fått en nyckelroll i att med hjälp av ökade befogenheter följa upp de olika enheterna (186-188)^{62 63}.

När man jämförde vilket avtryck NPM gjort inom teknisk förvaltning jämfört med omsorgsverksamhet, fann man att denna styrning trängt djupare in i omsorgsverksamheten än i den tekniska verksamheten. Konsekvenserna av att försöka leva upp till ledningens krav hade i många fall lett till en mycket hög arbetsbelastning bland omsorgens chefer och anställda.

8.6.4 Förslag till åtgärder för organisationen

I forskarantologin om gränslöst arbete (138)⁵⁹, ges stöd för arbetet med att utveckla medarbetar- och ledarskap i gränslösa arbetssituationer, liksom i vägledningen (164)⁶¹.

- Utforma arbetet och ta fram riktlinjer för detta så att det går att förena individuell flexibilitet med samordning.
- Diskutera normerna för nåbarhet och tillgänglighet, vad som är avgörande för verksamheten respektive för medarbetarnas behov av ostörd fritid.
- Utbilda ledare och medarbetare i hur man skyddar sin integritet och undviker potentiellt skadlig digital exponering på sociala medier.

8.6.5 Att tänka på som ledare i gränslöst arbete

Ledare får här några råd som har särskilt fokus på gränslöst arbete (189)⁵⁹:

- Tydliggör övergripande verksamhetsmål samt målen för enskilda medarbetare.
- Var medveten om att du är en förebild och att det är hur du själv agerar, inte vad du säger, som skapar normerna och förväntningarna på arbetsplatsen.
- Mejla inte medarbetare utanför ordinarie arbetstid, såsom på vardagkvällar, helger eller semester. (Om du själv jobbar då kan du använda tekniken för att ställa in tiden när dina mejl ska skickas vidare.)
- Hjälp medarbetare att prioritera bland uppgifter när det behövs, ge avlastning vid hög belastning och fördela om arbetsuppgifter mellan medarbetare.
- Ge tydlig återkoppling på utfört arbete.
- Diskutera normerna för nåbarhet och tillgänglighet, vad som är avgörande för verksamheten respektive för medarbetarnas behov av ostörd fritid. Ta tillsammans med medarbetarna fram rutiner och riktlinjer som stödjer gemensamma gränsstrategier. Använd roterande tillgänglighetssystem om det behövs.

⁶² [ISM-rapport 14:1, Slutrapport CHEFiOS.](#)

⁶³ [Det kontrollerade chefskapet.](#)

- Använd medarbetarsamtal för att diskutera vad som främjar respektive hindrar välfungerande gränssättning och gränskontroll samt vilken typ av stöd som individuella medarbetare kan behöva från arbetsgivaren.

8.7 Aktivitetsbaserade kontor (ABW)

Idag genomförs olika former av flexibla och öppna kontorslösningar, med aktivitetsbaserade kontor som den mest uppmärksammade (171, 190)⁵⁹.

Aktivitetsbaserat kontor är ett paraplybegrepp som inbegriper såväl kombikontor som flexkontor. När man idag pratar om ABW menar man oftast flexkontor, vars kännetecken är att man inte har någon fast arbetsplats, utan väljer arbetsplats utifrån aktivitet, bland de olika zoner som erbjuds. Ett syfte är att ABW ska leda till besparingar för företagen i form av minskad kontorsyta och mer effektiv användning av befintliga ytor (191). Förespråkare för aktivitetsbaserade kontorslösningar kopplar denna ökade tillgänglighet till ökad kommunikation och högre grad av kunskapsutbyte över avdelnings- och professionsgränser, något som i sin tur antas främja kreativitet och innovation. Flera forskningsstudier har dock tagit upp mer problematiska sidor av tillgängligheten, till exempel att öppna kontorsmiljöer, dit ABW-kontor i varierande grad kan hänföras, innebär en exponering för bakgrundsljud och att detta stör den kognitiva förmågan och därigenom även prestationen (192-194). Arbetstagares behov av avskildhet har också uppmärksamats i relation till öppna och flexibla kontorsarrangemang (195).

Den forskning som hittills publicerats kring olika kontorstyper pekar i lite olika riktningar när det gäller effekterna av aktivitetsbaserade kontor på arbetsmiljö, välmående och produktivitet. Svenska studier har undersökt effekten av kontorstyp på hälsa och prestation, koncentration och kognitiv stress, och man identifierade cellkontor som särskilt lämpade till arbetsuppgifter som kräver djupgående koncentration medan flexkontor och öppna kontorslandskap befanns vara mindre väl lämpade (196, 197). En annan studie visade att prestationen och motivationen minskade i öppna kontorsmiljöer på grund av ljudnivån och den ständiga exponeringen för prat och bakgrundsljud (193).

I ett ABW-kontor förväntas arbetstagaren själv planera sin arbetsdag och på det viset även ha högre kontroll över sitt eget arbete. Detta förutsätter dock att arbetstagaren har förmågan att kunna leda sig själv (198). Organisatoriskt ledarskap får därmed också en annan roll i ABW-kontor (190). I stället för att detaljstyra blir ledarens roll att skapa förutsättningar för ett innovativt klimat och tillit, se till att arbetstagarna kan sköta sina uppdrag utan större hinder i ABW-kontoret, lösa olika typer av problem och uppmärksamma snabbt om någon har hälso- eller stressrelaterade problem. Även ledare behöver handledning i hur man leder självledande arbetstagare med ett nytt sätt att arbeta i ett ABW-kontor. Tillgänglighet, lyhördhet, engagemang, tillit samt stöttning och coachning förespråkas av chefer med erfarenhet från aktivitetsbaserade kontor (199). Dialogen med medarbetarna behöver utvecklas genom tätare avstämningar och kompletterande, korta medarbetarsamtal liksom alternativa

mötesformer och en tydlighet och målsättning som banar väg för medarbetarnas prestationer. Att skapa trygghet för medarbetarna så att de kan vara produktiva och effektiva i en gränslös miljö som den aktivitetsbaserade är A och O.

När man studerat olika verksamheter som flyttat till ABW, så har det stor betydelse om man flyttar från cellkontor eller någon form av öppet kontorslandskap (200)⁶⁴ Hur anställda upplever nya kontorslokaler beror förutom fysiska faktorer till stor del på om man haft en god förankring och implementeringsprocess (191, 201). I flera fall konstaterar man att medarbetarna inte utnyttjar de möjligheter att välja arbetsplats som finns eller arbetar hemma i större utsträckning (202). Den som föredrog att arbeta ostört satt i en avdelning för sådant arbete och bytte ogärna plats, oavsett uppgift. Rörligheten bland medarbetarna motsvarade alltså inte avsikterna med den fysiska miljöns utformning. Gemensamt för de kontor som uppvisade bäst resultat efter flytt till ABW, var att miljön var anpassad för de arbetsuppgifter som skulle utföras samt att medarbetarna utnyttjade det aktivitetsbaserade kontorets olika möjligheter på ett lämpligt sätt (198). Flera studier om kontorsmiljöer illustrerar betydelsen av att utgå från organisationens verksamhet vid utformningen av kontorslokaler. En slutsats blir att en kontorstyp inte behöver passa för alla verksamheter (137).

8.7.1 Råd vid övergång till ABW

KTH har studerat olika enheters flytt till flexkontor/ABW och dessutom tagit fram ett kunskapsunderlag kring goda exempel, dokument, projekteringsunderlag samt metoder och arbetssätt att driva och medverka i planerings- och projekteringsprocesser (204). Med dessa studier som grund ges följande råd:

- Ha en seriös och grundlig implementeringsprocess: Lägg ner mycket tid i början och fundera på vad är målet med förändringen?
- Utforska behov och aktiviteter och ta därefter beslut om ABW är rätt väg att gå. Vänd på resonemanget flera gånger.
- Få med dig ledningen och involvera medarbetarna och gå metodiskt tillväga, jobba både med mjuka värden och teknik.
- Ha en tvåvägskommunikation och ta hjälp av resurser inom och utanför organisationen för att granska och specificera. Ta del av tidigare erfarenheter.
- Beslutar om uppföranderegler.
- Ha gott om tid att analysera och involvera och låt en positiv inställning genomsyra hela projektet.
- För att ljudmiljön ska optimeras är det bra att ha en planlösning med separata ljudzoner.
- Det är också viktigt att ha rätt dimensionering av arbetsplatser.

⁶⁴ Sammanfattning av forskningsläget avseende ABW, på ISM:s hemsida

I forskarantalogin över gränslöst arbete (190)⁵⁹ och i vägledningen (164)⁶¹ ges bland annat följande råd när verksamheten planerar att flytta till aktivitetsbaserade kontor:

- Koncentrationskrävande arbetsuppgifter kräver stillhet. Se till att det finns god ljudmiljö, tillräckligt med tysta rum och utrymmen utan störande insyn.
- Ergonomiska faktorer har betydelse för anställdas hälsa och välbefinnande. Utvärdera dessa för att se vad som behöver åtgärdas och hur.
- ABW är ett papperslöst kontor. Skapa goda rutiner för att digitalisera allt material som används i verksamheten så att arbetstagarna lätt kommer åt materialet på kontoret och från alternativa arbetsplatser.
- ABW behöver tränas in. Ge medarbetarna möjlighet till träning och handledning så att alla känner sig trygga och kan förbereda sig i god tid.
- Ge möjligheter för psykologiska behov, till exempel att manifesteras gemenskap och tillhörighet på arbetsplatsen. Att kunna ge sin arbetsstation en personlig prägel är kopplat till högre produktivitet.
- Ge ledare handledning i hur man leder i aktivitetsbaserade kontor där man inte alltid vet var medarbetarna befinner sig.

8.8 Arbetstider och återhämtning

Arbetstider sätter ofta ramarna för övrigt liv och är en viktig bestämningsfaktor för umgänget med familj och vänner och möjligheterna att engagera sig i olika fritidssysslor. Men arbetstider kan också påverka arbetstagarens hälsa och välbefinnande, och här anses återhämtning spela en central roll (205). Hög arbetsbelastning som innebär att man ständigt tänker på arbetet på fritiden kan förhindra återhämtning och leda till förhöjda stressnivåer även på kvällstid och under sömnen (201). En långvarig obalans mellan belastning och återhämtning kan leda till kronisk stress, vilket i sin tur på sikt kan leda till ohälsa (207). Men även kortvarig obalans mellan belastning och återhämtning kan få negativa konsekvenser i form av ökad trötthet, vilket kan öka risken för olyckor och fel och misstag i arbetet samt försämra den kognitiva prestationsförmågan. Till exempel blir det svårare att fatta beslut och lösa problem om man är trött (206, 208).

Arbetstidens omfattning och förläggning ingår i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Föreskrifterna signalerar att arbetstidsfrågor såsom overtidsarbete, ständig uppkoppling och tillgänglighet och förekomst av nattarbete är viktiga arbetsmiljöfrågor som ska ingå i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

8.8.1 Flexibla och gränslösa arbetstider

Gränslöst arbete innebär att arbete kan utföras på arbetsplatsen, i hemmet eller någon annanstans och på nästan vilka tider som helst. Arbetet behöver inte längre utföras under traditionell dagtid mellan måndag och fredag, utan arbetstiderna kan i stället variera från dag till dag och vecka till vecka (205).

Skiftarbete och schematid med inslag av nattskift kan medföra kraftig störning av sömn (vanligtvis 2-3 timmar förkortad sömn) och vakenhet. Tillsammans ökar det olycksrisken. Huvudorsaken till sömn- och vakenhetsproblemen är att arbete och vila kommer i konflikt med vår biologiska dygnsrytm vilket leder till sömnbrist, långa vakenhetsperioder och arbete vid tider då biologin är inställd på sömn och vila (209-211)⁶⁵.

Att inte kunna påverka arbetstiden, kort framförhållning och att få för kort dygnsvila är de största problemen vid skiftarbete (212)⁶⁶. De arbetstidsvarianter som störde sömnen mest och gav flest hälsoproblem var nattarbete och kort vilotid. När nattarbete kombinerades med andra faktorer, som till exempel kort dygnsvila (mindre än 11 timmar), långa pass, många pass i rad, morgonskift och övertid såg man starka kopplingar till ohälsa, störd sömn, trötthet och olycksrisk (209). Det var vanligare att kvinnor upplevde problem med olika schemafaktorer, vilket kan ha att göra med att kvinnor oftare tar ett större ansvar för familjens sociala situation.

Inom ramen för verksamhetens bemanningsbehov kan arbetstagarna få möjlighet att själva lägga sitt arbetstidsschema, s.k. önskescheman. I praktiken är det omöjligt att få alla sina arbetstidsval (önsknings) tillgodosedda. Det är däremot en styrka att arbetstagarna kan påverka sitt schema, vilket kan göra det lättare att kombinera arbete och fritid respektive familjeliv (213). En nackdel med flexibla arbetstidsmodeller och egen schemaläggning är bristande framförhållning, vilket många skiftarbetare tycker är ett stort besvär och något som minskar möjligheten att planera sin fritid (212). Det finns också en risk att skiftarbetarna prioriterar sociala behov och långa ledigheter, vilket innebär att arbetstiderna kan bli mycket komprimerade och till exempel innehålla många arbetsdagar i följd och långa arbetspass (214).

Inom sjukvården är det likaså vanligt att permanenta nattarbetare arbetar relativt få timmar per vecka. En 40-timmarsvecka skulle vara alltför krävande för de allra flesta permanenta nattarbetare men förmodligen klarar många av att arbeta 34-35 timmar per vecka utan några större problem (209). Studien över bra och dåliga skiftschema visar också på behovet av lediga dagar för återhämtning (212). Ibland behövs två dagar ledigt för komplett återhämtning, oavsett om det är störd sömn, trötthet eller sociala besvär som är problemet.

Människor reagerar olika på olika typer av arbetstidsaspekter beroende på ålder, kön, familjestatus, sociala intressen, biologiska förutsättningar och mycket annat. Författarna till rapporten menar ändå att man identifierat de faktorer som utgör problem för de allra flesta. Anpassningen till skiftarbete kan förmodligen underlättas genom rådgivning (utbildning) kring sömnstrategier och livsstil (till exempel motion och kost) (209). Raster, som möjliggör en tupplur och/eller kaffe, på nattskiftet minskar tröttheten på arbetet och förbättrar troligen säkerheten. Troligtvis kan också starkt ljus under arbete minska tröttheten på arbetet.

⁶⁵ [Arbetstider, hälsa och säkerhet - en uppdatering av aktuell forskning.](#)

⁶⁶ [Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?](#)

En studie från ISM visade att regelbunden fysisk aktivitet ledde till färre sömnproblem, oavsett om det förekommer nattskiftsarbete eller inte (215). Resultat tyder på att regelbunden fysisk aktivitet kan ha skyddande effekt vad gäller utvecklingen av sömnproblem. Och att främjande av fysisk aktivitet kan vara särskilt viktigt hos personer som arbetar natt. Därmed kan främjande av fysisk aktivitet hos hälso- och sjukvårdspersonal vara bra strategi i syfte att förebygga framtida sömnproblem.

En arbetstidsförkortning med en fjärdedel kan ge såväl minskad stress som förbättrad sömn. Detta visar en studie från Stressforskningsinstitutet (209, 216). Även sömnens längd under arbetsdagar ökar något. Effekterna av den minskade arbetstiden visade sig också bibehållas under en 18-månadersperiod.

8.8.2 Återhämtning i arbetet

Arbetstider och arbetsbelastning har stor betydelse för arbetstagares återhämtning (205). För att kunna hantera perioder med hög stress och belastande arbetstidsscheman är det viktigt att ha bra återhämtning. Ur ett biologiskt stressperspektiv handlar återhämtning om att återställa den fysiologiska aktivering som drivits upp under arbetsdagen. Återhämtning handlar alltså om att varva ned och stänga av den fysiologiska aktivering som kännetecknar stress och hög arbetsbelastning. Återhämningsbehovet bestäms till stor del av den belastning som arbetstagaren utsätts för, både från arbetet och från privatlivet. Några enstaka veckor i följd med otillräcklig återhämtning är sannolikt inte särskilt skadligt för hälsan, utan risken för ohälsa uppstår snarare när bristen på återhämtning pågår vecka efter vecka och månad efter månad. I Arbetsmiljöverkets föreskrift (127)⁵² poängteras arbetsgivarens ansvar för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna. Exempel på åtgärder är att kunna byta arbetsuppgifter, utföra riskfyllda arbetsmoment under dagtid när detta är möjligt och förlägga skiftpassens rotation medurs. Möjlighet till återhämtning är centralt.

Att skapa förutsättningar för återhämtning kan göras på många olika sätt, varav schemaläggning och raster är en viktig del. Men det handlar även om att begränsa övertiden, att se till att det finns återhämtning mellan olika projekt, att man stannar upp, reflekterar och även firar viktiga delmål. Att som ledare ge medarbetarna möjlighet till inflytande är viktigt, men ibland kan man som chef behöva sätta gränser för ”tokarbete”. Ett gott socialt klimat som stöds av humor och bra samtalsämnen, fungerar också återhämtande. Genom att skapa tid för reflektion och eftertanke och även för småprat då och då, bygger man in öar av återhämtning i vardagen, samtidigt som det är viktiga delar i arbetsmiljön som stimulerar lärande och utveckling. Omväxling och variation, avseende krav, uppgifter och tempo samt möjlighet att få använda sin kreativitet kan även det bidra till återhämtning. För ett positivt arbetsklimat och möjlighet till informell gruppbildning behöver det finnas möjlighet till lite ”småprat” då och då under arbetet (140). Kafferaster och andra tillfällen att i lugn och ro få diskutera livet både på och utanför jobbet är också av stort värde.

I ”magra” organisationer, där det finns lite utrymme för återhämtning, minskar ofta utrymmet för det sociala underhållsarbete som beskrivs ovan. Detta kan straffa sig, då tillit och goda kommunikationskanaler måste hållas vid liv för att kunna tas i bruk när kommande problem behöver tacklas.

8.8.3 Råd till arbetsgivaren

I forskarantologin om gränslöst arbete ges följande råd för att undvika otillräcklig återhämtning och flexibla arbetstider som sliter på hälsan (138)⁵⁹.

Råd om arbetstider och schemaläggning:

- Det finns inget skiftschema som passar alla, men en arbetstidsmodell där arbetstagaren själv planerar sitt schema kan minska problemen med otillräcklig återhämtning och ohälsa för anställda som har oregelbundna arbetstider.
- Skiftarbetare som planerar sina arbetstider bör tänka på att inte välja alltför intensiva och komprimerade arbetstider. Att enbart prioritera långa sammanhängande ledigheter på bekostnad av återhämtningsbehov är slitsamt och kan på lång sikt vara skadligt för hälsan.
- Gränslösa eller oreglerade arbetstider kan innebära mycket intensiva och långa arbetsveckor. För att inte drabbas av kronisk återhämtningsbrist bör intensiva arbetsperioder följas av perioder med kortare veckoarbetstid så att arbetstagaren kan prioritera återhämtningsaktiviteter och därigenom minska risken att drabbas av kronisk stress.

Råd till arbetsgivaren:

- Anpassa bemanningen till att anställda ibland är sjuka, måste delta i utbildning eller av andra anledningar inte är på jobbet.
- Låt arbetstagarna vara delaktiga och engagerade i utvecklingen av schemat, om arbetsplatsen har en arbetstidsmodell som bygger på verksamhetsanpassad arbetstid.
- Om arbetsplatsen har flexibla och gränslösa arbetstider måste du:
 1. ha en korrekt bild över hur mycket och när medarbetarna arbetar
 2. omfördela arbetsuppgifter när medarbetare har alltför hög arbetsbelastning och följaktligen arbetar väsentligt mer än normtiden
 3. ha en kontinuerlig dialog med medarbetarna, till exempel i samband med utvecklingssamtal, om hur arbetstiderna hanteras och om det finns en bra balans mellan arbetsbelastning och återhämtning.
- Ta gärna fram en arbetstidspolicy för att fastställa hur till exempel gränslösa (oreglerade) och verksamhetsanpassade arbetstider ska hanteras på arbetsplatsen.

De bästa råden vid schemaläggning av skiftarbete (209, 212)^{65 66}:

- Tillämpa medsolsrotation med få nattskift i rad och utspridd ledighet.
- Undvik kort framförhållning, kort dygnsvila och delade turer.
- Även många skift i rad, periodplanering, långa skift och varierande starttider bör undvikas så gott det går.
- Minst 11 timmars vila mellan skiften och sen start av morgonskiftet är att föredra.
- Inflytande på arbetstiden och möjligheten att själv välja tider kan ha en avgörande effekt på människors förmåga att hantera "icke dagtid".
- Lediga dagar bör användas systematiskt för att befordra återhämtning.

8.8.4 En arbetsmiljö som uppmuntrar kreativitet

År 2008 publicerades en studie från Lunds universitet (217) som visar att anställda som arbetar i ett företag eller verksamhet som uppmuntrar till kreativitet upplever mindre stress och bättre hälsa. I tre olika studier undersöktes sambandet mellan kreativitet och de anställdas psykologiska välbefinnande inom två internationella storföretag i Sverige. Undersökningarna visade att anställda som verkar i en kreativ organisation känner sig mer optimistiska, gladare och mer entusiastiska, än de som inte skattar kreativiteten på sin arbetsplats lika högt. Tidigare har man diskuterat om det är så att glada och positiva människor är mer kreativa men ovanstående undersökning visade snarare på att människor som upplever att de är kreativa också mår bättre. Forskarna hittade också ett tydligt samband mellan kreativitet och stress genom att visa att ju mer kreativt klimatet på arbetsplatsen var, desto färre problem upplevde de anställda med hög puls, sömnsvårigheter, minnesproblem, irritabilitet, koncentrationssvårigheter och andra stressrelaterade symtom. Ju mer kreativa de anställda kände sig desto bättre mårde de och ökade därigenom också sin förmåga att klara eventuella belastande situationer.

Människor som är bra på det de gör upplever glädje i själva arbetet. Arbetsprocessen skapar en behaglig koncentration av uppmärksamhet och energi och ger upphov till ett slags flöde där man kan använda sin förmåga och sina erfarenheter på ett kreativt sätt (218). Om människor på en arbetsplats är stolta över sitt arbete, då är det en friskfaktor. Den som är motiverad har energi och kraft att uträtta något. I den goda miljön trivs människor med sitt arbete och utvecklas under sitt arbetsliv. De företag som erbjuder en sådan miljö blir attraktiva som arbetsgivare. De tar vara på människors kreativitet och får dem att stanna kvar med bibehållen hälsa. Det finns forskning som studerat hur ett företag bäst lyckas med att uppnå "flow", ett sällsynt tillstånd där stor skicklighet paras med höga utmaningar, och där individen upplever total fokusering och lycka i detta nu (219). Motsatsen är apati, när människor saknar utmaning och får alltför liten användning för sin skicklighet.

8.9 Kommunikation

Kännetecknande för de friska företagen, enligt studien Hälsa och Framtid, var bland annat att de hade en tydlig och nära kommunikation såväl vertikalt som horisontellt. Det fanns både formella och informella fungerande informationsvägar och det var möjligt att uttrycka kritiska åsikter (85)²⁶. Motsvarande resultat fann man när man gjorde en liknande studie inom kommuner och landsting. Kännetecknande var ett kommunikationsklimat som var tillåtande och där det fanns forum för att lyssna på goda idéer och även kritik. Exempel på fungerande kommunikation var uppföljning och feedback via direktkontakt av cheferna (99)³³.

En stor del av arbetet inom vårdsektorn kan inte standardiseras och detaljplaneras, utan är beroende av att personer med olika yrken, erfarenheter, inflytande och skicklighet kan samordna sina insatser (220)⁶⁷. Förmågan att kommunicera är av central betydelse för samordning, kvalitet, effektivitet och en god psykosocial arbetsmiljö. Fungerande kommunikation är medel för att göra verkligheten meningsfull, förståelig och hanterbar. Det är även en förutsättning för ett välfungerande socialt stöd och för att kunna utforma arbetsroller utifrån individens förutsättningar. En ömsesidig tydlighet i kommunikationen på en arbetsplats har även betydelse för individens kontrollmöjligheter och inflytande i arbetet, vilket i sin tur påverkar motivationen. Genom fungerande kommunikation kan även psykosociala arbetsmiljöproblem upptäckas tidigt. Det lokala utvecklingsarbetet i vården bygger i huvudsak på erfarenhetsbaserat lärande i arbetsgrupper, vilket i sin tur förutsätter god förmåga att kommunicera. Detta arbete behöver underhållas och återskapas. Tidsbrist, stresspåverkan och tröghet att bryta etablerade mönster, kan fungera som motkrafter till en god kommunikation. En viktig uppgift för den högsta ledningen är att ge förutsättningar för löpande dialog på alla nivåer i organisationen.

Om vi stärker förutsättningarna för smidig kommunikation och goda relationer, stärker vi både verksamhetens effektivitet och kvalitet samt även arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang (14)³.

Goda arbetsrelationer med effektiv kommunikation byggs av:

- gemensamma mål som man skapat tillsammans
- att alla delar med sig generöst av kunskap i tvärprofessionella grupperingar
- en ömsesidig respekt: att man vill varandra väl och gläds åt varandras framgång
- smidig, vital kommunikation mellan de som berörs: frekvent, i rätt tid, riktig och lösningsinriktad

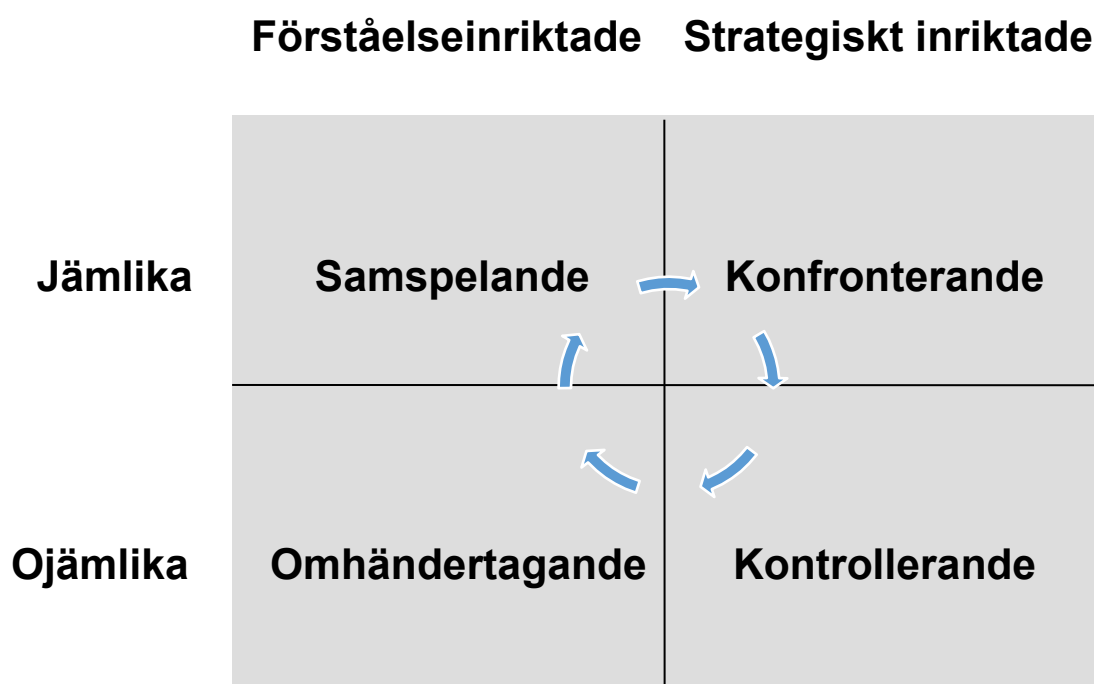
Ett gott kommunikationsklimat gör även att man uppfattar förändringar mer positivt (119)⁴⁵. Det finns också ett tydligt samband mellan inflytande och upplevd effektivitet och kvalitet. Ju större inflytande/påverkansmöjligheter medarbetarna upplever desto

⁶⁷ [ISM-rapport 11, Dialogträning på vårdarbetsplatser.](#)

mer nöjda är de med sin upplevelse av arbetsplatsens effektivitet. (221)⁶⁸. De upplevde också i större utsträckning att deras kompetens togs tillvara och att de själva bidrog till förbättringar. Om man uppfattade organisationsstrukturen som tydlig, var man mer nöjd med effektiviteten och kvaliteten på den egna arbetsplatsen. Sammantaget visar dessa resultat en relativt entydig bild som indikerar vinster av ökade satsningar på förbättrad kommunikation, tydligare struktur och ökad delaktighet i de utvecklingsprocesser som syftar till verksamhetsförbättringar. Ledningsgrupper och chefer som inför en större förändringsprocess så tidigt som möjligt i samråd med medarbetarna lägger upp och följer en intern (och extern) kommunikationsplan som betonar öppenhet och delaktighet har större möjligheter att få medarbetarna med sig och därmed nå ett bra resultat (74)¹⁹.

8.9.1 När blir chefers kommunikation en dialog?

Dialog är en sorts kommunikation som karakteriseras av öppenhet, ömsesidighet och tillit. Dialogens fyra principer är att lyssna, respektera, avvakta och tala oförstått (222). I en studie över chefers värdering och hantering av dialog (223)⁶⁹, framkom att chefer värderade dialog positivt, men att detta inte automatiskt medförde att de använde dialog på arbetsplatsen. Utifrån intervjuer samt observationer på arbetsplatsträffar, ledningsgrupper och spontana möten ”i korridoren” beskrivs chefers kommunikationshandlingar enligt figuren nedan.



Figur 13. Ledares kommunikationshandlingar (223).

⁶⁸ ISM-rapport 10, Delrapport KART.

⁶⁹ Hur chefer värderar och hanterar dialog på arbetsplatsen.

En strategisk kommunikationshandling är klar och tydlig, ofta envägskommunikation, om förutsättningar och riktlinjer medan förståelseinriktad i större utsträckning bygger på interaktion. Om en kommunikation uppfattades som jämlig eller ojämlig hade inte bara med den formella grunden att göra utan i detta sammanhang snarare på hur chefen personligen upplevde denna maktposition.

En samspelande kommunikation var den kategori som innehöll de dimensioner som kännetecknar en genuin dialog. Den gav möjlighet till gemensamt utforskande och lärande på ett jämligt sätt, men för detta krävdes tid. Den var öppen och tillåtande vilket gjorde att cheferna kände sig fria att "tänka högt" och medarbetarna gavs ett större handlingsutrymme. Dialogen gav en känsla av lugn och ro vilket man menade var hälsofrämjande. Dialogen ansågs förebygga konflikter då man kunde samtala i ett öppet klimat innan konflikter uppstod. Den var även lärande genom sitt reflekterande utbyte av erfarenheter, tankar, åsikter och råd.

En lärande dialog innebar även att samtalen var kreativa och fungerade som en form av "brainstorm" som gav nya uppslag i arbetet. En samspelande dialog kunde även ta sig uttryck i en målinriktad dialog, där utrymmet för reflektion och eftertanke inte var så stort tidsmässigt, men där åsikter och förslag kunde diskuteras i en öppen atmosfär.

En omhändertagande kommunikation användes i syfte att förstå och stödja andra, men kunde i sin förlängning innebära att man tog ansvaret från den andre. Maktrelationen var ojämlig. Den kunde vara läkande, undersökande och engagerande och tog sig uttryck i att chefer lyssnade och bekräftade, att de utforskade vänligt och uppmuntrade de anställda i deras egna planer eller gav råd.

En kontrollerande kommunikation kunde vara instruerande och enkelriktad och handla om vad som skulle göras och exempelvis beröra hur de anställda skulle bemöta patienterna. Den kunde även påtala normer för beteende på arbetet utifrån rådande värderingar i organisationen. Ibland var den utfrågande på ett ifrågasättande vis, som mer märktes i tonen än i de frågor som ställdes. Den kom även till uttryck via undvikande om man exempelvis upplevde ett grupptryck som förhindrade konstruktiv kritik. Den kunde vara avvisande med en attityd som visade att en dialog inte var önskvärd. Andra kännetecken för en kontrollerande kommunikation var att den var anklagande, nedlåtande, förbjudande eller oäkta.

I en konfronterande kommunikation upplevde cheferna som deltog i studien att det fanns en jämlig maktrelation. Då kunde öppna konflikter, även om de upplevdes som obehagliga, hanteras jämbördigt. Denna kommunikation liknade en debatt och förekom mellan personer med starka åsikter. Den kunde även vara gränssättande och innebära en markering antingen uppåt i linjen eller på samma beslutsnivå.

Slutsatsen i studien var att cheferna värderade dialog positivt, men att detta inte alltid kom till uttryck i den praktiska hanteringen. Å andra sidan finns det andra sätt att kommunicera som kan vara relevanta allt utifrån sammanhang. Studien visade att cheferna hade olika strategier för att skapa arenor och relationer för dialog, men att yttre omständigheter, eller omedvetenhet om vilken ram som behövdes för att en

dialog skall kunna föras och fullföljas, kunde hindra dialogen. En betydelsefull konsekvens av att dialog inte användes blev att viktig information för effektivitet och ekonomi inte nådde de högre nivåerna i organisationens ledningssystem.

8.9.2 Dialogträning

Dialog har använts för att definiera välfungerande och utvecklingsinriktad kommunikation (220)⁶⁷.

Dialog anses inbegripa att

- uttrycka genuina uppfattningar, erfarenheter och känslor
- vänta in, lyssna på och respektera andra perspektiv än det egna
- vara beredd att låta sig påverkas

Dialogen öppnar möjligheten till att öka förståelsen för sig själv och andra, lärande och kreativitet, handlingsutrymme och inflytande samt hanteringsförmåga. Dialogträning enligt den metodik som beskrivs nedan, visade sig ha en positiv effekt på dialogklimat, trygghet i deltagande, feedback och inflytande (224). Någon effekt på socialt stöd kunde inte konstateras. Slutsatsen var att dialogträning enligt den beskrivna metodiken var effektiv som medel att påverka kommunikationen bland deltagarna i dialogisk riktning och öka deras inflytande i arbetet.

Genomförande

Metoden bygger på ett erfarenhetsbaserat lärande i ett spel som utgår från olika temaområden; ledaren, arbetskamraterna, samarbete, kvalitet, förändring, kultur och kommunikation. En annan viktig utgångspunkt är att chefen har ett engagemang för att utveckla kommunikationen på vårdavdelningen. Den är snarare ett utvecklingsinstrument än ett medel för konflikthantering. 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 som var 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 åtgärdsplaner 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, se nedan, och som präglade träningstillfällena, men även den fortsatta kommunikationen, enligt uppföljningen.

Dialogreglerna

- 1. Lyssna på varandra - Undvik att avbryta varandra*
- 2. Tala för dig själv - Undvik skvaller*
- 3. Tala klarspråk - Undvik ironi*
- 4. Förklara så ni förstår varandra - Undvik bortförklaringar och undanflykter*
- 5. Ställ uppriktiga frågor - Undvik manipulation*
- 6. Fråga "Hur" - Undvik anklagelsen i "Varför"*
- 7. Visa respekt - Pressa inte andra*

På träningstillfällena fick deltagarna träna sig i att både uttrycka sina egna och korrekt uppfatta andras tankar och uppfattningar, då man efter en viss tids samtal skulle summera gruppens ståndpunkt. Spelreglerna bäddade för att ge en positiv upplevelse, vilket uppföljningen bekräftar. I träningssituationen uppstod ett öppet och tillåtande klimat, som gav utrymme för att lyssna och tala, för reflektion och perspektivbyten. Träningen fick också effekter i arbetsvardagen såsom att man försökte undvika förolämpande och ironiskt tal, att man vågade säga sin mening och framföra önskningar, att man blivit mer spontant hjälpsamma och att man vågade konfrontera varandra på ett konstruktivt sätt. Resultaten pekade dessutom på att effekten ökade mellan tre- och sexmånadersuppföljningarna.

Resultat och slutsats

Dialogtränarnas reflektioner om vilka element i dialogträningen som bidrog till kommunikativ förändring var:

- Användning av konkreta exempel
- Nyttjande av pedagogiska initiativ
- Att ha professionella kompetenser, som fick anställda att öva och chefer att vara aktiva i dialogiska metoder

Cheferna värderade dialog positivt. Under träningen förstod de förutsättningarna för kommunikation bättre. Detta skedde exempelvis genom att observera interaktionen mellan medarbetarna och egen tyst interaktion med medarbetarna och tränarna. De upptäckte genom detta kommunikativa handlingar för sitt ledarskap och fick en ökad självkänedom. Igenkännande av relationella ledarskapsmodeller hos tränarna - som att handla demokratiskt och pedagogiskt – bidrog till att omvandlande deras egna nya teorier till praktik, när de övade dialogfrämjande samtalsbeteende med sina medarbetare, med chefer och överordnade chefer. Cheferna höll på att bli medvetna om och upptäcka karaktären av och förutsättningarna för arbetsdialog, och

medarbetarna insåg balanserandet, genom att uppleva lärprocesser och dialogkompetens, vilket tillsammans skapade mer plats för förbättring i arbetsdialog.

8.9.3 Fler metoder för att stärka dialogen

En annan studie med dialog i grupper där läkare samtalar om dilemman i det dagliga arbetet, visade på positiva effekter i form av förbättrad arbetsmiljö och lägre stress (225). I studien jämfördes dessa utvecklingsgrupper under handledning av coach med intensivkurser i ledarskap. Slutsatsen var att utvecklingsgrupper som pågår under längre tid ger chefer struktur och stöd att utvecklas i ledarrollen, minskar negativa informella hierarkier, synliggör genusaspekter i organisationen och underlättar en lärande organisation. Intensivkurser däremot ökar självmedvetenhet och förståelsen för det egna ledarskapets betydelse och bör erbjudas som ett första steg. Dessa bör följas upp av utvecklingsgrupper som pågår under längre tid för att fortsatt understödja deltagarnas ledarkompetens i det dagliga arbetet.

Det dialogiska perspektivet var även utgångspunkten i en studie där team-konferenser i ett smärtherehabiliteringsteam studerades för att undersöka vad som kännetecknar ett bra samtal som stödjer samarbetet mellan företrädare för olika professioner (226). Arbetet ger en djupare förståelse av hur samtalsdeltagare kan göra sina perspektiv tillgängliga för varandra – en grundläggande förutsättning för att uppnå det vi brukar kalla det goda samtalet. Ett bra samtal handlar enligt denna samtalsforskare om att tänka högt tillsammans. För att lyckas med det behövs gott om tid och en öppenhet för spontanitet men även att deltagarna klarar av att kombinera vad man kan bidra med utifrån sin roll i organisationen och att man förstår att man är en grupp som har ett gemensamt uppdrag.

8.9.4 Hälsofrämjande arbetsplatsträffar

Inom forskningsprojektet Hälsofrämjande i praktiken studerades implementeringen av ett hälsofrämjande projekt på ett sjukhus inom VGR (73). En av slutsatserna är att en kommunikation som inkluderar dialog, inte enbart på enskilda enheter, utan i flöden såväl horisontellt som vertikalt i organisationen, är en grundbult både för att få en fungerande struktur och utveckla och bibehålla goda och välfungerande professionella relationer. En delstudie inom detta forskningsprojekt handlade om arbetsplatsträffar som en möjlig hälsofrämjande arena (227). Arbetsplatsträffarna organiserades på olika sätt avseende plats, avsatt tid och frekvens. I relation till hur många som arbetade på enheten var närvaron relativt låg (14-50 %). Det samtalsämne som kommunicerades mestadels handlade om det kliniska arbetet. Kommunikationsflödet varierade mellan olika APT, men mestadels var det envägskommunikation från chefen. Enligt cheferna och medarbetarna syftar APT till att vara en arena för att kommunicera information, möjlighet till inflytande och beslutsfattande, dela kunskap och kompetensutveckling. Slutsatsen är att APT kan ses som en hälsofrämjande men ofta underutnyttjad mötesarena. Något som upplevdes som meningsfullt för medarbetarna var information och möjlighet till att påverka beslut.

I häftet Hälsofrämjande arbetsplatsträffar ges verktyg och rekommendationer med hänvisning till forskningsstudien (228)⁷⁰. Exempel på frågor som berörs är hur man kan anpassa informationen till målgruppen, se över den fysiska miljön, stimulera dialog och tydliggöra kommunikationsform i dagordningen.

8.9.5 Balanserad kommunikation

En forskargrupp i USA har visat att högpresterande team i företag kännetecknades av det man kan kalla en balanserad kommunikation. I LHC-modellen (Losada Heaphy Communication) som återfinns i en modifierad form i figur 14 ingår en balans mellan fyra perspektiv.

- *Förespråka*; att bidra med fakta och erfarenheter, att argumentera och försvara
- *Utforska*; att vara nyfiken, ställa öppna frågor och uppmuntra lyssnande
- *Själv*; Att resonera inifrån organisationen, uttrycka egna behov och begränsningar
- *Andra*; Att inkludera utomstående perspektiv, t.ex. kunder eller andra enheter

Dessutom förutsätter en balanserad kommunikation enligt denna modell ett klimat där positiv kommunikation dominerar.

- *Positivt klimat*; att stödja, visa intresse, uppmuntra, uppskatta eller berömma
- *Negativt klimat*; att underkänna, avfärda eller ironisera och kritisera



Figur 14. Modell över balanserad kommunikation, (229)

⁷⁰ [Hälsofrämjande arbetsplatsträffar](#)

En balanserad kommunikation och utvecklande dialog bidrar till ett kreativt mötesklimat med mer energi, delaktighet och effektivitet. I förlängningen leder det till att arbetsmiljön och verksamheten utvecklas (229)⁷¹. Utifrån forskningen om balanserad kommunikation har Suntarbetsliv tagit fram ett material som man kan använda för att utveckla kommunikationen i en arbetsgrupp eller på en arbetsplats (230)⁷².

8.10 Socialt stöd

I Arbetsmiljöverkets författningssamling (127)⁵², definierar man social arbetsmiljö som hur vi påverkas av de personer som finns runt omkring oss, socialt samspel, samarbete och socialt stöd från chefer och kollegor. Till den räknas även digitala forum som mejl, sms, chatt och liknande. Socialt stöd kan dels komma från kollegor, vilket även innefattar stöd från arbetsplatsen men också samarbete mellan olika personalkategorier, dels socialt stöd från chefer, som även innefattar stöd från arbetsledning och stöd från organisationen (131)⁵⁴. Kombinationen av rimliga krav, egenkontroll och socialt stöd påverkar upplevelsen av välbefinnande och arbetstillfredsställelse positivt (160). Däremot tycks socialt stöd precis som god egenkontroll, inte räcka till för att kompensera alltför höga krav.

8.10.1 Konsekvenser av socialt stöd

Avsaknad av eller lågt socialt stöd kan ge upphov till stressrelaterade symtom hos de anställda. Stressrelaterade tillstånd förekom enligt KART-studien (74)¹⁹ i betydligt mindre utsträckning bland de deltagare som hade socialt stöd jämfört med de som inte hade det. Socialt stöd har även en tydlig koppling till exempelvis förutsägbarhet, tillit och rättvisa. Därutöver hänger lågt socialt stöd ihop med låg trivsel och låg involvering/engagemang i arbetet. I slutändan bidrar lågt socialt stöd till att öka frånvaron (231-235). Bra socialt stöd fungerar inte bara som en buffert mot ogynnsamma stressreaktioner utan är också en viktig förutsättning för en fungerande kommunikation på arbetsplatsen och befrämjar därmed verksamhetsutveckling samtidigt som det kan motverka onödiga konflikter (74). Bristande socialt stöd påverkar mental ohälsa (160), sjukskrivning och återgång i arbete (8, 9).

⁷¹ [Balanserad kommunikation, reviderad slutrapport](#)

⁷² [Bättre möten](#).

Ett sådant bristande socialt stöd kan handla om att

- ens chef inte tycks lyssna på synpunkter
- stämningen är spänd och orolig; det råder ingen god sammanhållning
- man är inblandad i konflikter på arbetet
- mobbning förekommer
- arbetskamrater vare sig ställer upp för varandra eller anpassar sig till varandras situation.

Begreppet dysfunktionellt socialt stöd används för att beskriva när socialt stöd snarare har motsatt effekt än att vara stödjande. Ett exempel på detta är att skuldbelägga mottagaren samtidigt som man hjälper till (60). Det kan till exempel handla om att man samtidigt skickar med ett budskap att den som får stöd egentligen borde klarat av det själv eller att det kommer att påverka dennes karriärmöjligheter.

8.10.2 Olika typer av socialt stöd

Värdefullt socialt stöd kan vara (232):

- *Emotionellt stöd*; Behovet av trygghet, gemenskap och uppskattning tillgodoses. Till exempel att ha någon att prata med om saker går fel eller att någon bryr sig om en och frågar hur man mår. Främjar välbefinnande.
- *Värderande stöd*; Man får återkoppling på sina prestationer. Ökar motivation och yrkeskunnande.
- *Informativt stöd*; Anvisningar och råd att genomföra en uppgift som är svår att klara på egen hand. Stärker kompetens och självkänsla.
- *Instrumentellt stöd*; Man får hjälp på ett konkret sätt vid svårigheter i arbetet. Det kan till exempel vara att en extra person tillfälligt kallas in och avlastar vid hög arbetsbelastning.

8.10.3 Socialt stöd från chef eller kollegor

Socialt stöd kan komma ifrån flera håll i organisationen. Det kan dels komma från kollegor, vilket även innefattar stöd från arbetsplatsen men också samarbete mellan olika personalkategorier, dels från chefer, som även innefattar stöd från arbetsledning och stöd från organisationen. Konsekvenserna som finns relaterat till socialt stöd från kollegor är desamma som för socialt stöd från ledningen. Däremot är skillnaden att socialt stöd från ledningen är en del av ledningens ansvar, medan socialt stöd från kollegor är något som de anställda inte är förpliktigade att ge varandra. Det är snarare en del av vad som kan kallas bra kamratskap. Socialt stöd från kollegor hänger tydligt ihop med kvaliteten på arbetsplatsens sociala gemenskap. Det finns också ett starkt samband mellan socialt stöd från kollegor och socialt stöd från ledningen (231-235).

8.10.4 Insatser för att stärka det sociala stödet

Ett socialt stöd innebär till exempel att det finns möjlighet att ha kontakt och gemenskap med andra människor och att få stöd från chefer när arbetet känns besvärligt. Det krävs rimliga förutsättningar för att kunna utöva ett ledarskap som bygger på omtanke om medarbetare men också en struktur när det behövs i pressade situationer. Det är även viktigt att sträva efter ett arbetsklimat som uppmuntrar stöd arbetskamrater emellan och där det finns utrymme för ”småprat” och gemensamma fikaraster.

Ett sätt att minska den psykosociala belastningen är handledning där medarbetarna kan få hjälp och stöd i sitt arbete av varandra och utomstående. I ett projekt använde man handledning som metod att stödja personalen inom primärvården vid en omorganisation (230, 231). Handledningen pågick i tre år och var obligatorisk. Resultatet visade att alla grupper lärde känna varandra och fick en inblick i hur arbetskamraterna uppfattar sin arbetssituation, samarbete och verksamheten på vårdcentralen.

Några grupper utvecklades till team och upplevde vinster som trygghet i teamet, helhetssyn på verksamheten, samsyn i bemötandet av patienter samt stöd i ”tunga” ärenden. En grupp kom även så långt att man överförde kunskapen från handledningen till arbetet med patienterna och utveckling av verksamheten. Slutsatsen var att handledning rekommenderas som en bra metod för att utveckla och stärka teamsamarbetet.

Nätverksträffar är ytterligare ett sätt att minska den psykosociala belastningen, där kollegor från olika arbetsplatser träffas för att stödja varandra i arbetet (236, 237). Ett projekt genomfördes för allmänläkare från fem vårdcentraler. Syftet var att bryta en negativ trend av försämrade psykosocial arbetsmiljö för läkarna och samtidigt öka kunskapen om t.ex. bemötande och eget lärande. Upplägget av projektet gjordes i samverkan med deltagarna och förutsatte att läkarna ställde upp för varandra, då alla inte kunde vara borta från arbetsplatsen samtidigt. Upptakten skedde i internatform. Grupperna valde att arbeta utifrån pedagogiska metoder som främjade lärandet. En utvärdering av projektet visade att läkarna tog stort ansvar i grupperna, använde tiden effektivt och att närvaron var hög. De som deltog upplevde att de utvecklades i sin yrkesroll då de bytte erfarenheter med varandra och ökade därigenom sin kompetens. De bearbetade sina upplevelser av svåra situationer i mötet med patienter och utvecklade former för samtal med patienter. Deltagarna menade själva att detta motverkade utbrändhet och gav kraft och ork att arbeta i pressade situationer. Träffarna blev även ett andningshål och hjälpte till att hantera den kaotiska situationen som uppstod p.g.a. omorganisation.

Ett sätt att förstärka det sociala stödet är att arbeta med kommunikation och konflikthantering, för att bättre hantera de konflikter som uppstår. I en frisk organisation betraktas konflikter som viktiga och behandlas konstruktivt (238).

Tre grundbultar för att undvika att konflikter går in i en destruktiv spiral är att

- ta tag i konflikter så snart de sprider känslor av olust och obehag omkring sig.
- söka hjälp. Det är mycket vanligt att man söker hjälp för sent.
- förebygga uppkomst av destruktiva konflikter genom att skapa ett samarbetsklimat istället för försvarsklimat.

På arbetsplatser med en dåligt fungerande social gemenskap är risken större för en hög grad av frånvaro samt en hög grad av personalomsättning. Därutöver är en dålig social gemenskap i arbetet kopplat till en låg grad av tillfredsställelse med arbetet, stressrelaterade symtom, utbrändhet, symtom på depression och sömnbesvär. En dålig social gemenskap påverkar ofta kvaliteten i arbetet, speciellt kund/klienthantering.

8.10.5 Återkoppling

Återkopplingen kan också ses som en del av det sociala stödet på arbetet. Med återkoppling i arbetet menas i vilken utsträckning som arbetstagaren får direkt och tydlig information om hur effektiv hennes eller hans prestation är. Studier som undersöker återkoppling fokuserar ofta på graden av återkoppling från den närmaste chefen, men återkoppling kan vi även få av arbetskamrater och patienter/klienter. Återkoppling kan göra yrkesroll och arbetsinsats klarare och har därmed en viktig funktion för både arbetstillfredsställelse och engagemang (239). Återkoppling i form av erkänsla och uppskattning för utfört arbete visade starkast samband med balanserad närvaro. En av de viktigaste belöningarna i ett arbete är att kunna se ett resultat. I vissa yrken är det relativt lätt att själv kunna bedöma sin arbetsinsats, medan det är svårare i andra.

Det är lättare att både ge och ta emot feedback om det finns tydliga och för alla kända kriterier för arbetsuppgifternas mål, genomförande och kvalitet (140). I forskningsprojektet Hälsa och framtid (85)²⁶, fann man att i de friska företagen hade cheferna även en större kännedom om vad som hände i organisationen. Man betonade i större utsträckning direktkontakt och att även de informella vägarna för kommunikationen har betydelse för att utveckla denna kunskap. Kommunikationen fungerar bra såväl uppåt och nedåt som sidledes. Ledningen delegerar och klarlägger i högre grad det ansvar som ligger på cheferna och har mer utvecklade strategier för återkoppling.

8.11 Förändring

Det finns samband mellan mental ohälsa och omfattande omorganiseringar. Detta gäller särskilt vid mer komplexa förändringar (14)³. Att inte kunna förutse hur arbetet konkret kommer att förändras, eller se betydelsen och meningsfullheten av densamma, tycks ha särskild betydelse. Det ser dock ut att vara så att omorganisering påverkar hälsan hos individer och i organisationer på olika sätt. Vissa tycks vara mer robusta och klara förändringar bättre än andra. Ledarskapet har stor betydelse för att utvecklings- och omstruktureringsarbeten genomförs på ett mer hållbart sätt.

I KART-studien har man ställt frågan ”om det skett någon för dig viktig förändring” på den egna arbetsplatsen under det senaste året (221)⁶⁸. Man frågar även efter om man upplevt det som en förbättring eller en försämring och vilka de största förändringarna är. Att uppleva förändring som försämring visade sig vara en riskfaktor för att rapportera stressrelaterad utmattning två år senare. Mellan 2008 och 2010 märktes en kraftig ökning av andelen deltagare som menade att det skett en förändring. Extra märkbart var det inom primärvården, men även övrig hälso- och sjukvård. Andelen som värderade dessa förändringar som en försämring har ökat sedan 2004, men ökningen var markant i senaste tvåårsuppföljningen. De vanligaste orsakerna bland dem som skattat förändringen som en försämring var personalminskning, ändrad/ny organisation och ökad arbetsmängd. De vanligaste positiva förändringarna var ny chef, ändrade eller nya arbetsuppgifter, ändrad/ny lokal och personalökning. I en sammanfattande rapport över KART-studien konstateras att den höga förändringstakten i arbetslivet och särskilt frekventa organisationsförändringar, kan ses som en viktig bidragande orsak till stress, stressrelaterad ohälsa och sjukskrivning (74)¹⁹.

Hälso- och sjukvården är en av de branscher som kännetecknas av hög förändringstakt, t.ex. frekventa organisationsförändringar, nya tekniska och medicinska hjälpmedel och behandlingar. Många gånger upplever beslutande instanser viss tröghet och ibland motstånd bland dem som arbetar ute i patientverksamheterna, till exempel vid införande/genomförande av förändringar i organisation och invanda arbetssätt. Det kan finnas många orsaker till detta såsom oklart kommunicerade mål, upplevd brist på delaktighet/inflytande, övertygelse om att förändringen inte leder till förbättring för personal och/eller för patienter etc. Ett problem när läkare inte är delaktiga i sjukvårdens utvecklingsprocesser är att såväl tid som energi riskerar att läggas på att arbeta fram lösningar som inte till fullo fungerar för eller är accepterade av läkare (240)⁷³.

8.11.1 *Lean-inspirerat arbetssätt*

Trots att det sker ständiga förändringar kan man uppleva stabilitet om dessa är en del av ett mönster som kan förstås utifrån en övergripande inriktning (241). Om det upplevs som om det finns stabila principer för utvecklingen skapar det en förståelse som långsamt bygger upp viljan att medverka i förändring. Detta är en av slutsatserna utifrån en studie av tre företag som infört produktionssystemet Lean, som handlar om resurshantering, effektivitet och ledning i organisationer. Syftet är att skapa mer värde med mindre arbete och en ständig förbättring. Trovärdigheten är betydelsefull. Den förutsätter att cheferna är aktiva och tydligt visar att de gör det de sagt att de skall göra. Förändringar som upplevs som avsteg från uttalade eller underförstådda överenskommelser mellan ledning och medarbetare eroderar snabbt förtroendet. Ledningen tror och vill ofta att förändringar skall gå snabbt, men det är komplicerade

⁷³ [Läkares engagemang i utvecklings- och förbättringsarbete av vårdens patientnära processer](#)

sociala processer som tar lång tid. Det tar år att bygga ett starkt engagemang och ett inbördes förtroende, men det går fort att riva ned.

I rapporten Nyorientering av svensk sjukvård (11)⁷⁴, beskrivs hur ett Lean-inspirerat arbetssätt i utveckling av vårdprocesser påverkar medarbetares arbete, arbetsförhållande, hälsa och engagemang.

Några slutsatser från projektet:

- Implementering av Lean-inspirerade arbetssätt på vårdenheter (operativa nivåer) kan ha positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljön– när det tydligt anpassas till verksamheten.
- Krav i arbetet ökade generellt i medeltal och stressymtom och utmattningsproblematiker ökade, där det inte skedde verksamhetsutveckling.
- Utmattning ökade även där det var högt engagemang och nya arbetssätt.
- Det fanns skillnader mellan hur yrkesgrupper påverkades av implementeringen.

Insatser för att öka systemproduktionen i vården med Lean-inspirerade arbetssätt innebär, med andra ord, att ”arbeta smartare, med värdighet och samtidigt arbeta hårdare”. Ett verksamhetsnära och tjänande ledarskap beskrivs som ett framgångsrikt sätt att utveckla nya arbetssätt i praktiken. Ett exempel på detta är att vara medveten om den frustration och irritation som kan uppstå bland medarbetare och försöka överbrygga dessa utmaningar genom att fokusera meningsfulla arbetssätt och utveckla dessa så de passar verksamheten. Att vara medveten om enskilda medarbetares behov är en annan viktig aspekt. Det kan ta sig uttryck genom att ge kontinuerlig information, att vara tillgänglig i förändringsarbetet och öppna upp för individuella anpassningar.

8.11.2 Vad kännetecknar robusta organisationer?

En klok strategi, inte minst i förändringstider, är att satsa på tillit och ett gott emotionellt klimat om man vill skapa lärande, kompetensutveckling och förnyelse (242). Studier av verksamheter som klarat ständig turbulens och komplexitet visar på en grundläggande förmåga att hantera upprepade utmaningar och gå stärkta ur krisen (233). Denna förmåga att ”komma igen” och energifyllt ta nya tag efter upprepade utmaningar kallas i nyare organisationsforskning ”resilience” (”elasticitet”). Denna skapas utifrån upplevda erfarenheter i vardagliga processer som främjar kompetens. En viktig källa till ”resilience” är att det finns tillgång till resurser (244).

En exemplifiering ges av Södergren (243) i fyra resursbaser:

- 1) *Strukturella resurser* som tillgång till ekonomiska resurser, formella befogenheter att agera, en tydlig uppgift och en stark vision.
- 2) *Kognitiva resurser* som att man upplever att det finns tillräckliga kunskaper och kompetens såväl i den egna gruppen som externt.

⁷⁴ [Nyorientering av svensk sjukvård - Verksamhetstjänande implementerings-logiker](#)

- 3) *Relationella resurser* vilket innebär att det finns nätverk och team som kan mobiliseras.
- 4) *Emotionella resurser* innebär att det i systemet finns en känsla av välvilja, stöd, tillit, kamratlighet och förtroende.

Ett sätt att stärka den mellanmännsliga dimensionen i arbetsmiljön är enligt Södergren att vid rekrytering av chefer prioritera personer med god förmåga till relationsbyggande, och med en drivkraft att hjälpa andra att utvecklas.

8.11.3 En hälsofrämjande förändringsprocess

En förändring som genomförs på ett hälsofrämjande sätt kan minska stress och öka upplevelsen av kontroll och stöd (245). En sådan hälsofrämjande förändringsprocess kännetecknas av;

- *En medvetenhet om den mångfald av faktorer som kan påverka olika individer i förändring*
Det kan vara stora skillnader inom en organisation beroende på faktorer som utbildningsnivå, tidigare erfarenheter av förändring och personlighet. Därför är det viktigt att inte enbart förlita sig på nyckelpersoners utsagor utan åstadkomma ett klimat där allas röst blir hörd.
- *Att chefen är närvarande och tillgänglig*
Vid en förändring är det extra viktigt att chefen är närvarande för att kunna ge individuell information och kommunicera kring vart förändringen syftar.
- *Att konflikter hanteras konstruktivt och direkt*
Det är naturligt att förändringar möts av motstånd, men när konflikter hanteras direkt och i en konstruktiv anda känner sig medarbetarna mer involverade och delaktiga istället för ignorerade och överkörda.
- *Att roller tydliggörs på ett tidigt stadium*
Detta innebär att man kan reducera den stress som ofta följer otydliga roller och rollkonflikter som ofta följer när rollerna ändras i en organisationsförändring.

Att chefer och medarbetare kan ha olika tidsperspektiv, inte minst i ett förändringsarbete, och att detta får konsekvenser för kommunikationen belystes i en studie i tre företag inom Volvo (63). En viktig erfarenhet från studien var att personalens upplevelse och erfarenhet på organisationsnivå hade en annan tidsdimension än på ledningsnivå. De anställda talar om förändringen utifrån dess konsekvenser nu och med ett tidsperspektiv som ligger ett eller två år bakåt i tiden medan cheferna diskuterar förändringar framåt. En chef kan tala om ett nytt inköpssystem som om det redan införts trots att det ligger ett år framåt i tiden. För en anställd är systemet inte infört förrän det är installerat och man har upplevt problemen med det. Man måste ha förståelse för varandras tidsuppfattningar för att kunna lösa eventuella problem som uppstår. Vikten av att genomföra förändringar med omsorg belystes även i en avhandling där man studerat förändringsprocessen på två sjukhus

utifrån vilka strategier de valt, för att skära ner på verksamheten (246). Medarbetarna som varit delaktiga mådde bättre och hade en mer positiv attityd till sin arbetsgivare än medarbetare på det andra sjukhuset, där förändringen genomförts utan delaktighet från medarbetarna.

Konsekvenserna av omfattande omorganisationer under 90-talet har studerats vid Örebro regionsjukhus (247), där man utöver en omfattande nedskärning förändrade organisation och arbetsinnehåll. Man konstaterade ett klart samband mellan ökade psykiska krav och psykisk ohälsa. Den största ökningen i långtidssjukfrånvaro stod de kliniker för vars tid för planering försämrats (248). Örebroundersökningen ger en tydlig kollektiv bild av tidsförloppet för stressreaktioner. I början av nedskärningarna rapporteras ökade krav men inga tecken på ökande trötthet. Den ökande tröttheten och ökade psykiska besvär kommer först som ett resultat av upprepade omorganisationer. På fyra av de 24 klinikerna genomfördes ett förändringsarbete utan att de anställdas hälsa försämrades (247).

De gemensamma faktorerna som verkar ha fungerat som buffertar mot förändringsstress var

- att man bedrev ett utvecklande ledarskap, dvs att även i besparingstider vara inriktad på att utveckla verksamheten
- att man betonade det gemensamma lärandet. En viktig del var att skapa utrymme för reflektion och samtal
- att utveckla samarbetet mellan alla yrkesgrupper, byggt på respekt för varandra
- att satsa på personalsociala och friskvårdande aktiviteter
- att från ledningen signalera att man var inställd på att lösa uppkomna frågor och att man var beredd att ta hjälp av extern expertis om så krävdes.

Genom att ha en god beredskap och visa omsorg om personalen i en förändring skapades tillit.

Utifrån den kunskap som finns om hur viktigt det är att bibehålla medarbetarnas känsla av sammanhang (KASAM) inte minst när en förändring skall genomföras, beskriver Hansson hur KASAM kan användas som förändringsmodell (27):

Begriplighet. Det är viktigt att informera och ha en dialog om bakgrund, syfte och innehåll i förändringen. Kommunikation och öppenhet är bättre än gissningar och rykten.

Meningsfullhet. Det är även viktigt att kunna beskriva visionen/varför man gör förändringen. Att låta människor vara delaktiga och känna sig betydelsefulla och inte överkörda är också centralt.

Hanterbarhet. Att ge förutsättningar i form av ramar och redskap för själva processen är viktigt för att medarbetarna skall kunna hantera den situation som råder. Inte minst

är det väsentligt att det finns tillräckligt med tid och att man också tar hänsyn till synpunkter från medarbetarna.

8.12 Utvecklingsmöjligheter, erkännande och rättvisa

Med utvecklingsmöjligheter i arbetet menas i vilken utsträckning anställda har möjlighet att lära sig nya kunskaper och färdigheter på arbetet och utvecklas i sin yrkesroll. Detta brukar även ingå i det vi kallar belöning, där erkännande är en viktig komponent.

8.12.1 Belöning

Belöning brukar användas som begrepp för att beskriva materiella belöningar (exempelvis lön, befordran, förmåner och ibland anställningstrygghet), men även immateriella belöningar (sådant som erkännande, uppmuntran och social status). Belöning sätts ofta i relation till ansträngning (effort) i den så kallade ansträngning–belöningsmodellen (the effort–reward imbalance model, ERI). Ansträngningsdimensioner som fysiska krav, emotionella krav, arbetsbelastning, ansvar och tidspress påminner mycket om kravdimensionerna som tidigare beskrivits, men den har en annan teoretisk bakgrund som förenklat innebär att den ansträngning som arbetet innebär bör balanseras av den belöning i termer av erkänsla, lön etc. som den anställde erhåller/upplever, för att inte situationen skall skapa ogynnsam stress (74)¹⁹. De två dimensionerna kan också ses som oberoende psykosociala faktorer, på samma sätt som krav och kontroll. Hög ansträngning respektive låg belöning hade, liksom höga krav och låg kontroll, samband med utbrändhet i alla tre undersökningsomgångarna inom KART-studien, även när hänsyn tagits till flera andra relevanta faktorer (inklusive krav och kontroll.)

8.12.2 Utvecklingsmöjligheter

I studien Hälsa och framtid fann man att kännetecknande för såväl friska företag som kommuner och landsting var att man hade en positiv inställning till medarbetarna vilja och möjlighet att utvecklas. I de friska företagen hade man en generös inställning till kompetensförsörjning, som inte styrdes allt för snävt av verksamhetens direkta behov, utan även inbegrep personlig utveckling. Man såg inte bara till den yrkesspecifika kompetensen, utan även till olika sammanhang inom företaget i stort eller för specifika arbetsgrupper. Rätt kompetens var viktig, men även att trivas i gruppen samt att acceptera och dela den värdegrund som råder (85)²⁶. På motsvarande sätt fann man hos kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro att det fanns goda möjligheter för personalen att utöver verksamhetens omedelbara behov, även få individuella önskemål tillgodosedda. Personalen uppmuntras både till att vidareutbilda sig och vid behov byta arbete (99)³³.

8.12.3 Organisatorisk rättvisa

En arbetsplats som upplevs som ”juste” och ger tillit till organisationens process och hur medarbetare behandlas, har fler friska medarbetare (113)⁴². En rättvis miljö i

arbetslivet är kopplat till sådant som resurstilldelning, att beslutsprocesser är transparenta och rättvisa och att arbetstagarna behandlas på ett rättvist sätt av ledningen, t.ex. att en grupp eller individ inte favoriseras på bekostnad av andra (249). På engelska används ofta begreppet organisatorisk rättvisa (organisational justice). Idén bakom organisatorisk rättvisa är att individer utvecklar förståelse av vad som är en rättvis belöning för en arbetsinsats (250, 251). Som individ jämför man sig med andra, som man uppfattar vara jämförbara, t.ex. om utbytet av ansträngningen är rättvis avseende grad av input (tid, kompetens, ansträngning, tolerans, flexibilitet, integritet) och output (lön, erkännande, information, rykte, legitimitet, ansvar, karriärmöjligheter) (14)³.

I studien Hälsa och framtid (252) undersökte man organisatorisk rättvisa i företag med låg respektive genomsnittlig sjukfrånvaro utifrån frågor kring om cheferna;

- tar hänsyn till de anställdas synpunkter
- kan hålla tillbaka sina personliga uppfattningar
- håller de anställda informerade om beslut och dess konsekvenser inom rimlig tid
- behandlar de anställda vänligt och omtänksamt
- tar hänsyn till de anställdas rättigheter
- ser till att behandla de anställda uppriktigt och ärligt.

Strategier, procedurer och principer för organisatorisk rättvisa var vanligare bland de friska företagen än de med genomsnittlig sjukfrånvaro. De vanligast förekommande faktorerna var att behandlas med vänlighet och omtanke samt att man beaktade personliga synpunkter och behandlades opartiskt (253).

8.13 Att stärka känslan av sammanhang på arbetsplatsen

Utifrån den salutogena teorin (7), beskrivs på sid 22 begreppet KASAM (känsla av sammanhang). Denna känsla formas tidigt i livet, men ett bra arbete kan också bidra genom att stärka individens känsla av sammanhang. I arbetsgemenskapen har vi en plats eller en roll i samspel med arbetskamrater. Antonovsky identifierade tre förklaringsområden och benämnde dessa; meningsfullhet (det känslomässiga), begriplighet (det kognitiva) och hanterbarhet (det praktiska). Exempel på förhållanden i arbetet som kan främja begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i arbetet ges i figuren nedan, modifierad efter (254). I en studie har också det klimat definierats som bäst understödjer begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (46). Karakteristika för dessa klimat sammanfattas i kursiv stil i modellen nedan (figur 15).

ARBETSPLATSENS KÄNSLA AV SAMMANHANG		
Begriplighet	Hanterbarhet	Meningsfullhet
Kunskap om	Resurser och stöd	Motivation
Omvärlden	Material, verktyg, människor	Visioner, Mål
Organisationens historia	Tydlig organisation och riktlinjer	Rimliga löner, förmåner
Organisationen		
Arbetsinnehållet	Påverkansmöjligheter	Värderingar
Egna rollen	Arbetstakten	Etik och moral
Förändringar	Arbetsplanering	Centrala värderingar
		Rättvis behandling
Återkoppling	Kompetens	
Från chefen	Yrkeskunnande	Positiva upplevelser
Från kollegor	Social kompetens	Relationer: kollegor/chef
Från klienter/patienter	Kommunicera	Trevlig miljö
		Trivselaktiviteter
	Ork	Humor
	Fysisk och psykisk	
	Distansering, pauser	Variation i arbetet
		Självkänsla
<i>Reflekterande</i>	<i>Tillåtande, harmoniskt klimat</i>	<i>Uppskattning</i>
<i>Öppenhet</i>	<i>som ger möjlighet till flexibilitet</i>	<i>och berikande</i>
<i>Helhetsbild av arbetet</i>	<i>och ansvarstagande</i>	<i>socialt klimat</i>

Figur 15. Aspekter som understödjer arbetsplatsens känsla av sammanhang, modifierade efter (254) och (46)

8.13.1 Begriplighet

Begriplighet handlar i mångt och mycket om att skapa den förståelse som behövs för att människor skall känna sig trygga, så att man förstår vilka krav som ställs och hur de skall bemötas, att ha "koll på läget" kort sagt. Ofta befinner vi oss i komplexa sammanhang där vi måste se vad som finns och hur det hänger ihop för att kunna orientera oss och veta hur vi skall agera. Varje medarbetare bär med sig sin historia från arbetslivet, men även en organisation kan ta med sig sin historia och visa att det finns en "röd tråd" i dess utveckling och planer (27). Man kan även behöva få en förståelse för de samband som finns mellan de delar av organisationens system som man själv ingår i för att kunna överblicka helheten.

Förståelse för uppdraget är viktigt för att man som medarbetare skall kunna avgöra vad som är viktigast att ägna sig åt. Ett lärande arbetssätt ger medarbetarna möjlighet att skaffa sig kunskaper som står i relation till den uppgift de ställs inför. Det kan handla om vår egen värdering, att vi har kunskap om vad som är bra resultat eller en bra kvalitet i det vi gör, så att vi vet när vi har gjort ett bra jobb. En klok informationshantering och ett bra kommunikationsklimat med välfungerande återkoppling, är centrala delar för att stärka arbetsplatsens begriplighet. Läs mer om återkoppling i tidigare avsnitt.

I studien Hälsa och framtid fann man att de flesta företag marknadsförde sig som attraktiva arbetsgivare i samband med rekrytering, men de friska företagen arbetade mer aktivt och långsiktigt för att verkligen leva upp till sitt varumärke (85)²⁶. Utöver yrkesmässig kompetens tas också stor hänsyn till det sammanhang den som rekryteras skall arbeta i. Friska företag är bättre på att se till att företagets värderingar är välkända för alla. Verksamheten planeras långsiktigt, baserat på tidigare erfarenheter och företagets historia. Den strategiska ledningens uppgift är att tydligt och begripligt informera sin organisation och sin omvärld om vad som är dess identitet i bemärkelsen uppdrag, vision och värdegrund (255). Detta förutsätter en ständigt pågående dialog och reflektion i ledningsarbetet. Lärandet och utveckling av kunskap har en nyckelroll för hälsofrämjande arbetsplatser. Både vanlig kompetenshöjande personalutbildning och tid för reflektion och spontant lärande vid dagliga diskussioner är av betydelse.

8.13.2 Hanterbarhet

Begreppet hanterbarhet kan ses som en kombination av resurser och förmågor som finns hos individen själv och i hennes omgivning. Inflytande och socialt stöd ökar hanterbarheten liksom en fungerande organisation med ordning och tydlighet exempelvis kring roller och ansvarsområden (254). Den yrkesskicklighet vi bär med oss utifrån erfarenheter och träning i nuvarande och tidigare arbeten spelar roll, men det handlar även om att vi får möjlighet att tillämpa denna. Tillgången till verktyg för att lättare kunna hantera sina arbetsuppgifter är också viktigt. Verktyg kan vara allt från dess konkreta betydelse till de mer osynliga, som metoder och tillvägagångssätt. Hanterbarhet handlar också om att orka med såväl fysiskt som psykiskt. Belastning måste varvas med återhämtning.

Att stärka medarbetarnas skicklighet och erbjuda olika slags utmaningar men också vila och reflektion är utmärkt för att få friska produktiva medarbetare. Det gäller att skapa en atmosfär där varje medarbetare kan och vill göra sitt bästa utan att känna sig utnyttjad (256). Hanterbarhet på arbetsplatsen handlar bland annat om färdigheter i form av formellt yrkeskunnande och en utvecklad yrkeskompetens (257). Personliga resurser som exempelvis kommunikativ förmåga och fysisk ork, har också betydelse för hanterbarheten. Inflytande över sina villkor i arbetet, möjligheten att styra arbetstakten och ta egna initiativ bidrar till egenkontroll och hanterbarhet liksom hjälpsamma arbetskamrater och en fungerande organisation. Att det finns ett arbetsklimat som understödjer en aktiv problemlösning hos den anställde, lyftes fram som en viktig lärdom i en studie bland anställda inom så kallad människovårdande yrken i offentlig sektor (258). Man jämförde de som var nöjda med dem som var missnöjda med sin arbetssituation. De nöjda använde sig oftare av en handlingsinriktad och hjälpsökande problemlösningstrategi för att komma tillrätta med svårigheter medan de missnöjda väntar och ser och hoppas att det skall lösa sig. Därför betonas vikten av ett ledarskap där anställda ges tillfälle att ventilerat svårigheter, få del av problemlösningar samt ges förutsättningar att fatta egna beslut.

I friska företag (85)²⁶ fanns en allmänt positiv inställning till problemlösning. Det var mer tillåtet för de anställda att komma med kritik mot cheferna och peka på missförhållanden inom företaget. Detta gjorde att problem och missförhållanden kom upp till ytan och relativt snabbt kunde lösas. Tidigare studier har pekat på betydelsen av att ledningen har god kännedom om eventuella stressfaktorer inom organisationen för att ha möjlighet att åtgärda dessa.

8.13.3 Meningsfullhet

Meningsfullheten är den känsla som avgör i vilken utsträckning man upplever att det är värt att investera energi och engagemang i något, det kan vara i livet i stort eller i de utmaningar man ställs inför. Mening är ett komplext begrepp som dels syftar på om det finns någon högre mening och dels om vår egen insats bidrar till verksamhetens samlade produkt.

När vi är på arbetet befinner vi oss ofta i ett sammanhang som känns självklart, där vi har betydelse och som betyder något för oss. Detta är grundläggande för känslan av meningsfullhet. Vi kan även behöva uppleva att vi har ett viktigt uppdrag. Därför behöver man regelbundet ställa sig frågan ”varför finns vi här” (27). Att som ledare tydliggöra nyttan av arbetsinsatserna är ett sätt att stärka detta. Det behöver även finnas tydliga mål att arbeta mot och en belöning för den strävan vi lägger ner. Vilken värdegrund man utgår ifrån – ”den goda idén” har också betydelse för meningsfullheten. När en arbetsuppgift blir meningsfull så ger det en känsla av arbetsglädje, en positiv känsla av välvilja, intresse och energi. Det blir mer meningsfullt att gå till jobbet om det är ett positivt arbetsklimat som bygger på respekt, uppskattning, omtanke och förtroende.

Där arbetet organiseras och leds så att det bidrar till att vi upplever att vi respekteras som personer och att det vi producerar betyder något gott både för vår personliga utveckling och för det sociala välbefinnandet där frigörs positiv energi (255). Å andra sidan kan ett starkt engagemang ibland innebära att individen går över gränsen för vad hon kan prestera långsiktigt och riskerar att drabbas av utmattning och utbrändhet. En alltför stor arbetsbelastning gör att människor inte kan utföra arbetet ordentligt och arbetsglädjen kan förloras. Om arbetsuppgiften känns meningslös och om det är svårt att förstå vilken nytta eller glädje andra människor har av det man gör, kan det ge upphov till trötthet, leda och andra symtom (257).

Det blir mer meningsfullt att gå till jobbet om det är ett positivt arbetsklimat som bygger på respekt, uppskattning, omtanke och förtroende. Positiva upplevelser som förstärker känslan av mening kan ta sig uttryck i vackra miljöer, kultur och natur. Vistelse i naturen har en gynnsam inverkan på människors hälsa och att det har en återhämtande och stressreducerande effekt (259). Inte bara vistelse utan även fönster ut mot naturen kan ha positiv påverkan. Även en kort blick ut mot naturen ger en mikropaus som positivt påverkar upplevd stress.

9 CHEFS- OCH LEDARSKAP & MEDARBETARSKAP

Att vara chef innebär att man har en formell roll med definierade arbetsuppgifter utifrån ett arbetsgivaransvar (260). Men chefen har också en ledarroll. Den är mer informell och kan inte definieras lika tydligt som chefskapet då ledarskapet snarare är fokuserat på emotionella aspekter, såsom delaktighet, motivation och engagemang.

Ledarskap har t.ex. definierats ”som alla initiativ som underlättar för människor att arbeta effektivt tillsammans” (14). Ledarskapsrollen är viktig för att främja förändring och utveckling och för att få med sig medarbetare i ett gemensamt utvecklingsarbete. Det går dock inte att få till en hållbar verksamhetsutveckling eller en god arbetsmiljö utan medarbetarskap.

Ett gott ledarskap är en av de viktiga nyckelfaktorerna för en god arbetsmiljö:

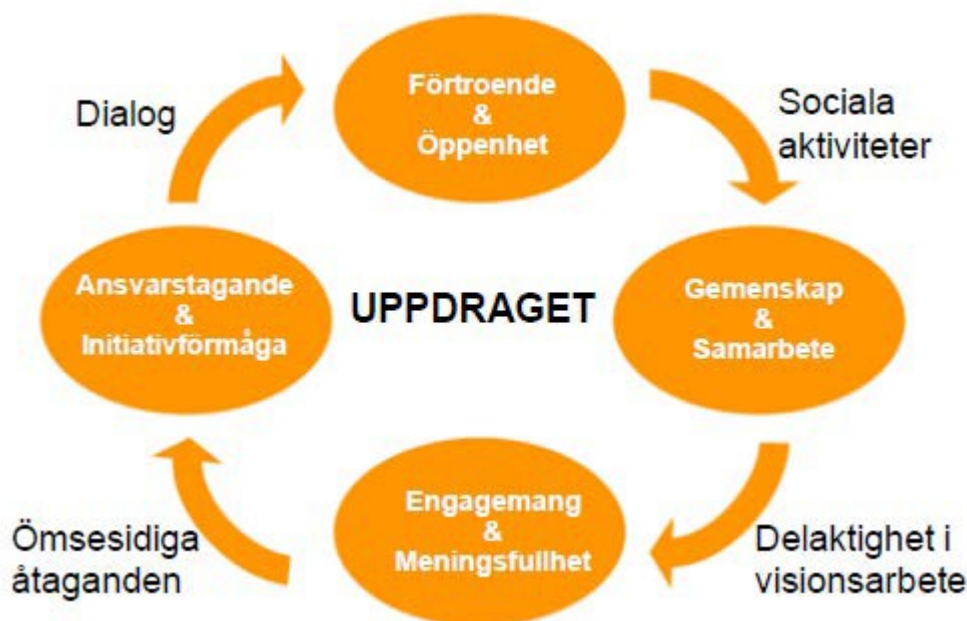
- Chefs- och ledarskap har visat sig påverka medarbetares hälsa, välbefinnande, arbetstillfredsställelse, sjukfrånvaro och sjuknärvaro (261-267).
- Ledarskapet har också stor betydelse för att lyckas med utvecklingsarbeten som syftar till hållbarhet, genom ledarskapets påverkan på medarbetares motivation, engagemang och prestation (10).
- Ledarskap kan också påverka medarbetare indirekt genom det sociala klimatet (till exempel genom socialt stöd) på arbetsplatsen, vilket i sin tur kan påverka hälsa och engagemang bland medarbetare (14, 261, 268-270)³.

9.1 Ett utvecklat medarbetarskap

Uppfattningar om vad medarbetarskap innebär kan variera mellan olika nivåer inom samma organisation men även mellan olika organisationer (271)⁷⁵. Oftast är det normativa tolkningar utifrån ett ledarskapsperspektiv som förekommer och som handlar om hur ett ”gott medarbetarskap” ska utvecklas. Artikeln bygger på fokusgruppsintervjuer med nästan 70 medarbetare inom olika professioner i hälso- och sjukvården. Tillsammans bidrar de med värdefull kunskap om hur medarbetarskapet formas i en kollektiv process, där chefen inte är involverad, men kan ge viktiga förutsättningar. Processen kan snarare relateras till team och teamklimat, där viktiga beståndsdelar är tillit, möjlighet att komma till tals och bidra till bättre samarbete samt relationen både till chefen och organisationen i sin helhet. Det fanns stora skillnader i uppfattningar mellan professionerna när det gällde intressekonflikter, grupptillhörighet och möjlighet till inflytande. Hällstén och Tengblad definierar medarbetarskapet utifrån viktiga förutsättningar för att utveckla ett välfungerande medarbetarskap (272, 273)⁷⁶. Att utveckla medarbetarskapet är en långsiktig och aktiv process, som beskrivs i nedanstående figur över medarbetarskapshjulet.

⁷⁵ [Medarbetarskap inom hälso- och sjukvården](#)

⁷⁶ [Medarbetarskap på 60 minuter.](#)



Figur 16. Medarbetarskapshjulet, utbyggd version (273)

Förtroende och öppenhet tar tid att bygga upp och kräver kontinuitet. För att få till stånd förtroende och öppenhet är *dialog* viktig, både medarbetare emellan och mellan medarbetare och chef.

En god dialog kännetecknas av att deltagarna öppet framför vad de tycker, att man lyssnar på varandra och att det växer fram en fördjupad förståelse utifrån detta. Inte heller *gemenskap och samarbete* utvecklas av sig själv. En grupp består av de relationer som vuxit fram.

Vid organisationsförändringar underskattar man ofta värdet av ett väl fungerande samarbete. Det måste få ta både tid och resurser för att få relationer att växa fram. Det kan t.ex. stimuleras av *sociala aktiviteter*, som att då och då göra något roligt och trivsamt tillsammans som bidrar till en bättre stämning och samhörighet. Inte minst viktigt är att mötas i vardagen t.ex. på fikaraster. Men det skall inte behöva vara upp till den enskilde att ensam ta ansvar för detta. Organisationen behöver utveckla incitament och belöningssystem, som stärker dessa värden. *Att delta i visionsarbetet* för den egna arbetsplatsen eller organisationen stärker engagemang och känslan av mening. *Ansvarstagande och initiativförmåga* stimuleras genom *ömsesidiga åtaganden*. Man behöver samtala om vad det innebär. Det är inte så enkelt som att "dela ut paket" med olika ansvar. Ett ömsesidigt åtagande bygger på att man gör sig beroende av varandra. Att fastslå, tydliggöra och utveckla det gemensamma *uppgiftet* är en annan central aktivitet i detta utvecklingsarbete.

9.1.1 **Arbetsmaterial för hållbart och hälsofrämjande ledarskap**

Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring (274)⁷⁷, är ett arbetsmaterial som kan användas för att stödja analys, reflektion och utveckling av hållbara och hälsosamma arbetsförhållanden. Arbetsmaterialet fokuserar främst på psykosociala och organisatoriska resurser (hälsofrämjande perspektiv) men även på att minska risker (förebyggande perspektiv) och bygger på forskning som sammanställts i en särskild rapport (14)³. Materialet är indelat i olika teman som delvis överlappar varandra. Man kan arbeta med utvalda teman vid olika tillfällen och i den ordning som passar bäst. Varje tema innehåller sammanfattning av teori och forskning, bilder som stöd och inspiration för reflektion samt reflektions- och dialogfrågor. Arbetsmaterialet är en uppdaterad version som bygger vidare på ett tidigare FoU-program med syfte att stärka ledares kunskap och handlingsberedskap i ett hälsofrämjande förhållningssätt i ledarskapet, så att detta även avspeglar sig i medarbetares hälsa och hälsosamma arbetsvillkor. Programmet genomfördes i Göteborgs stad, Astra Tech AB och Volvo Logistic (77, 275). I ett senare forskningsprojekt utvecklade man först arbetsmaterialet, som sedan testades på olika varianter av dialogbaserad ledarskapsutbildning i grupp och webbaserad interaktiv ledarskapsutbildning (78)⁷⁸. Personer anställda vid FHV och HR var i första hand processledare för interventionsgrupperna. Resultatet pekar på förbättringar av ledarskap, arbetsmiljö- och verksamhetsutvecklingsarbete, arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang vid de arbetsplatser med chefer som aktivt hade arbetat utifrån interventionerna.

Av detta drar forskarna slutsatsen att chefens egna förutsättningar för och prioriteringar att arbeta utifrån interventionerna är en viktig del i graden av hur framgångsrika interventionerna blir.

9.2 **Chefers förhållningssätt och förutsättningar**

Första linjens chefer befinner sig i brytpunkten mellan själva verksamheten och den strategiska nivån i organisationen. Här sammanfaller kraven från högre chefer, uppdragsgivare, kunder, brukare och anställda. I organisationer sker ständigt förändringar och det gäller för chefen att kunna hantera förväntningar från olika håll. För att klara detta måste den operativa chefen ha en strategi. En sådan kan byggas upp långsiktigt och metodiskt. Även den strategiska ledningen, kollegor och medarbetare är viktiga i en sådan process. I häftet *Chef idag* (276)⁷⁹ sammanfattas erfarenheter från olika forskningsstudier utifrån den övergripande kunskapen om att det både handlar om chefen själv och dennes förutsättningar.

Chefers nyckelroll och strategier: De förändringar som man som chef har att hantera kan exempelvis vara nya uppgifter, besparingskrav, konflikter och sjukdom hos personal eller organisatoriska förändringar. Forskning visar att den operative chefen ofta ställs inför sådana situationer med krav från många olika håll som skall vägas

⁷⁷ [Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring](#)

⁷⁸ [Utveckling av hållbart och hälsofrämjande ledarskap – i vardag och förändring](#)

⁷⁹ [Chef idag](#)

samman så att både verksamhetens kvalitet upprätthålls, att arbetsmiljön är rimlig och att inte de ekonomiska ramarna överskrids. Då krävs det att kunna anpassa krav och resurser, som personaltillgång och förmåga, kunna göra bra prioriteringar och fatta beslut om adekvata åtgärder utifrån den specifika situationen.

Chefers förhållningssätt: För att klara denna vardagliga anpassning behöver chefen såväl handlingskraft som handlingsutrymme. Det räcker inte med att chefen har ”rätt förhållningssätt” i sitt ledarskap, han/hon måste också ges goda förutsättningar.

Chefers förutsättningar: Chefen måste ha tillgång till resurser, som att ha tydliga och tillräckliga befogenheter i relation till sitt ansvarsområde. Han/hon behöver även stöd och goda relationer både uppåt, nedåt och utåt i organisationen. Forskning visar att en strategi för att avgränsa uppdraget gentemot kunder eller andra organisationer är väsentlig (276)⁷⁹. Cheferna behöver ha ansvar för ett rimligt antal medarbetare för att hinna vara närvarande chefer, väl insatta i verksamheten och med möjlighet att utveckla den (277)⁸⁸. Chefen behöver även kunskap för att kunna väga samman alla delar som ingår i ansvaret att vara chef över en operativ verksamhet (276). Utöver kunskap behöver chefen också ha arenor för att kunna diskutera både verksamhet och ekonomi samtidigt samt tillitsfulla relationer till kollegor och överordnande. Chefen behöver även, precis som medarbetarna, få uppskattning. Den sista rutan i figuren visar på det ansvar den strategiska ledningen har för att åstadkomma en hållbar strategi. Detta är helt nödvändigt för att en linjechef skall få kraft och utrymme att skapa goda jobb i en fungerande verksamhet.

9.2.1 Vad menas med ett hållbart och hälsofrämjande ledarskap?

I arbetsmiljöforskningen handlar begreppet hållbarhet oftast om att möta de dagliga behoven utan att riskera ohälsa och utslagning från arbetet (278). *Hållbart ledarskap handlar om att skapa och återskapa mänskliga resurser* och värden snarare än att förbruka dem (261), det vill säga att hantera förhållanden på ett hållbart sätt, utan att förlora grundläggande funktioner och att också vidareutvecklas, exempelvis genom att integrera vårdkvalitet med arbetsmiljö och ett effektivt resursutnyttjande (279).

Även om olika kvaliteter i ledarskapet har stor betydelse för medarbetares hälsa så tycks också chefer med ohälsosamma nivåer av stress påverka medarbetare på negativt sätt (261). Hållbart ledarskap innehåller därför även chefers förutsättningar för och organiserandet av aktiviteter och processer som ger ett hållbart arbete och utveckling. *Ett hälsofrämjande ledarskap kan definieras som kunskaper, attityder och färdigheter, såväl som riktlinjer, strukturer och en kultur som understödjer en hälsofrämjande arbetsplats* (280). Hälsofrämjande ledarskap är ett ledarskap som lyckas skapa en hälsosam kultur på arbetsplatsen vilken innefattar värderingar som inspirerar och motiverar de anställda att delta i utvecklingen mot en hälsofrämjande arbetsplats. Det kan handla om att visa omtanke om sina medarbetare, att göra det möjligt för dem att ha kontroll över sin arbetssituation, eller att inspirera medarbetarna till att se värden och meningen med arbetet.

9.2.2 *Chefers förhållningssätt, olika ledarskapsstilar*

Det finns idag flera studier som har identifierat vilka egenskaper, kvaliteter och ledarskapsstilar som har bäst betydelse för olika önskvärda utfall i verksamheten och medarbetares hälsa och arbetsinsats (261, 268, 281)⁸⁰. Genom att reflektera över hur man som ledare påverkar sin omgivning kan man utveckla ett mer hållbart förhållningssätt för både chef, medarbetare och verksamhet (14). Läs mer om olika ledarstilar i rapporten Hållbart ledarskap i vardag och förändring ³.

Ett hållbart ledarskap är:

- Strukturerande
- Relationsinriktat
- Delaktighetsinriktat
- Utvecklande
- Ärligt och verksamhetsnära
- Tjänande

Detta stämmer väl överens med de rekommendationer som ges för ett hälsofrämjande ledarskap (282);

- Ge dina medarbetare förutsättningar för att utföra sitt arbete på ett självständigt sätt (information, befogenheter och tydlighet)
- Uppmuntra medarbetarna att delta i utvecklingen av arbetsplatsen
- Ge stöd
- Inspirera
- Visa integritet (rättvisa)
- Integrera team-medlemmar så att de kan arbeta väl tillsammans

Negativt för medarbetarnas hälsa var att chefer agerade diktatoriskt, tvingade på sina medarbetare egna värderingar, var oärliga och aktivt ovänliga eller drog sig undan från medarbetarna. Upplevt dåligt ledarskap ökade inte bara sjukfrånvaron på jobbet utan även risken för dålig hälsa bland medarbetarna senare i livet. Passiva och auktoritära ledarstilar visar sig ha samband med dålig psykisk hälsa hos de anställda, särskilt upplevelse av mobbning, depressiva symtom, känslomässig utmattning och ökad sjukskrivning (283).

I Hälsa och framtid redovisade Ahlberg m.fl. (85)²⁶ vilket ledarskap som var mest framgångsrikt för att stödja medarbetarnas hälsa, men också det stöd i organisationen, som gjorde ett sådant ledarskap möjligt.

Förutsättningar för ett gott ledarskap beskrivs längre fram, men ledningsstrategierna i de friska företagen präglades av att chefen stöttade medarbetarnas utveckling samt var tydlig med krav men även med feedback, uppmuntran och stöd. Ett sådant ledarskap ger trivsel och har i tidigare studier visat sig reducera stress (284-286) samt bidra till

⁸⁰ [Att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar](#)

ökad effektivitet och motivation (287, 288). När man gjorde motsvarande studie i kommuner och landsting fann man inga tydliga skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landstings ledningsstrategier i form av ledarskapspolicy eller stöd till ledare (99)³³. Däremot såg man skillnader när det gällde uppföljning och kontroll, vilket till stor del utfördes via direktkontakt. De högre cheferna i de friska organisationerna träffade ledare och medarbetare antingen i möten avsatta för att diskutera sådana frågor, genom att närvara vid t.ex. arbetsplatsträffar, eller direkt genom att vara ute i verksamheterna. Ibland hade chefen sin arbetsplats placerad nära medarbetarna och kunde därmed ha daglig kontakt med dem. När geografiska avstånd hindrade var de högre cheferna måna om att ta sig ut till verksamheterna. De ansträngde sig att vara tillgängliga via telefon och e-post.

9.2.3 *Vilka strategier använder cheferna?*

Utifrån de förutsättningar som finns och det egna ledarskapet försöker cheferna att uppfylla sitt chefsuppdrag och leda verksamheten och medarbetarna. Mönster av strategier bildar i sig värdefull information kring chefers förutsättningar och vilket stöd de kan behöva. Balans i livet, på arbetet och på fritiden, är grunden för ett hälsofrämjande ledarskap enligt de chefer som nominerats till utmärkelsen Hälsofrämjande arbetsplatser (289). Gemensamt var också att de prioriterade såväl sin egen som medarbetarnas hälsa. Att som chef sätta gränser för arbete och privatliv upplevs som viktigt. Det kan exempelvis handla om att inte lägga press på sina medarbetare genom att skicka mail på kvällar och helger. Men det är svårt, och behöver diskuteras vidare. De betonade även medarbetarnas delaktighet.

Avgränsning av chefsarbete

I tidigare avsnitt beskrevs hur cheferna pendlar mellan olika logiker/ansvarsområden som administration, strategiskt arbete och att stödja och utveckla medarbetare. Dessutom deltar många chefer inom hälso- och sjukvården i det kliniska arbetet. Inom vart och ett av dessa fyra logiker fann man "blinda" områden med till synes oändliga behov och målkonflikter om "en god insats" (290)⁸¹.

Exempel på till synes omättade behov och målkonflikter inom hälso- och sjukvårdsschefernas olika ansvarsområden:

- Kliniskt arbete – *"att vara hjälpsam, duktig och en i gruppen"*.
- Stöd och interaktion med medarbetare - *"att vara tillgänglig, personlig och ställa upp"*.
- Strategiskt arbete – *"att vara med på allt och alltid redo"*.
- Administrativt arbete – *"att sköta pappersarbetet och avsluta när det är klart"*.

Det blev upp till den enskilda chefen att själv sätta gränser mellan dessa områden och sin egen förmåga. Strategierna för avgränsning mellan arbete och övriga livet var ofta outtalade och skapade genom erfarenhet. Det kunde handla om att göra sig mer

⁸¹ [Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården.](#)

umbärlig i det vardagliga arbetet, att sträva efter tillräcklig, men inte total kontroll. Eller att låta medarbetarnas behov avgränsa. Den öppna kontorsdörren var en viktig symbol för tillgänglighet, men kunde också splittra arbetet och försvåra chefens egen önskan om avgränsning. Genom att göra kontinuerliga rundturer på avdelningen förekom man oplanerade avbrott och höll sig uppdaterad. En strategi var att ha tydliga gränser mellan arbete och hem eller låta utomstående aktiviteter eller familjemedlemmar, "tvinga" dem att gå från arbetet. Att vara en förebild var viktigt. En annan strategi var att beskriva gränslösa arbetsvillkor som ett accepterat faktum (291)⁸².

Etiska dilemman kan vara en annan källa till stress när egna värderingar om prioriteringar och beslutsprocesser ställs i konflikt med organisationens normer. Just sådana dilemman beskrev cheferna i en kvalitativ studie över hur de hanterade stress på arbetsplatsen genom att agera stöddämpare (292). De upplevda ledarskapskraven krävde att man kunde leda i ständig förändring samtidigt som man skulle bibehålla förtroendet så väl uppåt som nedåt i organisationen. Att leda i ständig förändring innebar att hantera att en situation kunde förändras hastigt, som att anpassa verksamheten efter minskade resurser, men även hantera den påverkan som stora sociala förändringar och reformer kunde ha på verksamheten. För att möta och förebygga de negativa konsekvenserna så försökte man strukturera arbetet och stabilisera personalsituationen så gott det gick. För att bibehålla förtroendet (uppåt som nedåt) försökte man stärka sin position på mer eller mindre formella vis genom att visa duglighet, använda "rätt" språk och retorik. Man undvek att ta upp problem med överordnade och filterade även nedåt för att inte ytterligare belasta medarbetare.

Dessa försökte man stödja och uppmuntra på små och stora sätt till exempel genom sin aktiva närvaro, kompetensutveckling, extra bemanning etc. Att agera stöddämpare kunde i sin tur ge upphov till stress hos den individuella chefen. Detta försökte man hantera genom att bibehålla sin egen integritet i relation till de upplevda kraven (med lite stöd, begränsat handlingsutrymme, etiska dilemman). Ett sätt var att helt identifiera sig i ledarrollen, vilket gjorde att de på fritiden stängde av exempelvis sociala kontakter för att återhämta sig medan andra valde att distansera sig i sin ledarroll och stänga av jobbet och få återhämtning genom en aktiv fritid. För att upprätthålla någon slags balans där emellan så använde man sig av det stöd man kunde hitta/hade att tillgå: partner, vänner, mentorer, kollegor. Ett annat sätt att tankemässigt distansera sig var att ha en plan för vad man skulle göra om situationen upplevdes alltför ohållbar och man skulle sluta som chef.

Om individers egna preferenser för att avgränsa stämmer överens med vad som faktiskt är möjligt, så leder det till större arbetsglädje och mindre självrapporterad stress och konflikter. I linje med detta resonemang önskade cheferna att få stöd i att stärka de strategier de redan hade (291)⁸². Att utveckla individers förmåga till återhämtning och avgränsning av arbetet bör ske parallellt med organisatoriskt inriktat

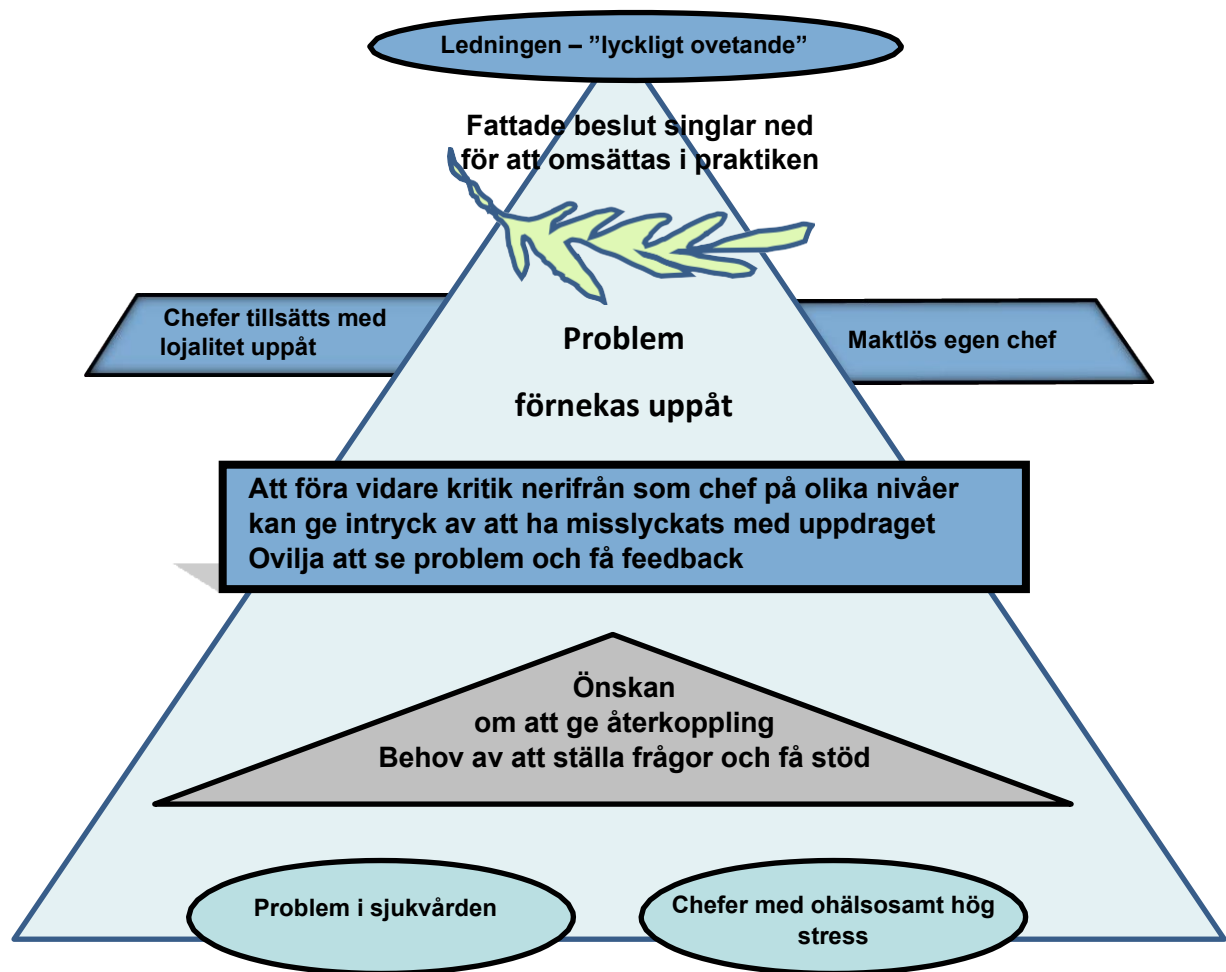
⁸² [Chefskap i sjukvårdsmiljö](#)

stöd. Att upprätta strategier för tillräcklig återhämtning är extra viktigt, med tanke på att förstalinjens chefer är en kvinnodominerad grupp och kvinnor oftare än män har större total arbetsbörda från både betalt och obetalt arbete. En tillämpning av begreppet organisatorisk hälsa inom sjukvården skulle kunna hjälpa chefer inom sjukvård att syna de värdekonflikter som finns och kunna bidra till reflektion kring hur dessa värdekonflikter skulle kunna hanteras (293, 294)⁸³.

Att kommunicera sin egen arbetssituation som chef

Liksom i CHEFiOS studien bekräftar andra studier av chefers förutsättningar det glapp som ofta finns mellan den strategiska och operativa verksamheten (281, 295). Goda förutsättningar för ledarskap kan bl.a. främjas av öppen kommunikation med högre ledare och ett klimat som tillåter att uttrycka sina synpunkter under beslutsprocessen. Ett hinder för att kommunicera sin egen stress och problembeskrivningar inom organisationen är när systemet uppfattas premiera nedtystande av problembeskrivningar (291). Bland chefer fanns en rädsla för att uppfattas som om man misslyckats med sitt uppdrag och därigenom riskera att förlora anseende och utvecklingsmöjligheter. Detta kunde medföra att problem inte fördes fram. Konsekvensen kan bli att värdefull information går förlorad för beslutsfattare högre upp i organisationen.

⁸³ [Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap.](#)



Figur 17. En tentativ modell över hinder för kommunikation av problem och stress uppåt (291).

Modellen illustrerar hur sex förstalinjens chefer i en fallstudie inom hälso- och sjukvården upplever ett system som premierar nedtystande av problembeskrivningar (291)⁸². Flera chefer beskrev beslutsprocessen som en envägskommunikation, där beslut fattas längre upp och singlar ner till golvet där de skall omsättas i praktiken. De problem som finns på golvet, inklusive chefers egen stress, uppfattades som inte önskvärd information. Man lägger locket på. Det fanns både en rädsla för och ett behov av öppenhet för att samtala om detta med den egna chefen. Rädslan kan handla om att bli betraktad som en svag person och att detta skulle försvåra fortsatt avancemang. Det stympade informationsflödet kan vara gynnsamt för att nå personlig framgång, men får konsekvenser då viktig information för arbetsmiljö och effektivitet går förlorad. Konkurrens och rädsla kan även medföra att man inte söker stöd hos kollegor. Ansträngningar från ett håll räcker inte för att förändra organisationskulturen så att det blir lättare för chefer att kommunicera om sin stress. Cheferna trodde att insatser behövde komma såväl från dem själva som från de närmsta cheferna och från högre upp i organisationen.

Studiematerial Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården

Studiematerialet Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården (296)⁸⁴ syftar till att stödja chefer i det vardagliga arbetet utifrån ett hållbart ledarskap. Materialet vänder sig till chefer men kan även användas av till exempel HR-specialister och personal inom företagshälsovård. Studiematerialet är indelat i olika teman och innehåller inledande situationsberättelser, så kallad ”vinjett”, sammanfattning av teori och forskning, modell eller bild som stöd för reflektion, samt reflektions- och diskussionsfrågor. De teman som tas upp i studiematerialet är:

- Vad använder chefer sin tid till?
- Stress och balans
- Kommunikation
- Tidsuppfattning och förhållningssätt till planeringar och avstämningar
- Medarbetarskap, professioner och samarbeten internt och externt

Chefers hantering av media

Chefer på alla nivåer inom vård och omsorg är ofta i fokus hos media. Offentlighetsprincipen, finansieringen och det stora antalet berörda av dessa verksamheter bidrar till ett stort intresse. Chefer använder olika strategier i mötet med media. De flesta med tidigare erfarenheter av mediakontakter valde att vara så öppna som möjligt, både proaktivt och reaktivt. Ett fåtal försökte istället undvika kontakt och mediaexponering, men ingen av dessa fann denna strategi framgångsrik. Cheferna förväntade sig inte stöd från sin organisation, och erbjöds sällan sådant, utan hämtade istället stöd från personer de litade på, på arbetet eller bland anhöriga, när de kände behov av det.

En konklusion är att det sannolikt är bättre, både för cheferna och organisationen, om man utarbetar en gemensam, dokumenterad strategi för stöd till chefer som exponeras för intensivt mediafokus (297)⁸⁵. Medvetenhet om möjligheter och risker vid mediakommunikation samt proaktiva förberedelser hos individen och organisationen kan ha avgörande betydelse för att understödja mer saklig och korrekt beskrivning i media samt för att undvika personfokuserade drev (298)⁸⁶. Genom en utvecklad förståelse och handlingsberedskap samt stöd i ledningsgrupper till den som möter media, kan negativa konsekvenser minska. Utse flera talespersoner, tala i vi-form och öka stödet från kommunikations- och HR-enheterna. Det är några forskarråd till kommuner och landsting som vill stötta sina chefer i kontakten med media.

⁸⁴ [Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården](#)

⁸⁵ [Chefers hantering av media.](#)

⁸⁶ [Att möta media och undvika personfokuserade drev.](#)

Strategier för bra relationer till media:

- Ha ett öppet förhållningssätt
- Bygg förtroende
- Var ärlig och transparent
- Var tydlig
- Var proaktivt förutseende
- Dokumentera strategin
- Tala om vad strategin innebär i praktiken

9.2.4 Chefers förutsättningar för ett gott ledarskap

I tidigare avsnitt har vi beskrivit vilket ledarskap som ger bäst förutsättningar för hälsa och hållbarhet bland medarbetarna. Men betydelsen av ledarskapsstilar och förhållningssätt minskar, om chefer har dåliga organisatoriska förutsättningar i sitt ledarskap (299, 300). Det lönar sig med andra ord att inte bara arbeta med ledarutveckling, utan även förbättra chefernas egna förutsättningar (14)³.

I CHEFiOS-studien som gjordes inom kommunal verksamhet, ville man ta reda på vad en chef behöver för att kunna göra ett bra jobb. Man undersökte vilka förutsättningar kommunala chefer har för att leda sina verksamheter och intresserade sig även för hur arbetsmiljön skulle kunna förbättras för att undvika onödig stress och negativa hälsoeffekter för cheferna. Resultatet utifrån de olika frågeställningarna presenteras närmare i kommande avsnitt och finns publicerat i en rad vetenskapliga artiklar samt två avhandlingar, som nyligen omarbetats i en rapport (301)⁸⁷. Slutsatserna i denna rapport är att de organisatoriska förutsättningar som finns allra närmast chefen handlar om de krav och resurser som finns i chefsarbetet. De organisatoriska förutsättningar som på ett mer övergripande plan påverkar chefernas möjligheter att fullgöra sina uppdrag är organisatoriska strukturer som antalet medarbetare per chef, tillgång till stödfunktioner samt arenor för dialog.

Hur många medarbetare kan en chef ha?

CHEFiOS-projektet, som bedrevs inom kommunala verksamheter under sex år, syftade till att utveckla kunskap om sambanden mellan organisatoriska förutsättningar för chefskap och chefernas arbetsmiljö, hälsa och prestationer (186)⁶². Resultatet från en av CHEFiOS delstudier visar att chefers kontrollspann (antal medarbetare som varje chef ansvarade för) är av stor betydelse för operativa chefers upplevelse av ett brett spektrum av krav i arbetet kopplade till deras egen arbetsbelastning, chefsrollen samt deras relationer till sina medarbetare (277)⁸⁸. Kontrollspannet påverkade signifikant fem av de sju jobbkrav som studerades: överbelastning, logikkonflikt, betungande rollkrav, medarbetarproblem och containerfunktion.

⁸⁷ [Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna.](#)

⁸⁸ [Betydelse av kontrollspann för chefers arbetskrav i offentlig sektor](#)

I dessa fall betydde ett större kontrollspann högre nivåer av jobbkrav, oberoende av chefens kön, position och erfarenhet. Kontrollspannet visade sig vara av lika stor betydelse för nivåerna av upplevda jobbkrav i människovårdande respektive tekniska verksamheter. Det tyder på att kontrollspannet är av generell betydelse i den kommunala offentliga sektorn i Sverige. I en aktuell kunskapsöversikt (302)⁸⁹ bekräftas detta av andra studier (303-305).

Konsekvenser som nämns för chefernas arbetsmiljö är:

- Minskad kontroll över arbetet
- Minskad arbetstillfredsställelse
- Överbelastning och stress
- Fragmentering och betungande rollkrav
- Konflikter mellan olika arbetsuppgifter såsom administration, strategi och personal

Kunskapsöversikten visar även på konsekvenser för såväl medarbetare som patienter (277, 302, 307-312)^{88 89 90}. Exempel på effekter av breda kontrollspann (ett stort antal underställda) på medarbetarnas arbetssituation var försämring avseende arbetstillfredsställelse, engagemang, medarbetares relation till chefen och att medarbetarna kände sig mindre sedda. Dessutom ökar breda kontrollspann personalomsättning, medarbetarna blir mer missnöjda med arbetsmiljön och med chefen. Det blir även problem i arbetsgruppen i större utsträckning. Slutligen påverkar breda kontrollspann även verksamhetens kvalitet (303, 310) på så vis att patientnöjdheten minskar och antal olyckor och incidenter i verksamheten ökar.

Chefers jobbkrav och resurser

Inom CHEFiOS-projektet gjordes utifrån Jobb-krav-resurs-modellen, som presenterats på sid 70, en extern utvärdering med hjälp av arbetsinnehållsanalys (ARIA) av chefernas arbetsuppgifter, krav och resurser i arbetet samt balansen dem emellan (312)⁹⁰. Sammantaget visade resultatet på en obalans mellan höga nivåer av jobbkrav och brist på jobbresurser för att möta dessa krav. I chefsuppdraget ingick ett brett spektra av krävande ansvar och arbetsuppgifter, och överbelastning och fragmenterade arbetsdagar var vanligt förekommande. Dessutom hade chefernas arbete expanderat över tid där ökade krav från en mängd intressenter gällande rapportering, uppföljningar samt övervakning och inrapportering av en mängd frågor, tillsammans med en ökad användning av standardiserade IT-verktyg för verksamhetsstyrning, svarade för en stor del av expansionen.

Chefsuppdraget innefattade ansvar för ett stort antal mål och arbetsuppgifter som ofta kolliderade i praktiken. Flera arbetsuppgifter identifierades också som perifera till chefsuppdragets kärna. Det var dessutom oklart när cheferna hade uppnått tillräckliga resultat, särskilt när det gäller de kvalitativa aspekter av välfärdsarbetet. Chefsarbetet bedömdes också som känslomässigt krävande, till exempel som följd av högt ställda

⁸⁹ [Chefer i välfärdens tjänst](#)

⁹⁰ [Jobbkrav och jobbresurser.](#)

krav och negativ feedback från brukare och deras anhöriga, samt negativ uppmärksamhet i media. Det sociala stödet bedömdes vidare som otillräckligt i stor utsträckning liksom det organisatoriska stödet i form av professionella stödfunktioner, personalresurser, lokaler och teknisk utrustning. Specialister inom HR, IT och ekonomi hjälpte chefer i det dagliga arbetet, men hade blivit mer krävande och mindre stödjande och operativa på senare år.

I studier av chefers tidsanvändning och stress inom sjukvården beskrivs chefernas tillvaro som fragmenterade och i vissa avseenden svåra att avgränsa (290)⁸¹. Chefernas vardag bestod till stor del av korta aktiviteter. Den mesta tiden tillbringade man med sina medarbetare, mindre än en procent av chefernas arbetstid ägnades åt ensamma möten med sina överordnade. Detta kan jämföras med 9-14 % för chefer i andra branscher. Cirka en sjättedel av tiden gick åt till administration och en mindre del till direkt strategiskt arbete, till exempel verksamhetsutveckling.

De individuella variationerna i tidsanvändningsmönstret var stora, vilket pekar på möjligheter att förändra. I studierna ingick även att mäta stress och energi. Chefernas självskattade stressnivå var generellt låga och den självskattade energin hög, men de individuella variationerna var stora i båda fallen liksom i de stressvärden som mättes via pulsklocka. Exempel på situationer där cheferna kände sig stressade var inför betydelsefulla prestationer, att man blev störd när arbetet krävde fokusering eller att man blev personligt berörd och inte kunde lösa problemet. Exempel på situationer för återhämtning var egentid då man kunde arbeta ostört, fokuserad tid eller lägen man gillar och är bekväm med. Stålltid, d.v.s. den tid man tar sig för att ställa/förbereda om inför en kommande aktivitet, som också kan vara en form av återhämtning, förekom sällan.

Att slitas mellan olika värden

Genom andra studier inom framförallt hälso- och sjukvård, men även viss kommunal omsorg, har man sökt kunskap om de ofta komplexa förutsättningar som präglar chefer inom offentlig sektor (46, 186, 281, 274, 308, 309)^{62 80 77}. Exempel på utmaningar som framkommit i dessa studier är hur första linjens chefer (chefer med direkt personalansvar) slits mellan olika logiker/ansvarsområden:

- Operativt arbete såsom att stödja och utveckla medarbetare och medarbetarskap och gentemot brukare/kunder.
- Att undvika att drunkna i administrativt arbete.
- Skapa utrymme för det strategiska arbetet.

Begreppet organisatorisk hälsa som har myntas av ett antal forskare, kan definieras som en organisations förmåga att hantera spänningar mellan olika konkurrerande värden på ett sätt som gynnar både patienter och anställda, och därmed organisationen som helhet (293, 294)⁸³. Utgångspunkten är spänningarna mellan professionella krav på vårdkvalitet och företagsekonomiska krav på produktivitet och effektivitet. Därmed kan man beskriva organisatorisk hälsa som ett uttryck för en arbetsorganisations förmåga att ta optimal hänsyn till både effektivitet och arbetstillfredsställelse.

Att slitas mellan dessa olika värden innebär ett hot mot vårdanställdas och chefers integritet, utifrån en rad aspekter:

- Att kunna arbeta enligt personliga värderingar.
- Att kunna utföra arbete utifrån egen övertygelse om god vårdkvalitet.
- Att organisationsförändringar genomförs på ett sätt som både tar hänsyn till ökad effektivitet och god vårdkvalitet.
- Att kunna genomföra sitt arbete under rimliga arbetsvillkor.
- Att bedriva ett ledarskap som främjar organisatorisk hälsa.

Från vilken utgångspunkt man hämtar sin legitimitet som ledare är även av stor betydelse för ledarskapet. Legitimiteten för ledare inom hälso- och sjukvård byggs antingen upp utifrån profession och klinisk skicklighet eller utifrån en ledarskapsidentitet. Detta leder ofta till legitimitets- och värdekonflikter, då de ekonomiska resurserna inte stämmer överens med professionellas prioriteringar. Värdekonflikter kan också uppstå mellan olika organisatoriska nivåer, verksamheter och andra grupperingar. Otydlighet kring ansvar och befogenheter eller en alltför stark styrning är andra exempel på utmaningar. En delstudie inom CHEFiOS redovisade hur chefer ofta upplever vissa uppgifter som orimliga eller onödiga. Sådana arbetsuppgifter brukar benämnas illegitima i bemärkelsen att de strider mot de normer och regler som utgör yrkesidentiteten (315)⁹¹.

Den typen av illegitima arbetsuppgifter kan i sin tur leda till stress och missnöje med den egna insatsen. Av studien framgår att chefer som arbetar i organisationer med otydlig styrning (styrbrist) måste handskas med arbetsuppgifter som upplevs som orimliga och onödiga, och att de gör det i högre grad än kollegor i organisationer med tydlig styrning. Därtill visar resultaten att ju fler underställda en chef har, desto fler illegitima arbetsuppgifter har han eller hon. Även detta är en organisatorisk fråga; normer för hur många anställda en chef kan och bör ha ansvar för varierar mellan olika typer av kommunala verksamheter. Kvinnliga chefer rapporterade något fler illegitima arbetsuppgifter än manliga chefer.

Organisatoriskt stöd

Ett tydligt ledarskap och delaktiga medarbetare var viktiga friskfaktorer i företag med låg långtidssjukfrånvaro (85)²⁶. I rapporten pekade man på följande organisatoriska förutsättningar som förenade de friska företagen;

Chefsutveckling: Man har bland annat ett mer utvecklat organisatoriskt stöd till ledarna i form av ett ledarskapsutvecklingsprogram som man vill att alla ska gå. Det var t.ex. betydligt vanligare att företag med låg sjukfrånvaro hade systematiska program för chefsutveckling än företag med genomsnittlig sjukfrånvaro och ännu mindre i företag med hög sjukfrånvaro.

⁹¹ [Illegitima uppgifter.](#)

Tydlighet: Det finns en tydligare och mer övergripande ledarskapsfilosofi där man i större grad betonar att ledaren förutom att vara yrkesmässigt kompetent även skall vara socialt kompetent, som en viktig del av ledarrollen.

I denna ingår bl.a. att få de anställda att trivas, få gruppen att fungera, se individerna vid sjukdom eller andra problem, förmedla visioner och fånga upp problem. Friska företag verkar enligt denna studie vara mer tydliga med vilket ansvar ledarna har, vad som krävs och förväntas av dem.

Ansvar och stöd: Ledarna hålls ansvariga men får hjälp när det behövs. Ledningen betonar det ansvar som ligger på linjechefer och har i flera fall arbetat systematiskt för att delegera och klargöra detta ansvar. Företagen med låg sjukfrånvaro verkar stödja sina ledare mer direkt i det vardagliga arbetet med feedback, uppmuntran och stödjande normer och värderingar. Detta har tidigare visat sig reducera risker för stress och utbrändhet bland ledarna.

Kommunikation: Det märks ett närvarande och tydligt ägarskap i form av delaktighet i den operativa ledningen eller frekventa kontakter med denna.

Stödfunktioner: De är ansvariga för att följa upp kortare sjukskrivningar medan kontaktansvaret vid långtidssjukskrivning flyttas från chefen till en mer övergripande ansvarsfunktion. När det närmar sig för medarbetaren att återgå i arbete kopplas ansvaret tillbaks igen till närmsta chefen.

När man gjorde motsvarande studie i kommuner och landsting fann man inga tydliga skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting när det gällde ledningsstrategier i form av ledarskapspolicy eller stöd till ledare (99)³³. Man såg däremot skillnader när det gällde uppföljning och kontroll, som till stor del utfördes via direktkontakt, vilket beskrivs i tidigare avsnitt.

Olika förutsättningar i kvinnodominerade verksamheter

CHEFiOS-studien visade att det finns en skillnad i det genomsnittliga kontrollspannet per chef mellan människovårdande respektive tekniska verksamheter. Cheferna i de människovårdande, och ofta kvinnodominerade, verksamheterna hade i genomsnitt nära dubbelt så många underställda medarbetare som sina kollegor i tekniska verksamheter. Första- och andra linjens chefer hade i medeltal 27 underställda, men det fanns stora variationer. Resultaten indikerar att de generellt sett större kontrollspannen i de människovårdande verksamheterna kan vara en viktig del i förklaringen till varför cheferna som jobbar i dessa verksamheter ofta upplever en obalans mellan krav och resurser i arbetet (136, 148)⁹². Man hade även sämre tillgång till administrativt stöd och rådgivning, upplevde fler logikkonflikter och mer resurs- och styrningsbrist. Med organisatorisk styrningsbrist avses till exempel att strategiska beslut är svåra eller omöjliga att implementera i verksamheten, att beslutsstrukturen är oöverskådlig och att bilden av vad de ansvarar för är otydlig.

⁹² [Kommunala chefers organisatoriska förutsättningar](#)

I en tidigare studie av enhetschefernas arbetssituation inom olika kommunala verksamheter fann man även där att förutsättningarna skiljde sig åt mellan mans- och kvinnodominerade verksamheter (316)⁹³. En analys av ”kritiska perioder”, då enhetscheferna upplevt arbetstillfredsställelse respektive starka psykiska påfrestningar, visade att enhetscheferna behöver:

- Tid till att stödja och leda medarbetarna samt till att informera och reflektera över störningar eller strukturella problem i verksamheten (arbetsdialog)
- Balans mellan uppgifter/ansvar och stödfunktioner
- Tydliga krav och hållbara överenskommelser
- Tid till att förstå och kommunicera förändringar
- Arena för återkommande dialog med överordnade chefer och politiker (uppdragsdialog)

I kunskapsöversikten om kontrollspann (302)⁸⁹ fann man precis som i CHEFiOS att breda kontrollspann framförallt fanns inom kvinnodominerade branscher, såsom vård, omsorg och sociala tjänster samt utbildning. I den litteraturgenomgång man gjort av forskning om kontrollspann och dess konsekvenser, fann man inget fog för att vård- och omsorgsverksamheten skulle vara särskild lämpad för att organiseras med breda kontrollspann (314, 317-323).

Tvärtom uppfyller verksamheten de flesta kriterier som har identifierats för när det är lämpligt för chefer att ha få underställda medarbetare:

- Verksamheten är geografiskt spridd och i många fall öppen dygnet om
- Cheferna har komplexa arbetsuppgifter och möter krav och önskemål från många olika intressenter i och utanför organisationen
- Medarbetarna har komplexa och föränderliga arbetsuppgifter som kräver anpassning till omsorgstagarnas behov
- Verksamheten omorganiseras ofta och de finns en stor rörlighet bland chefer och medarbetare.

CHEFiOS visade på stora skillnader i arbetssituationer för cheferna i studien. Man konstaterade att arbetssituationen i form av chefsspecifika krav och resurser har mycket höga samband med hur chefer mår och presterar. Med hjälp av klusteranalyser identifierade man åtta olika typsituationer för chefer med olika kombinationer av krav och resurser i arbetet (324)⁹⁴. Chefer som befann sig i de mest fördelaktiga arbetssituationerna som karaktäriserades av relativt låga krav och hög grad av resurser (*de gynnade, de uppskattade och de uppbackade*), rapporterade betydligt bättre hälsa, motivation och prestationer i arbetet än de som befann sig i de mest ogynnsamma klustren (*de klämda och de motarbetade*). Klustren mellan dessa två ytterligheter (*de fokuserade/isolerade, de försummade och de utsatta*) identifierades som ”riskkluster” då dessa chefers arbetssituationer innefattade såväl negativa som positiva psykosociala

⁹³ [Könade verksamheter](#)

⁹⁴ [Typiska arbetsmiljösituationer för chefer i svensk offentlig sektor.](#)

arbetsvillkor. De psykosociala arbetsvillkoren hade samband med hälsoproblem, låg motivation samt dåliga prestationer. De psykosociala arbetsvillkoren för chefer är könssegregerade. Chefer i människovårdande verksamheter, vilka vanligen också är kvinnodominerade organisationer, hade i allmänhet sämre villkor (186)⁶².

Konsekvenser för verksamheten

Resultaten från analyser av enkätsvar i CHEFiOS-studien visar på samband mellan chefernas arbetssituation och deras självskattade prestationer eller bedömning av hur väl verksamheten fungerar. De chefer som ingick i mer gynnsamma kluster rapporterade också att deras verksamheter fungerar bättre och lättare nådde uppsatta brukarmål (186)⁶².

De psykosociala arbetsvillkoren hade även en stor inverkan på de offentliga chefernas avsikter att lämna inte bara sin arbetsplats, utan också yrket (325)⁹⁵. Nästan en femtedel av cheferna i studiegruppen lämnade sina jobb under tvåårsperioden. Över en tredjedel av cheferna som fortfarande arbetade kvar ansågs sig vara i någon form av negativ anställningssituation, det vill säga vara på en icke önskvärd arbetsplats och/eller i ett icke önskvärt yrke. Chefernas vilja att stanna på arbetsplatsen och i yrket stärktes betydligt under mer gynnsamma psykosociala arbetsvillkor. Chefer i det minst gynnsamma klustret, de motarbetade, visade den högsta risken för att vilja lämna yrket.

Där var logikkonflikter eller slitningar mellan olika arbetsuppgifter och låga nivåer av stöd och erkännande från ledning och brukare mest framträdande. Resultaten visade ett något annorlunda mönster för de chefer som faktiskt lämnat sitt arbete, det vill säga att viljan att lämna arbetsplatsen och/eller yrket och att faktiskt göra det inte nödvändigtvis bestäms av samma faktorer. Bristande arbetsvillkor kan därför leda till psykiskt frånvarande chefer i offentliga organisationer.

I en översiktsartikel över nationella och internationella studier av varför chefer inom offentlig sektor väljer att sluta konstaterade man att den årliga chefsomsättningen varierade stort i olika studier. Detta kan delvis förklaras av vilket mått och vilka metoder som använts. Chefer på högsta nivå är fokus i merparten av artiklarna. Man kunde inte se EN sammanhängande orsak till dessa omsättningstal. Däremot såg man till exempel att omsättningen i sig leder till ytterligare omsättning och att arbetsmiljön påverkar omsättningen. Utbildning och rekrytering är relevanta faktorer på högsta nivå. Mer forskning behövs för att förstå i vilken utsträckning och varför chefer i den offentliga sektorn lämnar sina uppdrag, och vilka de faktiska omsättningseffekterna är (326)⁹⁶.

⁹⁵ [Chefers rörlighet.](#)

⁹⁶ [Chefsomsättning i offentlig sektor](#)

9.2.5 Vilket stöd behövs för ett hållbart ledarskap?

Rekommendationen från CHEFiOS är i huvudsak följande (301)⁸⁷:

Skifta fokus från individ till organisation

Ändamålsenliga och väl avpassade organisatoriska strukturer och en god balans mellan krav och resurser i arbetet är viktiga organisatoriska förutsättningar som avgör om chefer kan göra ett gott arbete och vill stanna kvar som chefer över tid. Ett sätt att göra detta är att jämföra arbetsvillkoren för chefer inom olika typer av verksamheter och lära av de organisationer som fungerar bra.

Ge stöd i chefsarbetet

På operativ nivå behöver cheferna mer resurser som kan stötta dem i det konkreta arbetet med ekonomi-, personal- och verksamhetsfrågor för att därigenom frigöra tid för medarbetare och verksamhetsutveckling. På strategisk nivå behöver stabsfunktionerna samordna sina insatser så att de krav som ställs på verksamheterna hänger ihop och underlättar för kärnverksamheten. Ansvaret för samordningen ligger främst hos chefer och tjänstemän på strategisk nivå i organisationen.

Skapa arenor för dialog i organisationen

För att klara sitt uppdrag behöver cheferna omslutas av en stödjande organisation. Det innebär att chefer på olika nivåer och deras stödfunktioner har en ständigt pågående kommunikation om hur de resurser som organisationen förfogar över balanseras mot målen med verksamheten. Se över organisationens mötesrutiner och säkerställa att både mängden möten och mötesinnehållet främjar dialog så att chefer på olika nivåer har samma bild av verksamhetens mål och resurser.

Se över antalet medarbetare per chef

Cheferna behöver ha ansvar för ett rimligt antal medarbetare för att hinna vara närvarande chefer, väl insatta i verksamheten och med möjlighet att utveckla den. Hur många medarbetare en chef klarar av att leda beror alltid på verksamhetens art, lokala förhållanden och inte minst på chefen själv. Vi rekommenderar kommunledningar i landet att undersöka hur många medarbetare cheferna inom kommunens olika verksamheter har ansvar för. När man skapat sig en överblick kan man diskutera om fördelningen är rimlig och fatta beslut om eventuella justeringar.

Synliggör ojämställda arbetsvillkor

Att jämföra hur arbetet är organiserat i kvinnligt kodade respektive manligt kodade verksamheter på det här sättet, snarare än att jämföra kvinnor och män som individer, tror vi kan vara en framgångsrik väg när vi vill förklara könsskillnader i arbetsrelaterad hälsa.

Utifrån de interventionsstudier för ett hållbart ledarskap som tidigare beskrivits (290)⁸¹ (291)⁸², föreslås en rad stödstrukturer för att stärka chefers förutsättningar att balansera stress och engagemang i arbetet. Många av dessa bekräftar slutsatserna utifrån CHEFiOS, men här följer också några kompletteringar/konkretiseringar.

Möjligheter för kommunikation av stress och problembeskrivningar

Utvecklade chef-till-chefsamtal. Det efterfrågades strukturerade riktlinjer från ledningen till andra linjens chefer om hur ofta dessa samtal ska genomföras och om vad de bör innehålla. Belöna att problembeskrivningar kommuniceras "uppåt" i ledningsstrukturen. Se till att det lönar sig för chefer att prata om problem i verksamheten.

Insatser för att öka självkännedom och handlingsberedskap

- Individuell handledning för att utvecklas i egenbedömning och strategier för avvägning och avgränsning av egen arbetsinsats, för stöd i stresshantering och kommunikation av stress.
- Hälsosamtal med företagshälsovården för att fokusera egen hållbarhet ur ett hälsoperspektiv. Dessa samtal bör vara återkommande och genomföras med en person som har kännedom om chefskap i sjukvården.

Tydlighet om ansvar, resurser och riktlinjer i chefsansvar

- Tydliga, samordnade och rimliga riktlinjer från ledning angående omfattning av chefsansvar och uppdrag i samband med beslutsfattande relaterat till gränssättning och stress.
- Rekryteringsprocesser, och vidare chefskarriärer, som genomsyras av hälsofrämjande synsätt avseende chefers, medarbetares och patienters välbefinnande.

Bliwa-stiftelsen bedrev under 2006-2009 i samarbete med Almega, Ledarna och Sveriges Kommuner och Landsting forsknings- och utvecklingsprojektet Hållbara chefer (327). Resultatet från utvärderingen visade bland annat att de yttre, organisatoriska förutsättningarna hade större samband med hållbarhet än de individuella aspekterna av ledarrollen (245). Exempel på framgångsfaktorer som deltagarna själva lyfter fram efter avslutat program var att deltagarna själva ägde sin läroprocess, att det fanns stort utrymme för reflektion samt att deltagarna vidtar åtgärder på hemmaplan mellan utbildningstillfällena. Att deltagarnas egna chefer involveras lyftes också upp som en framgångsfaktor liksom blandning av chefer från olika verksamheter, vilket gav ett mervärde vid erfarenhetsutbytet.

9.2.6 Verktyg för att stärka chefers förutsättningar

Chefoskopet (328)⁹⁷ har tagits fram med CHEFiOS som utgångspunkt och är ett digitalt verktyg för att systematiskt undersöka, analysera och förändra förutsättningarna för chefer. Det är tänkt att användas i ledningsgrupper med stöd av en processledare, men det kan också användas av andra grupper som vill lära sig mer om organisatoriska förutsättningar, till exempel samverkansgrupper och

⁹⁷ [Chefoskopet](#)

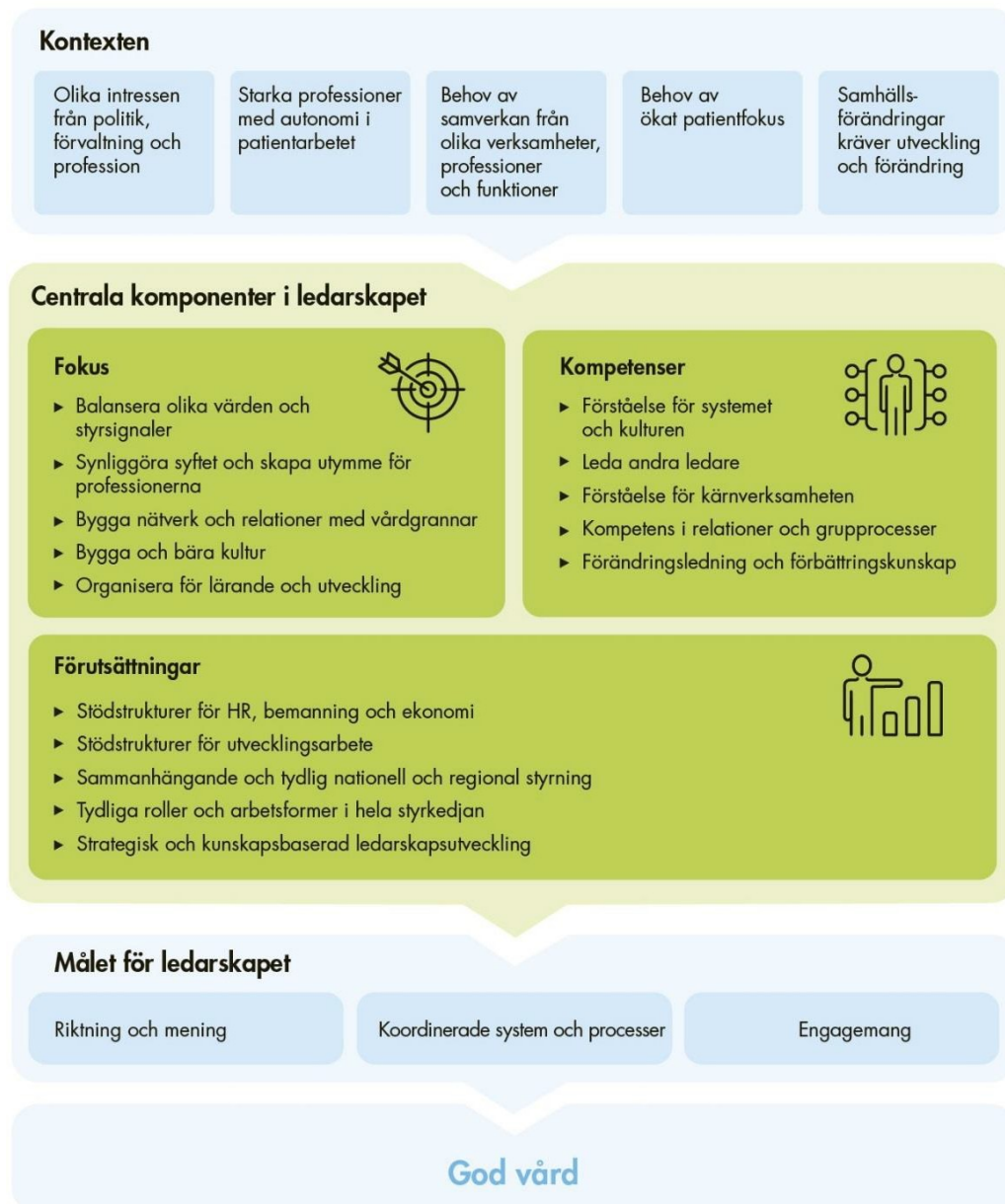
skyddskommittéer. Bakom verktyget står Suntarbetsliv som drivs av arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer inom kommun- och landstingssektorn.

Ett annat verktyg som också tagits fram i samarbete med forskare är Arbetsmiljöverkets Organisera för en jämställd miljö (117)⁴⁷ (se även sid 62). Verktöget kan även användas som stöd för arbetet med Arbetsmiljöverkets nya föreskrift om Organisatorisk och social arbetsmiljö. Tanken är att chef och skyddsombud kan göra denna kartläggning tillsammans. Genom att kartlägga och jämföra arbetsmiljön i olika verksamheter är tanken att skillnader kan synliggöras mellan två arbetsplatser. Målet med detta digitala verktyg är att väcka diskussion ute i verksamheterna om jämställda arbetsvillkor! Verktöget riktar sig främst till kommuner, men kan även användas av alla organisationer som är så pass stora att det går att jämföra två olika verksamheter hos en och samma arbetsgivare. Verktöget består av ett frågeunderlag om likheter och skillnader i bemanning, organisation, arbetsmiljö, kommunikation, ledning, styrning, krav och resurser.

9.2.7 Ett gott ledarskap inom hälso- och sjukvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har publicerat en nulägesanalys och forskningssammanställning för att stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården (329)⁹⁸. Nedanstående figur sammanfattar det centrala budskapet i rapporten, vilket väl sammanfaller med slutsatserna utifrån de forskningsprojekt som ISM har deltagit i för att stärka chefers förutsättningar.

⁹⁸ [Visa vägen i vården - ledarskap för stärkt utvecklingskraft](#)



Figur 18. Sammanfattning av komponenter som är viktiga för ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården (329).

Här följer några axplock ur rapporten utifrån de viktiga komponenter som sammanfattas i figur 18, vilka alla syftar till ett ledarskap för god vård.

Kontexten

Olika intressen: Att leda hälso- och sjukvård är att leda i en komplex miljö. Landstingen som offentliga organisationer har ofta att hantera motstridiga intressen, som politisk styrning och kontroll, säkerställande av demokratiska värden, lyhördhet inför brukare och patienter samt kostnadseffektivitet (330). Ibland beskrivs de

inbyggda intressekonflikterna i hälso- och sjukvården genom de tre domänerna politik, förvaltning och profession. Deras villkor styrs av samhällets villkor utifrån exempelvis strukturella, kulturella och politiska förhållanden (331). Till det tillkommer såväl patienter som anhöriga.

Starka professioner: Inom hälso- och sjukvården finns dessutom starkt etablerade professioner, som har en hög grad av autonomi i patientarbetet.

Behov av samverkan: Styrningen kan uppfattas som omfattande och ibland motstridig. Det är en viktig uppgift för chefer inom hälso- och sjukvården att balansera olika perspektiv och intressen samt att samarbeta med olika aktörer, funktioner och professioner, men verksamhetsnära chefer kan uppleva sig bakbundna av regler, policyer och uppdrag trots att de formellt har mandat att utveckla sin verksamhet.

Centrala komponenter i ledarskapet

Kompetenser

Förståelse för systemet och kulturen: En viktig ledarskapskompetens för att understödja ständig förbättring och förändring är systemtänkande. Det handlar bland annat om att identifiera ömsesidiga beroenden i olika delar av systemet för att upptäcka vägar framåt (332).

Förståelse för kärnverksamheten: Ledarskap i hälso- och sjukvården kräver en multiprofessionell kompetens – man behöver både förstå kärnverksamheten, ha kunskap om styrning och ledning och organisation samt kunna relatera till strukturella, kulturella och politiska faktorer i sin omgivning.

Förändringsledning och förbättringskunskap: Förbättringskunskap är en egen kompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Kombinationen av professionell kunskap och förbättringskunskap skapar tillsammans effektiva förutsättningar för att öka värdet av vården för dem som vården är till för (333).

Förutsättningar

Stödstrukturer för HR, bemanning och ekonomi: En samlad bedömning är att det är stor variation i tillgång till stödstrukturer för framförallt verksamhetsnära chefer. Ibland upplever cheferna snarare stödfunktionerna som kravställare. Sammantaget får det som konsekvens att chefer inte kan vara närvarande i verksamheten, ett problem som ökat över tid.

Styrning som bedrivs långsiktigt och uthålligt: Många av hälso- och sjukvårdens verksamheter kännetecknas av att vara komplexa, oförutsägbara och kunskapsintensiva. Just därför bör de chefer som leder verksamhetsnära enheter eller avdelningar i hälso- och sjukvården ha ett förhållandevis smalt kontrollspann (antal underställda medarbetare). Vårdanalys egen enkät visar att nästan 50 procent av cheferna inom hälso- och sjukvården har mer än 20 underställda och 7 procent har fler än 50 (334). Man lyfter även fram det pågående arbetet inom Västra Götalandsregionen där man i regionen har bestämt att varje chef ska leda minst 10 och

max 35 medarbetare. Enligt det senaste årsbokslutet för VGR har ungefär 66 procent av cheferna medarbetargrupper med mindre än 35 medarbetare (335).

Strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling: Utöver kunskaps-sammanställningen har man även genomfört fallstudier i två regioner för att studera ledarskapsarbete, som beskrivs utförligt i rapporten. Från forskningen drar man slutsatsen att ledarskapsutveckling är en kontinuerlig process som kan pågå varsomhelst och handlar i dag allt oftare om att hjälpa människor att lära av sina arbeten, snarare än att ta dem ifrån sina arbeten och undervisa dem (336).

Målet för ledarskapet

Utifrån figur 18 är riktning och mening, koordinerade system och processer samt engagemang viktiga mål i ledarskapet. Det kan handla om att skapa utrymme för professionell kunskap då stora delar av arbetet är svårt att formalisera. En grund för inre motivation är handlingsfrihet och en känsla av kompetens och meningsfullhet (337). Ledarskap som fokuserar mest på mätbara mål och kontroll kan inverka negativt på medarbetares autonomi och handlingsfrihet och därmed också minska deras engagemang och kreativitet. Viktiga inslag i ledarskapet inom hälso- och sjukvården blir därför att värna det professionella utrymmet och ta tillvara de inre drivkrafter och det engagemang som vårdens medarbetare har.

10 LIVET ÄR INTE BARA ARBETE

10.1 Balans mellan arbete och fritid

Kvinnor lägger allt mindre tid på hemarbete och män allt mer (338). Under en vecka utför kvinnor i genomsnitt ca 26 timmar och män ca 21 timmar obetalt arbete. Tiden som avsätts för olika aktiviteter varierar mellan olika faser i livet. Bland småbarnsföräldrar lägger kvinnorna ner avsevärt mer tid till obetalt arbete jämfört med männen. Kvinnors fria tid består av kortare men fler episoder och avlöses i större utsträckning av hemarbete jämfört med män, vilket gör att det knappast kan jämföras med fri tid i dagligt tal (339). Kvinnor upplever oftare konflikt mellan arbete och familj, d.v.s. att arbetets krav har en negativ påverkan på hem och familj (340).

För kvinnorna var låg stress/hög hanterbarhet, variation mellan vardagslivets aktiviteter och att det de gjorde upplevdes som meningsfullt viktigt både för den balanserade arbetsnärvaron och för god subjektiv hälsa. Bland männen var det framförallt att uppleva låg stress på arbetet som ledde till balanserad arbetsnärvaro och god subjektiv hälsa (74)¹⁹. Det finns också ett samband mellan obalans mellan de olika aktiviteterna i vardagen och stressrelaterad ohälsa bland både kvinnor och män i offentlig sektor.

Hög total arbetsbelastning samt bristande återhämtning leder till psykisk ohälsa bland både män och kvinnor. Medan det för kvinnornas upplevelse av psykisk ohälsa också har betydelse om de har ork kvar till fritidsaktiviteter efter arbetet. Slutsatsen kan alltså bli att det både finns genusrelaterade likheter och skillnader. Det är därför viktigt att både i förebyggande och rehabiliterande arbete, bland både kvinnor och män, fokusera på vardagslivets alla aktiviteter och då det gäller kvinnor lägga ett extra stort fokus på fritidsaktiviteter och andra aktiviteter som de upplever som meningsfulla. Enligt KART-studien svarade mindre än hälften att de tycker sig ofta eller alltid ha ork kvar efter arbetet för hemarbete och fritidsaktiviteter. Det tyder på att arbetet är krävande och behovet av vila och återhämtning är stort. Har man då inte energi ens för lustfyllda fritidsaktiviteter och dessutom sömnproblem är risken för utmattning klart förhöjd om inte situationen förändras till det bättre.

10.1.1 Strategier och gränskontroll i gränslöst arbete

Begreppen segmentering och integrering (341-343) är ett sätt att beskriva olika sätt att hantera gränser mellan arbetsliv och privatliv. Arbetstagare som tillämpar en segmenteringsstrategi utför i högre utsträckning sitt arbete på arbetsplatsen och under traditionell kontorstid, så att arbete och privat sfär hålls åtskilda (344). Arbetstagare med en integrerande strategi arbetar däremot i högre utsträckning på flera olika platser och mer utspritt över dygnet (345), så att sfärerna överlappar och flyter ihop med varandra (344).

Det senare kan innebära att man till exempel arbetar under semesterledigheter, eller väljer en karriär som sammanfaller med ens fritidsintressen och privatliv. Individer som har ett integrerande förhållningssätt delar upp tillvaron mer efter sina egna behov, vilket i idealfallet skapar mindre friktion mellan sfärerna (189). Arbetet organiseras på ett sätt så man tycker sig uppnå balans i relationen mellan arbetet och livet i övrigt. Typiskt för integreraren är att utnyttja och utveckla kombinationsmöjligheterna mellan arbetet och privatlivet. Integrerare sätter till exempel färre gränser kring arbetsrelaterad teknikanvändning hemma på fritiden, vilket kopplats till bättre förmåga att hantera krav och åtaganden i privatlivet och familjerollen (346), men även fler konflikter mellan arbete och privatliv (347).

Många tillämpar en alternerande gränshanteringsstil där de pendlar mellan segregering och integrering (348, 349) (132)⁵⁶. Sammanfattningsvis gör olika omständigheter, såsom olika krav och åtaganden i arbetet och privatlivet, att människor har varierande kontroll över tillvaron. De kan alltså inte alltid utöva sin önskade gränsstrategi, vilket innebär bristande överensstämmelse mellan önskad och utövad gränsstrategi, så kallad inkongruens (189).

Det finns olika tekniker för att sätta gränser. Exempelvis kan man undvika att arbeta på kvällar eller helger, stänga av arbetsmobilen under vissa tider, ha en speciell plats eller ett rum i eller utanför hemmet som bara nyttjas för arbete, eller ha arbetsfria utrymmen såsom köket eller sängkammaren. Även tekniken i sig kan användas för att markera olika sfärer. Den bärbara jobbdatorn markerar då arbetstid och plats för arbete. Men tekniken tappar kraft som avskiljare eftersom både arbete och privatliv är integrerade i den smarta telefonen. Arbetssfären och andra livssfärer kan vara fysiskt separerade men är ändå bara ett knapptryck ifrån varandra. Kontrasterande aktiviteter kan vara en annan strategi. Lösningen blir då att ägna sig åt någon annan aktivitet för att ”störa ut” tankarna på arbetet, exempelvis hård fysisk träning, att sjunga i kör eller avslappningsövningar såsom yoga och mindfulness. En ytterligare teknik för att frigöra sig mentalt från arbetet är att lägga in sociala aktiviteter som tvingar en att göra avbrott.

Om man i själva verket utövar en annan gränsstrategi än den man önskar hamnar man lättare i konflikt mellan arbete och privatliv, särskilt bland de som föredrar segmentering men praktiserar integrering (351), men det gäller intressant nog även i viss mån för de som föredrar integrering. Det tyder på att utövad integrering är problematisk i sig på så sätt att det kan bli ”för mycket” även för de som föredrar denna strategi. Gränskontroll mildrar dock den upplevda konflikten mellan arbete och privatliv för båda grupperna, och i synnerhet för de som föredrar segmentering men av olika skäl ändå praktiserar integrering (351).

Genom olika tekniker kan alltså individen skaffa sig gränskontroll, vilket visat sig ha positiva effekter såsom god livsbalans (351) och att kunna släppa tankarna på arbetet under fritiden (352). Det leder även till att anställda i lägre grad vill sluta sitt arbete samt att de upplever lägre nivåer av depression (353).

Att tänka på som medarbetare i gränslöst arbete

Medarbetare får här några allmänna råd som har särskild relevans för gränslöst arbete (189):

- Fokusera på dina huvuduppgifter och arbeta med tydliga prioriteringar.
- Lyft problem i arbetet, säg ifrån vid för hög belastning, skapa tydlighet och kongruens kring överenskommen arbetstid.
- Gör en lista över dina viktigaste mål och uppgifter i arbetet för året och för månaden, och eventuellt även för varje vecka och arbetsdag.
- Analysera hur din jobbuppkoppling på fritiden går ihop med överenskommelser om tillgänglighet, och fatta genomtänkta beslut om när du ska vara tillgänglig.
- Sätt och tillämpa tidsgränser för hur ofta och länge du arbetar utanför ordinarie arbetstid, t.ex. vardagkvällar hemifrån.

Verktyg om flexibelt arbetsliv

Det flexibla, gränslösa arbetet innebär många utmaningar, som vi kunnat läsa om i tidigare avsnitt. Många är uppkopplade och därmed tillgängliga nästan jämt, och arbetstid och fritid flyter ihop. Flexibiliteten ställer höga krav på var och en att själv se till att stänga av telefonen eller låta bli att kolla mejl. Olika människor kan behöva olika strategier för att klara av det gränslösa arbetet. Det är också viktigt att arbetsgivaren uppmanar de anställda att sätta gränser och se till att få tillräckligt med återhämtning. Balansguiden bygger på fem filmer från dagens flexibla arbetsliv, med medföljande frågor att reflektera över och samtala kring (354)⁹⁹.

10.2 Att hantera krav och andra utmaningar

Det är viktigt med en balans mellan arbetsengagemang och återhämtning för att inte bli utmattad av arbete (355). Olika sätt att stärka denna balans kan vara att stärka individers medvetenhet om sina förhållningssätt och att bygga in förutsättningar för återhämtning i arbetet men också att själv se över sin livssituation. Att ha kontroll över sin tid har stor betydelse, för att arbetet inte skall inkräkta negativt på privatlivet. (291, 356, 357) (14)³.

Tidigare i denna rapport har fokus varit på organisationsnivå och insatser på arbetsplatsen. Detta är åtgärder som påverkar många och har mer långsiktiga effekter på organisation/arbetsplats/grupp. Dessa kan med fördel kombineras med, men inte ersättas av, insatser på individnivå. I en analys av ett antal europeiska fallstudier rekommenderades en kombination av åtgärder inriktade på att stärka individen med åtgärder riktade mot arbetsmiljön (358). Flera utvärderingar som ISM gjort av hälsofrämjande insatser bekräftar detta (75, 359, 360)²⁰.

⁹⁹ [Balansguiden](#)

Följande punkter representerar ett förhållningssätt till livet som bidrar till att man utvecklar välbefinnande och hälsa (361):

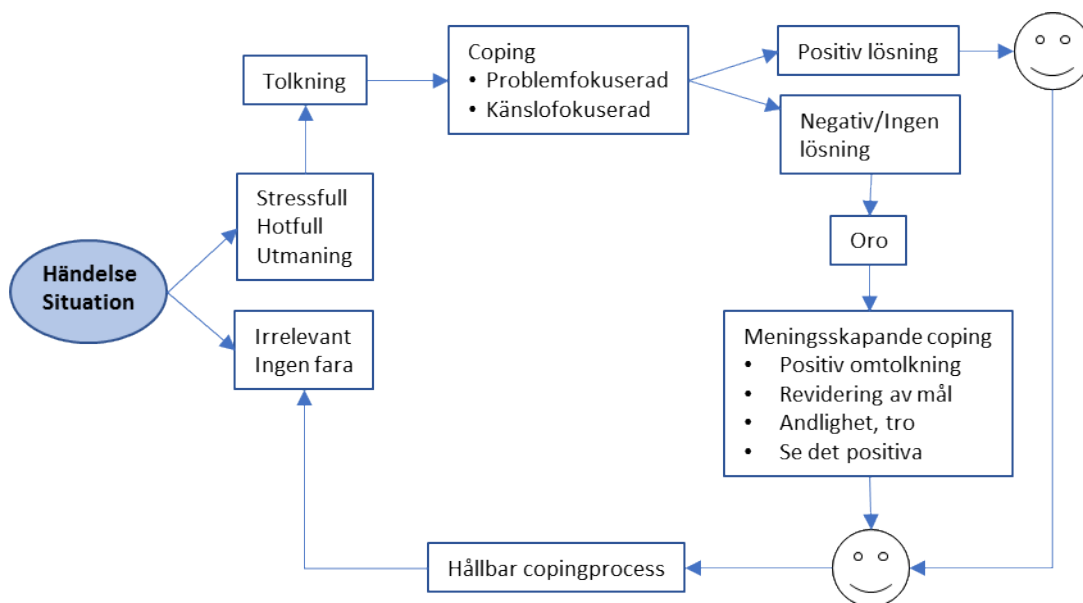
- Upplevelsen av att kunna hantera vardagen
- Acceptera sina bra och dåliga sidor
- Att kunna skapa och behålla positiva relationer
- Mål och mening i livet
- Personlig utveckling som inkluderar öppenhet för erfarenheter
- Självständighet som innebär att kunna vara sig själv

10.2.1 Coping

Individens sätt att hantera stressorer kan sammanfattas i begreppet coping eller bemästrande, vilket innebär att hantera en utmaning med en tanke- eller beteendemässig strategi som ger ett positivt resultat. I vissa sammanhang har begreppet vidgats och beskriver även strategier som är dysfunktionella eller passiva. Enligt Lazarus och Folkman (362) finns två typer av copingstrategier:

Problemfokuserad coping: Strategier inriktade på att lösa problemet som orsakar stress, t.ex. skaffa information, skapa en handlingsplan och agera.

Känslfokuserad coping: Strategier för att hantera de känslor som situationen ger upphov till. Det kan t.ex. vara att omvärdera ett hot, att hitta rimliga förklaringar till en upplevd orättvisa eller att använda sig av någon metod för avslappning.



Figur 19. Illustrerar copingprocessen som utlöses av en händelse/situation och som, beroende på hur vi tolkar och sedan hanterar denna, i sin tur kan påverka vår tolkning av liknande framtida händelser. Fritt utifrån Folkman och Delleve (363).

Valet av copingstrategier har att göra med hur vi uppfattar situationen, inlärning, personlighetsfaktorer och inte minst vilka bemästringsstrategier det finns stöd för i omgivningen. En avgörande faktor för val av strategi är var personen förlägger kontrollen för att åtgärda problemet, sitt kontroll-lokus. Man kan antingen uppfatta att kontrollen ligger hos en själv (internt locus of control) eller att kontrollen över åtgärderna ligger hos omgivningen (externt locus of control). De flesta människor växlar mellan dessa två perspektiv som kan ses som två poler på ett kontinuum. Att själv uppfatta att man kan göra något åt en situation medför minskad stress inför en utmaning och är förenat med bättre fysisk och psykisk hälsa.

Vilken typ av strategier som är mest ändamålsenliga beror på vad som ska uppnås. Att ha en bred och varierad uppsättning strategier och att kunna ändra vid behov anses gynnsamt. Studier har visat att probleminriktade strategier bäst lämpar sig för att hantera stress på grund av t.ex. tung arbetsbörda, medan känslomässiga copingstrategier oftare används i situationer som upplevs som svåra att kontrollera, som när man drabbas av en sjukdom t.ex. (364). Att ha "högt i tak" på arbetsplatsen och som anställd känna att man kan påverka situationen, minskar risken för dolda strategier, så som att gå undan, sjukskriva sig eller och att tuga om konflikter.

Detta kan i längden leda till ohälsa samt till en skadlig cirkel då sjukskrivning istället för aktiva åtgärder för att lösa problemen kan skapa irritation, dålig stämning och öka risken för långvariga psykofysiologiska spänningar hos individen. Det finns ett samband mellan dold coping och beslutsutrymme. Ju mindre man anser sig ha att säga till om på arbetet, desto mer dold coping. Man vet också att ju högre stressen är desto mindre troligt är det att en aktiv problemorienterad metod används.

10.2.2 Råd till arbetsgivaren

Ett viktigt råd till chefer är att i praktisk handling visa sitt intresse för varje medarbetare, att vara lyhörd för signaler på hög stressbelastning och att uppmuntra till återhämtning. Exempel på tidiga tecken på stress kan vara sömnsvårigheter och trötthet, nedprioriterad återhämtning, ökad irritation, minskad flexibilitet, kognitiva svårigheter och olika kroppsliga besvär. På organisationsnivå kan det ta sig uttryck i exempelvis ryktesspridning, misstänksamhet och missnöje, samarbetssvårigheter och konflikter men även i form av minskad arbetsglädje och försämrad kvalitet. Stöd för fysisk träning liksom att erbjuda sömnskola är utmärkta sätt att främja hälsosamma levnadsvanor hos medarbetarna. Stresshanteringskurser kan ha en positiv men övergående effekt. Det är därför viktigt att följa upp kontinuerligt och inte minst ge stöd i prioriteringar och gränssättning. Det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och organisatorisk och/eller social arbetsmiljö. Därför behöver man både stödja de enskilda medarbetarna, men också se över de organisatoriska förutsättningarna för arbetet.

Att det kan vara problematiskt att fånga dessa tidiga tecken på stress i ett medarbetarsamtal visar forskning vid Karlstad universitet inom projektet Jämväxt (365). I dessa samtal finns ofta en outtalad norm för den idealiska medarbetaren som tål hög arbetsbelastning, är flexibel, lojal och stresstålig. Det kan då vara riskfyllt att klaga på arbetsförhållanden, vilket leder till att man bagatelliserar problem och lägger ansvaret för eventuell stress på sig själv eller en krävande familj. Forskarna efterlyser andra arenor för dialog mellan medarbetare och arbetsgivare, i form av gruppsamtal och enkäter, för att fånga dessa problem, men ger också råd till chefer för ett ärligare medarbetarsamtal. Det kan exempelvis handla om att bekräfta medarbetarnas rätt att uppleva negativ stress men även vara uppmärksam på hur man som arbetsgivarens företrädare själv framställer stress, arbetsbelastning och stresstålighet.

10.2.3 Stress och balans – ett verktyg

I Sunt arbetslivs verktyg ”Stress och balans” uppmärksammas tidiga tecken på ohälsosam stressnivå. Syftet är att främja hälsa och förebygga stressrelaterad sjukdom. Självskattningstestet utgår från KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale). Testet har tagits fram av en forskargrupp på Karolinska Institutet och används inom sjukvården som en hjälp i utredningen av utmattningssyndrom (366)¹⁰⁰. Observera att författarna inte tar ställning till detta instrument utifrån varken skalegenskaper eller validering, men vi vill lyfta fram det som ett instrument, som kan vara användbart i rätt kontext.

10.2.4 Stresshantering

Stresshanteringsprogram är svåra att bedöma effekten av då mångfald av metoder används, men forskningsresultat pekar ändå på att stresshantering kan ge resultat (32, 367). På sid 64 beskrivs två olika studier, där man erbjudit stresshantering till unga kvinnor. Utifrån resultatet i dessa studier föreslogs en kombination av åtgärder som stresshantering, introduktion, stöd i gränssättning och att man skapar ett arbetsklimat som uppmuntrar medarbetarna till att få tillräckligt med utrymme för återhämtning (125,126).

Gröna Rehab är en verksamhet inom Göteborgs Universitet och Botaniska trädgården som arbetar med rehabilitering i trädgårdsmiljö. Där bedrivs utöver rehabilitering av patienter med stressrelaterad ohälsa även stresshanteringskurser, för såväl chefer som övriga medarbetare. En utvärdering har gjorts av de kurser som ingår i rehabiliteringen (368, 369)¹⁰¹. Kurserna pågick under 12 veckor med 2 träffar/vecka. De maximalt 8 deltagare/grupp fick ta del av aktiviteter och vistelse i natur och trädgård, föreläsningar om stress, avspänning, stödjande samtal samt bild- och hantverksaktiviteter. Resultaten visar att det kan vara effektivt att använda trädgårdsaktiviteter samt naturmiljö i en stresshanteringskurs. Man har även kurser för chefer, där man förmedlar kunskap om såväl stress i arbetslivet som stressens inverkan på individen.

¹⁰⁰ [Stress och balans.](#)

¹⁰¹ [Utvärdering av projektet Gröna Rehab, ISM-häfte nr 3](#)

Deltagarna i chefsgruppen menade att den hade ökat deras medvetenhet om stressens mekanismer och dess följder och att de använde denna kunskap i det dagliga arbetet bland sina medarbetare. Chefer som gått kursen anmäler i högre grad medarbetare till Gröna Rehabs aktiviteter än chefer som inte gått kursen. Deltagarna i stresshanteringskursen (övriga medarbetare) upplevde på motsvarande sätt att de med kursen fått bättre verktyg att hantera sin stress. Verksamheten är nu en permanent del av Västra Götalandsregionen.

Mindfulness-meditation är en metod som används allt mer som stresshantering. Mindfulness kan översättas som medveten närvaro och de olika meditationsteknikerna syftar till att uppnå en fokuserad men avspänd uppmärksamhet. En klinisk översikt i Läkartidningen (370) visar att mindfulnesssträning och andra typer av meditation medför positiva psykologiska effekter och reducerad stress.

10.3 Levnadsvanor

10.3.1 *Livsstilssatsningar och systematiskt arbetsmiljöarbete*

Hälsofrämjande åtgärder på individnivå kan aldrig ersätta hälsofrämjande åtgärder på grupp- och organisationsnivå och/eller det systematiska arbetsmiljöarbetet. Insatser som initierats från arbetsgivare/arbetsgruppen och som syftar till att öka graden av fysisk aktivitet påverkar tyvärr främst de som redan är aktiva, och tvärt emot syftet, kan felaktiga insatser istället öka klyftan mellan de som rör på sig och de som inte gör det. Beteendeförändringar är en långsiktig och komplex process för individen, som inte kan lösas enkelt med bara insatser från arbetsplatsen. Arbetet för att främja hälsan hos individer införlivas i det hälsofrämjande arbete som görs generellt, men inte på bekostnad av de insatser som görs på grupp och/eller organisationsnivå (359, 360).

Livsstil i Väst (LiV) som genomfördes i Västra Götalandsregionen 2005-2008, var en av Sveriges största friskvårdssatsningar. Syftet var att stimulera till en hälsosam livsstil, för att på lång sikt öka antalet långtidsfriska medarbetare. LiV-projektet var indelat i fyra teman; fysisk aktivitet, sömn, glädje och kost och vi har med hjälp av KART undersökt deltagande bland hälso- och sjukvårdspersonal i LiV-projektets olika aktiviteter. Resultaten visade att drygt 20 % av de svarande uppgav att det hade deltagit i aktiviteter inom ett eller flera teman i LiV. Det mest populära temat var fysisk aktivitet. Vi undersökte också om medarbetare som rapporterade sämre livsstil, exempelvis dålig sömn eller inaktivitet var mer benägna att delta i motsvarande teman, men så var inte fallet. Tvärtom, så visade resultaten att fysisk inaktiva personer var mindre benägna att delta än de som redan var aktiva (360). Detta bekräftar tidigare forskning, som visar att det är de redan fysiskt aktiva som deltar i friskvårdssatsningar.

I SAMS-projektet i Göteborgs kommun genomfördes en rad projekt med friskvårdsinsatser för medarbetare på den lokala arbetsplatsen (32)⁵⁶. Ofta startade insatserna med en individuell hälsobedömning med målsättningar och råd om anpassad träning. Dessa följdes upp med coachning i olika former samt med hjälpmedel som träningsdagböcker och friskvårdskontrakt. Friskvårdssatsningarna innehöll bl.a. fysisk

träning, massage, kostutbildning, stresshantering, föreläsningar, hälsosamtal, utbildning av hälsoombud och gemensamhetsskapande aktiviteter. Resultatet visar att fler hade stabil närvaro (max sju dagars sjukfrånvaro per år), mindre besvär och upplevde mindre stress vid uppföljningen. Samtidigt, efter dessa individinriktade åtgärder som ofta inriktade sig mot ”riskgrupper” avspeglades något minskad arbetstillfredsställelse, engagemang och förtroende för förändringsarbete. Man vill inte bli identifierad som en problemgrupp – angavs som orsak till detta.

10.3.2 Ledarnas uppfattningar spelar roll

I SAMS-projektet (Systematiskt hälsofrämjande ArbetsMiljöarbete i Social service och skola i Göteborgs stad) fann man att ledares strategier för att främja medarbetares hälsa styrdes av deras uppfattning av vilka resurser man hade att tillgå, där budget och medarbetare kunde uppfattas som möjlighet eller hinder för en hälso- och organisationsutveckling (52). Inriktningen på de hälsofrämjande insatserna styrdes av ledarnas syn på ansvaret för anställdas hälsa (dvs. om det var individens, organisationens eller samhällets ansvar) samt till ledarens målfokus. Ledare som menade att ansvaret för medarbetarnas hälsa i första hand låg på dem själva och som hade fokus på individfaktorer valde projekt som syftade till att lära medarbetarna goda levnadsvanor medan ledare som ansåg att organisationen bar ansvaret men ändå ville förändra medarbetarna valde projekt som syftade till att stärka deras professionella resurser. På motsvarande sätt valde man strategier för att utveckla verksamheten och skapa ett gott arbetsklimat om man ansåg att ansvaret låg hos organisationen och att det var den man ville förändra i första hand. Kännetecknande för de mest framgångsrika projekten, mätt i ökad stabil närvaro (max sju dagars sjukfrånvaro per år), var att de syftade till att öka medvetenheten om hälsa, fokuserade brett samt hade tydliga och påverkbara mål (10). En annan framgångsfaktor var att ledarnas uppfattningar byggde på att ansvaret för hälsan både låg på individen och organisationen.

10.3.3 Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen

I en rapport byggd på översikter inkluderande cirka 500 originalstudier, om effekterna av hälsoundersökningar med eller utan uppföljande insatser genomförda via arbetsplatsen/arbetsgivaren (371)¹⁰², konstaterades följande:

Hälso- och levnadsvaneuppföljning via arbetsplatsen som kombineras med uppföljande insatser, har en positiv effekt på ett antal hälsobeteenden, kroppssammansättning, biologiska riskmarkörer samt förekomsten av sjukfrånvaro och sjuknärvaro. De uppföljande insatserna bör genomföras under en längre period under åtminstone mellan 3-6 månader. I riktlinjerna konstateras därmed att hälsoundersökningar utan efterföljande interventioner inte kan rekommenderas som åtgärd för att förbättra hälsa eller hälsobeteenden. Exempel på insatser kan vara friskvårdstimme, rabatterade gymkort, kostnadsfria läkemedel för rökstopp,

¹⁰² [Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen](#)

samtalsstöd för stresshantering, träning på arbetstid. Dessutom har arbetsgivaren möjlighet att påverka de hälsofrämjande betingelserna på arbetsplatsen genom att se till att bra måltider erbjuds i personalmatsalen, sprida hälsofrämjande information via föreläsningar, ”reklam” på arbetsplatsen, organisera arbetet så att det främjar rörelse, balansera arbetskrav och kontroll över det egna arbetet med mera.

10.3.4 Återhämtning och sömn

Perioder med hög stress måste följas av återhämtning (372). En snabb aktivering av kroppens ”alarmsystem” vid ökad stressbelastning och en snabb återgång till psykologisk och fysiologisk basnivå efter energimobilisering innebär ett ekonomiskt användande av kroppsliga resurser. Återhämtning handlar alltså om nedvarvning av den biologiska energimobilisering som karakteriserar stress och belastning. Behovet av återhämtning bestäms till stor del av den belastning som man är utsatt för. Det handlar om både arbetsrelaterad stress och stress i privatlivet. Även andra faktorer, till exempel ålder, hälsotillstånd och livsstil, kan påverka återhämtningsbehovet.

Utanför arbetet handlar återhämtning om olika aktiviteter som stöttar nedvarvning och är stimulerande och ger energi samt om sömn (208). Aktiviteter såsom hushållsarbete och kravfyllda aktiviteter anses inte ge någon återhämtning utan är belastande och leder snarare till att den fysiologiska aktiveringsnivån stannar på en hög nivå (206). Däremot kan lågansträngande, lite tråkiga aktiviteter precis före sänggåendet underlätta bra sömn och därigenom ha en positiv indirekt effekt på återhämtningen. Det finns mer stöd för att aktiv återhämtning, till exempel fysisk träning, socialt umgänge, hobbies och andra kreativa uppgifter, kan underlätta återhämtningen. Aktiv återhämtning gör det också lättare att släppa tankarna på arbetet. En förutsättning är att aktiviteten i fråga upplevs som stimulerande och inte är förenad med alltför höga krav (206).

Ur ett hälsoperspektiv anses sömn ha stor betydelse för återhämtningen. För lite eller störd sömn hindrar de uppbyggande och reparerande biologiska processerna som ska kompensera för det biologiska slitaget under den vakna perioden på dygnet (208). Kronisk sömnbrist eller andra sömnstörningar ökar risken att drabbas av allvarliga sjukdomar såsom depression och hjärtsjukdom, olyckor och felhandlingar i arbetet

Regelbunden fysisk aktivitet har samband med färre sömnproblem, oavsett om det förekommer nattskiftsarbete eller inte. Det visar en studie som ISM medverkat i (373)¹⁰³. Slutsatsen är att regelbunden fysisk aktivitet har samband med färre sömnproblem, oavsett om det förekommer nattskiftsarbete eller inte. Våra resultat tyder på att regelbunden fysisk aktivitet kan ha skyddande effekt vad gäller utvecklingen av sömnproblem. Och att främjande av fysisk aktivitet kan vara särskilt viktigt hos personer som arbetar natt. Därmed kan främjande av fysisk aktivitet hos hälso- och sjukvårdspersonal vara bra strategi i syfte att förebygga framtida sömnproblem.

¹⁰³ [Fysisk aktivitet ger bättre sömn trots skiftarbete](#)

10.3.5 Råd till arbetstagaren

I forskarantologin över gränslöst arbete ges följande råd för att undvika otillräcklig återhämtning och flexibla arbetstider som sliter på hälsan (205)⁵⁹.

- När arbetstiden individualiseras och du styr över dina arbetstider får du ett ökat ansvar för att hitta rätt balans mellan arbete, sociala aktiviteter och återhämtning.
- För att hitta rätt balans är det viktigt att du planerar in tid för att varva ned och återhämta dig och sätter gränser för när arbetet ska avslutas, till exempel på kvällen när du arbetar hemifrån, eller gränser för hur mycket du ska arbeta under en vecka.
- Om du upplever en obalans mellan arbetsbelastning och återhämtning bör du ta upp frågan med din chef och säga ifrån.
- Om din arbetsbelastning är hög är det viktigt att ta raster och pauser under arbetsdagen. Förutom en längre måltidsrast, motsvarande lunch, är det viktigt att du får korta återhämtningspauser under arbetspasset.
- Prioritera sömn och andra återhämtningsaktiviteter under helger och längre ledigheter, särskilt efter en intensiv arbetsvecka. Kombinationen av hög arbetsstress och ett aktivt socialt liv kan leda till otillräcklig återhämtning.
- Om du ofta inte är utvilad när en ny arbetsvecka börjar kan återhämtningsunderskottet börja ackumulera, vilket kan innebära hälsorisker på sikt.

10.3.6 Sömnskola

Att erbjuda kognitiva beteendearterade "sömnskolor" har visat sig effektivt som en tidig åtgärd mot sömnlöshet (374). Arbetstagare med icke-specifika sömnproblem som varat mindre än ett år deltog i studien. Kontrollgruppen fick en enkel information om sömnhygien som de själva kunde tillämpa. Den andra gruppen erbjöds sex tillfällen med kognitiv beteendeterapi i grupp. Dessa deltagare fick lära sig olika tekniker för att förbättra sin sömn och varje deltagare fick som slutprodukt göra ett eget "sömnkontrollpaket". Vid ett års uppföljning sov deltagarna i "sömnskolegruppen" bättre, hade färre negativa dagtidseffekter av sömnbrist, mer positiva attityder och mindre ångest angående sömn jämfört med kontrollgruppen. Information om arbetsrelaterade sömnbesvär presenterades för flera arbetsplatser med framgång, oftast till personal inom primärvården inklusive företagshälsovården.

10.3.7 Fysisk aktivitet

Det finns starka bevis för att fysisk aktivitet förbättrar hälsan och livskvaliteten (375). Regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsan och är således en friskfaktor, man mår bättre och orkar mer. Att vara fysisk aktiv utgör även en viktig buffert mot stress, delvis genom att påverka hjärnans stresshanteringsförmåga men även genom att påverka våra biologiska stressreaktioner och hjärnan (359). Graden av fysisk aktivitet

är relaterad till självupplevd stress, mental hälsa och arbetsförmåga, liksom framtida utveckling av stressrelaterade symtom. Individer som är under hög stressbelastning upplever mindre symtom om de är fysiskt aktiva. Även på arbetsplatser där arbetsmiljön är god, måste individer ha tillräckliga resurser för att klara av sitt arbete.

Kontrollerade studier har visat att individens välbefinnande och subjektiva hälsa påverkas positivt av fysisk aktivitet. Det verkar inte spela någon roll vilket slags träning som utövas för att uppnå effekter (376)¹⁰⁴. Rekommendationen är 30 minuters fysisk aktivitet per dag där intensiteten är åtminstone måttlig (375). Om man ökar den dagliga mängden eller intensiteten ges ytterligare hälsoeffekter. Även lågintensiv aktivitet är viktig för energibalansen och stillasittande är en oberoende riskfaktor. Det är därför viktigt att göra upprepade avbrott vid längre tids stillasittande för att gå eller stå. Individer som regelbundet motionerar uppvisar även större psykiskt välbefinnande jämfört med individer som inte motionerar (376).

Trots detta når stora delar av befolkningen inte rekommendationerna om fysisk aktivitet. Baserat på objektiva data för fysisk aktivitet i Sverige beräknas cirka 40 % av befolkningen inte uppfylla de nationella rekommendationerna om att vara fysiskt aktiv i sammanlagt minst 150 minuter i veckan på en måttlig intensitet (377) och motsvarande siffror för självrapporterade data är 30 % (378).

10.3.8 Hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen för ändrade levnadsvanor

I en kunskapsöversikt presenteras forskning om insatser för att främja hälsa kopplat till matvanor och fysisk aktivitet på arbetsplatser, samt dessa insatsers effekt på sjukfrånvaro, sjuknärvaro, arbetsprestation, arbetsförmåga och produktivitet. Endast hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens organisationsstruktur och/eller fysiska arbetsmiljö är inkluderade (379)¹⁰⁵. Resultatet kan sammanfattas enligt följande:

- Det är möjligt att påverka arbetsrelaterade utfall positivt genom hälsofrämjande insatser som innehåller komponenter riktade till arbetsplatsens fysiska arbetsmiljö och organisationsstruktur.
- De studier som uppvisade minskad sjukfrånvaro hade fokus på flera levnadsvanor, inklusive matvanor och fysisk aktivitet samt använde objektiv sjukfrånvarodata och utvärderade långtidseffekter i stora studiepopulationer.
- Underlaget visar en brist på kunskap när det gäller insatsers effekt på sjuknärvaro, arbetsförmåga, arbetsprestation och produktivitet. Mer forskning behövs för att utreda effekter på dessa utfall.
- Det behövs mer högkvalitativ interventions- och implementeringsforskning i Sverige och Norden inom området hälsofrämjande insatser på arbetsplatser. Ett

¹⁰⁴ [Stress och fysisk aktivitet, FYSS 2015](#)

¹⁰⁵ [Hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens fysiska miljö och organisationskultur: effekt på arbetsrelaterade utfall](#)

speciellt fokus bör ligga på utvärdering av långtidseffekter av insatser som syftar till att främja fysisk aktivitet och matvanor bland anställda.

I en kunskapssammanställning av hälsofrämjande interventioner på arbetsplatser konstaterade man att olika typer av insatser för fysisk träning också leder till ökad regelbunden fysisk aktivitet bland deltagarna (30). De övergripande och bredare hälsofrämjande programmen har visat sig vara effektiva när det gäller att öka den fysiska aktiviteten, men att det finns begränsade bevis för positiva effekter på direkta hälsoutfall i form av förbättrade blodfetter, lägre blodtryck och minskad trötthet. Den slutsats man drog var ändå att interventioner på arbetsplatser för att öka den fysiska aktiviteten är effektiva och ger en ökad fysisk aktivitet hos arbetstagarna.

Inom Tandvården har gjorts studier där man jämfört fysisk aktivitet på betald arbetstid med förkortad arbetstid (2 tim/vecka) för att förebygga smärta (380). Resultatet visade på minskade symtom i båda grupperna, troligen beroende på att gruppen som fick minskad arbetstid i stor utsträckning använde denna till fysisk aktivitet. Även andra studier har visat att förkortad arbetstid för personer med fysiskt och psykosocialt krävande vårdarbete är en bra väg att minska muskulära smärttillstånd inom vården.

10.3.9 Alkohol och tobak

Vi dricker i genomsnitt drygt nio liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre i Sverige (381). Idag är vin den vanligaste alkoholdrycken. Alkohol används ofta för att varva ned och ”stressa av”. I stressade sammanhang, som inför ansvarsfulla uppdrag, hög arbetsbelastning och familjeproblem, är det även lätt att öka sin nikotinkonsumtion. Stress kan göra belöningssystemen mer känsliga för de förstärkande effekterna av beroendeframkallande medel, vilket kan leda till såväl ökad sårbarhet som risk för återfall (382).

I en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa ges bland annat följande rekommendationer (383): Det är oförenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att rekommendera alkohol ur hälsosynpunkt, men det är å andra sidan ingen generell anledning att avråda från måttligt drickande i det enskilda fallet. Alkoholens skyddande effekt uppnås vid mycket låg konsumtion. Enligt kunskapsöversikten gör personer under 40 år inga hälsovinster över huvud taget av alkohol. Berusningsdrickande är, oavsett ålder, en medicinsk risk. Depression och ångest är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion, men det är oklart om alkoholen föregår psykiska problem eller tvärtom.

10.3.10 Alkohol- och tobaksprevention

En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro samt för olyckor och arbetsrelaterade skador. Det orsakar kostnader som är relaterade till minskad produktivitet och förlorad arbetsförtjänst. Merparten av dem som har alkoholproblem finns på landets arbetsplatser. Erfarenheten visar dock att alkoholproblem ofta identifieras alltför sent. Genom att kombinera olika insatser, på flera nivåer, kan

ett effektivt alkoholpreventivt arbete iscensätts på arbetsplatsen. Det finns kostnadseffektiva metoder som med företagshälsans hjälp kan göra stor nytta för såväl arbetsplatsen som individer och samhälle (377)¹⁰⁶.

Såväl vetenskapliga studier som praktisk erfarenhet har visat att ett framgångsrikt preventivt arbete mot alkoholproblem bör bestå av en kombination av åtgärder. Det kan till exempel vara en skriven policy, information till personal, utbildning av arbetsledare/chefer, erbjudande om screening och rådgivning av alkoholvanor, tester för att kontrollera nykterhet, alkohol i fordon samt mer eller mindre omfattande rehabiliteringsinsatser. Ett effektivt förebyggande och efterhjälpande arbete kräver därför att arbetsgivaren har tillräcklig kunskap för att kunna överblicka arbetsplatsens behov av stödåtgärder. Med screening och korttidsintervention i företagshälsovården har man goda chanser att fånga upp anställda med riskbruk. Det har till och med visat sig att enbart screening med formulär, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och blodprov CDT (Kolhydratsfattigt transferrin. Tas som blodprov), tycks påverka alkoholvanorna (385).

De flesta tycker inte att det är känsligt att företagshälsovården erbjuder alkoholscreening. Uppföljning sker med hjälp av motivationshöjande samtal (386). I den omfattande kartläggning som lade grunden för olika insatser i AHA-projektet ingick en screening av riskabla alkoholvanor (AUDIT) (387). Alla anställda med ett visst poängtal erbjöds uppföljande rådgivning, provtagning samt en systematisk kartläggning av sina alkoholvanor under den senaste 4-dagarsperioden. Syftet var att öka den enskildes medvetenhet och kunskap om de faktiska alkoholvanorna, för att därigenom lättare kunna påverka dessa. I kartläggningen ingick även ett antal livsstilsrisker kopplat till hjärt/kärlsjukdom. I detta ingick blodtryck, blodfetter, diabetes, vikt, rökning, motion, kost, stressbenägenhet och utmattning. Även detta återkopplades till den enskilde och insatser skedde med kartläggningen som utgångspunkt. Andelen riskpatienter sjönk under projektiden med 30 procent för alkohol och 21 procent för rökning.

10.4 Allt hänger ihop

Tidigare i denna rapport har vi i första hand haft fokus på de organisatoriska och sociala förutsättningarna och ett hälsofrämjande synsätt med arbetsplatsen som utgångspunkt. Med detta avslutande avsnitt har vi velat komplettera med kunskap och metoder som riktar sig till den enskilde medarbetaren. Som arbetsgivare kan man på olika sätt möjliggöra hälsofrämjande val för enskilda medarbetare, men hälsofrämjande åtgärder på individnivå kan aldrig ersätta hälsofrämjande åtgärder på grupp- och organisationsnivå och/eller det systematiska arbetsmiljöarbetet (358, 359). Därmed är cirkeln sluten, och vi refererar till de vägledande principerna för det hälsofrämjande arbetet, att se varje insats i sitt sammanhang (15).

¹⁰⁶ [Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen](#)

11 REFERENSER

1. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: Department for Work and Pensions; 2006.
2. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper K. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*; 2014;71(10):730-6.
3. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och UMS. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2014.
4. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöstatistik. Arbetsorsakade besvär 2016; 2016:3.
5. Winroth J. Hälsopromotion som idé, kunskapsområde och praktik. Högskolan Väst; 2014.
6. Winroth J. Organisationshälsa. En bok om hållbart arbetsliv. Lund: Studentlitteratur; 2018.
7. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
8. Holmgren K, Hensing G, Dellve L. The association between poor organizational climate and high work commitments, and sickness absence in a general population of women and men. *Journal of Occupational Environment and Medicine*; 2010;52(12):1179–85.
9. Holmgren K, Ekbladh E, Hensing G, Dellve L. The combination of work organizational climate and individual work commitment predicts return to work in women but not in men. *Journal of Occupational Environment and Medicine*; 2013;55(2):121-7.
10. Dellve L, Skagert R, Vilhelmsson R. Leadership in workplace-health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*; 2007(17(5)):471-6.
11. Dellve L, Andreasson J, Eriksson A, Strömgren M, Williamsson A. Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetstjänande implementeringslogiker. KTH; 2016.
12. Ljungblad C. Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations: Karolinska Institutet; 2015.
13. Ljungblad C, Granström F, Dellve L, Åkerlind I. Workplace health promotion and working conditions as determinants of employee health. *International Journal of Workplace Health Management*; 2014;7(2):89–104.
14. Dellve L, Eriksson A. Hållbart ledarskap - I vardag och förändring. Rapport. Högskolan i Borås; 2016.
15. Winroth J, Hultberg A. Reflektionsgrupper – En form av processtöd i ett förändringsarbete. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
16. Watzlavick P, Weakland J & Fish R. Förändring: att ställa och lösa problem. Stockholm: Natur & kultur; 1984.
17. Ahrenfelt B. Förändring som tillstånd. Lund: Studentlitteratur; 2001.
18. WHO. Ottawa Charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

19. Brülde B, Tengland P-A. Hälsa och sjukdom, en begreppslig utredning. Lund: Studentlitteratur; 2003.
20. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Fransisco: Jossey-Bass Publisher; 1979.
21. Nordenfeldt L. Livskvalitet och hälsa. Teori & kritik: Almqvist & Wiksell; 1991.
22. Frankl VE. Livet måste ha mening. Stockholm: Natur & Kultur; 2006.
23. Hultberg A, Skagert K, Ekbom-Johansson P, Ahlborg G, Jr. Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9. Institutet för stressmedicin; 2010.
24. Gustavsen B, Wikman A, Philips ME, Hofmainer B. Conceptdriven change. The core element in a national workplace development program. Concepts and Transformation; 1996;1(2/3):193-211.
25. Gustavsen B. Vägen till bättre arbetsliv. Stockholm: Arbetslivscentrum; 1990.
26. Haines H, Wilson JR, Vink P, Koningsveld E. Validating a framework for participatory ergonomics (the PEF). Ergonomics; 2002;45(4):309-27.
27. Hansson A. Salutogent ledarskap - för hälsosam framgång. Stockholm: Fortbildning AB; 2010.
28. Gatu H. Hållbara arbetsplatser botemedel mot ett sjukt arbetsliv? Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003.
29. Eriksson I. Kaos och social kompetens. Lund: Studentlitteratur; 2001.
30. Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schaerström A, Schelp L, Unge C. Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004.
31. Håkansson K. Förändringsstrategier i arbetslivet. Göteborg: Göteborgs universitet; 1995.
32. Dellve L, Vilhelmsson R, Skagert K, Eriksson J, Eklöf M. Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service och skola. Tvåårsuppföljning av SAMS-projektet. Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Arbets- och miljömedicin; 2006.
33. Svensson LA, G, Randle H, Eklund J. Hållbart arbetsliv. Projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling. Kristianstad: Gleerups; 2007.
34. Kompier MAJ, Geurts SAE, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW. Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. Stress and Health; 1998;14(3):155-68.
35. Kompier MAJ, Cooper CL, Geurts SAE. A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. European Journal of Work and Organizational Psychology; 2010:371-400.
36. Nielsen K, Randall R, Holten A-L, Gonzales ER. Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? Work & Stress; 2010:234-59.
37. Härenstam A, och Östebo A (red). Förändringsprocesser och utvärdering av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS projektet - slutrapport del 2. ISM-rapport 14:2. Institutet för stressmedicin; 2014.
38. Bar-Yam Y. Dynamics of Complex Systems, Boulder. Press W. Colorado; 1997.

39. Nilsson P, Andersson HI, Ejlertsson G, Blomqvist K. How to make a workplace health promotion questionnaire process applicable, meaningful, and sustainable. *Journal of Nursing Management*; 2011;19:906–14.
40. Bushe GR, Marsak RL. Revisioning Organization Development Diagnostic and Dialogic Premises and Patterns of Practice. *Journal of Applied Behavioral Science*; 2009;45(3):348-68.
41. Liff R, Wikström E, Eriksson A-C. Fånga upp svaga signaler. Att förebygga stressrelaterad ohälsa. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
42. Arbetsmiljöverket. Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer. Kunskapsöversikt. Rapport 2012:7. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2012:7.
43. Sullivan M, Karlsson J, Taft C. SF-36 Hälsoenkät: Svensk Manual och Tolkningsguide (SF -36 Health Survey: Swedish Manual and Interpretation). Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset; 2002.
44. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1989;57:1069-81.
45. Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 1996;6:183-90.
46. Nilsson A. Enhance your workplace! A dialogue tool for workplace health promotion with a salutogenic approach. Lunds Universitet; 2010.
47. ENWHP. Steps for well-being in workplaces [Internet]. Hämtat från <http://www.enwhp.org/toolbox/details.php?id=26>; 2003.
48. Anttonen H, Räsänen T. Well-being at work - new innovations and good practices. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2008.
49. Berthelsen H, Westerlund H, Söndergård Kristensen T. COPSOQ II - en uppdatering och språklig validering av den svenska versionen av en enkät för kartläggning av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatser. Stockholm: Stressforskningsinstitutet, Stressforskningsrapport 326; 2014.
50. AMM. Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap - ett arbetsmaterial. Göteborg: Arbets och miljömedicin, Göteborgs Universitet; 2008.
51. Menckel E, Thomsson H. Vad är hälsofrämjande arbetsplatser? Ett svenskt perspektiv. Stockholm: Arbetarskyddsnämnden; 1997.
52. Skagert K. Leadership in human service organisations: Conceptions, strategies and preconditions to promote and maintain health at work. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2010.
53. AFA Försäkrings avdelning för arbetsmiljöutveckling. FAS arbetsliv, Handbok för samtalsledare; 2007.
54. Suntarbetsliv. OSA-kompassen. Hämtat från www.suntarbetsliv.se; 2016.
55. Prevent. Enkät om psykosocial arbetsmiljö. Hämtat från www.prevent.se; 2016.
56. HFS-nätverket. Att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats; 2015.

57. NFA. Psykisk arbejdsmiljø. Vejledning till brugere af AMI's korte spørgeskema til kortlægning af den psykiske arbejdsmiljø. København: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø; 2006.
58. Green LW & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
59. Jerkedal Å. Utvärdering – steg för steg: om projekt- och programbedömning. Stockholm: Nordtedts juridik; 1999.
60. Eklöf M. Psykosocial arbetsmiljö. Begrepp, bedömning och utveckling. Lund: Studentlitteratur; 2017.
61. Rydbo N. Förebyggande hälsoarbete - att arbeta med svaga och tidiga signaler. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
62. Dollard MF, Bakker AB. Psychological safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2010;83:579-99.
63. Ylander J, Härenstam A. Var finns makten över arbetsvillkoren? En guide om psykosocial miljö och arbetsmiljöinriktat handlande. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Enheten för arbetshälsa; 2006.
64. Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M, Ylander J. Understanding the organisational impact on working conditions and health; 2006.
65. Winroth J. Om utvärdering – att mäta effekter och värdera resultat: med fokus på förebyggande och hälsofrämjande arbete. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
66. Lohela Karlsson M., Strömberg C. och Arbetshälsoekonomiska analysgruppen. Arbetshälsoekonomiskt analysverktyg - Ett komplement till Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. Karolinska institutet, Sveriges företagshälsor; 2016.
67. Liff R, Wikström Er. Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet. ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
68. Maltén A. Vad är kunskap? Malmö: Liber; 1986.
69. Egidius H. Pedagogik för 2000-talet. Stockholm: Natur & Kultur; 2000.
70. Ellström P-E. Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i det dagliga arbetet. Arbetslivsinstitutet; 1996.
71. Granberg O, Ohlsson J. Från lärande loopar till lärande organisationer. Lund Studentlitteratur; 2009.
72. Hultberg A, Winroth J. Processtöd som metod i förändringsarbete. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.

73. Skagert K, Ahlberg G, Jr, Bergman C, Dellve L, Hultberg A. Hälsofrämjande i praktiken - Lättare sagt än gjort! ISM-rapport 16. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2015.
74. Ahlberg G, Jr, Hultberg A, Hadžibajramović E, Pettersson S, Ottosson E, Björk L, et al. KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser, ISM-rapport 17. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2016.
75. Hultberg A. Det vi får är inte det vi behöver. Processutvärdering av ett projekt med hälsofrämjande insatser riktade till tre yrkesgrupper i vården. ISM-häfte nr 8. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2015.
76. Hultberg A. Försöksverksamhet kring förebyggande av sjukfrånvaro. Processutvärdering av ett delprojekt inom Mobiliseringsinitiativet – Västra Götalandsregionen som arbetsgivare. ISM-häfte nr 9. Göteborg: Institutet för stressmedicin, 2018.
77. Dellve L. Ledarutveckling i hälsofrämjande ledarskap - ett FoU-projekt inom 3F "Framgångsrika Friska Företag". Göteborg: Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset; 2009.
78. Eriksson A, Dellve L, Strömberg M, Edström-Bard E. Utveckling av hållbart och hälsofrämjande ledarskap – i vardag och förändring. Utvärdering av interaktiv metodik för företagshälsovårdsdrivna interventioner. Stockholm: KTH; 2016.
79. Karlsson G. Uppföljning av 1:a omgångens deltagare i Hälsofrämjande ledarskap - En delaktivitet inom Mobiliseringsinitiativet. Hälsan & Arbetslivet; 2016.
80. Koskela M. Slutrapport för projektet "Att utveckla hälsofrämjande arbetsplatser". Örebro läns landsting; 2012.
81. Thomsson H. Att vara och förbli en hälsofrämjande arbetsplats. Försäkringskassan; 2007.
82. Müssener U. Utvärdering av effekter av hälsofrämjande arbete vid Försäkringskassan i Östergötland. Linköping: Linköpings Universitet; 2008.
83. Rubertsson J. Utveckling av lärande och ledarskap i en organisation som främjar hälsa. Försäkringskassan; 2009.
84. Suntarbetsliv. Friska verksamheter. Organisationsutveckling och individuell utveckling går hand i hand; 2013.
85. Ahlberg G, Bergman P, Ekenvall L, Parmund M, Stoetzer U, Waldenström M, et al. Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och framtid, Delstudie 2. Stockholm: Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting; 2008.
86. Cregård A. Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet. ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.

87. Cregård A, Liff R, Wikström E. Att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande genom samarbete. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet. ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
88. Liff R, Wikström E. Expertgruppers samarbete med linjechefer - om samarbete som identitetsskapande processer. I: Liff R & Wikström, E (red). Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet ISM-rapport 19. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2017.
89. Schmidt L, Sjöström J, Antonsson A-B. Vägar till framgångsrikt samarbete med företagshälsovård. Stockholm: IVL, Svenska Miljöinstitutet, 2011.
90. Schmidt L, Sjöström J. Användning av företagshälsovården i kommuner och landsting. Stockholm: IVL, Svenska Miljöinstitutet; 2015.
91. Lindberg P. The work ability continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006.
92. Aronsson G, Lindh T. Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004.
93. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. Medical Science. 2004;58(10):1857-68.
94. Ahlborg G, Jr, Ljung T, Swan G, Glise K, Jonsdottir I, Hadzibajramovic E, et al. Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1- enkätundersökning i maj-juni 20014. ISM-rapport 2. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2006.
95. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephsson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospectiv study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. Journal of occupational and enviromental medicine. 2009; 2009(Jun;51(6)):629-38.
96. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephsson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? International Archives of Occupational and Environmental Health; 2009 (Nov;82(10)):1179-90.
97. Aronsson G, Gustafsson K, Mellner C. Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självskattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen: Göteborgs Universitet; 2009.
98. Dellve L, Hadžibajramović E, Ahlborg G, Jr. Work attendance among healthcare workers; prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. Journal of advanced nursing; 2011.
99. Svartengren M, Stoetzer U, Parmasund M, Eriksson T, Stöllman Å, Vingård E. Hälsa och framtid i kommuner och landsting. Karolinska Institutet och Uppsala Universitet; 2013.
100. AFA Försäkring. Från risk till frisk, HOFF; 2014.
101. Vingård E. Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting. Stockholm: HAKuL, Karolinska institutet, Sektionen för personskadeprevention; 2004.

102. Waldenström K, Härenstam A. Hur skapas bra arbetsförhållanden? En studie av strategier hos chefer och anställda. Rapport från Arbets- och miljömedicin 2006:5. Stockholm; 2006.
103. Törner M, Eklöf M, Larsman P, Pousette A. Säkerhetskultur i vård och omsorg - stöd och hinder. Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien; 2014.
104. Törner M, Eklöf M, Larsman P, Pousette A. Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet. Arbets- och miljömedicin, Samhällsmedicin och folkhälsa. Rapport 2013: nr 1. Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien; 2013.
105. Arbetsmiljöverket. Mäta och följa goda organisationer; 2017.
106. Karlsson ML, Björklund C, Jensen I. Sambandet mellan psykosociala arbetsmiljöfaktorer, anställdas hälsa och organisationers produktion, Rapport 2012:8. Uppsala: IFAU, Institutet för marknads- och utbildningspolitisk utvärdering; 2012.
107. Lohela-Karlsson M, Jensen I, Aboagye E, Strömberg C, Hagberg J, Bergström G. Att mäta effekter av preventiva insatser på arbetsplatser genomförda av FHV - Slutrapport Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet; 2016.
108. Strömberg C, Aboagye E, Hagberg J, Bergström G, Lohela-Karlsson M. Estimating the Effect and Economic Impact of Absenteeism, Presenteeism, and Work Environment-Related Problems on Reductions in Productivity from a Managerial Perspective. *Value in Health*; 2017;20(8):1058-64.
109. Jensen I och Företagshälsans riktlinjegrupp. Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet; 2015.
110. Wiegner L. Blir man sjuk av stress? Om utmattning och återhämtning. ISM-broschyr. Institutet för stressmedicin; 2015.
111. Institutet för stressmedicin. Vad är stress. Hämtat från; <http://www.vgregion.se/ov/ISM/stress--rad-och-behandling/vad-ar-stress/>; 2018
112. Arnetz B, Ekman R. Stress: Gen, individ och samhälle. Stockholm: Liber; 2013.
113. FORTE. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. FORTE; 2015.
114. FORTE. Arbetsmiljö i kvinnodominerade sektorer - Regeringsuppdrag att genomföra en förstudie inför utlysning av forskningsmedel. FORTE; 2016.
115. Arbetsmiljöverket. Kvinnor och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets och hälsorelaterade utfall. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2016.
116. Nise G, Ekenvall L, Albery J, Svartengren M och HoF study group. Friska företag i alla brancher. Hälsa och framtid, Delstudie 1. Stockholm: Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting; 2007.
117. Arbetsmiljöverket. Organisera för en jämställd arbetsmiljö. Hämtat från; <https://www.av.se/test-jamstalld-arbetsmiljo/>; 2017.

118. Arbetsmiljöverket. Kopplingar mellan bemanning, organisation och arbetsmiljö; 2017.
119. Arbetsmiljöverket. Friska arbetsplatser för kvinnor och män i alla åldrar, Kunskapssammanställning; 2016:8.
120. Nilsson K. Why work beyond 65? Discourse on the decision to continue working or retire early. *Nordic Journal of Working Life Studies*; 2012; 2(3):7-28.
121. Nilsson K. To work or not to work in an extended working life? Factors in working and retirement decision. Doctoral Dissertation Series 2013:4. Lund University: Faculty of Medicine, 2013.
122. Nilsson K. Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. *Scandinavian Journal of Public Health*; 2016:1-16.
123. Thorsen S, Rugulie R, K L. The association between psychosocial work environment, attitudes towards older workers (ageism) and planned retirement. *International Archives of Occupational & Environmental Health*; 2012;85(4):437-45.
124. Hultberg A, Hadžibajramovic E, Pettersson S, Ahlberg G, Jr. KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008. ISM-rapport 8. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2010.
125. Strömbäck M. Skapa rum. Ung femininitet, kroppslighet och psykisk ohälsa – genusmedveten och hälsofrämjande intervention. Umeå: Umeå universitet; 2014.
126. Löve J. Contemporary aspects of health and performance among young adult women and men in Sweden. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2010.
127. Arbetsmiljöverket. Organisatorisk och social arbetsmiljö. Stockholm: Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2015:4; 2015.
128. Vingård E, Waldenström M, Bengtsson F, Ekenvall L, Svartengren M, Ahlberg G et al. Långtidssjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. Hälsa och framtid, Delstudie 4. Stockholm: Karolinska institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting; 2007.
129. Arbetsmiljöverket. Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön - viktiga pusselbitar i en god arbetsmiljö. Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4. Arbetsmiljöverket; 2016.
130. Dellve L, Hadzibajramovic E, Ahlberg G, Jr (red). Work attendance among health care workers. The 7th International Conference on Occupational Health for Health Care Workers; 2007; Vancouver, Canada.
131. Arbetsmiljöverket. Kvinnor och mäns arbetsvillkor; 2016:2.
132. Pandey S, Wright B. Connecting the dots in public management: Political environment, organizational goal ambiguity, and the public manager's role ambiguity. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2006;16(4):511-32.
133. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. Role conflicts and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*; 1970;10(2):1-14.

134. Reineholm C. Psychosocial Work Conditions and Aspects of Health: Linköpings universitet; 2013.
135. Pousette A. Feedback and stress in Human Service Organizations. Göteborg: Göteborgs Universitet, Psykologiska institutionen; 2001.
136. Björk L. Contextualizing managerial work in local government organizations. Göteborg: Göteborgs universitet; 2013.
137. Gillberg N. Nya sätt att organisera arbete - betydelse för hälsa och arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket; 2018.
138. Aronsson G. Gränslöst arbete. En forskarantologi om arbetsmiljöutmaningar i anknytning till ett gränslöst arbetsliv: Arbetsmiljöverket; 2018:1.
139. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts - ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*; 2004;58(6):1075-84.
140. Lennéer Axelsson B, Thylefors I. Arbetsgruppens psykologi. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
141. Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*. 2004;43(1):83-104.
142. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. I: Bauer G, Hämmig OE (red). *Bridging occupational, organizational and public health*. Dordrecht, The Netherlands: Springer; 2014. p. 43-68.
143. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*; 2007;22(3):309-28.
144. Bejerot E, Astvik W. När patienten blir kund: Nya stressorer och strategier i läkarens arbete. Växjö: 2009.
145. de Jonge J, Mulder MJGP, Nijhuis FJN. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: Effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*; 1999;48(9):1149-60.
146. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli W, B. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*; 2001;86(3):499-512.
147. Söderfeldt B, Söderfeldt M, Muntaner C, O'Campo P, Warg L-E, Ohlson C-G. Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science & Medicine*; 1996;42(9):1217-26.
148. Corin L. Job demands, job resources, and consequences for managerial sustainability in the public sector: A contextual approach. Göteborg: Göteborgs universitet; 2016.
149. Schütte S, Chastang JF, Malard L, Parent-Thirion A, Vermeylen G, Niedhammer I. Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International archives of occupational and environmental health*; 2014;87(8):897-907.
150. Crawford ER, LePine JA, Rich BL. Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*; 2010;95:834-48.

151. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health In: Bauer, G, Hämmig, O (red). Bridging occupational, organizational and public health. Dordrecht: The Netherlands: Springer; 2014. p. 43-68.
152. Karasek R, Theorell T. Healthy Work, stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
153. French JRP, Jr, Caplan RD. Organizational stress and individual strain. In: The failure of success. Marrow, AJ (red.). New York: Amazon; 1972. p. 30-66.
154. de Jonge J, Dormann C. The DISC model: Demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. In: Occupational stress in the service professions. Dollard, MF, Winefield HR, Winefield, AH (red). London: Taylor & Francis; 2003. p. 43-74.
155. Morris JA, Feldman DC. The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labour. *Academy of Management Review*; 1996;21:986–1010
156. Eklöf M, Törner M, Pousette A. Organizational and socialpsychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety Science*; 2014;70:211-21.
157. Rappaport J. Studies in empowerment: Steps toward understanding an action. New York: Haworth Press; 1984.
158. Laverack G. Health Promotion Practice. Power & Empowerment. London: Sage Publications; 2004.
159. Arneson H. Empowerment and health promotion in working life. Linköping: Linköpings Universitet; 2006.
160. Westerholm P. Psykisk Arbetsskada. *Arbete & Hälsa* nr 42:1; 2008.
161. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the job demand-control (-support) model and psychological wellbeing. *Work & Stress*; 2010;24(1):1-35.
162. Theorell T. Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
163. Nielsen K, Randall R. The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work & Stress*; 2012;26(2, April-June 2012):91-111.
164. Arbetsmiljöverket. Vägledning om arbetsmiljöutmaningar i ett gränslöst arbetsliv; 2018.
165. Allvin M, Mellner C, Movitz F, Aronsson G. The Diffusion of Flexibility: Estimating the Incidence of Low-Regulated Working Conditions. *Nordic Journal of Working Life Studies*; 2013;3:99-116.
166. Peterson H. Flexibilitet och förtroende i avreglerade organisationer - ett arbetstagarperspektiv; 2007.
167. Wajcman J, Bittman M, Brown JE. Families without borders: Mobile Phones, Connectedness and Work-Home Divisions. *Sociology*; 2008;42:635-52.
168. Trygg K. Arbetets geografi - Kunskapsarbetets organisation och utförande i tidrummet. Kulturgeografiska institutionen; 2014.

169. Drago R. Time on the job and time with their kids. *Cultures of teaching and parenthood in the US*. *Feminist Economics*; 2001;7:1-31.
170. Yakura E. Billables. The Valorization of time in consulting. *American Behavioral Scientist*; 2001;44:1076–96.
171. Gillberg N. Flexibilitet, tillgänglighet och synlighet i det digitaliserade arbetslivets organisering. I: Aronsson G (red). *Gränslöst arbete. En forskarantologi om arbetsmiljöutmaningar i anknytning till ett gränslöst arbetsliv: Arbetsmiljöverket*; 2018.
172. Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O’Campo P. Is precarious employment more damaging to women’s health than men’s? *Social Science & Medicine*; 2007;64(776-781).
173. Burud S, Tumolo M. *Leveraging the new human capital: Adaptive strategies, results achieved, and stories of transformation*. Palo Alto, CA: Davies-Black Publishing; 2004.
174. Richman AL, Civian JT, Shannon LL, Jeffrey Hill E, Brennan RT. The relationship of perceived flexibility, supportive work–life policies, and use of formal flexible arrangements and occasional flexibility to employee engagement and expected retention. *Community, Work & Family*; 2008;11:183-97.
175. Burchell B. The Prevalence and Redistribution of Job Insecurity and Work Intensification. I: Burchell B, Lapido D, Wilkinson F (red). *Job Insecurity and Work Intensification..* London: Routledge; 2002.
176. Wichert I. Job insecurity and work intensification: the effects on health and well-being. I: Burchell B, Lapido D, Wilkinson F (red). *Job Insecurity and Work Intensification*. London: Routledge; 2002.
177. Aronsson G, Hellgren J, Isaksson K, Johansson G, Sverke M, Torbiörn I. *Arbets- & organisationspsykologi. Individ och organisation i samspel*. Stockholm: Natur & Kultur; 2012.
178. Unionen. *Fria eller förvirrade – En studie av tjänstemännens gränslösa arbetssituation*. Stockholm: Unionen; 2009.
179. Siegert S. *Enacting Boundaries through Social Technologies: The Dance between Work and Private Life*. Stockholm: Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen; 2015.
180. Petersson McIntyre M. *Att älska sitt jobb: passion, entusiasm och nyliberal subjektivitet*. Lund: Nordic Academic Press; 2016.
181. von Otter C. *Aktivt arbetsliv. Om dagens behov och framtidens möjligheter*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004.
182. Bolander P. *Anställningsbilder och rekryteringsbeslut*. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm; 2002.
183. Ehrenreich B. *Bait and Switch: The (Futile) Pursuit of the American Dream*. New York: Metropolitan Books; 2005.
184. Cross R, Rebele R, Grant A. Collaborative Overload. *Harvard Business Review*; 2016.
185. Bringselius L. *Tillitsbaserad styrning – ett ramverk. Forskning Tillit. Tillitsdelegationen*; 2017.

186. Härenstam A, Östebo A (red). Chefskapets förutsättningar och konsekvenser - Metoder och resultat från CHEFiOS projektet – slutrapport Del 1. ISM-rapport 14:1. Institutet för stressmedicin; 2014.
187. Forsberg Kankkunen T, Bejerot E, Björk L, Härenstam A. New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg. ISM-rapport 15. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2014.
188. Björk L, Forsberg Kankkunen T, Beijerot E. Det kontrollerade chefsarbetet - variationer i könsmärkta verksamheter. Arbetsmarknad och Arbetsliv; 2011;17(4).
189. Mellner C. Strategier, gränskontroll och ledarskap i gränslöst arbete. I: Aronsson G (red). Gränslöst arbete. En forskarantologi om arbetsmiljöutmaningar i anknytning till ett gränslöst arbetsliv. Arbetsmiljöverket; 2018.
190. Toivanen S. Arbetsmiljö och utformning av aktivitetsbaserade kontor. I: Aronsson G (red). Gränslöst arbete. En forskarantologi om arbetsmiljöutmaningar i anknytning till ett gränslöst arbetsliv. Arbetsmiljöverket; 2018.
191. Toivanen S. Framtidens arbetsplatser. Att utveckla hållbara och friska kontor. Stockholm: NCC; 2015.
192. Jahncke H. How Much Does Irrelevant Speech Impair Employees' Work Performance in Open-Plan Offices? Noise & Vibration Worldwide; 2013;44:10-5.
193. Jahncke H, Hygge S, Halin N, Green A, Dimberg K. Open-plan office noise: Cognitive performance and restoration. Journal of Environmental Psychology; 2011;31(4):373-82.
194. Smith-Jackson TL, Klein KW. Open-plan offices: Task performance and mental workload. Journal of Environmental Psychology; 2009;29:279-89.
195. Haans A, Kaiser FG, de Kort YAW. Privacy-needs in office environments: development of two behavior-based scales. European Psychologist; 2007;12:93-102.
196. Seddigh A. Office type, performance and well-being: A study of how personality and work tasks interact with contemporary office environments and ways of working. Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen; 2015.
197. Seddigh A, Berntson E, Bodin. Danielsson C, Westerlund H. Concentration requirements modify the effect of office type on indicators of health and performance. Journal of Environmental Psychology; 2014;38(0):167-74.
198. Stashevsky S. Self-leadership skills and innovative behavior at work. International Journal of Manpower; 2006;27(1):75-90.
199. Schwitzgold V. Ett smakprov på framtidens ledarskap. En studie om hur chefer upplever och praktiserar ledarskap i aktivitetsbaserade kontorsmiljöer. Examensarbete vid Personalvetarprogrammet, Umeå Universitet; 2014.
200. Hultberg A. Sammanfattning av forskningsläget avseende aktivitetsbaserade kontor (ABW). Hämtat från: <http://www.vgregion.se/ov/ISM/halsa-och-arbetsmiljo/mera-om-halsa-pa-arbetsplatsen/aktivitetsbaserat-kontor/> ;2018.
201. Brunia S, DeBeen I, Van.der.Voort TJM. Accommodating new ways of working: lessons from best practices and worst cases. Journal of Corporate Real Estate; 2016;18(1):30-47.

202. Appel-Meulenbroek R, Groenen P, Janssen I. An end-user's perspective on activity-based office concepts. *Journal of Corporate Real Estate*; 2011;13(2):122-35.
203. Wohlers C, Hartner-Tiefenthaler M, Hertel G. The Relation Between Activity-Based Work Environments and Office Workers' Job Attitudes and Vitality. *Environment and Behavior*; 2017:1-32.
204. Eklund J, Rolfö L. Slutrapport: Projektering och planering av nya arbetsmiljöer. Stockholm: KTH, Enheten för ergonomi; 2016.
205. Kecklund G. Flexibla och gränslösa arbetstider - konsekvenser för återhämtning och hälsa. I: Aronsson G (red). Gränslöst arbete. En forskarantologi om arbetsmiljöutmaningar i anknytning till ett gränslöst arbetsliv. Arbetsmiljöverket; 2018.
206. Demeouti E, Bakker A, Geurts SAE, Taris TW. Daily recovery from work-related effort during non-work time. I: Sonnentag S, Perrewé PL, Ganster DC (red). *Current perspectives on job-stress recovery*. Bingley: Emereld Group Publishing Ltd; 2009. p. 85-123.
207. Geurts S, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*; 2006;32:482-92.
208. Åkerstedt T, Nilsson P, Kecklund G. Sleep and recovery. I: Sonnentag S, Perrewé PL, Ganster DC (red). *Current perspectives on job-stress recovery*. Bingley: Emereld Group Publishing Ltd; 2009. p. 205-47.
209. Kecklund G, Ingre M, Åkerstedt T. Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning. Stockholm: Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet; 2010.
210. Åkerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*; 2003(53):89-94.
211. Niedhammer I, Lert F, Marne M-J. Effects of shift work on sleep among french nurses. *Occupational Medicine*; 1994;36(6):667-74.
212. Åkerstedt T, Ingre M, Kecklund G. Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman? Stressforskningsrapport nr 324. Stockholm: Stressforskningsinstitutet; 2012.
213. Nijp H, Beckers D, Geurts S, Tucker P, Kompier M. Systematic review on the association between employee worktime control and work-nonwork balance, health, well-being, and job related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*; 2012;38:299-313.
214. Nabe-Nielsen K, Lund H, Ajslev J. How do employees prioritise when they schedule their own shifts? *Ergonomics*; 2013;56:1216-24.
215. Gerber M, Lindwall M, Börjesson M, Hadžibajramović E, Jonsdottir IH. Low leisure-time physical activity, but not shift-work, contributes to the development of sleep complaints in Swedish health care workers. *Mental health and physical activity*; 2017;13:22-9.
216. Schiller H, Lekander M, Rajaleid K, Hellgren C, Åkerstedt T, Barck-Holst P, et al. The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress – a group randomized intervention study using diary data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*; 2016;doi:10.5271/sjweh.3610.

217. Razulzada F. Organizational Creativity and Psychological Well-being Contextual aspects on organizational creativity and psychological well-being from an open systems perspective. Lund: Department of Psychology, Lunds Universitet; 2008.
218. Maslach C, Leiter M. Sanningen om utbrändhet. Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
219. Csikszentmihalyi M. Flow, ledarskap och arbetsglädje. Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
220. Eklöf M, Ahlborg G, Jr, Grill C, Grimby-Ekman A, Lindgren E-C, Wikström E. Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvalitativ och kvantitativ metod. ISM-rapport 11. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2011.
221. Hultberg A, Hadžibajramovic E, Pettersson S, Skagert K, Ahlborg G, Jr. KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008-2010. ISM-rapport 10. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2011.
222. Isaacs W. Dialogue - and the art of thinking together. New York: Random House Inc; 1999.
223. Grill C, Ahlborg G, Jr, Lindgren E-C. Valuation and handling of dialogue in leadership - a grounded theory study in Swedish hospitals. Journal of Health Organization and Management; 2011;25(1):34-54.
224. Grill C. Dialogue or no dialogue: Göteborgs universitet; 2014.
225. Bergman D. Leadership development: A comparative evaluation of short-term and long-term programmes in Swedish health care. Stockholm: Karolinska institutet; 2009.
226. Lundgren C. Samarbete genom samtal: En samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabiliteringen. Linköping: Linköpings universitet; 2009.
227. Bergman C, Dellve L, Skagert K. Exploring communication processes in workplace meetings: A mixed methods study in a Swedish healthcare organization. Work; 2016;54(3):533-41.
228. Bergman C, Hultberg A, Skagert K. Hälsofrämjande arbetsplatsträffar - Rekommendationer och reflektioner utifrån en forskningsstudie. ISM-häfte nr 7. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2015.
229. Södergren B, Molin F, Stöllman Å, Waldenström M & Vingård E. Balanserad kommunikation - en nyckel till produktivitet och hälsa? Forskningsrapport. Institutet för Personal- och Företagsutveckling, IPF, Uppsala universitet; 2016.
230. Sunt arbetsliv. Bättre möten. Hämtat från; <https://battremoten.suntarbetsliv.se/>; 2018
231. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health; 1988;78(10):1336-42.
232. Langford C, Bowsher J, Maloney J, Lillis P. Social support: a conceptual analysis. Journal of advanced nursing; 1997;25(1):95-100.

233. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. I: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BHE (red). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000.
234. House JS. Work stress and social support. Reading, England: Addison-Wesley Educational; 1981.
235. Cutrona CE, Russell DW. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. I: Sarason, BR, Sarason, IG, Pierce, GR (red). Social support: An interactional view. New York: Wiley; 1990. p. 319-66.
236. Brunnberg H, Löfgren V-A. Teamutveckling genom handledning på vårdcentraler. Utvärdering av ett projekt i Haninge primärvård. Stockholm: Stockholms läns landsting, yrkesmedicinska enheten; 1997.
237. Grimsér H, Wolter N. Nätverk för läkare i primärvården. Stockholm: Trygghetsfonden; 2000.
238. Ekstam K. Handbok i konflikthantering. Malmö: Liber Ekonomi; 2000.
239. Dellve L, Wikström E. Hållbart ledarskap i sjukvården. Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv. Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Arbets- och miljömedicin samt Handelshögskolan; 2006.
240. Bååthe F. Physicians' engagement - Qualitative studies exploring physicians' experiences of engaging in improving clinical services and processes: Göteborgs universitet; 2015.
241. Berglund R. Engagemang efterfrågas. Hur tre tillverkande företag söker medverkan från sina medarbetare när de inför Lean. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2010.
242. Södergren B. Ett kunskapsperspektiv på organisation och ledarskap: Studier om kunskapsprocesser och kunskapsorienterat ledarskap för innovation och förnyelse. Lärdomar från ett forskningsprojekt. Uppsala: Uppsala universitet, Företagsekonomiska institutionen; 2008.
243. Richtner A, Södergren B. Innovation projects need resilience. International journal of Technology and planning; 2008;4:257-75.
244. Sutcliffe K, Vogus T, Cameron K, Dutton J, Quinn R. Organization for resilience. Positive organizational scholarship. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2003. 94-110 p.
245. Tvedt S, Saksvik P. Does change process healthiness reduce the negative effects of organizational change on the psychosocial work environment? Work & Stress; 2009;23(1):80-98.
246. Göransson S. Seeking Individual Health and Organizational Sustainability: The Implications of Change and Mobility. Stockholm: Stockholms universitet; 2009.
247. Hertting A, Pettersson K, Nilsson. Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation. I: Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
248. Theorell T. I spåren av 90-talet. Stockholm: Karolinska. University press; 2006.
249. Robbins J, Ford M, Tetrick L. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. Journal of Applied Psychology; 2012;97:235-72.

250. Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*; 2012.
251. Elovainio M, Linna A, Virtanen M, Oksanen T, Kivimäki M, Pentti J, et al. Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Result from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social science & medicine*; 2013;91:39-47.
252. Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet och Uppsala universitet. Hälsa och framtid, Delstudie 1-4, Sammanfattning; 2008.
253. Stoetzer U, Åborg C, Johansson G, Svartengren M. Organization, relational justice and absenteeism. *Work*; 2013;47(4).
254. Hansson A. Hälsopromotion i arbetslivet. Lund: Studentlitteratur; 2004.
255. Trollestad C. Den hälsosamma organisationen. I: Friskfaktorer i arbetslivet. Abrahamsson. Stockholm: Prevent; 2003. p. 152- 81.
256. Vingård E. Det friska företaget - hur ser det ut? En skrift från arbetsmiljöpoltiska kunskapsrådet. SOU 2009:47. God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2009.
257. Eriksson I, Fjaestad B, Wolvén L-E. Arbetsliv och känsla av sammanhang. Arbetsliv och samhällsförändringar. Lund: Studentlitteratur; 2005. p. 49-60.
258. Månsson E. Att vara nöjd med sitt arbete. I: Petersson H, Leppänen V, Jönsson S, Tranqvist J (red). Villkor i arbetet med människor - en antologi om human servicearbete. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2006. p. 37-57.
259. Sahlin E. Natur mot stress - vad säger forskningen? Gröna Rehab. Göteborg: Göteborgs botaniska trädgård, Västra Götalandsregionen; 2010.
260. Tengblad S, Hällstén F, Ackerman C, Velten J. Medarbetarskap. Från ord till handling. Malmö: Liber; 2007.
261. Skakon J, Nielsen K, Borg W, Guzman J. Are leaders well-being behaviors and style associated with the affective wellbeing of their employees? *Work and stress*; 2010;24(2):107-39.
262. Nilsson K, Hertting A, Petterson I-L, Theorell T. Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting; 2005;1:5(92).
263. Eklöf M, Ingelgård A. Is participative ergonomics associated with better working environment and health? A study among Swedish white-collar VDU users. *International Journal of Industrial Ergonomics*; 2004;34(5):355-66.
264. Dellve L, Skagert K, Eklöf M. The impact of systematic occupational health and safety management for occupational disorders and long-term work attendance. *Social Science & Medicine*; 2008;67(6):965-70.
265. Lindberg P, Vingård E, Josephson M, Alfredsson L. Promoting Excellent Work Ability and Preventing Poor Work Ability: The Same Determinants? Results from the Swedish HAKuL Study. *Occupational and Environmental Medicine*; 2006;63(2):113-20.
266. Pohjonen T. Perceived work ability of home care workers in relation to individual and work-related factors in different age groups. *Occupational Medicine*; 2001;51(3):209-17.

267. Vaananen A, Kalimo R, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Peiro JM, Kivimäki M, et al. Role clarity, fairness, and organizational climate as predictors of sickness absence: a prospective study in the private sector. *Scandinavian Journal of Public Health*; 2004;32(6):426-34.
268. Döös M, Nyberg Ar. Ledarskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap. VINNOVA Rapport VR 2008:15. VINNOVA; 2009.
269. Kelloway T. The psychosocial environment: towards an agenda for research. *International Journal of Workplace Health Management*; 2008(1:1):50-64.
270. Strömberg M, Eriksson A, Bergman D, Dellve L. Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International Journal of Nursing Studies*; 2016;53:116-25.
271. Bergman C, Löve J, Hultberg A, Skagert K. Employees' conceptions of coworkership in a Swedish health care organization. *Nordic Journal of Working Life Studies*; 2017;7(4).
272. Hällsten F, Tengblad S. Medarbetarskap i praktiken. Lund: Studentlitteratur; 2006.
273. Tengblad S. Medarbetarskap på 60 minuter. Högskolan i Skövde; 2010.
274. Dellve L, Eriksson A. Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring, arbetsmaterial; 2016.
275. IVA. Så skapas Framgångsrika Friska Företag. En verksamhetsrapport från IVA-projektet 3 F. Stockholm: IVA, Kungliga Ingenjörsvetenskapliga Akademien; 2009.
276. Härenstam A. Så skapas goda jobb. Chef idag. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2006.
277. Wallin L, Pousette A, Dellve L. Span of Control and the Significance for Public Sector Managers' Job Demands: A Multilevel Study. *Economic and Industrial Democracy*; 2013;35(3):455.
278. Carayon P. Human factors of complex sociotechnical systems. *Applied Ergonomics*; 2006;37(4):525-35.
279. Docherty P, Kira M, Shani A Br. Creating Sustainable Work Systems, Developing Social Sustainability, 2nd edition. London: Routledge; 2009.
280. Eriksson A. Health-Promoting Leadership: A study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation. Göteborg: Nordic School of Public Health; 2011.
281. Dellve L, Wolmesjö Mr. Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar. Högskolan i Borås; 2016.
282. Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M. The impact of managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 2009;66(1):51-5.
283. Theorell T, Nyberg A, Romanowska J. Om ledarskap och de anställdas hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift*; 2013;90(6).

284. Seltzer J, Numeroff RE, Bass BM. Transformational leadership: Is it a source of more or less burnout or stress? *Journal of Health and Human Resource Administration*; 1989;12:174-85.
285. Sosik JJ, Godshalk VM. Leadership styles, mentoring functions received, and job-related stress: A conceptual model and preliminary study. *Journal of Organizational Behaviour*; 2000;21:365-90.
286. Van der Doef M, Maes S, Diekstra R. An examination of the job-demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety Stress and Coping*; 2000;13:165-85.
287. Patterson M, West MA, Lawthorn R, Nikell S. Impact of people management practices on business performance. *Institute of Personnel and Development*; 1997.
288. Sims H, Lorenzi P. The new leadership paradigm. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1992.
289. Åström E. Ledarskap och hälsa: Kommunala chefer om hälsa och förutsättningar som gynnar eller missgynnat hälsofrämjande ledarskap: Institutionen för Service Management och tjänstvetenskap, Lunds universitet; 2013.
290. Wikström E, Dellve L, Arman R, Tengelin E. Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården. Västra Götalandsregionen, Göteborgs universitet; 2011.
291. Tengelin E, Kihlman A, Eklöf M, Wikström E, Dellve L. Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress. Göteborg: Arbets- och miljömedicin; 2011.
292. Skagert K, Dellve L, Eklof M, Pousette A, Ahlborg G, Jr. Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Applied Ergonomics*; 2008;39(6):803-11.
293. Orvik A, Dellve L, Eriksson A. Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap. *Socialmedicinsk tidsskrift*; 2013;90(6).
294. Orvik A, Axelsson R. Organizational health in health organizations: Towards a conceptualization. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2012;26:796-802.
295. Andersen GR, Westgaard RH. Discrepancies in assessing home care workers' working conditions in a Norwegian home care service: differing views of stakeholders at three organizational levels. *BMC health services research*; 2015;15(1).
296. Dellve L, (red), Wikström E, Tengblad S, Andersson T, Liff R. Studiematerial Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården. Göteborg: Göteborgs Universitet och Västra Götalandsregionen; 2012.
297. Wramsten-Wilmar M, Dellve L, Ahlborg G, Jr. Swedish Healthcare Managers and the Media – A Study of Strategies and Support During Mass Media Attention. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*; 2017.
298. Dellve L, Wramsten Wilmar M, Jacobsson C, Ahlborg G, Jr. Att möta media och undvika personfokuserade drev. Borås: Högskolan i Borås; 2014.
299. Cummings G, MacGregor T, Davey M, Wong C, Paul L, Stafford E. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*; 2008;13(4):240-8.

300. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*; 2010;47(3):363-85.
301. Corin L, Björk L. Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna. Stockholm: SNS Förlag; 2017.
302. Regnö K. Chefer i välfärdens tjänst - en forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa. Stockholm: Vision; 2016.
303. Wong C, A, Elliot-Miller P, Laschinger H, Cuddihy M, Meyer R, M, Keatings M, et al. Examining the relationships between span of control and manager job and unit performance outcomes. *Journal of Nursing Management*; 2015;23(156-168).
304. Stewart A. Span of Control and Stress: The Nurse Manager's Perspective. Buffalo, New York: D'YouvilleCollege; 2009.
305. Altaffer A. First line managers: Measuring their span of control. *Nursing Management*; 1998;29(7):36-40.
306. Regnö K. Chefers förutsättningar är avgörande för en hållbar välfärd. En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa. Stockholm: Vision; 2016.
307. Meier KJ, Bohte J. Ode to Luther Gulick: Span of Control and organizational Performance. *Administration & Society*; 2000(32):115-37.
308. McGillis. Hall L, Doran D, O'Brien. Pallas L. Quality Worklife Indicators For Nursing Practice Environments in Ontario: Determining The Feasibility of Collecting Indicator Data. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; 2006.
309. Doran D, McCutcheon AS, Evans M, G, MacMillan K, McGillis L, H, Pringle D, et al. Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
310. McCutcheon A, Sanchez D, Diane E, Martin H, Linda M, Pringle D. Effects of leadership and span of control on nurses' job satisfaction and patient satisfaction. *Nursing Leadership*; 2009;22(3):48-67.
311. Cathcart D, Jeska S, Karnas J, Miller S, Pechacek J, Rheault L. Span of control matters. *Journal of Nursing Administration*; 2004;34(9):395-9.
312. Corin L, Björk L. Job demands and job resources in human service managerial work – An external assessment through work content analysis. *Nordic Journal of Working Life Studies*; 2016.
313. Dellve L, Wikström E. Managing complex workplace stress in health care organizations: leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management*; 2009;17(8):931-41.
314. Wolmesjö M. Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre och handikappomsorgen: Lund Universitet; 2005.
315. Björk L, Bejerot E, Jacobshagen N, Härenstam A. I shouldn't have to do this: Illegitimate tasks as a stressor in relation to organizational control and resource deficits. *Work & Stress*; 2013;27(3):262-77.

316. Kankkunen Forsberg T. Könade verksamheter? En studie av hur stressande arbetssituationer för kommunala enhetschefer hanteras inom tekniska respektive omsorgs- och utbildningsförvaltningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Enheten för arbetshälsa; 2006.
317. Antonsson H. Chefers arbete i äldreomsorgen: att hantera den svårhanterliga omvärlden. Relationen mellan arbete och organisering. Linköping: Linköpings universitet; 2013.
318. Andersson-Felé L. Hur många direkt underställda kan en chef ha? Om kontrollspann i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
319. Törnquist A. Vad man ska kunna och hur man ska vara: en studie om enhetschefer och vårdbiträdens yrkeskompetens inom äldreomsorgens särskilda boendeformer. Stockholms universitet; 2004.
320. Hjalmarson I, Norman E, Trydegård G-B. Om man ska vara stöttepelare åt andra måste man stå stadigt själv: en studie om äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2004.
321. Ahnlund P. Utbildning och mångfald. I: Johansson S (red). Omsorg och mångfald. Malmö: Gleerup; 2010.
322. Bergh A. Möte mellan män och kvinnor i äldreomsorgen. Lund: Studentlitteratur; 1995.
323. Forsberg Kankkunen T. Två kommunala rum: ledningsarbete i genusmärkta tekniska respektive omsorgs- och utbildningsverksamheter. Stockholms universitet, Samhällsvetenskapliga fakulteten, Sociologiska institutionen; 2009.
324. Berntson E, Wallin L, Härenstam A. Typical situations for managers in the Swedish public sector: Cluster analysis of working conditions using the job demands-resources model. *International Public Management Journal*; 2012;15(1):100-30.
325. Corin L, Berntson E, Härenstam A. Managers' Turnover in the Public Sector – The Role of Psychosocial Working Conditions. *International Journal of Public Administration*; 2016;39(10).
326. Cregård A, Corin L, Skagert L. Voluntary turnover among public sector managers: A review. *Scandinavian Journal of Public Administration*; 2017.
327. Lindström C, Widell M. Hållbara chefer. En idéskrift om forsknings- och utvecklingsprojektet hållbara chefer. Bliwa-stiftelsen; 2009.
328. Sunt arbetsliv. Chefoskopet. Hämtat från; <https://chefoskopet.suntarbetsliv.se/>; 2018
329. Vårdanalys, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Visa vägen i vården - ledarskap för stärkt utvecklingskraft. Rapport 2017:7. Stockholm; 2017.
330. Christensen T, Laegreid P, Roness P, Røvik KA. Organisationsteori för offentlig sektor. Stockholm: Liber AB; 2005.
331. Morén S, Perlinski M, Blom B. En domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor. *Socialvetenskaplig tidskrift*; 2015. p. 22-43.
332. Lucas B, Nacer H. The habits of an improver: Thinking about learning for improvement in health care. London: The Health Foundation; 2015.
333. Batalden PB, Stoltz PK. A Framework for the continual Improvement of Health Care. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*; 1993;19(10):424-5.

334. Vårdanalys, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Ett diskussionsunderlag. PM 2016:3; 2016.
335. DagensMedicin. Fler jobbar kvar efter satsning på fler chefer; 2017-05-26.
336. Nyberg A. Det goda chefskapet. Organisatorisk effektivitet och anställdas hälsa. En kunskapsöversikt. I: Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap arbetsplatsens ledarskap. Döös M, Waldenström K (red). VR 2008:15. Stockholm: Vinnova; 2008.
337. Hansson J, Molin F, Södergren B. Perspektiv på styrning – hur ser styrning ut som främjar motivation och innovation i kunskapsintensiva verksamheter? Uppsala: Institutet för personal- och företagsutveckling; 2014.
338. SCB. På tal om kvinnor och män; 2016.
339. SCB. Nu för tiden - En undersökning om svenska folkets tidsanvändning år 2010/11. Statistiska centralbyrån; 2012.
340. Stockholms universitet. Conflicts between work and family. Hämtat från : www.slosh.se; 2016.
341. Lambert BA, Kossek EE. Future Frontiers: Enduring challenges and established assumptions in the work-life field. I: Kossek EE, Lambert SJ (red). Work and life integration: Organizational, cultural, and individual perspective. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2005. p. 513-32.
342. Bulger CA, Matthews RA, Hoffman ME. Work and personal life boundary management: boundary strength, work/personal life balance, and the segmentation – integration continuum. Journal of Occupational Health Psychology; 2007;12:365-75.
343. Rothbard NP, Phillips KW, Dumas TL. Managing Multiple Roles: Work-Family Policies and Individuals' Desires for Segmentation. Organization Science; 2005;16:243-58.
344. Kreiner GE. Consequences of Work-Home Segmentation or Integration: A Person-Environment Fit Perspective. Journal of Organizational Behavior; 2006;27:485-507.
345. Mellner C, Aronsson G, Kecklund G. Segmentering och integrering– om mäns och kvinnors gränssättningsstrategier i högkvalificerat arbete. Göteborg: Göteborgs universitet; 2012.
346. Derks D, Bakker A, Peters P, vanWingerden P. Work-related smartphone use, work-family conflict and family role performance: The role of segmentation preference. Human Relations; 2016;69(5):1045-68.
347. Olson-Buchanan J, Boswell B. Blurring boundaries: Correlates o integration and segmentation between work and nonwork. Journal of Vocational Behavior; 2006;2006(68):431-45.
348. Kossek EE, Lautsch B. Work-family Boundary Management Styles in Organizations: A Cross-Level Model. Organizational Psychology Review; 2012;2:152-71.
349. Kossek EE, Lautsch B. CEO of me: Creating a life that works in the flexible job age. Philadelphia, PA: Pearson/Wharton School Publishing; 2008.

350. Mellner C, Peters P, Toivanen S. Individual perceptions of boundary control mitigate the effect of incongruence between workers' preferred work/non-work boundaries and their enacted boundary management on work-life conflict; 2017:under granskning.
351. Mellner C, Aronsson G, Kecklund G. Boundary management preferences, boundary control and work-life balance among full-time employed professionals in knowledge-intensive, flexible work. *Nordic Journal of Working Life Studies*; 2014;4(4):1-17.
352. Mellner C. After-hours availability expectations, work-related smartphone use during leisure, and psychological detachment: The moderating role of boundary control. *International Journal of Workplace Health Management*; 2016;9(2):146-64.
353. Kossek E, Lautsch B, Eaton S. Telecommuting, control and boundary management: Correlates of policy use and practice, job control, and work-family effectiveness. *Journal of Vocational Behavior*; 2006;68:347-67.
354. Prevent. Balansguiden. Hämtat från: <http://www.prevent.se/amnesomrade/arbetsorganisation/flexibelt-arbete/>; 2016.
355. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Social Psychiatry & Epidemiology*; 2007;42:573-82.
356. Tengelin E, Arman R, Wikström E, Dellve L. Regulating time commitments in healthcare organizations – managers' boundary approaches at work and in life. *Journal of Health Organization and Management*; 2011;25(5).
357. Munir F, Nielsen K, Garde AH, Albersen K, Carneiro IG. Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*; 2012;20(4):512-21.
358. Kompier MAJ, Cooper CL, Geurts SAE. A multiple case study approach to work stress prevention. *European journal of work an organizational psychologi*; 2000:371-400.
359. Jonsdottir I. Att förebygga mental ohälsa med fysisk aktivitet. I: Ahlborg G, Jr. (red). KART-studien - Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004-2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser, ISM-rapport 17. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2016.
360. Jonsdottir, I., M. Börjesson and G. J. Ahlborg (2011). "Healthcare workers' participation in a healthy lifestyle- promotion project in western Sweden." *BMC Public Health* [http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/448\(11:448\)](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/448(11:448)).
361. Ryff C, Singer B, Love GD. Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B. Biological Sciences*; 2004;359(1449):1383-94.
362. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
363. Hultberg A, Dellve L, Ahlborg G, Jr. Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter. ISM-rapport 3. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2006.

364. Boman J, Lindfors S, Nordqvist C, Nordström L, Alexanderson K. Konstruktiva strategier för att hantera stress bland disputerade specialistläkare vid ett universitetssjukhus. Stockholm: Karolinska institutet, Sektionen för personskadeprevention och Linköpings universitet, Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap; 2005.
365. Sandlund E, Olin-Scheller C, Nahnfeldt C, Jacobsen L, Nyroos L. Stress på jobbet bagatelliseras i medarbetarsamtal Karlstad. Hämtat från: www.kau.se; 2010 [updated 2010-05-28].
366. Sunt arbetsliv. Stress och balans. Hämtat från; <https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/se-stressen-tid-testa-dig-sjalv/>;2017
367. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). The Cochrane Collaboration; 2009.
368. Sahlin E, Ahlborg G, Jr, Matuszczyk J V, Grahn P. Nature-Based Stress Management Course for Individuals at Risk of Adverse Health Effects from Work-Related Stress—Effects on Stress Related Symptoms, Workability and Sick Leave. International Journal of Environmental Research and Public Health; 2014.
369. Sahlin E, Ahlborg G, Jr. Utvärdering av projektet Gröna Rehab, ISM-häfte nr 3. Göteborg: Institutet för stressmedicin; 2010.
370. Åsberg M, Sköld C, Wahlberg K, Nygren Å. Mindfulness-mediation - nygamal metod för att lindra stress. Läkartidningen; 2006;3174-7.
371. Jensen I. Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Karolinska institutet; 2014.
372. Lindegård A, Litzén K. Stresskolan - Patientutbildning/behandling vid lättare stressrelaterad ohälsa. Institutet för stressmedicin; 2016.
373. Gerber M, Lindwall M, Börjesson M, Hadžibajramović E, Jonsdottir IH. Low leisure-time physical activity, but not shift-work, contributes to the development of sleep complaints in Swedish health care workers. Mental Health and Physical activity; 2017;13(October):22-9.
374. Linton SJ. Tidiga interventioner för arbetsrelaterade sömnbesvär. Örebro: Universitetssjukhuset, Yrkes- och miljömedicinska kliniken; 2003.
375. Kalling L, Hellénus M-L. Mindre stillasittande och mer fysisk aktivitet bra för hälsan, klinisk översikt. Läkartidningen; 2010;p 2090-5.
376. Jonsdottir IH, Lindegård Andersson, Stress och fysisk aktivitet i FYSS 2017. Läkartidningens förlag; 2016.
377. Commission E. Sport and Physical Activity report 2014; 2014.
378. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Stockholm; 2014.
379. Kwak L, Grimani A, Aboagye E, Hagströmer M. Hälsofrämjande insatser riktade till arbetsplatsens fysiska miljö och organisationsstruktur: effekt på arbetsrelaterade utfall. En kartläggning av forskningen. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning för arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet; 2017.

380. Lindegård Andersson A. Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd - Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet. Institutet för stressmedicin, ISM-rapport 6; 2009.
381. Trolldal B, Leifman H. Hur mycket dricker svensken? CAN-rapport 152. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN; 2015.
382. Söderpalm B, Söderpalm A, Engel J. Stressas vi till missbruk? Individen, Samhället, Organisationen och Molekylerna. Stockholm: Liber; 2005. p. 181-93.
383. Andréasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2005.
384. Hermansson U och Företagshälsans riktlinjegrupp. Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet; 2016.
385. Hermansson U. Riskbruk av alkohol i arbetslivet. En kunskapsöversikt om motiv och åtgärder. Forskning & Fakta. Stockholm: CAN i samarbete med SAD; 2004.
386. Hermansson U, Beck O, Westregård A. En utvärdering av försvarsmaktens drogpreventiva program. Stockholm: Karolinska institutet i samarbete med Lunds Universitet och Beroendecentrum, Stockholm FoU; 2005.
387. Karolinska Institutet. AHA-projektet. Slutrapport: Del 1. Arbete och hälsa inom process och verkstadsindustrin. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för skadeprevention och Institutet för klinisk neurovetenskap; 2004.