

Stabil hälsa i en föränderlig Sjukvårdsorganisation

Anna Hertting, Inga-Lill Petterson och Kerstin Nilsson

Ur

Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar

Staffan Marklund, Mats Bjurvald, Christer Hogstedt, Edward Palmer och Töres Theorell (red), Stockholm, 2005.

I en tidigare studie har vi beskrivit hur personalens hälsa och arbetsmiljö påverkades av personalneddragningarna vid Örebro universitetssjukhus under 1990-talet (Hertting m fl 2004a). I det här kapitlet kommer vi att presentera en uppföljande intervjustudie. Studiens syfte var att belysa vad som utmärker de arbetsplatser som lyckades bibehålla personalens hälsa under 1990-talets nedskärningar på nämnda sjukhus.

Hälso- och sjukvården som arbetsgivare

När Sveriges riksdag 2003 antog nya mål för bättre folkhälsa var två av dessa "Ökad hälsa i arbetslivet" och "En hälsofrämjande hälso- och sjukvård". Utöver sin självskrivna roll att stödja positiv hälsoutveckling hos patienter, ska hälso- och sjukvården även understödja det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet. Därtill ska man i egenskap av arbetsgivare medverka till att skapa hälsofrämjande arbetsplatser för den egna personalen (Weinehall & Kristenson 2004). Det senare garanterar trovärdigheten i att vara professionell inom en verksamhet som har hälsa som uppdrag. En utgångspunkt för den hälsofrämjande tanken är att personalens eget välbefinnande torde vara en förutsättning för att i långa loppet kunna ge kvalitativt god vård till patienter. Därutöver förmodar vi att personalens egna hälsoerfarenheter avspeglar sig i vårdprofessionernas syn på värdet av att bedriva såväl sjukdomsförebyggande som hälsofrämjande arbete. Något motsägelsefullt tillhör hälso- och sjukvården de branscher där personalen uppgett tydligast försämringar i arbetsmiljö och hälsa under 1990-talet. Även sjukfrånvaron har ökat betydligt bland anställda i hälsooch sjukvård. Det antas bero på att strukturella förändringar inom svensk vård och omsorg varit mer omfattande än någonsin tidigare (Gustafsson & Petterson 1999; Hertting 2003; Petterson 1999, 2000; Wiktorin 2004). I jakten på kostnadseffektivitet har man med högt förändringstempo infört nya marknadsanpassade styrformer, och därtill genomfört både upprepade omorganisationer och personalnedskärningar, samt slagit samman arbetsenheter (Gustafsson 2004). Som konsekvens av detta har många anställda bytt inte bara arbetskamrater, chefer, arbetssätt och arbetsuppgifter utan även arbetsplatser. Många har dessutom bytt arbetsgivare. I en analys poängterar Landstingsförbundet (2004) att hälso- och sjukvården med tiden förbättrat resursutnyttjandet, men att den snabba omvandlingstakten av personalstrukturen försämrat arbetsmiljön och påverkat personalens engagemang och förtroende i negativ riktning. Marknadsekonomiska modeller har lett till ett mer prestations- och kundorienterat arbetsliv med nya system för att kontrollera kvalitetsfrågor, samtidigt som arbetsmiljöfrågorna hamnat på efterkälken (Gustafsson 2004).

Genom att flera olika förändringar skett samtidigt och i hög takt har det varit svårt att fastställa entydiga samband mellan en viss omställning och dess påverkan på den psykosociala arbetsmiljön och personalens hälsa.

Bristen på jämförbara mätningar av hälsa och arbetsmiljö innan förändringar genomförts gör att det i stort sett saknas systematiska och kontrollerade studier över tid med direkt koppling till olika slags förändringar (Pettersson 1999). Trots att en femtedel av vårdens personal redan vid 1990-talets början bedömdes ha en jämförelsevis ohälsosam situation hade skillnaderna gentemot anställda i andra sektorer ett tiotal år senare ökat (Gustafsson 2004). Före millennieskiftet hade få försök till hälsokonsekvensbedömningar gjorts i samband med strukturförändringar. Behovet av konsekvensanalyser för att undvika mindre väl genomtänkta eller omotiverade omorganisationer inom landstingens och kommunens verksamheter poängteras numera allt tydligare (Vingård 2004). Som ett resultat av 1990-talets nedskärningar i hälso- och sjukvården har andelen anställda med högskoleutbildning ökat. Statistiken visar att sjuksköterskegruppen ökat med cirka åtta procent och läkarna med tolv (1997–2002). Undersköterskorna har å sin sida under senare år ökat med några få procent efter att tidigare ha minskat med en tredjedel (Landstingsförbundet 2002, 2004; scb 2005). Man har helt enkelt valt att skära nerifrån. För sjuksköterskornas och läkarnas vidkommande innebär 1990-talets nedskärningar att de förlorat stödpersonal. Betydelsen av att förbättra hälsan i det offentliga arbetslivet och förverkliga den hälsofrämjande sjukvårdstanken – utifrån vårdens roll som både arbetsgivare och vårdgivare – förstärks av det faktum att var fjärde sysselsatt svensk arbetar inom välfärdstjänsterna (Gustafsson 2004).

Orsaker till sjukfrånvaro inom hälso- och sjukvård

Den ökande sjukfrånvaron i landet har varit särskilt påtaglig för kvinnor anställda inom vård, omsorg och skola (Bäckman 2001; rfv 2004; Wiktorin 2004). Kostnaden för sjukskrivningar har nästan fördubblats bara under de senaste fyra åren. Det är vård- och omsorgspersonal utan högskoleutbildning som står för den största andelen av dessa kostnader (rfv 2003b). Det är som framgått tidigare framför allt andelen icke högskoleutbildade inom hälso- och sjukvården som minskat påtagligt under 1990-talet. Med tanke på att så stor del av den personal som av tradition har högre grad av långtidssjukskrivning försvann ur vården i mitten av 1990-talet, kan detta betyda att det är nya grupper som står för den ökade sjukskrivningen.

Psykisk ohälsa och besvär i rörelseorganen utgör de vanligaste orsakerna och står tillsammans för två tredjedelar av de långa sjukskrivningarna. Bland kvinnor är det främst den psykiska ohälsan som varit orsak till ökad långtidsfrånvaro. Under 2003 dämpades den ökande sjukskrivningstrenden i landet medan sjukersättning (tidigare förtidspension) i stället ökade påtagligt. Ohälsotalet har därmed inte förändrats nämnvärt av denna nedgång (rfv 2004; scb 2004). Enligt aktuella prognoser kommer sjukskrivningarna att fortsätta öka (se kapitel 1).

I olika utredningar framgår att den ökande ohälsan till viss del bedöms vara en följd av försämrad arbetsmiljö (Bäckman 2001; rfv 2003b). Särskilt psykosociala arbetsmiljöproblem kan allt tydligare kopplas till långtidssjukskrivning (rfv 2003a). I självrapporterade studier har oftast arbetet angetts som främsta orsak till försämrad hälsa. Bland långtidssjukskrivna uppgav 60 procent att sjukskrivningen helt eller delvis beror på arbetet (rfv 2003a). I en stor fall- och kontrollstudie har man kunnat visa att långtidssjukskrivna kvinnor upplever arbetslivet betydligt mer negativt jämfört med kvinnor i samma yrken som inte är sjukskrivna (Renstig & Sandmark 2005).

I en finsk långtidsstudie av offentligt anställda fann man att personalnedskärningar på grund av sparbetning i 1990-talets konjunkturedgång åtföljdes av både ökad långtidssjukskrivning, försämrade hälsobeteenden och ökad dödlighet i hjärt-kärlsjuklighet (Kivimäki m fl 2003; Virtanen m fl 2004).

Dessutom var graden av sjukskrivningar och försämrade beteenden relaterade till graden av organisationsförändringar och till andelen anställda över 50 år. I en motsvarande svensk långtidsstudie av omorganisationers påverkan på anställdas hälsa fann man att kraftig expansion (oftast i form av centralisering av funktioner i offentlig sektor) och medelstora personalnedskärningar under första hälften av 1990-talet ledde till överrisk för långtidssjukskrivning och sjukhusinläggning några år senare. Måttlig expansion hade däremot samband med förbättrad hälsa hos personalen (Westerlund m fl 2004).

I Sverige fann man att kommunanställdas oro i samband med omorganisationer var den mest utslagsgivande faktorn för variationer i långtidssjukskrivning bland 40 studerade kommuner (Szücs m fl 2003). Om det var fråga om en allmän förändringsoro eller oro som hörde samman med konsekvenserna av genomförda omorganisationer kunde studien inte ge svar på. I en politiskt styrd organisation skulle man kunna tolka en allmänt ökad oro som ett uttryck för inbyggda målkonflikter mellan olika intressenter (Skagert m fl 2004). Minskande resurstilldelning har till exempel medfört prioriteringskonflikter för personalen ute i verksamheten. Med tanke på den mängd parallella förändringar som skett på kort tid kan såväl ökande oro som ohälsotal bland anställda i offentlig verksamhet kopplas till långvarig hög energimobilisering inför alla anpassningskrävande omställningar till nya förutsättningar.

Förebyggande arbetsmiljöarbete inom hälso- och sjukvården

Arbetsmiljöverket är den statliga myndighet som ska kontrollera att arbetsgivare lever upp till kraven i arbetsmiljölagen. Under 1990-talets strukturförändringar hade Arbetsmiljöverket ännu inte utvecklat någon praxis när det gällde att avkräva arbetsgivaren hälsokonsekvensanalyser. I verkets nya föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete från november 2001 lyfter man emellertid på ett tydligare sätt fram kravet på riskbedömningar för ohälsa och olycksfall inför planerade förändringar på en arbetsplats (afs 2001:1). Med tanke på att det framför allt är ohälsa orsakad av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetslivet som ökat under det senaste årtiondet, har man bestämt sig för att prioritera riktade insatser mot sex branscher som särskilt har sådana arbetsmiljöproblem. Bland dessa branscher finns hälso- och sjukvården.

Inom verket anser man att en konkret prövning av ett ärende, som rörde personalnedskärningar vid äldreboendet Ugglan i Härnösand, blivit något av en murbräcka som verkets inspektörer under senare år kunnat använda som stöd i sina förebyggande psykosociala inspektioner. Inom verket ger man uttryck för att man inte var på plats under 1990-talets strukturuomvandling i svenskt arbetsliv, men att det nu är hög tid att ta igen detta (uppgiften lämnad vid personlig kommunikation). Man menar också att man utifrån arbetslivets genomgripande förändringar skulle behöva reflektera mer kring sina strategier för inspektioner. I sådana diskussioner har det blivit tydligt att inspektörerna borde komplettera detaljgranskningen av enskilda sakområden med helhetsanalyser av arbetsplatsernas organisation i förhållande till det rådande arbetsklimatet, inom vilket enskilda arbetsmiljöfrågor ryms. Från att framförallt ha kommunicerat med mellanchefer tycks det idag finnas ett större behov av att inspektörerna når den högsta ledningen på arbetsplatserna och då mer i rollen som samtalspartner och inspiratör till förbättringsarbeten.

Hälsofrämjandets kännetecken

Hälsa som begrepp används dels i betydelsen frisk i motsats till sjuk, dels utifrån ett holistiskt synsätt med utgångspunkt i individens egen upplevelse av välbefinnande. Begreppet hälsofrämjande bygger på en vid definition av hälsa som knyter an till båda synsätten. Att främja arbetshälsan innebär därmed en process där arbetsplatsen understödjer de resurser människor behöver för att hålla sig friska och öka sitt välbefinnande. Oavsett hälsoperspektiv har ohälsan ingen entydig koppling till sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron fångar inte all arbetsrelaterad ohälsa men gör en del av ohälsan i arbetslivet synlig. I vårdarbete har det visat sig att personalens ansvar för såväl patienter som hårt belastade kollegor och arbetskamrater gjort att många upplever stora krav att vara närvarande på arbetet även om man inte mår bra (Johansson & Lundberg 2004). Gränsen mellan sjuknärvaro och sjukfrånvaro kan således vara flytande.

Kriterier på en hälsofrämjande arbetsplats bör därför baseras på olika indikatorer på hälsa och omfatta mått på både sjukskrivningsmönster och individens egen bedömning av sitt välbefinnande. Positiv självskattad hälsa har visat sig kunna förutsäga lägre risk för kommande sjukdom och död (Bue Bjorner m fl 1996). Att vara nöjd med sin arbetsplats och sitt yrke har i sin tur visat sig vara viktiga prediktorer för god hälsa (Aronsson & Lindh 2004). Dessa två meningar kan tillsammans ses som utgångspunkt för ett hälsofrämjande arbetsplatstänkande.

Vad hände vid Örebro universitetssjukhus?

Det har funnits flera skäl till att följa utvecklingen på universitetssjukhuset i Örebro. Vid sjukhuset genomfördes betydande nedskärningar och omstruktureringar mellan 1995 och 1997 då personalstyrkan minskades med

22 procent, motsvarande drygt 1 000 personer. Dessutom omplacerades 500 personer till andra kliniker. Personalnedskärningen i Örebro läns landsting var bland de mest omfattande i Sverige (Landstingsförbundet 2002).

Undersköterskegruppen reducerades med över 40 procent. Samtidigt som besparingskraven vilade tungt över sjukhusets verksamheter skedde även andra betydande ombildningar, såsom introduktion av nya styrformer, samgående av kliniker och avknoppning av serviceenheter. Sjukhuset bytte under perioden också status från region- till universitetssjukhus.

Sjukhuset är väl undersökt i olika studier. Redan 1994 började man genomföra systematiska kartläggningar av personalens upplevda arbetsmiljö och hälsa med kontinuerliga åiterrapporteringar till olika kliniker (1994, 1995, 1997, 1999 och 2001). Den första kartläggningen genomfördes redan före det första varslat om förestående personalnedskärningar och utgjorde därmed en basmätning. Den systematiska arbetsmiljökartläggning som skett vid sjukhuset i Örebro är unik genom att man var ett av de första i landet som följde arbetsmiljön och hälsoutvecklingen såpass noggrant över tid, men också med tanke på att det tidigare inte fanns några "före"-mätningar. Jämförelse mellan kartläggningen före (1994), och efter det generella varslat om nedskärningar (1995) visade en generell försämring av såväl arbetsmiljön som hälsan uttryckt i självrapporterade psykosomatiska symtom och utmattning (Pettersson & Arnetz 1998). Det blev tydligt att personalens oro ökade påtagligt i denna tidiga varselfas (1995). På sjukhuset som helhet uppgav 85 procent av personalen att de kände oro inför förestående förändringar, och 76 procent ansåg att tryggheten i arbetet hade minskat.

Sammantaget innebar det att de som ansåg sig vara utsatta för stor arbetslöshetsrisk (job-insecurity) hade ökat från 29 till 40 procent. Denna ökande oro överensstämmer med motsvarande undersökningar som rör stora arbetsplatsförändringar (Brenner m fl 1988; Szücs m fl 2003).

Flera kliniker genomförde åtgärder för att förbättra sin arbetsmiljö, baserade på återrapportering av enkätresultaten. Det som visade sig vara avgörande för ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete var en kombination av ledningsengagemang och personalens upplevelse av att vara delaktiga i processen. Parentetiskt kan nämnas att de "hälsostabila kliniker", som presenteras i detta kapitel, redan 1995 utmärkte sig för att de arbetade aktivt med att förbättra klinikkens arbetsmiljö.

På sjukhuset kunde vi använda de befintliga enkäterna tillsammans med registerdata av sjukfrånvaro till att för perioden 1994–2001 på klinikknivå studera trender för personalens arbetsmiljö och hälsa. Tjugo av sjukhusets tjugofyra kliniker uppvisade försämrade hälsotrender, mätt som självskattad psykisk ohälsa och/eller långtidssjukskrivningar (Pettersson m fl 2005). I resultaten framkom även att personalens upplevelse av att få arbeta allt hårdare och med motstridiga krav hade tydligast samband med deras skattning av försämrad psykisk hälsa. Minskande tid till att planera arbetet var den enskilda faktor som hade mest betydelse för sjukhusets successivt ökande långtidssjukskrivningar. Resultaten visade sammantagna ett klassiskt stressmönster med ökad oro i samband med nedskärningarna, därefter ökad arbetsbelastning och sänkt energi, följt av den kraftiga ökningen av sjukskrivningarna. I sjukhusets egna kartläggningar har det för sjukhuset i stort framkommit att man för den aktuella tidsperioden 1994–2001 fick bättre värden på personalens skattningar av framförallt ledarskap, men också för effektivitet och målkvalitet (Arnetz 2002). Att man trots dessa förbättringar i organisationen haft svårt att få bukt med ohälsotalen kan ses som ett uttryck för att betydande omstruktureringar på arbetsplatser och i samhället har avgörande betydelse för människors svårigheter att hinna eller orka ställa om sig.

Vi fann inga samband mellan långtids- och korttidssjukfrånvaro. Så gott som alla kliniker hade oförändrad korttidssjukfrånvaro under tidsperioden. Ökande arbetsbelastning förefaller därmed inte ligga bakom korttidssjukfrånvaro. I stället visade sig brist på socialt stöd ha samband med ökad korttidssjukfrånvaro. Det kan ha flera förklaringar. Upplevelsen av minskande stöd från både arbetskamrater och chefer kan hänga samman med att arbetsgrupper splittrats i samband med förekommande omstruktureringar, och att personalen i samband med sammanslagningar av enheter och omplaceringar inte fått tillräcklig tid för att skapa nya team och arbetsformer.

De hälsofrämjande arbetsplatserna

En ytterligare avsikt med den ovan presenterade trendstudien var att vi sökte efter arbetsplatser som mitt i all förändring kunde uppvisa positiv hälsoutveckling för de studerade åren 1994–2001. Av de 24 undersökta klinikerna på sjukhuset fann vi inte någon som gått igenom 1990-talets stälbad med förbättrad personalhälsa. Däremot uppvisade fyra kliniker ett oföränderligt (stabilt) hälsoläge för både självskattad psykisk hälsa och registrerad sjukfrånvaro. För att förstå hur personalen lyckats bibehålla sin hälsa intervjuade vi 17 personer både chefer, företrädare för olika professionella grupper och fackliga representanter – på två av de fyra klinikerna – om vad de ansåg vara nyckeln till detta (Nilsson m fl 2005). De två kliniker som valdes utmärktes av att de hade en allsidig verksamhet med vårdavdelning och mottagning samt utrednings- och behandlingsenhet.

De öppna samtalsliknande intervjuerna berörde teman som anknöt till deras erfarenheter av att organisera arbetet, hantera förändringar, nyttja medarbetarnas resurser och få till stånd hälsofrämjande aktiviteter. Den valda metodiken med tematiska intervjuer, utgår från en kvalitativ ansats med syfte att fördjupa förståelsen av det studerade fenomenet (Silverman 2001). I vårt fall handlade fenomenet om vad som kan ha bidragit till ett förhållandevis positivt hälsoläge på en viss arbetsplats.

Intervjuerna spelades in på band, skrevs ut ordagrant och analyserades induktivt, det vill säga med utgångspunkt i intervjutexten. Analysen genomfördes i två steg. I det första steget läste och kodade en av forskarna i teamet intervjuernas innehåll i teman utifrån vad som hörde samman. Därefter validerades denna analys av ytterligare en forskare genom att pröva de olika temana i relation till både intervjuutskriften och studiens frågeställningar. Sedan granskade vi respektive analys för att bedöma överensstämmelsen dem emellan. Vi vill emellertid påpeka att det alltid finns en risk att blanda in flera personer i en sådan analysprocess. Det beror på att strävan efter samstämmighet kan medföra att variationen i temats innehåll slätas ut (nivelleras). Ännu en aspekt på trovärdighet är att forskaren bör medvetandegöra sin förförståelse av det studerade sammanhanget. Att vara väl insatt i det aktuella forskningsområdet kan vara en fördel genom att förtrogenheten underlättar upptäckten av nyanser i intervjupersonernas yttranden. Samtidigt kan det alltför välbekanta göra forskaren hemmablind, man tar saker för givna och upptäcker inte nya infallsvinklar på det studerade fenomenet. Genom att forskarteamet tillsammans reflekterat kring denna problematik anser vi att riskerna för dessa metodologiska fallgropar minskat. För att ytterligare validera resultaten återkopplades de till de båda klinikerna, vilket visade god överensstämmelse.

I den aktuella intervjustudien har vi således koncentrerat oss på att utforska gynnsamma förhållanden i personalens arbetsmiljö. Den positiva utgångspunkten har bidragit till att bilden av klinikerna kan tyckas väl idealiserad.

Vi anser emellertid att vår hälsoinriktade studie utgör ett fruktbart komplement till den av tradition riskfaktoriinriktade arbetsmiljöforskningen. Vårt forskningsprojekt på Örebro sjukhuset kan också sägas vara unikt genom att vi följt upp den kvantitativa trendstudien med kvalitativa intervjuer för att så att säga bakvägen komma åt vad som utmärker en hälsosam arbetsplats. Som en följd av studiens explorativa karaktär kan våra framtagna teman i sin tur användas som underlag till såväl fortsatta interventionsstudier som kartläggningar för att undersöka hälsans bestämningsfaktorer på större material.

Det finns ett stort behov av forskningsbaserade kunskaper om vad som främjar hälsa i arbetet. I Statens folkhälsoinstituts sammanställning av översiktsartiklar om hälsofrämjande arbete på arbetsplatser sägs att de flesta interventioner som redovisas är att betrakta som friskvård på individnivå (Källestål m fl 2004). I ljuset av det vill vi än mer betona vikten av att lyfta fram kunskaper som rör framgångsrikt arbete med den grundläggande arbetsorganisationen.

I de följande avsnitten ges en utförlig presentation av resultaten från innehållsanalysen. Tanken är att läsaren ska få inspiration till att utveckla hälso- och sjukvården och andra motsvarande verksamheter i hälsofrämjande riktning.

Sammanhållning, samverkan och lärande gynnas av närkontakter

Den lilla arbetsplatsens fördel

I den aktuella samhällsdiskursen anses sammanslagningar och storskalighet ofta som något positivt medan små enheter vanligen betraktas som sårbara och ineffektiva. I syfte att skapa kostnadseffektivitet är det därför idag vanligt med samgående av verksamheter. I denna diskussion glöms lätt små enheters fördelar bort. Vid de studerade klinikerna utgörs personalstyrkan inte av mer än 50–60 personer per arbetsenhet (klinikinivå). Informanterna är medvetna om att klinikerna är sårbara genom att de har få medarbetare, men menar att värdet av detta är större än riskerna.

Närheten mellan nivåer och funktioner uppges bidra till god kommunikation:

”vi har ju väldigt bra kommunikation med alla led uppifrån och nedåt och åt sidorna”. Man har överblick, lär känna varandra och blir sedd både av ledning och av varandra. Personalen gav uttryck för att de byggt upp en lojalitet gentemot sina arbetskamrater, chefer och patienter. Den mindre arbetsplatsens möjlighet till kontinuerlig personlig interaktion tycks helt enkelt kunna öka gemenskapen på arbetsplatsen.

Det finns forskning som visar att organisationens storlek har betydelse för människors arbetstillfredsställelse och möjlighet att känna sig stolt över arbetet (Hodson 2001). En nyligen publicerad studie om orsaker till kvinnors långtidssjukskrivning pekar på att det är större risk att omärkt trilla ur systemet på stora och hierarkiskt organiserade arbetsplatser (Renstig & Sandmark 2005). I en annan studie bland kommunanställda har man inte kunnat belägga att arbetsplatsens storlek har betydelse för förekomsten av långtidssjukskrivningar (Szücs m fl 2003). I samband med sammanslagningar av mindre arbetsenheter skulle vi trots dessa lite olika bilder vilja poängtera betydelsen av att man dels urskiljer nya lagom stora enheter som kan bidra till ett positivt arbetsklimat, dels försäkras om att skapa optimal kommunikation mellan nivåer och funktioner. I detta ligger även behovet att ledningen tillsammans med sin nya ”fusionerade” personalgrupp genomför förebyggande hälsokonsekvensanalyser med tillhörande handlingsplaner.

Samarbete kan bryta hierarkier och öka gemenskapen

Det som utmärker de studerade klinikerna är att samarbetet är väl utvecklat mellan *alla* yrkesgrupper. Vad som kan ha medverkat till sammanhållningen på särskilt den ena kliniken är att den kategori av patienter som utreds, behandlas och vårdas helt enkelt kräver samverkan mellan flera olika yrkesgrupper.

Man har därmed lyckats utveckla en kollegialitet som innebär att den sammantagna kompetensen överstiger vad respektive professionell grupp bidrar med. Genom att olika kunskaper och synsätt integreras tycks teamet kunna bidra till medarbetarnas gemensamma utveckling. Allas kunskaper uppfattas som värdefulla bidrag till att lösa problem kring patienten:

vårt jobb till vardags på avdelningen är väldigt mycket präglad av samarbete mellan olika grupper, [...] vi är väldigt beroende av varandra, då allt egentligen kretsar kring patienten.

Det medför att traditionella hierarkiska mönster kunnat brytas samtidigt som respektive yrkesgrupps auktoritet kunnat bibehållas. Den traditionellt hierarkiska vårdorganisationen är ursprungligen baserad på den medicinska professionens status och andra yrkesgruppers under- eller sidoordning som paramedicinsk personal. Denna ”traditionernas ok” med strikt uppdelade arbetsmoment förhindrar samspelet mellan olika personalgrupper (Gustafsson 2004). I ett flertal nyare studier har man kunnat påvisa att för både chefer och medarbetare kan samverkande arbetssätt i vårdens vardag fungera som hälsofrämjande faktorer (Lindberg m fl 2004; Skagert m fl 2004; Vingård 2004). Tillgång till gemensamma gruppnormer och ömsesidigt förtroende har även visat sig kunna medföra både god arbetstillfredsställelse och god kvalitet i arbetets utförande (Langbein & Jorstad 2004; Requena 2003).

En annan bidragande faktor till känslan av sammanhållning kan vara att personer som inte flyter in i gemenskapen på en mindre klinik lämnar den, vilket också framgår av intervjuerna. Men man får inte heller glömma att olika personalsociala och friskvårdande aktiviteter som genomfördes på klinikerna också tycks ha bidragit till deras goda sammanhållning.

Allas kompetenser tillvaratas och respekteras

I teamen kring patienterna i denna studie integreras således kunskaper från flera professionella yrkesgrupper. Det innebär till exempel att undersköterskans kunskap behövs för att läkaren ska kunna fatta beslut om hur patienternas fortsatta behandling ska utformas. På planeringsronder sammanstrålar olika yrkesgrupper med sina respektive erfarenheter och kunskaper. Personalen ger uttryck för att deras kunskaper bedöms som värdefulla av andra och att de känner sig både sedda och respekterade, genom att de får återkoppling på utfört arbete och uppskattning för gjorda insatser. Sådan bekräftelse tycks kunna öka individens självkänsla och stolthet och därtill tjäna som en energigivande aktivitet (Hertting m fl 2003, 2004b, c). När organisationen, som i det här fallet, är inne i en osäker period med ökande och motstridiga arbetskrav och minskande planeringstid, torde medarbetarnas behov av erkännande bli än mer påtagligt. Stressforskaren Siegrist (1996) har påvisat att balansen mellan satsad ansträngning och vad som uppfattas som rimlig belöning har stor betydelse för människors hälsa. I förlängningen borde feed-back från både ledningen och betydelsefulla medarbetare därigenom kunna fungera som hälsofrämjande faktorer. Skriftlig rapportering för omvårdnadspersonalen har prövats men upphört, eftersom kunskapsöverföringen och den sociala gemenskapen då ansågs gå förlorad. I vården råder det olika meningar om vilka former av rapportering som är bäst för patienten. På en av de aktuella klinikerna har man i vilket fall bestämt sig för att se det sociala värdet av kunskapsförmedling. I interventioner med syfte att förbättra anställdas hälsa har deras medverkan kunnat påverkas positivt genom att man satsat på forum för information och kommunikation i form av tätare avdelningsmöten (Theorell 2003). Samtidigt som samarbete är ett signum för klinikerna är många arbetsuppgifter självständiga: "jag kan styra min arbetsdag och styra det jag gör".

Lärande i vardagen och gemensamt kunnande

De två klinikerna utmärks av att lärande har hög status. Det innebär att lärandet är inbyggt i det vardagliga arbetet och att det stöds av cheferna som är angelägna om att personalens kompetens både utvecklas och används. De nämnda rapportmötena är ett exempel, medan "veckans patient" är ett annat. Det finns en tradition av att läkare vid gemensamma pauser berättar om ett aktuellt patientfall för all personal. Ytterligare exempel på lärande är att cheferna uppmuntrar sina medarbetare att fördjupa kompetensen genom att delta i arbetsgrupper som tar fram ny kunskap inom ett för verksamheten viktigt område, som till exempel omvårdnad av patienter med hjärntumörer eller omvårdnad vid cytostatikabehandling. Oavsett vilken yrkesgrupp och klinik intervjupersonerna representerar återkommer utsagor om att personalen lär av varandra. Det tycks finnas ett tillåtande klimat som gör det möjligt att fråga vem som helst när som helst om vad som helst:

Vi får verkligen hjälp när vi är nya av dom som har varit på kliniken ett tag, och den kulturen vill man ju ha kvar [...] här får man hjälp utav varandra. Satsningen på "lärandet i vardagen" kan tolkas som en resurs som bidrar till att öka medarbetarnas känsla av att kunna hantera sitt arbete (Antonovsky 1987). Därmed ges individen möjlighet till kontroll över sina handlingar (Forsberg & Starrin 1997). Även i andra studier poängteras att en lärande organisation är en positiv determinant för att öka medarbetarnas arbetsmotivation och att göra arbetet såväl utmanande som begripligt och meningsfullt (Janssen m fl 1999).

De här aktuella klinikerna påminner om de resultat som framkom i våra tidigare intervjustudier på samma sjukhus (Hertting m fl 2003, 2004b, c).

Där gav de kvinnliga informanterna uttryck för en önskan om att få arbeta mot samma mål i lärande team. Detta högt värderade önskemål var ännu inte en realitet för dem. Sjuksköterskorna i den tidigare studien uttalade särskilt behovet av att i större utsträckning få dela kunskaper med läkarna, för att kunna öka bådats helhetsförståelse och därmed förbättra deras gemensamma bemötande av patienter. Vi tolkar det som att en medvetet formulerad vårdfilosofi skulle kunna fungera som hälsofrämjande resurs för både sjuksköterskor och undersköterskor. Det innebär att det även ur arbetsmiljösynpunkt borde finnas fördelar med att utvidga det dominerande medicinska kunskapsparadigmet med andra vetenskapsperspektiv. För att leva upp till ambitionen att ge kvalitativt god och högt specialiserad vård till patienter krävs således ett väl utvecklat samarbete i kombination med ett gemensamt professionellt kunnande. I de här beskrivna fallen har klinikerna lyckats få synergieffekter genom att bryta sjukvårdens mer traditionella organisationsmönster med en förutbestämd arbetsfördelning, där underordnad personal skiljts från planering, analys och beslutsfattande (Gustafsson 2004).

Friskvård, javisst men...

När frågan om friskvård ställdes blev svaret från flertalet intervjupersoner: att javisst, det finns nära tillgång till träningslokaler och man fick träna en timme i veckan på arbetstid, man ordnade gemensamma promenader och sprang ett motionslopp tillsammans och så vidare. Motion och "gympa" sågs som självklara inslag för att understödja medarbetarnas hälsa. Men friskvård, menade man, handlar också om gesten att "bry sig om" och att uppmärksamma medarbetarna genom personalfrämjande åtgärder som skapar trivsel och sammanhållning:

Sen tycker jag att vi är relativt bra på vid-sidan-om-arrangemang; Det är inte så sällan det är anslag uppe att vi träffas på puben eller vi spelar brännboll.

Informanterna påpekade även att sedvanlig friskvård som motion är svår att hålla vid liv. Många försök till gemensamma aktiviteter hade tagits men ebbat ut. Därtill sades att det är svårt att motivera den motionsovane – som egentligen har störst behov av fysisk aktivitet – att delta. Istället uppfattades det som att man genom allmänt erbjudna friskvårdstimmar och avdrag på motionskort nådde de personer som redan hade en hälsofrämjande livsstil. Man menade att det då mer blev fråga om bonus än motionsstöd. På de aktuella klinikerna efterlystes således mer målinriktade motionsinsatser: "jag vet inte om vi på kliniken åstadkommer vad vi har syftat till, det måste nog bli mera riktade åtgärder". Denna hållning understöds av forskning som visat att om satsningar på fysisk aktivitet ska ha effekt krävs att de är både målinriktade och långsiktiga (Shephard 1996). Därtill sågs det vara viktigt att skapa en friskvårdspolicy som är förankrad i alla led på en arbetsplats och som ingår i ett hälsostrategiskt tänkande med tydlig angivelse av såväl ansvariga som budget, organisation, årlig handlingsplan och uppföljning/ utvärdering (uppgiften lämnad vid personlig kommunikation, Statens folkhälsoinstitut, Peter Lamming).

I Statens folkhälsoinstituts sammanställning av hälsofrämjande arbetsplatser finns stöd för att insatser för ökad fysisk aktivitet givit positiva effekter på arbetstagarnas livskvalitet och hälsa (Källestål m fl 2004). En annan slutsats som dras är att fysisk aktivitet visat sig vara effektiv för att förebygga ryggsjukdom. Erfarenheten säger att man behöver kombinera generella insatser med mer individcentrerad vägledning för att också nå den motionsovane. Hörnstenarna för motiverande samtal är att man med öppna frågor utforskar hur individen känner och tänker inför en möjlig förändring för att sedan genom reflekterat lyssnande återkoppla var hon befinner sig i sin förändringsprocess (Miller & Rollnick 2002). Inom beteendemedicinen betonas

dessutom betydelsen av att man tillsammans med individen utformar hemuppgifter med gradvis stegrande träning och förberedelse för misslyckande.

Att ändra livsstilsmonster är med andra ord ett utmanande och krävande projekt som kan underlättas av den stödjande miljö som arbetsplatsen kan utgöra (Faskunger 2005).

På sjukhuset har personalen utifrån principen om närhet och lättillgänglighet tillgång till ett hälsocenter. Enligt den friskvårdsansvarige har man vid sidan om ett allsidigt utbud av "öppet hus" aktiviteter alltmer börjat arbeta för att förankra friskvårdstanken hos sjukhusets chefer. Enligt informanten finns det idag större medvetenhet hos personalen om betydelsen att "lyssna på tidiga signaler" för att öka sina möjligheter att arbeta fram till pensionen med bibehållen hälsa.

Det finns amerikanska studier som visat att investeringar i ökad fysisk aktivitet bland personal kan vara lönsamt ur ett företagsekonomiskt perspektiv genom dess positiva påverkan på sjukskrivningsmönster och vårdkonsumtion (Pelletier 2001). Motsvarande svenska studier saknas! Däremot finns erfarenheter från en rad riktade friskvårdsprogram som pekar åt samma håll (Johnsson 2003; Menckel & Österblom 2000). Det finns ännu ingen vetenskaplig forskning som visat huruvida ökad fysisk aktivitet på företag kan ha positiva effekter ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Ett utvecklande och hälsofrämjande ledarskap

Delat ansvar för reflektion, prioritering och återhämtning

Intervjupersonerna betonar betydelsen av att chefer även i besparingstider är inriktade på att utveckla verksamheten. I detta ryms behovet att både stärka specialiteten och skapa forum för reflekterande samtal om krävande möten med patienter och deras anhöriga. Ledarnas intentioner måste kunna förstås i den bemärkelsen att personalen behöver kunna lita till arbetsplatsens överlevnad och att man som person kommer att kunna klara morgondagens krav på arbetsprestationer.

På de två studerade klinikerna arbetar man med patienter som är svårt eller kroniskt sjuka. Det innebär att personalen lätt kan hamna i konfliktyllda och psykiskt påfrestande situationer. Därför har man utvecklat gemensamma rutiner för att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor lättare ska kunna fatta beslut om vilka insatser i den dagliga vården som ska prioriteras i de situationer sådana av något skäl är nödvändiga. Därmed lyfts ansvaret för prioritering bort från den enskilda vårdgivaren:

Vi arbetar med skriftliga prioriteringar, det får vara tillåtet att patienterna inte kommer upp vissa dagar, vi måste lägga ribban så att personalen orkar, men dom ska inte behöva ta det beslutet själva.

När chefen hjälper sin personal att prioritera på det sätt som beskrivits här visar hon eller han sin solidaritet genom att i förlängningen markera för den politiska ledningen att hon eller han inte är beredd att gå utöver tillgängliga resurser i en mer slimmad arbetsorganisation.

Frågan är emellertid om denna signal är tydlig nog för att nå den politiska ledningen i och med att vårdkvaliteten på sjukhuset under motsvarande år inte visat någon försämring för de patienter som väl är inne i systemet (Vårdkvalitetsundersökning 2003). Det kan tolkas som att prioriteringarna inte är av den graden att de går ut över patienterna. Även om ansvaret lyfts från den medarbetare som finns närmast patienten kan detta förhållningssätt ändå medföra att man som vårdgivare får göra avkall på vad som känns rätt ur vårdetisk synvinkel.

Ledningen visade också att det är legitimt för medarbetarna att inte vara effektiva i varje stund. Man anser att det på sikt lönar sig att tillåtas avsätta tid för reflektion, samtidigt som det är allas ansvar att säga ifrån när arbetet blir för tufft.

Följande citat illustrerar ömsesidigheten mellan chef och medarbetare:

Tjänstvillighet, att täcka varandra, att hjälpa varandra och den här personkännedom och personkemin som på nåt vis sitter i väggarna, jag tror att vi har haft mycket stor glädje av det när det varit påfrestningar.

Cheferna i denna studie har således utvecklat medvetna strategier för att inte överanstränga sin personal; "man får se till att det inte läggs för mycket på någon". Men man lyckas inte alltid. Det är lätt att överskrida gränsen för vad som är rimlig arbetsbelastning. En annan hälsorisk som informanterna framhåller är att medarbetarna av lojalitet tar på sig för mycket extraarbete genom att ställa upp och täcka vakanser. Värt att nämna i det här sammanhanget är att det i andra studier framkommit att människors möjligheter att påverka såväl arbetstiden som arbetstakten är viktiga bestämningsfaktorer för god arbetshälsa (Aronsson & Lindh 2004).

Höga arbetskrav kan således med hög kontroll bidra till engagemang och personlig utveckling, särskilt när man har tillgång till socialt stöd från överordnade och medarbetare (Karasek & Theorell 1990). Ett alltför högt engagemang och att ständigt gå på "högvarv" kan å andra sidan bli en honungsfälla. Det är inte ovanligt att människor som sjukskrivs för utmattningssyndrom ofta är just de som varit starkt engagerade i sitt arbete, tagit på sig många arbetsuppgifter och haft svårt att sätta gränser. Visserligen är det fortfarande de anspända jobben med kombinationen höga krav och låg kontroll som utgör störst risk för ohälsa och sjukskrivning, men särskilt för kvinnor har det också framkommit att det finns en förhöjd risk i de aktiva jobb som blivit allt vanligare i 1990-talets arbetsliv (rfv 2003a). I överensstämmelse därmed har det framförts att det är svårigheten att balansera kraven inom helheten arbets- och privatliv som upplevs som den mest betydande stressfaktorn bland kvinnor (Hallman 2003). I fysiologiska studier har denna svårighet kommit till uttryck i större spillover av stress från arbete till privatliv bland heltidsarbetande kvinnor (Lundberg & Frankenhaeusser 1999).

Det medvetna arbetet med chefsutveckling på sjukhuset anses ha bidragit till att utveckla ledarnas förmåga att balansera kravnivån i relation till både medarbetarnas och verksamhetens resurser (Chefsprogram usö 2003). De aktiviteter som detta program innehåller gör det möjligt för sjukhusets chefer att tillsammans reflektera över sin funktion och att få konsultativt stöd i sin ledarroll. Arbetsmiljöverket har under åren 2004–06 valt att koncentrera sina inspektioner på arbetsplatser inom Örebro läns landsting. Man har verkat strategiskt genom att först kommunicera med högsta ledningen, för att därefter understödja de olika arbetsgrupper som bildats för att göra systematiska hälsokonsekvensbedömningar av de omorganisationer som är på gång utifrån aktuella sparkrav.

Att vara inriktad på mål, problemlösning, bemyndigande och bekräftelse

Från arbetsmiljökartläggningarna på sjukhuset vet vi att våra hälsostabila kliniker gått igenom motsvarande stålbad som övriga kliniker på sjukhuset. De har brottats med kulturkrockar och konflikter mellan personal i samband med sammanslagningar av vårdavdelningar. Dessa arbetsplatser skiljer sig på så sätt inte från andra kliniker. Det som kännetecknar dem är i stället att ledarna visat sina medarbetare att de är inställda på att lösa uppkomna svårigheter. De gånger man inte har kunnat lösa problemen har man tagit hjälp av extern expertis.

Verksamheten på de båda klinikerna är högt specialiserad, vilket innebär att personalen arbetar för att ge patienterna vård av god kvalitet. Cheferna ger personalen ansvar för detta. Att på det sättet bemyndiga (empower) sin personal bidrar, enligt ledarskapsteoretikerna Bass och Avolio (1994), till

att utveckla ett klimat av gemensamma ansträngningar. På såväl klinik- som avdelningschefsnivå tycks ledarna i den här studien ha förmåga att få medarbetarna att töja på sina gränser. Att få tänja sin gräns i arbetet är i grunden stimulerande. Såsom vi påpekade i förra avsnittet är det emellertid lätt att överskrida gränsen för vad som är rimlig arbetsbelastning när medarbetarna, som i denna studie, är engagerade och gärna tar på sig extrauppgifter. Ledarstilen på klinikerna kan beskrivas som transformell, på så sätt att ledarna har fokus på verksamhetens utveckling samtidigt som de försöker tillfredsställa de anställdas olika behov och därigenom engagera dem (Bass 1985). Det transformella ledarskapets visionära dimension innebär inte att ledaren ensam behöver stå för det kreativa arbetet. Tvärtom! Det är en fördel om medarbetarna deltar i en sådan process. Det är ju ingen idé att måla en framtidsbild om inte betraktaren förstår bilden. Motiverande och stimulerande ledarskap betyder även att skapa förutsättningar som medför att medarbetarna uppfattar sitt arbete som meningsfullt och begripligt. Kommunikation är enligt Bass ett av chefens mest centrala verktyg för att motivera sina medarbetare.

Vid de här studerade klinikerna visade ledningen en medvetenhet om att den positiva effekten av att få och ta ansvar ska vägas mot risken att överbelasta medarbetarna. Detta stöd torde göra det möjligt för personalen att stärka kontrollen över arbetet, något som kan ha bidragit till att hälsotrenden varit stabil på klinikerna (Bond & Bunce 2001; Noblet 2003). I ledarskapsforskningen poängteras betydelsen av att medarbetare får ta ansvar för både sitt arbete och sin personliga utveckling. Sammanfattningsvis anses ansvarstagande vara gynnsamt för dels produktivitet och effektivitet (Bass 1998), dels arbetstillfredsställelse (Marks-Moran 1999; Spence Laschinger m fl 2001), men också för att fatta beslut som rör vårdarbetet och avdelningens organisation (Nilsson 2003), samt hantera stress (Stordeur m fl 2001).

Tillit, stöd och professionalism skapar hälsa

Utifrån organisationens grundläggande förutsättningar och rådande förhållningssätt har arbetsklimatet på de två studerade klinikerna kommit att

kännetecknas av tillit, en tillit som intervjupersonerna menar beror på att de har förtroende för varandras kompetens. Man litar på att varje individ utför sina uppgifter som de ska. Detta förtroende har utvecklats mellan dels ledare och medarbetare, dels mellan och inom olika yrkesgrupper: Man kontrollerar inte varandra att det och det är gjort utan alla har sina roller, alla har sitt, där man vet vem som gör vad.

Tillit med tillhörande trygghet tycks kunna underlätta möjligheten att ta hand om svårigheter och hantera individuella tillkortakommanden, men den är också grunden för att känna glädje i att arbeta tillsammans. Allt detta verkar höra ihop med att man trivs på jobbet. Vi-känslan gör att de anställda uppfattar sig vara rustade att hantera svängningar i vårdtyngd och personalbrist, situationer som kan göra den lilla kliniken sårbar.

Känslan av att vara specialister och tillhöra en unik grupp – liksom att få arbeta med unika patienter tycks även kunna bidra till utvecklingen av ett professionellt förhållningssätt. Professionalism kommer till uttryck i att personalen är stolt över den kompetens som finns på klinikerna, i betydelsen gemensamt kunnande. I den professionella attityden ligger att bemöta patienter korrekt liksom att ge adekvat behandling av sjukdomen. Det ges utrymme att stödja varandra när det gäller att hantera uppkomna svårigheter tillsammans med arbetskamrater i antingen kollegiala grupper eller i professionellt ledd handledning.

Sammantaget tycks kärnpunkten vara tillförsikt som kommer ur vetenskapen om den personalomsorg och handlingsberedskap som finns i organisationen.

Man uppfattar arbetet inom kliniken som hanterbart trots alla samtidigt strukturförändringar, vilket därmed skänker arbetsstolthet. Tillförsikten

till varandra bottnar i det uttalade stöd som finns på arbetsplatsen från ledning och medarbetare; ”vi ställer upp för varandra”. De goda egenskaperna på respektive klinik verkar ha fungerat som en buffert mot den annars så vanligt förekommande förändringsstressen. Tillgång till socialt stöd är en sedan länge välkänd determinant för välbefinnande som dock tål att upprepas (Janssen m fl 1999). Vid det studerade sjukhuset som helhet framkom nämligen att svagt socialt stöd och låg tillfredsställelse med arbetskamrater hade tydligt samband med korttidssjukskrivning (Pettersson m fl 2005). I våra intervjuer framkommer emellertid att det förutom stöd från chef till medarbetare finns ett stöd från medarbetare till chef likaväl som att det finns ömsesidigt stöd mellan arbetskamraterna. På de två klinikerna finns således socialt stöd både horisontellt och vertikalt. Ett tydligt stöd från chefer i kombination med resurser för att kunna utföra ett bra arbete har i annan forskning visat sig ha ett tydligt samband med god självupplevd hälsa och mindre sjuklighet (Aronsson & Lindh 2004; Mackenbach m fl 1994). Likaså tycks arbetslust höra samman med hälsa, samtidigt som arbetslust framför allt är beroende av stöd från arbetskamrater (Aronsson & Lindh 2004; Josephson & Vingård 2002; Vingård m fl 2000; Vingård 2004). Den funna tilliten i kombination med god sammanhållning och medvetenhet om betydelsen av personalfrämjande aktiviteter kan tillsammans ha bidragit till den stabila hälsan på de studerade klinikerna. Denna slutsats kan dras mot bakgrund av att man i den omfattande longitudinella undersökningen hakul inom vård och omsorg funnit att den viktigaste orsaken till långtidssjukskrivning var å ena sidan utfrysning av arbetskamrater eller chef, och å andra sidan upplevelsen av negativa och hotande förändringar på arbetsplatsen (Vingård 2004).

Sammanfattande diskussion

Den här presenterade intervjustudien sätter fokus på arbetsenheter (kliniker) som under en period av betydande turbulens lyckats bibehålla hälsan hos sin personal vad gäller långtidssjukskrivningar och självskattad hälsa. Intervjuer genomfördes med 17 chefer och företrädare för professionella grupper och fackliga representanter vid nämnda kliniker. Dessa nyckelpersoner intervjuades om vad de ansåg ha bidragit till klinikkens förhållandevis goda hälsoläge. Analys och tolkning har skett utifrån en kvalitativ ansats.

Det är inte sannolikt att de arbetsförhållanden som framkommit i denna studie på två arbetsplatser skulle ge samma resultat i en annan organisation, där grundförutsättningarna är annorlunda. Studiens resultat bör dock kunna vara överförbara till liknande verksamheter där välutbildad personal arbetar med människor (patienter – brukare – klienter – elever) och där olika professionella grupper samverkar mot gemensamma mål. Här är det fråga om verksamheter där det ska uppstå fungerande relationer mellan arbetsgivare, arbetstagare, vårdtagare och deras anhöriga, vilket ställer speciella krav på ledarskapet. Våra resultat kan därför anses vara relevanta för andra offentligt styrda verksamheter som lever med flera integrerade organisationer – den politiska, den administrativa och den professionella (Gustafsson 2004; Skagert m fl 2004). Det innebär att professionen styrs av välutbildade experter på verksamhetens innehåll medan tilldelningen av resurser ligger i den politiska organisationens händer.

Det faktum att våra resultat går att knyta till Antonovskys (1987) teori kasam borgar också för trovärdighet. Utmärkande för båda klinikerna är just känslan av sammanhang; begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begripligheten utvecklas genom att arbetet är tillräckligt förutsägbart.

Arbetet blir meningsfullt när det upplevs som socialt värdesatt och nyttigt och värt att investera engagemang i. Hanterbarhet innebär att det måste finnas resurser till förfogande för att utföra arbetet och för att hantera påfrestningar hos individen själv, i form av egen förmåga och initiativkraft, men också utifrån de materiella och stödjande resurser som omgivningen utgör. Ett konkret exempel på detta är teamen som utgör en stabilitet i förändringen. Genom att belysa olika aspekter på vad som kan ligga bakom honnörsord som inflytande och delaktighet, kompetens och utveckling, stöd och uppskattning samt friskvård och utvecklande ledarskap anser vi att studien har bidragit med att både nyansera och fördjupa bilden av tidigare forskning kring hälsans determinanter, det vill säga faktorer som konstaterats vara viktiga för hållbar hälsa, både när det gäller att minska sjukskrivningar och främja god upplevd hälsa i det vardagliga arbetet.

Våra resultat av den aktuella studien sammanfattas i figur 8.1. Denna ellips ska läsas med början i den yttersta ringen som rymmer verksamhetens förutsättningar i termer av arbetsplatsens lilla format och dess samarbetsorienterade karaktär. Nästa ring innehåller innebörden i gemensamma ansträngningar och aktiviteter (förhållningssätt) som kommit till stånd tack vare ett hälsofrämjande utvecklande (transformellt) ledarskap med fokus på personalen och ett lärande som är integrerat i den dagliga verksamheten. Rådande förhållningssätt bidrar till att man lyckas utveckla ett arbetsklimat som präglas av vi-känsla, tillit och professionalism. Sammantaget tycks de goda förutsättningarna, förhållningssätten och arbetsklimatet ge personalen en grundläggande känsla av att man med tillförsikt kan hantera sitt uppdrag med tillhörande känsla av arbetsstolthet. De goda egenskaperna på respektive klinik tycks ha fungerat som buffertar mot förändringsstress.

Referenser

- Antonovsky A (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers.
- afs 2001:1 *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arnetz B (2002) "kak-uppföljning 2001" Örebro: Rapport från universitetssjukhus.
- Aronsson G & Lindh T (2004) *Långtidsfriskas arbetsvillkor: En populationsstudie*. Arbete och Hälsa 2004:10, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bass BM (1985) *Leadership and Performance beyond Expectations*. New York: Free Press.
- Bass BM (1998) *Transformational Leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass BM & Avolio B (1994) *Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership*. London: Sage.
- Bond FW & Bunce D (2001) "Job Control Mediates Change in a Work Reorganisation Intervention for Stress Reduction" *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4): s 290–302.
- Brenner S-O, Petterson I-L, Levi L & Arnetz B (1988) *Stressreaktioner på hot om arbetslöshet och upplevd arbetslöshet. Psykologiska, biokemiska och ekonomiska effekter av arbetslöshet och otrygghet i arbetet*. Stressforskningsrapporter nr 210, Stockholm: Institutionen för stressforskning, Karolinska institutet.
- Bue Björner J, Sondergaard Kristensen T, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M & Westerholm P (1996) *Self-rated Health – A Useful Concept in Research, Prevention and Clinical Medicine*. Rapport nr 96:9, Stockholm: Forskningsrådsnämnden.
- Bäckman O (2001) "Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet" i sou 2001: 52 *Välfärdstjänster i omvandling. Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes.
- Chefsprogram USÖ* (2003) Örebro: Örebro läns landsting.
- Faskunger J (2005) *Vardagsmotion – vägen till hållbar hälsa*. Stockholm: Forum.
- Forsberg E & Starrin B (1997) *Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Göteborg: Gothia.
- Gustafsson RÅ (2004) "Välfärdstjänsternas ofärd" s 257–279 i Gustafsson RÅ & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet,

Arbetsmiljöverket och Liber Idéförslag.

Gustafsson RÅ & Petterson I-L (1999) "En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller" i sou 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Bilaga till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – hsu 2000, Stockholm: Fritzes.

Hallman T (2003) *Gender Perspective on Psychological Risk Factors. Conditions Governing Women's Lives in Relation to Stress and Coronary Heart Disease*. Stockholm: Karolinska institutet.

Hertting A (2003) *The Health Care Sector. A Challenging or Draining Work Environment. Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. Avhandling, Stockholm: Karolinska institutet.

Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2003) "Personnel Reductions and Structural Changes in Health Care – Work-life Experiences of Medical Secretaries" *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2): s 161–170.

Hertting A, Petterson I-L & Theorell T (2004a) "Ju färre vi är tillsammans... Rapport från ett sjukhus" s 233–254 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2004b) "Assistant Nurses in the Swedish Health Care Sector during the 1990s – A Hard-hit Occupational Group with a Tough Job" *PreWiev, Scandinavian Journal of Public Health*, 2 nov.

Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2004c) "Downsizing and Reorganization: Demands, Challenges and Ambiguity for Registered Nurses" *Journal of Advanced Nursing*, 5(2): s 145–54.

Hodson R (2001) *Dignity at Work*. Cambridge: University Press.

Janssen PPM, deJonge J & Bakker AB (1999) "Specific Determinants of Intrinsic Work Motivation, Burnout and Turnover Intentions: A Study among Nurses" *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), s 1360–1369.

Johansson G & Lundberg I (2004) "Adjustment Latitude and Attendance Requirements as Determinants of Sickness Absence or Attendance: Empirical Tests of the Illness Flexibility Model" *Social Science & Medicine*, 58(6): s 1857–1868.

Johansson J (2003) *Långtidsfriska – så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Stockholm: Ekerlid.

Josephson M & Vingård E (2002) *Arbetslust och hälsa. En rapport från HAKuL-projektet*. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.

Karasek RA & Theorell T (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books Inc Publishers.

Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Pentt J & Virtanen M (2003) "Human Costs of Organizational Downsizing on Health of Employees: Longitudinal Cohort Study" *British Medical Journal*, 320: s 971–975.

Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schaeström A, Schelp L & Unge C (2004) "Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser – Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter" 2004:32, www.fhi.se

Landstingsförbundet (2002) *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992–2000*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Landstingsförbundet (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Langbein L & Jorstad C (2004) "Productivity in the Workplace: Cops, Culture, Communication, Cooperation, and Collusion" *Political Research Quarterly*, 57(1): s 65–80.

Lindberg P, Nyberg A, Josephson M, Waldenström M & Vingård E (2004) *Att våga förändra för att förbättra*. HAKuL-rapport, Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet.

Lundberg U & Frankenhaeuser M (1999) "Stress and Workload of Men and Women in High Ranking Positions" *Journal of Occupational Health Psychology*, (4): s 142–151.

Mackenbach JP, van den Bos J, Joung MA, van den Mheen H & Stronks K (1994) "The Determinants of Excellent Health. Different from the Determinants of Ill-health?" *International Journal of Epidemiology*, 23(6): s 1273–1281.

Marks-Moran D (1999) "Reconstructing Nursing: Evidence, Artistry and the Curriculum"

- Nurse Education Today*, 19(1): s 3–11.
- Menckel E & Österblom L (2000) *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Miller WR & Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Andra upplagan, New York: Guilford Press.
- Nilsson K (2003) *Mandat – makt – management: En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Nilsson K, Hertting A, Petterson I-L & Theorell T (2005) "Pride and Confidence at Work: Potential Predictors of Occupational Health in a Hospital Setting" Manuskript.
- Noblet A (2003) "Building Health Promoting Work Settings: Identifying the Relationship between Work Characteristics and Occupational Stress in Australia" *Health Promotion International*, 18(4): s 351–359.
- Pelletier KR (2001) "A Review and Analysis of the Clinical- and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1998–2000" *American Journal of Health Promotion*, 16(2): s 107–116.
- Petterson I-L (1999) "Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet – en översikt över genomförda studier" i sou 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Bilaga till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – hsu 2000, Stockholm: Fritzes.
- Petterson I-L (red) (2000) *Vårdens arbetshälsorapport. Vårdarbetets villkor och konsekvenser för arbetshälsan*. Rapport från Yrkesmedicinska enheten inom samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Petterson I-L & Arnetz BB (1998) "Psychosocial Stressors and Well-being in Health Care Workers. The Impact of an Intervention Programme" *Social Science & Medicine*, 47(11): s 1763–1772.
- Petterson I-L, Hertting A, Hagberg L & Theorell T (2005) "Are Trends in Work and Health Conditions Interrelated? A Study of Hospital Employees in the Swedish 1990s" *Journal of Occupational Health Psychology*, (under utgivning).
- Renstig M & Sandmark S (2005) "Kvinnors sjukskrivningar. Intervjuer med 25 långtidssjukskrivna kvinnor i Mellansverige" Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för yrkesmedicin. Hämtad, 2005–02–14, från [www:http://www.sjukskrivning.nu/](http://www.sjukskrivning.nu/)
- Requena F (2003) "Social Capital, Satisfaction and Quality of Life in the Workplace" *Social Indicators Research*, 61(3): s 331–360.
- rfv (2003a) *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*. rfv analyserar 2003:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- rfv (2003b) *Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken?* rfv redovisar 2003:5, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- rfv (2004) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2002 och 2003*. rfv redovisar 2004:7, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- scb (2004) "Arbetslivsfakta. Sveriges officiella statistik" Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket & Socialstyrelsen, nr 2.
- scb (2005) "Hälso- och sjukvård: Statistik" Statistiska centralbyrån; 2005. Hämtad, 2005–01–29, från [www:http://www.scb.se](http://www.scb.se)
- Shephard RJ (1996) "Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact" *American Journal of Health Promotion*, 10(6): s 436–452.
- Siegrist J (1996) "Adverse Health Effects of High Effort – Low Reward Conditions at Work" *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1): s 27–41.
- Silverman D (2001) *Interpreting Qualitative Data Method for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage Publications.
- Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Pousette A & Ahlborg Jr G (2004) *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet – Balanserande förhållningssätt och strategier*. ism-rapport 1, Göteborg: Institutet för stressmedicin.
- Spence Laschinger HK, Finegan J & Shamian J (2001) "Promoting Nurse' Health: Effect of Empowerment on Job Strain and Work Satisfaction" *Nursing Economics*, 19(2): s 42–53.
- Stordeur S, D'hoore W & Vandenberghe C (2001) "Leadership, Organizational Stress, and Emotional Exhaustion among Hospital Nursing Staff" *Journal of*

Advanced Nursing, 35(4), s 533–542.

Szücs S, Hemström Ö & Marklund S (2003) *Organisatoriska faktorerers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner*. *Arbete och Hälsa* 2003:6, Stockholm, Arbetslivsinstitutet.

Theorell T (2003) *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Weinehall L & Kristenson M (red) (2004) *På väg mot en mer hälsofrämjande hälsooch sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G & Theorell T (2004)

"Workplace Expansion, Long-term Sickness Absence and Hospital Admission"
The Lancet, 363: s 1193–1197.

Wiktorin L (red) (2004) *Arbetshälsorapport. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting.

Vingård E (2004) *HAKuL – Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet.

Vingård E, Josephson M, Aronsson G & Nilsson M (2000) *Psykosocial arbetsmiljö i Gotlands kommun – en studie av nedvarvning, återhämtning och friskfaktorer*. HAKuL-projektet, Stockholm, Karolinska institutet.

Virtanen P, Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A & Virtanen M (2004) "Organisational Downsizing, Sickness Absence and Mortality: 10-town Prospective Cohort Study" *British Medical Journal*, 328: s 555–560.

Vårdkvalitetsundersökning (2003) Örebro: Rapport från Universitetssjukhuset Örebro.