

# Organisationen, ledaren, individen - vem ansvarar för hälsan?

En kvalitativ studie om det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbetet i Malmö stads stadsdelar.

Liza Gärdsell  
Jenny Jögi

---

Socialhögskolan vid Lunds universitet.  
SOPA63  
Vt-08



Handledare:  
Claes Levin

## **ABSTRACT**

Authors: Liza Gärdsell and Jenny Jögi

Title: The organization, the leader, the individual – who is responsible for the health? - A qualitative study of health promotion and ill-health prevention in the workplaces of the City District Committees in the City of Malmö. [Translated title]

Supervisor: Claes Levin

Assessor: Gunilla Lindén

The purpose of this study was to examine health promotion and ill-health prevention in the workplaces of the City District Committees in the City of Malmö. More specifically, we wanted to find what types of health problems there were and what kinds of strategies were applied to prevent them. Furthermore, the aim was to examine whether the leaders of the City of Malmö saw any effects of the strategies in use and if so, which. Finally, the intention was to compare our empirical results to previous research in the field of health promotion and ill-health prevention in workplaces. We conducted a qualitative study consisting of semi-structured interviews with five leaders in different levels, two personnel secretaries, two employees assigned to improve the health of the personnel in the City Districts, and one safety representative. The empirics was analysed based on previous research and three perspectives: Demand-Control-Support, Person-Environment Fit, and the Corporate Culture Health Transaction Model. We found that the main health problems, estimated by the respondents, were: repetition strain injuries, common colds, and psychosocial problems. The health promoting investments, most frequently used by the City Districts, was subsidized health maintaining and health improving activities, and the offer to exercise during working hours. The higher level leaders knew little about what outcomes the investments had, whereas the low level leaders could see healthy improvements in their staff's lifestyles since introducing the programs. However, they could not say for certain if these effects were due to the health promoting investments or to something else since no evaluations had been conducted. We found that the low level leaders could, and did, do much to promote the psychological health of the co-workers by how they practiced their leadership. Most importantly, we found that the empirics and the previous research unanimously emphasised that the low level leaders play an important role in the outcome of the promotion of the employee's health. The respondents considered, however, that the utter responsibility for an individual's health lies on the individual herself.

Key words: health, healthy work, health promotion, leadership, absence due to illness

*”Det är visserligen berömvärt att hjälpa sjuka att bli friska,  
men lika berömvärt att hjälpa friska att bevara sin hälsa.”*

*Hippokrates 400 f. Kr.*

# Innehållsförteckning

<b>FÖRORD</b>	<b>6</b>
<b>1. INLEDNING</b>	<b>7</b>
1.1 Problemformulering	7
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.2.1 Syfte	8
1.2.2 Frågeställningar	8
<b>2 METOD</b>	<b>9</b>
2.1 Val av metod	9
2.2 Genomförande	10
2.2.1 Urvalsprocessen	10
2.2.2 Tillvägagångssätt – före, under och efter intervjutillfällena	10
2.2.3 Litteratursökning	11
2.4 Tillförlitlighet	12
2.4.1 Metodkritik	12
2.4.2 Källkritik	13
2.5 Förförståelse	13
2.6 Etiska överväganden	13
2.7 Begränsningar	13
<b>3 BAKGRUND</b>	<b>15</b>
3.1 Personhälsa ur ett historiskt perspektiv	15
3.2 Malmö stad och dess strategier för att skapa friskare arbetsplatser	17
<b>4 DEFINITION AV BEGREPP</b>	<b>19</b>
4.1 Organisation	19
4.2 Hälsa	19
4.3 Hälsöfrämjande och ohälsöförebyggande insatser	19
4.4 Friskvård	20
4.5 Sjukfrånvaro	20
4.6 Psykosocial miljö	20
4.7 Ledare	20

<b>5 TEORIER OCH TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>21</b>
5.1 Teorier	21
5.1.1 Krav-kontroll-stödmodellen	21
5.1.2 Person-environment fit	22
5.1.3 Corporate Culture Health Transaction Model	23
5.2 Tidigare forskning	23
<b>6 RESULTAT</b>	<b>31</b>
6.1 Orsaker till ohälsa och sjukskrivningar	31
6.2 Strategier och effekter för att främja hälsan	32
6.3 Ledarens betydelse för medarbetarnas hälsa	39
6.4 Den ideala arbetsplatsen ur ett hälsoperspektiv	42
<b>7 ANALYS</b>	<b>44</b>
7.1 Personal vid god hälsa påverkar organisationens mål	44
7.2 Attityder, ledartäthet eller stress?	44
7.3 Hälsarbetets mångfacetterade karaktär	46
7.4 Utvärdering?	49
7.5 Ansvarsdelegering av hälsoarbetet	50
<b>8 SAMMANFATTNING AV RESULTAT</b>	<b>51</b>
<b>9 SLUTDISKUSSION</b>	<b>52</b>
9.1 Diskussion	52
9.2 Förslag på vidare forskning	54
<b>10 REFERENSER</b>	<b>56</b>
10.1 Litteratur	56
10.2 Artiklar	57
10.3 Elektroniska Källor	58
10.4 Övriga dokument	59
<b>11 BILAGOR</b>	<b>60</b>
11.1 Bilaga 1 - Introduktionsbrev	60
11.2 Bilaga 2 – Intervjumall 1	61
11.3 Bilaga 3 - Intervjumall 2	62

## **Förord**

*Vi vill rikta ett stort tack till alla Er i Malmö stads stadsdelar som har medverkat till att göra vår studie genomförbar. Utan Er hade det inte blivit någon uppsats.*

*Vi vill även rikta även tacka vår handledare Claes Levin, som genom både mjuka och hårda ord stöttat och "pushat" oss under arbetets gång.*

*Arbetsfördelningen har varit jämn mellan oss skribenter. Vi har fördelat arbetet så att vi skrivit på alla avsnitt växelvis. Detta för att skapa en jämn struktur och jämn text genom hela arbetet. Men då vi blivit ombedda att redovisa uppdelningen här har vi kommit fram till att uppdelningen varit följande: Gemensamt har vi gjort Inledning, Tidigare forskning, Resultat, Analys och Diskussion. Liza har haft huvudansvar för Metod och Definition av begrepp och Jenny har haft huvudansvar för Bakgrund och Teorier.*

*Trevlig sommar!*

*Lund juni 2008*

*Liza Gärdsell och Jenny Jögi*

# 1. Inledning

---

*I detta kapitel vill vi ge läsaren en bild över det problem vi ämnar undersöka. Detta gör vi genom att presentera vår problemformulering, som följs av studiens syfte och de frågeställningar vi har valt att arbeta utifrån.*

---

## 1.1 Problemformulering

På TV lanseras bantnings- och träningsprogram, på löpsedlar kan man läsa om de senaste nyheterna kring hur man skapar sig en hälsosammare livsstil och TV-shop svämmar över av olika typer av träningsredskap där man med bara 10-minuters träning om dagen lovas få ett nytt liv. Samtidigt som ohälsan ökar, i form av bl.a. övervikt, ökad psykisk stress, så gör personer som Anna Skipper och Fredrik Paulún, självutnämnda kostexperter, sig kända på den ”hälsovåg” som strömmat in över landet under de senaste åren. Fokus ligger till stor del på utseende och att man med hjälp av snabba metoder, träning och rätt kost automatiskt kan få ett hälsosamt och välmående liv. Vi undrar huruvida denna trend avspeglar sig i det hälsoarbete som bedrivs på arbetsplatser.

I slutet av 1990-talet och början av 2000-talet kom larmrapporter kring den ökande sjukfrånvaron i samhället. De vanligaste orsakerna till sjukskrivning var olika typer av fysiska problem, men sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa ökade också. Manliga diagnoser för sjukskrivning var hjärt- och kärlsjukdomar samt olycksfall medan ledsjukdomar och psykiska besvär var dominerande bland kvinnor. Störst var sökningen av sjukskrivning bland arbetare med kort eller ingen yrkesutbildning och bland arbetare inom bl.a. vårdyrken, barnomsorg, äldreomsorg, polis och annan offentlig, främst kommunal, verksamhet. Kvinnor var och är fortfarande överrepresenterade inom sjukskrivningsstatistiken (SOU 2000:121). Att ”gå in i väggen”, ”bli utbränd” blev nya begrepp och tillhör idag ”vardagsmat”. Därmed väcktes en offentlig debatt, med grundfrågan: vad ska göras åt detta problem?

I artikeln *Åtta miljoner satsas på friskare arbetsplatser* ur tidningen *Vårt Malmö* från år 2002 kunde man läsa att sjukfrånvaron hade ökat drastiskt i Malmö de senaste åren och man förutspådde då en fortsatt trend. Ann-Christin Wolter-Rhomée, projektsekreterare på stadskontoret, sade sig vara medveten om problemet och nämnde att en målsättning och handlingsplan hade tagits fram (Månsson, 2002). Denna artikel väckte vårt intresse för att se hur det ser ut idag i Malmö stad gällande personalens ohälsa samt vilka insatser som har arbetats fram för att främja personalens hälsa och förebygga ohälsan. Är de metoder som används vetenskapligt beprövade eller bygger de på ”modemetoder” som ett spel för galleriet?

Det är en vedertagen sanning att träning och sund kost leder till bättre hälsa både fysiskt och psykiskt. Friskvårdsbidrag och fruktkorg är exempel på hälsoinsatser som vi själva erfarit från arbetsplatser vi arbetat på. Vi undrar om dessa insatser verkligen ger önskad effekt och om de är de lönsammaste för att få en välmående och produktiv personal. Vi är nyfikna på att undersöka om de personalansvariga i Malmö stads stadsdelar är medvetna om vad de gör för att främja sin personals hälsa och ifall de vet vilka av de insatser som används som har en verklig effekt, enligt egna utvärderingar och enligt forskning.

## ***1.2 Syfte och frågeställningar***

### **1.2.1 Syfte**

Vårt syfte är att undersöka det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande arbetet i Malmö stads stadsdelar. Vilka problem finns och vilka strategier finns för att förebygga dem? Ser ledarna, på olika nivåer, några effekter av de insatser de har och i så fall vilka? Vi ämnar jämföra detta med vad forskningen säger om hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbete.

### **1.2.2 Frågeställningar**

1. Vad kan, enligt forskningen, fungera hälsofrämjande och ohälsöförebyggande på arbetsplatser?
2. Vilka yrkesgrupper anses, enligt intervjupersonerna, vara mest drabbade av ohälsa?
3. Vilka är orsakerna till sjukskrivningarna, enligt intervjupersonerna
4. Vilka insatser/åtgärder finns och vad ser de personalansvariga för effekter av dessa?
5. Hur tänker intervjupersonerna kring ledarens roll i det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbetet?
6. Var anser de som arbetar med personalfrågor att ansvaret för individens hälsa ligger?



## 2 Metod

---

*I detta kapitel redogör vi för studiens genomförande samt för de svårigheter och begränsningar vi haft, studiens tillförlitlighet och de etiska överväganden vi har tagit. Detta ger läsaren en möjlighet att kunna granska arbetet kritiskt för att sedan på egen hand bedöma arbetets kvalitet.*

---

### 2.1 Val av metod

För att uppfylla vårt syfte och bäst kunna svara på våra frågeställningar valde vi att göra en kvalitativ studie med interjuver då vi, precis som May (2001) nämner, anser att intervjuer kan ge en bra insyn i människors attityder, åsikter, upplevelser och erfarenheter. Lantz (2007) påpekar att man i en intervju som söker breda svar endast bör ha några få större frågor som man under intervjuens gång ska gräva ”djupare” i med hjälp av olika följdfrågor. May (2001) upplyser om att de semistrukturerade intervjuerna ger utrymme för en dialog mellan intervjuperson och intervjuare, där svaren kan förtydligas och vidareutvecklas. Detta var anledningen till att vi först valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer. Vi tänkte att det skulle ge oss en djupare kontakt med det valda fältet samt en större inblick i de åsikter och erfarenheter som intervjupersonerna har, om vi lät intervjupersonerna tala fritt kring några få ämnen. Vid de tre första intervjutillfällena utgick vi från en intervjumall med olika relevanta teman: inledande frågor, synen på hälsofrämjande arbete, konkret arbete samt ledarens roll. Till dessa teman hade vi tillhörande underfrågor (bilaga 2). Efter dessa tre genomförda intervjuer märkte vi dock denna intervjumodell inte gav oss svar på de frågeställningar vi hade. Därför valde vi, efter konsultation med vår handledare, att strukturera intervjumallen något mer för att vara säkra på att få svar som kunde hjälpa oss att uppfylla vårt syfte (bilaga 3). En mer strukturerad intervju innebär att man som intervjuare utgår från en intervjumall med ett par frågor som är tydligt formulerade i förväg (Bryman, 2001).

För att förstå var i organisationen som intervjupersonen befann sig (chef, arbetsledare, anställd), hur han/hon hamnat där och för att skapa en avslappnad relation följde vi Lantz (2007) och Aspers (2007) råd om att inleda intervjun med att fråga om intervjupersonens utbildning, yrkesbakgrund, sina arbetsuppgifter samt hur många han/hon var ledare för.

Det är viktigt att vid intervjutillfället utgå från intervjupersonernas verklighet, det som Edmund Husserl kallar livsvärld, dels för att intervjupersonen ska känna sig trygg och dels för att få verkliga och rättvisande svar (Asper, 2007; May 2001). Detta var något vi hela tiden tänkte på under intervjuerna och även om vi efter ett tag var pålästa på området försökte vi

lägga vår egen kunskap åt sidan för att få fram vad intervjupersonerna tänkte, kände och visste om personalhälsoarbete.

## **2.2 Genomförande**

### **2.2.1 Urvalsprocessen**

För att uppfylla vårt syfte och för att få en så bred bild som möjligt valde vi att intervjua ledare på olika nivåer. Av tidsmässiga skäl, både för oss och för de tillfrågade, kunde inte alla intervjupersoner som vi från början sökte ställa upp. Vi fick dock snabbt tag på två personer vars arbetsuppgifter är att arbeta med personalens hälsa (H1 och H2) samt en stadsdelschef (SC), som vi fann på Malmö stads hemsida. Genom den första intervjun fick vi uppgifter om en arbetsledare (AL1) som vi kontaktade och som ville ställa upp på intervju. Vi fick även tips genom en av Jennys bekanta att prata med en personalsekreterare (PS2) samt fann ytterligare en personalsekreterare (PS1) via Malmö stads hemsida. Vi fann det dessutom lämpligt att intervjua en personalchef (PC) om det hälsofrämjande arbetet, då denne har det yttersta ansvaret för personalen i stadsdelen. Slutligen kontaktade vi ytterligare två arbetsledare (AL2 och AL3) som vi fick tips om via en personalchef som inte själv hade möjlighet samt en anställd som var skyddsombud (SO) på en arbetsplats och bokade intervjuer. Anledningen till valet av den sistnämnda intervjupersonen var, att vi under arbetets gång såg i arbetsmiljölagen, att om en arbetsplats har mer än fem anställda ska det finnas ett skyddsombud som kan fungera som en länk mellan arbetstagare och arbetsgivare vid arbetsmiljöfrågor (6 kap § 2 AML).

Som man kan läsa ovan har vi via några intervjupersoner fått kontakt med nya intervjupersoner, så kallad snöbollsselektion (Asper, 2007). Utöver de kontakter vi fick på det viset kontaktade vi ledare på de nivåer som saknades för att få en så heltäckande bild som möjligt av Malmö stads stadsdelar som organisation. Dessa kontakter har vi, som tidigare nämnt, Malmö stads hemsida att tacka för.

### **2.2.2 Tillvägagångssätt – före, under och efter intervjutillfällena**

När vi hade fått ett godkännande av intervjupersonerna till att medverka i vår studie skickade vi ett introduktionsbrev där de kunde läsa vad det innebar att delta i vår studie (bilaga 1). Dessa brev skickades via mail då vi fann det mest praktiskt eftersom vissa av intervjuerna skulle genomföras redan dagen därpå.

Vi valde att genomföra alla intervjuerna tillsammans, där en av oss hade huvudansvaret för att intervjumallen följdes, men där båda var aktiva. En nackdel, vilket vi även märkte av under de första intervjuerna, var att det var lätt att vi som intervjuare talade i mun på varandra. Vi lärde oss dock med tiden att utveckla ett gott samspel och kompletterade varandra bra. Då intervjupersonerna inte befann sig i en utsatt situation, anser vi inte det vara en nackdel att vi var två utan tror istället att chanserna ökade att vi fick mer uttömmande intervjuer. Intervjuerna spelades in på band, vilket godkändes av alla intervjupersonerna innan vi startade. I slutet på intervjun frågade vi alltid om vi vid eventuellt behov fick återkomma med ytterligare frågor, detta var alla positiva till, men det är inget vi använt oss av.

De inspelade intervjuerna delade vi upp och transkriberade hälften var. Vi transkriberade löpande under arbetets gång, något som ofta kan bidra till att man blir uppmärksam på olika brister i frågorna samt att man kan hitta intressanta teman att spinna vidare på i kommande intervjuer (Bryman, 2001). Efter hand som vi transkriberade och gick igenom intervjuerna, lärde vi oss vilka frågor som gav intressanta svar och vilka som behövde omformuleras eller tas bort. Den utskrivna texten kodades, dvs. materialet bröts ner i mindre bitar för att finna intressanta mönster (Asper, 2007), inför analysen. Vi valde utifrån våra frågeställningar fyra teman att dela in vårt intervjumaterial i: *problem och orsak, insatser och effekter, ledarens roll, samt den ideala arbetsplatsen ur ett hälsoperspektiv*. Var för sig satt vi och plockade ut det från intervjuerna som tillhörde de olika temana, för att få en samlad bild. Därefter började vi tillsammans sammanfatta vad intervjuerna hade gett oss, vilket resulterade i kapitel 6 - Resultat. När det var dags att påbörja vår analys sökte vi olika relevanta teman att arbeta kring och när vi funnit dem började vi analysen, som återfinns i kapitel 7 - Analys. Denna process var tidskrävande men vi anser att vi på detta sätt varit noggranna och inte missat något viktigt, dessutom kunde vi på detta sätt göra en djupdykning i vårt intervjumaterial. Vi valde att separera resultat och analys då vi ville ge en så tydlig bild av vårt intervjumaterial som möjligt samt att vi tycker att en sådan resultatredovisning ökar tillförlitligheten.

### **2.2.3 Litteratursökning**

För att få en inblick och vara förberedda vid intervjutillfällena sökte vi forskning kring bl.a. hälsa, hälsofrämjande personalarbete och orsaker till sjukfrånvaro. Resultatet av detta återfinns i kapitel 5 – Teorier och tidigare forskning. Detta gjorde vi på universitetsbibliotekets artikeldatabas *Elin* och bibliotekskatalog *Lovisa* genom att använda oss av sökord som: häls\*, förebygg\*, health\* work\*, promot\* osv. och fann böcker, avhandlingar och artiklar. Vi upptäckte att forskningen om hälsa och vad som främjar denna

eller skapar ohälsa är omfattande. Vi har därför endast kunnat välja ut en liten del, inriktad på vad vi trodde att vi skulle finna i undersökningen. Däremot har vi under arbetets gång reviderat och kompletterat kapitlet. Utöver den nyss nämnda litteraturen har vi tagit del av olika dokument som Malmö stad tagit fram, t.ex. personalpolicy och personalredovisning. Vi har även haft förmånen att ha tillgång till Malmö stads personalintranät, ”Komin”, i vilket vi sökte och fann information om de olika stadsdelarnas hälsoarbete. När det gäller teorierna har vi arbetat induktivt, dvs. att vi utifrån vår empiri sökte relevanta teorier att tillämpa vid analysen. Vid induktion dras generella och allmänna slutsatser utifrån empirins enskilda fall (Thurén, 1991).

## **2.4 Tillförlitlighet**

### **2.4.1 Metodkritik**

Vi har ovan nämnt några anledningar till varför vi valde att göra en kvalitativ studie istället för en kvantitativ, bland annat för att vi ville fånga ledarnas attityder, åsikter, upplevelser och erfarenheter av det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande arbetet. Några nackdelar att begrunda är att vi på detta sätt endast får reda på vad 10 av 1100 ledare som finns i Malmö stad tycker och tänker (Malmö stad, 2007).

Två begrepp som nämns i metodböcker är validitet och reliabilitet. Reliabilitet står för tillförlitlighet, att man kan göra om studien och få samma resultat, och är enligt Patel och Davidsson (2003) inte ett begrepp som brukar användas i kvalitativa studier då detta inte är syftet med dem. Validitet i sin tur innebär giltighet, att vi undersöker det vi menar undersöka, och är i kvalitativa studier ett vidare begrepp då det genomsyrar studiens samtliga delar: datainsamlingen, tolkning osv. (Patel & Davidsson, 2003). Ett sätt vi stärkte validiteten på anser vi vara då vi, som ovan nämnts, reviderade vår intervjuguide efter att vi upptäckte att den inte undersökte det vårt syfte ämnade.

Vid transkribering kan värdefull information gå förlorad då tal- och skriftspråk inte är samma sak och gester, mimik, ironier och betoningar kommer bort i den utskrivna texten (Patel & Davidsson, 2003). För att undvika feltolkningar och på så sätt öka validiteten har vi skrivit ut intervjuerna så noggrant som möjligt och i möjligaste mån skrivit ut betoningar, rörelser och skratt.

## **2.4.2 Källkritik**

Vi har i möjligaste mån refererat till förstahandskällor. Ibland har vi dock funnit information som vi anser vara viktig för vårt arbete och inte, av olika skäl, kunnat få förstahandskällan vilket har gjort oss tvungna att använda oss av en andrahandskälla. Vi har då varit tydliga med att ange detta för att läsaren ska kunna gå till förstahandskällan, om så önskas.

## **2.5 Förförståelse**

Innan vi påbörjade arbetet hade vi inte någon kunskap om hur Malmö stads stadsdelar arbetar hälsofrämjande/ohälsöförebyggande med sin personal. Vi hade emellertid båda ett intresse för hälsoarbete och trodde oss veta en del om vad som kännetecknade god hälsa och är medvetna, precis som Asper (2007) säger, att vårt intresse styrte oss i arbetet och att ingen är en ”tabula rasa”. I samband med förförståelse nämner Asper (2007) även att det är viktigt att skilja intervjupersonernas intresse från vårt eget samt deras kunskap från vår, något vi haft med oss genom hela arbetet.

## **2.6 Etiska överväganden**

Vi har läst och tagit del av det som står i vetenskapliga rådets rekommendationer om forskningsetik och är medvetna om de fyra grundläggande principerna som bör råda i ett arbete som vårt; *informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet* (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, 2002). Enligt *informationskravet* informerade vi våra medverkande tidigt, med hjälp av ett introduktionsbrev (bilaga 1), om uppsatsens syfte och tillvägagångssätt. Den medverkande fick i samband med det även reda på att han/hon själv fick bestämma vad han/hon ville eller inte ville svara på samt att medverkan var frivillig, detta uppfyller *samtyckeskravet*. De uppgifter vi fick in användes endast för uppsatsens ändamål och efter transkriberingen såg vi till att spela över banden för att försäkra oss och intervjupersonerna om att informationen endast används till det tänkta syftet och inte kommer i obehörigas händer, på det viset följer vi *nyttjandekravet*. Vi har slutligen även valt att följa *konfidentialitetskravet* genom att aidentifiera våra intervjupersoner (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, 2002). Denna information gav vi våra intervjupersoner redan i vårt introduktionsbrev (bilaga 1)

## **2.7 Begränsningar**

Den sammanlagda tiden för att producera vår uppsats var ungefär åtta veckor och då vi först var tvungna att fokusera på syfte och frågeställningar samt litteratur kom vi inte igång med

intervjuerna förrän två veckor in i arbetet. Detta gjorde det lite svårt för oss att få ihop intervjupersoner då vi ville ha ledare på olika nivåer och märkte att de hade väldigt mycket inplanerat såhär på värdagen.

Det är lätt att vara efterklok och när vi sitter med facit i hand kanske det hade varit enklare att dra slutsatser om vi endast hade intervjuat ledare i *en* stadsdel. Det finns tre anledningar till att vi valde att sprida intervjupersonerna över flera stadsdelar. För det första hade vi inte mycket kunskap om de olika stadsdelarnas hälsofrämjande personalarbete och visste därför inte vilken stadsdel som skulle vara intressantast att undersöka. För det andra ville vi undvika att alla intervjupersonerna skulle svara likadant på frågorna och för det tredje skulle det vara svårt att på så kort tid få ihop tillräckligt många ledare på olika nivåer inom samma stadsdel.

Möjligtvis fick vi ett spretigare och mer svårbearbetat material, men vi tycker att vi fått en mångsidig bild av hur man som ledare kan se på och arbeta med sin personals hälsa. Trots att vi valde att breda ut oss över de olika stadsdelarna, så fick vi inte tag på intervjupersoner från alla stadsdelar och vi kan därför ha missat några relevanta tankar och insatser.

Vi anser att snöbollsselektion fungerade bra för oss då vi på detta sätt fann intervjupersoner som ville medverka. En möjlig risk med denna typ av selektion kan vara att vi endast fått tips om personer som aktivt arbetar med hälsa och som vill ”göra reklam” för sin arbetsplats och att vi därför inte fått träffa de som representerar genomsnittet. Det kan även vara så att våra intervjupersoner förskönat svaren och att vi på grund av det fått en snedvriden bild av hur verkligheten ser ut.

Från början var vår tanke att undersöka det hälsofrämjande arbetet men vi upptäckte efter några intervjuer att det var ett svårdefinierat begrepp för våra intervjupersoner och valde därför att även innefatta det ohälsoförebyggande personalarbetet. Även begreppet hälsa är ett mångfacetterat begrepp, varje individ har sin definition på hälsa, något som kan ha gjort att intervjupersonerna kanske utgick från olika tankar kring det i intervjuerna.

Vi är väl medvetna om att vårt arbete omfattar många sidor, men efter övervägande har vi valt att låta det förbli så, då vi inte tycker att någon del kan förkortas eller tas bort. Resultatdelen tar stor plats men vi tycker att det är viktigt att presentera vad som framkommit under intervjuerna, av de olika personerna då de har olika yrkesroller. Det faktum att vi har gjort tio intervjuer är också en orsak till att resultatdelen blev lång.

## 3 Bakgrund

---

*För att lättare kunna följa vårt arbete och få en helhetsbild vill vi i detta kapitel ge läsaren bakgrundsinformation, både vad det gäller den historiska synen på hälsa och personalarbete generellt samt fakta om Malmö stad och dess hälsofrämjande personalarbete.*

---

### **3.1 Personhälsa ur ett historiskt perspektiv**

Ur ett historiskt perspektiv har arbetarskydd, arbetsmiljöarbete, hälsofrämjande och ohälsöförebyggande insatser utvecklats genom lagar och avtal. Från att i början främst ha haft en fysiskt förebyggande karaktär för att så småningom utvecklas till att även innefatta de anställdas psykosociala hälsa (Bjurvald, 2004; Thörnqvist, 2005).

Metoder för att förbättra arbetarnas hälsa på arbetsplatser har en lång tradition. I slutet av 1800-talet tillsattes de första yrkesinspektörerna och år 1912 tillkom den första arbetarskyddslagen i vilken det bl.a. fastställdes att arbetarna hade rätt att vara representerade då yrkesinspektörerna besökte arbetsplatsen. År 1931 reviderades arbetarskyddslagen och skyddsombud rekommenderades och deras rättigheter specificerades (Thörnqvist, 2005). Regleringarna av arbetsförhållandena uppstod till följd av framväxten av en allt starkare arbetarrörelse, eländiga arbetsförhållanden samt ett mycket stort antal olyckor på arbetsplatserna som ofta resulterade i döden (Bjurvald, 2004; Thörnqvist, 2005).

Från början handlade arbetarskyddet framför allt om att förebygga arbetsolyckor för att så småningom även innefatta förebyggandet arbetssjukdomar. Längre tillämpades *dispositionsprevention*, vilket innebar att då man ansåg det vara arbetarnas fysiska och psykiska egenskaper som var avgörande för individernas säkerhet och hälsa, så förebyggdes skador genom att antingen ändra på arbetarnas beteenden eller omplacera de som ansågs vara ”olycksfåglar”. Detta preventionssätt syntes tydligt bl.a. i hanteringen av silikos, en sjukdom som orsakas av långvarig exponering av kvartsdamm och som under 1930-talet blev ett stort problem då det utbröt en epidemi. För att hantera silikosepidemin skulle, enligt arbetarskyddslagen från 1949, de arbetsplatser som ansågs ha ”särskild risk” för silikos, dvs. de arbetsplatser där man redan haft fall av sjukdomen, utföra hälsoundersökningar av arbetarna. I stället för att föreskriva strängare regler kring arbetsmiljöerna sorterades därmed personer som ansågs särskilt känsliga bort. Arbetare som troddes vara i riskzonen tilläts inte att börja arbeta medan andra omplaceras efterhand som de uppvisade silikossymtom. Övriga fick fortsätta arbeta i de dammiga miljöerna (Thörnqvist, 2005).

Fram till 1970-talet rörde sig, som tidigare nämnt, arbetarskyddet främst om att förebygga olika arbetsskador men i och med att en ny arbetsmiljölag, AML, utarbetades och trädde i kraft år 1978 vidgades perspektiven. Bl.a. ändrades benämningen ”arbetarskydd” till ”arbetsmiljö” och markerade därmed en utökning av ambitionerna. Förhoppningarna från facket var att den nya arbetsmiljölagen skulle stärka arbetarnas ställning och gynna psykosociala frågor som inflytande över arbetet och möjligheter till utveckling (Bjurvald, 2004). AML var och är fortfarande en ramlag av målsättningskaraktär och betonar vikten av samarbete mellan arbetstagare och arbetsgivare, där arbetstagarna ofta representeras av fackliga organisationer och där arbetsgivaren bär huvudansvaret. Ofta kompletteras dock grundsystemet i lagen med andra hälsoorienterade insatser på arbetsplatserna. En sådan viktig resurs för att värna om hälsa i arbetslivet är företagshälsovården. Den byggdes upp under 40-talet och hade sina ”glansdagar” under 70- och 80-talen (Bjurvald, 2004).

Under 1980-talets mitt dök nya typer av yrkesgrupper upp som arbetade med hälsofrämjande insatser på arbetsplatser. Friskvård blev ett vanligt begrepp och till vissa större personalavdelningar knöts hälsopedagoger. Dietister, massörer och andra typer av terapeuter blev en del av företagshälsovården. I och med detta fick hälsoarbetet ett mer renodlat individfokus (Bjurvald, 2004).

I början av 1990-talet började arbetsmiljön diskuteras som en konkurrensfördel i marknadstermer. År 1991 reviderades AML och det blev då arbetsgivarens skyldighet att planera, genomföra och kontrollera arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivarna fick därmed större möjlighet att själva definiera vad som skulle betraktas som en god arbetsmiljö. Dessutom fick skyddsombudet en mer pådrivande och kontrollerande roll (Thörnqvist, 2005). Under 1990-talets mitt dök *hälsofrämjande arbetsplatser* upp som begrepp och ett europeiskt nätverk för hälsofrämjande arbetsplatser startades. Under samma årtionde togs även det statliga stödet till företagshälsovården bort och numera köper kommunerna in tjänsterna från privata företag. Företagshälsovården ses ofta som en viktig resurs för förebyggande och rehabilitering (Bjurvald, 2004), men i och med privatiseringen minskade företagshälsovården avsevärt. En utbredd uppfattning inom fackföreningsrörelsen är att detta skulle ha varit en bidragande orsak till de explosionsartat ökande sjukskrivningssiffrorna under 1990-talet (Thörnqvist, 2005).

Nationella folkhälsokommittén tillsattes i slutet av 1990-talet för att utarbeta nationella folkhälsomål samt strategier för hur dessa uppnås, vilka skulle vila på vetenskaplig grund. Resultatet blev betänkandet SOU 2000:91 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* som överlämnades år 2000. I betänkandet betraktades bl.a. arbetsplatserna som en arena för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser och det framhölls att alla



aktörer; arbetsgivare, myndigheter, de anställda, skyddsombud, företagshälsovård, måste vara en del i förändringen. Kommittén kom fram till att det behövdes en ökad kompetens bland arbetsledare, i offentlig förvaltning och i privata näringslivet, om psykosociala frågor. De ansåg det även angeläget att ge arbetstagare större inflytande över sitt arbete: kompetensutveckling, arbetsmiljö och arbetstider m.m., för att individer ska orka ett helt arbetsliv. För att förhindra belastningsskador och värk ansåg kommittén att det på alla stillasittande eller ensidigt fysiskt belastande arbeten borde ingå förebyggande fysisk aktivitet som en naturlig del av arbetsdagen. Samtidigt utmanade de arbetsgivarna att erbjuda arbetstagarna fysisk aktivitet i anslutning till arbetet. Konceptet ”hälsofrämjande arbetsplats” ansågs väl värt att stödja (SOU 2000:91).

På senare år har en perspektivförskjutning skett där fokus på främjande av hälsa i utbyte mot förebyggande av ohälsa har lyfts fram med begrepp som hälsofrämjande, friskfaktorer, långtidsfrisk etc. Många hävdar att denna inställning är viktig i hälsoarbetet, både för att ligga ett steg före sjukskrivningarna och för att uppmuntra de friska (Bjurvald, 2004).

### ***3.2 Malmö stad och dess strategier för att skapa friskare arbetsplatser***

Väl känt är att Malmö är Sveriges tredje största stad med 276 244 invånare, år 2007 ([www.malmo.se](http://www.malmo.se)<sup>1</sup>). Malmö stad är indelat i tio geografiska stadsdelar och i kommunövergripande fackförvaltningar. Varje förvaltning styrs av en styrelse eller nämnd som är tillsatt av kommunfullmäktige ([www.malmo.se](http://www.malmo.se)<sup>2</sup>). De tio stadsdelarna är Centrum, Husie, Fosie, Hyllie, Limham-Bunkeflo, Kirseberg, Oxie, Rosengård, Södra Innerstaden och Västra Innerstaden, där Fosie är störst och Oxie minst ([www.malmo.se](http://www.malmo.se)<sup>3</sup>). Ca. 20 000 månadsanställda i Malmö stad har som främsta uppgift att serva malmöborna på olika sätt. De anställda inom stadsdelsförvaltningarna (SDF) ansvarar för förskoleverksamhet, grundskola, individ- och familjeomsorg, omsorg om funktionshindrade, äldreomsorg, lokal kultur, lokal fritidsverksamhet och stadsdelsbiblioteken i kommunen ([www.malmo.se](http://www.malmo.se)<sup>2</sup>; [www.malmo.se](http://www.malmo.se)<sup>3</sup>). 76 % av de anställda är kvinnor och de tre största yrkesgrupperna är undersköterskor, barnskötare och förskollärare. Alla stadsdelar har sjukfrånvaro som måste redovisas och den totala sjuklönekostanden i Malmö stad var under 2007 ca 94 miljoner kronor och den allra största delen, 93%, av kostnaden orsakade den korta sjukfrånvaron som är mellan 1-14 dagar. (Malmö stad, 2007).

År 2002 antog och år 2005 reviderade Malmö stads kommunstyrelse *Friskare arbetsplatser – strategier för minskad sjukfrånvaro*, ett styrdokument för hur man ska skapa friskare arbetsplatser i Malmö. Här nämns tre viktiga strategier som förvaltningarna ska utgå från för

att minska sjukfrånvaron: *satsning på hälsofrämjande arbete, en välfungerande arbetsorganisation och ett aktivt rehabiliteringsarbete*. I dokumentet framkommer att Malmö stads ledare har stor betydelse för det hälsofrämjande arbetet då dessa skall skapa förutsättningar för ett gott arbetsklimat, genom att bidra till medarbetarnas delaktighet och inflytande över sin arbetssituation. Samtidigt ställs krav på att varje medarbetare ska vara aktivt delaktig och ta ansvar för sin egen arbetssituation (Malmö stad, 2005). Ur detta styrdokument har stadsdelarna var för sig tagit fram olika strategier för att skapa friskare arbetsplatser, bl.a. viktnedskningshjälp, rökavvänjningshjälp, subventionerad motion och friskvård, friskvård på arbetstid, hälsoprofiler, hälsoinspiratörer och hälsopromotorer. I Personalredovisning 2007 kan man läsa att SDF Centrum, Hyllie, Västra Innerstaden, Södra Innerstaden tog fram tobakspolicys. SDF Oxie och Västra Innerstaden genomförde hälsogrupper för individer med upprepad korttidsfrånvaro. SDF Fosie använde Vårsångens friskvårdscentrum för alla medarbetare i förebyggande syfte. SDF Limhamn-Bunkeflo och Centrum arbetare med ”hälsosamt medarbetarskap” som går ut på att, genom hälsoenkäter, identifiera medarbetare i riskzonen för ohälsa och erbjuda insatser. SDF Husie och Rosengård drev projektet Fortuna, som syftar till att utveckla metoder för att få sjukskrivna att kunna återgå till arbete. Sjukfrånvaron i Malmö stad har under perioden 2002-2007 minskat med 27,6% (Malmö stad, 2007).

## 4 Definition av begrepp

Vi har i detta kapitel valt ut några centrala begrepp som man bör ha kännedom om för att lättare kunna följa vårt arbete.

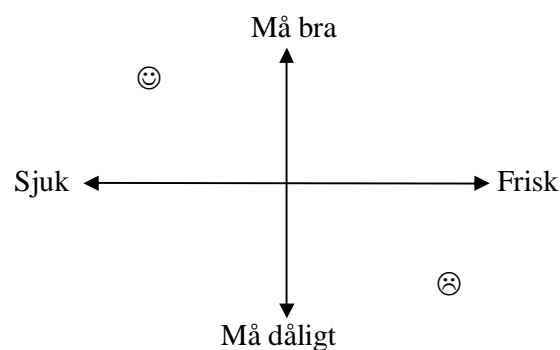
### 4.1 Organisation

En organisation är ett antal människor som utför uppgifter, tillsammans eller var för sig, för att slutligen nå ett gemensamt mål (Bruzelius & Skärvad, 2000).

### 4.2 Hälsa

Hälsa är ett mångfacetterat begrepp. Beroende på vem man talar med eller var man läser finns det olika definitioner. Vi har valt att utgå från den definition som Världshälsoorganisationen (WHO) använder sig av. Enligt WHO är hälsa "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp. Därmed beskrivs hälsa som ett positivt tillstånd, vilket inbegriper hela individen i förhållande till hans/hennes situation" (www.ne.se<sup>1</sup>).

Den definition som WHO ger oss är den som kallas *holistisk*, att se hela människans mående som ett. Man skiljer då på frisk/sjuk och hälsa/ohälsa. En individ kan vara sjuk, med fastställd diagnos, men i övrigt uppleva en god hälsa (se ☺ i figur 1), eller omvänt, vara frisk, utan fastställd diagnos, men uppleva ohälsa (se ☹ i figur 1). Motsatsen till detta synsätt kallas *biostatiskt*, då den endast ser till om en individ har en diagnos eller inte, alltså är individen antingen frisk eller sjuk (Thun, 2006).



Figur 1. Hälsokorset, Gösta Tibblins sätt att åskådliggöra WHO: s definition av hälsa (Menckel & Österblom, 2000, s. 19). ("Gubbarna" är vår egen konstruktion för att tydliggöra)

### 4.3 Hälsöfrämjande och ohälsöförebyggande insatser

Det finns två begrepp som låter likt varandra och gärna förväxlas men har olika betydelser, *hälsöfrämjande* (promotion) och *ohälsöförebyggande* (prevention). Skillnaderna är bra att veta men de ska inte särskiljas helt och hållet då de ofta samverkar med varandra.

Hälsofrämjande betyder att man erbjuder insatser och möjliggör för att människor ska kunna ha en hälsosam livsstil (Menckel & Österblom, 2000). Ohälsöförebyggande insatser fokuserar mer på den del som är sjuk, eller på väg att bli, för att avvärja och skydda individer från hälsofaror. I det hälsofrämjande försöker man möjliggöra att alla delar av en individ känner välmående, dessa delar är de fysiska, sociala och psykiska (Jernberger et al, 2006). Dessa insatser ska beröra alla och man arbetar för att möjliggöra så att det som är friskt förblir friskt. Vissa ohälsöförebyggande insatser berör alla, men många av dem är inriktade på de individer som befinner sig i en så kallad riskzon, där man kan se tecken på ohälsa. I begreppet ohälsöförebyggande inkluderas även rehabilitering (Menckel & Österblom, 2000).

#### **4.4 Friskvård**

Friskvård innebär åtgärder som motiverar individen till aktiviteter i hälsofrämjande syfte. Exempel på en friskvårdsaktivitet kan vara goda kostvanor, regelbunden motion, att vara rökfri och vila för att undvika stress ([www.ne.se](http://www.ne.se)<sup>2</sup>)

#### **4.5 Sjukfrånvaro**

Enligt Malmö stad innebär sjukfrånvaro att en individ är borta från arbetet på grund av sjukdom. Långtidsfrånvaro är då individen varit borta från jobbet i över 90 kalenderdagar. Motsatsen till sjukfrånvaro är *frisknärvaro*, ett begrepp som en del företag börjat använda sig av för att visa att deras personal även mår bra (Malmö stad, 2007).

#### **4.6 Psykosocial miljö**

Sådana faktorer i livsmiljön, av social natur, som har betydelse för psykiska processer. (Theorell, 2006) T.ex. gemenskap med arbetskamrater.

#### **4.7 Ledare**

En individ inom en verksamhet eller organisation, som har högsta ställningen och därmed bestämmanderätt ([www.ne.se](http://www.ne.se)<sup>3</sup>). Enligt Nyberg, Bernin och Theorell (2005) finns det ingen allmän definition av ledarskap, utan det finns många olika sätt att leda på. I en organisation ska ledaren motivera en grupp till att uppnå ett mål.

## 5 Teorier och tidigare forskning

---

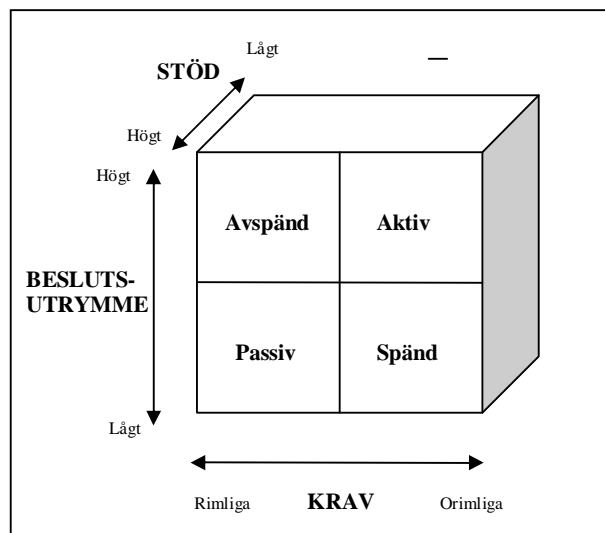
*För att veta var i vetenskapen vi tar avstamp från och för att förstå vilka redskap vi ämnar använda i analysen redogör vi i detta kapitel för de teorier vi valt samt för en del av den forskning som finns om det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbetet.*

---

### 5.1 Teorier

#### 5.1.1 Krav-kontroll-stödmodellen

Karasek introducerade år 1979 *Krav-kontroll-stödmodellen* (KKS, se figur 2), vilken senare utvecklades av Karasek och Theorell. Jeffrey Johnson lade till dimensionen socialt stöd till modellen (Theorell, 2006). Grundtanken är att vilka effekter psykiska krav får på medarbetare beror på hur mycket kontroll/beslutsutrymme medarbetarna har över sin egen situation samt hur mycket stöd organisationen ger. Enligt KKS kan stress i arbetslivet uppstå till följd av orimliga psykiska krav i kombination med att medarbetarens kontroll eller inflytande över arbetet är lågt, samtidigt som det finns brist på socialt stöd från kollegor. Karasek och Theorell testade modellen i förhållande till risk för hjärt- och kärlsjukdomar och fann att nyss nämnda kombination ökar risken för kranskärlsjukdomar (Karasek & Theorell, 1990; Theorell, 2006). Om arbetsbelastningen är hög kan ledaren minska stressen genom att ge medarbetarna möjlighet till kontroll över sin arbetsmiljö (Stordeur et al., 1999, se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.25) Att ha kontroll kan innebära både att ha inflytande över de egna arbetsuppgifterna och högt deltagande i beslutsfattande som t.ex. inflytande över de egna arbetstiderna samt möjlighet att komma med förslag och delta i beslut inför förändringar i organisationen. Det är dock endast individens upplevelse av krav och kontrollmöjligheter som är av betydelse (Theorell, 2006). Socialt stöd, mellan medarbetare samt mellan ledare och medarbetare, kan fungera som en buffert mot stress vilket både kan leda till att förebygga ohälsa och kan öka produktiviteten. Det finns fyra olika typer av socialt stöd: emotionellt stöd, stöd genom information/upplysningar, praktiskt stöd och stöd i form av uppskattning (House, 1981, se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.19).



**Figur 2 Krav-kontroll-stödmodellen (Theorell 2006)**

Rimliga krav och hög kontroll/beslutsutrymme över arbetet stimulerar medarbetarna till att lära sig nya saker, vilket utvecklar en känsla av självförtroende och kompetens, något som i sin tur förbättrar stresshantering (Theorell, Westerlund & Oxenstierna, 2005 se Hultberg, Dellve & Ahlberg jr., 2006 s.36). I en studie om frånvaro och ledarskap påvisades att medarbetarna på arbetsplatser med låg sjukfrånvaro upplevde, i större utsträckning, att de hade variation i arbetet, var nöjdare med sina arbetsuppgifter samt att de fick använda sin kompetens (Tollgerdt-Andersson, 2005 se Hultberg, Dellve & Ahlberg jr., 2006 s.36). I en stor svensk studie fann man att brist på stöd från arbetskolligor samt brist på inflytande var starka faktorer vid långtidssjukskrivning. Stöd från överordnade visade dock ingen säkerställd effekt (Oxenstierna et al, 2004 se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.24). Söderfeldt m.fl. (1997) stödjer, i artikeln *Does organization matter? A multilevel analysis of the demand-control model applied to human services*, Karaseks teori då de menar, att även om individuella faktorer spelar in i hanteringen av höga arbetskrav så spelar organisationen stor roll.

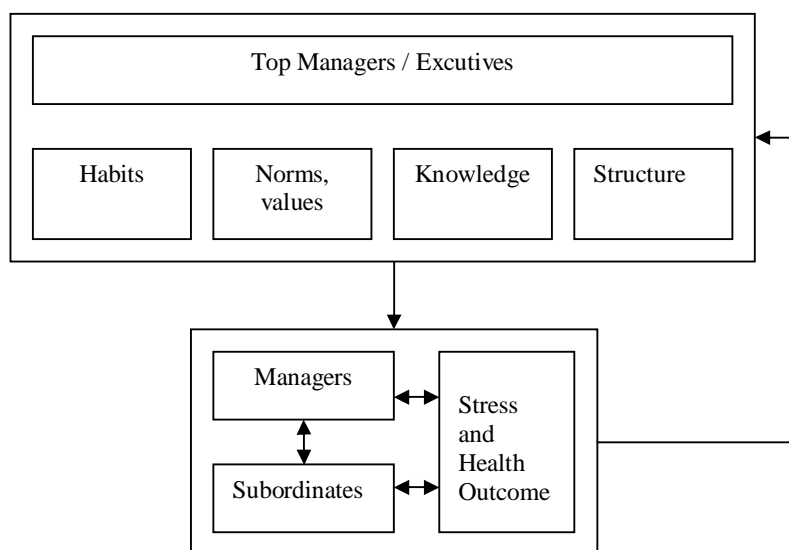
### **5.1.2 Person-environment fit**

Enligt *Person Environment Fit* (PE-fit) kan dålig matchning av individens kompetens och arbetets krav medföra sjukdomsrisker för individen (Theorell, 2006). PE-fit är ett samlingsbegrepp som kan delas in i två huvudsakliga undergränar: *person-organization fit* (PO-fit) och *person-job fit* (PJ-fit). PO-fit syftar till överenskommelsen mellan individen och organisationen då det gäller värderingar och normer. Forskare har, enligt Sekiguchi (2004), sagt att PO-fit är viktigt för att ett företag ska få och behålla en flexibel och engagerad

personalstyrka. PJ-fit syftar snarare till att se om en individ har de färdigheter och möjligheter som krävs för att utföra ett visst jobb (Sekiguchi, 2004).

### 5.1.3 Corporate Culture Health Transaction Model

Modellen nedan (se figur 3) visar hur en organisations kultur påverkar hälsan hos medarbetarna vilken i sin tur påverkar kulturen. De högsta cheferna (Top Managers / Executives) i en organisation bestämmer över de resurser som behövs för att kunna förändra en organisations kultur eller strukturer. Företagskulturen, strukturen samt ledningens förhållningssätt påverkar och utgör förutsättningarna för arbetsledarens (managers) ledarstil. Även medarbetarna (subordinates) är påverkade av och kan påverka organisationens struktur och kultur, men har inte lika stora möjligheter att påverka och förändra som arbetsledarna. De chefer som har direktkontakt med medarbetarna är de som främst kan påverka medarbetarnas hälsa och upplevelser av stress. Den närmaste chefens ledarstil avgör om medarbetarna känner stöd och omtanke. Vidare är det cheferna på lägre nivåer som avgör hur arbetet, med dess grad av frihet respektive begränsningar för medarbetarna, ska utformas i realiteten (Bernin, 2002; Schein, 1992 se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.3)



Figur 3. Corporate Culture Health Transaction Model (Bernin, 2002)

### 5.2 Tidigare forskning

Då människor idag spenderar större delen av sin vardag på arbetsplatserna, menar Unge, Schelp och Källestål (2004), att insikten om att denna plats måste vara en arena för folkhälsoarbete bör ökas. Hultberg, Dellve och Ahlborg jr. (2006) skriver i ISM-rapporten *Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter* att hälsofrämjande arbete bör innefatta samtliga organisatoriska nivåer. ”Exempel på

viktiga delar i det hälsofrämjande arbetet är strategisk ledning och styrdokument, organisationskultur och ledarskap, organisation och bemanning, hälsofrämjande aktiviteter för personalen samt tillgång till företagshälsovård.” (s. 7). Författarna menar att insatser som påverkar individens livsstil är av vikt, men att de bör kombineras med andra hälsofrämjande insatser (Hultberg, Dellve & Ahlberg jr., 2006).

År 2004 kom Karlsson med sin avhandling vid psykologiska institutionen vid Lunds Universitet. Denna fick namnet *Psykosocial ohälsa: samhälls-, primärvårds- och individperspektiv* och behandlar just det titeln säger. Inledningsvis i avhandlingen nämner Karlsson (2004) att sjukfrånvaron är något som varierat över tid i Sverige men att den nu under de senaste årtiondena har ökat och han visar på två möjliga skäl till detta: Större åldersspridning bland de anställda samt att arbetslivet har blivit mer pressat under 1990-talet och att det psykiska välbefinnandet därmed har försämrats. Även Angelöw (2002) nämner i sin bok *Friskare arbetsplatser – att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats* att den ökade pressen och stressen har en stor påverkan på den förhöjda sjukfrånvaron. Statens beredning för medicinsk utvärdering har i rapporten *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis* tagit upp olika anledningar till sjukfrånvaro och enligt denna rapport är de vanligaste anledningarna hög ålder, låg social status, dålig ekonomi och få möjligheter till att påverka sin arbetssituation (SBU 2003:167). Samtidigt som arbetslösheten ökade i Sverige i slutet av 1980- och början av 1990-talet, ökade upplevelsen av större psykiska krav framför allt hos kvinnor i den offentliga sektorn. Att oro, sömproblem och trötthet ökade under denna period kan ha varit en följd av effektivitetskrav och otrygghet (SOU 2000:91).

Eakin och MacEachen (1998) redovisar i artikeln *Health and the social relations of work: a study of health-related experiences of employees in small workplaces* att relationerna mellan anställda kan bidra till att medarbetare mår dåligt. I deras studie, gjord i Toronto, Canada, intervjuades 40 anställda på mindre företag (<50 anställda) om bl.a. relationen till medarbetare, överordnade och arbetsgivare samt om deras förståelse för hälsa och effekterna av hälsofrämjande beteende i relation till arbetet. Studien visar att ansträngda relationer på arbetsplatsen kan vara en anledning till att skador och ohälsa uppstår (Eakin & MacEachen, 1998).

WHO, Världshälsoorganisationen, har tagit fram ett antal fördelar, både ur ett företags- och medarbetarperspektiv, med att aktivt arbeta med personalhälsan. För organisationen kan ett



aktivt hälsoarbete innebära högre moral bland personalen, högre produktivitet, lägre sjukfrånvaro, en förminskad personalomsättning, lägre kostnader m.m. För den anställda beskrivs fördelar som ökad självkänsla, minskad stress, ökad jobbtillfredsställelse, förbättrad hälsa och förbättrad känsla av välmående (www.who.int). Whitehead (2006) stödjer detta och beskriver, i artikeln *Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers*, att god hälsa och välbefinnande bland medarbetare är viktigt då han anser att välmående individer bidrar till en bättre produktion, en välmående omgivning/familj och ett välmående samhälle, något som alla vinner på i längden. Vidare menar Whitehead att hälsofrämjande arbetsplatser underlättar för organisatorisk utveckling, främjar positiva levnadsvanor hos medarbetarna samt förebygger arbetsrelaterade skador och sjukdomar. Ledare och chefer måste därmed se till att det finns hälsofrämjande insatser som är väl underbyggda, långsiktiga och att deras effekter utvärderas (Whitehead, 2006). Även i Luxemburgdeklarationen, som Europeiska nätverket för hälsofrämjande arbetsplatser tog fram 1997, kan man läsa att det är bevisat att hälsofrämjande arbete är framgångsrikt för alla (organisationer, individer och samhället) men att det krävs att samtliga på en arbetsplats deltar och är motiverade (Menckel & Österblom 2000).

I artikeln *Health-promoting workplaces international settings development*, författad av Chu et al. (2000) behandlas olika faktorer som är viktiga för att få ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Dessa faktorer har ursprung ur två studier gjorda kring år 2000. De faktorerna man kom fram till var viktigast är *participation*, dvs. att all personal är delaktig, *project management*, att insatser bör ingå i en cykel av behov, planering, genomförande och utvärderingar, *integration*, att insatserna bör ingå i företagets dagliga arbete, och *comprehensiveness*, att insatserna bör bestå av olika typer av individ- och miljöinriktade åtgärder. I samma studie diskuterar man även hur stor del arbetsplatsen tar i människors liv och hur detta leder till att det är viktigt att arbetsplatsen är hälsofrämjande. Författarna påpekar att hälsoarbetet blivit mer uppmärksammat då fler företag, offentliga som privata, insett att framtiden kräver välmående medarbetare då allt påverkas av det; produktionen, kundernas inställning, samhället med mera (Chu et al., 2000).

År 2005 gjordes en studie i Västerbottens län, som en del av LAPP-projektet, ett projekt som skulle resultera i att sänka länets ohälsotal och förbättra arbetsplatserna, (www.lokalstrategier.se). Den nämnda studiens syfte var att undersöka vad som fungerar hälsofrämjande på arbetsplatser för att sedan sprida det budskapet till andra arbetsplatser. Studien var uppdelad i två undersökningar och den vi använt oss av riktade sig till 38 företag,

hälften offentliga, för att se vad de hade för hälsofrämjande insatser som fungerat. Företagen fann man genom tips på ”goda exempel” från projektets olika medlemmar och gemensamt för dem var att de hade låg sjukfrånvaro (Carlsson & Grape, 2006). De vanligaste insatserna som företagen använde sig av var friskvårdskort och tillfälle att träna på arbetstid. Även massage, vilopaus, pausgymna och liknande var vanligt. Majoriteten av företagen hade personalklubbar eller andra gemensamma aktiviteter så som resor, fester och ”fredagsfika”. Sju av företagen hade genomfört hälsoprofilsbedömning på sina medarbetare och försökte utefter det upprätta olika individuella planer för att personalen skulle utveckla sin hälsa eller fortsätta som de gjorde. Ergonomin var något de flesta företagen tog upp som viktigt för en hälsosam arbetsplats. De menade då inte bara verktyg för att undvika kroppsskador så som lyfthjälper, gångmattor och bättre stolar utan några företag tog även upp vikten av en vacker miljö då de anställda vistas större delen av vardagen på sin arbetsplats där de måste trivas. Förutom den fysiska arbetsmiljön var den psykosociala miljön viktig att ha i åtanke. Som viktiga komponenter för att gynna det psykosociala välbefinnandet nämndes: att skapa möjlighet för de anställda att uttrycka sina åsikter både medarbetare emellan och mellan medarbetare och chef, att skapa ett gott arbetsklimat och ge positiv uppmärksamhet, att de anställda kan vara med och påverka organisationen, får ansvarsfulla uppgifter och chans till kompetensutveckling samt att ha en väl förankrad personalpolicy (Carlsson & Grape, 2006).

Största anledningen till att insatserna fungerar ansågs vara att det fanns entusiastiska arbetsgivare och ledare som tror på och är beredda att satsa på ett hälsoarbete för sin personal. Ett öppet klimat, en förändringsvilja och ett gott tålamod är andra faktorer som krävs för att det ska ge en effekt. Att de anställda får vara med och utforma hälsoarbetet, ökar viljan och lusten att delta. Några företag nämner att deras medarbetare känner sig uppskattade och viktiga för företaget, något som får dem att vilja satsa på sin hälsa. Andra nämner att den låga medelåldern har med saken att göra, att de yngre har ett inbyggt ”hälsotänk” med sig från sin uppväxt. Att uppmärksamma de långtidsfriska, inte bara satsa på de sjuka, och uppmuntra dem ansåg vissa företag gav effekten att medarbetarna ville fortsätta att kämpa för att bevara sin hälsa. Deltagarna i studien ansåg över lag att det var svårt att motivera de som inte redan var ”frälsta” till att börja tänka hälsosamt, men de flesta tyckte sig se en förändring även hos dem, det tog dock längre tid och att ha tålamod var därför viktigt (Carlsson & Grape, 2006).

Nathalie Hassmén, docent i psykologi, och Peter Hassmén, professor i psykologi, (2005) skriver i sin bok *Hälsosam motion – lindrar nedstämdhet och depression* att regelbunden fysisk aktivitet har många positiva effekter för individen och nämner bl.a. bättre

immunförsvar. Motionerar man regelbundet med "lagom" intensitet minskar förkylningar och andra virussjukdomar. Ordet lagom definieras inte närmre utan är individuellt, dock ska man vara medveten om att hård elitträning kan ge motsatt effekt. En annan effekt är att åldrandeprocessen saktas ned. Normal åldersrelaterad nedgång i arbetsförmågan är omöjligt att undvika men med fysisk aktivitet kan man förlänga tiden innan nedgången börjar samt höja den grad nedgången utgår från. Muskler och skelett stärks, vilket i sin tur bidrar till en bättre balans och bättre motstånd mot arbetsskador (Hassmén & Hassmén, 2005). Fysisk aktivitet har inte bara effekter på kroppen utan även på det psykiska måendet. Hassmén och Hassmén (2005) ger oss några exempel på vad fysisk aktivitet gör med vårt psykiska mående bl.a. har det påvisats att individer är mer avslappnade efter en fysisk aktivitet än före, samt att oro och ängslan minskar. Det har även påvisats att fysisk aktivitet ger samma effekt som antidepressiva läkemedel.

I ett examensarbete, *Kokbok för friskare arbetsliv - en socialpsykologisk studie av hälsofrämjande strategier i arbetslivet*, från Växjö universitet har Bengtsson et al. (2002), på uppdrag av socialpsykologen och docenten Bosse Angelöw, kartlagt framgångsrika faktorer för hälsoarbete på arbetsplatser. Detta har de gjort genom att fråga 200 organisationer vad de gör för att främja hälsan hos sina anställda och sedan tittat på vilka effekter det har gett. Angelöw (2002) har sedan sammanställt deras resultat i boken *Friskare arbetsplatser - Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Bengtsson et al. (2002) håller med Eakin och MacEachen om att sociala relationer på arbetet är viktiga och påpekar även att ett gott arbetsklimat är en grundläggande faktor för att hälsoarbete överhuvudtaget ska kunna bedrivas på arbetsplatser. Bengtsson et al:s (2002) undersökning visar att deras intervjupersoner, från de företag där man satsat på gruppsammansättningen och olika former av teambuilding, anser att arbetsklimatet har blivit bättre. Satsningarna ökar engagemanget och sammanhållningen vilket i sin tur leder till högre arbetstillfredsställelse.

Enligt Arneson (2006) finns det en koppling mellan *psykisk empowerment* i arbetslivet och självskattad fysisk och psykisk hälsa. Psykisk empowerment definieras som individens upplevelse av att ha ett meningsfullt arbete, kompetens nog att utföra sina arbetsuppgifter, självbestämmande över sitt arbete samt möjlighet att påverka organisationen (Spreitzer, 1995). Arbetsplatser där de anställda har tillgång till utbildningsmöjligheter, information, resurser och stöd kan bidra till psykisk empowerment hos de anställda. Vidare visar Arneson (2006) att en kombination av socialt stöd och psykisk empowerment har en positiv inverkan på den självskattade hälsan. Angelöw (2002) nämner att det i Bengt Arnetz studie på 5000

chefer och medarbetare visat sig att ökad delaktighet på arbetsplatsen leder till lägre grad av upplevd stress (Arnetz, 2002 se Angelöw, 2002 s.55).

I *Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag* den andra delstudien i *Hälsa och framtid - ett forskningsprojekt om långtidsfriska företag* undersöker Ahlberg et al. (2008) vilka faktorer som fått vissa företag att ha låg långtidsfrånvaro. Forskningen är gjord på 38 företag som representerar alla branscher och är spridda över hela landet. Hälften av företagen har en låg långtidsfrånvaro och forskningen syftar till att se vilka faktorer som bidragit till det. Man kom fram till följande faktorer för ett hälsosamt företag: bra och välutvecklat *ledarskap* där ledaren får en särskild utbildning samt tillgång till stöd, medarbetarna har tillgång till *kompetensutveckling* vilket gör att de känner sig betydelsefulla för företaget, tydlig *kommunikation* via olika informationskanaler och direktkontakt leder till högre kännedom inom företaget. *Delaktighet* och *handlingsutrymme*, dvs. möjlighet att påverka och själv bestämma över sitt arbete, anses öka engagemanget och företagskänslan vilket leder till högre arbetsmoral. De flesta företagen i studien, både med låg och medelstor sjukfrånvaro, hade företagshälsovård knutet till företaget samt friskvårdskort till sina anställda, dock var detta inget som undersökningen kunde påvisa bidrog till att vissa företag hade lägre långtidsfrånvaro, då detta kräver en mer riktad undersökning (Ahlberg et al., 2008).

I rapporten *The impact of leadership on the health of subordinates* har Nyberg, psykolog och forskarassistent, Bernin som är specialist i allmänmedicin och företagshälsovård, och Theorell, professor i psykosocial medicin, sammanfattat vad internationell forskning visar kring förhållandet mellan ledarskap och personals hälsa. Författarna konstaterar i rapporten att ledarskapet har betydelse för medarbetarnas hälsa (Nyberg, Bernin & Theorell, 2005).

Nyberg, Bernin och Theorell ger exempel på olika ledarstilar som kan påverka medarbetares hälsa och nämner bl.a. *relationsorienterade* och *uppgiftsorienterade* ledarstilar.

Relationsorienterade ledare visar intresse och omtanke om sina medarbetare samtidigt som de ger god vägledning. Uppgiftsorienterade ledare, å andra sidan, ägnar sig framför allt åt att lösa arbetsuppgifterna medan arbetsgruppens medlemmars tillfredsställelse får stå åt sidan, vilket medför att medarbetarna löper större risk att drabbas av ohälsa (Lord, 1977 se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.9). Relationsorienterat ledarskap har en positiv inverkan på medarbetarnas hälsa då det riktar sig till medarbetarnas attityder, känslor och tillfredsställelse och ökar därmed samhörigheten, minskar konflikter samt främjar moralen bland medarbetarna (Nyberg, Bernin & Theorell, 2005). Forskningen visar på att renodlad relationsorienterad ledarstil eller en kombination av relations- och uppgiftsorienterad ledarstil har positiva

effekter på arbetstillfredsställelse hos medarbetarna samtidigt som det i de flesta fall även leder till högre produktivitet (Bass, 1981 se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.9).

Nyberg, Bernin och Theorell (2005) summerar till slut sex faktorer som främjar hälsan bland medarbetare och menar att ledaren bör:

- Vara karismatisk.
- Få medarbetarna att uppleva sitt arbete som meningsfullt.
- Visa omtanke om medarbetarna.
- Erbjudna struktur då det behövs, framför allt i stressiga situationer.
- Erbjudna medarbetarna kontroll över sin arbetsmiljö, sin arbetssituation och tillhandahålla möjligheter för delaktighet och autonomi.
- Ställa intellektuell stimulans till förfogande.

Hultberg, Dellve och Ahlborg jr. (2006) menar att ett viktigt sätt att förebygga sjukskrivningar är att utbilda chefer och arbetsledare i stress och stresshantering så att de på ett tidigt stadium kan se tecken på begynnande utbrändhet. Det är även viktigt, i hälsofrämjande mening, att utveckla ett uppmuntrande och stödjande ledarskap där chefen t.ex. ger tydlig information om verksamheten och dess mål, ger medarbetarna feedback och möjlighet till kompetensutveckling, visar medarbetarna uppskattning samt skapar tillfällen för att tala om svårigheter i arbetet. För att en chef ska kunna utföra ett gott och hälsofrämjande ledarskap krävs att denne inte har för många medarbetare att ansvara för. Det optimala antalet underställda för en chef kan variera beroende på hur organisationen ser ut och hur stabil den är. Lagom många medarbetare medför att ledaren har möjlighet att utveckla en god relation till medarbetarna genom t.ex. feedback, medarbetarsamtal, tillfällen att visa omtanke samt möjlighet att uppmärksamma tecken på överbelastning, konflikter eller ohälsa (Hultberg, Dellve & Ahlborg jr., 2006). Bosse Angelöw nämner i sin bok att ledaren som förebild är viktig i det hälsofrämjande personalarbetet. Genom att visa goda exempel kan denne inspirera andra (Angelöw, 2002).

Bolman och Deal redogör för forskning kring det ”goda ledarskapet” där de refererar till olika kvalitativa studier som har gjorts och vilka resultat de kommit fram till. Egenskaper som författarna kommit fram till är viktiga för att få en välmående och produktiv personal är engagemang, passion, drivkraft och ärlighet. Att känna starkt för sitt jobb, dess arbetsuppgifter, sina anställda och förmågan att inge förtroende anses också vara viktigt. Samma författare anser i sin bok *Nya perspektiv på organisation och ledarskap* att en ledare

och dess egenskaper varierar beroende på vilken organisationsform den tillhör och att en flexibilitet hos ledaren därför är viktig (Bolman & Deal, 2005).

## 6 Resultat

---

*Här nedan presenterar vi vårt empiriska material som vi har samlat in under våra intervjuer. När vi sammanställde vårt material valde vi att utgå från våra frågeställningar, därav följande rubriker: Orsaker till ohälsa och sjukskrivningar, Strategier och effekter för att främja hälsan, Ledarens betydelse för medarbetarnas hälsa. Förutom dessa valde vi även rubriken Den ideala arbetsplatsen ur ett hälsoperspektiv, då detta var ett återkommande tema i intervjuerna. Förklaringar till de förteckningar vi har över intervjupersonerna återfinns under rubriken Urvalsprocessen på sida 8.*

---

### 6.1 Orsaker till ohälsa och sjukskrivningar

Alla stadsdelar har dokumenterat sjukfrånvaro (Malmö stad, 2007). På frågor som berör vilka yrkesgrupper som hade störst sjukfrånvaro kan AL1, AL2, AL3 och SO endast uttala sig om hur det ser ut på deras arbetsplatser. PS2, vill inte uttala sig utan att ha aktuella siffror till hands. Övriga svarar att de största sjukfrånvarosiffrorna finns inom vård- och omsorg samt inom barnomsorgen, men vet inte några exakta siffror.

*- Vi ser ju att sjukfrånvaron bland barnskötare, förskollärare och vårdbiträden är oacceptabelt hög. (PC)*

*- För där var sjuktalet störst och det är ju allmänt, vet vi ju: "var finns de största ohälsfaktorerna?" Jo, det är ju ofta bland människor med lägre utbildning, kvinnodominerade yrken. Vi vet att det är så i vård och omsorg och vi ser ju det också. (SC)*

SO vet inte vad sjukskrivningarna på arbetsplatsen beror på p.g.a. sekretessen. Som anställd får man inte den informationen. H1, H2 och PS2 säger att sjukfrånvaron i stadsdelen kan bero både på hem- och arbetsförhållandena. H1 säger att framför allt orsakerna till psykisk ohälsa kan vara svåra att utröna då hem- och arbetsförhållandena påverkar varandra. PC menar att psykosociala problem antagligen finns överallt inom organisationen och nämner konflikter som en orsak till dessa. SC kan inte uttala sig om vilken typ av problem som sjukskrivningarna inom vård- och omsorg beror på, psykosociala eller fysiska.

*- Jag tror det handlar både om arbetsmiljön och privata situationer. Det ser man lite när man sitter i rehabären. Det är inte bara arbetsmiljön och arbetssituationen som bidrar utan även det privata runt omkring som spelar in. (PS2)*

AL1 och AL2 menar att de inte har några som är långtidssjukskrivna på grund av arbetet. Den korttidssjukfrånvaro de har beror på vanliga sjukdomar som exempelvis förkylning. Däremot säger AL3 att det är ofrånkomligt att få förslitningsskador, då denna arbetsplats är inom

äldreomsorgen där arbetet innebär tunga lyft. PS1 och PC instämmer med det sistnämnda. SC nämner att förslitningsskador är vanligare inom vård- och omsorgsyrkerna än inom andra yrkeskategorier.

*- Det är vård och omsorg och barnskötare. Det är här det är mycket klassiska symptom, antingen är det utbrändhet eller så är det förslitningsskador, rygg, axlar och andra klassiska symptom inom vårdrket. Och det ser man på siffrorna i statistiken, vård och omsorg är mest drabbade. (PS1)*

*- Jobbar man i förskolan så drar man på sig mer infektioner än om man jobbar som personalsekreterare här på förvaltningen. Om jag ex får ett ryggskott som personalchef kan jag ta mig hit, sitta här och anpassa jobbet efter vad jag kan. Men om jag jobbar som barnskötare så är det nästan omöjligt att genomföra en dag. Så man är mycket mer sårbar och beroende av sin kropp i vissa yrken. Lyfta gamlingar och så ute på ett vårdboende, det kan man inte heller göra om man är febrig och så. Det kan va en förklaring till att de har fler som är sjukfrånvarande. Sedan sliter det på kroppen också. (PC)*

AL3 tror att, förutom förslitningsskador, kan attityden och arbetsmoralen hos medarbetarna spela in i sjukfrånvaron. Hon tycker sig se en generationsskillnad då de flesta av hennes medarbetare, som tillhör en äldre generation, sällan är sjukskrivna. Sommarvikarierna, som tillhör en yngre generation, är däremot oftare är sjukskrivna.

*- Det är arbetsmoralen. Idag prioriterar ungdomar fritiden framför arbetet medan de som växte upp för 50 år sedan såg arbetet som det stora i livet och att det var en stolthet. (AL3)*

## **6.2 Strategier och effekter för att främja hälsan**

Som vi tidigare nämnt drivs verksamheterna i Malmö stad utifrån politiska mål. Då det gäller hälsoarbetet är det politiska direktivet att få ner sjukfrånvaron bland de anställda. Utifrån det får varje stadsdel själv utforma sitt hälsoarbete för personalen (Malmö stad, 2007). I våra intervjuer framkom en mängd olika insatser, en del delas av många stadsdelar medan andra enbart används av en. Några av Malmö stads stadsdelar har hälsopromotorer och ytterligare en stadsdel ska anställa en utvecklingssekreterare som ska ha det övergripande ansvaret för arbetsmiljöfrågor, hälsa och hälsofrämjande aktiviteter. Tjänsten tillkommer som ett led i ansträngningarna att minska sjukfrånvaron då personen med denna tjänst ska fungera som en expert, med tid för och fokus på personalens hälsa. På en del arbetsplatser i stadsdelarna finns hälsoinspiratörer, medarbetare med uppgift att inspirera sina kollegor till ett hälsosammare liv och komma med idéer och synpunkter på hur arbetsplatsen kan bli mer hälsofrämjande. Alla våra intervjupersoner nämnde att de var kopplade till företagshälsovården på entreprenad, vilka erbjuder medarbetarna hjälp både för psykiska och fysiska problem.



Alla intervjupersoner uppger även att det finns någon form av subventionerad träning eller annan friskvård i stadsdelen. Friskvård kan, enligt intervjupersonerna, förutom träning innebära bl.a. fotvård och massage. Några stadsdelar har överenskommelser med träningscenter för billigare träningskort, andra går in och betalar en del av träningskortet och ytterligare andra erbjuder helt kostnadsfria alternativ. Vid frågan om varför det satsas på subventionerad träning och friskvård svarade alla intervjupersoner att det är en vedertagen kunskap att träning är bra för hälsan.

*- Det bygger ju på en tro att om man har en medarbetare som är i bra fysisk form så påverkar det hur man mår mentalt och hur man presterar i sitt arbete. Det bygger på en tro att kost och motion är viktigt för medarbetarens välbefinnande och det är väl ingen nyhet. (PC)*

*- Det har visat sig att om man satsar på medarbetarens hälsa och förebyggande så kan man vinna mycket på det på lång sikt och det tror vi på. (PS1)*

PS2 tror att deras friskvårderbjudanden används. PS1 tycker att det är ganska många som utnyttjar erbjudandet om friskvårdssubventionering, men att det är långt ifrån alla och nämner att det antagligen är mindre än hälften. SO tror att det är en hög procent på arbetsplatsen som utnyttjar friskvårdskatalogens erbjudanden samt att han har hört att de som använder sig av massage på arbetstid mår bättre och har mindre ont.

PC och AL3 menar att friskvårdssubventioneringen utnyttjas dåligt. Men AL3 menar att vissa av dem som inte utnyttjar erbjudandet ändå tränar på annat håll, vidare menar AL3 att det är svårt att nå de som inte haft ett aktivt liv sedan tidigare och kopplar det till ålder. De yngre medarbetarna är lättare att motivera, något som AL1 instämmer med. AL2 säger att 3 av 11 använder träningskortserbjudandet på arbetsplatsen och tror att anledningen till att de är så få är att de inte orkar lämna in kvitton samt att de har andra aktiva fritidsintressen.

SC säger att detta med subventionering av träningskort har funnits länge och att det är en insats som bygger på en överenskommelse med facken. Det har gjorts en undersökning som visat det att det är mindre än 50% av personalen i stadsdelen som använder sig av erbjudandet, något som gör att SC ställer sig kritisk till subventioneringen.

*- Jag kan säga väldigt tydligt. Det är ett sätt för arbetsgivaren att köpa sig fri. Det är noll och inget värde i det för jag hade köpt mitt "friskiskort" ändå, jag går ändå. Men hon går inte fast att hon kan få 500 kr. Det behövs något annat för det. (SC)*

Vid frågan om varför SC inte tagit bort insatsen och satsat pengarna på annat svarar SC:

- Jag ska säga ärligt att det handlar om vilka strider jag ska ta. (SC)

I tre av de stadsdelar som vi haft intervjuer fanns friskvårdstimme, dvs. möjlighet att träna på arbetstid, för all personal. I en stadsdel erbjöds friskvårdstimme till de individer som ansågs ligga i riskzonen. Intervjupersonen från denna stadsdel tror att om friskvårdstimmen skulle vara för alla så skulle den främst utnyttjas av dem som redan tränar och inte få igång de hon kallar ”soffpotatisar”. Ytterligare en stadsdel har försökt med friskvårdstimme men avskaffade efter utvärdering denna, då det inte gett önskat utfall.

Intervjupersonerna, i stadsdelar med friskvårdstimme för alla, nämner att det inte används i den utsträckning de hade önskat. Bl.a. är det svårt för personal inom vård och omsorg samt barnomsorg att kunna utnyttja insatsen. PC säger dock att det är upp till varje arbetsplats att finna en lösning på det problemet.

- Och sen är det så att de som verkligen behöver detta är de som är svårast att nå. De som använder detta minst, enligt vår känsla är de som jobbar med de små barnen och de inom vården /.../ Det gäller att hitta lösningar på arbetsplatsen hur man kan göra. (PC)

- Det är inte helt rättvist men det har funnits länge, hade jag fått välja hade jag tagit bort det och satsat på annat (H2)

PS1 menar att man använder friskvårdstimme men att resultatet och användningen av denna inte följs upp så noga på grund av tidsbrist och prioriteringar då stadsdelsförvaltningen först och främst måste prioritera sitt uppdrag gentemot malmöborna. Därför kan PS1 inte uttala sig om effekten av insatsen.

Alla våra intervjupersoner nämner att det var svårt att veta hur de skulle få igång de som inte redan var fysiskt aktiva. Några nämner dock olika försök till att motivera denna målgrupp, ex. ”poängligan”, som innebär att man genom fysisk aktivitet kan samla på sig poäng och belönas med olika priser. Andra förslag är stegräknartävlingar, att prova på aktiviteter i grupp, inspirerande hälsodagar med föreläsningar om kost och träning samt hälsoinspiratörer på arbetsplatserna och att om bara några medarbetare kom igång så kunde det ge ”ringar på vattnet”.

Flera av våra intervjupersoner ser rekryteringsprocessen som en viktig del i det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande arbetet. Om rekryteringar sker under stress och därför inte sköts på rätt sätt kan det komma in individer som inte klarar av arbetsuppgifterna

eller har sådana brister så att det går ut över arbetet och medarbetarna. En strategi som en stadsdel använder sig av är ledarna har bjudits in till en utbildning som inledningsvis ska fokusera på rekryteringsprocessen. PC hävdar att man genom att rekrytera rätt medarbetare framöver, både på chefs- och medarbetarnivå, kommer få effektivare och hälsosammare arbetsplatser. Även AL2 nämner rekrytering som en viktig del då hon menar att om en arbetsgrupp ska fungera både socialt och arbetsmässigt så spelar gruppammansättningen in. Hon säger dock att det är svårt vid rekrytering av nya människor att avgöra vem man ska anställa för få en bra arbetsgrupp.

*- Det är viktigt att få rätt man på rätt plats /.../ Jag menar, ska man jobba med gamla människor där det finns tunga lyft så måste man ha en kropp som fixar detta. (PC)*

En stadsdel har konditionstest inför anställning till barnomsorgen, intervjupersonen nämner att det inte är avgörande men att det skulle ge en signal att arbetsgivaren tycker att personalens hälsa är viktig. PS1 tyckte att detta var en bra idé medan PC inte höll med.

*- Jag tycker inte man ska ha någon form av fystest inför jobbet men man ska som arbetsgivare informera inför anställningen om vad som väntas av en och vilka uppgifter man ska klara. (PC)*

På liknande sätt reflekterar SC över vilka som är anställningsbara och frågar sig om en person som väger så mycket att denne knappt orkar bära upp sin egen kropp är lämplig att anställa för ett vårdyrke där personen kan behöva göra tunga lyft. AL3 säger att hon ser på helheten vid en anställningsintervju, t.ex. om man röker, har en aktiv fritid m.m. Hon tror nämligen att livsstilen påverkar arbetet. Däremot tycker hon att det vore diskriminering att inte anställa någon för att denne inte motionerar på sin fritid.

*- Är man aktiv på fritiden så mår du nog lite bättre i det tunga arbetet, tunga lyften och tunga psykiska påfrestningen än om man inte är aktiv. (AL3)*

H1 menar att individen har ett ansvar att bevara den kompetens som man blev anställd för.

*- Om man är anställd för att man är på ett visst sätt. Då kan man inte bara 20 år senare... gått upp 50 kg, börjat röka å aldrig röra på sig. Det är ju inte samma person som blev anställd. (H1)*

När det gäller det psykosociala personalarbetet menar PC att det är svårt att säga vilken specifik insats som man kan kalla psykosocialt förebyggande, då hela arbetsmiljöarbetet handlar om att skapa bra arbetsplatser där medarbetarna trivs. Det innebär förutom en säker

arbetsmiljö, där ingen blir skadad, att medarbetaren har tillgång till information, får vara med och påverka samt har en arbetsledare som lyssnar.

Alla intervjupersonerna nämner att deras arbetsplatser eller stadsdelar har arbetsplatsträffar (APT) och medarbetarsamtal, men det är endast SC, PC, PS2 som nämner APT som ett exempel på en insats för att främja den psykosociala hälsan. Enligt PS2 är APT ett forum där medarbetare på en arbetsplats kan ta upp och diskutera hur man kan förbättra och förändra den fysiska och psykosociala arbetsmiljön. SO förklarar att alla på arbetsplatsen har medarbetarsamtal med sin närmsta chef och att det är ett tillfälle att ta upp tala med sin chef om hur det fungerar på arbetsplatsen och om den egna fortsatta utvecklingen. AL2 nämner att hon har gått en utbildning i att hålla APT. PC berättar att det i en lokal utvärdering i stadsdelen framkom att det fanns brister i APT och att det i stadsdelen därför ska satsas på utbildningar i hur man praktiskt ska arbeta med APT och medarbetarsamtal. PS2 säger att alla anställda i fjol fick en utbildning i hur man ska ha medarbetarsamtal och vad som ska tas upp där. I en övergripande undersökning i Malmö stad framkom det, enligt SC, att många medarbetare var missnöjda med medarbetarsamtalen och att man även i denna stadsdel därför har satsat på utbildningar i medarbetarsamtal. Enligt PC är det svårt att se vilken effekt på det psykosociala måendet som arbetsplatsträffarna har då det är svårt att utvärdera.

AL1 poängterar att det är viktigt att medarbetarna känner sig delaktiga i arbetsplatsens arbete. Därför har hon satsat på att ge sina anställda inflytande på olika sätt t.ex. att medarbetarna tillsammans bestämmer sina arbetstider och gör upp arbetsplatsens schema. Hon ger även var och en av medarbetarna vars ett ansvarsområde, som t.ex. kan vara fakturering eller att vara säkerhetsombud.

*- Och det är ju inte lätt att jobba som vårdare för det är ju väldigt begränsat med karriärmöjligheter och så. Då är det viktigt att man känner sig delaktig, att man kan påverka, därför jobbar vi så att alla här har olika ansvarsområden. (AL1)*

AL3 anser att hennes anställda har valmöjlighet och inflytande över sina arbetsuppgifter, men nämner samtidigt att hon tror att det beror på vem man frågar då hon ser det ur ett ledarperspektiv och medarbetarna ser det ur sitt perspektiv. SO menar att man i hans verksamhet styr sitt arbete själv och tycker det är bra. AL2 säger att de på arbetsplatsen har APT en gång i veckan och att det där fattas gemensamma beslut angående arbetsplatsens verksamhet. Hon ger ytterligare ett exempel på en insats för delaktighet och nämner rekrytering av nya medarbetare. AL2 anser det vara av vikt att medarbetarna få vara aktiva

vid rekryteringsprocessen då det är dem som sedan ska arbeta tillsammans med den nyanställda. Även PC nämner att det är viktigt med delaktighet vid rekrytering.

*- Om det är en medarbetare till ett arbetslag så är det viktigt att de andra får tycka till så att man inte känner sig utanför processen och kanske därför inte tar emot den anställde väl. Alla kanske inte kan va med, men en representant från arbetslaget kan va med på intervjuer. Där är vi nog rätt duktiga på att hålla hög delaktighet. (PC)*

En del aktiviteter anordnas för att öka gemenskapen och intervjupersonerna ger exempel på sådana som görs på deras arbetsplatser: personalfester och gemensamma fikapauser. SO menar att följderna av sådana aktiviteter blir att de sociala relationerna på arbetsplatsen främjas. Det hade nyligen varit en personalfest på SO:s arbetsplats där uppslutningen hade varit hög.

*- Det gäller att riva murarna och ju mer man snackar med varandra och samarbetar ju bättre blir det på en arbetsplats. (SO)*

AL1 säger att det är viktigt med gemensam tid när arbetet i övrigt är ensamt och berättar att de på hennes arbetsplats börjat äta lunch tillsammans. AL2 säger att medarbetarna ibland ordnar ölkvällar och att hon ordnar julbord. Anledningen till att hon inte ordnar mer är att personalen redan har gemensamma intressen som binder dem samman och att hon tror att medarbetarna behöver tid för att vara hemma. I Västra innerstaden finns enligt en av våra intervjupersoner en personalklubb som anordnar olika sociala evenemang som medarbetarna får anmäla sig till, t.ex. bio och restaurangbesök.

En stadsdel har en *gemensam* friskvårdstimme. Anledningen till att den är gemensam är enligt en intervjuperson att den förutom att ge fysisk träning ska skapa gemenskap bland personalen.

På AL1 och AL2s arbetsplatser får personalen handledning, denna utgör ett stöd i hanteringen av psykiskt påfrestande situationer som är en del av arbetet. AL1 nämner dessutom att socialt stöd mellan medarbetarna är avgörande för att de ska orka med arbetet. Ibland har det dock varit så tuffa situationer att psykologer från företagshälsovården har fått kopplas in. AL2 instämmer och berättar att medarbetarna brukar hjälpa och stötta varandra. PC säger att de som arbetar inom individ och familj har obligatorisk handledning och nämner att han tror att det även finns ett behov av handledning eller coachning hos dem som jobbar med barn och ungdomar, på t.ex. skolor.

AL3 nämner att arbetsklimatet på hennes arbetsplats inte är det bästa och tror att det beror på att det endast arbetar kvinnor där. Hon säger att det lätt blir ”snick-snack”. För att åtgärda detta så har hon anordnat samarbets- och kommunikationsövningar på planeringsdagar. AL3 tycker att kommunikationen har blivit tydligare efter det. När AL2 talar om kommunikation berättar hon att hon arbetat aktivt för att personalen ska ha en öppen kommunikation. Som exempel ger hon att hon stödjer att man pratar *om* och *med* varandra på ett öppet sätt då hon tror att detta förhindrar ”skitsnack”. AL1 menar att det alltid finns någon i en arbetsgrupp som är mer negativ än andra och säger att det beror på den personen hur hon arbetar med det.

*- Innan så har ju var och en gått och haft sin uppfattning. Det är ju jättelätt att missuppfatta saker och ting och det kommer ju inte fram förrän man berättar. /.../ Jag tror det är extra viktigt med högt till tak i en sådan här tuff miljö. (AL2)*

AL1 poängterar också vikten av en öppen och rak kommunikation på arbetsplatsen. När hon skulle ta sig an en ny arbetsgrupp fick de från början, genom praktiska övningar och teoretisk kunskap, lära sig hur man kommunicerar på ett bra sätt.

Sist men inte minst tyckte AL1 och AL2 att humor var en viktig del i det dagliga arbetet.

*- Jag tror att humor är jätteviktigt. Man måste ha humor. (AL1)*

Samtliga intervjupersoner säger att sjukfrånvaron i stadsdelarna har minskat och tror att det kan vara en följd av ovannämnda insatser och strategier. SC och PS1 nämner att försäkringskassans nya rutiner kring sjukskrivning kan vara ytterligare en anledning till minskningen av sjukfrånvaron. Förutom detta nämnde PS1 även den tuffa konkurrensen på arbetsmarknaden som en anledning. Vid frågan om de insatserna ovan utvärderas får vi reda på att Malmö stad gör enkäter vart annat år för att se hur de anställda uppfattar sin arbetssituation, arbetsmiljö och sin ledare. Utöver det får varje stadsdel eller arbetsplats själva utveckla metoder för att undersöka effekterna. PS1 nämner att stadsdelen har gjort en lokal enkät. AL2 och AL3 har själva utvärderat sina arbetsplatsers arbetsmiljö med enkäter. Någon utvärdering av vad friskvårdsinsatserna, som vi ovan nämnt, medför finns enligt intervjupersonerna inte. Ett undantag är Limhamn-Bunkeflo ”hälsosamt medarbetarskap” som innan det blev permanent från att ha varit ett projekt utvärderades och visade på en förbättrad hälsa hos dem som deltagit.

### **6.3 Ledarens betydelse för medarbetarnas hälsa**

I Malmö stads styrdokument *Friskare arbetsplatser – strategier för minskad frånvaro* framgår rekommendationer på att kommunens ledare inte bör ansvara för fler än 25 medarbetare (Malmö stad, 2005), något som SC tror på och säger sig arbeta för att uppnå. Dock är det, enligt SC, ett svårt mål att uppnå. I *Personalredovisning 2007* kan utläsas att de största bristerna i ledartätheten fanns inom verksamhetsområdena barn och ungdom samt vård och omsorg.

I arbetet har vi intervjuat ledare och deras olika nivåer innebär olika arbetsuppgifter. I våra intervjuer framkom det vilka uppgifter som ledarna på de olika nivåerna ansvarar för. SC:s främsta uppdrag är att ansvara inför stadsdelfullmäktige och att arbetet sker genom politiska beslut då det är skattefinansierat. SC:s uppdrag går ut på att styra arbetet i stadsdelen åt samma håll, något som SC gör genom att leda andra ledare. I denna roll har man oftast ingen direktkontakt med medarbetarna i stadsdelen. PC:s uppgift är att se till så att personalavdelningen gör det den ska, dvs. stöttar cheferna ute i stadsdelen så att de kan driva framgångsrika verksamheter. PC har inte heller någon direktkontakt med medarbetarna utan arbetar främst med arbetsledarna som ansvarar för de olika verksamheterna, detta arbete bedrivs tillsammans med personalsekreterarna. PC säger att det är svårt att från personalavdelningen bestämma hur det hälsofrämjande arbetet ska bedrivas. Arbetsledarna ute på arbetsplatserna har däremot direktkontakt med sina anställda, de har dock många uppgifter att sköta förutom personalens hälsa. AL1 berättar att hennes uppgifter som chef, förutom att se till så att vårdtagarna får rätt vård, är att sköta lönerapporteringar, hitta ersättare när någon är sjuk samt att se till så personalen har ett fungerande arbetssätt. PC säger att som arbetsledare har man ansvar för att det uppdrag som arbetsplatsen har utförs, för detta krävs en fungerande arbetsgrupp. Ingen annan än arbetsledaren har det ansvaret men till sin hjälp har de sina medarbetare.

*- Våra chefer har ju en uppgift att lösa och de vill ju såklart ha personal som kan hjälpa dem att lösa denna, de klarar sig inte utan medarbetarna och därför vill de ha friska och glada medarbetare. (PC)*

Samtliga intervjupersoner betonar ledarens betydelse i det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbetet. SC säger att hur mycket en arbetsplats arbetar för de anställdas hälsa beror på attityderna hos ledarna och att detta är personbundet. Enligt H1 måste ledarna på alla nivåer vara engagerade för att de ovan nämnda friskvårdsinsatserna och

strategierna ska kunna genomföras. För att få resurserna måste de högre cheferna vara villiga att satsa:

*- Jag måste ju ha cheferna med mig det är ju självklart. (H1)*

Gällande friskvårdsinsatserna var intervjupersonerna överens om att de inte kan tvinga medarbetarna till en hälsosammare livsstil utan endast kan erbjuda möjligheter och försöka motivera. PC uttrycker att det är arbetsgivarens ansvar att erbjuda sådana möjligheter men att det sedan är individens ansvar att själv ta emot erbjudandet eller inte. AL3 säger att hon kan erbjuda sina medarbetare friskvård men att hon inte kan tvinga då det är utanför arbetstid utan den enskilde måste själv vilja. Hon poängterar att det största ansvaret alltid ligger på den anställde. H2 tycker också att det är individens ansvar, men att det blir arbetsgivarens ansvar om en person inte sköter sin hälsa och blir sjuk. AL3 säger att det är hennes skyldighet att rehabilitera de som är sjukskrivna eller anpassa arbetsplatsen så att de kan arbeta trots sjukdom. H2 uttrycker en önskan att ibland kunna ta bort frivilligheten. SO instämmer att ansvaret ligger på individen själv.

*- Det är ingen annan som kan tala om att man måste göra detta. Det är upp till hur man själv vill må och hur frisk man ska va. (SO)*

AL1 menar att alla måste ta ansvar för sin hälsa själva och att även om hon tycker att någon kanske borde sluta röka eller gå ner i vikt kan hon inte säga det till personen, då det skulle innebära ett personangrepp. Samtidigt som H2 ibland önskar att friskvårdsinsatserna inte vore frivilliga påpekar H2 att det finns sjukdomar som inte går att förebygga med insatser.

På tal om den fysiska arbetsmiljön nämner PS2, SC, AL1, AL3 och SO att både arbetsgivare och medarbetare, enligt arbetsmiljölagen (AML), är ansvariga för arbetsmiljön. Den anställde har ett egenansvar och måste rapportera brister till chefen, som har ansvar för att det åtgärdas. Cheferna ansvarar även för att arbetsplatsen är i ett sådant skick att medarbetarna kan arbeta och må bra utan risk för att skadas. AL3 berättar att ett sätt att förebygga skador på hennes arbetsplats är att ha rätt hjälpmedel. Hon har utsett en medarbetare som ansvarig för utveckling och uppdatering i hjälpmedelsfrågor. SC berättar att den fysiska arbetsmiljön är starkt lagreglerad via AML och att den kostar stadsdelen mycket pengar i anpassning av arbetsplatser. Men anser det vara en viktig del i främjandet av personalens välbefinnande.



SC menar att tiden då man kunde skylla alla problem på chefen är förbi då det är ett gemensamt ansvar att det är trivsamt på jobbet. Man är varandras arbetsmiljö och som medarbetare måste man kunna se sin egen del i arbetsgruppen. PC nämner att individen, som vuxen människa, har ett ansvar att själv se över sin situation och försöka förbättra den, men att det finns människor som behöver stöd i detta.

*- Trivs jag inte på mitt arbete eller känner att jag håller på att knäcka mig så måste jag ju göra något åt det. Men sen så inser ju jag också att det finns människor som behöver stöd i den här processen. (PC)*

Vidare menar SC att ledarens roll är att skapa förutsättningar för att varje medarbetare ska känna att man mår bra på sin arbetsplats och har förutsättningarna att utföra sitt arbete. Medarbetarna ska känna att deras arbetsuppgifter är meningsfulla. Ett sätt att få medarbetarna att känna sig meningsfulla och sedda är, enligt PS2 och AL3, att uppmärksamma när de är frånvarande. PS2 berättar att man i stadsdelen har inskrivet i rutinerna att arbetsledaren får ringa hem till den som är frånvarande. Detta är något som AL3 också tillämpar då hon efter några dagars frånvaro alltid ringer hem till medarbetaren.

H2 tycker att det viktigaste är att ha en hälsoorienterad ledare som kan få sina medarbetare att växa och känna delaktighet. AL1 berättar att hon utövar ett demokratiskt ledarskap och tycker att det är viktigt att alla medarbetare har tillgång till samma information som hon då detta medför att personalen känner sig delaktig.

Alla intervjupersonerna nämner att ett sätt för ledaren att främja hälsan på arbetsplatsen är att vara en god förebild. PC nämner att detta är något man tar i beaktande vid rekryteringen av chefer i stadsdelen. H1, H2 och AL1, betonar att ledaren inte behöver vara en förebild fysiskt, utan framför allt föregå med gott exempel när det gäller psykosocialt välmående, t.ex. att ha högt till tak, ge utrymme för pauser och gemenskap. H1 tycker att det är viktigt att som ledare visa ödmjukhet och att ha tillit till sina medarbetare att de gör sitt bästa.

*- Sedan tror jag som ledare att man måste bjuda på sig själv och inte vara en prestigemänniska. Jag måste våga vara den jag är. Vågar jag det så vågar ju andra det. (AL1)*

AL2 berättar att hon som ledare och därmed förebild har en skrämmande viktig roll, något som hon menar att hon måste vara varsam med.

- Om jag är på ett sprudlande humör så kvittar det hur de andra är då de hänger med i det. Känner jag mig slapp och sätter mig i receptionen så får jag ett helt gäng som sitter där och snackar med mig ett par timmar. (AL2)

PC menar att det krävs ett aktivt ledarskap där ledaren är medveten om hur människor fungerar och reagerar för att medarbetarna ska må bra. PS1 betonar vikten av att ha en ledning som är tydlig, främjar en bra dialog och bryr sig om sina medarbetare. Har man inte det utan i stället har en ledning som är sluten, inte vågar ha en dialog med medarbetarna samt är rädd för att ta konflikter resulterar det i att det avspeglas i verksamheten. Ledare som har en öppen dialog har arbetsplatser med lägre sjukfrånvaro, har PS1 sett. Vidare berättar PS1 att en viktig del i ledarens roll för att förhindra sjukskrivningar är att denne på ett tidigt stadium kan uppmärksamma de medarbetare som visar tidiga tecken på ohälsa och därefter agera. Ledaren bör aktivt arbeta för att förebygga, hitta lösningar och då inte vara rädd för att ändra i strukturen.

- Kanske man kan ändra ett schema, från natt- till dagarbete eller liknande så att medarbetaren kan få möjlighet till att må bättre. (PS1)

PS1 säger att det märks på möten med ledare om denne har insikt i hur den egna personalen mår och fungerar. Dessutom kan det uppmärksammas om en arbetsplats fungerar dåligt då det inkommer många klagomål från medarbetarna, vilket tyder på att den öppna dialogen med ledaren inte fungerar då dessa klagomål egentligen bör avhandlas med den berörda ledaren direkt.

På frågan om vad som görs för att utveckla bra ledare svarar PC, SC och PS1 att det anordnas kurser i ledarskap som alla ledare erbjuds att gå. Hur dessa ser ut varierar beroende på vilka politiska direktiv som finns samt vad som är aktuellt i dagsläget. Ledarna har ledarforum, där de träffas och utbyter erfarenheter. PS1 tycker sig kunna se en förändring i ledarnas attityd kring personalhälsan, att de är mer aktiva och tar personalens hälsa mer på allvar. Samtidigt säger PS1 att förändringen kan bero på att Försäkringskassan ställer högre krav på arbetsgivaren, vilket skapar en positiv press på ledarna att finna lösningar för att få folk åter i arbete tidigare.

#### **6.4 Den ideala arbetsplatsen ur ett hälsoperspektiv**

På frågan om hur den ideala arbetsplatsen skulle se ut ur ett hälsoperspektiv svarar intervjupersonerna att de tror att följande skulle bidra till bättre hälsa:

- Välanpassad och tillräcklig bemanning.

- Ej för hög arbetsbelastning.
- God kamratanda.
- Tydliga mål och medarbetarinflytande.
- Pauser och tid för reflektion.
- Flexibla och kortare arbetstider.
- Trevliga lokaler
- Träning på arbetstid, obligatorisk och schemalagd för vissa yrkesgrupper, och högre subventionering av träningskort.
- Tillgång till nyttig mat.
- Massage.
- Uppföljning av hälsoläget.

På följdfrågan om varför de inte hade de insatser som de föreslog svarade de flesta att det hade med resurser att göra, att det inte fanns tid, pengar och personal nog.

## 7 Analys

---

*I detta kapitel ämnar vi ställa det empiriska materialet mot den forskning och de teorier som finns och på så sätt se hur Malmö stads stadsdelar arbetar hälsofrämjande och ohälsöförebyggande.*

---

### **7.1 Personal vid god hälsa påverkar organisationens mål**

Ledarna på de olika nivåerna har olika mycket insyn och kan påverka hälsoarbetet på olika sätt beroende på var i organisationen de befinner sig. Detta kan vi förstå utifrån Bernins (2002) *Corporate Culture Health Transaction Model*. Malmö stad styrs genom politiska mål och det är dessa stadsdelschefen arbetar utifrån. Ett av målen är att vara en bra arbetsgivare. Stadsdelschefen kan ge de ekonomiska resurserna medan personalchefen och personalsekreterarna står för att utbilda arbetsledarna samt att ge dem stöd i sitt ledarskap. Det är i stadsdelarnas ledningsgrupper, vilka består av de högsta cheferna, som beslut tas kring de hälsofrämjande insatser som ska finnas i stadsdelen. Arbetsledarnas uppgift är sedan dels att förmedla vilka insatser som finns och dels att själv utöva ett gott ledarskap som främjar personalens psykiska välmående. Vidare har individen enligt intervjupersonerna ett eget ansvar för sin hälsa. Enligt modellen kan man se att allt vi nyligen nämnt har ett samband: individernas hälsa påverkas av hur organisationen ser ut samt vilka normer, värderingar och kunskap som ledarna har. Beroende på hur det precis nämnda ser ut så påverkar individernas hälsa organisationen. Genom forskningen, som Whitehead (2006), Menckel och Österblom (2000), Hassmén och Hassmén (2005) presenterat och de teorier vi funnit kan vi förstå att välmående personal presterar bättre och gynnar organisationen medan personal som inte mår bra kan leda till sämre produktivitet, sjukskrivningar, vikarier och därmed högre kostnader. Utifrån detta drar vi slutsatsen att långsiktiga satsningar på effektiva hälsoinsatser för medarbetarna är av vinst både för Malmö stad som arbetsgivare och för dess medarbetare. I förlängningen leder detta dessutom till bättre service för invånarna i Malmö stad, vilket är stadsdelarnas huvudsakliga uppdrag.

### **7.2 Attityder, ledartäthet eller stress?**

Ett tema som vi funnit i intervjuerna är orsaker till sjukfrånvaro och ett återkommande faktum, både i empiri och i forskning, är att det är svårt att definiera dessa orsaker. Enligt våra intervjupersoner är det svårt att särskilja på om orsakerna till ohälsa beror på hem- eller arbetsförhållande, främst då det gäller den psykiska ohälsan. De menar att hem och arbete kan påverka varandra. Då vi har fokuserat på att hitta forskning kring hälsa och arbetsplatsens effekter på denna har vi ingen forskning som visar vilken effekt hemförhållandena har på

hälsan. En tanke som kom upp i intervjuerna kring sjukfrånvaro är att det kan bero på en attitydförändring, framför allt hos unga människor, där fritid ses som viktigare än arbete. Detta leder till sämre arbetsmoral och att de därför kanske lättare stannar hemma från jobbet. En annan anledning till ohälsa och sjukskrivningar som kommer fram i vår studie är förslitningsskador, vilka är mycket vanliga inom vården. De går enligt intervjupersonen inte att undvika helt, men kan förebyggas i stor mån genom rätt hjälpmedel och fysiska förutsättningar hos medarbetarna. Ytterligare en orsak till sjukskrivningarna är biologiska och genetiska faktorer hos individen, samt vanliga förkylningar. Till sist kan sjukfrånvaro bero på oförutsedda händelser på arbetsplatsen eller hemma. Vi har i tidigare undersökningar hittat olika anledningar till sjukfrånvaro: I *Hälsa på lika villkor* (SOU 2000:91) står att attitydförändringar även kan ses i en ökad öppenhet kring psykiska problem då det idag, till skillnad från förr, är lättare att berätta att man mår psykiskt dåligt. Karlsson (2004) anger att en ökad press i arbetslivet har medfört att det psykiska välbefinnandet försämrats. Vidare beskrivs i *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis* (SBU:2003:167) orsaker som låg social status, sämre ekonomi, ålder och möjligheter till att påverka sin arbetssituation. Att empiri och forskning inte stämmer helt överens kan bero på att det endast var arbetsledarna, de som är närmst personalen, som visste eller kunde uttala sig och då endast om den egna arbetsplatsen. Vi ville från början ha reda på mer generella orsaker till sjukfrånvaro i stadsdelarna, därav den generella vinkeln på forskningen. Därför har vi svårt att dra paralleller mellan vår forskning och vår empiri. Något som vi däremot kan dra som slutsats utifrån vårt intervjumaterial är att en nollvision i sjukskrivningssiffrorna är omöjlig då det alltid kommer att finnas oförutsedda händelser och biologiska sårbarheter hos vissa individer. Något som Hassmén och Hassmén (2005) stödjer då de säger att normal åldersrelaterad fysisk försämring är oundviklig.

I Malmö stads personalredovisning 2007 kan man läsa att det är lägst ledartäthet inom verksamheterna barn och ungdom samt vård och omsorg. Samtidigt har det i våra intervjuer kommit fram att det är inom just dessa verksamheter som problemet med sjukfrånvaro är störst. Hultberg, Dellve och Ahlberg jr. (2006) säger att varje ledare inte bör ha ansvar för fler medarbetare än att denne kan se och uppmärksamma varje individ. Ledaren bör även, enligt författarna, ha kunskap om stress och stresshantering för att tidigt kunna se tecken på utbrändhet. Utifrån detta tolkar vi det som att det skulle kunna finnas ett samband mellan den bristande ledartätheten och den högre sjukfrånvaron.

### ***7.3 Hälsoarbetets mångfacetterade karaktär***

Hälsa är, som vi tidigare nämnt, ett svårgreppbart och mångfacetterat begrepp som består av både fysiska och psykiska aspekter. Detta bidrar till att vad som är främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa också är svårt att ringa in. Det krävs därför, enligt forskning, strategier från olika håll (Jernberger et al, 2006).

När vi i intervjuerna frågat om vilka strategier som finns för att främja hälsan hos personalen så berättar intervjupersonerna främst om friskvårdsinsatser. De psykosociala strategierna som forskningen nämner som hälsofrämjande verkar, av ledarna, mest ses som kriterier för ett gott ledarskap och inte som en specifik hälsoinsats. Tillsammans kom vi i intervjuerna ofta fram till att ledarna gör mer för personalens hälsa än vad de tror, genom det ledarskap de utövar.

En insats som några stadsdelar använder sig av är att tillsätta en tjänst vars uppdrag endast går ut på att fokusera på personalens hälsa. Anledningen till detta är att ledarna i dessa stadsdelar kände att det fanns ett särskilt behov av expertkunskap kring personalhälsa och av någon som hade tid för att utföra detta arbete. Vi kan inte med hjälp av forskning stödja eller ställa oss emot denna typ av insats, att anställa en person med expertkunskap. Av intervjuerna kan vi dock utläsa att denna tjänst mynnar ut i något gott. Personen med denna tjänst kan få en överblick över vilka behov som finns och utarbeta övergripande eller speciellt riktade strategier för att matcha dessa behov. Samtidigt får medarbetare och ledare någon att vända sig till med frågor kring hälsa.

I vår studie framkommer att intervjupersonerna ser det som en vedertagen kunskap att träning leder till bättre hälsa. Insatsen för att se till så att medarbetarna motionerar är friskvårdssubventionering och friskvårdstimme. Dock fann vi i intervjuerna att det är färre än hälften av medarbetarna som använder sig av insatserna samt att de individer som behöver träningen mest inte lockas av erbjudandena. Den forskning vi redovisat tyder på att fysisk aktivitet är bra för individens hälsa. God fysik leder till bättre fysisk och psykisk hälsa, vilket i sin tur leder till ökad ork och produktivitet. Vid regelbunden motion ökar motståndet mot virussjukdomar, t.ex. förkylningar, samt att skelettet och muskler stärks vilket bidrar till att motståndet mot arbetsskador ökar (Hassmén & Hassmén, 2005). Enligt Carlsson och Grapes (2006) samt enligt Ahlberg et al:s (2008) studier är de vanligaste insatserna som företag använder sig av i hälsoarbetet friskvårdssubventionering och tillfälle att träna på arbetstid. Vi kunde dock inte finna något forskningsstöd som tyder på att dessa typer av friskvårdsinsatser leder till att fler medarbetare lockas till att börja motionera.

Slutsatsen vi drar, av ovan nämnda, är att våra intervjupersoner är väl medvetna om att fysisk träning är bra och det sker därför försök till att få medarbetarna att träna. Detta sker i Malmö stads stadsdelar genom, de insatser som även forskningen anger är de vanligaste i de flesta organisationer, friskvårdssubventionering och träning på arbetstid. Då vår empiri visar att detta är insatser som inte får önskat genomslag samt att vi inte kan redovisa någon forskning som stödjer att just dessa insatser får igång de som inte redan tränar kan vi dra slutsatsen att det fattas något för att insatserna ska få önskad effekt. Arbetsledarnas uppgift är bl.a. att motivera sina anställda till träning, men detta anses av dem vara problematiskt då det kan uppfattas som ett intrång i medarbetarnas privatliv.

Intervjupersonerna anser att delaktighet och medinflytande är viktiga komponenter i hälsoarbetet, vilket kan möjliggöras på olika sätt. Bl.a. ses arbetsplatsträffar (APT) och medarbetarsamtal som viktiga forum för medarbetarna att kunna uttrycka sina åsikter samt vara med och påverka. I intervjuerna framkom det att arbetsledarna själva i övrigt får utarbeta hur deras medarbetares delaktighet ska se ut, t.ex. ”önskeschema”, valmöjlighet och inflytande över sina arbetsuppgifter samt delaktighet i rekryteringsprocessen. Bengtsson et al (2002) nämner att delaktighet och inflytande är viktiga komponenter för ett hälsosamt arbetsklimat. Angelöw (2002) fastställer att delaktighet leder till minskad upplevd stress. Även Arneson (2006) stödjer tankarna om att delaktighet är bra för individen då detta är en del i psykisk empowerment, vilket enligt hennes studie leder till bättre självskattad fysisk och psykisk hälsa. Slutligen är delaktighet, enligt *KKS-modellen*, ett sätt att öka kontrollen över den egna arbetssituationen vilket gör att medarbetarna på ett bättre sätt kan klara av de krav som ställs på dem (Karasek & Theorell, 1990). Theorell (2006) nämner dock att det endast är *upplevelsen* av krav och kontroll som är betydelsefulla. Vi har, av intervjuerna och genom de olika styrdokument som finns, förstått att alla ledarna är medvetna om att det är viktigt med delaktighet och medinflytande. Beroende på vilken nivå de befinner sig, kan de på olika sätt och i olika grad bidra till att medarbetarna upplever sig delaktiga. Detta kan vi förstå utifrån Bernins (2002) *Corporate Culture Health Transaction Model*. Ledarna på högre nivåer kan besluta om yttre förutsättningar, såsom APT och ledarskapskurser, medan det är arbetsledarna som måste se till så att medarbetarna i praktiken har inflytande och att det finns ett öppet klimat som tillåter diskussioner. Som en del i delaktighet är det även upp till varje medarbetare att ta tillfällena i akt att vara delaktig.

Delaktighet är inte bara viktigt för att medarbetarna ska må bra utan även för att få ett lyckat hälsoarbete (Chu et al., 2000). Alla måste vara delaktiga i utarbetandet av de hälsofrämjande

insatserna som organisationen ska använda sig av. I de flesta av stadsdelarna som vi besökt är det de övre cheferna som bestämmer insatser som friskvård m.m., medan det är arbetsledarna som får utarbeta de psykosociala strategierna. Medarbetarna bör även vara delaktiga i valet av hälsoinsatser (Chu et al., 2000). Detta sker bl.a. i utarbetandet av Västra innerstadens friskvårdskatalog. Huruvida de insatser som finns i denna katalog används flitigare än insatserna i andra stadsdelar fann vi dock inget svar på.

Socialt stöd på arbetsplatsen, både mellan medarbetarna och mellan ledare och medarbetare, är något annat som våra intervjupersoner betonar. Exempel på hur stödet kan se ut på arbetsplatserna är: avlastning från kollegor, emotionellt stöd i form av bl.a. handledning, information från arbetsledaren gällande organisationen och visad uppskattning från ledare och medarbetare. Detta stämmer väl överens med de former av socialt stöd vi tidigare gett exempel på (House, 1981 se Nyberg, Bernin & Theorell, 2005, s.19).

Som vi nämnt, i kapitel 6, förs det i våra intervjuer en diskussion kring rekryteringsprocessens vikt i hälsoarbetet. Det sägs bl.a. att en felrekrytering kan innebära att den person som anställts inte kan utföra de uppgifter denne är ämnad att utföra, vilket kan innebära ohälsa för individen. I sin tur kan en felrekrytering leda till att kollegorna får större arbetsbelastning och därför mår sämre. Även om åsikterna kring att ta hänsyn till individernas hälsa vid rekrytering är delad bland intervjupersonerna, några anser det vara diskriminering och några anser det vara nödvändigt, så kan vi förklara dessa tankar med hjälp av *PE-teorin*. Som vi tidigare nämnt brukar man dela in *PE-fit* i två kategorier, *PO-fit* och *PJ-fit* (Sekiguchi, 2004). Intervjupersonerna säger att det är viktigt att den anställde är medveten om och delar stadsdelens tankar kring att hälsa är viktigt och detta överensstämmer med tankarna i *PO-fit*. Tycker stadsdelen att det är viktigt att de anställda är vid god hälsa så måste de rekrytera personal som också tycker att den egna hälsan är viktig. Detta för att individen ska känna ett genuint engagemang för hälsofrågor och att de hälsoinsatser som finns i stadsdelen ska användas. De fysiska färdigheterna var något annat som kom upp i intervjuerna på tal om rekrytering. Detta kan kopplas till vad teorin säger om *PJ-fit* då personen måste ha de färdigheter som krävs för att arbetet ska kunna utföras, t.ex. styrka vid tunga lyft.

Förutom det vi nämnt ovan angående ledarens åtaganden i hälsoarbetet så nämner alla intervjupersonerna att ledaren ska vara en förebild som visar att hälsa är viktigt. Ledaren måste inte vara i toppform, men måste kunna inspirera och själv förverkliga de tankar denne har kring vad som är hälsofrämjande i realiteten. Detta stämmer överens med det som



Angelöw nämner i sin bok, dvs. att goda exempel kan inspirera fler medarbetare (Angelöw, 2002).

#### **7.4 Utvärdering?**

I intervjuerna framgår att de friskvårdsinsatser som finns i stadsdelarna sällan utvärderas. Vi har endast fått reda på att programmet ”hälsosamt medarbetarskap” i Limhamn-Bunkeflo utvärderats. De individer som får insatser via programmet följs också upp. Ledare som vi talat med från de övriga stadsdelarna kan oftast inte med säkerhet svara på vilka effekter insatserna har, annat än vad de kan se på sjukskrivningsstatistiken. Någon tror att deras friskvårdsinsatser används av medarbetarna medan andra säger att det utnyttjas dåligt och bara är ett spel för galleriet. Arbetsledarna är de som vet och kan ange i siffror hur friskvårdssubventionering används på deras arbetsplats. Chu et al. (2000) menar att utvärdering av hälsofrämjande insatser är nödvändigt för att de ska få en verkningsfull effekt inom organisationen. Insatser bör enligt författarna genomföras efter utvärdering av behov och sedan bör de kortsiktiga och de långsiktiga effekterna utvärderas, för att företaget ska veta om en insats är värd att satsa på. När det gäller det psykiska välmåendet ser vi att man i Malmö stads stadsdelar gör ett försök till att utvärdera detta genom Malmö stads övergripande enkät om ledarna och arbetsmiljön. Varje stadsdel och arbetsledare kan, om de känner behov, även utveckla egna enkäter. En intervjuperson nämner vissa svårigheter med enkäten då hon anser att varje individ kan uppfatta frågorna på olika sätt och att man därför inte kan vara säker på att resultatet är tillförlitligt. Resultatet kan även bero på tillfälliga omständigheter, t.ex. omstrukturering i verksamheten, och därför ge missvisande resultat. Då tolkningar av begrepp och upplevelser är individuella och därmed olika för olika människor är det svårt att tillförlitligt utvärdera just dessa.

Det går inte att säkert veta om och i så fall i vilken grad minskningen av sjukfrånvaro i Malmö stads stadsdelar beror på de insatser som stadsdelarna använder, förutom i Limhamn-Bunkeflo, då de i övriga stadsdelar inte utvärderas. Flera av intervjupersonerna nämner att minskningen även kan vara ett resultat av försäkringskassans åtstramning samt en hårdare konkurrens på arbetsmarknaden. För att Malmö stads stadsdelar bättre ska kunna avgöra hur effektiva de insatser de använder sig av är bör de, som Chu et al. (2000) menar, utvärdera kontinuerligt.

## **7.5 Ansvarsdelegering av hälsoarbetet**

Gällande personalens hälsa, kan vi i våra intervjuer utläsa ledarnas olika roller beroende på var i organisationen de befinner sig. På stadsdelschefen ställer politikerna vissa övergripande krav. Förutom att uppfylla huvuduppdraget gentemot malmöborna, ska stadsdelen t.ex. även vara en attraktiv arbetsgivare som sörjer för sin personals hälsa. Stadsdelschefen skapar sedan tillsammans med ledningsgruppen direktiv för de allmänna hälsoinsatserna i stadsdelen som sedan förmedlas vidare till arbetsledarna. Personalchefen och personalsekreterarna ska i sin tur erbjuda arbetsledarna de råd och det stöd som de behöver för att kunna utföra ett gott ledarskap. Det är svårt för ledarna på högre nivåer att ha insyn och påverka de enskilda arbetsplatserna. Därför är det i slutändan endast arbetsledaren som ser till att det som politikerna, från början, beslutade om verkställs i praktiken. Denna ansvarsdelegering kan tolkas med hjälp av Bernins (2002) *Corporate Culture Health Transaction Model* där det är ledarna närmst medarbetarna som främst kan avgöra hur arbetet ska utformas i realiteten. Däremot är det ledarna i toppen av organisationen som påverkar de lägre ledarnas attityder med hjälp av rådande organisationskultur och resurser. Arbetsledarna lade i intervjuerna över det slutliga ansvaret på individen att sköta sin hälsa och att ta åt sig av de erbjudanden som finns.

Vi har i vår studie funnit att det finns en ansvarsdelegering i nedåtgående led i Malmö stads stadsdelar där ledarna, av olika skäl, lägger över ansvaret på den närmst under. Vi förstår att det ser ut på detta vis då det är omöjligt för de högre cheferna att ha insyn i varje arbetsplats. Risken är dock att de tappar överblicken över de anställda, vilket vi också kan se i vår empiri då de inte har vetskap om hur personalen mår och vilka effekter insatserna har. Vi kan se att i de stadsdelar som har skapat en tjänst med uppgift att särskilt arbeta med personalhälsa så blir ansvaret i stor grad delegerat till denna person i stället. Denna person, till skillnad från ledarna, har tid för att fokusera på personalhälsan i stället för på Malmö stads invånare. Denne har även möjlighet att ha kontakt med personal på alla nivåer och kan därför fungera som en spindel i nätet.

## 8 Sammanfattning av resultat

*Här nedan sammanfattar vi de resultat som framkommit i vår undersökning för att ge läsaren en kortfattad överblick.*

---

Utifrån vår studie kan vi dra följande övergripande slutsatser:

- De största problemen är försлитningsskador, psykisk ohälsa samt vanliga virusjukdomar och sjukskrivning som följd av detta. Yrkesverksamheterna som är hårdast drabbade är vård och omsorg samt barnomsorgen. Vad ohälsan beror på är dock svårt att definiera.
- Insatser som intervjupersonerna anger för att förebygga ohälsa är främst friskvårdssatsningar av olika slag.
- Ledarna på de övre nivåerna har lite insyn i vilka effekter insatserna gav, annat än vad de kan se på sjukskrivningsstatistiken. Arbetsledarna kan endast svara för sin arbetsplats men de har inga underlag för att visa på att effekterna beror på insatserna. Ansvarsdelegering och bristande utvärdering kan vara anledningar till att de på högre nivå har lite insyn i vilka effekter insatserna har.
- När vi jämförde med forskningen så upptäckte vi att mycket av det som kom fram i empirin överensstämmer med forskningen. Vi fann även att arbetsledarna gör mycket mer, än de själva tror, för den psykiska hälsan. Det som forskningen säger gynnar hälsan, t.ex. delaktighet och socialt stöd, ser ledarna mer som en del av ett gott ledarskap.
- Något som genomsyrade intervjuerna var att ledarna har en mycket stor roll i hälsoarbetet men att det ytterst anses vara individens ansvar att ta hand om sin hälsa.

## 9 Slutdiskussion

---

*Sist, men inte minst, ämnar vi diskutera det vi i denna studie avhandlat och kommit fram till samt redogöra för vad vi anser bör studeras närmre.*

---

### 9.1 Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande arbetet i Malmö stads stadsdelar ser ut. Vi ville ta reda på vilka problem som finns samt vilka strategier som finns för att åtgärda dem. Vi ville även undersöka om ledarna såg några effekter och i så fall vilka. Detta jämförde vi sedan med den forskning som finns inom området.

Anledningen till att vi valde detta ämne är att vi tror att arbetsplatser är en arena för det allmänna folkhälsoarbetet då individer i vuxen ålder spenderar mycket tid där samt då satsningar på personalhälsa gynnar både individ och organisation. Det vi kommit fram till är att det krävs tålamod, då hälsoarbete är en långsam process och då det krävs attitydförändringar för att den ska bli permanent. Resurser är något annat som krävs och det kan ta emot att satsa pengar på något som inte ger effekt direkt. Men vi anser att om man satsar lite så får man mycket tillbaka.

I vårt resultat och analys framkommer att orsakerna till ohälsa och sjukfrånvaro är svåra att uttröna och vi undrar hur det kan komma sig. Är det för att Malmö stad inte gör statistik eller beror det på att de intervjupersonerna just för tillfället inte kom ihåg. Om det är så att det inte förs någon statistik så tycker vi att det är en brist. Att våra intervjupersoner tyckte det var svårt att veta om det var hem- eller arbetsförhållandena som var det största problemet då det gällde sjukfrånvaro är förståeligt. Vi anser, liksom några av intervjupersonerna gjorde, att hem- och arbetsförhållandena påverkar varandra. Mår man inte bra hemma är det inte lätt att må bra på jobbet och vice versa.

De yrkesgrupper som var mest drabbade visade sig vara de som till största del består av kvinnor med låg utbildning. Att det är just kvinnor tycker vi är intressant. Är de mer sjukskrivningsbenägna, har just dessa kvinnor tuffare arbetsuppgifter eller kan det vara något i deras livsstil och hemförhållanden som spelar in? Intressant var även att en arbetsledare berättade att det på kvinnodominerade arbetsplatser oftare ”snackas skit” om varandra och vi undrar om detta skapar osämja som leder till mer ohälsa?

Vi blev förvånade över att intervjupersonerna inte visste mer om orsakerna då vi anser att man måste ha den kunskapen för att kunna veta vilka insatser som kan tänkas minska sjukfrånvaron. Annars kan det lätt bli så att man satsar på insatser som inte alls har med orsaken att göra och därför inte får önskad effekt. Vidare blev vi överraskade att de insatser som kostar arbetsgivaren pengar, t.ex. friskvårdssubventionering, inte utvärderas eller kontrolleras mer. Man vet inte *vem* som använder det, *om* träningskortet som inhandlats med skattepengar används och om det ger några *resultat* på hälsan. Vi fann även att det är något som fattas i kedjan mellan den goda tanken att försöka få medarbetarna att leva hälsosamma liv och det praktiska användandet av friskvårdsinsatserna. Vi menar att friskvårdssubventionering är bra, men att det behövs ett motivationsarbete som genomsyrar hela organisationen för att öka användandet av denna typ av insats. Detta är något vi kan se i Limhamn-Bunkeflo, där man väljer ut de som har störst behov och försöker motivera dem. Vi ställer oss undrande till hur det kommer sig att inte fler stadsdelar använder sig av liknande metoder då det visat sig vara effektivt. Kanske bror det på resurser, tid, intresse och vilka individer som finns i organisationen.

Ett sätt som vi tror är kostnadseffektivt är att t.ex. anpassa insatser efter behov: ryggräning för de som har mycket tunga lyft och konditionsträning för de som sitter stilla.

Att se rekrytering som hälsoinsats var något som vi inte tänkte på när vi startade vår undersökning. Vi menar dock att man även måste se på detta fenomen med ett kritiskt öga. Vad kan det leda till i längden för samhället i stort? Det som stödjer är att organisationen får en friskare personalstyrka, sjukfrånvaron kan minska, att individer som vill ha ett visst arbete kan bli sporrade att förbättra sin hälsa, att de som är hälsosamma uppmuntras samt att det kan gynna arbetsgruppen, då en välsammansatt sådan kan leda till mindre konflikter och bättre samarbete. Vad som däremot talar emot "hälsorekrytering" är att de som redan är utsatta i samhället kan bli ännu mer utsatta, då hälsa tycks vara en klassfråga i dagens samhälle. Vidare funderar vi på hur djupt en arbetsgivare ska få gräva i människors privatliv och t.ex. kräva sjukjournaler vid anställning. *Vem* ska avgöra vad som är hälsosamt nog?

Vi anser dessutom att om en arbetsgivare tycker att ett yrke kräver en viss fysik och denne anställer någon för att den har just denna fysik, så är det arbetsgivarens ansvar att se till så att den anställde kan behålla sin fysiska form. Detta bör ske kostnadsfritt för individen och på arbetstid. När god fysik är ett arbetskrav handlar det inte längre om vad individen gör på sin fritid utan den fysiska formen är då en del av arbetet. Vi kan dra liknelser mellan vårdpersonal

och brandmän som båda är beroende av sina kroppar i arbetet. Brandmännen har fysisk träning som en del i arbetet för att kunna klara av det yrket kräver. Vi tror att en liknande satsning i vårdyrket, och i andra yrken där försлитningsskador är vanliga, hade kunnat förhindra arbetsskador och minskat sjukfrånvaro.

Vi fann ett mönster av ansvarsdelegering. De politiska målen går från stadsdelschefen via personalchefen ner till arbetsledarna. Detta är naturligt i en så stor organisation, men då ledarna på högre nivåer saknar överblick, kan det kanske bli så att beslut fattas om insatser som i realiteten inte är genomförbara, t.ex. friskvårdstimmen som av schemaskäl inte alltid går att använda. Arbetsledarna har ett uppdrag gentemot sin målgrupp och med knappa resurser kan det vara svårt att finna tid till att utveckla och vidmakthålla hälsosamma insatser för personalen. För ledarna på de mer övergripande nivåerna är det svårt att få en god insyn i de olika verksamheternas hälsoarbete och därmed också svårt att utarbeta dessa strategier så att de blir genomförbara. Hälsoarbetet hamnar i skymundan då hela organisationen har ett större uppdrag gentemot Malmö stads invånare. Hade stadsdelarna utvärderat sitt hälsofrämjande personalarbete mer så hade de övre ledarna haft möjlighet till bättre insyn. Det är svårt att utarbeta en effektiv strategi för personalhälsan och därför anser vi att det är en god idé att anställa någon vars uppdrag är att arbeta med personalens hälsa, så som några stadsdelar har gjort. Vi ställer oss undrande till att inte fler stadsdelar använder sig av en sådan person.

Då det gäller den psykosociala arbetsmiljön har vi kommit fram till att det endast är arbetsledarna och i viss mån medarbetarna som kan skapa förutsättningar för att denna är god. Det framkom tydligt i vår studie att det endast var arbetsledarna som kunde svara på frågor kring hur delaktighet, socialt stöd m.m. ser ut i realiteten. Vi anser det därför nödvändigt att arbetsledare har tillräckligt med kunskap och kompetens inom detta område och de psykiska processer som sker på en arbetsplats. Detta är något vi tycker oss se i stadsdelarna, då de har ledarutbildningar och ledarforum.

Efter genomförande av detta arbete anser vi att en väl genomtänkt och genomförd satsning på personalhälsa leder till: friskare personal, lägre sjukkostnader och i längden bättre produktivitet, i detta fall service till Malmöborna.

## ***9.2 Förslag på vidare forskning***

Vi har undersökt vad ledarna säger sig veta om och göra för personalhälsan. Det vore intressant att även få en inblick i hur de anställda ser på saken, något som dock skulle kräva

en mer omfattande studie. Vidare vore det intressant att studera huruvida och i vilken utsträckning friskvårdssubventionering och friskvårdstimme leder till förbättrad hälsa. Får dessa insatser fler att börja träna? Det vore dessutom intressant att göra en studie om motiven bakom friskvårdsinsatser: är de till för att gynna individerna, för ekonomisk vinning eller ett spel för gallerierna genom att ge en hälsosam bild utåt? Till sist skulle vi vilja veta om vårt antagande, om att det finns en koppling mellan låg ledartäthet och hög sjukfrånvaro, stämmer.

## 10 Referenser

---

Vi har delat in våra referenser i följande grupper: litteratur, artiklar, elektroniska dokument och övriga dokument.

---

### 10.1 Litteratur

- Ahlberg, G; Bergman, P; Ekenwall, L; Parmund, M; Stoetzer, U; Waldenström, M; Svartengren, M. (2008) *Hälsa och framtid – ett forskningsprojekt om långtidsfriska företag: Delstudie 2 – Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag.*
- Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser – Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats.* Lund: studentlitteratur
- Arneson, H. (2006) *Empowerment and health promotion in working life.* Linköping University, Sweden: Department of Health and Society.
- Asper, P. (2007) *Etnografiska metoder : att förstå och förklara samtiden.* Malmö: Liber
- Bengtsson, S; Blomqvist, A-C; Edvardsson, A & Rälg, I. (2002) *Kokbok för friskare arbetsliv - en socialpsykologisk studie av hälsofrämjande strategier i arbetslivet.* Växjö universitet.
- Bernin, P. (2002). *Manager' working conditions – stress and health.* Stockholm: Karolinska institutet, Department of Public Health Sciences.
- Bjurvald, Mats (2004) ”Från arbetarskydd till hälsofrämjande arbetsplatser” i: Carina Källestål (red.), *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser - Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter* Statens folkhälsoinstitut R 2004:32
- Bolman, L. G & Deal, T. E. (2005) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap: kreativitet, val och ledarskap.* Lund: Studentlitteratur.
- Bruzelius, L. H. & Skärvad, P-H. (2000) *Integrerad organisationslära* Lund:studentlitteratur
- Bryman, A. (2001) *Samhällsvetenskapliga metoder* Ekonomi Liber
- Carlsson, I & Grape, O (2006) *Vad fungerar hälsofrämjande – en kartläggning av hälsofrämjande faktorer för individer och organisationer.* Umeå
- Hassmén, N. & Hassmén, P. (2005) *Hälsosam motion – Lindrar nedstämdhet och depression.* SISU Idrottsböcker.
- Hultberg, A; Dellve, L & Ahlberg, G. jr. (2006) *Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.* Göteborg: Institutet för stressmedicin.
- Jernberger, A; Andersson, I; Svensson, B-M; Kullberg, A (2006) *Kartläggning av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i Landstinget i Östergötland.* Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum



Karasek, R & Theorell, T (1990) *Healthy work - Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, N.Y.: Basic Books

Karlsson, K (2004) *Psykosocial ohälsa: samhälls-, primärvårds- och individperspektiv / Kent Karlsson* Lund: Lunds universitet, institutionen för psykologi

Lantz, A. (2007) *Intervjumetodik* Lund: studentlitteratur

May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Menckel, E. & Österblom, L. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen – om ledarskap, resurser och egen kraft*. Arbetslivsinstitutet

Nyberg, A; Bernin, P; Theorell, T (2005) *The impact of leadership on the health of subordinates*. SALTSA - ett samarbetsprogram för arbetslivsforskning i Europa, Arbetslivsinstitutet, LO, TCO och SACO i samarbete

Patel, R; Davidsson, B (2003) *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: studentlitteratur

Pousette, A. (2001). *Feedback and Stress in Human Service Organizations*. Göteborg: Arbetslivsinstitutet.

Theorell, T (2006) *I spåren av 90-talet*. Stockholm: Karolinska institutet University Press, 2006

Thun, K. (2006) *Den hälsofrämjande och livskraftiga arbetsplatsen : ett projekt med offentliga och privat verksamhet i nätverkssamarbete juni 2002 - augusti 2004* Linköping: FoU-centrum för vård och omsorg, Linköpings kommun

Thurén, Torsten (1991) *Vetenskapsteori för nybörjare* Stockholm: Liber AB

Thörnqvist, Annette (2005) ”Arbetarskydd och samhällsförändring i Sverige 1850-2005” i: Moberg, Henrik (Red.) *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv* . Statens folkhälsoinstitut R 2005:8

Unge, C; Schelp, L; Källestål, C. (2004) ”Systematisk kunskapsöversikt om effektiviteten av program för att främja hälsan på arbetsplatser” i: Källestål, C. *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser - Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*. Statens folkhälsoinstitut 2004:32

## **10.2 Artiklar**

Chu, C; Breucker, G; Harris, N; Stitzel, A; Gan, X; Gu, X; Dwyer, S. (2000). “Health-promoting workplaces—international settings Development” *Health promotion international*. Vol. 15(2) sid. 155-167

Eakin, J. M. & MacEachen, E. (1998) “Health and the social relations of work: a study of health-related experiences of employees in small workplaces” i *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20 (6) sid. 896-914

Isaksen, J. (2000). ”Constructing meaning despite the drudgery of repetitive work”. *Journal of Humanistic Psychology*. Vol 40 (3). Sid. 84-108.

Kirstof, A, L. (1996) "Person-organization fit: an integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications" i *Personnel Psychology*. Vol. 49 (1) sid. 1–49

Månsson, M (2002) "Åtta miljoner satsas på friskare arbetsplatser"  
*Vårt Malmö* Årgång 35, Nr. 3, Sid. 4-5

Sekiguchi, T (2004) "Person-organization fit and person-job fit in employee selection: a review of the literature" i *Osaka Keidai Ronshu*. Vol. 54 (6) sid. 179-196

Siegrist, J. (1996) "Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions". *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 1 (1). Sid. 27-41.

Spreitzer, G. M. (1995). "Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation." i *Academy of Management Journal*. Vol. 38 (5) sid. 1442-1465.

Söderfeldt, B; Söderfeldt, M; Jones, K; O'Campo, P; Muntaner, C; Ohlson, C-G; Warg, L-E. (1997), "Does organization matter? A multilevel analysis of the demand-control model applied to human services". *Social Service and Medicine*. Vol. 44 (4). Sid. 527-534.

Whitehead, D. (2006) "Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers" *Journal of Nursing Management*. Vol. 14 (1) sid. 59–68

### **10.3 Elektroniska Källor**

www.malmo.se<sup>1</sup>: Malmö stad (2008) "Områdesfakta Malmö" Malmö stads officiella hemsida <<http://www.malmo.se/download/18.10d69f8c11884193e5d80002996/04.MALM%C3%96.pdf>> [2008-05-12]

www.malmo.se<sup>2</sup>: Malmö Stad (2008) "Malmö stads förvaltningar och bolag" Malmö stads officiella hemsida <<http://www.malmo.se/servicemeny/forvaltningarbolag.4.33aee30d103b8f15916800011095.html>> [2008-05-08]

www.malmo.se<sup>3</sup>: Malmö Stad (2008) "Malmö's tio stadsdelar" Malmö stads officiella hemsida. <<http://www.malmo.se/stadsdelar.4.33aee30d103b8f15916800033074.html>> [2008-05-08]

www.ne.se<sup>1</sup>: Nationalencyklopedin (2008) "hälsa" Nationalencyklopedins Internettjänst <[http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=208127](http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=208127)> [2008-04-17]

www.ne.se<sup>2</sup>: Nationalencyklopedin (2008) "friskvård" Nationalencyklopedins Internettjänst <[http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=175478](http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=175478)> [2008-05-19]

www.ne.se<sup>3</sup>: Nationalencyklopedin (2008) "ledare" Nationalencyklopedins Internettjänst <[http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O227352](http://www.ne.se/ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O227352)> [2008-05-14]

www.who.int: World Health Organization (2008) "Occupational health" WHO's officiella hemsida <[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index1.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html)> [2008-04-28]

www.lokalstrategier.se (2008) LAPP-projektet "Lägesrapport från LAPP-projektet" <[http://www.lokalstrategier.se/dokument/bakgrund/lagesrapport\\_1.pdf](http://www.lokalstrategier.se/dokument/bakgrund/lagesrapport_1.pdf)> [2008-04-23]

## **10.4 Övriga dokument**

6 kap 2 § AML- Arbetsmiljölagen

Malmö stad (2005) *Friskare arbetsplatser – strategier för minskad frånvaro*. Inger Nilsson

Malmö Stad, Stadskontoret (2005) *Friskare arbetsplatser – slutrapport*.

Malmö Stad (2006) *Personalredovisning 2006*

Malmö stad (2007) *Personalredovisning 2007*

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002).  
Stockholm : Vetenskapsrådet.

SBU (2003:167). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis*. SBU-rapport 167, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SOU (2000:91). *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Socialdepartementet

SOU (2000:121) *Sjukfrånvaro och sjukskrivning fakta och förslag*. Socialdepartementet

# 11 Bilagor

---

*Här återfinns dokument vi skapat för att använda innan och under intervjuerna.*

---

## **11.1 Bilaga 1 - Introduktionsbrev**

Hej!

Först och främst vill vi tacka för att du vill medverka i vår studie som ska resultera i ett examensarbete som avslutning på vår socionomutbildning. Vi har för avsikt att undersöka hur du som ..... i Malmö stad ser på hälsofrämjande arbete generellt och hur ni arbetar konkret i stadsdelen (alt. hur det konkreta arbetet för att främja personalens hälsa ser ut på arbetsplatsen.) Du behöver inte förbereda dig på något speciellt sätt utan vi är som sagt intresserade av det du redan "har i huvudet".

Vi ser fram emot att träffa dig den ..... kl. .... på din arbetsplats för att samtala om olika intressanta teman kring det hälsofrämjande arbetet (t.ex. fysiska, sociala och psykiska aspekter av att främja hälsa och förebygga ohälsa bland personalen på arbetsplatsen/arbetsplatserna). Vi skulle föredra om platsen för intervjun är någonstans där vi kan tala ostört.

Som deltagare i vår studie tycker vi det är viktigt att du vet att din medverkan är helt frivillig, dvs. att du när som helst under intervjun har rätt till att avbryta samt att du har rätt till att välja att inte svara på frågor. Vi vill även informera om att de uppgifter som vi får fram i intervjuerna kommer att behandlas med största försiktighet och inte användas i andra sammanhang än för vår forskning samt att vi endast kommer att diskutera materialet med vår handledare Claes Levin, prefekt på Socialhögskolan i Lund. Vi inte kommer att använda några av dina personuppgifter i uppsatsarbetet, och inte heller i vilken stadsdel du arbetar.

Du får gärna ta del av uppsatsen när den är klar till sommaren. Har du några undringar får du gärna kontakta oss via mail eller telefon.

Vi ser fram emot en trevlig och givande intervju med dig!

Vänliga hälsningar  
Liza Gärdsell och Jenny Jögi

Kontaktuppgifter:

Liza Gärdsell  
Tel: 0704-4X XX XX  
Mail: lisa.XX@XX.se

Jenny Jögi  
Tel: 0709-2X XX XX  
Mail: jenny.XX@XX.se

Claes Levin, handledare  
Tfn: 046-22X XX XX

## ***11.2 Bilaga 2 – Intervjumall 1***

### **Inledande frågor:**

Kan du beskriva din **utbildning** och **arbetsbakgrund**?

Vilka är dina **arbetsuppgifter**? Hur ser ditt arbete ut?

**Hur många medarbetare** ansvarar du för? Hur många anställda finns det på arbetsplatsen/stadsdelen?

Vad är **din roll** i det hälsofrämjande arbetet?

### **Synen på hälsofrämjande arbete**

Vad innebär **ordet hälsa/välmående** för dig?

**Talas det** om hälsa på arbetsplatsen och i så fall på vilket sätt?

**Prioriteras** det hälsofrämjande arbetet i stadsdelen?

- Varierar det? Är vissa arbetsplatser bättre än andra? Hur kommer det sig?
- Resurser?

Vad **grundar sig** det hälsofrämjande arbetet sig på?

– Hur lär ni er vad som fungerar? Något vetenskapligt?

Hur införskaffar ni er **kunskap** om hur ni ska arbeta hälsofrämjande?

Hur stor roll anser du att arbetsplatsen spelar för en individs hälsa?

### **Konkret arbete**

Kan du berätta **hur du/ni jobbar** med det hälsofrämjande arbetet?

- **Effekter** av insatser
- Vem **bestämmer** vad som ska göras?
- **Vem** inkluderas.
- Hur **når ni ut** till medarbetarna?
- Respons från medarbetare, (attityd och deltagande)

### **Ledarens roll**

Vilken är ledarens/chefens roll i det hälsofrämjande arbetet?

– Hur anser du att ansvaret ska fördelas mellan individ och ledare

Vad tycker du gör en arbetsplats till hälsofrämjande?

Hur ser du på hälsofrämjande arbete över tid? Hur har det utvecklats?

Slutligen, har du något du vill tillägga?

## **11.3 Bilaga 3 - Intervjumall 2**

### **Inledande frågor:**

Kan du beskriva din **utbildning** och **arbetsbakgrund**?

Vilka är dina **arbetsuppgifter** idag?

**Hur många medarbetare** ansvarar du för?

### **Syner på hälsofrämjande arbete**

Vad innebär **hälsa/välmående** för dig?

### **Ohälsa/sjuka**

**Vi har sett att det i er stadsdel finns ... % sjukfrånvaro, vilka yrkesgrupper är mest drabbade?**

**Vad är orsakerna?**

- varför tror du att det är så?
- Hur tänker du kring det?

**Vi har läst och hört att många arbetsplatser upplevs vara underbemannade, något som kan öka stressen vilket forskningen säger kan leda till fysisk och psykisk ohälsa. Hur ser du på detta?**

**Vad gör man för att de i riskzonen inte ska hamna där?**

- vilka insatser?
- Har det visat någon effekt, kan du ge exempel?
- Om ja... vilken? Om nej.. varför fortsätta?

### **Konkret arbete**

**Hur högt anser du att det hälsofrämjande arbetet i stadsdelen prioriteras?**

- Av vilken anledning? Ekonomi/välvilja?
- Är vissa arbetsplatser bättre än andra? Hur kommer det sig?

**Kan du berätta hur du/ni jobbar med er personals hälsa?**

- Vilka insatser?
- Hur kommer det sig att man har valt just de insatserna? Hur kommer det sig att du använder dig av just de här insatserna? Vem bestämmer vad som ska göras?
- Vad har de för verklig effekt? Har ni sett någon sådan, exempel?
- Om inte, varför fortsätter ni då med det?
- Utvärderar ni era insatser? Hur då?
- Hur når ni ut till era anställda?
- För de i riskzonen eller för alla. Får även de friska uppmärksamhet? Uppmuntras de att fortsätta sin hälsosamma livsstil?

**Anpassa friskvårdsinsatser efter arbetsplatsen behov?**

**Hur införskaffar ni er kunskap om vad som fungerar hälsofrämjande?**

**Om du skulle beskriva den ideala arbetsplatsen utifrån ett hälsoperspektiv, hur skulle den se ut då?**

- Det du nämner nu nämnde du inte innan, hur kan det komma sig?
- Kan du jämföra det med hur det då ser ut på den här arbetsplatsen?
- Hur tänker du kring att det inte ser ut så nu?
- Vad skulle behövas?

### **Ledarens roll**

Hur tänker man kring ledarens roll i det hälsofrämjande och ohälsöförebyggande personalarbetet?

Hur anser du att ansvaret för individens hälsa ska fördelas mellan individ och arbetsplats?

Slutligen, har du något du vill tillägga?