



LUNDS
UNIVERSITET

Pedagogiska institutionen
Box 199, 221 00 Lund

Kurs: PED441
Kandidatuppsats 10 poäng
41-60 poäng
Datum: 2007-06-12

”Det räcker inte med en fruktkorg”
Kommunala ledares uppfattningar om hälsofrämjande
arbete

Författare: Linnea Elmegren & Ann-Christin Lektorp

Handledare:
Lennart Svensson

ABSTRACT

| | |
|-----------------|---|
| Arbetets art: | Pedagogik, 41-60, C-uppsats |
| Sidantal: | 36 sidor exkl. bilagor |
| Titel: | ”Det räcker inte med en fruktkorg” Kommunala ledares uppfattningar om hälsofrämjande arbete |
| Författare: | Elmegren Linnea & Lektorp Ann-Christin |
| Handledare: | Lennart Svensson |
| Datum: | 2007-06-12 |
| Sammanfattning: | <p>Bakgrunden till studien grundar sig i ett ökat fokus på hälsofrämjande arbete i arbetslivet. För att utveckla ett mer hälsofrämjande förhållningssätt har ledaren en viktig funktion, en aspekt vi beslöt oss för att studera närmare. Uppsatsen är en intervjustudie av kvalitativ karaktär, där sex ledare samt en hälsopromotor i Lunds kommun har intervjuats. Syftet med studien är att belysa ledarnas arbete med, och deras uppfattningar om hälsofrämjande arbete. Vi identifierar de insatser som utförs för att främja hälsa på arbetsplatser, samt studerar de olika sätt på vilka ledarna inhämtar och vidarebefordrar kunskap inom området. Vidare söker vi en förståelse för de förutsättningar och hinder som ledarna och hälsopromotorn upplever i det hälsofrämjande arbetet. Resultatet av intervjuerna tydliggör vikten av att integrera ett hälsofrämjande synsätt i hela organisationen. Delaktighet och ansvar är två essentiella faktorer för det hälsofrämjande arbetet enligt de intervjuade. Vi kan speciellt peka på ett ökat behov av kunskap om hur ledarna kan inspirera medarbetare till ett aktivt deltagande i verksamhetens hälsofrämjande arbete.</p> |
| Nyckelord: | Hälsofrämjande, ledarskap, arbetsliv, lärande |

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Förord | i |
| 1. Inledning..... | 2 |
| 1.1 Syfte | 3 |
| 1.1.1 Precisering av syfte | 3 |
| 1.2 Avgränsningar | 3 |
| 1.3 Organisation: Lunds Kommun..... | 4 |
| 2. Teori | 5 |
| 2.1 Litteraturgenomgång | 5 |
| 2.2. Hälsa och hälsofrämjande som begrepp | 5 |
| 2.3 Hälsofrämjande på arbetsplatsen | 7 |
| 2.4 Chef, ledare och ledarskap | 8 |
| 2.4.1 Hälsofrämjande ledarskap och dess förutsättningar..... | 9 |
| 2.5 Lärande i arbetslivet..... | 11 |
| 2.5.1 Lärandeprocesser..... | 11 |
| 2.5.2 Reflektionens betydelse för lärandet | 12 |
| 3. Metod..... | 13 |
| 3.1 Kvalitativ strategi..... | 13 |
| 3.2 Genomförande..... | 13 |
| 3.2.1 Urval av intervjupersoner..... | 13 |
| 3.2.2 Intervjuguiden | 14 |
| 3.2.3 Intervjutillfället..... | 15 |
| 3.2.4 Bearbetning av empiri | 15 |
| 3.3 Etiska överväganden | 15 |
| 3.3.1 Informerat samtycke..... | 16 |
| 3.3.2 Konfidentialitet..... | 16 |
| 3.4 Kvalitetsaspekter | 16 |
| 3.4.1 Trovärdighet och äkthet | 16 |
| 3.4.2 Förförståelse | 17 |
| 3.4.3 Intervjuareffekten | 17 |
| 4 Resultatredovisning | 17 |
| 4.1 Introduktion..... | 17 |
| 4.2 Tema 1 - Ledarroll och hälsofrämjande arbete..... | 18 |

| | |
|---|----|
| 4.2.1 Hälsöfrämjande och hälsofrämjande ledarskap | 18 |
| 4.3 Tema 2 - Förutsättningar och hinder | 20 |
| 4.3.1 Friskvård för fysisk hälsa | 20 |
| 4.3.2 Internt och externt stöd..... | 21 |
| 4.3.3 Resurser i form av tid och pengar | 21 |
| 4.3.4 Engagemang och eldsjälur..... | 22 |
| 4.3.5 Ansvar | 23 |
| 4.4 Tema 3 - Utbildning och kunskapsförmedling | 24 |
| 4.4.1 Formell utbildning..... | 24 |
| 4.4.2 Kunskapsförmedling - från ledare till medarbetare | 26 |
| 4.4.3 Hälsainspiratörer som resurs | 26 |
| 5. Analys och diskussion | 27 |
| 5.1 Hälsöfrämjande integrerat i hela organisationen | 27 |
| 5.2 Ansvar | 28 |
| 5.3 Delaktighet | 29 |
| 5.4 Att förmedla hälsofrämjande kunskaper..... | 31 |
| 5.5 Villkor för lärande..... | 32 |
| 6. Slutsats..... | 33 |
| 6.1 Metoddiskussion | 34 |
| 6.2 Förslag till vidare forskning..... | 34 |
| 7. Referenser | 36 |
| Bilaga 1. Brev till kontaktpersonerna..... | a |
| Bilaga 2. Brev till intervjupersonerna | b |
| Bilaga 3. Intervjuguide Ledare..... | c |
| Bilaga 4. Intervjuguide Hälsöpromotor..... | d |

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla Er i Lunds Kommun som har svarat på våra frågor och inspirerat oss i vår studie. Utan Er hade det inte blivit någon uppsats. Ett särskilt tack till Lennart Svensson som tålmodigt har handlett och inspirerat oss.

Trevlig sommar!

Lund juni 2007

Linnea Elmegren & Anki Lektorp

1. Inledning

De flesta av oss har - genom olika media, forskningsrapporter och utredningar - blivit varse att arbetet är en av orsakerna till många människors ohälsa. Flera rapporter och undersökningar pekar dock på motsatsen, att vårt arbete kan vara det som främjar hälsan. (Nilsson 2006) Hälsoarbetet ute i våra organisationer handlar idag inte endast om förebyggande åtgärder och rehabilitering. Att fokusera på de faktorer som gör oss friska, så kallade "friskfaktorer", för att främja hälsan hör numera i allt högre grad till det etablerade hälsoarbetet.

Ett exempel på detta går att finna i Lunds kommuns personalnyheter där de beskriver sin inställning till hälsoarbetet på följande sätt:

"Lunds kommun hade 2005 en sjukfrånvaro på 8 %. Detta betyder att vi har en frisknärvaro på 92 %. Sjukfrånvaron pratar vi ofta om, men inte frisknärvaro. Istället för att bara diskutera varför människor blir sjuka skulle vi kanske också diskutera vad som gör att människor förblir friska." (Lunds kommun 2006:a, s. 1)

Det finns de som anser att ohälsa inte beror på bristande kunskap, däremot på att kunskap tillämpas på fel sätt, eller inte alls. Ofta försöker organisationer överföra någon annans lyckade hälsosatsningar till sin egen verksamhet, men då glömmes de bort att alla arbetsplatser är olika, med olika förutsättningar och olika människor. Det finns även skillnader mellan offentlig och privat organisation vilket kan påverka de strategier som används i det hälsofrämjande arbetet. Dessa olika organisationsformer finns till för olika syften, de offentliga för att fylla ett uppdrag medan de privata har en affärsidé. (Hanson 2004)

Ledarens roll för ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete poängteras ofta i samband med betingelserna för god hälsa i arbetslivet. (Menckel & Österblom 2000) Ledaren är den som upprättar strategier för hälsoarbetet, och som kan påverka att det hälsofrämjande synsättet implementeras i organisationens alla delar och även organisationens alla nivåer. (Hanson 2004) En strävan mot hälsofrämjande på arbetsplatsen innebär oftast en förändring för alla inblandade. För att förändringen skall nå ut till alla så är det betydelsefullt att ledaren tillämpar delaktighet för medarbetarna redan från början. Genom delaktigheten växer människor, och därigenom ett förstärkt ansvarstagande av alla delaktiga. (Ahrenfelt 2001)

Generellt sett så har kraven på ledare förändrats de senaste 10-15 åren, särskilt inom offentlig sektor där ledaren förut hade ett givet regelverk där varje situation hade en egen lösning i regelpärmen. Idag har decentraliseringen inneburit nya arbetsuppgifter, som exempelvis lönesamtalen som tidigare styrdes av centrala avtal, anställningsår och befattning. Arbetsuppgifterna innebär även ett ökat ekonomiskt ansvar, vilket tidigare sköttes av t.ex. en kommunalkamrer. (Hildingsson & Krafft 2001)

I och med samhällets förändringar beträffande utvecklingen till ett kunskapssamhälle uppstår också nya krav på ledarstilar. Då förändringar i vissa fall leder till ohälsa så är en strategi att anamma hälsofrämjande arbete som ett "motgift". Arbetsplatser bör inrättas så att de blir hälsofrämjande, men hur ser det ut på en arbetsplats som utgår från ett hälsofrämjande synsätt? Hur ser ledarna på arbetet för att främja hälsa på arbetsplatsen, och vilken är deras roll i det hela? Det är några av frågorna vi ställer oss i föreliggande studie.

1.1 Syfte

Syftet med studien är att belysa kommunala ledares syn på, och arbete med hälsofrämjande pedagogiska insatser och förutsättningar för dessa.

1.1.1 Precisering av syfte

Avsikten med undersökningen är att genom intervjuer med ledare på olika nivåer, samt en hälsopromotor, i skilda verksamhetsområden inom Lunds kommun, få en förståelse för deras uppfattningar om hälsofrämjande på arbetsplatsen. Vidare vill vi lyfta fram de förutsättningar som ledarna uppfattar som viktiga för att arbeta hälsofrämjande inom sin verksamhet. Slutligen syftar studien till att se hur pedagogiska insatser så som formell utbildning, lärande på arbetsplatsen och kunskapsöverföring används som redskap i det hälsofrämjande ledarskapet.

1.2 Avgränsningar

I studien använder vi begreppet hälsofrämjande utan att göra någon åtskillnad mellan begreppen hälsofrämjande och hälsopromotion. Vi vill ändå klargöra att det råder skilda meningar huruvida begreppen i fråga är liktydiga eller har olika innebörd. Hälsopromotion som begrepp används på olika sätt, bland annat förklaras det vara en diskurs, teori, disciplin, projekt eller rörelse. (Korp 2002) Maravelias (Holmqvist & Maravelias 2006) ser hälsopromotion som en diskurs. Han förklarar att hälsopromotion är ett kunskapsfält som består av olika idéer och tekniker för att organisera hälsoarbete på till exempel arbetsplatsen. Hanson (2004) beskriver hälsopromotion som ett ställningstagande och även som ett kunskapsområde då det bygger på särskild kunskap. Han ser däremot hälsofrämjandet som ett mer allmänt ställningstagande och att det inte ställer några villkor på hur hälsoarbetet praktiskt ska gå till. Menckel & Österblom (2002 s. 26) definierar i sin tur begreppet hälsofrämjande som *”alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar och som syftar till att öka välbefinnande och hälsa.”*

Vi definierar begreppet hälsofrämjande i vår uppsats i den bemärkelse att vi även använder oss av litteratur om hälsopromotion, men går inte närmare in på de skillnader som ibland uttrycks. Vi ser även begreppet vidare i vår uppsats än hur Hanson (2004) definierar begreppet ovan, genom att tillämpa definitionen av Menckel & Österblom (se ovan). Vi förtydligar detta i kapitel 2.2 genom en figur (se figur 2) ur Liss (2001).

Vi har även avgränsat oss något vad gäller begreppen ledare och ledarskap. I vår studie fokuserar vi på de ledare som innehar en formell position, de som ofta även kallas chefer, men utan att hos de intervjuade identifiera de egenskaper som i litteraturen sägs karaktärisera chefer respektive ledare. I vår empiriska undersökning har ledare snarare än chef, varit den mest frekvent förekommande benämningen på och av de intervjuade.

Vår avsikt är att utföra samt analysera intervjuerna med utgångspunkt i den ledande roll dessa sex ledare har i det hälsofrämjande arbetet, och lägger inte heller vikt vid att sex av de sju intervjuade är kvinnor.

1.3 Organisation: Lunds Kommun

I Lunds kommuns förvaltningar arbetar nästan 9000 tillsvidare- och visstidsanställda inom cirka 250 olika yrken. Bland dessa är den största yrkesgruppen grundskolelärare, och andra stora grupper är undersköterskor, vårdbiträden, förskollärare och barnskötare. 77 % av de anställda är kvinnor och 23 % är män. Lunds kommun har ca 450 ledare på olika nivåer. (Lunds kommun 2006:b)

Lunds kommun har upprättat ett personalpolitiskt program som antogs av kommunfullmäktige 2002. Varje år upprättas nya handlingsplaner som är kopplade till programmet. Redan 2006 påbörjades ett arbete rörande välbefinnande och hälsa samt ledarutveckling, ett arbete som fortsätter även under 2007. Ohälsan finns ute på de enskilda arbetsplatserna och därför ligger fokus på just arbetsplatserna och på den enskilde individen. Lunds kommun har en målsättning att sjukfrånvaron den 31 december 2007 skall vara högst 6,8 % och nere på 4,5 % den 31 december 2012. Hälsofrämjande insatser och åtgärder sätts in för att nå dessa mål, och hälsofrämjande i den mening att de innefattar både främjande och förebyggande av hälsan. Exempel på insatser är till exempel att ta fram en diagnos på hur både individen och arbetsplatsen mår och erbjuda utbildning om hälsa och hälsofrämjande. På individuell basis sätts det in åtgärdsplaner utifrån de diagnoser som ställs. I Lunds kommun satsas också på att öka delaktigheten för medarbetarna genom ett ökat inflytande på till exempel arbetsplatsträffarna. Satsningar görs även för att uppmuntra till både internt och externt erfarenhetsutbyte. (Lunds kommun 2007)

Att vara ledare i Lunds kommun handlar om att arbeta i en organisation som är politiskt styrd. Kommunala och nationella mål ger arbetet dess ramar. Ledarna har ansvaret att ta vara på kommunens resurser och fördela dem så att verksamheten utvecklas. Ledarna inom kommunen har mål och visioner som sina verktyg, och det är genom visionerna som målen skall nås. Vägen mot målen skall kantas av tydlighet, förmåga att delegera samt genom en dialog med medarbetarna. Att vara tydlig i sitt ledarskap, att skapa delaktighet, våga delegera, att diskutera och att lyssna till medarbetarna är också förutsättningar för allas engagemang och lärande, samt för en arbetsmiljö och verksamhet med god kvalitet. För att ledarna ska kunna klara av detta på ett bra sätt, är det viktigt att de har personlig mognad och känner sig trygga i ledarskapet. Kommunen hjälper till genom att ge möjlighet till kurser och utbildningar där ledarna får tillfälle att höja sin kompetens och få djupare förståelse för kommunens värderingar. (Lunds kommun 2006:c)

2. Teori

2.1 Litteraturgenomgång

Till att börja med sökte vi litteratur om ledarskap, ledarskapsutveckling och hälsofrämjande ledarskap i bibliotekens egna sökmotorer och i databasen Libris. När vi fått en översiktsbild av ämnet fortsatte vi vår litteraturgenomgång genom att söka aktuell forskning främst i databaserna ERIC och ELIN. Vi har även använt oss av sökmotorn Google. Enligt Bryman (2002) är det viktigt att få kunskap om vilken forskning som redan gjorts så att man inte ”uppfinner hjulet på nytt”. Vi kan här även få en bild av hur andra genomfört sina undersökningar och vilka metoder som är etablerade inom området. (Backman 1998)

Internet har även använts till att söka publikationer genom Arbetslivsinstitutets hemsida som tyvärr är under nedläggning, men där vi funnit länkar som slussat oss vidare till publikationerna. Vi har även använt oss av information från Regeringens hemsida, och då främst publikationer från arbetsmarknadsdepartementet så som SOU, statens offentliga utredningar.

Flera av de artiklar vi fann var sekundärkällor, men vi kunde genom dessa artiklars referenslistor hitta primärkällan. Primärkällor är ofta i form av vetenskapliga forskningsartiklar, vetenskapliga rapporter och konferensrapporter. Att använda sig av vetenskapliga artiklar i uppsatsen höjer trovärdigheten genom att dessa artiklar har vissa krav på sig. Till att börja med finns det krav på hur rapporteringen ser ut, d v s att den följer en viss mall med innehåll som bland annat abstract, metodbeskrivning och resultatredovisning. Artikelnen skall ha genomgått en granskning, en så kallad peer-reveiw av ett råd av granskare på den tidskrift som publicerat den och tidskriften skall vara en primärpublikation. (Hanson 2006)

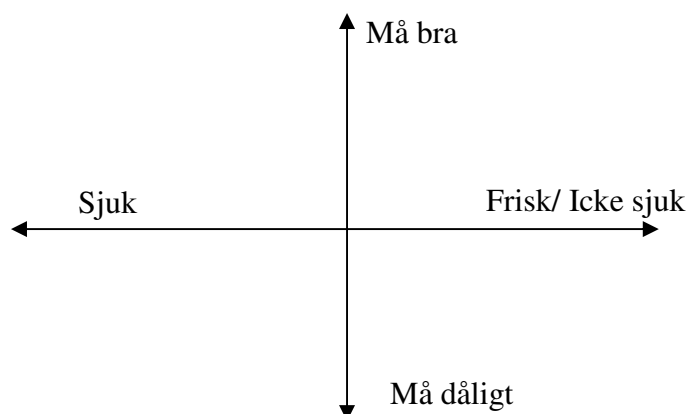
Vi har använt oss av både primär- och sekundärkällor. Sekundärkällor användes även på grund av att vissa primärkällor var mycket omfångsrika, och att sekundärkällan redan benat ur kärnan i rapporten eller avhandlingen på ett sätt som vi ansåg tillförlitligt.

2.2. Hälsa och hälsofrämjande som begrepp

En vanligt förekommande definition av hälsa är Världshälsoorganisationen WHO:s definition från 1946: ”*Hälsa utgör ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp*” (Menckel & Österblom 2000 s.18).

Hälsa som begrepp kan gälla allt från enskilda individer till grupper, organisationer, samhällen liksom världen som sådan. I den individuella hälsan ryms både fysiska och psykiska faktorer vilka påverkas av såväl personliga som kontextuella förhållanden, varför hälsa inte kan betraktas som ett statiskt tillstånd. Det problematiska med WHO:s definition är att det inte vetenskapligt går att mäta ett fullständigt välbefinnande, eftersom hälsa handlar om en individuell upplevelse. (Menckel & Österblom 2000)

Tibblins hälsokoordinat (se fig.1) kan i detta sammanhang användas för att påvisa spännvidden mellan att må bra och må dåligt, samt mellan att vara sjuk och frisk. Hälsokoordinaten, eller "hälsokorset", innebär att individen kan uppleva hälsan som bra eller dålig oberoende av den fysiska hälsosituationen. (Menckel & Österblom 2000)

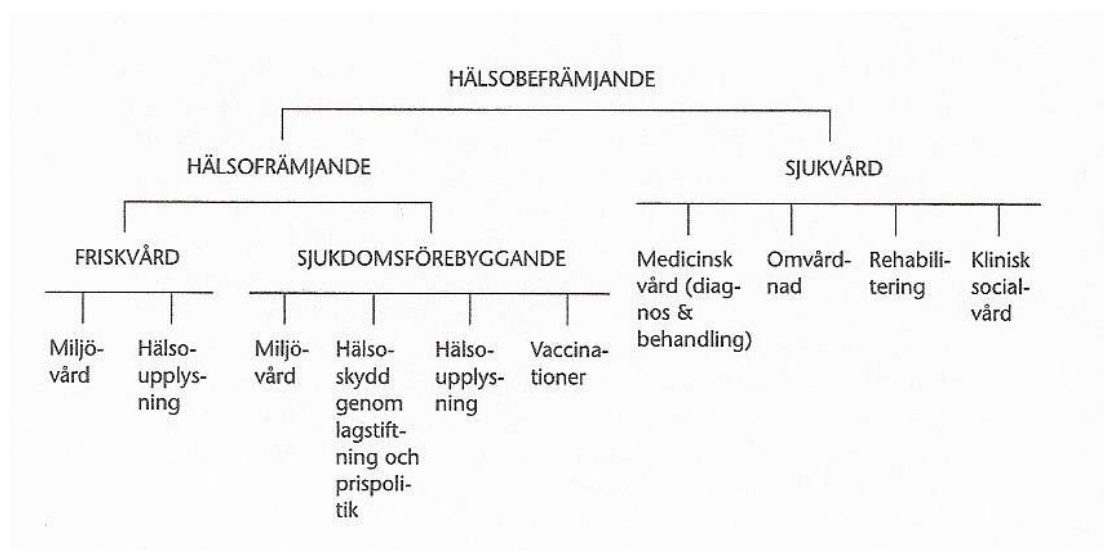


Figur 1. Tibblins hälsokoordinat avbildad ur Menckel och Österblom (2000 s. 19)

Aaron Antonovskys (2005) perspektiv med fokus på salutogenes, "hälsans ursprung", står som motsats till det traditionella patogena perspektivet med fokus på varför människor blir sjuka. Hans begrepp KASAM (känsla av sammanhang) har kommit att bli ett välanvänt begrepp för att förklara vad som håller oss friska. Känsla av sammanhang uppstår då individer upplever sin tillvaro som hanterlig, begriplig och meningsfull och Antonovsky menade att istället för att ständigt fokusera på att göra det sjuka friskt så bör vi koncentrera oss på vad som bevarar och förbättrar hälsan.

Hälsoarbete kan delas in i tre delar - botande, förebyggande och främjande - och alla är viktiga i olika situationer. Att bota och förebygga sjukdomar har länge varit rådande tillvägagångssätt för att arbeta med hälsa i organisationer. Det är ett synsätt som utgår ifrån att bota det redan sjuka, eller att hindra sjukdom från att bryta ut genom att vidta förebyggande åtgärder. Hälsofrämjande fokuserar däremot mer på det som gör att människor håller sig friska trots viss påfrestning, och att utnyttja den kunskapen för att sträva efter att öka de faktorer som främjar hälsa. (Hanson 2004)

Liss (2001) illustrerar (se fig. 2) vad som kan karaktärisera hälsofrämjande respektive sjukvård. Figuren beskriver hur hälsofrämjande åtgärder även inkluderar förebyggande insatser. Författaren menar att de åtgärder som riktas mot de med ”god” hälsa kallas friskvård, medan de handlingar som riktas mot dem som riskerar att bli sjuka kallas just ”sjukdomsförebyggande”. Båda delarna räknas dock som hälsofrämjande.



Figur 2. Hälsofrämjande som begrepp. Ur Liss (2001 s.101)

Korp (2002) förklarar även att det hälsofrämjande synsättet står som en slags motpol till det som brukar kallas ”den medicinska modellen”, som utgår ifrån medicinsk expertis och ett atomistiskt synsätt, medan det hälsofrämjande utgår ifrån ett holistiskt tänkande där individen har större kontroll över sin egen hälsa.

2.3 Hälsofrämjande på arbetsplatsen

Hälsofrämjande på arbetsplatser inbegriper all den aktivitet som görs för att förbättra hälsan och välbefinnandet för individen. Fokus ligger på att ge möjligheter för individen att generera hälsosamma beteenden. Hälsofrämjande handlar inte bara om fysisk hälsa utan den psykosociala hälsan är lika central och tillsammans bidrar de till ett helhetsperspektiv för att ge individen de möjligheter som krävs för hälsa och välmående. (Menckel & Österblom, 2000)

Den Europeiska unionen har bildat ett nätverk, ENWHP, European Network for Workplace Health Promotion, som har till uppgift att utbyta erfarenheter om hälsofrämjande på arbetsplatser. Nätverket består av arbetsgivare, arbetstagare och samhällsaktörer, och den huvudsakliga fokus ligger på de goda exempel som uppstår i arbetet med hälsofrämjande. ENWHP upprättade 1997 Luxemburgdeklarationen där de presenterar olika faktorer som är betydelsefulla för en hälsofrämjande arbetsplats. En faktor är ledarens syn på sina medarbetare. Den hälsofrämjande synen är att medarbetarna är oumbärliga för organisationens framgång istället för (den mindre

lyckade) att medarbetarna till största del utgör en kostnad för organisationen. En annan faktor är vikten av en personalpolicy som innehåller strategiska frågor om hälsofrämjande åtgärder. Andra faktorer som ses som centrala för en hälsofrämjande arbetsplats är en organisationskultur som inspirerar till motivation och ansvar, arbetsorganisatoriska principer så som stöd och utvecklingsmöjligheter, att individen har kontroll som är relaterat till de krav denne har på sig och slutligen att det finns ett fungerande samarbete mellan arbetsskydds- och hälsoorganisationen på arbetsplatsen. Det betonas även att det hälsofrämjande arbetet bör integreras i den vanliga verksamhetens alla delar, istället för att arbetet med hälsofrämjande blir en syssla som är skild från det vardagliga arbetet. (Luxemburgdeklarationen 1997)

Att integrera det hälsofrämjande arbetet i vardagen kan ibland vara svårt eftersom det finns starka traditioner kring vem som har ansvaret för medarbetarnas hälsa. Ansvaret ligger ofta hos företagshälsovård, skyddsombud eller hos individen själv. Organisationer som kommit en bit i hälsoarbetet upptäcker ofta att hälsa kan kopplas ihop med fler aktiviteter än de tidigare har insett. Hälsa kan integreras i beslutsfattande, policyer, verksamhetsplaner och mål, organisering, kompetensutveckling, ledarskap, kvalitetsarbete, arbetsplatsträffar och i medarbetarsamtalen. (Hanson 2004)

2.4 Chef, ledare och ledarskap

Ledarskap förekommer i de flesta former av mänsklig samvaro och att försöka ge en generell förklaring till vad begreppet står för är i princip omöjligt. I den stora mängd litteratur i ämnet går det att finna olika definitioner och teorier.

Enligt Gary Yukl har dock de flesta definitioner vissa gemensamma nämnare:

“Most definitions of leadership reflect the assumption that it involves a process whereby intentional influence is exerted by one person over other people to guide, structure, and facilitate activities and relationships in a group or organization.” (Yukl 2006 s.3)

Maltén (2000) beskriver på ett snarligt sätt ledarskapet som en påverkansprocess, men poängterar även att det huvudsakliga syftet i att leda ofta handlar om att få människor att agera med ett förutbestämt mål i sikte. Att motivera människor till måluppnående fordrar att ledaren fokuserar på relationen till sina medarbetare, samtidigt som ledarskapet också kräver en förmåga till problemlösning samt kommunikativa färdigheter. I sammanhanget är det även värdefullt att påvisa skillnaden mellan begreppen chef/ chefskap samt ledare/ledarskap. Differensen inom begreppen handlar om roll och funktion, där begreppen chef och ledare står för den roll som åsyftas medan chefskap och ledarskap står för den funktion som personen i fråga innehar. En ledares egenskaper kännetecknas som förmågan att ”få människor med sig” och är således av en socialpsykologisk karaktär då det rör relationen mellan människor och bygger på att ha inflytande över andra människor. Att vara chef innebär i sin tur att inneha en organisatorisk position, det vill säga att vara formellt utsedd för en tjänst. Att ha en formell chefsposition medför att ha underordnade medarbetare samt bestämda befogenheter och förpliktelser. (Maltén 2000)

Begreppet ledare har enligt ovan förklarats med att kunna få folk med sig. Det ultimata är naturligtvis att som chef även kunna leda människor, vilket vanligen också förväntas av chefer. I sin avhandling *Ledarskap i vardagsarbetet* (2005) påpekar Louise Moqvist att chefsbegreppet ofta förknippas med sådant som kortsiktighet, kontroll, styrning samt att upprätthålla rådande och givna förhållanden – medan ledarbegreppet oftare beskrivs i termer av långsiktighet, delaktighet, förändringsorientering, visioner och kreativitet. (Moqvist 2005)

Det finns synpunkter på forskning kring området chefskap och ledarskap, där bland andra Holmberg (2003) samt Moqvist (2005) menar att fokus framför allt har legat på föreställningar om chefer och ledarskap snarare än den praktiska verksamhet som chefer och ledare utövar. Yukl (2006) påpekar att forskning kring ledarskap främst har rört sig om att definiera och analysera ledares egenskaper.

”Ett ledarskap för förändring bör inriktas på att skapa och sprida visioner, vara positivt till andras idéer, våga ta risker och uppmuntra till samarbete.” (Maltén 2000 s.170) Maltén (2000) anser att en förnyelse till viss del kan vara anpassningsinriktad men främst bör vara inriktad på utveckling. I en förändringsprocess bör ledarens roll vara som en ”katalysator”, det vill säga att se till de mål som upprättats och samtidigt skapa nya visioner och ge stöd och stimulans till medarbetarna.

2.4.1 Hälsöfrämjande ledarskap och dess förutsättningar

När man talar om ledarskap och medarbetarskap delas det ofta upp i ledare och ledda, vilket enligt von Otter (2006) är missvisande. Han menar att det målar upp en bild av att medarbetarna är svaga och behöver ledas för att klara av sitt arbete. Han menar även att motsatserna stark – svag blir framträdande i managementlitteratur då man talar om medarbetarna som resurs eller kapital.

Ur ett hälsöfrämjande perspektiv beaktas ledarskapet och medarbetarskapet som ett komplement till varandra där båda är lika viktiga. Då delaktighet blir en del av det hälsöfrämjande arbetet krävs det av ledaren att denne vågar lita på sina medarbetare och att en ömsesidighet växer fram där makt- och ansvarspositionerna jämnas ut, utan att ledarens roll för den skull blir otydlig. (Hanson 2004)

Ledare och medarbetare har var sin uppgift, ledaren har bred kunskap och medarbetaren har fördjupad kunskap om sin arbetsuppgift. Relationen mellan ledare och medarbetare är en relation mellan vuxna människor. Då ledare ger medarbetaren utrymme för delaktighet, så är förutsättningen även då att medarbetaren verkligen tar möjligheten till sig, annars har delaktigheten inte nått sitt syfte (Backström, Döös & Wilhelmsson 2006)

En positiv effekt av delaktighet är att den även främjar hanterbarheten över individens arbetssituation. (Hanson 2004) En modell för att analysera psykosociala arbetsförhållanden har konstruerats av Karasek & Theorell (1990) - den så kallade Krav-kontroll-modellen. House (1981) har vidareutvecklat modellen med tillägget ”socialt stöd” som ytterligare en dimension. (se fig.3) I figuren har kravdimensionen graderats med låga och höga krav, en gradering som Theorell (2003) sedermera har ändrat från hög-låg till rimlig-orimlig, då han anser att det inte finns företag idag som ställer låga krav.

Theorell (2003) har även ändrat kontrollfaktorn till beslutsutrymme, då han ser att begreppet kontroll i modellen ofta förknippas med den kontroll som arbetsgivaren har, och i detta fall gäller kontrollen endast över individens eget arbete. Han beskriver det ideala tillståndet då individen känner rimliga (tidigare höga) krav, högt beslutsutrymme och högt stöd. Enligt Theorell (2003) kan en spänd arbetssituation under en längre tid, med orimliga krav, lågt beslutsutrymme och lågt socialt stöd hindra lärandet på arbetsplatsen. Detta kan därmed försvåra implementeringen av eventuella förbättringar. Därför är det viktigt att låta dessa förbättringar ta den tid som krävs.

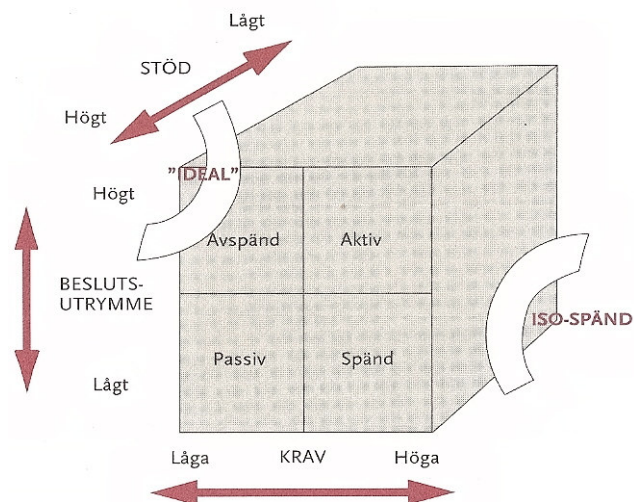


Fig.3. Krav-kontroll-stöd-modellen, ur Theorell (2003 s. 35)

En grundläggande förutsättning för att kunna hantera de krav som ställs på ledare är att ledaren har en god hälsa. Risken för ohälsa hos ledaren kan öka då möjligheter och resurser inte räcker till för att uppfylla kraven eller till och med försämrar hanteringen av kraven. (Josephson & Vingård 2002)

En förutsättning för att lyckas med hälsofrämjande på arbetsplatsen kan vara att få experthjälp från externa samarbetspartners. Företagshälsovården är en viktig samarbetspartner för ledaren. Mycket av deras arbete riktar sig mot förebyggande och skydd mot ohälsan.

Denna preventiva syn har styrt hälsoarbetet ute på företagen, och därigenom begränsat de ledare som haft hälsofrämjande som sin syn. Men företagshälsovården kan ändå utgöra ett viktigt stöd till ledarna i det hälsofrämjande arbetet, och därför utgör deras förhållningssätt och kunskap en stor betydelse för att arbetet skall bli lyckat. (Menckel & Österblom 2000)

De skall kunna:

- ✓ uppmuntra ledarnas ansvarstagande
- ✓ ge hjälp till självhjälp
- ✓ se och tala om för människor vad som behövs göras
- ✓ hjälpa dem att ta ansvar för sin egen hälsa
- ✓ vara kunskapsförmedlare
- ✓ vara accepterande så att människor vågar ge uttryck för sina problem och önsknings (Menckel & Österblom 2000)

Engagerade medarbetare kan tillfrågas om de vill agera hälsoinspiratörer på arbetsplatsen och därmed utgöra ett internt stöd för ledaren i det hälsofrämjande arbetet. Karlqvist (2005) visar i en undersökning i kommunal verksamhet att de ledare som tillsammans med hälsoinspiratörer genomgått en utbildning i fysisk hälsa, har medarbetare som ökat sin kondition mest, och har även medarbetare som nu motionerar flest gånger i veckan, jämfört med grupper där ledare och hälsoinspiratörer inte arbetar tillsammans för att uppnå hälsa. Detta samarbete leder enligt Karlqvist (2005) även till att medarbetarna upplever ett större inflytande över sin arbetssituation.

2.5 Lärande i arbetslivet

Lärande i arbetslivet har kommit att få en allt viktigare betydelse, dels beroende på ökade krav på individen kopplat till ekonomiska aspekter, men även på grund av arbetsmiljökraven. *”En miljö som tillåter och stimulerar lärande och utveckling av de anställdas förmågor är gynnsam för deras hälsa, välbefinnande och personliga utveckling.”* (Ellström 1996, s.7)

Lärande är liksom ledarskap ett otydligt begrepp och det finns ingen allmänt vedertagen definition. Ellström (1992) har formulerat en samlad beskrivning av hur många forskare ser på begreppet: *”Med lärande avses här relativt varaktiga förändringar hos en individ som ett resultat av individens samspel med sin omgivning”*. (Ellström 1992 s.67) Denna definition kräver dock en förklaring av vad som förändras, respektive hur individen samspelar med sin omgivning. (Ellström 1992) Vi ska därför närmare belysa dessa områden genom att utreda vilka de olika former av lärande är, samt se vad som skapar ett lärande hos individer.

2.5.1 Lärandeprocesser

Ett så kallat formellt lärande är kopplat till olika former av utbildningar såsom kurser, konferenser, seminarier och studiecirkel. Formell utbildning på en arbetsplats innebär ett målinriktat lärande som sker inom ramen av planerade utbildningar. (Ellström,

(Ekholm & Ellström 2003) Det innebär att lära i en kontext där uppgifter, mål och andra förutsättningar redan är bestämda och en anpassning till givna förutsättningar sker således. (Ellström 1992, Angelöw 2002) Det informella lärandet kan i sin tur ske både medvetet och omedvetet. Det medvetna informella lärandet kan ta sig i uttryck genom till exempel erfarenhetsutbyte inom olika nätverk, genom coaching, rådfrågning och mentorskap. Det omedvetna informella lärandet är ofta en följdverkan av andra aktiviteter och sker ibland utan att vi ens tänker på det, så kallat "tyst" lärande, vilket sker då syftet inte uttalat är att vi ska lära oss något. (Ellström, Ekholm & Ellström 2003)

Ett lärande kan vara reproduktivt eller utvecklingsinriktat. Vad som påverkar dessa två lärandelogiker är hur arbetsuppgifterna ser ut samt arbetsplatsens och organisationens utformning, och vilket handlingsutrymme som finns i arbetet. Ett reproduktivt, eller anpassningsinriktat lärande innebär att vi lär oss en uppgift som redan har ett givet förfarandesätt. (Ellström 2005) Argyris (1999) identifierar det reproduktiva lärandet utifrån begreppet "singel-loop-lärande", vilket innebär att individen utför sina uppgifter utan att varken reflektera över eller ifrågasätta dem. Vid problemlösning frågar man sig heller inte varför problemet uppstår, utan är mer intresserad av att bara lösa det. Denna typ av lärande utvecklar inte arbetssätten utan bidrar mer till att arbetet flyter på som det brukar, vilket bibehåller status quo.

Utvecklingsinriktat lärande är däremot ett lärande där befintliga rutiner ifrågasätts, och i detta lärande finns en vilja att påverka sin arbetssituation. Här ställs frågor som inleds med vad? och varför? istället för hur?, vilket är fallet vid ett reproduktivt lärande. (Ellström 2005) Ett utvecklingsinriktat lärande kan även jämföras med Argyris (1999) "dubbel-loop-lärande", där ett reflektivt tänkande ingår i arbetssättet och rutiner är inte befästa i den mening att de inte går att ändra på. Ett dubbel-loop-lärande anses vara ett lärande som är passande vid ständiga förändringar, då det ständigt krävs en analys över varför vissa saker sker. När man gör dessa analyser så möjliggörs det att förändra de förutsättningar som skapar problem, snarare än att fokusera på tillfälliga lösningar. Det finns även ett trippel-loop-lärande, detta lärande innebär att man lär sig att lära och bottenar i organisationens grundläggande principer. Trippel-loop-lärande är ett lärande som kan ta flera år att uppnå, då detta handlar om att ifrågasätta vilken typ av organisation man är, och vilken organisation man vill vara. (Swieringa & Wierdsma 1992)

Ellström (2005) frågar sig vilka villkor som krävs för att få en slags alternerande rörelse mellan de två lärandelogikerna. Reproductivt- och utvecklingsinriktat lärande behöver inte vara motstridiga aspekter, utan kan komplettera varandra på ett fruktbart sätt. Det är inte något i de här två strategierna som är antingen dåligt eller bra utan båda är nödvändiga.

2.5.2 Reflektionens betydelse för lärandet

Det utvecklingsinriktade lärandet krävs för att den befintliga kunskapen skall utvecklas, förnyas och förbättras i organisationen. För att utöva utvecklingsinriktat lärande behövs därför utrymme för reflektion. Tyvärr kan goda tider för företaget då läget är stabilt, hindra att de etablerade rutinerna ses över då det ändå fungerar bra. Reflektionen får stå åt sidan då motivationen hos individen inte är särskilt hög då de inte krävs några åtgärder för tillfället. (Ellström 1996)

Reflektionen är viktig för att individen ska kunna förstå en situation eller en pågående process. (Ahrenfelt 2001) Att enbart ha erfarenhet av något innebär inte per automatik att ett lärande sker, eller som Ellström uttrycker det, att erfarenhetslärandet inte kan stå på egna ben, utan behöver stöd av till exempel reflektion. Reflektionen ger distans till det inlärd och ger tillfälle att kunna identifiera konsekvenser av till exempel utvecklingsprocesser. (Ellström 1996)

Reflektionen styr vårt handlande medvetet eller omedvetet, då vi kritiskt granskar vår situation. Vi granskar konsekvenserna som våra handlingar kan leda till och därigenom kommer även våra föreställningar, som kanske legat mer latent, upp till ytan för att genomgå en kritisk granskning. (Ellström 1996) Ellström anser vidare att det bör ges planerade tillfällen till reflektion i organisationen. Här kan han med fördel se att grupper som inte är alltför likställda träffas och diskuterar olika situationer i den dagliga verksamheten.

3. Metod

3.1 Kvalitativ strategi

För att bestämma vilken strategi som är lämplig för en studie bör man utgå från de frågor som skall besvaras. Då vi bland annat är intresserad av att få veta vad ledarna har för uppfattningar kring hälsofrämjande samt hur de ser på sin roll i detta, blir studien ganska naturligt av en kvalitativ karaktär.

Vill man veta hur någon uppfattar något så är det bästa sättet att fråga dem. Det finns inget bra sätt att "mäta" hur någon upplever något. (Wallén 1996)

En kvalitativ forskare vill ofta se en situation genom den deltagande personens perspektiv, och har inte för avsikt att kunna generalisera sina upptäckter, utan vill skapa förståelse för den specifika kontexten. (Bryman 2002)

3.2 Genomförande

3.2.1 Urval av intervjupersoner

I studien deltar sex kommunala ledare och en av kommunen anställd hälsopromotor. Då vår utgångspunkt för studien var att få ta del av ledares uppfattningar om hälsofrämjande arbete, ansåg vi att det var en fördel att dessa ledare redan på något sätt arbetade strategiskt med just detta. På Lunds kommuns hemsida (Lunds kommun 2003) såg vi att de dels hade upprättat en friskvårdspolicy år 2003, och dels ett personalpolitiskt program där just hälsofrämjande och ledarskap var i fokus. Vi författade ett e-brev (se bilaga 1) som vi skickade ut till de kontaktpersoner som fanns presenterade på kommunens sida som riktade sig till studenter. Kontaktpersonerna vidarebefordrade därefter vårt e-brev till personer de ansåg passa för vår studie. Därefter var det dock endast en ledare som visade sitt intresse varpå den första intervjun

genomfördes. Denne ledare gav oss ytterligare tre namn på personer som eventuellt kunde hjälpa oss att finna andra lämpliga ledare att intervjua. Genom dessa fick vi också så småningom kontakt med sex ledare som ville låta sig intervjuas. En del av dessa fick ett e-brev med information om studien (se bilaga 2), och andra gav vi informationen på telefon när vi ändå hade dem på tråden.

De intresserade bestod av ledare på olika "nivåer" inom kommunens verksamhet, men vi bestämde oss för att inte lägga någon vikt vid det, utan snarare betrakta det som en fördel att få möjlighet att intervjua ledare inom olika verksamheter och med olika befattningar. Vi fick också tillfälle att intervjua hälsopromotorn som arbetar med hälsofrågor inom kommunen, vilket gav oss värdefull information om det övergripande, strategiska arbetet med hälsofrämjande inom Lunds kommun.

Vi har till viss del använt oss av ett snöbollsurval, vilket Bryman (2002) beskriver som ett förfarande där forskaren söker efter en kontakt inom det fält som utgör intresseområdet. Denna kontaktperson hjälper sedan till att få fatt i fler passande intervjupersoner.

3.2.2 Intervjuguiden

Vi intresserar oss för ledarnas egna uppfattningar och synpunkter på, samt förståelse för, det hälsofrämjande arbete som organisationen bedriver. Intervjuer är därmed ett lämpligt tillvägagångssätt. Det empiriska materialet i vår studie bygger på kvalitativa semistrukturerade intervjuer.

Semistrukturerade intervjuer har inte strikta frågeformulär som verktyg, utan vid denna typ av intervjuer används istället en intervjuguide (se bilaga 3) som skapas utifrån vissa teman som skall behandlas. De teman som ger intervjuguiden dess enda struktur har ingen fast inbördes ordning, utan frågorna kan ställas i den ordning som passar bäst i den specifika situationen. Semistrukturerade intervjuer tillåter även intervjuaren att ställa följdfrågor utifrån de svar som ges. Detta förfarandesätt innebär också att intervjupersonen svarar fritt på de frågor som ställs, eftersom det inte finns några fasta svarsalternativ. (Bryman 2002)

Då våra intervjupersoner bestod av ledare med olika befattningar och ansvar, upptäckte vi redan efter den första intervjun att frågeguiden behövde omarbetas i förhållande till vilken ledare vi intervjuade. De tre teman var fortfarande de samma, men frågornas karaktär fick modifieras efter i vilken utsträckning ledaren hade kontakt med sina medarbetare, vilket ansvar ledaren hade samt vilka befogenheter som var tillskrivna ledaren. Vi märkte även att vissa frågor kunde vara svåra att svara på utan betänketid, så vi bestämde oss efter andra intervjun att skicka ut intervjuguiden i förväg så de skulle ha möjlighet att fundera över ämnet. Vi utformade även en separat frågeguide (se bilaga 4) till hälsopromotorn då de frågor vi ställde till denne var av annorlunda karaktär, med fler frågor om det strategiska arbetet och om de olika utbildningarna, än vi ställde till ledarna.

3.2.3 Intervjutillfället

Vid intervjuerna använde vi oss av en mp3-spelare och i början även av en äldre variant av bandspelare. Vi var förberedda med denna inspelningsutrustning som även kontrollerades innan vi kom till intervjuplatsen. Före det att intervjuerna inleddes frågade vi återigen om tillåtelse att spela in, vilket samtliga gav sitt tillstånd till. Alla intervjuer utom två utfördes i de intervjuades rum på arbetsplatsen. I ett fall satt vi i fikarummet och i ett annat genomfördes intervjun på ett café. Intervjuerna pågick under 40-60 minuter vardera.

Innan vi började ställa frågor så presenterade vi oss och förklarade studiens syfte ytterligare en gång. Vi inledde med frågor om hur många de var ledare för och hur intervjupersonerna uppfattade de olika begreppen hälsofrämjande och hälsofrämjande ledarskap. Därefter fick intervjupersonerna svara fritt på frågorna i de tre teman vi utgick ifrån. Vi avslutade intervjuerna med att återigen ge intervjupersonen möjlighet att ställa frågor om det var något som känts oklart. De fick avslutningsvis tillfälle att ge övriga synpunkter på och åsikter om aspekter som vi inte frågat om, men som de ansåg vara viktiga i det hälsofrämjande arbetet.

3.2.4 Bearbetning av empiri

Så snart vi hade möjlighet efter varje intervju skrev vi ut den ordagrant. Det var en tidskrävande uppgift samtidigt som det gav oss en grundlig genomgång av materialet. Utskrifterna underlättade även den påföljande kategoriseringen. Vi sorterade intervjumaterialet i de tre teman som vi även utgick från i intervjuguiderna:

- ✓ Ledares uppfattningar om hälsofrämjande arbete
- ✓ Förutsättningar och hinder för ledaren att arbeta hälsofrämjande.
- ✓ Utbildning och ledares förmåga att förmedla kunskap

Därefter sökte vi efter återkommande och gemensamma mönster för att hitta kärnan i intervjuerna. Vilka gemensamma uppfattningar kunde vi finna i materialet? Vilka olikheter i uppfattningar fanns det?

3.3 Etiska överväganden

Etiska överväganden är inte viktigt bara vid själva intervjun utan bör finnas med i hela processen från uppsatsens planering till inlämning av den färdiga rapporten. Etiska frågor innebär i början av forskningsprocessen att välja undersökningsområde som på något sätt förbättrar situationen för människor. Vid skrivprocessen har forskaren ett ansvar för att ha referenser som stödjer de teorier som används i uppsatsen. Vid forskningens slut innebär etiska överväganden att fråga sig vilka eventuella konsekvenser uppsatsen kan ha för inblandade aktörer vid publicering av den. (Kvale 1997)

3.3.1 Informerat samtycke

Före intervjun bör man informera intervjupersonerna om vilket det övergripande syftet är med undersökningen, samt att beskriva i stora drag vilka moment som ingår i arbetet. Intervjupersonen skall ha vetskap om att deltagandet är frivilligt och att det är fullt tillåtet att avbryta deltagandet om denne önskar det. (Kvale 1997)

Vi erbjöd ledarna (via e-post) efter vår andra intervju möjligheten att ta del av vår intervjuguide före själva intervjutillfället. Vi ansåg att våra frågor var av den karaktär som inte skulle färgas eller förvrängas på något sätt om intervjupersonen fick se frågorna före intervjun. Däremot såg vi istället en fördel av ett sådant förfarande då intervjupersonerna fick tillfälle att i lugn och ro tänka igenom svaren.

3.3.2 Konfidentialitet

Utlovad konfidentialitet ska skydda de som deltar i undersökningen. Skyddet innefattar dels att det inte skall gå att utröna intervjupersonernas identitet och dels att inga obehöriga kommer att ta del av det insamlade materialet. (Kvale 1997)

Vi nämnde i vårt brev, (se bilaga 2) för samtliga deltagare att vi inte kommer att nämna deras namn eller arbetsplats i uppsatsen, och inte heller deras befattningar. Däremot så fanns det i skrivande stund endast två hälsopromotorer inom Lunds kommun. Därför bad vi den kvinnliga av dessa två om tillåtelse att omnämna henne som hälsopromotor, även om det därmed går att identifiera personen i fråga.

3.4 Kvalitetsaspekter

3.4.1 Trovärdighet och äkthet

Kvalitetsaspekter i en kvalitativ studie handlar om att forskaren bör förhålla sig till sin forskning och beskriva den för läsaren på ett sätt som kännetecknas av trovärdighet och äkthet. Trovärdighetsbegreppet inbegriper tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet, samt möjligheten att styrka och konfirmera sin forskning. Forskaren har, för att förmedla tillförlitligheten, att försäkra läsaren om att undersökningen genomförts på ett korrekt sätt enligt de regler som finns. Respondentvalidering innebär att forskaren kontrollerar sina resultat med de personer som ingått i studien, för att försäkra sig och läsaren om att resultaten stämmer överens med den verklighet den beskriver. (Bryman 2002) Efter intervjun med hälsopromotorn lät vi henne läsa och kommentera vår tolkning av intervjun för att undanröja eventuella missförstånd. Vi bedömde det vara särskilt angeläget eftersom det så lätt går att utröna vem hon är. Vi har dock på ett noggrant sätt skrivit ut intervjuerna för att på så sätt undvika att missförstå vad som sagts.

Överförbarheten i kvalitativa studier handlar om att i rapporteringen så noggrant och fylligt som möjligt beskriva det studerade. Därmed möjliggör forskaren för andra att lättare bedöma om resultatet är möjligt att överföra till andra kontexter. Vidare bör forskaren i sin rapport redogöra för alla de steg i forskningsprocessen som lett fram till det slutliga resultatet, att skapa en slags ”transparens”. (Bryman 2002)

3.4.2 Förförståelse

Den förförståelse vi har med oss i arbetet grundar sig i vår tidigare erfarenhet och kunskap om ämnesområdet, det vill säga vad vi lärt oss genom utbildning såväl som i arbetslivet. Vi har även erfarenheter från offentlig verksamhet vilket har betydelse för hur vi förstår den kommunala verksamhet vi tar del av.

Ingen av oss har haft någon formell position som ledare vilket innebär att det kan vara svårare att fullt ut förstå en ledares arbete. Men det kan också vara en fördel då vi inte har utvecklat några egna strategier att arbeta som ledare, vilket skulle kunna färga vår tolkning av resultatet.

3.4.3 Intervjuareffekten

I en intervjusituation kommer man inte ifrån att intervjuaren som person i någon mån påverkar utfallet. Det kan vara intervjuarens kön eller ålder eller helt andra personlighetsdrag som påverkar intervjupersonens uppfattning av intervjuaren. Den som intervjuas har precis som intervjuaren en viss förförståelse och i vissa fall förutfattade meningar rörande ämnet som ska behandlas. Vissa frågor kan skapa osäkerhet och den intervjuade kan komma att svara så som denne tror att det förväntas eller önskas. (Denscombe 2000) Detta kallar Bryman (2002) social önskvärdhet, något han ser som ett större bekymmer än att intervjupersonen påverkas av intervjuarens personliga egenskaper.

Vi anser inte att vår ålder eller kön har påverkat intervjupersonerna i någon riktning, då vi inte uppfattade våra frågor som nämnvärt känsliga. Vi märkte heller inget obehag hos intervjupersonerna under intervjun. En viss osäkerhet kunde vi däremot märka av då de inte riktigt förstod vad vi menade med till exempel hälsofrämjande som begrepp, eller i vissa fall om vi menade ur ledares eller medarbetares perspektiv. Den osäkerheten som vi eventuellt skapade genom detta kan vara en orsak till att svaren ibland kan ha blivit aningen förvrängda eller missvisande. Vid missförstånd försökte vi dock reda ut vad vi menade och hur vi uppfattat det som intervjupersonen berättat, för att stämma av vår förståelse.

4 Resultatredovisning

4.1 Introduktion

De ledare vi intervjuat har arbetat inom Lunds kommun under allt från 2 till 25 år, och de flesta har även arbetat i ledande befattningar före deras nuvarande anställning. Antalet medarbetare som de har personalansvar för varierar från 10 medarbetare upp till 30-40 stycken. Den intervjuade hälsofrämjaren har som uppgift att strategiskt övergripande arbeta med hälsofrågor, och hennes målgrupp är alla anställda i Lunds kommun.

Tre teman skapar strukturen för hur intervjuerna har bearbetats och slutligen sammanfattats.

Tema 1 – Ledarroll och hälsofrämjande arbete - *Ledarna berättar om hur de ser på hälsofrämjande, samt vilken roll de anser sig ha i arbetet för att främja hälsa på arbetsplatsen*

Tema 2 – Förutsättningar och hinder - *Ledarna berättar om förutsättningar och hinder för att utöva ett hälsofrämjande ledarskap.*

Tema 3 – Utbildning och kunskapsförmedling - *Ledarna berättar om utbildning och andra forum för kunskapsutveckling, samt deras användbarhet för att förmedla kunskap och implementera idéer hos medarbetarna*

4.2 Tema 1 - Ledarroll och hälsofrämjande arbete

Ledarna berättar om hur de ser på hälsofrämjande, samt vilken roll de anser sig ha i arbetet för att främja hälsa på arbetsplatsen.

4.2.1 Hälsofrämjande och hälsofrämjande ledarskap

De intervjuade ledarna anser att hälsofrämjande handlar om att fokusera på det som gör oss friska, såväl psykiskt som fysiskt, snarare än att inrikta sig på att förebygga sjukdom hos medarbetarna. De anser att hälsofrämjande är ett förhållningssätt där hälsofrämjande är integrerat i hela verksamheten och inte har någon början eller slut. Hälsofrämjandet är enligt ledarna, inte heller en avgränsad del i verksamheten som går att plocka ut. En av de intervjuade uttrycker det som:

”... det är ju med hela tiden i det dagliga arbetet, man har detta i bakhuvudet det här med hälsofrämjande och det är väldigt brett [...] i alla beslut och i allt man gör tänker man på att göra det på bästa sätt så att alla ska må bra.”

En annan ledare anser även att man inte bör glömma att såväl ledare som medarbetare har ett liv utanför arbetet och att det är viktigt att försöka få en balans mellan arbetsliv och privatliv. Det hälsofrämjande arbetet ska inte vara något som endast är begränsat till arbetstiden utan finnas med hela tiden.

Hälsopromotorn tycker även att hälsofrämjande arbete kräver en:

”... förståelse för vad hälsa är, hälsa är ju mer än en fruktkorg, det är ju ett enkelt sätt att köpa sig hälsa, men det är ju inte det som det handlar om, det är inte därför vi mår bra på jobbet för att vi får gratis frukt. Det är ju en fin förmån i sig men får man inte vara delaktig och inte får reda på vad som händer så spelar inte äpple någon roll, eller en verkligt liten roll i varje fall.”

Kommunikation ser en av ledarna som en grundförutsättning till det hälsofrämjande arbetet, att man pratar mycket med varandra, vilket också kräver av ledaren att denne är närvarande. Det är viktigt, säger ledaren, att hinna prata med varandra mycket, och inte endast vid medarbetarsamtalen och vid lönesamtalen. Ledaren poängterar just detta med att vara närvarande då en förändring i arbetsgruppen och en viss oro kan märkas om denne är borta en period. Den ökade oron består i att inte veta vad som skall göras. Här tycker ledaren att dennes roll kommer in, att strukturera upp det hela och styra fokus mot det viktigaste, när det är gjort känner ledaren att medarbetarna blir lugna igen.

4.2.2 Ledarens roll

Alla ledarna är eniga om att deras roll i det hälsofrämjande arbetet är mycket betydelsefull. Enligt en av de intervjuade är att vara en god ledare en förutsättning men ingen garanti för att medarbetarna på en arbetsplats ska må bra. Hälsopromotorn uttrycker det hälsofrämjande ledarskapet som:

"... att ett hälsofrämjande ledarskap egentligen är det samma som ett bra ledarskap"

Intervjupersonerna ser även att deras roll som ledare innebär att skapa delaktighet, ge medarbetarna inflytande över sina arbetsuppgifter, bistå med kunskap och ge all nödvändig information. Hälsopromotorn menar att:

"... det gäller få in viktiga bitar som delaktighet på jobbet, delaktighet är ju nästan avgörande att man prioriterar och ger tid och möjlighet till det här, och så kan man ta upp hälsa när man har medarbetarsamtal, det kanske de inte gör idag. I ett hälsofrämjande arbete är det viktigt att alla får vara med i processen."

En ledare gav ett exempel hur delaktighet kan skapas, genom att låta andra delta på olika samverkansmöten, istället för att själv alltid vara den som går på dessa möten. Detta ger en möjlighet för medarbetarna att få berätta om sina projekt med egna ord och detta märker hon lyfter självkänslan hos den personen och det är också en grund i det hälsofrämjande arbetet, enligt henne.

En av de intervjuade anser att ledarens roll bland annat handlar om att få människor att tycka att det är kul att uppfylla uppdraget, att kunna engagera, motivera, stimulera de anställda att gå i den riktning som kommunens uppdrag är. Denne anser även att det viktiga är att som ledare reflektera över vad som skapar motivation och vad som skapar hälsa. Ledarskap bör däremot inte handla om att ta över ansvaret för de anställdas hälsa, men ändå se sin roll som viktig i det hälsofrämjande arbetet.

Flera nämner även att deras roll är att vara en förebild. Genom att själv må bra så kan man även inspirera andra till att förbättra sin hälsa. En av ledarna uttrycker sin roll med *"... att vara en förebild i det här arbetet och att man själv har tagit de här frågorna till sitt hjärta."* Denne säger också att en ledare bör lyssna och vara lyhörd gentemot sina medarbetare, och att inte avfärda deras idéer även om hon som ledare skulle vara skeptisk till deras förslag. Dessa tillfällen ser hon istället som en möjlighet till att få ny kunskap.

En ledare poängterar vikten av att ha tillit till medarbetarna, att tro att de klarar av sina uppgifter. Samma ledare anser att ledarrollen i det hälsofrämjande arbetet också innebär att bekräfta på vägen till målet, att berömma, få dem att känna sig duktiga, och även att föra vidare beröm från annat håll så det inte enbart stannar hos ledaren.

En av de intervjuade uttrycker att ledarens roll i det hälsofrämjande arbetet är att vara den drivande, injicerande och påverkande. Denne betonar även vikten av att ge möjligheter till medarbetarna så de kan inhämta kunskap själva. Med möjligheter menar denne att alla skall få tid till utbildning, tid till att byta erfarenheter och diskutera med varandra för att få in nya tankar, och även att ge feedback och uppmuntra varandra så att de vet att de är på väg åt rätt håll.

Två av ledarna anser att deras roll är viktig för att hälsofrämjande arbete överhuvudtaget skall komma upp på agendan. De bedömer alltså att deras maktposition kan vara avgörande för om arbetsplatsen fokuserar på hälsofrämjande överhuvudtaget.

4.3 Tema 2 - Förutsättningar och hinder

Ledarna berättar om förutsättningar och hinder för att utöva ett hälsofrämjande ledarskap.

4.3.1 Friskvård för fysisk hälsa

De förutsättningar och möjligheter som finns inom Lunds kommun för att fysisk hälsa skall främjas, är främst en så kallad friskvårdstimme, samt subventionerade träningskort eller friskvårdsbidrag. Friskvårdstimmen innebär att de anställda tillåts lämna arbetsplatsen på betald arbetstid för att utöva någon fysisk aktivitet, under en timme i veckan. De flesta intervjupersoner tycker att det ofta kan vara problematiskt att kunna utnyttja friskvårdstimmen då flera av dem har medarbetare som har svårt att få tid att gå iväg under arbetstid. Några av intervjupersonerna frågar sig även om de på detta sätt egentligen kan nå dem som bäst behöver det, då det oftast är de "redan frälsta" som utnyttjar de olika insatserna för friskvård. Följande citat kan ge exempel på detta:

"... vi har alltid sponsrat våra anställda till Lundaloppet att springa en mil, eller en halvmil sådär, och det är ju gott och väl, men vi frågar oss hela tiden - när vi då den anställde i Lunds kommun? vem är det som springer, ja det är kanske inte den målgruppen som står längst fram i vår kö så att säga, det är inte det 55-åriga vårdbiträdet, som liksom ger sig ut och springer..."

Andra insatser som görs för att öka personalens fysiska hälsa är att de ordnar olika evenemang som poängjakter, där man får poäng för varje fysisk aktivitet som man deltar i och då man uppnått ett visst antal poäng så belönas man med ett litet pris. De här insatserna tycker en av ledarna är bra, men tillägger att det ändå är vardagsmotionen som är grunden i den fysiska hälsan.

Hälsopromotorn berättar om ett nytt projekt som kallas hälsosamt medarbetarskap och bland annat går ut på att ta fram en enkel modell för hälsokartläggningar och efterföljande hälsoinsatser. Tanken är att en inledande hälsoenkät ska undersöka huruvida individen ligger i "riskzonen" för att bli sjuk eller inte. De som gör det får gå vidare med att göra en så kallad hälsokurva, vilket innebär ett fördjupat samtal som sen skall leda till insatser. Dessa insatser kan vara allt från delta i stödsamtal, till att börja träna på ett gym. Sen består fortsättningen med uppföljningar för att se om hälsan förbättrats hos dem som ansetts ligga i riskzonen för sjukskrivning. De personer som inte hamnar i riskgruppen får vara med i en så kallad "friskgrupp" där det ordnas poängjakt genom att poäng tilldelas dem som är fysiskt aktiva. Ett pilotprojekt för detta ska inledas under hösten 2007.

En av ledarna poängterar att det är mycket betydelsefullt för det hälsofrämjande arbetet att ha trevligt på jobbet, att eliminera personangrepp, att ordna personalfester och att mötas utanför jobbet, dessa enkla insatser för hälsan skall inte förringas.

4.3.2 Internt och externt stöd

Flera av intervjupersonerna ser företagshälsovården som ett stöd och en viktig samarbetspartner i det hälsofrämjande arbetet. En ledare berättar för oss hur företagshälsovården hjälper till med att kartlägga medarbetarnas hälsa, genom att göra en så kallad hälsokurva. Hela människan skall ses som en helhet, genom att undersöka både den fysiska och den psykiska ohälsan. Exempel på delar i denna kartläggning - som är inspirerad av Bunkeflomodellen, är motionsvanor, matvanor, alkoholkonsumtion, rökning, upplevelser kopplade till arbetet såsom stress, kompetensbehov samt känsla av tillräcklighet. Sedan utarbetas ett åtgärdsprogram utifrån individens behov i form av ett kontrakt mellan företagshälsovården och den enskilde, något som arbetsgivaren inte har insyn i. En ledare förklarar att bunkeflomodellen är ett samverkansprojekt mellan skola, idrottsförening och forskning som inleddes på en skola i Bunkeflostrand i Malmö. Samarbetet uppstod för att öka möjligheterna till vardaglig fysisk aktivitet för eleverna. Projektet har sedan dess utmynnat i en modell som kommit att kallas "Bunkeflomodellen".

Ett annat verktyg som tre av ledarna nämnt som ett stöd i det hälsofrämjande arbetet, är ett kartläggningsmaterial som benämns AK/PAK, som är en förkortning för arbetsplastkartläggning/psykosocial- arbetsplatskartläggning. De berättar att denna kartläggning görs vartannat år för att se hur de ligger till gällande den psykosociala hälsan samt hur de anställda trivs på arbetsplatsen. De senaste resultaten visar på att de med ledande befattningar, låg väldigt högt, det vill säga att de uppfattar sin arbetssituation som bra och att de trivs på sitt jobb.

Hälsoinspiratörer som arbetar ute på arbetsplatserna kan utgöra ett stöd för ledarna i det hälsofrämjande arbetet, ett par av intervjupersonerna anser däremot att kontakten med dessa inte är så frekvent som de önskat.

Alla av de intervjuade upplever stödet från sina chefer som bra eller mycket bra. De anser att de får gehör för sina idéer och samtliga ledare tycker att deras chef själv ser detta med hälsofrämjande som viktigt och det är en förutsättning för att de skall kunna bedriva detta ute i sina verksamheter, samtidigt ser en av dessa ledare att de själva ibland kan glömmas bort, och hamna i skuggan för att det hälsofrämjande arbetet riktar sig mest mot medarbetarnas hälsa.

En ledare tycker att det känns uppmuntrande att få bekräftelse av både sin chef, medarbetarna och av andra instanser inom kommunen. Då känner denne att de gjort något rätt och vill göra ännu mer för det hälsofrämjande arbetet.

Alla de intervjuade ledarna ingår i olika nätverk där de kan få stöd i sitt arbete och sitt ledarskap genom att det finns tillfälle till att diskutera och utbyta erfarenheter. En ledare tycker att dennes arbete är väldigt självständigt, men tycker uppbackningen för det hon gör är godkänd och de har ett bra samarbete verksamheterna emellan inom samma geografiska område.

4.3.3 Resurser i form av tid och pengar

Ett hinder som de flesta av intervjupersonerna nämnt i någon bemärkelse är bristen på tid. En av ledarna menar att arbetet med att främja hälsa innebär en ökad arbetsbelastning för ledare i ett kort perspektiv, men att det däremot innebär en mindre

belastning på längre sikt. På liknande sätt anser en ledare att då denne under många år redan har arbetat hälsofrämjande, nu har börjat tjäna in mycket tid genom att rehabiliteringsmötena blivit färre under en femårsperiod. I samband med detta berättas att även de anställda har ett ansvar för de sjukskrivna kollegerna, genom att de ska hålla kontakt med dem. De sjukskrivna känner sig då inte bortglömda och kommer även och ”hälsar på” till exempel till fredagsfikat. Det är enligt denne ledare ett sätt för dem att snabbare komma tillbaka till arbetet.

När det gäller tidsaspekten så anser två av ledarna att mycket av miljö – och hälsoarbetet består av dokumentation. Detta tar onödigt mycket tid enligt dem och de skulle vilja se en samordning av detta, så att inte många av ledarna sitter och gör samma jobb, vilket en av dem anser är fallet idag.

Förutom brist på tid så nämner alla ledare utom en, bristen på medel. Det finns inga extra resurser tillsatta för att jobba just hälsofrämjande, däremot ser flera av de intervjuade att detta handlar om vad ledaren prioriterar och att det alltid går att påverka en omfördelning av resurserna.

”... personalen mår ju bättre genom att man arbetar hälsofrämjande, så de blir inspirerade att leva som man lär och det är ju genast ekonomiskt bättre, det blir ju inte så mycket sjukskrivningar och det är ju vår egen budget så vi får använda den själv.”

Tre av intervjupersonerna poängterar att det i en kommunal verksamhet är viktigare än till exempel på ett privat företag, att verkligen tänka efter två gånger innan man lägger pengar på olika hälsofrämjande insatser, och ta reda på vad man får för pengarna, då det är skattebetalarnas pengar det handlar om.

4.3.4 Engagemang och eldsjäl

Det skiljer sig åt hur intervjupersonerna uppfattar det hälsofrämjande arbetet. De är alla engagerade på sitt sätt och av olika skäl. Skälen varierar från att tycka att det är positivt, kul och att det bidrar till synliga positiva effekter på arbetsplatsen till andra som mer ser detta som en nödvändig strategi för att motverka sjukskrivningar och eftersom vissa delar till och med är lagstadgade.

”... men vem kan tycka illa om att jobba med hälsofrågor och välbefinnande på olika sätt, det är ju ingen som kan tycka illa om det, vad jag tycker att jag förstår...”

”... ibland kan jag undra om min roll som ledare om det är detta jag ska ägna mig åt, för det tar mycket tid och kraft, och då känns det som om det inte är jag som ska driva de här jippobetonade projekten, där är jag lite frågande.”

”Jag blandar in arbetsmiljön i detta med hälsofrämjande och där kommer de här sakerna in, så det är ju lagen, det måste vi bedriva.”

En ledare tycker att medarbetarnas engagemang är livgivande för det hälsofrämjande arbetet och säger att deras kraft och styrka bidrar till att verksamheten de har idag är en så pass bra arbetsplats, och trots obekväma arbetstider, ständiga schemaändringar och tuffa arbetspass håller de fortfarande glöden uppe.

En ledare försöker plocka upp eldsjälarna i det hälsofrämjande arbetet, de som tycker att de satsningar som görs i verksamheten är kul. Denne ser det som en grundförutsättning att ha medarbetarna med "på tåget" och att de inspirerar de som fortfarande "går bredvid". Ledaren inspirerar medarbetarna genom att lyssna på och ta till sig deras idéer och försöker även engagera andra mindre intresserade genom alternativa metoder som till exempel att bjuda in föreläsare, visa filmer eller ta med dem på ett studiebesök på någon lämplig plats.

"... någonstans tror jag att man drivs in i detta på något sätt och ibland kan det vara så att den som inte har något specifikt intresse plötsligt sprittar intresset och blir entusiast och det är ju roligt att se... Det gäller ju att lägga ribban verkligen lågt, att vara nöjd med det lilla. Att jag gick till jobbet, se värdet i det man gör istället för omvänt, allt man gör är bra..."

4.3.5 Ansvar

Vid alla intervjuer har ansvarsfrågan berörts på något sätt. Sådant som "vem är det egentligen som har ansvaret för vår hälsa?" och "Vems är ansvaret att driva det hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen?" är frågor som har uppkommit. I vissa fall har det uttryckts att olika ansvarsområden inom hälsoarbetet i kommunen är otydliga. Som vi tidigare nämnt undrade en av ledarna om det egentligen är dennes ansvar att anordna "jippobetonade" evenemang, eller om det ligger hos hälsoinspiratörerna.

En ledare tycker att det ibland blir lite övertro på just ledare, och anser att verksamheten skall plattas till mycket mer på arbetsplatserna. Denne säger att då personalen ofta gått tvåårig utbildning efter gymnasiet, så kan de ganska mycket och att de även kan ta del av budgetarbetet. Att delegera, ge ut ansvar och dela uppgifterna rättvist, är ett sätt att öka medarbetarnas självkänsla, samtidigt som ledaren själv får avlastning och att alla delar på ansvaret. Här vill ledaren poängtera hur viktigt det är att det hälsofrämjande arbetet betraktas som allas ansvar.

En ledare beskriver det som *"... det är ju mycket med det där fysiska, jag tycker att alla har ett eget ansvar, jag kan inte ha ansvar för andras hälsa, var och en måste själv bjuda till på sin fritid och se till så att man mår bra..."*

En annan ledare uttrycker följande: *"... men innan diskussionen har kommit i fas så är det ens eget ansvar, och det tycker jag också att den kommit igång, ett tag så kändes det som att man la allt ansvar på arbetsgivaren, och så att det är bara arbetsgivarens fel om jag mår dåligt och det kan det inte vara, man är en hel människa med ett helt liv och man måste väga in alla bitar i det, därmed inte sagt att det inte är arbetsgivarens fel."*

En ledare anser inte att det finns några direkta hinder förknippade med hälsofrämjande annat än i vilken utsträckning kommunen som arbetsgivare är ansvarig för de anställdas hälsa. I den frågan menar denne att kommunen har ett stort ansvar men att det har funnits tendenser till en passivitet då anställda vill lägga allt ansvar på arbetsgivaren. Det handlar om att skapa en rimlig balans mellan individens och arbetsgivarens ansvar.

En annan ledare berättar att ansvarsfördelningen har förändrats om man jämför mot förr i tiden. Nu ligger ansvaret på arbetsplatserna själva att lägga in åtgärder och insatser för hälsan. Detta bidrar till en delaktighet i hälsoarbetet som även gör att det blir svårare att komma med kritik om något inte görs på det viset man själv tycker. I stället kan individen ta det på sitt eget ansvar, till exempel genom att fråga sig själv *vad kan jag*

göra och hur kan jag förbättra min arbetsituation. Detta arbetssätt har gjort att ledaren inte ensam behöver ta ansvaret för andras hälsa.

En av de intervjuade är tydlig med att uttrycka vad som är vems ansvar. Ledaren säger att om det uppstår otydligheter är det bara att ta fram uppdraget och ”styra allt rätt” igen genom att upprepa ”vi jobbar för Lunds kommun och vi har det här uppdraget som skall göras, och det är vårt ansvar att det blir gjort”. Personalen är även väl insatt i uppdragen då de själva är med i områdesgrupper för deras befattningar och därigenom känner alla till kommande förändringar och tar ansvar för sin bit.

4.4 Tema 3 - Utbildning och kunskapsförmedling

Ledarna berättar om utbildning och andra forum för kunskapsutveckling, samt deras användbarhet för att förmedla kunskap och implementera idéer hos medarbetarna

4.4.1 Formell utbildning

Enligt en ledare är de utbildningar som kommunen anordnar vanligtvis frivilliga att anmäla sig till och delta i, medan utbildning inom sådana områden som finns i verksamhetsplaner kan vara obligatoriska att utbildas i som ledare. Hälsoarbetet har tidigare främst inriktats på kommunens rehabiliteringsansvar och arbete med skyddskommittéer och skyddsronder, men att det de senaste sex-sju åren blivit större tyngdpunkt på det hälsofrämjande arbetet. Utbildningarna för kommunens ledare bygger på att skapa en dialog och diskussion om hur man ser på olika saker, och i det finns mycket värderingsfrågor där det sällan finns några allmängiltiga svar. En sådan är – vad är frisk och vad är sjuk? Vad är hälsa? Vad är att må bra? Sådana begrepp är viktiga att diskutera för att skapa en större förståelse och även medvetenhet om sin roll som ledare.

”... vi har just nu en utbildning som vi kallar för det hälsofrämjande ledarskapet [...] där vi samlar våra chefer och ledare för en heldag och pratar just om det hälsofrämjande ledarskapet, ledarskapets betydelse för hälsan... hur vi människor fungerar och agerar och så, hur man kan göra som chef eller ledare, vilket ansvar man har, vilka stödresurser man har och vad det innebär, vad det är som engagerar människor och vad det är som får människor att må bra...”

Hälsopromotorn berättar att utbildningsdagen i hälsofrämjande ledarskap syftar till att skapa ett mer enhetligt hälsofrämjande ”tänk” inom kommunen. Då Lunds kommun ibland kan upplevas som väldigt decentraliserad så bestämmer de mycket själv ute i verksamheterna, vilket är på både gott och ont enligt henne. Utbildningsdagen är bland annat en möjlighet att samla de uppfattningar och kunskaper som finns hos ledarna. Utbildningen i hälsofrämjande ledarskap är en valbar modul som arbetsledarna kan välja efter att ha gått ett ledarutvecklingsprogram som alla kommunens ledare deltar eller har deltagit i. Ledarna kan välja mellan flera olika moduler som till exempel arbetsrätt och massmediahantering. Hälsopromotorn hoppas att fler får upp ögonen för de fördelar den hälsofrämjande utbildningen innebär.

En av de intervjuade ledarna har gått utbildningen i hälsofrämjande ledarskap. Det var enligt denne ett bra tillfälle att diskutera hälsofrågor med andra ledare inom andra verksamheter och på så vis ta del av andras erfarenheter och kunskaper. Diskussionerna handlade mycket om värderingar. Ledaren tyckte att det kändes bra att få tid, vilket annars ofta saknas, till att verkligen prata med andra.

En ledare påpekar att ” ... ska de här frågorna ha någon slags långsiktig överlevnad så gäller det att implementera det här både ute i organisationen och ute i förvaltningarna, så därför bygger vi mycket på att det är därute som dom bygger egna organisationer och så vidare... ”

Fem av de intervjuade anser sig inte behöva några ytterligare formella utbildningar för att bättre kunna leda hälsofrämjande. En ledare uttryckte däremot en önskan om mer utbildning i ledarskap för att hålla jämn takt med olika förändringar som sker, och därmed kunna utveckla sitt ledarskap så det passar in i tidsandan. Den senaste ledarskapsutbildningen denne deltog i gavs 2002, och ledaren anser att mycket har hänt sen dess varför en uppdatering av kunskaperna vore bra. Särskilt kunskap om hur man hanterar balansen mellan krav och de förväntningar som kommer från olika håll behövs. Detta har betydelse i det hälsofrämjande ledarskapet eftersom även ledarna bör känna att de kan hantera sina uppgifter. ”... jag känner hur folk skriker efter mer ledarskapsutbildning, nu har jag varit med väldigt länge och har bra personal och vi har det väldigt stabilt, men jag känner på många områden att man skriker efter det.”

För att utbildning i hälsofrämjande frågor ska ge resultat anser en av ledarna att det allra viktigaste är att låta det ta tid att ”arbeta in” kunskaperna efter en utbildning. I detta krävs att ledaren är verkligt engagerad för att kunna stödja och engagera medarbetarna om deras intresse dalar. Samma ledare önskar någon form av utbildning som knyts till ett särskilt område under en längre period, och att det som görs verkligen dokumenteras ordentligt. ”... ibland tror jag inte vi ser vad vi gör, ibland när vi skriver ner det efter läsarets slut så blir alla jätteförvånade, har vi gjort så här mycket?”. Ledaren tycker även att utbildningar som pågår under en längre period sår mycket fler ”frön”. ”Jag tycker att det är bättre att man har det här långsiktiga arbetet, för att det är alltid roligt att komma på en föreläsning men det är ju också väldigt ofta att det blir hyllvärmare av det man får eller det bara finns i min hjärna... och att den föreläsaren är jätteduktig, men när jag sen berättar om det blir det liksom så urvattnat...”

En annan ledare berättar att denne hämtar inspiration ur kurslitteratur som läses tillsammans med andra ledare och sedan diskuteras. Ett exempel är Aron Antonovskys bok ”Hälsans mysterium” som behandlar hans begrepp KASAM. ”... att känna att man befinner sig i ett sammanhang och har en betydelse är viktigt för arbetsglädjen” . Ledaren tycker att det underlättar att det finns teorier som man i arbetet kan anknyta till, särskilt då det uppstår problem eller konflikter.

Att utbildning skulle vara avgörande för ledares arbete med och syn på hälsofrämjande är ledarna tveksamma till utan menar att det viktigaste är att ha förutsättningar för att vara en god ledare, finns inte förutsättningarna, så spelar det ingen roll hur mycket utbildning som ges. Individuella förutsättningar för ett gott ledarskap är mer avgörande i det långa loppet.

”Har man i grunden bra förutsättningar för att bli en bra ledare så växer man ju ytterligare om man får gå en utbildning som lär en ännu mer... finns inte de

förutsättningarna så tror jag inte det spelar så stor roll hur mycket utbildning vi går på [...] jag tror inte man kan utbilda bort dåligt ledarskap”.

4.4.2 Kunskapsförmedling - från ledare till medarbetare

En av de intervjuade berättar om hur denne sprider kunskaper om hälsofrämjande. Det är mycket värdefullt att ha friskvård och miljöarbete som egna punkter på arbetsplatsträffarna. Här finns två medarbetare som har särskilt ansvar för att gå på utbildningar och att sprida nyheter och material från kurser till medarbetarna. Dessa fungerar därmed som inspiratörer för övrig personal. Vidare anser denna intervjuade att det som ledare är viktigt att hitta och backa upp de eldsjälarna som finns för att på så sätt integrera det hälsofrämjande tänkandet bland medarbetarna. Denne uttrycker att det också är viktigt att lyssna på medarbetarna och använda deras egna idéer för att skapa delaktighet.

En av ledarna berättar att den information de får på utbildningar delar denne med sig på t ex arbetsplatsträffar, och diskussionerna leder ibland till direkta hälsofrämjande åtgärder. Ett exempel är då ledaren lyckades driva igenom beslutet att inte servera sötsaker såsom godis och glass på förskolor. I den frågan övertygades de som inte var eniga med denne ledare, genom kunskaperna som tillägnades sig under en utbildning om kost.

Tre av ledarna berättar om ett nätverk där flera inom deras yrkeskår ingår, där ges tillfälle att diskutera, utbyta erfarenheter och samarbeta i olika frågor, bland annat hälsofrågor. En av dessa ledare talar också om de positiva aspekterna av samverkan ledare emellan, exempelvis genom de verksamhetsledarmöten och möten inom områdesgruppen de regelbundet deltar i. Den här ledaren vill även poängtera reflektionens betydelse, exempelvis genom att som personalgrupp göra något annat tillsammans, först då går det att få distans till det man gör. Att arbeta hälsofrämjande handlar även om att som ledare ta sig tid att stanna upp och lyssna på medarbetarna - att finnas ibland dem ger insikt i deras vardag, och hur de mår, säger ledaren.

En av ledarna talar om det lagstadgade arbetsmiljöarbetet, och att det främst är information från arbetsmiljöutbildningar som denne tar till sig och använder i arbetet. Ledaren skulle dock vilja ha ett bättre samarbete med hälsoinspiratörerna på arbetsplatsen men säger att det har fått vänta då denne främst prioriterar att lära sig de nya arbetsuppgifterna, då den här ledaren är relativt ny på sin post. Ledaren anser att medarbetarsamtal är ett bra tillfälle för att lära känna sina medarbetare. Vidare anser ledaren att föra ut kunskap handlar om att försöka skapa ”ringar på vattnet” och poängterar vikten av att medarbetarna har tillgång till information, och att de får samma information - helst också vid samma tillfälle. Delaktighet är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet, och den här ledaren anser att arbetsplatsträffarna är ett bra forum för detta.

4.4.3 Hälsoinspiratörer som resurs

Kommunens hälsopromotor utbildar intresserade medarbetare till att bli så kallade *hälsoinspiratörer*, och hittills har cirka 250 genomgått den två dagar långa utbildningen. De fungerar bland annat som hälsopromotorns länk ut till verksamheterna då det är till dessa hon skickar material och information. Utbildningen av hälsoinspiratörer har med

tiden fått större fokus på hur man kan förmedla kunskaper till medarbetare och brukare, samt hur de kan påverka medarbetarnas motivation. Hälso promotorn råder inspiratörerna att börja i liten skala på arbetsplatsen hellre än att dra igång stora projekt som inte hinns med.

Hälso promotorn efterlyser ett mer aktivt samarbete mellan ledare och hälsoinspiratörer, då hon anser att det inte alltid finns en tydlig kommunikation mellan dessa.

”... jag kände ganska snart efter vi börjat utbilda hälsoinspiratörer och när jag var och följde upp de som blivit utbildade, och träffade dom ute på sina arbetsplatser med sina arbetsledare så kändes det att här saknas det någonting, något som inte hängde med, och då kände jag att det var arbetsledaren som inte var med i tänket...”

Vidare poängterar hälso promotorn vikten av att det skapas en delaktighet hos samtliga medarbetare, så att inte det hälsofrämjande arbetet står och faller med ledarens eller hälsoinspiratörens engagemang. Alla bör vara med i processen. Hon anser att det är viktigt att det upprättas handlingsplaner där det står vem som är ansvarig för vad, så att det även finns dokumenterat.

”För ett par år sen gjorde vi en uppföljning på våra inspiratörer, för vi vill att de ska göra en handlingsplan när de kommer tillbaka efter någon form av nulägesanalys, och det var inte någon som hade en handlingsplan ute och då blir det oftast de här lösryckta sakerna. I den personalpolitiska handlingsplanen för 2007 är också ett prioriterat område under välbefinnande och hälsa att man ska göra en hälsokartläggning på arbetsplatsen som följs av en handlingsplan”.

Det vore för övrigt positivt om hälsoinspiratörerna gav mer feedback tillbaka till hälso promotorn anser hon, vilket skulle ge henne en bättre uppfattning om hur deras arbete fungerar på arbetsplatsen och vad som eventuellt behöver förändras i utbildningen.

5. Analys och diskussion

Ur vårt resultat har vi kunnat urskilja olika begrepp som varit mer framträdande än andra. Dessa begrepp är delaktighet, ansvar, erfarenhetsutbyte och integrering av ett hälsofrämjande synsätt i det dagliga arbetet. Vi utgår från dessa begrepp i vår analys och diskussion där vi närmare ser hur begreppen kan relateras till varandra samt kopplas till relevant teori. En faktor som vi trodde skulle framträda mer än vad som var fallet, var kunskapsförmedlingen från ledare till medarbetare.

5.1 Hälsofrämjande integrerat i hela organisationen

Något som var framträdande i ledarnas beskrivning av hälsofrämjande arbete, var att de flesta såg hälsofrämjandet som något som finns i allt det de gör. De kunde inte se det som en enskild del, utan hälsofrämjande fanns enligt dem med i allt från beslutsfattande till att utgöra en egen punkt i medarbetarsamtalet. Lunds kommun har ju även en friskvårdspolicy där riktlinjer finns att tillämpa för alla verksamheterna.

Luxemburgdeklarationen poängterar just vikten av att integrera hälsofrämjandet i det mesta som sker och uträttas, ”Hälsofrämjandet på arbetsplatser måste integreras i organisationens alla viktiga beslut och områden.” (Luxemburgdeklarationen 1997, s. 2) Hanson (2004) anser att då det hälsofrämjande arbetet allt eftersom integreras i verksamheten, visar sig nya områden där hälsa kan kopplas till. Han menar att det är viktigt då hälsoarbetet finns med i policyer, verksamhetsplaner och i övergripande mål, att ansvarsfrågorna är tydliga och att delaktighet skapas i alla dessa processer. Vidare anser Hanson (2004) att medarbetarsamtalen är ett tillfälle att ta upp hälsoaspekter med medarbetarna. Här kan ledaren få en bild av hur den enskilde medarbetaren mår och ledaren bör då ha i åtanke att medarbetarna är *hela* människor och därför är det viktigt att ha en helhetssyn då hälsofrågor integreras i verksamheten. En av de intervjuade ledarna samt hälsopromotorn förespråkade just det att föra ut hälsobudskap vid medarbetarsamtalen, och att hela tiden hitta nya sätt att föra in ”hälsotänk” i verksamheten. Det här sättet att använda redan etablerade aktiviteter till att förmedla kunskap om hälsofrämjande tycker vi verkar vara ett utmärkt sätt, för verksamheter som kan lida brist på både tid och resurser, men ändå vill införa hälsofrämjande i verksamheten.

Hanson (2004) menar att det mesta som sker i en organisation kan kopplas till hälsa, men att det inte alltid är så lätt att integrera hälsofrämjandet i precis allt. Han anser att starka traditioner kan hindra denna integrering genom att mena att hälsan är ett individuellt ansvar, eller att hälsoarbetet enbart hör till skyddsombudets och företagshälsovårdens uppgifter. Han ser en lösning på ansvarsförskjutningen genom att fördela ansvaret av hälsan i olika nivåer inom organisationen.

5.2 Ansvar

Ansvar är en aspekt som ofta nämndes under intervjuerna. Alla ledare utom en var överens om att det ibland kunde ligga för mycket ansvar på ledaren eller arbetsgivaren i fråga om individens hälsa. Här var åsikterna ändå i viss omfattning delade, då någon tyckte att ansvar för individens hälsa helt ligger hos denne själv, en annan tyckte att ansvaret var gemensamt, det vill säga både hos individen själv och på arbetsgivaren. Någon uttryckte att det finns tendenser till en passivitet hos individen då det gällde den egna hälsan, genom att lägga över ansvaret och i viss mån skulden för ohälsa på arbetsgivaren. De flesta ansåg ändå att i slutändan är ansvaret såväl arbetsgivarens som individens. Detta kan tyda på en form av vad Ellström (1992) kallar ”inlärdd hjälplöshet”, och kan enligt Korp (2002) bero på att människor är vana vid att sjukvården, det vill säga någon annan än de själva, tar ett stort ansvar för deras hälsa. På samma sätt förväntar de sig att arbetsgivaren ska ta ansvar för arbetsrelaterad ohälsa vilket leder till en slags passivisering hos individen.

Enligt Kjellström (2005) kan individer se ansvaret för sin hälsa som en skuldtyngd börda, och då kraven på att de ska vara hälsosamma överstiger deras förmågor kan reaktionen bli att de skyller ifrån sig och även nedvärderas av omgivningen. Menckel & Österblom (2000) ser en viss risk med ett ökat fokus på hälsofrämjandet. Ett positivt fokus hamnar lätt på dem som är långtidsfriska och deras egenskaper av styrka och uthållighet, medan de som inte är lika friska stigmatiseras och problematiseras. Theorell (2003) menar att om det ställs höga krav på individen, så behövs även en hög grad av

kontroll och socialt stöd för att denne skall klara av anspänningen på ett hälsosamt sätt. Vi kan fråga oss om de krav som ställs på dem som hamnar i "riskzonen" i den planerade hälsokartläggningen ligger i fas med det stöd och det beslutsutrymme de tilldelas i och med detta? Vi tänker då på uppdelningen och kategoriseringen av individerna i riskzon eller friskgrupp. Här kan vi även se en eventuell svårighet att göra en korrekt kartläggning. Enligt Tibblins hälsokoordinat (se fig.1) så kan en person vara fysiskt sjuk men ändå må bra och vara arbetsför, och en person som klassas som frisk kan må så dåligt att denne är oförmögen till arbete.

Ett vanligt sätt att försöka få människor att ändra på sig kan vara att förmedla kunskap och information om ämnet till dem. Kjellström (2005) anser däremot att kunskapens och informationens betydelse för att människor skall ta ansvar för sin hälsa är begränsad. Enbart kunskap om hälsa är troligen inte lösningen på att öka individens ansvar. Vore fallet att individens ansvar för sin hälsa bara handlade om att kunna vissa saker och ha kunskap om hälsa så skulle utbildning och information kunna lösa problemet. Enligt henne inbegriper dock ansvar en emotionell komponent och där hjälper inte enbart kunskap, då hon anser att emotioner påverkas bäst i sociala sammanhang. Vi kan i detta sammanhang fundera om de olika åtgärdsplaner som sätts in på de intervjuades arbetsplatser, för de i riskzonen innehåller en emotionell komponent i sig, och om de som hamnar i denna grupp får ta stöd av varandra då det emotionella påverkas bäst i ett socialt sammanhang.

5.3 Delaktighet

Delaktighet är liksom ansvar ett återkommande begrepp i intervjuerna. Det nämns inom alla tre teman på något sätt. Vid frågor om hur intervjupersonen ser på hälsofrämjandet som begrepp ansåg de flesta att delaktighet var en viktig del i arbetet med att främja hälsan. Någon ansåg till och med att det är direkt avgörande att delaktighet är en del i det strategiska hälsoarbetet, för att om någon som är drivande i det hälsofrämjande arbetet slutar bör inte hela projektet falla på grund av det.

Theorell (2003) ser delaktighet något som bör finnas med redan från början i hälsosatsningarna i en organisation. Han framför att ett hälsofrämjande arbete ofta börjar med olika kartläggningar av hur anställda mår, och redan där bör medarbetarna involveras och ges möjlighet till delaktighet. Vidare betonar han att alla anställda bör vara med och bestämma vad som skall kartläggas och alla bör även se behovet av en kartläggning av hälsan. En av de intervjuade ledarna nämnde att det fanns de som ännu inte var engagerade i det hälsofrämjande arbetet, och ledaren försökte på olika sätt locka dem att "hoppa på tåget". Vi ser att för dem som inte redan är engagerade innebär en kartläggning av hälsan och andra hälsofrämjande insatser en förändring av till exempel tankesätt och levnadsvanor. Ahrenfelt (2001) poängterar vikten av att göra de oengagerade delaktiga redan från början. Den här tidiga delaktigheten innebär dels att den mindre engagerade ska få tid att smälta det nya genom att få stöta och blöta frågan, dels att den som leder förändringen kan få värdefull information om eventuella brister i det "nya". Vi kan i detta även finna stöd hos Ellström (2001) som betonar vikten i att delaktigheten inte enbart gäller vid igångsättning av ett projekt, utan delaktighet bör även ges i själva planeringen och beslutsförandet av projektet.

Verksamheterna genomgår en del kartläggningar för att bland annat se hur medarbetarna mår. Det var AK/PAK och Hälsosamt medarbetarskap som stod som de främsta kartläggningsinsatserna. Här är delaktighet viktigt redan från starten anser Theorell (2003). Men den goda tanken om delaktighet kan vara svår att införliva hos ett stort antal medarbetare, vilket är fallet med den nya kartläggningen till hösten. Om man beaktar att hälsofrämjandet redan är integrerat i verksamheternas alla delar, vilket ledarna ansåg att det var eller borde vara, så bör ju således även delaktigheten per automatik tillfalla även i besluten om kartläggningarna.

En ledare uttrycker att hon kan känna av medarbetarnas oro då hon inte varit närvarande på ett tag. Detta kan bero på att delaktigheten inte nått ända fram ännu, då det är meningen att delaktighet bidrar till att individer känner att de behärskar sina uppgifter och kan lösa problem själva. (Menckel & Österblom 2000) En annan förklaring kan vara att andra bitar, så som beslutsfattande och lärandet, inte hunnit med att utvecklas i den takt som delaktighet införts, det vill säga att det helt enkelt blivit *för mycket* delaktighet. (Hanson 2004) För mycket delaktighet kan då innebära, enligt oss, att medarbetarna får ta ledarens uppgifter också, då denne är borta, men inte tilldelats tillräckligt med beslutsutrymme för de krav som ställs. Detta är i linje med Theorells (2003) krav-kontroll-stöd modell där kraven bör ha tillräckligt med beslutsutrymme (kontroll) för att kunna hanteras.

Flera av de intervjuade anser att det är mycket viktigt att lyssna på medarbetarna och ta tillvara på deras idéer för att just skapa delaktighet. Här kan vi nämna hälsoinspiratörernas roll i det hälsofrämjande arbetet, och att de skall ges möjlighet till att vara delaktiga i hälsoarbetet. En av de intervjuade ledarna önskade ett bättre samarbete med hälsoinspiratörerna och denne visste inte heller riktigt vad som var hälsoinspiratörernas uppgifter. Om detta skriver Karlqvist (2005) som i sin studie kom fram till att då ledare och hälsoinspiratörer deltar i samma utbildningar, samtidigt, så leder det till ett bättre samarbete dem emellan. Samarbetet ledde, enligt studien, även till andra positiva effekter som till exempel att medarbetarna blev mer inspirerade till ökad fysisk aktivitet och därigenom minskade sjukantalen.

En av de intervjuade ledarna skickar iväg sina medarbetare till möten som hon själv tidigare brukat delta i. I och med det anser ledaren att en större delaktighet uppnås på arbetsplatsen. Återigen kan vi för detta ta stöd av Theorells (2003) krav-kontroll-stöd modell. Ovan nämnda ledares förfarandesätt ger ökat beslutsutrymme för medarbetaren då denne får delta på möten där beslut fattas, och även får möjlighet till gehör för sina åsikter. Detta ställer givetvis lite högre krav på medarbetaren, men då beslutsutrymmet ökar genom ledarens stöd kan det leda till ett ökat välbefinnande för medarbetaren. Vi har givetvis förståelse att detta förfarandesätt inte går att tillämpa i alla verksamheter, men att på de flesta håll kan det säkert finnas möjligheter att på något sätt utöka medarbetarnas beslutsutrymme ytterligare.

En av ledarna är noga med att delegera ut uppgifter, att ge ut ansvar och dela uppgifterna rättvist. Att delegera och ge medarbetare möjlighet till delaktighet gagnar även ledaren själv, då det därmed skapas ett större utrymme till att själv göra annat. Delegeringen leder enligt den nämnda ledaren till ökad självkänsla hos medarbetarna. På det här sättet ger ledaren såväl delaktighet som ansvar, och poängterar att ansvaret för hälsa på arbetsplatsen ligger hos alla. Här får ledaren stöd i vad en annan ledare uttryckte, att då ansvaret ligger på alla i verksamheten minskar synpunkterna på hur

saker ”borde” gå till. Delaktighet bidrar därmed till något gott för både medarbetare och ledare.

5.4 Att förmedla hälsofrämjande kunskaper

Hur förmedlar ledarna kunskap till medarbetarna? En vanlig uppfattning bland ledarna är, som tidigare nämnts, att hälsofrämjandet betraktas som ”integrerat i hela verksamheten”. De intervjuade kunde dock peka på vissa nödvändigheter i att delge medarbetarna sin egen kunskap och syn. Främst anses kommunikationen mellan ledare och medarbetare vara mycket viktigt. De kunskaper som ledaren vill att medarbetarna ska ta del av förs ofta fram som punkter på arbetsplatsträffar, och då finns också möjlighet till diskussioner i gruppen. Andra vägar är enligt ledarna såväl medarbetarsamtal som att finnas ”på plats”, det vill säga att ha vardaglig kontakt med sina medarbetare. Det är dock något som är betydligt enklare för dem som har sin arbetsplats i anslutning till medarbetarna, då de som arbetar på högre positioner inte har samma närhet till medarbetarna.

Att som ledare föregå med gott exempel tycker också flera av ledarna är nödvändigt, då det kan bidra till att medarbetarna får ett större förtroende för ledaren och vad denne försöker förmedla. En av ledarna påpekar att det kan kännas svårt att själv föra vidare den information som ges på kurser, då det inte är lätt att förmedla samma entusiasm och karisma som en föredragshållare kan ha. Angelöw (2002) skriver om just förebilders betydelse som inspirationskällor, och menar att ledaren som representerar det ”goda exemplet” ofta har avgörande betydelse för att medarbetarna ska känna inspiration och se möjligheter. Motsatt effekt har en ledare som anser att något är omöjligt eller har en negativ inställning.

Svederberg & Svensson (2001) talar om pedagogisk praktik i hälsofrämjande arbete i bemärkelsen att det är viktigt att utgå från individens tidigare erfarenheter då man vill att denne ska ta till sig kunskap och förståelse rörande hälsa. Mottagaren av information och kunskap är inte passiv i denna process utan utgår från sina tidigare erfarenheter, och väljer därigenom själv hur denne vill tolka den inkommande informationen. Här pekar författarna på en öm punkt då inte alla har hälsosamma erfarenheter med sig i bagaget, vilket kan försvåra medarbetarnas möjlighet att utveckla ny kunskap. Vi kan se att en av de intervjuade ledarna har uppmärksammat detta, då hon söker alternativa metoder att locka med dem som ännu inte är engagerade i de hälsofrämjande aktiviteterna och synsättet. Genom att skapa flera olika vägar in i ett hälsofrämjande tänkande finns också större chans att fler blir engagerade.

Utbildning och kunskap om hälsofrämjande ledarskap fanns tillgänglig för alla ledare som en valbar modul i den obligatoriska ledarskapsutbildningen. Tyvärr var det inte alla som valde gå just den då de andra modulerna var mer lockande för tillfället. Kanske borde hälsofrämjandet - som så många ansåg var integrerad i allt de gjorde - även vara integrerat i alla utbildningar som de erbjuds. De andra modulerna som behandlade arbetsrätt och mediahantering, borde då få sig en bit av det hälsofrämjande synsättet inbakat i utbildningarna.

5.5 Villkor för lärande

För att uppnå målet om ett hälsofrämjande ledarskap så kan ett lärande behöva ske. I detta bör man börja med att identifiera problemet, det vill säga att människor på arbetsplatser blir sjuka. En vanlig strategi för att hantera detta problem har varit och är fortfarande att satsa på rehabilitering av de redan sjuka, för att de ska kunna återgå till arbetet. En annan strategi är att se ohälsa som ett problem som kan lösas genom att uppmuntra medarbetarna till fysisk aktivitet. I detta finns ett fokus på att lösa problemet, vilket Argyris (1999) benämner problem solving, snarare än att gå till botten med det. Detta exemplifierar även en form av anpassningsinriktat eller reproduktivt lärande (Ellström 1992) i och med att problemet betraktas som något givet och som inte ifrågasätts eller analyseras särskilt kritiskt.

Vilka andra strategier kan då vara lämpliga för att ledare ska kunna hantera problemet ohälsa? En viktig del är att reflektera över vad som gör att människor blir sjuka och varför det är relaterat till arbetet. Detta förfarande kallar Argyris (1999) problem setting, vilket också kan relateras till Ellströms (1992) utvecklingsinriktade lärande. Ett utvecklingsinriktat lärande kan i viss mån skönjas utifrån vad ledarna berättar, främst i sättet på vilket de berättar om och resonerar kring sina egna och gemensamma reflektioner och erfarenheter som de varit med om.

Hanson (2004) påpekar att det kan vara mindre skrämmande att i sammanhanget tala om det hälsofrämjande som en utveckling snarare än en förändring. Han menar att tanken på förändringar kan skapa otrygghet och motstånd hos människor, då de inte vet vad de har att vänta sig. Att vidareutveckla befintlig kunskap och förståelse kan däremot upplevas som mindre hotande och mer lockande. Att i ett utvecklingsperspektiv arbeta hälsofrämjande får i relation till Ellströms (1992) teori om utvecklingsinriktat lärande en större samstämmighet. Ellström (1996) anser att det finns en fara i att utvecklingsåtgärder betraktas just som satsningar eller ”projekt”, vilka implicit är tidsbegränsade, och bygger på att uppnå bestämda mål. Ett sådant förfarande motverkar själva utvecklingen då projektet formellt sett avslutas.

Vilken förståelse finns hos ledarna för innebörden i och vikten av reflektion? De flesta talade om tid för reflektion och eftertanke i något avseende, och ansåg även att det var viktigt för att skapa större förståelse för och distans till arbetet.

Om vi utgår ifrån Argyris (1999) teorier kring lärande skulle ett så kallat dubbel-loop lärande kunna innebära att acceptera att människor inte blivit särskilt mycket mer fysiskt aktiva trots olika insatser som till exempel friskvårdssubventioner. I stället för att tänka att, vi har gjort vad vi har kunnat, kan det vara mer utvecklande att reflektera över varför sådana åtgärder inte fungerar tillfredsställande. Likaså kan ledare, istället för att fokusera på hos vem ansvaret ligger, se problemet som det är, att arbetsplatsen bidrar till ohälsa bland medarbetare och vi behöver hantera det på ett bättre sätt. Det handlar således om att våga och skapa möjlighet att ifrågasätta rådande normer och riktlinjer.

Trots att vi har kunskap om hur viktigt det är att röra på sig så börjar många av oss för den skull inte motionera. Wester (2001) poängterar i sammanhanget behovet av kunskap om förändringsprocesser hos individen samt kunskap om de mekanismer som styr vårt handlande. Då det inte räcker med allehanda skrämselfpropaganda om konsekvenser av vår livsstil är det enligt Wester (2001) viktigt att hitta nya lösningar för att lösa denna kategori av problem. Hon föreslår även ett större samarbete

vetenskaperna emellan, då vår hälsa berör till exempel både medicinsk kunskap och beteendevetenskap. Här kan vi tycka att fokus bör ligga på både på hur man lär ut något till hur individen lär in något. Då det uppenbarligen är svårt enligt flera av ledarna att motivera de som bäst behöver ta del av de hälsofrämjande insatserna, behövs nya strategier och ny sorts kunskap om hur människor inspireras till fysisk aktivitet. Till detta kan tilläggas det vi i ett tidigare avsnitt redan berört, att Kjellström (2005) anser den emotionella aspekten som central då individen skall förändra sig, och den emotionella delen påverkas, enligt henne, bäst i ett socialt sammanhang.

6. Slutsats

Syftet med studien var att belysa kommunala ledares syn på, och arbete med hälsofrämjande pedagogiska insatser och förutsättningar för dessa. Vi tycker att vi fått en god inblick i, och förståelse av ledares uppfattningar om det hälsofrämjande arbetet inom deras verksamheter. Vi har även fått ta del av deras tankar och deras konkreta tillvägagångssätt, i strävan efter att nå målet om minskad ohälsa inom Lunds kommun. Vi har fått uppfattningen om att det cirkulerar många bollar i luften och att olika projekt för ökad hälsa, avslutas och påbörjas i en jämn ström. Denna aktivitet tycker vi tyder på att ledarna har en uppfattning om att det hälsofrämjande arbetet bör integreras i hela organisationen, och att arbetet inte är färdigt bara för att ett projekt slutförts. De flesta intervjuade ansåg att det är viktigt att förstå att ett hälsofrämjande arbete inte har ett slut, utan behöver ständig näring för att hållas uppdaterad. Här är det även viktigt med att få alla med sig, då detta arbete inte skall falla med att en person slutar eller inte är närvarande.

Alla de intervjuade ledarna såg sin egen roll som viktig i det hälsofrämjande arbetet, några sa sig till och med vara avgörande för att hälsofrämjandet skulle prioriteras. I detta finns en maktaspekt som vi anser att ledaren bör hantera på ett bra sätt. Ledarna säger att medarbetarna har det största ansvaret för den egna hälsan. Därmed bör medarbetarna få möjlighet att ta det ansvaret. Att däremot skapa ett klimat där medarbetarna vill och får ta ett större ansvar, där de utvecklas och trivs med sina arbetsuppgifter kan vara svårare och kräver också mer av ledaren. Viktigast är att ledare vågar och vill skapa delaktighet, vilket bygger på att de ser fördelarna med detta.

För att få alla med på "tåget" så har en del av de intervjuade sett vikten av att fånga individen där den är. Att ha en viss förståelse för att människor är olika och behöver olika inspirationskällor är en bra insikt för att få de "oengagerade" att bli intresserade av att sträva mot ökad hälsa. Ansvaret var en hjärtefråga hos många och ibland har det funnits en viss otydlighet om vem som bär ansvaret för den individuella hälsan och vem som ansvarar för det kollektiva hälsofrämjande arbetet. Det som vi kommit fram till i diskussionen är att ett gemensamt ansvar är en god grund. Genom att skapa delaktighet kan ansvarskänslan öka hos individen både vad gäller ansvar för arbetsuppgifter och ansvaret för den egna hälsan. Om alla hjälps åt och får vara med och bestämma så kommer ofta ett ökat ansvarstagande med "på köpet" .

Att påverka människor till att utveckla ett hälsosamt beteende är inget som sker över en natt. Många faktorer påverkar vår vilja till att förändras och kräver kunskap från skilda ämnesområden. Det är inte endast en fråga om att vilja eller att kunna, utan inbegriper

även våra känslor som påverkas av ett socialt sammanhang. Vi tror inte att de intervjuade ledarna är ensamma om att fundera över hur de får de som behöver hälsa att likaledes, sträva mot hälsa. Detta är frågor som förmodligen inte kommer få svar från en enskild vetenskap, utan som Wester (2001) påstod, behövs ett samarbete mellan discipliner för att få med *hela* människan som den helhet hon är, i strävan mot bättre hälsa för denne, både på arbetsplatsen och i det privata livet.

6.1 Metoddiskussion

Vi anser att halvstrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod var ett bra tillvägagångssätt eftersom vi var ute efter ledarnas uppfattningar om hälsofrämjande arbete. Vi kan dock rikta kritik mot vår bristande uppmärksamhet i intervjusituationen då vi inte alltid ställde relevanta följdfrågor. I och med detta tror vi oss ha förlorat viss värdefull information som kunde ha gett vår studie en fördjupad dimension i intervjupersonernas uppfattningar kring vad hälsofrämjande arbete egentligen är för något.

Ytterligare kritik mot vår intervjumetod är att vi heller inte reflekterade över det faktum att ledarnas uppgifter och ansvar skiljde sig åt i och med deras olika chefspositioner. Vi insåg visserligen relativt tidigt att frågornas utformning i intervjuguiden inte var lämplig i samtliga situationer och därför krävde en modifikation inför varje ny intervjutillfälle. Det kan dock ha gett upphov till att vi uppfattades som osäkra vid intervjutillfällena.

Tekniskt sett gick intervjuerna mycket bra och det kan vi till viss del tacka den nya tekniken för. Mp3 spelaren slukade alla intervjuer utan minsta fadäs, och genom dess diskreta design märkte vi vid de sista intervjuerna, då vi längre inte hade "backup" av den gamla bandspelaren, att stämningen var en aning mer avslappnad. Detta kan givetvis även bero på att vi kände oss mer säkra i intervjusituationen i slutet, eller att det berodde på andra faktorer.

Att genomföra kvalitativa intervjuer innebär att man aldrig kan förutse vad och hur resultatet kommer att bli. Vi inser att det är lättare sagt än gjort att genomföra kvalitativa intervjuer, oavsett hur väl förberedd man som intervjuare är. Detsamma gäller bearbetande av ett relativt stort empiriskt material, samt att så småningom analysera och diskutera resultatet i förhållande till forskning och teorier som är relevanta i sammanhanget.

Vi anser oss trots vissa fadäser ha insamlat, bearbetat och analyserat det empiriska materialet på ett sätt som har gett oss en väsentligt större insikt i och förståelse för såväl ledarskap som hälsofrämjande, samt hälsofrämjande ledarskap, vilket också var vårt huvudsakliga syfte.

6.2 Förslag till vidare forskning

När företagen decentraliseras och plattas ut kan otydlighet i fråga om ansvar uppstå, särskilt i fråga om individens hälsa vilket vi sett tendenser till i den kommun vi har studerat. Ofta talas det i allmänna ordalag om organisationers eller företags satsningar på hälsofrämjande. Detta kan tyckas ha sitt utgångsläge i att ansvaret ligger hos just företaget eller organisationen, eller åtminstone med en stark betoning på deras ansvar. I

vår studie uppkom funderingar kring ansvarsfrågor, både hos intervjupersonerna och hos oss själva. Den forskning som vi kunde hitta inom denna gebit var Sofia Kjellströms (2005) avhandling *"Ansvar – hälsa och människa"*. Utöver den kunde vi inte hitta någon mer svensk litteratur i ämnet, trots att vi hade hoppats finna något om just individens ansvar för sin hälsa ur ett mer organisatoriskt perspektiv. Denna problematisering skulle vi vilja bolla över till efterföljande studenter som sitter och kliar sig i huvudet över val till uppsatsämne.

Då vi inte särskiljde ledarna från varandra upptäckte vi inte eventuella mönster som kunde ha varit intressanta ur ett lärande perspektiv. Att se hur de olika utbildningarna ledarna deltagit i, påverkat deras synsätt om det hälsofrämjande arbetet, samt synen på medarbetarna, kunde vara en intressant infallsvinkel till ytterligare studier.

Vi ser även att det skulle vara givande att göra en liknande undersökning ur medarbetares synvinkel. En sådan undersökning skulle kunna behandla huruvida det hälsofrämjande tänkandet har sipprat ut till varje medarbetare eller ej, samt om de förutsättningar och hinder för lärande i hälsofrämjande är liktydiga med vad ledarna har beskrivit.

Avslutningsvis hoppas vi på ett fortsatt fokus på det hälsofrämjande synsättet i samhällets alla delar.

7. Referenser

- Ahrenfelt, Bo (2001). *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur
- Angelöw, Bosse (2002) *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur
- Antonovsky, Aron (2005) *Hälsans mysterium, andra utgåvan*. Stockholm: Natur och kultur
- Argyris, Chris (1999) *On organizational learning, second edition*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd
- Backman, Jarl (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Backström, Tomas & Döös, Marianne & Wilhelmsson, Lena (2006) *Chefen som regissör – ledarskap och medarbetarskapets självorganiserande processer*, I Von Otter, Carsten (2006) *Ledarskap för fria medarbetare*. (ss.123-158) Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Bryman, Alan (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber Ekonomi
- Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken, för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Ellström, Eva & Ekholm, Bodil & Ellström, Per-Erik (2003) *Verksamhetskultur och lärande – om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur
- Ellström, Per-Erik (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Ellström, Per-Erik (1996) *Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet
- Ellström, Per-Erik (2001) *Lärande och innovation i organisationer*. I Backlund, Thomas & Hansson, Henrik & Thunborg, Camilla (Red.) *Lärdilemman i arbetslivet* (ss.19-42) Lund: Studentlitteratur
- Ellström, Per-Erik (2005) *Arbetsplatslärandets janusansikte. Pedagogisk forskning i Sverige* årg. 10, (nr. 3 / 4) s.182-194
- Hanson, Anders (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur
- Hildingsson, Kerstin & Krafft, Charlotta (2001) *Höga krav och lite stöd – en beskrivning av chefers arbetsvillkor*. Stockholm: SACO
- Holmberg, Ingalill (2003) *Var finns ledarskapet i offentlig sektor?* I. Holmberg & R. Henning (Red.), *Offentligt ledarskap: om förändring, förnyelse och nya ledarideal* (ss. 7-29). Lund: Studentlitteratur
- Holmqvist, Mikael & Maravelias, Christian (red.) (2006) *Hälsans styrning av arbetet*. Lund: Studentlitteratur

- House, S, James (1981) *Work, stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley
- Josephson, Malin & Vingård, Eva (2002) *Befattningshavare med formellt ansvar för underställd personal inom äldreomsorgen – specialbearbetning av resultat från projektet Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HAKuL-projektet)* Stockholm: Socialstyrelsen
- Karasek, Robert & Theorell, Töres (1990) *Healthy work – Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books Inc. Publishers
- Karlqvist, Lena ”Hälsofrämjande insatser i Botkyrka kommun” *Arbetslivsrapport 2005:9* Solna: Arbetslivsinstitutet
- Kjellström, Sofia (2005) *Ansvar, Hälsa och människa – En studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa*. Linköping: Institutionen för Hälsa och samhälle, Linköpings universitet
- Korp, Peter (2002) *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Liss, Per-Erik (2001) *Den goda avsiktens gränser – etiska konflikter i hälsofrämjande verksamhet*. I Svederberg, Eva & Svensson, Lennart & Kindeberg, Tina (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (s.97-120) Lund: Studentlitteratur
- Lunds Kommun (2007) *Personalpolitiska programmet Handlingsplan för 2007*. (Broschyr) Lund: Lunds kommun Serviceförvaltning
- Luxemburgdeklarationen för hälsofrämjande på arbetsplatser i Europeiska unionen (1997) ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion och Arbetslivsinstitutet.
- Maltén, Arne (2000) *Det pedagogiska ledarskapet*, Lund: Studentlitteratur
- Menckel, Ewa & Österblom, Lars (2000) *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen - om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Moqvist, Louise (2005) *Ledarskap i vardagsarbetet: En studie av högre chefer i statsförvaltningen*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap
- Nilsson, A, Lena (2006) *Hälsofrämjande strategier i skola, vård och omsorg – delrapport III i forskningsprojektet långtidsfrisk eller långtidssjukskriven*. Forskningsrapport 2006:02. Trollhättan: Högskolan Väst
- Svederberg, Eva & Svensson, Lennart (2001) *Ett folkhälso pedagogiskt synsätt*. I, Svederberg, Eva & Svensson, Lennart & Kindeberg, Tina (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (s.17-30) Lund: Studentlitteratur
- Theorell, Töres (2003) *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan?* Kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

von Otter, Carsten (red.)(2006) Ledarskap för fria medarbetare. Stockholm:
Arbetslivsinstitutet

Wallén, Göran (1996) Vetenskapsteori och forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur

Wester, Anita (2001) Den svårfångade motionären. I Svederberg, Eva & Svensson,
Lennart & Kindeberg, Tina (red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (s.185-206)
Lund: Studentlitteratur

Yukl, Gary. (2006) Leadership in organizations. 6th edition. Upper Saddle River:
Prentice-Hall

Internetsidor

Bunkeflomodellen (2005) Bunkeflomodellen – en hälsofrämjande livsstil. Hämtad den
10 maj, 2007 från Bunkeflomodellen:
<http://www.bunkeflomodellen.com/>

Examensjobb och uppsatser. Hämtad 16 april 2007, från Lunds kommun:
http://www.lund.se/templates/Page_27926.aspx

Hanson, Ch, Ulla. (2006) *Vad är en vetenskaplig artikel?* Hämtad 24 april 2007, från
Karolinska institutet:
<http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf>

Lunds kommun (2003) Friskvårdspolicy 2003. hämtad den 15 maj, 2007 från Lunds
kommun:
<http://www.lund.se/upload/Kommunkontoret/Personal/Policy%20och%20riktlinjer/Friskv%20policy%20tryckeriet%20version%20031203.pdf>

Lunds kommun (2006:a) *Lite annorLUNDA PERSONALnyheter, maj 2006*. Hämtad 14
maj, 2007 från Lunds kommun:
<http://www.lund.se/upload/Kommunkontoret/Personal/AnnorLunda/Maj-2006-webb.pdf>

Lunds kommun (2006:b) *Personalfakta*. Hämtad 14 maj, 2007 från Lunds kommun:
http://www.lund.se/templates/Page_30914.aspx

Lunds kommun (2006:c) Att vara ledare och medarbetare. Hämtad 14 maj, 2007. från
Lunds kommun:
http://www.lund.se/templates/Page_30910.aspx

Socialdepartementet.(2002) *SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet –
Allmänna synpunkter*. Hämtad 10 maj, 2007, från Socialdepartementet:
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2747>

Orefererade referenser

Sophiahemmet (2007) Mall vid Sophiahemmet högskola för att referera och skriva
referenser i referenslista enligt APA-systemet. Hämtad 28 maj 2007, från Biblioteket
i Sophiahemmets högskola:
<http://www.sophiahemmet.ki.se/biblioteket/apa.html>

Bilaga 1. Brev till kontaktpersonerna

Lunds Universitet
Pedagogiska Institutionen
2007-04-16

Hej

Vi heter Linnea Elmegren och Anki Lektorp och studerar arbetslivspedagogik vid Lunds universitet. Vi skall nu skriva vår c-uppsats och vi har tänkt i vår studie intervju några chefer/ledare inom kommunal verksamhet.

Vi undrar därför om du vill hjälpa till att förmedla kontakter till oss. Vi är i första hand intresserade av chefer/ledare som på något sätt aktivt är insatta i det hälsofrämjande arbetet. Frågor vi tänker ställa under intervjun behandlar ledarens egna uppfattningar och förhållningssätt om det hälsofrämjande arbetet och förutsättningar och hinder för arbetet med den. Värdefullt vore även om ledaren i fråga genomgått någon form av utbildning för det hälsoarbetet då vi även är intresserade av ledarskapsutveckling.

Vi är mycket tacksamma om du vill bistå oss med namn och e-post adresser till kontakter.

Med vänliga hälsingar

Anki Lektorp & Linnea Elmegren

Anki Lektorp

Mobil 073-XX XX XXX

Mail abcdefa0@hotmail.com

Linnea Elmegren

Mobil 073-XX XX XXX

Mail labaafjajöa@studen.lu.se

Bilaga 2. Brev till intervjupersonerna

Lunds Universitet
Pedagogiska Institutionen

Hejsan!

Vi vill återigen tacka för att du vill medverka i vår studie, vilken förhoppningsvis ska tjäna till att belysa några aspekter av det hälsofrämjande arbete som sker inom kommunens verksamhet.

Enligt de forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning som utarbetats av Vetenskapsrådet, vill vi informera dig om de krav vi har på oss att följa i vårt uppsatsarbete. Först och främst vill vi informera om att vi inte kommer att använda några av dina personuppgifter i uppsatsarbetet, och inte heller nämna vad du har för befattning inom kommunens verksamhet. De uppgifter vi samlar in kommer inte att användas i annat sammanhang än för vår forskning och vi kommer enbart att diskutera vårt material med vår handledare Lennart Svensson, professor vid Pedagogiska institutionen.

Vi vill även informera om att din medverkan naturligtvis är frivillig och att du när som helst har möjlighet att avbryta ditt deltagande.

Syftet med vår undersökning är att fokusera på de uppfattningar och erfarenheter du har som ledare, rörande ditt förhållningssätt och arbetssätt i fråga om hälsofrämjande arbete. Mycket fokus kommer att ligga vid ledarutveckling och eventuella förändringar i ledarskapet i och hälsoarbete inom kommunens verksamhet.

Eftersom vi vill fokusera på det du har att berätta medan intervjun pågår vill vi fråga om vi får spela in samtalet på band? Det skulle underlätta för oss då vi senare ska bearbeta vårt material. Känns det inte bekvämt att vi spelar in samtalet så går det naturligtvis bra för oss att anteckna.

Du får gärna ta del av uppsatsen när den är klar. Vi ser fram emot mötet på XXXX och önskar dig en bra dag!

Våra mobilnummer om du behöver nå oss:

Anki Lektorp 073-XX XX XX

Linnea Elmegren 073-XXX XX XX

Med vänliga hälsningar

Anki Lektorp och Linnea Elmegren

Bilaga 3. Intervjuguide Ledare

Vår intervjuguide är uppbyggd av tre olika teman. Här presenteras de frågor som var grunden till samtliga intervjuer.

Tema 1, Uppfattningar och syn på hälsofrämjande ledarskap och hälsofrämjande arbete

Gemensamma frågor:

Hur ser du på hälsofrämjande?

Hur tycker du ett hälsofrämjande ledarskap bör vara?

Hur ser din roll ut i det hälsofrämjade arbetet?

Hur arbetar ni konkret med hälsofrämjande?

Tema 2, Utbildning och kunskap om hälsofrämjande arbete

Gemensamma frågor:

Vilka utbildningar har du deltagit i gällande hälsofrämjande ledarskap?

Nyttan av dessa utbildningar?

Möjligheter att delta i utbildningar?

Vilka andra kunskapsvägar finns tillgängliga?

Tema 3, Stöd och förutsättningar för hälsofrämjande på arbetsplatsen.

Gemensamma frågor:

Tillräckligt med tid?

Tillräckligt med medel?

Stöd från dina chefer?

Stöd från medarbetare?

Externt stöd, t ex nätverk, företagshälsovård och liknande?

Bilaga 4. Intervjuguide Hälsopromotor

Intervjuguide inför den 2 maj 2007 Hälsopromotor

Bakgrund

- Vad har du för utbildning?
- Vad har du tidigare arbetat med?
- Vad innebär det att arbeta som hälsopromotor?
- Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter? (Vad gör du en vanlig dag på jobbet?)
- Vad kännetecknar hälsofrämjande arbete enligt dig?
- Kan du kortfattat beskriva vad ledarskap innebär enligt dig?
- Vad innebär det att arbeta som ledare/chef inom kommunal verksamhet?
- Vad kännetecknar hälsofrämjande ledarskap?

Resurser för ledarskapsutveckling

- Vi har förstått att du arbetar med en utbildning i hälsofrämjande ledarskap. Kan du berätta om den?
- Vilka moment ingår i utbildningen? (Hur är den upplagd?)
- Vilka har deltagit i utbildningen? (Är den till för alla ledare/chefer? Frivillig?)
- Vad har ni fått för respons på utbildningen? (Under tiden och efteråt?)
- Vad har utbildningen inneburit för din syn på ledarskap och hälsofrämjande arbete?
- Finns det behov av ytterligare utbildning i hälsofrämjande ledarskap?
 - Om ja – i vilket avseende?
 - Om nej – hur kommer det sig?
- Upplever du några hinder för ledare att arbeta hälsofrämjande?
- Vilka förutsättningar tycker du bör finnas på en arbetsplats för att kunna arbeta hälsofrämjande?

Nya arbetssätt och nyttan av utbildningen

- Vilken betydelse tror du ledarskapet har för ett lyckat hälsoarbete på en arbetsplats?
- Har hälsofrämjande arbete inneburit ökad arbetsbelastning eller krav på de ledare ni utbildat?
- Om ja, vad beror det på? Vad får det för konsekvenser för dem själva? För medarbetarna?
- Hur arbetar ni för att hantera en ökad arbetsbelastning/ökade krav?
- Har ni gjort någon uppföljning för att se resultaten av ledarskapsutbildningen?

- Har du något annat du vill framföra angående det hälsofrämjande arbetet?