

Ett vardagsverktyg för stresshantering i grupp

Trestegsmodellen

Författare: Britta Edegren

Handledare: Lena Rantakyro, LTU

Projektarbete, 5 p,
Företagssköterskeutbildning 2005-2007

September 2007

Ansvarig examinator: Professor Staffan Skerfving
Avdelningen för yrkes- och miljömedicin
Lunds universitet
221 85 LUND



Ett vardagsverktyg för stresshantering i grupp

Trestegsmodellen

Författare: Britta Edegren

Handledare: Lena Rantakyro, LTU

September 2007

Abstrakt

Stress beskrivs som ett ökande problem i arbetslivet, och åtgärder av stressprofylaktisk karaktär efterfrågas ofta från företagshälsovårdens kunder. Företagshälsovården har ett flertal olika metoder för stressprofylaktiska insatser, och den trestegsmodell som beskrivs och utvärderas i uppsatsen har jag utvecklat i praktisk tillämpat arbete. Studiens syfte var att utvärdera om det var möjligt att på tre gruppsamtal implementera denna trestegsmodell som ett vardagsverktyg i en arbetsgrupp. I utvärderingen framkom att arbetsgruppen ansåg att detta var möjligt och studien har därför nått sitt syfte. Det undersökta underlaget är dock för litet för att man ska kunna generalisera resultatet.

Nyckelord

Stressprofylax, organisation

Avdelningen för yrkes- och miljömedicin
Lunds universitet
221 85 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Bakgrund	3
Utveckling av trestegsmodellen	4
Syfte	5
Stress i arbetslivet	5
Folkhälsopolitiska mål relaterat till hälsofrämjande arbetsplatser	8
Metod	8
Urval	8
Grupp 1	9
Grupp 2	9
Instrument	10
Dokumentation av gruppsamtalen	11
Genomförande av gruppsamtal	11
Grupp 1	11
Andra samtalet	13
Tredje samtalet	14
Observationer under gruppsamtalen	16
Handledarens roll under gruppsamtalen	16
Gruppens utvärdering av trestegsmodellen	16
Analys/Bearbetning	17
Studiens trovärdighet	18
Etiska aspekter	19
Diskussion	20
Referenser	24
Bilaga 1 (2)	26
Bilaga 2(2)	27

Introduktion

Bakgrund

Min yrkesbakgrund är mångårigt arbete inom vuxenpsykiatri, inom både öppen-och slutenvård. Detta arbetsfält har innefattat både behandlingsarbete och handledning av arbetsgrupper i behandlingsarbete. Jag har också arbetat som enhetschef, klinikföreståndare och haft olika utbildningsuppdrag. Alla dessa erfarenheter har varit till stor nytta i mitt nuvarande arbete som företagssköterska i Norrbottens läns landstings (NLL) inbyggda företagshälsovård. Utifrån min tidigare yrkeserfarenhet så har inriktningen på mitt arbete varit och är olika psykosociala frågor, både på individ såväl som på gruppnivå. Den sammanlagda erfarenhet detta ger av organisationers olika nivåer och former är att en bra fungerande verksamhet förutsätter väl definierade mål och förankrade, välkända verksamhetsplaner samt ändamålsenligt ledarskap.

En rådande tendens på arbetsmarknaden idag är att organisationerna är alltmer slimmade. Man genomgår ständiga förändringar, vilka är relaterade till ändrade krav från kunder eller direktiv från uppdragsgivare såsom t ex är fallet i politiskt styrda organisationer. Inte sällan är dessa förändringar relaterade till krympande budgetutrymme, vilket gäller såväl privat som offentlig verksamhet. Skattefinansierade verksamheter är sedan många år budgeterade utifrån nyckeltal kopplade till t ex invånarantal/typ av verksamhet. I en del av NLL:s verksamheter liksom i andra organisationer är olika frågeställningar runt stress och risk för ökade stressupplevelser ofta aktuell. Förfrågningar till företagshälsovården om olika typer av insatser riktade mot stress är inte ovanliga.

Norrbottens läns landsting har ca 8000 anställda. Det finns fem sjukhus inom detta geografiskt vidsträckt län, som sedan 5 år tillbaka är organiserad enligt matris-organisationsmodell (Granberg, 2004) Detta innebär här divisioner med olika huvudinriktning (bilaga 1). Divisionerna innefattar hela länet inom sin specialitet. Exempel på ansvarsområden för divisionerna är division opererande, division medicin, division vuxenpsykiatri osv. Alla beslutsmandat är kopplade till divisionsorganisationen och någon horisontell beslutsordning av den typ som tidigare förvaltningsorganisation hade, finns inte. All sjukvård och merparten av övrig verksamhet drivs i offentlig regi.

Ett fåtal icke sjukvårdande verksamheter har lagts ut på entreprenad.

Utveckling av trestegsmodellen

För cirka 2 år sedan fick jag en förfrågan från en arbetsgrupp där man upplevde stark press och behövde hjälp med att hantera detta. I vidare diskussioner med enhetschef framkom önskemål om någon form av handledning alternativt stresshantering i arbetsgruppen mot bakgrund av framför allt en upplevt svårhanterad situation med en patient och anhörig.

Efter denna diskussion beslutades att träffa arbetsgruppen och enhetschefen för att kartlägga vidare och hitta ett ändamålsenligt fokus för handledningen. Denna arbetsprocess genomfördes sedan i form av ett antal gruppsamtal där aktuella belastningsfaktorer lades fram, diskuterades och blev föremål för handlingsplaner som arbetsgrupp och chef hade mandat att besluta om. Arbetsprocessen i denna grupp beskrevs sedan i den handlingsplan som var min examinationsuppgift för delkurs Folkhälsa och folkhälsoarbete, 10 p, företagssköterskeutbildningen 2005-2007 (Edegren, 2006).

Arbetsprocessen i gruppen grundade sig på lagstiftning (AFS 2001:1) och dess intention är beskriven i aktuella publikationer (Jönsson, 2005; Hansson, 2004)

Någon mer specifik beskrivning av den trestegsmodell jag valde att använda har jag dock inte kunnat återfinna i litteraturen. I samtalen med den arbetsgrupp där modellen utvecklades framkom initialt några olika stressfaktorer. För att utifrån detta få mer konkreta handlingsplaner valde jag att skriva upp gruppens stressfaktorer, och be dem göra en prioritering av dessa. Sedan belystes de prioriterade områdena ur ett antal olika infallsvinklar. Exempel på dessa var uppdrag, verksamhetsplan, etik, egen syn på sitt arbete och kunskap. Min intention med detta var att hjälpa gruppmedlemmarna att se vilka faktorer som påverkade deras vardag och att skilja på vilka förutsättningar som inte var möjliga att påverka och vilka som var det. En ytterligare påverkansfaktor som framkom var att en del av den stress som upplevdes hade sin grund i egna önskemål om hur man skulle vilja utföra sitt jobb.

Min roll som handledare var att strukturera diskussionerna, och på ett systematiskt sätt återföra till vilket uppdrag och vilka avgränsningar som var aktuella för just denna arbetsgrupp. Den stresspreventiva inriktningen i denna grupprocess var således att implementera verksamhetsplanen och belysa olika etiska dilemma kopplade till denna.

I den trestegsmodell som jag använde sker stresspreventionen genom att:

Steg 1: gruppmedlemmarna beskriver aktuell stress/belastningsfaktorer och prioriterar vilken/vilka av dessa som ska fokuseras på vid det aktuella samtalstillfället

Steg 2: identifierade belastningsfaktorer belyses

Steg 3: gruppen upprättar handlingsplaner utifrån de beslutsbefogenheter man har, i syfte att reducera stressupplevelser.

I föreliggande C-uppsats är frågeställningen om det är möjligt att in ramen för tre gruppsamtal implementera denna stresspreventiva arbetsmetod som vardagsverktyg för en arbetsgrupp att kunna använda utan extern samtalsledare. Landstingets företagssköterskor på de fem sjukhusen inom länet var vid denna tidpunkt samordnande för insatser från företagshälsovården. Detta innebar att sköterskorna hade samtliga förfrågningar om insatser även inom området stressprevention. Därför ställdes frågan till företagssköterskorna om vilka enheter som kunde komma ifråga för att arbeta med trestegsmodellen inom ramen för den aktuella tidsperioden.

Syfte

Syftet är att undersöka om trestegsmodellen som verktyg för stressprofylax/stresshantering är möjlig att lära ut på tre gruppsamtal för att sedan kunna användas som ett verktyg för arbetsgruppen utan extern handledare.

Stress i arbetslivet

Sedan början av 1990-talet har det genomförts stora förändringar i många arbetsorganisationer. En beskrivning som ges i Folkhälsorapporten 2005 är att organisationerna är mer slimmade samtidigt som kraven på enskilda anställdas arbetsprestationer ökat. Dessa faktorer medverkar, enligt rapporten, till ökad press för den enskilde. I Arbetslivsinstitutets publikation *Arbetsliv i omvandling* beskriver von Otter (2003) förändringar i arbetsinnehåll. von Otter menar att arbetsuppgifter blivit mer specialiserade, högre kompetens krävs samtidigt som arbetstempot blivit högre.

Kraven på flexibilitet och snabb anpassning till nya förutsättningar har också ökat (von Otter, 2003). De ökade kraven i organisationerna beskrivs också i Arbetslivsinstitutets publikation *Arbetsliv i omvandling* (von Otter, 2003). Mellan 20 % och 40 % av befolkningen uppger någon form av psykisk ohälsa, vilket inte motsvaras av diagnosdata inom området psykisk sjukdom (Diagnostic and statistic manual of mental disorders-IV). En stor del av denna grupp beskrivs därför med termerna lättare psykiska besvär som oro, ångest och sömnsvårigheter. (Socialstyrelsen, 2005)

Begreppet stress har definierats på många sätt. Kerstin Olofsson, socionom och fil.mag. med stressfrågor som sitt arbetsfält, har skrivit ett flertal faktaböcker i ämnet. I en av dem (Olofsson, 2001a) beskrivs att den kanadensiske neurologen Selye var den första att försöka ringa in företeelsen utifrån ett biopsykologiskt perspektiv. Enligt denna ursprungliga definition så är stress en dynamisk process som rör störningar i samspelet individ/situation och/eller människa/miljö. Som exempel kan ges en situation där individen upplever att omgivningens krav är alltför höga i förhållande till den egna kapaciteten. Följden blir en känsla av förlust av kontroll över situationen, och det biopsykologiska svaret på detta blir att mobilisera flykt-, kampfekanismer via kroppens hormonsystem.

Den kanadensiske forskaren Karazek utvecklade en teoretisk krav-, kontrollmodell för stress i arbetslivet (Karazek & Theorell, 1992). I denna modell beskrivs att hög arbetsbelastning kan leda till antingen stress eller positiv utveckling, beroende på möjligheten att ha kontroll över situationen. Att ha kontroll över en situation kan handla om att kunna påverka vad man ska göra, hur, när och i vilken takt. Det innefattar också att ha tillräcklig kompetens för det arbete som ska utföras. Krav-, kontrollmodellen utvecklades senare till att innefatta även betydelsen av stöd för att motverka stress. Angelöw(2002) beskriver också betydelsen av socialt stöd som en stressreducerande faktor.

Andra viktiga friskfaktorer på arbetsplatsen är, enligt Angelöw (2002), exempelvis konstruktivt ledarskap och målstyrning. Kännetecknade för konstruktivt ledarskap är bl. a att skapa delaktighet samt att stödja och uppmuntra. Det målstyrda arbetssättet kan innebära att i dialog mellan chef och medarbetare konkretisera uppsatta mål, och/eller att kunna välja medel för att nå mål som är uppsatta av ledningen.

Ledarskapets hälsofrämjande betydelse kan betonas även utifrån begreppet personligt ledarskap, där fokus ligger på relationen chef/medarbetare. Återkoppling och tydliga mål beskrivs som viktiga, liksom i den del av chefsuppdraget som benämns pedagogiskt ledarskap, där det hälsofrämjande förhållningssättet ligger i att kombinera organisationens uppdrag och mål men medarbetarnas förutsättningar (Hansson, 2004)

Betydelsen av att arbeta med och tydliggöra verksamhetsplaner/mål är väl undersökt och dokumenterat och att koppla konkreta arbetssituationer till målen är ett sätt att tydligare implementera verksamhetsplanen för arbetsgruppen. Lindberg (2005) visar på dessa faktorer i sin avhandling samt också betydelsen av tydlig feedback och beröm från chefen som viktiga friskfaktorer på arbetsplatsen.

Andra viktiga faktorer som är av betydelse för hälsan inryms i Antonovskys begrepp KASAM (Antonovsky, 2005). Begreppet är en förkortning av känsla av sammanhang och sammanfattar ett sätt att beskriva viktiga salutogena faktorer. Begreppet innefattar aspekterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I trestegsmodellen är framför allt de första två begreppen väsentliga. Tydliggörande av mål kopplat till konkreta arbetsuppgifter kan i sin tur bidra till att arbetsgruppen och den enskilde anställda kan öka känslan både av begriplighet och hanterbarhet och öka känslan av sammanhang.

Antonovsky (2005) menar att känslan av hanterbarhet inför de uppgifter man har motverkar negativa stressupplevelser och känslor av överbelastning. Man kan inte med självklarhet dra slutsatsen att en enskild individs besvär uteslutande härrör från arbetet, men det finns betydande dokumentation som talar för att åtgärder inom arbetsorganisationen ger positiva resultat på det psykosociala arbetsklimatet och minskar risken för upplevd stress (Hansson, 2003; Angelöw, 2002; Lindberg, 2005). Exempel på sådana åtgärder är att arbeta systematiskt med riskbedömningar och handlingsplaner specifikt riktade mot stress (AFS 2001:1). En aktuell studie (Jönsson, 2005) visar t ex på att personer som arbetar med "human service" sällan hinner med det engagemang man önskar i varje möte. Studiens författare drar bland annat slutsatsen att klientarbete under vissa omständigheter kan vara belastande och att det inte kan ses som självklart att det är meningsfullt och givande att tillbringa stora delar av sin arbetstid i direkt relation till klienter/patienter. Jönsson menar att det måste finnas en diskussion kring detta ute i verksamheterna.

Folkhälsopolitiska mål relaterat till hälsofrämjande arbetsplatser

Regeringens proposition 2002/03:35 beskriver målområden för folkhälsan (Socialdepartementet, 2002). Ökad hälsa i arbetslivet utgör målområde 4. I detta beskrivs att väl fungerande arbetsvillkor minskar arbetsrelaterad ohälsa och att arbetet ska präglas av en trygg och säker miljö. I denna del av propositionen beskrivs vikten av att ha kontroll över sitt arbete, delaktighet och inflytande. Vikten av en god fysisk och psykisk arbetsmiljö framhålls särskilt, för att förebygga ohälsa. I propositionens beskrivning av olika typer av ohälsa ingår bl. a psykisk ohälsa och andra stressrelaterade sjukdomar.

Metod

Urval

Frågan ställdes till företagssköterskorna inom Norrbottens läns landsting om vilka aktuella förfrågningar som fanns inom området stressprofylaktiska insatser. Företagssköterskorna hade som arbetsuppgift vid den aktuella tidpunkten att samordna samtliga uppdrag inom företagshälsovården och hade därför tillgång till alla dylika förfrågningar. Jag hade själv ansvar för samordningen av alla företagshälsovårdens uppdrag i norra länsdelen och hade därför kännedom om aktuella beställningar inom mitt eget geografiska område. Grupp 1 var vid den aktuella tidpunkten den enda arbetsplats inom mitt eget område som uttryckt risk för ökad stress. Då tidsramarna var givna blev detta en avgränsning. Efter att denna avgränsning var gjord kvarstod ytterligare fyra enheter inom landstinget där stresshantering enligt trestegsmodellen och med de givna tidsramarna skulle vara möjligt. Verksamhetsansvariga för dessa enheter fick ytterligare information om stresshantering inom ramarna för föreliggande C-uppsats. I informationen ingick de tre stegen i handledningen, tidsramar samt syftet med uppsatsen. Efter denna diskussion kvarstod två arbetsgrupper som aktuella eftersom det där var möjligt att starta och genomföra handledningen inom den tidsram som uppsatsarbetet medgav.

För båda grupperna inleddes processen med muntlig information av undertecknad på en arbetsplatsträff, med möjlighet att belysa frågor från grupperna sida.

Informationen belyste föreslagen arbetsprocess, att materialet ligger till grund för en C-uppsats, samt föreslagna tidsramar. Grupperna har själva tagit beslut om medverkan. Övriga enheter som hade gjort förfrågningar till företagshälsovården om stresspreventiva insatser har erbjudits insatser i enlighet med deras behov ifråga om tid och innehåll.

Grupp 1

Grupp 1 består av sjuksköterskor på en dagbehandlingsenhet. Enheten har 6 anställda samt en enhetschef. Samtliga har lång yrkeserfarenhet från skiftande verksamheter inom sjukvården. Arbetsgruppen består uteslutande av kvinnliga anställda. Enheten har som uppdrag att planera in polikliniska behandlingar, kalla och förbereda patienter för dessa samt ansvara för åtgärder som ska genomföras innan patienten lämnar sjukhuset. Organisatoriskt är dagbehandlingsenheten en del av den s.k. gemensamma mottagningen. Denna gemensamma mottagning och dagbehandlingsenhet inrättades för ca 10 år sedan. Tidigare har varje specialitet haft en egen mottagning med därtill hörande dagbehandlingsverksamhet. Dagbehandlingsenheten samarbetar med samtliga verksamheter på det aktuella sjukhuset. Detta innebär att patienterna kan vara i behandling inom kirurgi, urologi, ortopedi, medicin eller psykiatri. I takt med att behandlingsmetoder förändrats och utvecklats har patienttillströmningen till enheten ökat.

Grupp 2

Grupp 2 består av läkarsekreterare på en enhet på länets största och mest högspecialiserade sjukhus. Gruppen består av 25 läkarsekreterare med 10-30 års yrkeserfarenhet som arbetar inom division medicin med subspecialiteter. Sjukhuset invigdes för 6 år sedan, och merparten av personalen som arbetar där har tidigare varit verksam på något av de två sjukhus som lades ned vid invigningen av detta. Även denna arbetsgrupp består av personal som kommit från dessa två före detta organisationer. Alla läkarsekreterarna är kvinnor. Gruppen erhöll information om arbetssätt, syfte och genomförande. Varje deltagare besvarade därefter individuellt en enkät. Svaren visade en allmän uppfattning om att ingen påtaglig risk för stress förelåg. De stressfaktorer som var aktuella i arbetsgruppen kunde hanteras på ett bra sätt. Inget mönster i svaren kunde urskiljas. Resultatet återgavs till gruppen och enhetschefen. Det diskuterades utifrån att det inte kunde definieras något område där det förelåg behov av att jobba stressprofylaktiskt och i denna diskussion framkom att denna insats var enhetschefens önskemål snarare än en uttryckt önskan från gruppens sida.

Eftersom ingen tydlig fokus där ökad risk för stress kunde definieras utifrån enkäten diskuterades hur enkät-resultatet skulle användas vidare. Gruppen framförde ett önskemål om att få en föreläsning på temat stress och förslaget blev att denna föreläsning skulle genomföras med kognitiva teorier kopplat till stress. Föreläsningen genomfördes enligt överenskommelse, av beteendevetare inom företagshälsovården. Denna grupp ingick därför inte i den vidare beskrivna processen utan kan definieras som bortfall.

Instrument

Båda gruppernas arbete inleddes med att varje medlem besvarat en enkät (bilaga 2) Enkäten innefattar fem huvudområden och avser att ringa in möjliga stressorsaker. Områdena är utvalda utifrån vilka frågor som varit återkommande i samtalen med den arbetsgrupp där jag utvecklade trestegsmodellen. Till grund för de fem huvudområdena i enkäten ligger också ett frågeformulär utarbetat vid Umeå universitet (Norberg et al, 2000). Denna enkät hade rubriken ”Samvetsstress, moralisk lyhördhet, inre styrka och socialt stöd i relation till utbrändhet”. Huvudinriktningen på frågorna i Norbergs enkät och ovan beskrivna teman stämmer väl överens. Norbergs enkät är utarbetad för att användas för vårdpersonal. Jag har själv utarbetat denna enkät. Enkätsvaren angavs på en 6-gradig skala.

Områdena var

- att inte kunna leva upp till andras förväntningar på arbetsinsats
- att inte kunna leva upp till egna förväntningar på arbetsinsats
- hur man upplevde kommunikationen på arbetsplatsen
- möjligheten att få stöd av ledningen i verksamhetsfrågor
- då det gäller frågor som rör verksamheten på din enhet, har du möjlighet att diskutera dessa/få stöd av din ledning?

Information om enkäten, arbetssättet och hur materialet skulle användas gavs vid två tillfällen. Vid det första tillfället informerade jag på en arbetsplatsträff, med möjlighet till frågor från personalgrupperna. Därefter fick grupperna själva ta ställning till medverkan.

Enkäterna delades ut till gruppdeltagarna vid en arbetsplatsträff, då även information med möjlighet ställa frågor gavs. Deltagarna instruerades att svara individuellt på enkäterna och skicka dessa till mig i svarskuvert via vanlig post. Skattningar från enkäten återfördes till gruppen vid första ordinarie gruppsamtal.

Dokumentation av gruppsamtalen

Under samtalen gjorde jag anteckningar om vilka teman som togs upp, vilka som deltog mer aktivt i diskussionerna och ifall någon inte deltog. I anteckningarna togs också med ifall något ämne föreföll vara mer känsligt, och hur detta i så fall framkom. Gruppen hade godkänt att anteckningar kunde föras, och även fått information om att anteckningarna var avsedda som arbetsmaterial som skulle tuggas efter att uppsatsen färdigställts.

Genomförande av gruppsamtal

Grupp 1

Som tidigare nämnts så genomfördes gruppsamtal endast i en av de beskrivna grupperna, som härfter kommer att benämnas ”gruppen”. Samtliga i gruppen har besvarat en skriftlig enkät (bilaga 2). De svar som inkom från gruppen angav tre områden med risk för ökad belastning .

Dessa områden var:

”svårigheter att lämna jobbet på jobbet”

”upplevelsen av att inte alltid leva upp till andras förväntningar på sin arbetsinsats”

”upplevelsen av att inte alltid leva upp till sina egna förväntningar på sin arbetsinsats”

Dessa områden angavs som likvärdiga vad beträffar risk för stress. Första gruppsamtalet inleddes med att enkätresultatet återfördes till gruppen. Metoden presenterades för gruppen. Prioriteringsordning för tema i de tre samtalen fastslogs på mitt förslag och denna följer ovan beskrivna ordning.

Första samtalet hade som övergripande fokus "svårigheter att lämna jobbet på jobbet".

I samtalet framkom:

- att enheten samarbetar med olika divisioner inom NLL lokalt
- att verksamheten styrs i hög utsträckning av behandlande läkares scheman och ledigheter, vilket medför bokningar och ombokningar med kort varsel
- att det finns en rädsla hos sjuksköterskorna för anmälningar
- att det finns tydiga etiska dilemman beträffande hur behandlingarnas inplanering ska prioriteras

Olika händelser kopplade till ovanstående punkter beskrevs som orosmoment även på fritiden. Jag lyfte upp de angivna etiska dilemman som redovisats om hur patienternas behandlingar ska prioriteras. Det framkom att det inte är gruppen som beslutar om prioriteringar utan den medicinskt ledningsansvarige läkaren. Efter detta konstaterande diskuterades inte denna fråga vidare. Den rädsla för anmälningar som beskrevs var relaterad till punkten om prioriteringar. Den visade sig handla om rädsla för att patienterna fått vänta för länge på sin behandling. Väntelista för behandlingar fanns, och behandlande läkare gjorde en planering av ramarna för när behandlingen skulle genomföras. I och med detta fanns en prioritering som grund för detaljplaneringen på dagbehandlingsenheten. I samtalet beslutades att fokusera på den del som enhetens anställda själv har som uppdrag att genomföra. Detta var i enlighet med den stressprofylaktiska intentionen i trestegsmodellen; att göra handlingsplaner av sådant som är möjligt att påverka inom enheten, utifrån det uppdrag man har.

Min roll i dessa diskussioner var att återföra frågorna till både det uppdrag som enheten har och den lagstiftning som styr (Raadu, 2007). Beslutat fokus blev frågan runt bokningar och ombokningar eftersom detta är en grund för verksamheten och de enheter som verksamheten samarbetar med.

Inom enheten har man organiserat bokningar och ombokningar så dessa ligger på i huvudsak en av sjuksköterskorna (för enkelhetens skull fortsättningsvis kallad N) och övriga sjuksköterskor har denna uppgift då N inte är i tjänst. Det framkom att det för närvarande inte finns något formaliserat system för avbokningar och nya inbokningar med kort varsel och snabba ändringar av planeringen är inte ovanligt. Läkares ledigheter återverkar direkt på verksamhetens planering, och ledigheterna planeras ibland in med kort varsel. Vid avbokningar kvällen innan planerad behandling har det förekommit att N fått telefonsamtal hem, från enheter som dagbehandlingsenheten samarbetar med och då agerat för att hinna boka in en ersättningspatient. Det framkom i samtalet att det periodvis dyker upp funderingar rörande jobbet, efter att man gått hem. Det förekom att man skrev minneslappar på fritiden för sådant som man skulle komma ihåg att kolla upp då man var åter på arbetet. Beslutet utifrån dagens samtal blev att pröva med att avsätta några minuter i slutet av varje arbetsdag för att summera och gå igenom dagens arbete, samt också göra en planering inför morgondagens arbete. Det diskuterades också att upprätta en lista på vilka patienter som kan bokas in vid avbokning men något beslut togs inte.

Andra samtalet

Det andra samtalet inleddes med utvärdering av de åtgärder som gruppen vidtagit sedan föregående samtal. Det framkom att det inte fungerat med att avsätta tid för summering av dagens arbete. Orsaken var att arbetsbelastningen beskrevs som en inverterad puckel, det vill säga att arbetstempot snarast tenderar att öka mot slutet av arbetsdagen. Efter vidare diskussioner tog gruppen beslut om att tills vidare lämna denna fråga, då gruppen ansåg att det troligen fanns en del handlingsplaner man kunde besluta om som i andra hand kunde påverka arbetstempot över dagen. Fokus i detta samtal var att analysera känslan av att inte alltid kunna leva upp till andras förväntningar på egen arbetsinsats

Gruppen beskrev att det upplevdes svårt att leva upp till krav från omgivningen pga. att rutiner som förutsatts vara kända för samarbetspartners inte var det. Orsaker till detta var oklarheter för samarbetspartners i uppdrag, struktur, öppethållande och personella resurser. Det framkom också att rutiner rörande medicinska frågor fanns men tveksamheter framkom huruvida dessa var kända för de enheter som dagbehandlingsavdelningen samarbetade med. En återkommande kommentar i samtalet var att det åtgår mycket tid för att ringa och ”jaga” folk, hålla koll på operationsprogrammet så allt ska flyta, med flera frågor av samordningskaraktär. Som exempel på detta angavs att man ofta fick påminna för att läkare skulle komma och skriva ut patienterna.

Gruppen enades om följande handlingsförslag:

- att från dagbehandlingen bjuda in sig själva till arbetsplatsträffar på de enheter där man har mesta samarbetet för att informera om sitt uppdrag, verksamhet, öppettider mm.
- att informera samverkande chefer både muntligt och skriftligt
- att frågan om rutiner där läkargrupperna är aktörer skulle tas upp både via medverkan på läkargruppsmöte samt vid personliga diskussioner.

Det framkom också i samtalet att verksamhetschef för dagbehandling kommer att informera om dagbehandlingens verksamhet och belastning, på ett lokalt samverkansforum.

Tredje samtalet

Det tredje samtalet inleddes med en utvärdering av föregående samtal.

Följande åtgärder hade vidtagits efter det andra samtalet:

- enhetschefen har skickat brev till samtliga operatörer med information i syfte att förbättra flödet i verksamheten, och få överenskomna rutiner att fungera i praktiken. Man kunde skönja en viss förändring åt det positiva hållet.
- efter information så hade det fungerat bättre med att opererande läkare har kommit till enheten för utskrivning av patienterna på eftermiddagen.
- dagbehandlingens verksamhet och förutsättningar har avrapporterats på lokalt samarbets- och informationsforum.

Fokus i detta samtal var "egna förväntningar på arbetsinsats". Ett relaterat tema var hur nya behandlingsmetoder införs. Ändrade behandlingsmetoder beskrevs alltid innebära förändringar i arbetssätt, kunskap och rutiner på dagbehandlingsenheten. I vissa fall innebar detta också att nya patientkategorier kunde få sin behandling polikliniskt, på dagbehandlingsenheten. Som konsekvens av detta kunde man se att arbetsbelastningen ökade. Det beskrevs att i många fall vände sig behandlande läkare direkt till dagbehandlingsenheten för att planera hur den nya behandlingsmetoden ska införas, istället för att föra upp frågan till verksamhetschef. Diskussionen i gruppen fokuserades då på att det kan vara svårt stå emot dessa upplevda krav, eftersom sjuksköterskorna själva så mycket styrs av patientens bästa. Som ett exempel framkom en specifik diagnosgrupp där en ny behandlingsmetod var aktuell. Konsekvenserna av detta var omfattande för dagbehandlingen och utrymme i verksamheten bedömdes otillräckligt. I dylika frågor framkommer en stor omtanke om patienterna och ett stort ansvarstagande. En återkommande kommentar var "patienterna måste ju få sin vård". Min roll i denna dessa frågor var att fokusera på ansvarsfördelning i vårdprocessen. I samtalet framkom att dagbehandlingens personal ska återföra frågor rörande verksamheten till verksamhetschefen, då det finns tveksamheter i hur dessa ska hanteras. Det sker dock inte vanligtvis. I detta sammanhang fördes diskussionen in på informella roller och genusperspektivet (Lindgren, 1992).

Flera av gruppens medlemmar kommenterade att man som sjuksköterska och kvinna lätt tog över ansvar för samordning och ansvar för verksamheten i en grad som inte var rimligt.

Ett annat fokus utifrån "egna förväntningar..." var arbetssituationen för N. Telefontillgängligheten beskrevs som mycket god, telefonen var inte ofta avstängd. Patienter som sökte för att avboka tid kunde nå N snabbt, och ny patient kunde kallas. En nackdel med detta var att N:s möjligheter att ostört arbeta med planering och bokning minskar och koncentrationen på arbetsuppgifterna blev lidande. I samband med detta återkom diskussionen runt åtgärder vid sena avbokningar då N ej är i tjänst. Det framkom att det tidigare funnits en rutin med en skriftlig lista på patienter som kunde kallas in med kort varsel, men att denna rutin inte användes. Någon närmare anledning till att rutinen inte användes längre framkom inte. Uttrycket "hon har alla patienter i huvudet" fanns med i samtalet. Från gruppens sida diskuterades ett mycket högt ansvarstagande för att alla behandlingstider blev fyllda.

Flera av sjuksköterskorna uttryckte detta med kommentarer som rörde att väntelistan inte skulle bli för lång samtidigt som man hade tomma behandlingstider på enheten.

Det framkom även situationer där angränsande verksamheter hört av sig med frågor som inte finns inom dagbehandlingens verksamhetsplan. Diskussionens fokus blev att den som hör av sej med ett ärende i vissa fall kan "lägga över" detta på den som svarat på frågan, ifall man inte är vaksam på detta. Ytterligare fråga som berörde temat för detta samtal var att det saknas skriftliga rutiner för vissa medicinska frågor. Dock kan det finnas uttryckliga muntliga sådana. Då behandlingar genomförts där det saknas skriftliga medicinska rutiner men finns muntliga sådana uppges att tjänstgörande sjuksköterska hamnar i en konflikt. Konflikten handlar om hur hantera att det finns en muntlig ordination från medicinskt ansvarig läkare men behandlande läkare ger en annan ordination. I dylika situationer uppgavs det att tjänstgörande sjuksköterska ibland gick in och tog ett ansvar som man formellt inte har mandat att göra. Utifrån ovanstående exempel diskuterades om hur förutsättningarna ska se ut vid planerad utökning/förändring av verksamheten. Handlingsplanen utifrån dagens diskussion blev :

- att vara vaksam på eget agerande då någon hör av sej med frågor, för att minska ner på det automatiska handlings sättet att ta över ärendet

- att vara observant beträffande eget agerande och egna idéer då nya behandlingsmetoder initieras, och föra frågorna vidare till rätt beslutsnivå istället för att snabbt gå in och lösa dem

– att vara uppmärksam på skillnaderna i vad som kan kräva akuta insatser och vilka ärenden som ska återföras till högre beslutsnivå för mer långsiktigt avgörande.

Det beslutades om ett uppföljande samtal. Gruppens diskussioner handlade delvis om hur man med automatik handlade som problemlösare och tog på sig ett ansvar för patienten som det saknades delegation för. Utifrån detta kom man in på hur man ser på sina yrkesroller och vad det innebär för varje person att bryta invanda mönster.

Observationer under gruppsamtalen

Alla i gruppen deltog i att beskriva aktuell stress/belastningsfaktorer. Det var även aktivt deltagande i att belysa de valda områdena, även om en del av deltagarna hade en mer påtagligt aktiv roll i diskussionerna. I det tredje steget; fokus på att upprätta handlingsplaner för att reducera stress/belastningsrisken var skillnaden i aktivitet större. En av gruppmedlemmarna uttryckte tvekan till att upprätta handlingsplaner eller göra någon förändring av de gällande rutinerna. Det gjorde däremot inte de övriga gruppdeltagarna, utan man arbetade aktivt med att hitta lösningar. Enhetschefen deltog i alla tre samtalen. Hon deltog i samtliga moment av samtalen och där det behövdes klagörande beträffande frågor och uppdrag bidrog hon med detta. Gruppen som helhet tog ganska snabbt en aktiv roll i att strukturera samtalen och själva styra in fokus på handlingsförslag.

Handledarens roll under gruppsamtalen

Första uppgiften som handledare var att introducera trestegsmodellen som verktyg för att strukturera samtal. I det första gruppsamtalet var min roll aktiv i att definiera stegen i samtalet, och hjälpa gruppen med att styra samtalets inriktning. I det andra och tredje samtalet intog jag en alltmer tillbakadragen roll för att låta gruppen själv arbeta med trestegsmodellen.

Gruppens utvärdering av trestegsmodellen

Efter 2 månader genomförde vi ett uppföljande samtal för att ta reda på hur gruppen jobbat på egen hand med trestegsmodellen. Fokus i detta var reflektioner från de föregående samtalen samt om metoden var möjlig att använda för gruppen utan extern samtalsledare.

Gruppen svarade muntligt på denna fråga och samtliga svarade ja på frågan. Det kom då fram att man prövat modellen på en arbetsplatsträff. De frågor som tagits upp var upplevda irritations-moment i remissflöde och en fråga runt då patienter blir inlagda efter sitt ingrepp istället för att planenligt skrivas ut. Gruppen sammanfattade sina egna iakttagelser i hur man i flera fall handlar med automatik utifrån gamla vanor. Som exempel gavs ett tillfälle då en sjuksköterska vid en annan enhet på sjukhuset ringt upp dagbehandlingen för att fråga runt förebereelser för en ovanlig röntgenundersökning som skulle genomföras. Den sjuksköterska på dagbehandlingsenheten som tog emot telefonsamtalet upplyste den frågande om att man även på dagbehandlingsenheten saknade kunskap om de efterfrågade rutinerna. Sjuksköterskan lade därmed tillbaks ansvaret för att ta reda på detta hos den som frågat istället för att ta över frågan. Man uttalade att det i vissa fall funnits en automatik i hur man tog över ansvar och ärenden, uttryckt i ”så här har vi ju alltid gjort” och att detta både har att göra med hur man ser på yrkesrollen men också hur vi är som personer. Det fanns en uppfattning från gruppens sida att man blivit mer observant på hur man möter frågor och ärenden; att man något kunnat modifiera detta beteende.

Gruppens uppfattning var att det skulle gå utmärkt att använda denna samtalsmetod för att strukturera diskussionerna och hitta konstruktiva handlingsvägar utan extern samtalsledare. Vid uppföljningstillfället framkom exempel på att man i mindre frågor använt sig av trestegsmodellen med gott resultat. Dock uttrycktes att det varit till fördel att några gånger arbeta med samtalsledare. En spontan kommentar från en av deltagarna var att man märkt av generellt att diskussionerna i gruppen nu var mer lösningsfokuserade.

Analys/Bearbetning

I gruppens utvärdering framkom att man ansåg metoden vara möjlig att arbeta med utan extern samtalsledare. Det redogjordes för ett par exempel där man gjort detta. Rollen som handledare i denna process innebär att man snabbt måste inta en ganska tillbakahållen position för att inte risken ska vara att arbetssättet blir beroende av extern ledning. Det framkom också vikten av att de tre stegen tydliggörs återkommande i början av processen.

Observationer under gruppsamtalen gav att vissa delar av processen kunde vara mer känsliga för någon gruppdeltagare.

Då detta kan vara kopplat till personlig syn på sin roll som sjuksköterska kan frågan om att avgränsa sitt uppdrag upplevas som ett för stort krav för den enskilda. Då sådana situationer aktualiseras i arbetsgruppen krävs stor öppenhet för att kunna hantera på ett ändamålsenligt sätt, samt tydlighet från arbetsledning i att om man aktualiserar belastningsfaktorer så måste detta innebära att man också är inställd på att man försöker hitta handlingsplaner för dessa. Denna tydlighet måste också innebära att man är beredd att ifrågasätta egna föreställningar och handlingsmönster. Ett ökat fokus på frågor som berör hur man själva hanterade krav och förutsättningar ledde till kommentaren från en av gruppdeltagarna ”vi har nog blivit mer besvärliga”. Man beskrev ett antal olika sammanhang då man handlat annorlunda jämfört med tidigare; inte med automatik tagit över de frågor och ärenden som angränsande enheter väckt. Grupp 2 inledde inte någon arbetsprocess i enlighet med den beskrivna metoden. Detta p.g.a. att inga av efterfrågade fokusområden angavs som stressfaktorer. Gruppen beskrev som helhet ett gott psykosocialt arbetsklimat trots periodvis hög arbetsbelastning. Den genomförda föreläsningen med fokus på stress ur en kognitiv vinkling togs emot väl och uppfyllde de förväntningar gruppen hade. Den slutsats man kan dra utifrån studien är att den undersökta arbetsgruppen anser sig kunna använda trestegsmodellen som ett vardagsverktyg självständigt efter dessa tre gruppsamtal samt uppföljningssamtal. Gruppens storlek och homogenitet kan ha betydelse för resultatet. Därför behöver ytterligare ett antal arbetsgrupper undersökas innan man kan dra ytterligare slutsatser. Studien är genomförd på en sjukvårdande enhet och man kan troligen inte heller dra några slutsatser om metoden är användbar inom andra typer av verksamhet. Den tydligt definierade arbetsprocessen talar dock för att en upprepad studie i en annan arbetsgrupp skulle ge liknande resultat.

Studiens trovärdighet

Urvalet i studien är gjort inom de beställningar som vid studiens påbörjande fanns hos företagssköterskorna på respektive sjukhus inom Norrbottens läns landsting.

Ett avgörande urvalskriterium för deltagande i studien var ifall arbetet kunde påbörjas och avslutas inom för uppsatsarbetet givna tidsramar. I ett forskningsarbete där eget deltagande i processen planeras är frågan om ett objektiva förhållningssätt central. Privata relationer mellan deltagare och gruppledare kan äventyra detta förhållningssätt, och det finns också en risk att gruppledaren agerar på ett sådant sätt att ett eventuellt gott utfall av grupprocessen tillskrivs personliga egenskaper hos gruppledaren.

För att undvika den senare företeelsen har jag metodiskt återkopplat till de tre stegen, varit mer aktiv under första samtalet och stegvis överlämnat till gruppen att genomföra de tre stegen. Tidigare personkännedom har funnits endast via professionella kontakter. Feedback från informanterna har inhämtats fortlöpande under processens gång, både som ett sätt att säkerställa validiteten i studien såväl som ur det forskningsetiska perspektivet (Miles & Huberman, 1994).

Etiska aspekter

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk-, samhällsvetenskaplig forskning anger fyra huvudkrav. Dessa är:

- informationskravet
- samtyckeskravet
- konfidentialitetskravet
- nyttjandekravet

Dessa krav har i den aktuella undersökningen tillgodosetts genom att aktuella arbetsgrupper i förväg har fått information om upplägg, syfte och genomförande av denna empiriska studie på C-nivå. Grupperna har själva haft att ta ställning till om man velat medverka eller inte. Arbete med stressprofylaktisk inriktning har givetvis erbjudits från företagshälsovården oavsett om man har valt att medverka i den empiriska studien eller inte. För att få en god förståelse av verksamheternas förutsättningar måste organisation och enhet beskrivas väl, vilket gör att enheterna som sådana kan vara identifierbara för den som är insatt i den aktuella organisationen. Enskilda personer kan identifieras, endast av de anställda inom respektive enhet och är i övrigt ej igenkännbara.

I de fall man intervenerar i en arbetsgrupp med arbetsledningen närvarande, och där arbetsledningen är en del av problemet kan det vara ett etiskt dilemma hur detta ska hanteras. Risken finns där att diskussionerna inte blir lika öppna och att man inte kan komma vidare.

I detta fall har jag dock valt att utgå från att processen måste vara hela gruppens och att det måste finnas befogenhet för beslut i de handlingsplaner man kommer fram till. Det är också en grannliga uppgift för en arbetsgrupp att diskutera etiska frågor kopplat till vad man har möjlighet och uppdrag att utföra (Jansson, 2007).

De etiska frågeställningarna kan ofta vara nära kopplade till viktiga privata värderingar och därför mer eller mindre känsliga att diskutera. Enkäten ifylldes individuellt och var anonym. De data som efterfrågades medförde inte att man kunde särskilja enskilda personer. Citat från gruppssamtalen har använts i begränsad utsträckning och som exempel för att förtydliga diskussioner.

Diskussion

Studien genomfördes på en liten, homogen grupp där det föreföll finnas relativt öppen kommunikation. Utbildningsnivån inom gruppen var också relativt likvärdig d v s samtliga hade högskoleutbildning. Arbetet som sådant kräver hög grad av eget ansvarstagande och alla dessa aspekter kan troligen ha betydelse för att man från gruppen ansåg att det var möjligt att självständigt arbeta med trestegmodellen, och även prövade detta. Min bedömning är att denna arbetsgrupp som kollektiv betraktad har en problemlösande hållning men att metoden som sådan kan bidra till att hitta mer struktur i diskussionerna. Denna arbetsgrupp har troligen god nytta av, och god förmåga till att tillämpa en mer strukturerad problemlösningsmetod so t ex trestegsmodellen. Sannolikt är det modellen som sådan som varit dem till hjälp i högre utsträckning än extern samtalsledning. De svårigheter som finns relaterar bland annat till att man tydligt måste avgränsa sitt uppdrag gentemot samarbetspartners. Detta kan ibland vara en stor utmaning för enskilda då det innebär att man måste ompröva sin syn på sin egen roll, alltså en del av sin självbild. En sammanfattning av aspekter som bedöms betydelsefulla för den studerade enheten är:

- de organisatoriska förutsättningarna
- genus/maktperspektivet
- sjukvårdens traditionella organisation där ovanstående blir påtagligt
- sjuksköterskans traditionellt patientnära arbete
- individuella förutsättningar till avgränsningar i arbetet

Matrisorganisationen (Granberg, 2004) med sina länsövergripande divisioner ställer specifika krav på de enheter som förutsätts ha en horisontell samverkan (vilket är många fler än den studerade enheten). Den aktuella enheten har sin tillhörighet i en division men samarbetar med ett flertal andra. I konkret verksamhet blir ytterligare faktorer påtagliga. En av dessa faktorer är formella och informella maktstrukturer.

Sjukvårdens organisation är uppbyggd med beslutssystem, i den så kallade linjeorganisationen (Granberg, 2004). På enhetsnivå är det ofta sjuksköterskor som är chefer, och det är ofta läkare som är verksamhetschefer. I lagstiftning (Raadu 2007) anges att det måste finnas en medicinskt ledningsansvarig läkare, men denna post förutsätter inte med nödvändighet att man också är verksamhetschef. I praktisk tillämpning har man löst detta i vissa verksamheter med att en sjuksköterska eller paramedicinsk befattningshavare är verksamhetschef, och en läkare är enbart medicinskt ledningsansvarig.

Överläkare inom olika specialiteter har inte med automatik några administrativa ledningsuppgifter och beslutsbefogenheter annat än i rent medicinska frågor (Fröberg, 1997). Traditionellt kan dock anses att läkare haft en betydande informell maktposition inom sjukvården, som inte generellt motsvarats av de formella befogenheter de aktuella tjänsterna inneburit (Lindgren, 1992). Detta är en tradition som samtliga personalkategorier i vården medverkar till att upprätthålla. Förhållandet blir mer uppenbart i exempel som grupp 1 definierade: då specialist från annan verksamhet är den enheten är organisatoriskt underställd, direkt vänder sig till enheten med förfrågan om att införa nya behandlingsmetoder kunde det vara svårt säga nej till detta trots att det fanns tydligt uttalat från verksamhetschefen att återföra dylika frågor till honom för konsekvensanalys och beslut.

Svårigheten med att göra denna avgränsning kan säkert härröra både från en traditionell medicinsk maktstruktur och ett genusperspektiv. Inom sjuksköterskeyrket kan i vardagen ses en påtaglig tendens till att ta ett stort ansvar och ibland kan det finnas svårigheter att avgränsa uppdraget. Detta kan återföras till den breda omfattning som omvårdnadsämnet har (Ehnfors, 2000). Det framkommer även i samtalen ett möjligt traditionellt genusperspektiv med kvinnor som underställda och män som makthavare (Lindgren, 1992). I denna enhet är det kvinnor/sjuksköterskor som utför ordinerade behandlingar och män/läkare (huvudsakligen) som ordinerar. Denna tradition av män som beslutsfattare kan ju fortfarande vara styrande i värderingar även om de formella strukturerna inte säger så (Fröberg, 1991).

Det finns alltså flera olika perspektiv i denna fråga som sannolikt har stor betydelse. Av dessa frågor kan troligen makt/genusperspektivet sägas vara de mest betydande (Lindgren, 1992). Att utmana dessa system kan vara olika svårt för olika individer. Som ett konkret exempel på detta är att i förekommande fall inte hänvisa vidare inkommande förfrågningar om nya uppdrag.

Detta trots att det funnits en formell uppmaning från verksamhetsledningen att så ska ske. Då man detta till trots inte kan avgränsa så kan man troligen spåra svårigheterna till hur man själv ser på sin yrkesroll. Sjuksköterskan befinner sig i sin vardag hela tiden i det mycket patientnära fältet, och hos den aktuella arbetsgruppen finns generellt en mycket stor omtanke och ambition för patientens bästa (Jansson, 2007) Denna omtanke och ambition finns givetvis även i andra yrkesgrupper som arbetar runt patienten men skillnaden i detta fall är ju att en beslutad ny behandlingsmetod kan ha stora konsekvenser för den studerade enhetens arbetssituation och belastning.

Andra perspektiv som troligen har betydelse är hur organisationen ser ut; med ett antal olika divisioner som enheten samarbetar med och att organisatoriskt tillhöra en av dem. Övergripande riktlinjer såsom politiskt förankrade beslut på koncernnivå kan påverka de enskilda divisionerna påtagligt. Exempel på sådana betingelser är beslut om begränsade väntetider i vården, vilket ställer krav på de olika specialistverksamheterna. När dessa ska verkställas så innebär det konsekvenser för angränsande verksamheter, där den verkställande organisationen inte har vare sig beslutsbefogenheter eller ekonomiska påverkansmöjligheter. Dessa förhållanden torde ju finnas erfarenhet av i matrisorganisationer av liknande slag. En divisionaliserad organisation kräver mycket horisontellt arbete för att kunna genomföra beslut som har konsekvenser på lokal nivå. De ovanstående perspektiven är omfattande men i viss utsträckning kan man säga att de tydliggjorts under träffarna.

Syftet med detta arbete har varit att undersöka om den aktuella trestegsmetoden för stressprevention är möjlig lära ut på kort tid för att användas av arbetsgruppen utan extern handledare. Den metod som använts och utvärderats kommer sannolikt att kunna användas vidare av enheten som ett vardagsverktyg, vilket också var avsikten med undersökningen/interventionen. Gruppen kan använda sig av trestegsmodellen i sitt vardagsarbete, när behov finns. Detta kan genomföras till exempel vid arbetsplatsträffar, där frågor tas upp spontant. Som vardagsverktyg torde den kunna fungera ändamålsenligt även utan att först använda en enkät. En enkel mall för de tre stegen kan dock troligen vara ändamålsenligt som stöd för att fokusera på sakfrågorna:

Steg 1: definiera och prioritera belastningsfaktorer

Steg 2: diskutera faktorerna i prioriterad ordning

Steg 3: upprätta handlingsplaner utifrån vad gruppen har mandat att besluta

Enkäten fungerade genom att ringa in några huvudområden där risk för stress kan finnas. Den fungerade som en grund för vidare diskussioner men kan utvecklas vidare och förfinas för att bättre identifiera områden med risk för stress. Det finns dessutom ett antal olika enkäter som ofta används i kartläggningar av psykosocial arbetsmiljö som ringar in riskområden väl. Viktigt med detta är ju att kunna definiera vilka aspekter av belastningsfaktorer i vardagen som man själv kan påverka och vilka som måste lyftas upp på högre organisatorisk nivå, samt också vilka strategier man kan ha för att komma tillrätta med det man kan påverka inom enheten. Vilket i sig återför till en grundläggande faktor beträffande stresshantering: att skapa förutsättningar för att ta kontroll över stressfaktorerna minskar känslan av att inte kunna påverka vilket ger stressreducering. Troligen kan trestegsmodellen användas även i flera andra sammanhang, som en enkel metod för att strukturera diskussioner i flera sammanhang. En möjlighet är att man använder modellen som ett arbetsledningsverktyg. Då en av modellens förutsättningar är att fokusera och göra handlingsplaner av sådan man har mandat att besluta om, bör det vara till hjälp att reducera bort frågor som ej är möjliga att påverka eller besluta om i arbetsgruppen. Frågor som ej kan beslutas på arbetsplatsen/kliniken/avdelningen kan annars tendera att ta mycket kraft och energi från de diskussioner som handlar om hur man ska gå tillväga med uppdrag som man fått. Om man istället ägnar sin kraft åt att diskutera handlingsmöjligheter för sådant som ligger inom gruppens uppdrag och mandat att hantera innebär det ökad känsla av kontroll vilket i sig är stressreducerande och ger ”spill-over”-effekt även inom andra områden.

Under processen har också några påverkansfaktorer klarlagts och delvis varit i fokus. Det har också blivit ytterligare tydligt för mig hur stor betydelse det har att mål och verksamhetsplan är tydliga och kända av de anställda, eftersom det är en förutsättning för att kunna avgränsa sitt uppdrag. Dock kvarstår frågan om vilka aspekter som kan vara väsentliga då det gäller att ta på sig ansvar och i vissa fall beslutsbefogenheter som man formellt inte har istället för att lämna frågorna vidare till verksamhetschef. Står svaren på dessa frågor att finna i yrkestraditioner, organisatoriska förutsättningar eller egna förväntningar på roll och arbetsinsats?

Referenser

- Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
- Arbetsmiljöverkets författningssamling.(2001) *AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Stockholm.
- Edegren, B.(2006) *Handlingsplan-en metod att förebygga och hantera stress i arbetsgrupper*. Lund: Lunds universitet, Avdelningen för yrkes- och miljömedicin.
- Ehnfors, M.(2000) *Vips-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Fröberg, U. *Hälso- och sjukvårdens ledningsansvar*. Lidingö: IMR.
- Granberg, O.(2004) *PA/OU*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hansson, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, A. (2007) *Etiska dilemma i vård och omsorg*. Stockholm: Gothia.
- Jönsson, S. (2005) ”*Client work, job satisfaction and work environmental aspects in human service organisations*”. Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen
- Karazek, R & Theorell, T. (1992) *Healthy work*. Jackson Tennessee. Basic Books.
- Lindberg, P. (2006) “*The work ability continuum: epidemiological studies promoting sustainable work ability*”. Solna: Karolinska institutet, Institutionen för neurovetenskap.
- Lindgren, G.(1992) *Doktorer, systrar och flickor*. Helsingborg, Carlssons förlag.
- Miles, M & Huberman, M. (1994) *Qualitative data analyses*. London: Sage publications.
- Norberg, A. Eriksson, S. Lützen, K. et al. *Samvete i vården*. Umeå; Umeå universitet: Institutionen för omvårdnad.
- Olofsson, K. (2001a) *Din stress och andras*. Höganäs: Kommunlitteratur.
- Olofsson, K. (2001b) *Vår stress på jobbet*. Höganäs: Kommunlitteratur.
- Raadu, G.(2007) *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet. (2007) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders-Gotab.

Von Otter, C. (2003) *Ute och inne i svenskt arbetsliv*. Arbetslivsinstitutet 2003:8

Socialdepartementet (2002) *Mål för folkhälsan*. Regeringsproposition. 2002/03:35.

Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

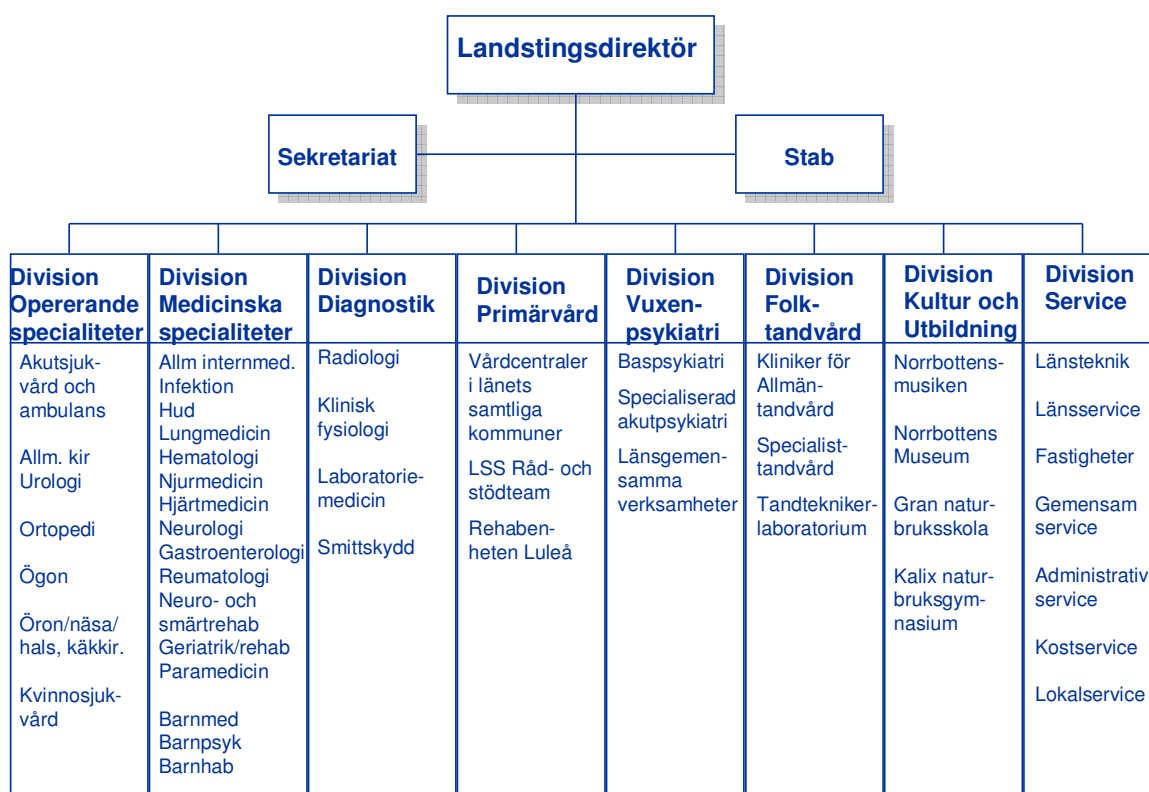


BILD 2



Enkätfrågor för egna skattningar före gruppsamtal

Ditt svar är anonymt, och används som arbetsmaterial inför träffarna. Enkäterna kommer att tuggas då materialet är sammanställt och ni som grupp tagit del av resultatet. Svaren är individuella och du anger din skattning med ett kryss på skalan där 1 betyder ”aldrig” och 6 betyder ”ofta”. Enkäten inleds med några bakgrundsfrågor.

Kön: man ___ kvinna ___

Ålder : yngre är 30 år ___ 31-40år ___ 41-50år ___ 51-60år ___ över 60 år

Anställningstid på den aktuella arbetsplatsen 0-10 år ___ 11-20år ___ 21-30år ___ mer än 31 år

Antal år inom yrket 0-10år ___ 11-20år ___ 21-30år

Förekommer det att du har svårt ”lämna jobbet på jobbet”

1 2 3 4 5 6

Förekommer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?

1 2 3 4 5 6

Förekommer det att du upplever att du inte kan leva upp till dina egna förväntningar på din arbetsinsats?

1 2 3 4 5 6

Tycker du att kommunikationen på din arbetsplats är öppen? (Kan du exempelvis ta upp problem relaterade till arbetet på en arbetsplatsträff eller annat sammanhang där hela arbetsgruppen deltar?)

1 2 3 4 5 6

Då det gäller frågor som rör verksamheten på din enhet, har du möjlighet att diskutera dessa/få stöd av din ledning?

1 2 3 4 5 6