

Ökat inflytande genom empowerment

Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling
inom Solna stads äldreomsorg

Inga-Lill Petterson, Arbets- och miljömedicin
i samarbete med Hans Åke Donnersvärd och Siv Hammarström, Solna kommun
Monica Lagerström, Karolinska institutet och Allan Toomingas, Arbetslivsinstitutet

Rapport från Arbets- och miljömedicin ● 2002:4

Ökat inflytande genom empowerment
Utvärdering av ett program för medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg
Inga-Lill Petterson



Arbets & Miljömedicin

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • amm@smd.sll.se
Rapporten finns även på vår webbplats, www.sll.se/amm.

ISSN: 1651-0321

Sammanfattning

Solna stads äldreomsorg genomförde 1999-2000 ett program för medarbetarutveckling med ett övergripande syfte att främja arbetshälsa och förbättra vård- och omsorgskvalitet. Programmet baserades på ett underifrånperspektiv i den meningen att det i sin första fas riktades mot undersköterskor och vårdbiträden, personalgrupper som har nära kontakt med de äldre och deras anhöriga och samtidigt är hårt belastade i sitt arbete. Med ett kompetensutvecklingsprogram avsåg man utveckla omvårdnadspersonalens resurser av inflytande, delaktighet, kompetens, utvecklingsmöjligheter och stöd samt stärka självförtroende, initiativkraft och möjligheter till initiativ och eget ansvar i det dagliga arbetet.

Förändringseffekter utvärderades med en enkät före och efter interventionsprogrammet. Rapporten redovisar utvärderingens resultat och diskuterar med- och motkrafter för förändringsarbetet. Vid uppföljningen skattade deltagarna sin hälsa högre, visade en tendens till ökat inflytande samt upplevde en förbättrad kvalitet i omsorgen av de äldre och i bemötandet av anhöriga. De mest aktiva visade ökat självförtroende. Förbättringar har skett på olika sätt för hemtjänst- och servicehuspersonal. För servicehuspersonalen ökar självskattad hälsa och kvaliteten i bemötandet av anhöriga medan hemtjänstpersonalen främst anger förbättring i fysiska arbetsvillkor och i stöd från arbetsledningen. Krav och belastning minskar över tid. Skillnaderna förklaras av olika arbetssituationer i servicehus och hemtjänst och att lokala arbetsplaner knutit förbättringsarbetet till aktuella förändringsbehov.

Kvaliteten gentemot vårdtagare och i bemötandet av anhöriga var ett av projektets huvudsyften. Det är inte förvånande att vård- och omsorgspersonal upplever vårdkvaliteten mera primär än den egna arbetssituationen. Det andra övergripande syftet var att förbättra hälsan hos personalen. Förbättring över tid i självskattad hälsa i stort är mest tydlig för den personal som arbetar på servicehusen. Projektet har däremot inte minskat ohälsan, vilket möjligen kan förklaras av för kort uppföljningstid. Att öka personalens resurser av inflytande, självförtroende och initiativkraft var viktiga hälsofrämjande syften i projektet. Interventionsgruppen visar en tendens till förbättrat inflytande medan självförtroendet endast visar tydlig ökning för de mest aktiva. Förbättringar i arbetsmiljön har i viss mån varit synliga. Framför allt har arbetsmiljön inte försämrats över tid i den utsträckning som påvisats i andra studier i vård och omsorg under perioden.

Även om projektet delvis planerats uppifrån har empowermenttanken genomsyrat projektet för att ge inflytande, ansvar och handlingsutrymme till personal närmast vårdtagare och anhöriga. Undersköterskor och vårdbiträden har fått höjd status och kompetens och möjligheter att i samverkan med övrig personal på arbetsplatsen omsätta idéerna i lokala arbetsplaner. Projektet har engagerat projektledare, förvaltningsledning och undersköterskor och vårdbiträden, som deltagit i förändringsledarutbildningen. Resultatet antyder att andra yrkesgrupper och tillfälligt anställda inte varit lika delaktiga. Verksamhetschefer har engagerat sig i takt med att man sett vinster för verksamheten och varit ett stöd i det fortsatta utvecklingsarbetet.

En stark förankring på förvaltningsnivå har varit en medkraft såväl för utvecklingsarbetet som för projektidéernas fortlevnad i organisationen. Planer inför framtiden finns för att ta tillvara det kompetenskapital, som projektet genererat. Solna kommun har kommit en bit på väg i detta arbete. Genom ett flertal åtgärder kan erfarenheter och kunskaper från

projektet tas tillvara för kommunen som helhet. Resultat av projektet är en nyinrättad tjänst som utvecklingsledare samt att Solna stad tagit beslutet att fortsätta det systematis- ka arbetsmiljöarbete, som vuxit fram ur projektarbetet. Arbetet har byggts in i organisa- tionen för att stimulera ett långsiktigt systematiskt arbetsmiljöarbete och privat drivna verksamheter motiveras att samverka i arbetsmiljöarbetet. Utvecklingsprogrammet har skapat tid och utrymme för kommunikation och reflektion och varit en hjälp att hantera andra omställningar inom äldreomsorgen. Vissa arbetsplatser har permanent avsatt sär- skild "utvecklingstid".

Hinder för projektet har varit att vikariefrågan inte kunnat lösas tillfredsställande, vilket pekar på att kompetenssatsning och arbetsfördelning i organisationen måste sam- ordnas. Personalomsättningen har varit stor och entreprenadisering av arbetsplatser har pågått under tiden. Förändringarna är motkrafter mot kontinuitet och förändringsentusi- asm i projektet och har hindrat såväl förändringsarbetet i sig som resultatuppföljningen. Stor genomströmning av personal återkommer som ett övergripande hinder för utveck- lings- och förändringsarbete inom äldreomsorgen och försvårar uppföljning och utvärde- ring. En viktig framtidsfråga för äldreomsorgen är därför att behålla en stabil personal för att förändringsarbete inte ska motverka sitt syfte.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
1 INLEDNING	7
1.1 Äldreomsorgen i Solna stad	7
2 Bakgrund	8
2.1 Om äldreomsorgspersonals hälsa och arbetsvillkor.....	8
2.2 Hälsöfrämjande insatser på arbetsplatser	9
2.2.1 Empowerment – underifrån	9
2.2.2 Vad är hälsa – hälsöfrämjande?.....	10
2.2.3 Det goda arbetet	11
2.2.4 Personalresurser som skyddar	11
2.2.5 Att se helheten	12
2.3 Förändringsarbetets förutsättningar.....	12
2.3.1 För- och nackdelar med projekt.....	12
2.3.2 Förändring kan drivas på olika sätt	12
2.3.3 Att leda projekt	13
2.3.4 Kontinuitet och fortlevnad	13
2.4 Att utvärdera förändringsarbete.....	14
2.4.1 Vad är ett lyckat projekt?	14
2.4.2 Forma vägen eller summera resultat.....	14
2.4.3 Nycklar till framgång	14
3 ETT PROGRAM FÖR MEDARBETARUTVECKLING	16
3.1 Syfte och mål med projektet	16
3.2 Strategier och program för interventionen	16
3.3 Arbetsplatsprofilen som verktyg i förändringsarbetet	18
4 UTVÄRDERING AV PROJEKTET	19
4.1 Syfte med utvärderingen	19
4.2 Tidplan, material och metod	20
4.2.1 Tidplan	20
4.2.2 Deltagare, bortfall och jämförelsegrupper	21
4.2.3 Bearbetning och analys.....	23
4.2.4 Utvärderingsmetod	24
5 RESULTAT	26
5.1 Resultat från enkäten	26
5.1.1 Olika grupper och mättillfällen - index.....	26
5.1.2 Förändringseffekter	28

5.1 3 Enskilda frågor och mättillfällen	32
5.2 Resultat från kompletterande studier i Solnaprojektet	34
5.2.1 Intervjuer med anhöriga	34
5.2.2 Intervjuer med chefer och personal	35
5.2.3 Andra pågående eller avslutade studier inom projektets ram.....	38
 6 VAD SOM HÄNT UNDER TIDEN I SOLNA STAD.....	 39
 7 MED- OCH MOTKRAFTER FÖR UTVECKLING OCH FÖRÄNDRING .	 41
7.1 Medkrafter - Framgångsfaktorer.....	41
7.1.1 Engagemang och ledningsstöd.....	41
7.1.2 Förankring och fortlevnad	41
7.1.3 Delaktighet och aktivitet	42
7.1.4 Tid för reflektion	44
7.2 Motkrafter och hinder	45
7.2.1 Externprocessen som motkraft	45
7.2.2 Personalomsättning hindrar utvecklingsarbetet.....	45
7.2.3 Åldrande personal.....	49
7.2.4 Syn på arbetet i framtiden.....	49
7.2.5 Invandrande arbetskraft	50
 8 SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION	 51
 9 REFERENSER	 55
 BILAGA 1	 57
Delfrågor som ingår i index.....	57
 BILAGA 2.....	 60
Medelvärden för index för de två grupperna samt totalt 1999 (M1) och 2001 (M2).....	60

1 Inledning

1.1 Äldreomsorgen i Solna stad

Både antalet äldre och äldres hjälpbehov ökar i samhället och därmed behovet av äldreomsorg. Var femte invånare i Solna kommun är 65 år eller äldre och andelen äldre än 80 år fortsätter öka en bit in på 2000-talet. Många äldre vårdas på servicehus och sjukhem och lika många vårdas i sina hem av hemtjänsten.

Solna Stads äldreomsorgsförvaltning och Arbets- och Miljömedicin vid Stockholms läns landsting (f.d. Yrkesmedicinska enheten) initierade ett hälsofrämjande förändringsprojekt för undersköterskor och vårdbiträden, finansierat av Solna stad och EU Mål 4 (se projektplan¹). Tanken var att i ett helhetsgrepp utveckla arbetshälsa, personalens kompetens och inflytande och kvaliteten i vård och omsorg. Projektets övergripande syfte var att förbättra arbetsmiljö och arbetshälsa samt öka anhörigas delaktighet i vården av de äldre. Detta skulle ske genom att stärka omvårdnadspersonalens resurser av inflytande, delaktighet, kompetens, utvecklingsmöjligheter och stöd.

Interventionsprojektet pågick under 2 år, 1999-2001. Ett kompetensutvecklingsprogram berörde personal vid både omvårdnadsboenden och hemtjänst i Solna Stad. Samtliga anställda deltog i en omfattande enkätstudie före och efter interventionsprogrammet. Projektet kombinerade tillämpad intervention, systematiskt arbetsmiljöarbete och forskning kring arbetsmiljö kvalitet och hälsa hos anställda i äldreomsorgen. Projektet har drivits av Solna stad och utvärderats av Arbets- och Miljömedicin. Ett forskningssamarbete sker mellan Arbets- och miljömedicin, Arbetslivsinstitutet och Karolinska institutets institution för omvårdnad. Internationella jämförelser med andra EU-länder är möjliga för vissa frågor i enkäten.

Utifrån ett underifrånperspektiv ville man rikta ett kompetensutvecklingsprogram till de yrkesgrupper, som arbetade närmast de äldre och deras anhöriga, dvs. i första hand till undersköterskor och vårdbiträden. Projektet var väl förankrat på alla nivåer i kommunens äldreomsorg. I projektets styrgrupp ingick bl.a. Solna stads förvaltningschef, de två projektledarna, fyra förändringsledare, fackombud från Kommunalarbetarförbundet Solna, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), verksamhetschef, personalsekreterare samt en anhörig och en godeman. Vid några av verksamheterna fanns en lokal projektgrupp, som även inkluderade anhöriga.

Studien förväntades ha betydelse för hur framgångsrikt förändringsarbete inom äldreomsorgen kan bedrivas för att kombinera hög vårdkvalitet för äldre vårdtagare med en god arbetsmiljö kvalitet för personalen men förväntas också ge kunskap generellt om arbetsmiljö och personalhälsa inom äldrevården, ett relativt utforskat område. Projektet har presenterats internationellt.

¹ Medarbetarutveckling inom Solna Stads äldreomsorg – kompetensutveckling med fokus på bemötande av anhöriga. Projektplan, 1998

2 Bakgrund ²

2.1 Om äldreomsorgspersonals hälsa och arbetsvillkor

Allt större del av landets befolkning kommer att beröras av vård i särskilt boende eller vård i hemmet de närmaste 20 åren. Antalet ålderspensionärer i befolkningen kommer att öka samtidigt som andelen personal, som är långtidssjuk och sjukpensionerad i vård och omsorgsarbete visar kraftig ökning (Nylén & Torgén, 2002). Andelen 65+ beräknas öka från 1998 till 2010 från 15 till 17% bland män och från 20 till drygt 21% bland kvinnor, andelen 80+ från 3,5 till 4% bland män och från 6,3 till 7% bland kvinnor. Samtidigt beräknas antal och andel yrkesverksamma som är 45 år eller äldre att öka från 42 till 45% för män och från 43 till 46% för kvinnor³. Enligt prognosen förväntas andelen 80+ att fördubblas de närmaste 10 åren relaterat till andel personer i arbetsför ålder. Detta kräver på sikt både kvantitativt fler omvårdnadspersonal och ur kvalitativ synvinkel personal med ökad kompetens och ökat inflytande för att tillfredsställa åldrande människors behov av hjälp och vård. Hur arbetsvillkor och arbetshälsa ser ut på olika arbetsplatser beror delvis på hur personaltätheten är relaterad till arbetsåtagandet. Vilken betydelse privat eller offentligt driven vård har för personalens arbetsvillkor och hälsa är inte visat.

Samhällets resurser till vård och omsorg har minskat under 90-talet, personalomsättningen i äldreården har varit stor. I kombination med organisationsförändringar har det fått konsekvenser för personalens arbetsmiljö och arbetshälsa. På flera håll har resurserna varit alltför knappa och omvårdnaden har kritiserats. Behovet av mer kunskap kring arbetsförhållanden och vårdkvalitet inom äldreomsorgen är stort (Befve m.fl., 1999).

ÄDEL-reformen 1992 överförde ansvaret för vård av äldre till kommunen, vilket medförde att vårdtyngden i kommunernas särskilda boende ökade. I samband med Ädelreformen ökade visserligen antalet kommunalt anställda i äldreomsorgen genom att landstingspersonal bytte huvudman, dock inte i proportion till att äldreomsorgen samtidigt fick vidgade arbetsuppgifter och ansvar för vård av allt sjukare äldre. Fler sjuka äldre kommer i framtiden att vårdas hemma av hemtjänsten, vilket kommer att ställa högre krav på kunskap hos omsorgspersonal.

Äldreomsorgspersonal består till 2/3 av undersköterskor och vårdbiträden, 92% är kvinnor. Kvinnors arbetsförhållanden och arbetshälsa uppmärksammas alltmer. Socialstyrelsens folkhälsorapporter (1997; 2000) har pekat på försämrad hälsoutveckling för kvinnor, mest påtaglig för kvinnor i arbetsför ålder. Försämringen är större inom vård och omsorg och gäller främst kvinnor med kort utbildning. Den ökade psykiska ohälsan kopplas allt oftare till omorganisation och ökad belastning på arbetsplatsen. Kvinnor, som arbetar i vård och omsorg har små möjligheter att påverka, ofta fysiskt tunga arbeten, låg kompetensutveckling och bristande stöd. Arbetet ska utföras på allt kortare tid och ökat ansvar följs inte alltid av ökade befogenheter. Många korttidsutbildade kvinnor har oregelbundna arbetstider och korttidsanställningar är vanliga.

En konsekvens av nedskärningarna är att medelåldern för personalen ökat i takt med arbetsbördan. Många anställda slutar sitt arbetsliv i förtid av hälsoskäl. Av nära 800

² Delar av kap 2 redovisas även i Parnsund m.fl., 2002

³ (underlag: Statistisk årsbok, 1998)

tillfrågade i åldern 50-64 år, ville 54% av männen och 68% av kvinnorna minska sin arbetstid fram till pensionen. Många av dessa, kvinnor i kommunalt vård och omsorgsarbete, uppger dålig arbetsförmåga och hälsa. Förutom fysiskt tungt arbete och låg kontroll över arbetstider har de ofta varit utsatta för omorganisationer och nedskärningar (Nylén & Torgén, 2002).

För äldrevårdens framtid innebär detta att en successivt äldre arbetskraft ska vårda och hjälpa allt fler och dessutom allt fler äldre-äldre (80+) och sjukare vårdtagare. En minskande ekonomi tydliggör konflikten mellan arbetsplatsens, vårdtagarens och personalens behov. Personalens behov är en hållbar arbetshälsa, att man känner sig nöjd med det arbete man utför och att arbetsinsatsen är bra för vårdtagaren.

I propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken¹ framfördes äldrevårdens behov av förändrad arbetsorganisation, minskad hierarkisk struktur och av att bättre ta tillvara personalens erfarenheter, kunskaper och engagemang i arbetet. Vårdkvalitet har snarare än arbetsmiljö kvalitet varit fokus för förändringsarbete. Vad som främjar hög vård- och omsorgskvalitet är dock av betydelse inte bara för organisationen och vårdtagarna utan även för den som utför vård- och omsorgsarbetet. Upprepade omorganisationer, stor personalomsättning eller upprepade chefsbyten kan vara ett hinder för arbetets kontinuitet och för goda initiativ att främja utvecklings- och förändringsarbete.

2.2 Hälsöfrämjande insatser på arbetsplatser

Personalen hävdar sällan sina egna behov utan riskerar sin egen hälsa för att tillgodose vårdtagare och anhöriga. Förändringar i hög takt har medfört många nya arbetsuppgifter utan att tidigare uppgifter ersatts. Nya uppgifter kräver vidgade kunskaper och det finns ett stort behov utbildning, kompetensutveckling och handledning för undersköterskor och vårdbiträden. Det finns behov av nytt tänkande och av att förenkla invanda rutiner, arbets sätt och -metoder. De resurser som finns i form av personalens kompetens, erfarenhet, engagemang och initiativkraft tillvaratas inte på ett optimalt sätt. Ett arbete för att förbättra detta pågår på många arbetsplatser. För att vara framgångsrikt kräver detta arbete personalens delaktighet. Inflytande och delaktighet är också hälsöfrämjande för personalen.

2.2.1 Empowerment – underifrån

Viktigt inslag i hälsöfrämjande insatser för att utveckla handlingskompetens för personalen är empowerment, som är en underifrånstrategi, baserad på horisontella relationer och individers lika värde. Empowerment var en av fem viktiga punkter i WHO-programmet ”Hälsa för alla 2000” (Naidoo & Wills, 1998). WHO fastslog 1997 empowerment som en nödvändig förutsättning för att insatsen ska anses vara hälsöfrämjande (Nilsson, 1998).

Begreppet empowerment har en tradition inom socialt arbete och härrör ursprungligen till maktmobilisering av svaga grupper i samhället. Under 70-talet i USA var empowerment en strategi för att dessa grupper skulle ges ett ökat inflytande (Forsberg & Starrin, 1997). Begreppet har sedan knutits till folkrörelser, lokal utveckling och självstyrande grupper och varit inslag i prevention och intervention. Hälsöfrämjande insatser med syfte att öka kompetens, socialt stöd och handlingsutrymme för att på så sätt minska stress är prevention med empowermentinslag medan syftet att stärka *egen* kontroll och *eget* handlingsutrymme kan betecknas som både empowerment och prevention (Forsberg & Starrin, 1997).

I arbetslivet innebär empowerment att ge ansvar och handlingsutrymme till anställda närmast problemet i betydelsen ge ”makt eller auktoritet till” eller ”möjlighet eller tillåtelse”. Centrala inslag är kontroll, självförtroende och stolthet. Den ursprungliga maktaspekten med innebörden att aktivt ta kommandot har minskat i betydelse och innebörden i empowerment har närmast blivit att ges möjligheter till makt. Processen empowerment inrymmer tre stadier, kunskap (som ger medvetenhet), känsla (som skapar energi för handling) och vilja (Forsberg & Starrin, 1997). Begreppet får därigenom snarare innebörden att ges makt att använda sin egenkraft. Att i ett projekt använda empowerment eller underifrånperspektivet syftar då till att möjliggöra, stärka och ge möjlighet till egenkraft och initiativförmåga till människor som traditionellt haft mindre möjligheter att påverka.

Levi (1998) skriver att vanmakt och brist på sammanhang påverkar människors hälsa negativt och att det krävs miljöer, som ger sammanhang, nätverk, erkännande och identitet för att skapa självkänsla och självförtroende. Empowerment (egenmakt/vardagsmakt/egenkraft) ger människor möjlighet att påverka och styra sin egen vardag. Även om andra sätter målet väljer individen själv vägen dit. Starrins hälsomodell utgår från att människor är experter var och en på sitt sätt och själva tar itu med egna och varandras problem. Satsningen bör då vara att stärka individens egna resurser och förbättra förutsättningarna för att utveckla resurser, kompetens och jämlikhet.

2.2.2 Vad är hälsa – hälsofrämjande?

”Hälsofrämjande arbetsplatser syftar till att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden” (Menckel & Thomsson, 1997). Enligt EU-projektet ”Workplace Health Promotion” definieras hälsofrämjande på arbetsplatser som ”alla de ansträngningar, som sker i alla sammanhang där individer arbetar och som syftar till att öka välbefinnande och hälsa”, och som ”befattar sig med orsaker till ohälsa men fokuserar på möjligheter till god hälsa”.

Hälsofrämjande utgår från vad som gör att man mår bra och bevarar hälsan, nätverk som ger trygghet, känsla av sammanhang, som är begripliga och påverkbara samt meningsfull sysselsättning som ger kreativ utveckling (Folkhälsogruppen, rapport 9). Hälsofrämjande arbete ska erbjuda och möjliggöra men överlappar delvis med förebyggande (preventivt) arbete, som med sin utgångspunkt i ohälsa syftar till att avvärja och skydda.

När samhälle eller arbetsliv ställer höga krav på anpassning och förändring och tryggheten för anställda minskar, ökar också ohälsan. Hälsa ses ibland som frånvaro av sjukdom medan andra vidgat begreppet till att ha tillgång till vissa egenskaper eller resurser. Hälsobegreppet och sjukdomsbegreppet har utvecklats ur olika vetenskaper, sjukdomsbegreppet ur den medicinska vetenskapen, hälsobegreppet ur humanvetenskaperna. Båda fälten bidrar med kunskap om vad hälsa är. WHO har med sin definition av hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller handikapp” fungerat som en brygga mellan olika synsätt (Konarski, 1992). Processen ”hälsofrämjande arbete” ska möjliggöra och stärka människors möjligheter att påverka hälsan som resurs i enlighet med WHO:s definition. Detta innebär att ge förutsättningar för människor att kontrollera och förbättra sin hälsa och ge möjlighet till delaktighet och inflytande.

2.2.3 *Det goda arbetet*

Arbete är betydelsefullt för människors livssituation och välbefinnande och för identitet och självkänsla och skillnader i arbetsvillkor och arbetshälsa bidrar till ojämlikhet i samhället. Arbete kan vara en väg till hälsa – en arena för hälsofrämjande insatser. Forskningen har sedan länge visat på ”det goda arbetet” som tillåter individer att växa och utvecklas. Det goda arbetets villkor framgår även i vår lagstiftning. Arbetsmiljölagen ställer krav på arbetet att förebygga ohälsa och olycksfall och att anpassa arbetsmiljö, arbetsförhållanden, arbetsorganisation och arbetsinnehåll till människors förutsättningar. Lagen föreskriver anställdas rätt till en varierad arbetsmiljö, sociala kontakter, samarbete och sammanhang mellan arbetsuppgifter och därutöver personlig och yrkesmässig utveckling, självständighet och ansvar i det egna arbetet samt delaktighet i utvecklingen av den egna arbetssituationen. Arbetsmiljön ska följas upp enligt föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Arbetsgivaren ska ansvara för att lagen följs men arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för en god arbetsmiljö. Att följa lagens intentioner leder till ett arbete som främjar hälsa.

Arbetstillfredsställelse har starka samband med god arbetshälsa, såväl med anställningsvillkor, självständighet och inflytande som med organisatoriska faktorer och ledarskap. Karasekmodellen (Karasek & Theorell, 1990) visar att höga arbetskrav kombinerat med lågt beslutsutrymme utgör en riskfaktor för olika slag av ohälsa. Att ha stort beslutsutrymme utgör däremot en skyddsfaktor för att hantera höga arbetskrav och bidrar till aktiva arbeten, som får medarbetare att utvecklas, bli engagerade och ta till sig ny kunskap. Lika viktig är tillgång till stöd i arbetet, framför allt från överordnade. Andra stressmodeller betonar relationen mellan individens ansträngning att nå ett mål och den belöning han får tillbaka. Ju mindre ansträngningen belönas, desto större är risken för ohälsa (Siegrist, 1996).

2.2.4 *Personalresurser som skyddar*

Arbetslivs- och stressforskning har tillfört kunskap kring riskfaktorer för ohälsa och skyddsfaktorer för hälsa. Skyddande faktorer hos individen själv eller i miljön som lyfts fram är inflytande och kontroll, stöd och nätverk, kompetens och coping (initiativkraft, aktivt handlande). De skyddande faktorerna utgör resurser, som individen använder för att hantera sin omgivning. Förmågan att hantera eller handla aktivt är en resurs, som individen har eller kan tillägna sig (Lazarus & Folkman (1984). Att upprepat möta ointresse och låg uppskattning för egna initiativ, får å andra sidan individen att resignera till ett tillstånd av ”inlärtd hjälplöshet”, bli passiv och undvika aktivt handlande (Garber & Seligman, 1980). Begreppet överlappar delvis med ’yttre kontroll’, som innebär övertygelsen att yttre krafter styr ens liv och att man själv är oförmögen att påverka.

Antonovsky (1979) utgår från hälsoperspektivet och menar att hälsa skapas ur känsla av sammanhang, som inrymmer komponenterna begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begriplighet utvecklas genom förutsägbarhet, som inger trygghet och bidrar till att förstå helheten. Tillämpat på arbetslivet skulle detta snarast innebära klara och tydliga mål och sammanhang mellan arbetsuppgifter och mål. För att vara meningsfullt måste arbetet upplevas som socialt värdesatt och nyttigt. Hanterbarhet, slutligen, innebär att ha de resurser som behövs för att hantera påfrestningar, såväl egen förmåga och initiativkraft som de materiella och stödjande resurser som omgivningen tillhandahåller, i arbetslivet i form av stöd, kompetens, utrustning och personal. En arbetsplats blir hälsofrämjande genom att stödja dessa resurser.

2.2.5 Att se helheten

Ofta är människor som arbetar i dåliga arbetsmiljöer utsatta för flera riskfaktorer som gemensamt bidrar till dålig hälsa. Det är därför viktigt att arbeta med helheten och angripa flera problem eller angripa problemen på flera nivåer samtidigt. Att förbättra på arbetsplatsen gynnar både individ, organisation och den man arbetar för, d.v.s. patient eller vårdtagare. För att utvecklingsarbete ska bli framgångsrikt bör arbetet ske på individ, grupp och organisationsnivå samtidigt (Israel et al, 1996). Hälsofrämjande insatser får bättre genomslag om dessa knyts nära till den lokala arbetsplatsen och syftet överensstämmer med annat pågående arbetsmiljöarbete.

Det är särskilt viktigt att i helhetsperspektivet ta hänsyn till omgivningsfaktorer - samhällsförändringar och beslut - som påverkar såväl arbetstagare och arbetsgivare och förändringsprocessen som helhet. Helhetsperspektivet betyder att uppleva känsla av sammanhang. Även om vård- och omsorgsarbete under 90-talet har upplevts mer meningsfullt än arbete inom andra delar av arbetslivet, har omstruktureringar gjort vårdarbete mindre begripligt och otryggt för en del. Arbetet har under senare år varit mindre hanterbart i den bemärkelsen att krav ofta inte balanserats med tillräcklig bemanning och att resurser som inflytande, befogenheter, kompetens och initiativkraft inte har använts optimalt.

2.3 Förändringsarbetets förutsättningar

2.3.1 För- och nackdelar med projekt

Utvecklingsarbete drivs oftast som projekt. Traditionellt har projekt använts som arbetsform för avgränsade och tidsbestämda uppgifter men kan också vara ett sätt att åstadkomma bestående förändringar i rutiner, arbetssätt och förhållningssätt. Genom sin brist på långsiktighet är projekt inte alltid lämplig form för utvecklings- och förändringsarbete (Svensson & von Otter, 2000). Inte sällan av klingar resultaten över tid därför att organisationen saknar beredskap för att ta vara på erfarenheterna. Projektarbete kräver stora arbetsinsatser. Detta kan vara en extra belastning för personalen då projektarbete förväntas pågå parallellt med i stället för inom ordinarie verksamhet. Å andra sidan kan projekt ge extra uppmärksamhet, status och inflytande genom att ge signaler till omvärlden om förändringsvilja, framtidstro och handlingskraft i organisationen.

2.3.2 Förändring kan drivas på olika sätt

Det finns olika sätt att planera och driva förändring. För- och nackdelar med olika strategier har diskuterats. Vanligast har *planeringsstrategin* varit. Den bygger på att utveckling drivs rationellt och "uppifrån". Den bygger på att en process är förutsägbar och att aktiviteter sker i logisk följd. Svagheten beskrivs som bristande lokal anpassning, låg delaktighet av berörda, brist på lokal utvecklingskraft, externt stöd och strategiska kontakter, svårigheter att hantera oförutsedda händelser och att sprida idéer och resultat. Kritiken har riktats främst mot strategins tillämpning på områden som inte alltid kan förutses och planeras.

En mer öppen förändringsansats, som lyfter fram det komplexa, dynamiska och oförutsägbara är *aktiveringsstrategin*. Den bygger på att utvecklingsarbete bedrivs underifrån med engagemang från de berörda, som själva utformar lösningarna på sin lokala arbetsplats. För långsiktiga effekter måste förändringsarbetet utvecklas ur ett konstruktivt, självkritiskt och reflekterande samarbete mellan berörda. Eldsjälar spelar en stor roll och

eget ansvar skapar drivkraft och stimulans. Tid krävs för att åstadkomma förändring. Vid brist på tid och vid starkt motstånd i organisationen anses aktiveringsstrategin mindre lämplig. En risk finns i att de berörda är aktiva men saknar verkligt inflytande. Nackdelarna är sårbarhet, kortsiktighet och brist på fortlevnad, avgränsade förändringsresultat, spridningsproblem, otillräckligt expertkunnande och svårigheten att påverka uppåt i organisationen.

En tredje strategi, *nätverksstrategin*, är ett sätt att hantera nackdelar som påvisats vid både uppifrån- och underifrånstyrning. Nätverk bygger på att olika aktörer samverkar under jämlika former för att, utifrån gemensamma intressen finna bra lösningar. Samarbetet är informellt, frivilligt och flexibelt. Man prövar sig fram och lär sig efter hand utan någon på förhand bestämd plan. Nätverksstrategin ger stora möjligheter, men ställer samtidigt krav, på samordning, organisation och ledning och att någon tar ansvar för nätverket för att nå resultat. Kunskapen kring nätverk är fortfarande bristfällig.

2.3.3 Att leda projekt

Ledarrollen anpassas till vilken strategi som tillämpas. I planeringsstyrda projekt är projektledarens roll att få deltagarna att utföra det som redan är planerat. I aktiveringsstrategier är rollen att, utan att ta över ansvar och beslut, stärka motivation och engagemang hos deltagare och eldsjälarna, som lokalt är ansvariga och pådrivande i utvecklingsarbetet. Projektledarens uppgift är främst att undanröja hinder och att skapa förutsättningar för utveckling. Att delegera och skapa delaktighet betonas i de flesta ledarskaps-teorier men är särskilt viktigt för ledare i underifrånstyrda projekt. Av projektledning i nätverksprojekt krävs förmågan att samverka med olika grupper och att bryta gränser mellan organisationer. Konkret innebär detta att skapa mötesplatser, medverka i förhandlingar, synliggöra hinder, organisera arenor för gemensamt lärande samt förse nätverket med idéer och kompetens utifrån. Eftersom målet är att få deltagarna att samverka, måste projektledningen kunna förmedla en helhetsförståelse av projektet och dess förutsättningar.

Projektledaransvar innebär att genomföra ett arbete via andra men ofta med små befogenheter. Att leda projekt upplevs svårare inom offentlig sektor, som har en mer komplicerad beslutsprocess. Stöd ”uppifrån” är nödvändigt för att få besluts- och handlingsutrymme. Det gäller att förankra beslut och att förstå sammanhangen i organisationen och det politiska systemet för att kunna agera långsiktigt. (Svensson & von Otter, 2000).

2.3.4 Kontinuitet och fortlevnad

Utvecklingsarbete är en process, som får struktur genom att följa olika faser. Kontinuiteten är viktig för förändringsarbetets fortlevnad, något som betonas såväl i kvalitetsutvecklingsarbete som i systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetssättet beskrivs ofta som en cirkel eller en spiral och faserna omfattar kartläggning, mål, handlingsplaner, arbetsfördelning, åtgärder, uppföljning, ny kartläggning o.s.v. I projekt, som drivs enligt aktiveringsstrategin, används ofta problembaserat lärande (PBL) som metod. Faserna följer samma mönster; frågeställning/tema, fritt tänkande, sortera/gruppera, val av delområde för arbetets fortsättning samt utvärdera, varefter arbetet startar om (Ekberg & Svedin, 1998). För organisationen är det viktigt att redan i tidigt skede av projektet ha en handlingsplan för att ta tillvara kompetens och det förbättringsarbete, som projektet genererar.

2.4 Att utvärdera förändringsarbete

2.4.1 Vad är ett lyckat projekt?

Resultatet av allt det arbete som läggs ner måste kunna värderas. Utvärdering bör planeras tidigt och kräver mätbara förändringsmål. Vidare behöver ett organisatoriskt förändringsarbete knytas till organisationens verksamhet i övrigt men också ha ett bredare sammanhang så att externa förändringar som kan påverka projektets framgång följs upp.

Ofta saknas objektiva kriterier för framgång. Blomgren (1998) menar att frågan om vad som är ett lyckat projekt beror på *vem* som gör bedömningen, utifrån *vilket kriterium* bedömningen görs eller *när* bedömningarna görs. Traditionellt bedöms ett projekt utifrån resultat, kostnad och tidsåtgång. Projekt, som syftar till hälsofrämjande insatser för personalen har främst syftet att förbättra personalens hälsa och de arbetsvillkor som leder till bättre arbetshälsa. Ett samtidigt syfte kan vara att förbättra effektiviteten, vilket innebär en bättre vårdkvalitet för patient eller vårdtagare. Effektiv vård innebär då att producera rätt vård och bör skiljas från att producera mycket vård (Eckerlund m.fl., 1994). Forskningens roll är att kritiskt ifrågasätta, undersöka och granska. Att även rapportera hinder och felsteg i projekt kan ge möjlighet till reflektion och lärande. Tid för reflektion är viktigt för att ge ny kunskap.

2.4.2 Forma vägen eller summera resultat

Utvärdering av ett projekt kan vara summativ eller formativ. I första fallet summeras resultaten och kunskapen återförs när projektet avslutats. Formativ utvärdering formar och utvecklar projektet under arbetets gång genom regelbundna återföringar till ansvariga och berörda under projektiden. Programmet kan då gradvis förbättras genom ny kunskap. Berg & Bjärås (1996) menar att formativ utvärdering är tidskrävande, eftersom den kräver ingående kännedom om verksamheten och projektet. En summativ ansats lämpar sig bättre om målformuleringen är klar och målen mätbara.

2.4.3 Nycklar till framgång

Förutom att nå hälsoeffekter, har forskning kring hälsofrämjande insatser också haft syftet att ge ökad kunskap om framgångsfaktorer, d.v.s. hur förändringsarbete byggs upp, förankras genomförs och utvärderas för att nå avsedda effekter (Israel m.fl, 1996). Man har pekat på viktiga nyckelfaktorer för att projekt ska lyckas. Ett sådant fynd är att program, som samtidigt riktas mot individ-, grupp- och organisationsnivå ofta är mera framgångsrika. Även om insatser bör skraddarsys för lokala arbetsplatsers behov, bör identifiering av problem, behov och resurser förankras i organisationen som helhet. Gemensam referensgrupp för anställda, fack och ledning bör utses i ett tidigt skede av projektet.

Klara roller och tydligt ansvar behövs i såväl underifrån- som i uppifrån-strategier och är särskilt betydelsefullt för bestående effekter efter projektets slut (Israel m.fl, 1996). Lika viktigt är att aktörerna är överens om samma mål, tror på idén och har inflytande över processen (Drydén & Vos, 1994).

I förändringsarbete inom hälso- och sjukvårdsorganisationer har påvisats att alla nivåer måste vara delaktiga i förändringen, vilket innebär initiativ och påverkan både uppifrån och nerifrån (Parmander, 1999). En viktig länk till högsta ledningen inom äldreomsorgen är arbetsledningen, vilket påpekats i flera studier (Svensson & Skanse, 1994; Olsson m.fl., 1995; von Hamm, 2001). Delaktighet för samtliga berörda har upprepat påpekats

som en viktig förutsättning. Aktiva deltagare når bättre resultat även om praktiska skäl ibland är ett hinder för allas delaktighet (Israel m.fl, 1996; Petterson & Arnetz, 1998).

Lärprocessen är långsiktig och kompetensen måste därför överföras och byggas in i organisationen för att garantera idéns fortlevnad. Organisationen i sig har inte förändringskompetens utan möjligheten till förändring vilar på den kompetens enskilda personer besitter och den kunskap och kraft som uppstår i mötet mellan människor (Aronsson m.fl., 1995). Detta pekar på vikten av att förändringskompetenta personer behålls inom organisationen för att utvecklingsarbete ska fortleva.

Utvecklingsarbete kräver starkt stöd från chefer och tid och utrymme i organisationen för att befästa förändringar (Petterson & Backman 1999; Brunnberg m.fl., 1996; Petterson & Arnetz, 1998). Kanaler till högsta ledning krävs för tillgång till beslut, resurser, kunskap, stöd och för att ge projektet tid och utrymme. Tid är centralt och gör många gånger utvecklingsarbete inom vård och omsorg problematiskt (Svensson & Skanse, 1994). Bristande uppmärksamhet från ledning och fack kan ge projekt låg prioritet och vara ett stort hinder för arbetets framgång.

En annan framgångsfaktor som påpekats bl.a. av Aronsson m.fl (1995) och är av stor betydelse för utvecklingsarbete inom vård- och omsorgsorganisationer, är att det finns ett samspel mellan arbetsmiljökvalitet och vård- och omsorgskvalitet i syftet. Samma författare menar också att förändringsarbete har stort utrymme för både effektivitet och omsorgskvalitet om omsorgens frontpersonal (undersköterskor och vårdbiträden) är mera involverad.

3 Ett program för medarbetarutveckling

3.1 Syfte och mål med projektet

Syftet med interventionsprojektet är att förbättra hälsa, välbefinnande och arbetstillfredsställelse och minska risken för ohälsa bland undersköterskor och vårdbiträden inom Solna stads äldreomsorg. Ett annat syfte är att förbättra vårdens kvalitet genom bättre bemötande av anhöriga och genom att öka anhörigas delaktighet i vården av de äldre. Detta avser man åstadkomma genom hälsofrämjande resurser för personalen i form av ökat inflytande och kontroll, större delaktighet i beslut, bättre utvecklingsmöjligheter och stöd i arbetet. Genom att öka personalens självförtroende och initiativkraft, stärks möjligheterna till egna initiativ och eget ansvar i det dagliga arbetet.

Huvudsyften med projektet

- Öka personalens inflytande över arbetet och möjligheter till egna initiativ i det dagliga arbetet
- Öka arbetstillfredsställelsen hos omvårdnadspersonalen genom kompetensutveckling, medverkan i beslut och social stöd i arbetet
- Öka hälsa och välbefinnande och minska utmattning hos omsorgspersonalen genom att stärka egenkontroll, självförtroende och copingförmåga
- Förbättra kvaliteten i vård och omsorg för de äldre och förbättra relationer till anhöriga och öka deras delaktighet i vård och omsorg av de äldre

Projektet riktas till både kvinnor och män för att förbättra arbetshälsan i traditionellt kvinnodominerade yrken. Projektet präglas av ett tydligt nerifrån-upp-perspektiv i den meningen att ett kompetensutvecklingsprogram i sin första fas riktas till undersköterskor och vårdbiträden, den personal, som arbetar närmast vårdtagare och anhöriga. På detta sätt ökar sannolikheten att förändringsarbetet ska utvecklas och fortleva. Med- och motkrafter för förändringsarbete kommer också att studeras.

3.2 Strategier och program för interventionen

Hela interventionsprojektet är planerat för en tvåårsperiod. Ett kompetensutvecklingsprogram berör personal vid alla enheter utom två, som utgör kontrollarbetsplatser i projektet. Kompetensutvecklingsprogrammet genomförs i tre faser. Man använder en metod, som i litteraturen kallas train-the-trainer och som innebär en flerstegsmodell, där den som utbildats i sin tur utbildar andra. Modellen är lämplig för personal i vård och omsorgsverksamhet, där allas delaktighet annars är svårt att hantera. Ett underifrån-perspektiv innebär att programmet i sin första fas riktas till undersköterskor och vårdbiträden, yrkesgrupper, som arbetade närmast vårdtagare och anhöriga, för att stärka självförtroende och initiativkraft, ge träning i problemlösning, kommunikation och gruppleaderskap samt ge ökad kunskap i att driva utvecklings- och kvalitetsarbete.

Kompetensutvecklingsprogrammet sker i tre steg:

STEG 1: 2-4 undersköterskor och vårdbiträden från respektive av 12 arbetsplatser kompetensutvecklas till ” förändringsledare” (1 dag/vecka under 10 veckor). Kompetensutvecklingsprogrammet förmedlar kunskap om anhörigas roll i äldreomsorgen, bemötande och kommunikation med anhöriga kunskap om och en grund för organisationsutveckling och kvalitetssäkring träning i kommunikation, i att leda grupper och i att ta ansvar och initiativ och att hantera problem i det dagliga arbetet

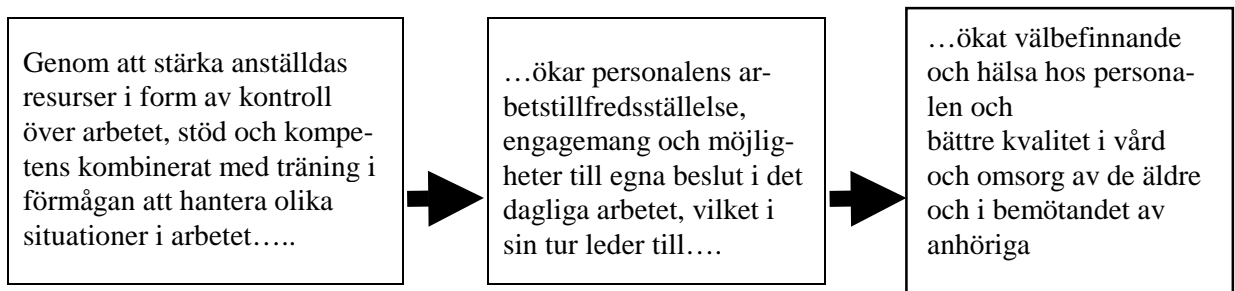
STEG 2: De utbildade förändringsledarna leder i steg 2 kompetenscirkel för alla anställda på sin egen arbetsplats under 5 dagar (=30 timmar). Varje cirkel består av 8-12 deltagare

STEG 3: Arbetsplatsdiskussioner fortsätter på respektive arbetsenhet, där lokala projekt initieras för att förbättra arbetsvillkor och former för samarbete med vårdtagares anhöriga. Enskilda verksamheter har stor frihet att utforma förändringsstrategierna inom ramen för projektets övergripande mål. Som ett verktyg för att initiera diskussioner över yrkesgränser, använder varje enhet en Arbetsplatsprofil baserad på lokal återkoppling av enhetens enkätresultat i ett urval av frågor från basmätningen kring arbetsvillkor, arbetshälsa och vårdkvalitet. Varje arbetsplats uppmanas bilda egen referensgrupp bestående av verksamhetschef, förändringsledare och representanter för sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Utbildningsprogrammet avser att ge kunskaper i ett etiskt förhållningssätt och att förbättra bemötandet av anhöriga, ge kompetens att bedriva utvecklings- och kvalitetsarbete samt att öka medarbetares förmåga och möjligheter till egna initiativ, ökat inflytande och makt över arbetets uppläggning.

I kompetenscirkelarna diskuteras bl.a. anhörigas roll och betydelse inom äldrevården, kommunikation med anhöriga, förutsättningar för långsiktigt utvecklingsarbete, träning i att prata och agera inför grupp, att leda och sammanfatta diskussioner, att genomföra probleminventeringar och söka lösningar på problem.

Den modell som används som bas för interventionen är förankrad i stressteori och innebär stöd och utveckling av personalens egna resurser. Genom att stödja och utveckla personalens resurser av kontroll och inflytande, ge möjligheter till utveckling och lärande samt tillgång till stöd i arbetet i kombination med träning i att driva utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete och i att hantera, krav, konflikter och problem i det dagliga arbetet, förväntas personalens engagemang, arbetstillfredsställelse, hälsa och välbefinnande öka. Personalen förväntas se och ges större möjligheter att ta egna initiativ till förbättringar i rutiner och arbetsmetoder samt till att förbättra samarbetet med vårdtagarnas anhöriga. Detta förväntas i sin tur leda till att arbetsrelaterad ohälsa kan förebyggas, att välbefinnande och hälsa för personalen ökar och att vårdkvaliteten för vårdtagare förbättras.



Utvärdering av projektet

Totalt utsågs 33 vårdbiträden och undersköterskor av respektive verksamhetsledning på 12 enheter att genomgå utbildning till förändringsledare. 31 av de 33 som påbörjade utbildningen slutförde den. Under projektiden bildades nätverk mellan förändringsledare och deras chefer.

3.3 Arbetsplatsprofilen som verktyg i förändringsarbetet

I förändringsledarutbildningen ingår kunskap i att driva förändringsarbete. I programets tredje steg ingår att planera och initiera förändringsarbete på den lokala arbetsplatsen. Som ett verktyg för ett systematiskt arbetsmiljöarbete och för att initiera diskussioner över yrkesgränser, använder varje enhet en Arbetsplatsprofil. Arbetsplatsprofilen är en lokal återkoppling av enhetens enkätresultat i ett urval av frågor kring arbetsvillkor, arbetshälsa och vårdkvalitet från såväl basmätningen som uppföljningen.

4 Utvärdering av projektet

Medarbetarutveckling är ett interventionsprojekt, som kombinerar praktisk organisationsutveckling och forskning kring arbetsmiljö kvalitet, arbetshälsa och vårdkvalitet. Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting fick uppdraget att utvärdera Medarbetarutvecklingsprojektet i Solna Stad. Utvärderingen sker i samarbete med forskare vid Arbetslivsinstitutet och Karolinska institutet. Interventionseffekter och processens förlopp inklusive behov av stöd och nyckelfaktorer för framgång studeras med kvalitativa och kvantitativa mätmetoder. Interventionsprocessen har utvärderats under projektets gång med intervjuer av personal, enhetschefer och förändringsledare. Anhörigas uppfattning om vård och omsorgskvalitet framgår av en intervjustudie, som genomförts inom projektets ram. Intervjustudierna redovisas separat men sammanfattas i avsnitt 5.2.

Förutom projektets förändringseffekter studeras med- och motkrafter för projektets genomförande. I rapporten diskuteras nyckelfaktorer eller strategier, som har betydelse för att förändringsarbete i äldreomsorgen ska lyckas och överleva. Projektets enkätdata kommer att vara underlag för forskning kring personalens arbetsvillkor och hälsa samt omsorgskvalitet i kommunal äldreomsorg. Denna rapport redovisar främst resultat från de enkätstudier som genomförts med samma frågeformulär före och efter interventionen.

4.1 Syfte med utvärderingen

Utvärderingen av kompetensutvecklingsprogrammets effekter har till syfte att undersöka om interventionsprogrammet leder till...

1. *Bättre hälsa i vid mening (resurser) som förutsättning för inflytande och makt hos dem som genomgått kompetensutvecklingsprogrammet*

Detta mäts med skalor för

- Egenkontroll
- Självförtroende
- Copingmöjligheter
- Känsla av sammanhang

2. *Ökat inflytande och ”makt” för undersköterskor och vårdbiträden i äldrevården*

Detta mäts med frågor kring

- Inflytande och kontroll över egna arbetet
- Befogenheter i relation till ansvar
- Medbestämmande och påverkansmöjligheter

3. *Ökad arbetstillfredsställelse (mer av ”det goda arbetet” och bättre hantering av motkrafterna)*

Detta mäts med frågor kring

- Arbetstillfredsställelse
- Möjligheter till utveckling och lärande i arbetet
- Utnyttjandet av kunskaper och erfarenheter
- Ansvar för de egna arbetsuppgifterna
- Delaktighet i verksamheten

- Organisation, måluppfyllelse och ledarskap
- Samarbete och relationer, stöd och uppbackning
- Arbetsbelastning/arbetsbörda
- Tidspress/arbetstakt
- Arbetskrav och belastning

4. *Ökad arbetshälsa för deltagande personal*

Detta mäts med självskattad hälsa i stort samt med skalor för

- Välbefinnande
- Utmattning/utbrändhet

5. *Förbättrat bemötande och delaktighet av anhöriga/närstående samt förbättrad vård- och omsorgskvalitet*

Detta mäts med personalens upplevelse samt med intervjuer av anhöriga, som redovisas i en annan rapport men sammanfattas i kap 5.2.

6. *Är kompetenssatsningen en resurs för organisationen?*

- Uppfylls målen bättre
- Har programmet effekter på ledarskap och organisation
- Utnyttjas kunskap hos medarbetarna bättre

Delfrågeställningar, som kommer att kunna belysas mera utförligt i kommande forskningsrapporter:

- Finns skillnader i arbetsmiljö, arbetshälsa och upplevd vårdkvalitet mellan äldre och yngre vårdanställda; mellan anställda med privata och offentliga arbetsgivare?
- Finns faktorer, enskilda eller i samverkan, som utgör betydelsefulla riskfaktorer för ohälsa?
- Vilka faktorer i arbetet och hos anställda främjar god hälsa, välbefinnande och hög kvalitet i vårdarbetet?
- Finns samband mellan hälsa, välbefinnande och arbetsförmåga hos vårdanställda och vård- och omsorgskvalitet som de äldre och deras anhöriga upplever?
- Har samarbetet mellan personal och anhöriga stärkts av interventionen?

4.2 Tidplan, material och metod

4.2.1 Tidplan

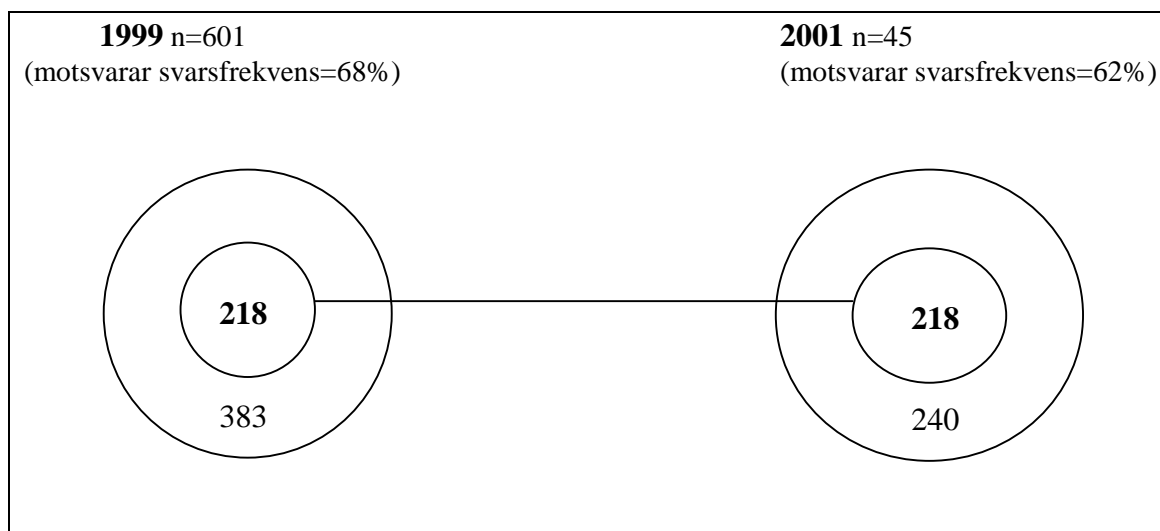
Projektet pågick från 1 januari 1999 till 31 december 2000. Förändringsledare utbildades januari – mars 1999 och september – november 1999. Fram till december 2000 pågick kompetenscirkel, ledda av de utbildade förändringsledarna för att successivt föra ut programmet till samtliga medarbetare på de olika arbetsplatserna. Efter kompetenscirkelarna fortsatte utvecklingsarbetet på respektive lokal arbetsplats. Personalen på varje arbetsplats gjorde tillsammans en lokal handlingsplan för sitt eget utvecklingsarbete. Två arbetsplatser genomförde inte kompetensutvecklingsprogrammet men deltog i enkätstudien. En basmätning med enkät genomfördes under hösten 1999 medan de sista studiecirkelarna pågick. Samtliga arbetsplatser fick återkoppling av sina egna Arbets-

platsprofiler, baserade på enkätstudierna. En uppföljning med samma enkät gjordes under våren 2001.

4.2.2 Deltagare, bortfall och jämförelsegrupper

En stor personalomsättning har förekommit i organisationerna under den tid projektet pågått. Svartfrekvenser har i flera fall varit låga, särskilt vid de två arbetsplatser, som varit kontrollenheter. Under perioden mellan mättillfällena fick 437 personer strykas från personallistorna samtidigt som 298 nya personer kom in i organisationen. Ett separat kapitel (kap 7) ägnas hinder och motkrafter. Här kommer personalflödesprocessen att belysas mera utförligt och personalomsättningens och bortfallets betydelse diskuteras som en motkraft i förändringsarbetet.

Endast 304 personer (273 i interventionsgruppen och 31 i kontrollgruppen) befann sig i organisationen vid båda mättillfällena. Av dessa har 218 (72%) svarat vid båda tillfällena, 74% i interventions- och 55% i kontrollgruppen. Svartfrekvensen i interventionsgruppen visar att svaren är representativa över tid. Både hemtjänst- och servicehuspersonal finns representerad, båda med tillfredsställande svartfrekvenser. Svartfrekvensen i kontrollgruppen är däremot låg och minskar värdet av kontrollgruppen som jämförelsegrupp.



Figur 1. Svar vid respektive mättillfälle samt antalet svarande vid båda mättillfällena

Måttillfälle 1- 1999:

Från kontrollenheter inkom 110 av 192 utskickade enkäter (57%)
Från interventionsenheter 491 av 690 utskickade enkäter (71%)

Totalt inkom **601** av utskickade **882** enkäter (**68%**)

Måttillfälle 2 - 2001:

Från kontrollenheter inkom 48 av 118 utskickade enkäter (41%)
Från interventionsenheter 410 av 625 utskickade enkäter (66%)

Totalt inkom **458** av utskickade **743** enkäter (**62%**)

Båda måttillfällena:

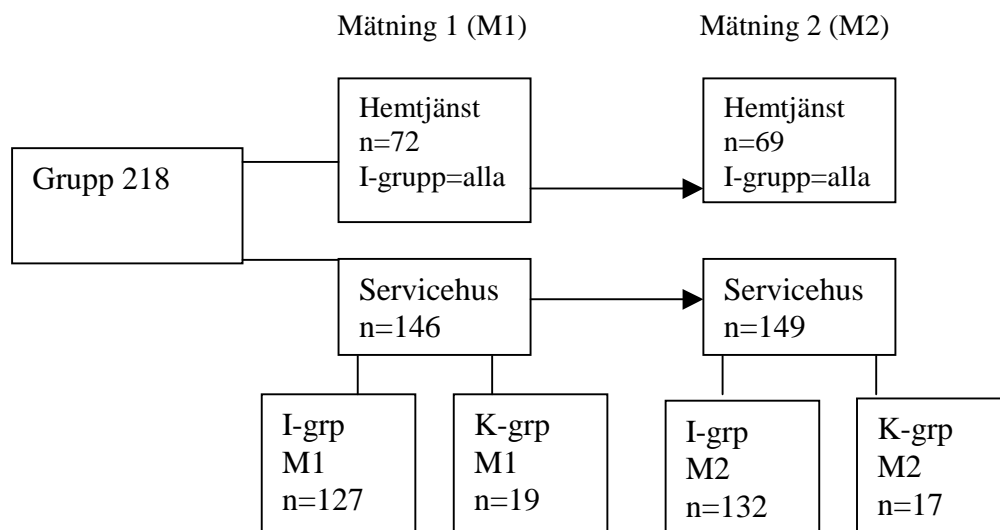
I kontrollgruppen svarade 17 av 31 möjliga (=55%)
I interventionsgruppen 201 av 273 möjliga (=74%)

Totalt inkom **218** enkäter av de **304** som fanns kvar från M1 (=72%)

Hemtjänst och servicehus i 218-gruppens interventionsgrupp

I hemtjänstgruppen svarade 69 av 82 möjliga (=84%)
I servicehusgruppen svarade 132 av 189 möjliga (=70%)

Följande delgrupper förekommer i analyserna.



Figur 2. Delgrupper som studerats i analyserna.

Uppföljningsgrupp (218-Gruppen)

Med 218-gruppen menas alla som svarat på två enkäter. 218-gruppen består av både deltagare och icke deltagare i interventionsprogrammet. I gruppen ingår 176 (=81%)

undersköterskor och vårdbiträden samt 42 övrig personal, främst sjuksköterskor, sjukgymnaster och verksamhetschefer.

Som framgår av tabellen tillhörde 72 hemtjänsten vid mätning 1 och 69 vid mätning 2. Av de svarande tillhörde 146 servicehus vid första (127 i interventions- och 19 i kontrollgruppen) och 149 vid andra mättillfället (132 i interventions- och 17 i kontrollgruppen). Av de 218 har 190 haft samma arbetsplats vid båda mättillfällena medan 28 bytt arbetsplats. Två personer som ursprungligen tillhörde kontrollgruppen bytte under perioden arbetsplats och kom därmed att bli deltagare i interventionen.

Interventionsgrupp

Med interventionsgrupp menas personal från de arbetsplatser som haft utbildning av förändringsledare och som också genomfört kompetenscirklar för all övrig personal på arbetsplatsen. Yrkesfördelningen i interventionsgruppen är 163 undersköterskor och vårdbiträden (=80%) och 38 övrig personal.

I Solna stads äldreomsorg ingår både servicehus eller äldreboenden⁴ och hemtjänst⁵. Alla hemtjänstenheter deltar i interventionen. Bland äldreboenden finns två arbetsplatser som inte deltagit i interventionen. Inom interventionsgruppen har personal från hemtjänst respektive servicehus studerats var för sig.

Kontrollgrupp

De två arbetsplatser som inte genomfört kompetensprogrammet utgör kontrollenheter. Alla arbetsplatser har deltagit i enkätstudierna och fått återkoppling av arbetsplatsprofil, som underlag för egna handlingsplaner för organisationsutveckling på arbetsplatsen. Kontrollgruppen kommer från två olika arbetsplatser, varav en är kommunalt och en privat driven. Svarefrekvensen i kontrollgruppen har varit låg.

Förändringsledare

Av ursprungligen 33 undersköterskor och vårdbiträden fullföljde 31 förändringsledarutbildningen, som var första steget i interventionsprogrammet. Av de 31 besvarade 29 (94%) första enkäten. Förändringsledarna utbildade i sin tur övrig personal på sin arbetsplats. Mellan mättillfällena föll av olika anledningar 8 förändringsledare bort. Vid andra mättillfället svarade 19 av 23 (83%). Totalt har 18 förändringsledare svarat på enkäten vid båda mättillfällena. Dessa representerar samtliga utom två arbetsplatser.

4.2.3 Bearbetning och analys

Vid varje mättillfälle finns personer, som svarat på enkäten vid detta enda mättillfälle. Dessa går ej att följa över tid då de antingen försvinner ut från organisationen efter första mättillfället eller är nytillkommen personal vid andra mättillfället. Av den grupp på 304 personer, som fanns i organisationen vid båda mättillfällena, har 218 personer besvarat enkäten vid två tillfällen. För att studera representativiteten i 218-gruppen, ses varje mättillfälle som en separat tvärsnittsstudie där 218-gruppen jämförs med övriga som besvarat enkäten enbart vid detta tillfälle. För att studera förändringseffekter över tid har endast 218-gruppen använts.

⁴ enheterna 1,2,3,4,5,6,8,13,14,16,19

⁵ enheterna 9,10,11,15,17,18

Förändringseffekter studeras vidare för olika undergrupper inom 218-gruppen:

- Interventionsgrupp
- Kontrollgrupp
- Förändringsledare
- Personal vid servicehus och inom hemtjänsten som deltagit i interventionen

I vissa fall har svaren redovisats från totala gruppen, som svarat vid första eller andra mättillfället. Vid uppföljningen ställdes några uppföljningsfrågor. Dessa har bara förekommit vid mätning två och studeras för totala gruppen som svarat vid detta mättillfälle.

Förändring mellan mättillfällen studeras genomgående för frågor summerade till index (frågeområden) samt i vissa fall för enskilda frågor.

4.2.4 Utvärderingsmetod

Effekter av förbättringsarbetet utvärderas med en omfattande enkät kring arbetsvillkor och hälsa med första mättillfället i november 1999 innan kompetenscirklarna avslutats och förändringsarbete påbörjats på arbetsplatserna. Uppföljning med samma enkät sker under våren 2001⁶. Basmätningen 1999 har besvarats av 68% (variation mellan arbetsplatser 48%-91%) av alla anställda i Solna kommuns äldreomsorgsenheter. Inom hemtjänsten har 77% och i äldreboenden 66% av personalen svarat. Vid uppföljning med samma enkät våren 2001 var den totala svarsfrekvensen 62% (variationen mellan arbetsplatser 34%-100%), inom omvårdnadsboenden 62% och inom hemtjänsten 78%.

Den omfattande personalenkäten sammanställdes i samarbete mellan Arbets- och Miljömedicin, Arbetslivsinstitutet och Karolinska institutets institution för Omvårdnad. Enkäten innehåller frågor kring arbetsinnehåll, arbetsvillkor, fysisk och psykisk belastning, organisation, ledarskap samarbete och relationer till personal, boende och anhöriga. Ett flertal mått på självskattad hälsa ingår i enkäten, från sjukfrånvaro, fysisk och psykisk ohälsa till hälsa i vidare bemärkelse såsom självförtroende, egenkontroll, initiativkraft och känsla av sammanhang.

Syftet med enkäten var förutom att utvärdera effekter av kompetensutvecklingsprogrammet i Solna, också att utgöra ett instrument för olika forskningsansatser kring arbetsmiljö och vårdkvalitet inom äldreomsorgen. Enkäten möjliggör ett helhetsgrepp på arbetsmiljö, kompetens- och omsorgskvalitetsfrågor i äldrevården. För vissa hälsodata fanns möjligheter att göra jämförelser med resultat från andra EU-länder.

Viss del av enkäten återkopplas i Arbetsplatsprofiler till respektive arbetsenhet för att användas för systematiskt arbetsmiljöarbete. Personalens uppfattning om vård och omsorgskvalitet från enkäten kan jämföras med resultat från intervjuer av anhöriga.

⁶ Under år 2000 har redovisats delresultat från första enkättillfället samt en rapport (Bastholm, 2000) kring anhörigas upplevelser av personalens bemötande.

Frågeområden

Vid resultatanalysen har flera frågor bildat frågeområden eller index. Nedanstående frågeområden används som jämförelsemått vid resultatredovisningen för att beskriva effekter eller förändringar mellan grupper och mättillfällen. Skalornas reliabilitet har beräknats⁷ för både före och eftermätningen och för totala gruppen och visar värden mellan .64 och .93.

Tabell 1. Följande frågeområden (index⁸) har beräknats

INDEX	Högre värden innebär	Skala	Antal frågor	Reliabilitet alpha
Arbetsbelastning och arbetskrav	Högre krav	1-4	8	.68/.74
Stöd från chef	Starkare stöd	1-4	5	.89/.91
Stöd från arbetskamrater	Starkare stöd	1-4	3	.76/.79
Stöd från boende och anhöriga	Starkare stöd	1-4	2	.70/.76
Inflytande och kontroll	Bättre inflytande och kontroll	1-4	5	.76/.78
Lärande och utveckling	Bättre lärande och utveckling	1-4	7	.79/.80
Förändrad arbetsbörda	Försämring i arbetsbörda	1-3	4	.71/.69
Förändrade resurser att hantera	Förbättring i personalresurser	1-3	8	.80/.82
Tydlig organisation	Tydligare organisation	1-4	5	.87/.85
Effektivitet och mål	Högre effektivitet	1-4	8	.85/.87
Ledarskap	Bättre ledarskap	1-4	8	.93/.94
Vårdkvalitet – boende	Högre vårdkvalitet	1-4	10	.75/.79
Kvalitet i bemötande av anhöriga	Högre kvalitet i bemötande av anhöriga	1-4	4	.68/.67
Fysisk arbetsmiljö	Sämre fysisk arbetsmiljö	1-4	7	.87/.89
Arbetsstillfredsställelse	Högre arbetsstillfredsställelse	1-4	5	.72/.73
Psykosomatisk ohälsa	Mer ohälsa	1-4	4	.64/.73
Muskel och ledbesvär	Mer besvär	1-4	5	.80/.82
Stressbesvär	Mer stress	1-4	4	.67/.74
Initiativkraft	Starkare initiativkraft- mer aktiv	1-4	4	.72/.74
Utmattning	Mer utmattning	1-4	9	.90/.91
Välbefinnande	Högre välbefinnande	1-4	6	.81/.85
Självförtroende	Starkare självförtroende	1-4	10	.80/.82
Egenkontroll	Starkare egenkontroll	1-4	7	.71/.74
Känsla av sammanhang	Starkare känsla av sammanhang	1-5	3	.47/.57

⁷ Cronbach's alpha

⁸ Vilka enskilda frågor som ingår i respektive index framgår av bilaga.

5 Resultat

5.1 Resultat från enkäten

5.1.1 Olika grupper och mättillfällen - index

Totalt 218 personer har besvarat enkäten vid båda mättillfällen. Gruppen kallas nedan grupp 1. Vid basmätningen inkom svar från ytterligare 383 personer och vid uppföljningen från ytterligare 240 personer. Dessa har endast svarat vid ett mättillfälle och kallas i fortsättningen grupp 2.

218-gruppens representativitet

Är grupp 1 - de 218 - representativa för alla som svarat, dvs finns skillnader mellan grupp1 och övriga vid respektive tvärsnittsstudie? För att undersöka detta har grupp 1 jämförts med grupp 2 för ålder, kön, yrke, anställningsform. Drygt 90% av den grupp som svarat på enkäter två gånger är kvinnor, 81% är undersköterskor och vårdbiträden, 93% är fast anställda. Jämförelsen visar vid första mättillfället 1999 att kön, yrke och anställningsform har samma fördelning i båda grupperna. Däremot är personalen i 218-gruppen något äldre. Vid andra mättillfället 2001 får vi liknande resultat. Här finns dock färre fast anställda i gruppen övriga.

Tabell 2. Deltagare vid två mättillfällen som representanter för alla som svarat 1999 respektive 2001.

MÄTNING 1 – 1999	218-gruppen %	Övriga %	P
Ålder			p<0.01
30 eller yngre	11,3	25,5	
31-50	56,0	52,4	
äldre än 50	33,5	22,0	
Kön			Ingen skillnad
Kvinnor	93	88	
män	8	12	
Yrke			Ingen skillnad
Usk, vårdbiträden	81	79	
övriga	19	21	
Anställningsform			Ingen skillnad
Fast	93	90	
Tidsbegränsad/timanställd	7	11	

MÄTNING 2 - 2001			
Ålder			p<0.01
30 eller yngre	8,9	24,1	
31-50	47,6	54,1	
äldre än 50	41,3	20,6	
Kön			Ingen skillnad
Kvinnor	92	86	
män	8	14	
Yrke			Ingen skillnad
Usk, vårdbiträden	81	84	
övriga	20	17	
Anställningsform			P<0.001
Fast	99	85	
Tidsbegränsad/timanställd	1	15	

Skillnaden i ålder mellan grupperna har att göra med att nya som kommer in i organisationen är yngre och att de nya ofta är tillfälligt anställda och mindre benägna att svara på enkäterna. De har också i högre grad försvunnit från organisationen och ersatts av annan personal vid andra mättillfällen. Detta visar sig även i att de som svarat vid två tillfällen oftare är fast anställda. Ca 70%, något fler i 218-gruppen än bland övriga, arbetar heltid vid båda mättillfällena.

Vid varje enskilt mättillfälle har grupperna jämförts med avseende på indexmåten. I tabellen redovisas endast de mått som visat statistiskt säkra skillnader mellan grupperna. Fullständig tabell redovisas i bilaga.

Tabell 3. Mätning 1 (1999). Jämförelse mellan grupp 218 och övriga (n=383)

INDEX	218-gruppen	Övriga	Totalt	p
Lärande och utveckling	2,76	2,61	2,67	.00
Förändring i krav och belastning senaste året	2,35	2,26	2,29	.03
Förändring i personalens resurser senaste året	2,11	2,04	2,07	.01
Ledarskap	2,87	2,70	2,76	.00
Arbetsstillfredsställelse	3,13	3,05	3,08	.02
Vårdkvalitet för vårdtagare	3,38	3,34	3,35	.04

218-gruppen visar bättre värden på lärande och utveckling, ledarskap, vårdkvalitet och arbetsstillfredsställelse. Krav och belastning har försämrats medan resurserna att hantera har förbättrats mer under senaste året än för övriga. Inga skillnader finns för upplevd hälsa i stort.

Tabell 4. Mätning 2 (2001). Jämförelse mellan grupp 218 och övriga (n=240)

INDEX	218-gruppen	Övriga	Totalt	p
Förändring i krav och belastning senaste året	2,32	2,23	2,27	.03
Kvaliteten i bemötande av anhöriga	3,54	3,40	3,47	.00
Led och muskelbesvär	2,24	2,03	2,13	.01
Självskattad hälsa	2,17	1,98	2,07	.03

Vid andra mättillfället upplever 218-gruppen kvaliteten i bemötandet av anhöriga och skattar sin hälsa i stort bättre än övriga samtidigt som gruppen har haft större försämring i krav och belastning under senaste året och också har mer led- och muskelbesvär än övriga.

Tabellen visar att grupp 1 och 2 skiljer sig åt i basmätningen för 'lärande och utveckling', 'upplevelse av förändring i arbetskrav och belastning', 'upplevda resurser att hantera belastning' samt 'upplevt ledarskap'. Grupp 1 upplevde vid basmätningen jämfört med grupp 2 mer lärande och utveckling, mera resurser, ett bättre ledarskap men också större försämring i krav och belastning.

Vid uppföljningen upplever grupp 1 större försämring i krav och belastning, mer led och muskelbesvär men uppger också en högre kvalitet i bemötandet av anhöriga.

Om samtliga som svarat i basmätningen jämförs med samtliga som svarat vid uppföljningen visar värdena en genomgående trend till förbättrade värden vid uppföljningstillfället för de flesta arbetsmiljö- och hälsoresursmått, dock i motsatt riktning för ohälsomått. Skillnaderna är små och i de flesta fall inte statistiskt säkerställda. Ett viktigt påpekande är dock att totalgruppen vid de två mättillfällena endast delvis består av samma individer.

5.1.2 Förändringseffekter

Resultat av förändringseffekter redovisas endast för den grupp som deltagit vid två mättillfällen. Jämförelser görs dock inom denna grupp mellan olika delgrupper⁹.

Förändring finns i följande index för gruppen som helhet, för interventions- respektive kontrollgrupp samt för förändringsledare.

⁹ Variansanalys, repeterad mätning (=parat t-test)

Tabell 5. Förändringseffekter för totala grupp1 (både interventions och kontrollgrupp; n=218)

Indexmätt	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Lärande och utveckling	2,76	2,69	.03	minskar
Kvalitet i bemötande av anhöriga	3,46	3,54	.02	ökar
Psykosomatisk ohälsa	1,77	1,88	.01	ökar
Led- och muskelbesvär	2,11?	2,23?	.01	ökar

För hela den grupp som funnits i organisationen under hela medarbetarutvecklingsprogrammet och som deltagit vid två mättillfällen (n=218), finns följande förändringar. Kvalitet i bemötandet av anhöriga är det enda mått som visar en positiv förändring som är statistiskt säkerställt. Lärande och utveckling visar en försämring medan psykosomatisk ohälsa och led och muskelbesvär ökar. I de följande tabellerna är interventions- och kontrollgrupp redovisade var för sig.

Tabell 6. Förändringseffekter för interventionsgruppen (n=201)

Indexmätt	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Inflytande och kontroll	2,74	2,80	.06	(ökar)
Lärande och utveckling	2,76	2,68	.02	minskar
Vårdkvalitet för vårdtagare	3,39	3,44	.04	ökar
Kvalitet i bemötande av anhöriga	3,46	3,55	.02	ökar
Psykosomatisk ohälsa	1,79	1,90	.01	ökar
Led och muskelbesvär	2,12	2,23	.02	ökar
Självskattad hälsa	2,06	2,17	.02	ökar

För de 161 undersköterskor och vårdbiträden, som ingår i interventionsgruppen, är resultatet detsamma som för hela interventionsgruppen. För de 36 som har andra yrken saknas dessa förändringar samtidigt som välbefinnandet minskar.

Tabell 7. Förändringseffekter för Kontrollgruppen (n=17)

Indexmått	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Arbetskrav och belastning	2,07	2,33	.03	ökar
Vårdkvalitet för vårdtagare	3,29	3,14	.05	minskar
Fysisk arbetsmiljö	2,80	3,11	.01	försämras
Arbetstillfredsställelse	3,25	2,96	.02	minskar
Kvalitet i bemötande av anhöriga	3,44	3,38	.06	(minskar)

Enbart undersköterskor och vårdbiträden i kontrollgruppen visar samma förändringar. Vissa förbehåll måste göras vad gäller kontrollgruppen, vilket kan ifrågasätta dess värde. Gruppen har få individer. En låg svarsfrekvens gör att representativiteten är tveksam.

Förloppet skiljer sig i de två delgrupperna. Även om skillnaderna är få och små går de i interventionsgruppens favör. Detta gäller även icke statistiskt säkra förändringar i andra mått. Både vård- och omsorgskvalitet för boende som kvaliteten i bemötandet av anhöriga upplevs av interventionsgruppen ha förbättrats medan kontrollgruppen snarare upplever en försämring av vård och omsorgskvaliteten och ingen förändring i bemötandet av anhöriga. Inflytande och kontroll ligger på gränsen till en statistisk förbättring för interventionsgruppen men visar ingen förändring i kontrollgruppen. Lärande och utveckling minskar i interventionsgruppen och ohälsan i form av psykosomatisk ohälsa och led och muskelbesvär ökar. I kontrollgruppen sker i stället en försämring i arbetsbörda, fysisk arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse.

Den personal, som haft bästa förutsättningarna att ta till sig medarbetarutvecklingsprogrammet är de som i steg 1 utbildades till förändringsledare och som sedan förde kunskapen vidare till personalen på arbetsplatsen. Förändringsledare som besvarat enkäten vid båda tillfällena är få, endast 18 personer. Dessa personer upplever en förbättring av kvaliteten i bemötandet av anhöriga och ett ökat självförtroende. Bättre bemötande av anhöriga och ökat självförtroende har varit centrala i utvecklingsprogrammet och utgör två av huvudsyftena med projektet. Flera andra mått går i positiv riktning för förändringsledarna men är inte statistiskt säkerställda.

Tabell 8. Förändringseffekter för Förändringsledare (n=18)

Indexmått	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Kvalitet i bemötande av anhöriga	3,24	3,45	.04	ökar
Självförtroende	3,30	3,46	.04	ökar

Personal inom hemtjänst och servicehus har olika arbetssituation. Av intresse är därför om förändringseffekterna sett olika ut för personal i servicehus och i hemtjänsten. Endast arbetsplatser som deltagit i medarbetarutvecklingsprogrammet, dvs interventionsgruppen, ingår i analysen.

Tabell 9. Förändringseffekter för personal i Äldreboenden – servicehus. Endast interventionsgrupp (n=128)

Indexmätt	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Lärande och utveckling	2,78	2,68	.02	minskar
Kvalitet i bemötande av anhöriga	3,40	3,53	.01	ökar
Självskattad hälsa	2,00	2,14	.03	ökar
Arbetskrav och belastning	2,28	2,21	.05	minskar
Vårdkvalitet för vårdtagare	3,41	3,47	.06	ökar

Tabell 10. Förändringseffekter för personal inom Hemtjänsten (n=73). Endast interventionsgrupp

Indexmätt	Mätning1	Mätning2	Förändring p-värde<	Riktning
Förändring krav och belastning	2,56	2,36	.00	minskar
Stöd från chef	2,80	2,96	.04	ökar
Fysisk arbetsmiljö	2,91	2,74	.02	förbättras
Arbetstillfredsställelse	3,05	3,17	.06	ökar

I båda grupperna förekommer förändringseffekter, dock inte samma. Personal i servicehus anser att kvalitet i bemötandet av anhöriga och självskattad hälsa har förbättrats medan möjligheter till lärande och utveckling har minskat. Personal inom hemtjänsten anser att arbetskrav och belastning minskat och upplever förbättringar i stöd från närmaste chef och i den fysiska arbetsmiljön. Att förändringseffekterna ser olika ut för personal i hemtjänst och servicehus har förklarliga skäl eftersom personal i hemtjänst och på servicehus har olika arbetssituationen. Varje arbetsplats har arbetat med ett lokalt förändringsprogram, där man fokuserat de viktigaste förändringarna.

Av en analys som samtidigt tar hänsyn till både grupp och tidsperspektivet framgår en gruppskillnad vad gäller inflytande och stöd från arbetskamrater, som innebär att personal i hemtjänsten upplever mindre inflytande och mindre stöd från arbetskamrater än personal i servicehus. Skillnaden finns likartad vid båda mätillfällena och ingen förändring sker över tid. För samtliga pekar trenden på mer psykosomatisk ohälsa och led och muskelbesvär över tid. En gruppskillnad finns också på så sätt att man i hemtjänsten

upplever att krav och belastning ökat mer än man upplever på servicehusen. Detta förbättras dock över tid för hemtjänstpersonalen men inte för servicehuspersonalen.

5.1 3 Enskilda frågor och mättillfällen

Varför vill man arbeta i äldreomsorgen?

I båda enkäterna ställdes frågan om varför man valt att arbeta i äldreomsorgen. Svaren överensstämmer vid båda mättillfällena. Oberoende av grupp och om frågan ställdes 1999 eller 2001, har nära 70% svarat att de har valt sitt yrke för att hjälpa andra människor och drygt 60% för att man anser att arbetet är meningsfullt och viktigt. Dessa två skäl återkommer som de viktigaste. Drygt var tredje har angett skälet att arbetet är omväxlande. Lika stor andel anger att de arbetar i äldreomsorgen för att försörja sig. Mindre vanliga skäl är flexibla arbetstider, möjlighet till deltidsarbete, lagom lång utbildning eller att arbetet ger trygghet. Ca 15% menar att de arbetar i äldreomsorgen av ren tillfällighet.

De allra flesta, nära 95%, anser vid båda mättillfällena att de har ett viktigt och meningsfullt arbete och nästan alla anser sig själva nöjda med den vård och omsorg de själva ger de äldre. Mer än 80% är nöjda med den vård och omsorg arbetsplatsen ger. 98% anser att anhöriga möts med respekt medan något färre, knappt 90% anser att de boende möts med respekt.

Arbetet har försämrats för många

Med hänsyn till organisatoriska förändringar och huvudmannaskifte inom äldreomsorgen under 90-talet, har vi ställt frågor kring hur arbetsvillkoren har förändrats. Arbetsvillkoren har för många snarare försämrats än förbättrats. Arbetsbelastning och tidspress har ökat för mer än hälften av personalen. Ansvaret har ökat vid båda mättillfällena för drygt 40% samtidigt som var tredje menar att ansvaret för patienterna känns för stort. Kunskapskraven har ökat för var tredje anställd samtidigt som det saknas tid i organisationen att lära nytt. Ca ¼ såväl 1999 som 2001 anser att delaktigheten minskat. Dialogen mellan ledning och medarbetare har minskat för var tredje anställd. Utvecklingsmöjligheterna anses låga av nästan hälften av personalen. Närmare 40% menar att personaltätheten minskat i relation till vårdtyngden. Trots detta anser 20% att möjligheten att ge god vård har ökat.

Balans mellan arbete och privatlivet

Totalt anser ¾ att arbetet i äldreomsorgen är fysiskt och psykiskt krävande och var tredje att arbetskraven är motstridiga. Knappt 70% känner kravet att ständigt hantera oväntade händelser i sitt arbete. 60% (58 resp 61%) anser att det dagliga arbetet är ansträngande eller mycket ansträngande kroppsligt. Med tanke på den psykiska och fysiska belastning arbetet innebär har vi ställt frågor kring hur arbete och privatliv balanseras. Betydligt lägre andel, (12%) 13%, upplever den kroppsliga påfrestningen i hemarbetet ansträngande eller mycket ansträngande. Drygt 80% anser att de kan utföra sitt arbete så att de är nöjda med resultatet och också att de kan koppla bort tankarna på arbetet vid ledighet. Knappt 20%, lika stor andel vid båda mättillfällena, upplever en konflikt mellan arbetet och sitt privata liv.

Personalens resurser att hantera

Vad gäller resurser för att hantera krav och belastning, anger ca 40% låg kontroll över arbetsinnehåll, arbetsprocesser och arbetstakt och ungefär lika många saknar delaktighet i de beslut som tas på arbetsplatsen. Var fjärde anställd saknar stöd från närmaste chef har minskat medan nästan dubbelt så många saknar uppskattning från chefen. Däremot känner de flesta, 85%, uppskattning från vårdtagare och deras anhöriga. Hälften av personalen ser små möjligheter att utvecklas och lära nytt i sitt arbete. Anledningen ser de flesta (71%) i bristen på tid för utveckling. Var tredje anställd anser sig ha kompetens och erfarenheter som inte tas tillvara på arbetsplatsen. En oroväckande stor andel, 83%, menar att inte belönas tillräckligt för bra arbetsinsatser.

Hälsan som förutsättning för arbete

Drygt $\frac{3}{4}$ av personalen rapporterar en mycket eller ganska god allmän hälsa. Ryggbesvär är vanliga. 81% uppger ständiga övre och 60% ständiga nedre ryggbesvär. Hälften av personalen har ständiga magbesvär. Drygt hälften (50 resp 53%) anser att nuvarande arbete gjort deras hälsa sämre. 41% av alla som svarat, lika vid båda mättillfällena, anser att de ohälsobesvär de har beror på arbetet. Vid första mätningen angav 10% och vid andra mätningen 14% att det nuvarande arbetet gjort deras hälsa bättre.

Våld och hot inom äldreomsorgen

Våld och hot om våld är ett arbetsmiljöproblem inom äldreomsorgen. Vanligast förekommande är att personal utsätts för våld eller hot från vårdtagarna eller att vårdtagare utsätter varandra. Svar redovisas från totala gruppen vid varje mättillfälle.

Tabell 11. Svar på frågor kring hot, våld, mobbing och trakasserier. Svar från 218-gruppen inom parentes

Fråga	Mätning 1 (n=601)		Mätning 2 (n=458)	
	Enstaka gång %	Utsatt mer eller mindre regelbundet %	Enstaka gång %	Utsatt mer eller mindre regelbundet %
Utsatt för våld/hot om våld från boende	41 (45)	15 (11)	35 (40)	19 (15)
Utsatt för våld/hot om våld från anhöriga	9 (10)	1 (1)	10 (11)	2 (1)
Utsatt för våld/hot om våld från personal	6 (6)	1 (1)	8 (7)	1 (1)
Utsatt för mobbing från personal	17 (18)	4 (2)	19 (17)	4 (4)
Sexuella trakasserier från personal	2 (2)	1 (0)	4 (1)	1 (1)
Sexuella trakasserier från boende	20 (25)	4 (2)	16 (17)	5 (4)
Boende utsatt för våld/hot från personal	6 (5)	2 (1)	8 (8)	2 (1)
Boende utsatt för våld/hot från anhöriga	9 (9)	1 (0)	8 (9)	1 (1)
Boende utsatt för våld/hot från andra boende	27 (30)	12 (9)	23 (23)	10 (9)

Vanligast är att man utsatts vid ett enstaka tillfälle. Andelen utsatta visar sig lika stor i totala gruppen vid både 1999 och 2001 års mättillfälle. Siffrorna överensstämmer även med svaren från den grupp som svarat vid två tillfällen.

5.2 Resultat från kompletterande studier i Solnaprojektet

Andra studier har genomförts i Solnaprojektet som komplement till effektstudien. Dessa sammanfattas här som bakgrund till effektstudien.

5.2.1 Intervjuer med anhöriga

Bastholm (2000) genomförde under november-december 1999 intervjuer med 16 anhöriga och närstående män och kvinnor till vårdtagare i boenden och i hemmet för att studera behov och deras definition, upplevelser och konsekvenser av bemötandet från personalen.

Studien visar att anhöriga och boende har olika behov. Anhöriga bär på skuld känslor och har behov av att prata med personalen om sitt sorgearbete, sin oro för vårdtagaren och osäkerhet inför framtiden men är ofta rädda att ta initiativet till dialog. Man vill bli sedd och tagen på allvar av en personal som är trygg, lyhörd och lyssnar. Personalen ses som professionell och man betonar vikten att personalen är kunnig i patientens sjukdom och har beredskap att möta människor i kris.

Anhöriga upplever sällan dåligt bemötande från personalen. Dåligt bemötande beskrivs indirekt och handlar om hur personalen bemöter den boende eller att omsorgsbehovet inte tillgodosätts i enlighet med den anhöriges önskan. Det finns en rädsla för att kritik mot personalen ska återverka på den boende.

Anhöriga som vårdar i hemmet har ett tungt arbete, är uppbundna av sitt ansvar för den äldre och behöver avlastning. Anhöriga menar också att gränsen för deras delaktighet i vården måste vara rimlig. Personal och anhöriga har ett gemensamt mål att samverka kring och kan bidra med olika kunskap om vårdtagaren. Med personalens stöd kan ett gemensamt givande och tagande bidra till målet. Dialogen är väsentlig och berikande för en helhetssyn på vårdtagaren. Man vet inte vem man ska vända sig till och har behov av en kontaktperson. Man framhåller vidare vikten av att information ges portionsvis, då man har svårt att ta till sig all information. Kontaktmannaskap ses som positivt under förutsättning att det finns en kontinuitet och att detta bidrar till ett samarbete mellan personal och anhöriga. Samarbete bryts ofta av att vikarier kommer in. Anhöriga önskar också bättre samarbete mellan yrkesgrupper för att information mellan anhöriga och personal inte ska stanna på vägen. Den information anhöriga vill ha mer av berör ofta vardagshändelser.

Anhöriga har också förståelse för underbemanning och vill inte lasta personalen för bristande tid och resurser, vilket uttrycks i citatet *"Det jag önskar kan jag inte kräva"*, dvs. mer tid, mer samtal, mer sällskap för vårdtagare.

Även om en del anhöriga föredrar att prata med personalen enskilt, uppfattas anhörigträffar som viktiga för lärande, för att reflektera över olika synsätt och för att slippa vara ensam om sin börda. Anhörigträffar är dock inte kända för alla. Anhöriga vill också ha mera konkret information om vad som händer eller planeras. Exempel på förbättringar utifrån anhörigas synvinkel är info-blad, schema hemma hos den boende över vad som berör vårdtagaren. Viss kritik riktades mot läkarnas medicinska uppföljning av de boendes hälsa.

5.2.2 Intervjuer med chefer och personal

I augusti-december 1999 genomfördes intervjuer med kursledning för förändringsledarutbildningen, förvaltningschef, projektledarna, 13 förändringsledare, 5 enhetschefer samt en representant för SKAF. Syftet var att beskriva processen med avseende på risker och framgång samt arbetsprocesser, stöd, relationer, dialog och delaktighet.

Projektet ses som en början till förändring av organisationen, dock med viss koppling till tidigare projekt som "Kom an" och "Etik och bemötande". Förändringen anses medföra höjd status och kompetens för personal närmast vårdtagaren. Ett annat syfte var att finna metoder för verksamhetsutveckling. Alla intervjuade är övertygade om att arbetet ska fortleva efter projekttidens slut. Högsta ledningen förväntar att projektet ska leda till samsyn på uppdraget och ser en mer engagerad och delaktig personal som ett mål.

Difa-grupper (Diskussionsgrupper i förändringsarbete) är en utbildning i cirkelform, riktad till all personal under ledning av de utbildade förändringsledarna. I cirklarna diskuteras också bemötande mellan personal. Återträffar (nätverk) efter utbildningen framhålls av många som viktiga för att behålla kraften genom den möjlighet de ger till råd och stöd och till reflektion.

Vad anser förändringsledare att Difa-grupper lett till? Man har vuxit som individ, relationsklimatet på arbetsplatserna har förbättrats och blivit mer öppet och tillåtande, man bemöter varandra bättre, är bättre på att lyssna, alla tillåts ha och framföra åsikter, man har lärt känna kollegor som arbetar i huset eller på andra enheter. Man har insett att det finns ett "pratbehov" och att tid måste avsättas för detta. Man känner bättre arbetslust och är helt övertygad om att hälsa, arbetstrivsel och sjukfrånvaro kommer att påverkas i positiv riktning. Förändringsledare och Difa-gruppledare är positiva till projektet och anser att det är tydligt att personalen i verksamheterna tror på projektet.

Chefer upplever förändring hos förändringsledarna i att våga framföra idéer och förslag och att man har lättare att tala inför andra. I verksamheterna menar personalen att projektet medfört att man börjat prata konstruktivt med varandra, vågar säga vad man tycker, anställda är mer frimodiga att prata inför andra. På de flesta håll har påbörjats lokalt förändringsarbete. Lokala projekt- och referensgrupper har bildats. Förändringar genomförs. Privata vårdgivare har involverats i projektet. Man ser också som positivt att projektet är forskningsanknutet.

Vad är viktigt för framgång?

I rapporten sammanfattas viktiga faktorer för framgång såsom mandat och kompetens (i sakfrågan såväl som relationskompetens) för personalen, reell möjlighet att medverka utan att överbelastas, organisationens förmåga att ta till sig förändring samt uppföljning, erfarenhetsutbyte och stöd. Chefers acceptans av underifrånperspektivet är nödvändig. Förändringsledare menar att deltagarna känner att de kan påverka och att de har chefstöd. Man är angelägen om att skapa dialog med cheferna, eftersom detta ger tillgång till tid och stöd. Framför allt anses Solnaprojektet ha nått framgång av det starka stödet från högsta ledningen, delaktighet och mandat för personalen.

Många i personalgruppen vittnar om att arbetsklimatet stadigt förbättrats och att samtalen på arbetsplatserna blivit mer öppna. Difa-grupper har varit en möjlighet att möta personal från andra våningar och att utbyta erfarenheter och perspektiv. Här har även funnits en ny möjlighet för dag-, kvälls- och nattpersonal att mötas. Att fokus på bemötande även gällt mellan personal har gjort personalen engagerad. I Difa-grupperna har

funnits utrymme för diskussion och reflektion. Problem har bearbetats i grupper arbetsplatsvis och därefter förts tillbaka för att hanteras på respektive arbetsplats.

Vikariefrågan för de medverkande har hanterats olika på olika arbetsplatser och har inte alltid löst på ett bra sätt. I vissa fall har ansvaret vilat på personalen. Det har ibland varit svårt att hitta lämpliga vikarier. De privata bolag som deltagit i projektet har haft svårare att lösa vikariefrågan eftersom arbetet här genomförts inom ramen för befintlig budget.

Delaktighet – för vem?

De intervjuade förändringsledarna har sett det som en fördel att chefer inte deltagit i Difa-grupper, eftersom detta skulle hindrat många att framföra kritik. Överordnade upplevs som hinder för öppen dialog samtidigt som man anser deras medverkan nödvändig. Man har också diskuterat vikten av att alla yrkesgrupper är delaktiga och av att dra nytta av olikheter. Viss osäkerhet framkommer angående roller i förändringsarbetet. Gränser för olika arbetsuppgifter och roller har blivit flytande och det finns risker att man trampar in i varandras revir. En slutsats som dras av intervjustudien att det krävs stöd (nätverk) i den egna gruppen för både chefer och förändringsledare.

Nätverkets funktion framstår inte lika klar för alla. Verksamhetschefer anser lokala styrgruppens funktion oklar.

Vad arbetar man med i förändringsarbetet på arbetsplatserna?

På de enskilda arbetsplatserna formuleras lokala handlingsplaner för det fortsatta utvecklingsarbetet efter Difa-grupperna. Några exempel på vilka aktiviteter som förekommit framgår av intervjurapporten.

- Broschyr med information om hemtjänsten
- Arbetsrutiner
- Kontaktmannaskap
- Organisation
- Arbetsramar – planerat - oplanerat arbete, avsatt - ej avsatt tid i hemtjänsten
- Bättre möteseffektivitet med verksamhetschefen
- Rapporteringspärm
- Kommunikation på arbetsplatsen mellan ledning och personal och mellan personal
- Förhållningssätt i livets slutskede
- Mobbingfrågor
- Revygrupp
- Hjälpmedel för boende att kunna duscha själva
- Rastmöjlighet för den som bevakar reception och larm

Kursledningens budskap är öppen dialog mellan chef - medarbetare och mellan arbetsgrupp - verksamhetschef samt vikten av att organisationen undvika envägskommunikation. Förståelse för varandras roller och uppgifter måste skapas. För detta behövs tid och utrymme. Man påpekar också vikten av att utvecklingen drivs som en del av verksamheten.

Förändringsledarna har känt starkt stöd från såväl projektsamordnare som från sina verksamhetschefer. Alla chefer välkomnar projektet men för fram synpunkter på att frånvaro belastar vårduppdraget. Vissa svårigheter fanns att få med chefer vid första informationstillfället.

Projektsamordnaren framför vissa punkter, som kunde ha gjorts bättre:

- Längre planeringstid initialt
- Grundligare förankring
- Mer dokumentation av processen
- Tydliggöra bättre för verksamhetscheferna de ekonomiska förutsättningarna för projektet.

Projektsamordnaren menar att cheferna förstått projektet under resans gång. Från chefs-håll påpekas att förändringsarbetet inte får gå stick i stäv med måldokumentet. När intervjuerna gjordes hade chefer ännu inte diskuterat chefsrollens förändring genom förändringsverksamheten. Behov finns av ledarskapsutveckling och mer stöd till verksamhetschefer. Chefer har under senare år haft en dubbelroll – att samtidigt utveckla och avveckla – och man har känt behov av handledning. Konkurrentens gentemot andra verksamhetschefer har inte varit enkel att förena med behovet av nätverk och gemenskap i den egna gruppen. Inom ramen för Solnaprojektet har verksamhetschefer skapat ett eget nätverk.

Andra förändringar

Solna kommun har genomgått omorganisationer. Omorganisationerna har lett till en omsättning av chefer. Omorganisationerna har upplevts av personalen som signaler uppifrån trots att jobbet är detsamma. Att inte behöva eller kunna ta ansvar för att följa upp genomförda åtgärder har varit ett inslag i verksamheterna, som fått återverkan på alla nivåer i organisationen. I intervjuerna uttrycks en önskan om arbetsro.

Solna stad har tagit beslut om att all verksamhet ska konkurrensutsättas, ett arbete som pågått vid sidan av projektet. Detta har medfört svårigheter för högsta ledningen att planera för fortsatt finansiering av förändringsverksamheten. En vanlig företeelse är att pengar saknas när projektet är slut. I organisationen finns farhågor för att förändringsarbetet kan rinna ut i sanden. En rädsla finns bland personalen för att privatisering kan försämra arbetsmiljökvalitet, arbetsinnehåll och vårdkvalitet. En uppgift för styrgruppen är enligt projektsamordnaren att motivera en ny privat ledning att fortsätta utvecklingsarbetet. Konkurrensutsättning upplevs både som riskfaktor och som en drivkraft. Som riskfaktor om den medför att förändringsverksamheten måste rymmas inom ordinarie budget. Som drivkraft om förändringsverksamheten utgör en konkurrensfaktor i kampen om personalen.

Ur facklig synvinkel anser man projektets organisation viktig. Tidsramen är viktig på så sätt att projektet bör följas under längre tid. Grundtanken finns implementerad hos personalen.

5.2.3 Andra pågående eller avslutade studier inom projektets ram

I en annan studie som bygger på enkätsvar från undersköterskor och vårdbiträden i Solnaprojektet (Astvik, Bejerot & Petterson, 2001), studeras arbetets innehåll i relation till stress och arbetsbelastning. Studien bekräftar Aronssons och Astviks modell från en tidigare studie om hur god omvårdnadskvalitet och bra arbetsvillkor bäst balanserades. Bäst var en arbetsdelning som innebar specialisering på en klient- eller vårdtagargrupp men med generaliserade arbetsuppgifter inom den vårdtagargruppen. I Solnastudien visades att arbetsvillkoren var genomgående mest påfrestande för vårdbiträden och undersköterskor som arbetade med en blandad klientgrupp och samtidigt vidgade arbetsuppgifter. Slutsatsen är att stress och belastning blir mindre om man får inrikta sig på en typ av vårdtagare men arbeta mera generellt med olika arbetsuppgifter inom den gruppen.

Andra studier pågår som bygger på Solnastudiens enkätstudier. I en studie uppmärksammas särskilt sjuksköterskornas situation i ett projekt som rubbar maktbalansen mellan olika yrkesgrupper. I en annan studie uppmärksammas mönster kring sjukfrånvaro och sjuknärvaro.

6 Vad som hänt under tiden i Solna stad

Ett utvecklingsprojekt lever inte sitt eget liv utan påverkas av vad som händer i omgivningen. Omorganisationer, omflyttningar av personal, chefsbyten och förändrad vårdtyngd bland de vårdtagande har generellt påverkat arbetet inom äldreomsorgen under 90-talet och i många fall varit ett hinder för utvecklingsarbete.

Även i Solna stad har omvärldsförändringar haft konsekvenser såväl för att genomdriva ett utvecklingsarbete, som att följa upp och utvärdera resultatet. Personalomsättningen har varit och är stor. Vissa arbetsplatser har haft flera chefsbyten. Många anställda saknar vårdutbildning för att ta hand om sjuka äldre. En stor andel av personalen är invandrare. I vissa fall förekommer språksvårigheter. När projektet startade 1999 hade Solna stads äldreomsorgsförvaltning nyligen omorganiserats. Den nya organisationen omfattade 11 enheter jämfört med tidigare 8 och bestod av 5 omvårdnadsboenden, 4 servicehus och 6 hemtjänstområden. Ytterligare tre omvårdnadsboenden drevs sedan tidigare av privata entreprenörer. När projektet startade fanns totalt 14 enheter. Två av enheterna genomförde inte kompetensprogrammet men personalen besvarade enkäten och fick återkoppling av arbetsplatsprofil (se nedan).

Vid uppföljningen med enkät våren 2001 ser arbetsplatserna något annorlunda ut. Egenregi-verksamhet minskar och nya utförare kommer in. Boenden har upphandlats av fyra olika entreprenörer med 2-3-årskontrakt med möjlighet till förlängning.

Under våren 2001 vill man lägga fokus på hemtjänsten. Hemtjänsten börjar förberedas inför en upphandling och konkurrensutsättning samt för egenregianbud. Det politiska uppdraget är samtidigt att kundval skall införas.

Även med olika huvudmän fortsätter man samverka. Sex av enheterna drivs nu privat. På flera av de övriga enheterna diskuteras entreprenadisering eller nya möjligheter för personalen att själva lägga anbud och överta driften. Flera enheter har nu både äldreboende och hemtjänst. Några enheter började trappa ner sin verksamhet. Personal har flyttat mellan arbetsplatser. I något fall har personalen delats på redan existerande enheter.

En del av det som hänt under projekttiden på de olika arbetsplatserna sammanfattas i nedanstående tabell. Som ett ytterligare komplement refereras till en rapport från Solna stad¹⁰, som beskriver mera i detalj hur förändringsarbetet framskridit på några av arbetsplatserna.

¹⁰ Donnersvärd HÅ & Hammarström S. Medarbetarutveckling inom Solna Stads äldreomsorg. Rapport från Solna stad, 2001

Tabell 12. Vad har hänt på olika arbetsplatser under projektperioden?

Arbetsplats	Förändringar under projekttiden
Samrehabhallen (nu 'Seniorstaden Hallen')	Seniorstaden är ett projekt som ISS CarePartner AB, Solna stad och Landstinget driver i samarbete. Samverkansavtalet mellan landstinget och Solna stad var uppsagt till 1 mars 2001. I samband med detta omstrukturerades Samrehabhallen till att omfatta 14 korttids-/utrednings/ 'väntan på'-platser, 10 rehabplatser, 4 observationsplatser och 7 dagrehabplatser.
2. Bollen.	Bollen drivs vid projektstarten som ett kommunalt äldreboende. Vid uppföljningstillfället är Bollen intakt i sin äldreboendedel. Dessutom flyttas 50% av Centrums Hemtjänst till Bollens hemtjänst.
3.Turkosen	Turkosen har både äldreboende och hemtjänst. Turkosen har under projekttiden varit en kommunal verksamhet. Här finns färre anställda kvar i servicehuset vid uppföljningstillfället. Personalen flyttar lokalmässigt men arbetsgruppen är densamma. Vissa anställda från Centrum hemtjänst övergår i Turkosen hemtjänst.
Pumpan	Pumpan är ett servicehus i kommunal regi. Pumpan har både äldreboende och hemtjänst. Vid uppföljningen är Pumpans personal intakt.
Lunda äldreboende	Vid projektstarten bestod Lunda äldrecentrum av ett sjukhem och ett ålderdomshem. Lunda blir f.o.m. 1 april 2001 två privata verksamheter. Sjukhemmet (Björkgården) och 50% av personalen stannar kvar i lokalerna och drivs av Crebona AB. Ålderdomshemsdelen inkl 50% av personalen flyttar lokalmässigt och drivs fortsättningsvis av Förenade Care AB.
Skoga äldreboende	Skoga ÄC drevs vid projektstarten i kommunal regi. Från 1 januari 2001 drivs Skoga som intraprenad. Personalen är vid uppföljningen intakt
Hallen (nu 'Seniorstaden Hallen')	Hallen drevs privat av Partena Care när projektet startade men byter till ISS CarePartner AB. Seniorstaden där även Samrehabhallen ingår, är ett projekt som ISS CarePartner AB, Solna stad och Landstinget driver i samarbete. Inriktningen är sjukhem, servicehus, hemtjänst och dagverksamhet. Hallens personal har inte deltagit i kompetensutvecklingsprogrammet
Berga omvårdnadsboende	Berga omvårdnadsområde är intakt vid uppföljningsstudien. Under projekttiden drevs Berga i kommunal regi men kommer efter projektuppföljningen att övergå till intraprenad.
Centrum hemtjänst	50% av Centrum hemtjänst blir kvar intakt men verksamheten byter namn till Turkosen hemtjänst. 50% av den ursprungliga personalgruppen går över till Bollen Hemtjänst
Hagalund-Vasalund (Berga) hemtjänst	Hemtjänsten drivs i kommunal regi och består av fyra hemtjänstgrupper. Personalen är intakt.
Huvudsta hemtjänst	Arbetsplatsen finns kvar vid uppföljningstillfället men byter namn till Lunda hemtjänst. Vissa anställda byter till Pumpans hemtjänst
Polhemsgården	Polhemsgården drivs i kommunens regi. Verksamheten har haft 8 chefer under en 3-årsperiod. Pumpan och Syrengården har tidigare varit separata enheter men enheterna har lagts ner och boende och personal har överförts till Polhemsgården. I samband med uppföljningen övergår Polhemsgården till privat chef medan verksamhetens personal förblir kommunalt anställda. Polhemsgårdens personal har inte deltagit i kompetensutvecklingsprogrammet. Polhemsgården har under projektets gång utsatts för negativ uppmärksamhet i media.
Tryggheten	Tryggheten är sedan tidigare privat och kommer att fortsätta drivas av ISS CarePartner AB.
Oskarsro	Oskarsro är sedan tidigare i privat drift. Drevs vid projektstarten av Partena Care men byter under perioden ägare till GranskapsService AB.

7 Med- och motkrafter för utveckling och förändring

7.1 Medkrafter - Framgångsfaktorer

Projektet har använt både planerings- och aktiveringsstrategin, dvs både uppifrån och nerifrån. Idéerna väcktes uppifrån och projektet initierades i samarbete mellan Solna stad och en från början externt förankrad eldsjäl, som senare anställdes i kommunen. Programmet för förändringsledarutbildningen utarbetades och genomfördes av Äldre medicinskt Centrum för Forskning, Utveckling och Utbildning, NordVästGeriatiken och representanter för Solna stads äldreförvaltning. Underifrånperspektivet innebar att personalgrupper närmast vårdtagaren aktiverats genom förändringsledarutbildning, Difa-grupper och genom att driva och detaljplanera det utvecklingsarbete som växt fram ur projektet. Enligt projektledaren i Solna äldreomsorg har man sett flera positiva effekter av projektet. Dessa uttrycks som att projektet underlättat nytänkande hos personalen eller att personalen är mer villig att ta ansvar. Projektet har haft både med- och motvind, dvs både krafter som underlättat och krafter som hindrat förändringsarbetet.

7.1.1 Engagemang och ledningsstöd

Ett stort engagemang har funnits hos såväl projektledare, förvaltningsledning och hos de undersköterskor och vårdbiträden, som deltagit i förändringsledarutbildningen. Stödet från förvaltningsledningen har byggt på engagemang. Vissa verksamhetschefer var för lite informerade och ställde sig från början avvaktande till projektet. Verksamhetschefer har efter hand förstått syftet med projektet och blivit engagerade i takt med att man sett stora vinster för verksamheten. På många av enheterna har verksamhetscheferna varit ett starkt stöd i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Styrgrupper har bildats på såväl lokal som central nivå. Dessa kommer att fortsätta sitt arbete. Här finns en risk att rollerna blir otydliga om inte ansvarsfördelningen är tydlig och klar. Rollerna mellan lokala och central styrgrupp måste tydliggöras eftersom styrgrupperna är viktiga kanaler för att sprida kunskap och erfarenheter vidare till andra verksamheter.

7.1.2 Förankring och fortlevnad

Den starka förankringen på hög ledningsnivå har varit en medkraft såväl för utvecklingsarbetet som sådant som för projektidéernas fortlevnad i organisationen. Projektet är på olika nivåer kopplat till annat pågående arbete i Solna stads äldreomsorg. I flera avseenden arbetar Solna stad för att ta tillvara projektets erfarenheter i framtiden, både för att utveckling ska byggas in i organisationen och för att höja kortutbildades status. Fortlevnaden av projektets tankar och idéer har säkrats genom att Solna stad har anställt en utvecklingsledare med ansvar för kontinuerligt utvecklingsarbete. En annan ansats är nya aktiviteter för att bygga vidare på samma grundidé och göra förändringsledarutbildning till en profession. Med ny finansiering från EU Mål 3 startas fortsättningsprojektet "Karriärstege för vårdbiträden och undersköterskor – ett kompetensutvecklingsprogram med fokus på utvecklings- och förändringsarbete"¹¹, där man inför en karriärstege i 3-

¹¹ Donnersvärd H Å & Wallerstedt-Johansson L. Projektplan för Karriärstege för vårdbiträden och undersköterskor. Solna Stads äldreförvaltning, september 2001

stegsutbildning för ett urval av särskilt engagerade undersköterskor och vårdbiträden. Karriärstegen innebär även en löneutveckling. Karriärstegen är kopplad till ett kontinuerligt utvecklingsarbete i kommunen och två förändringsledare (vårdbiträde och undersköterska) är knutna till förvaltningen genom halvtidsanställning som projektassistenter under två års tid. Efter genomgången steg 3-utbildning får man funktionen som informell processledare för förändrings- och utvecklingsarbete. Man beräknar att ca 80 undersköterskor och vårdbiträden kommer befinna sig i karriärstegen inom en 2-årsperiod. En tredje ansats för projektets fortlevnad är att kommunens förvaltningschef ingår i en EU-grupp för Stockholmsregionen och inom ramen för detta kan samarbeta med andra europeiska länder. Solna kommuns äldreomsorg kan på detta sätt stå som modell för andra organisationer.

En ytterligare garanti för fortsatt utveckling i projektets fotspår är att Solna stad tagit beslutet att fortsätta driva det systematiska arbetsmiljöarbete, som vuxit fram ur projektarbetet. En uppföljning av arbetsmiljö och vårdkvalitet med arbetsplatsprofilen som verktyg kommer i fortsättningen att genomföras vart annat år. Processen kommer allt mer att byggas in i organisationen. Ett arbete pågår för närvarande för att motivera även de privat drivna verksamheterna att samverka i detta arbetsmiljöarbete.

7.1.3 Delaktighet och aktivitet

Vid förändringsarbete måste all personal vara delaktig och aktiverad¹². Aktiverings- eller underifrånstrategin har varit modell på så sätt att undersköterskor och vårdbiträden - kortutbildade kvinnor inom omsorgen - genom förändringsledarutbildningen fått höjd status och kompetens och också reella möjligheter att själva driva idéerna vidare i samverkan med övrig personal på arbetsplatsen genom att aktivt medverka till lokala arbetsplaner.

All personal ges i projektet möjlighet till delaktighet i verksamhetsutvecklingen. En motkraft är de signaler som visar att vissa andra grupper än undersköterskor och vårdbiträden inte kunnat känna samma delaktighet. I enlighet med de regler som gällde för att få anslag från EU Mål 4, var programmet primärt riktat mot undersköterskor och vårdbiträden, som bedömdes som en prioriterad grupp. Genom att öka ”makt” och inflytande för vissa grupper på en arbetsplats, rubbas balansen i maktstrukturen och andra grupper kan känna sig hotade. Solna äldreförvaltning har försökt att hantera detta genom att med andra medel ge förutsättningar för andra grupper att delta. Även sjuksköterskor inbjöds att delta i projektet. Projektarbetstiden för undersköterskor och vårdbiträden betalades med 50% EU-medel medan sjuksköterskornas avsatta tid bekostades av förvaltningen.

Projektet har dock redan vid start skapat en uppmärksamhetsstatus genom sin inriktning. Sjuksköterskor i Solnaprojektet har i vissa fall upplevt projektet som ett hot mot den egna identiteten. När projektet startade fanns totalt 56 sjuksköterskor. Många sjuksköterskor avstod från att delta i projektet men 47 av dessa besvarade enkäten vid första mättillfället. Vid uppföljningstillfället har antalet sjuksköterskor minskat, vissa har slutat på eget initiativ och sökt sig till andra arbetsplatser. Sjuksköterskornas inställning kommer att ägnas särskild uppmärksamhet i en annan rapport.

I andra förändringsprojekt baserade på empowerment har visats att utvecklingsprojekt på arbetsplatsen lyckas bättre om alla yrkesgrupper involveras i förändringsarbetet¹³. För

¹² Svensson & Skanse, 1994; Petterson & Arnetz, 1998

¹³ Parmasund.m.fl., 2002

att nå framgång i ett förändringsarbete och för att inte bidra till en polarisering mellan olika grupper, måste alla kunna se fördelar av programmet. Eftersom förväntningar och prioriteringar kan vara olika hos ledning, fack och omsorgspersonalen närmast vårdtagarna måste syftet vara tydligt och klart för alla.

Många tillfälligt anställda har känt brist på delaktighet. På vissa lokala arbetsplatser valde man att inte skicka enkäten till tillfälligt anställda. Bristen på delaktighet för tillfälligt anställda framgår av att många svarat att de inte deltagit i Difa-grupper (se nedan) eller i det systematiska arbetsmiljöarbetet och av att 50% inte känt till arbetsplatsprofilen.

Delaktig i kompetensutvecklingsprogrammet

Difa-grupper (Diskussionsgrupper i förändringsarbete) har införts som ett nytt begrepp för det arbete som skett i kompetenscirklarna. I Difa-grupperna har de utbildade förändringsledarna fört sin kunskap vidare till övriga anställda på respektive arbetsplats. Cirklarna har pågått under hela år 2000 (i vissa fall till februari 2001) och enligt Solna stad varit välbesökta. I uppföljningsenkäten ställdes frågor kring medarbetarutvecklingsprojektet och Difa-grupperna.

Tabell 13. Svar på frågor kring projektet och Difa-grupper. Svar från 218-gruppen inom parentes

Fråga	Totalgruppen 2001 %
Nöjd med vad projektet åstadkommit	59 (59)
Sällan/aldrig funnits vikarie för att delta	34 (31)
Deltagit i Difa-grupp (disk i förändringsarbete)	31 (45)
Av dessa: Haft nytta av Difa-grp för arbetet (mkt/ngt)	53 (66)
Av dessa: Haft nytta av Difa-grp för egen del (mkt/ngt)	51 (66)

Majoriteten är nöjda med vad projektet som helhet åstadkommit. Ett hinder för projektet, påpekat av så många som var tredje har varit bristen på vikarier för att kunna ägna sig åt projektet. Detta kan vara ett skäl till att bara var tredje har svarat att de deltagit i Difa-grupp. Ett annat skäl till ett lågt deltagande är den omfattande personalomsättningen. Av dem som deltagit är mer än hälften nöjda totalt sett och betydligt fler bland dem som deltagit under hela programmet.

Delaktig i det systematiska arbetsmiljöarbetet

I sista fasen av utvecklingsprogrammet återfördes resultaten från enkätstudien arbetsplatsvis. Varje lokal arbetsplats fick återfört egna resultat i form av en arbetsplatsprofil. Arbetsplatsprofilen blev därmed ett hjälpverktyg på den lokala arbetsplatsen och ett stöd i arbetet med att formulera lokala handlingsplaner för förändringsarbetet. Vid enkätuppföljningen efter projektets slut ställdes frågor kring arbetsplatsprofilen och det systematiska arbetsmiljöarbetet. Svaren visade att endast 20-25% använt profilen. Förvånande är att mer än hälften inte vet om arbetsplatsprofilen använts. Även om få angett att den använts, menar ca 70% av dessa att man haft nytta av den.

Tabell 14. Svar på frågor kring arbetsplatsprofilen och det systematiska arbetsmiljöarbetet. Svar från 218-gruppen inom parentes.

Fråga	Totalgruppen 2001 %
A-profilen använts i förändringsarbetet på arbetsplatsen	
ja	20 (26)
nej	21 (24)
vet ej	58 (50)
Av dessa: Haft nytta av A-profilen	
mycket	15 (16)
något	54 (62)

Tydligt är att alla arbetsplatser inte har använt arbetsplatsprofilen i samma utsträckning. Arbetsplatsprofilen har använts mindre i det systematiska arbetsmiljöarbetet än vad Solna stads förvaltning och representanten för SKAF önskat. En anledning till att så stor andel som 50-60% av personalen inte vet om arbetsplatsprofilen använts, kan vara den stora personalomsättningen. I den grupp, som befunnit sig i organisationen hela projekt-tiden och svarat på båda enkäterna anser 78% av de 69 som svarat att de haft nytta av profilen.

7.1.4 Tid för reflektion

Utvecklingsprogrammet har skapat tid och utrymme för kommunikation och reflektion. Enligt projektledaren i Solna har projektet utgjort en hjälp för anställda att hantera andra omställningar inom äldreomsorgen. Projektet har permanentats på vissa enheter, där man avsatt särskild "utvecklingstid". Flera studier pekar på att stödet för vård- och omsorgsarbetare kommer från vårdtagaren och från arbetskamrater. Kontakten med arbetsgruppen har framförts som särskilt viktig för omsorgspersonal, dels för att klara påfrestningar i arbetet men också för att kommunikationen i arbetsgruppen utgör basen för att skapa de nödvändiga förutsättningarna för vårdarbetets kvalitet¹⁴. I Solnaprojektet har Difa-grupperna bildat nätverk i form av återträffar för fortsatt reflektion. Verksamhetschefer har inom ramen för projektet haft ett eget nätverk.

Kommunikation och dialog är nödvändiga förutsättningar för utveckling. Samtidigt kräver detta tid. Bristen på tid är en vanlig och återkommande motkraft till förändringsarbete i vård- och omsorgsorganisationer¹⁵. Personalen upplever att tiden tas från vårdtagaren. I Solnaprojektet har bristen på tid aktualiserats genom att vikariefrågan inte lösts på ett tillfredsställande sätt och att detta ibland tvingat personal att avstå från att delta i projektet.

¹⁴ Olsson m.fl, 1995

¹⁵ Befve m.fl, 1999

7.2 Motkrafter och hinder

7.2.1 Externprocessen som motkraft

Av föregående kapitel framgår att såväl enskilda arbetsplatser som organisationen som helhet genomgått stora förändringar under den tid som projektet pågått med privatisering, chefsbyten, omorganisation av arbetsplatser och omflyttning av personal. Solna stad ville med tiden ställa större fokus på hemtjänsten. Om övergripande förändringar ständigt pågår vid sidan av projektet blir de en motkraft genom att ta tid och kraft från förändringsarbetet.

Vid sista mättillfället ställdes uppföljningsfrågor kring förändringar som pågått under projekttiden. Dessa frågor förekom endast vid sista mättillfället och svaren redovisas både för gruppen som helhet men även för de 218 som deltagit under hela projektet.

Tabell 15. Andel som vid uppföljningstillfället redovisat att de utsatts för organisatoriska förändringar under den tid projektet pågått. Svar från 218-gruppen inom parentes.

Fråga	Totalgruppen 2001 %
Avknoppning/entreprenadisering	13 (19)
Nya arbetsuppgifter	13 (15)
Fler arbetsuppgifter	17 (22)
Andra slag av patienter/vårdtagare	10 (12)
Byte av chef	22 (25)
Stor personalomsättning	28 (32)
Personalminskning	20 (25)
Bytt arbetsplats senaste 2 åren en eller flera gånger	19 (20)

Nära var femte anger att de har bytt arbetsplats minst en gång under senaste två åren inom Solna äldreomsorg. Nära var tredje har upplevt stor personalomsättning, en av fyra har bytt chef och 20-25% har varit med om personalminskningar.

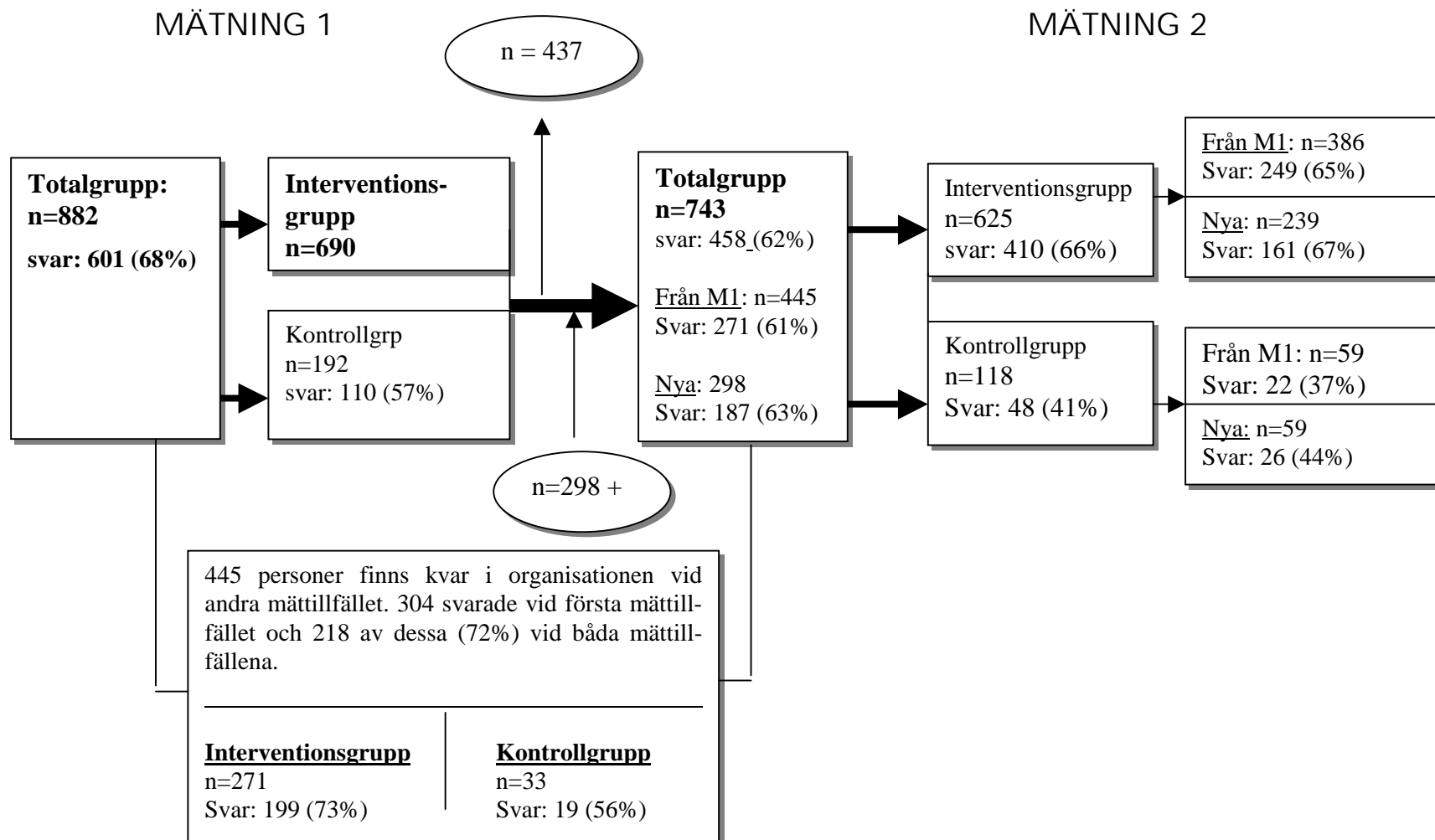
Entreprenadisering av Solna stads äldreomsorg (verksamhet läggs ut på entreprenad och drivs av ett privat bolag baserat på 3-åriga kontrakt) har varit en pågående process vid sidan av projektet, som mötts med både positiva och negativa känslor. När projektet startade var tre av enheterna i privat drift. Ytterligare två enheter har övergått till privat driftsform under projektiden. Diskussioner kring entreprenadisering och intraprenadisering pågick vid i stort sett alla arbetsplatser. För att entreprenadisering inte ska bli en motkraft för utvecklingsarbetets kontinuitet, är det väsentligt att också systematiskt utvecklings- och arbetsmiljöarbete omfattas av kontraktet med den privata vårdgivaren.

7.2.2 Personalomsättning hindrar utvecklingsarbetet

Personalomsättningen har varit omfattande under den tid projektet pågått. För många är arbetet inom äldreomsorgen ett genomgångsarbete och på alla arbetsplatser fanns många tillfälligt anställda eller timanställda.

Vid projektstarten erhöjls personallistor från respektive arbetsplats. Från listorna kunde direkt 232 personer strykas p.g.a. att de slutat, var långtidssjuka, tjänstlediga för studier, annat arbete, graviditets- eller föräldraledighet, långtidssemester, pensionerade, avlidna eller av skälet att de var anhörigvårdare.

Basenkäten skickades ut under hösten 1999 till 882 anställda. Efter flera påminnelser hade 601 svarat, vilket motsvarar 68%, 77% från hemtjänsten och 66% från servicehusen. Vid privata enheter eller vid arbetsplatser, som inte deltagit i kompetensutvecklingsprogrammet var bortfallet större. Av de 192, som inte deltagit, svarade endast 57%. Av totalt 171 personer på de tre privata arbetsplatserna besvarade 53% enkäten. Figur 3 redovisar flödet i personalgruppen under projekttiden.



Figur 3. Totalgruppens förändring under projektets gång.

Under perioden mellan mättillfällena fick 437 personer strykas från personallistorna samtidigt som 298 nya personer kom in i organisationen. Projektet avslutades vid årsskiftet 2000-2001. Uppföljning med samma enkät ägde rum i mars 2001. Enkäten gick då ut till 743 personer, varav 62% svarade. Som vid första mättillfället, krävdes även denna gång flera påminnelser. Av de 743 var 445 fortfarande kvar i organisationen sedan första enkättillfället. 61% av dessa svarade. 298 var nytillkomna; av dessa svarade 63%. Interventionsgruppen vid mätning 2 utgjorde totalt 625 personer varav 66% svarade medan 41% av de 118 i kontrollgruppen svarade. Interventionsgruppen vid andra mättillfället kom därmed att bestå av 386 gamla och 239 nytillkomna. Av dessa svarade 65% respektive 67%. På motsvarande sätt bestod kontrollgruppen av 59 gamla och 59 nytillkomna, varav 37% respektive 44% svarade på enkäten.

Ett annat sätt att studera omsättningen på personal är att fråga de anställda hur länge man arbetat inom äldreomsorgen respektive på sin egen arbetsplats. Frågorna har funnits med både 1999 och 2001 och visar hur det såg ut totalt sett i organisationen vid respektive tillfälle. Personerna är dock bara delvis desamma.

Tabell 16. Antal år man arbetat inom äldreomsorgen respektive på sin nuvarande arbetsplats vid två mättillfällen

Antal år arbetat	Mätning 1 - 1999		Mätning 2 - 2001	
	i äldreomsorgen	på arbetsplatsen	i äldreomsorgen	på arbetsplatsen
0-2	11,9	41,8	13,3	31,9
3-5	15,9	20,7	15,5	26,6
6-10	28,0	20,8	22,8	19,0
11-15	21,0	10,5	24,1	12,8
16-20	13,4	4,3	13,0	6,6
21-25	5,6	1,0	6,8	2,7
26-30	2,9	0,8	3,9	0,3
mer än 30 år	1,7	0,2	1,2	0,3
Antal personer	601		458	

63% vid första och 59% vid andra mättillfället har arbetat 5år eller mindre på arbetsplatsen. Att 42% vid första och 32% vid andra mättillfället arbetat 2 år eller mindre på sin nuvarande arbetsplats, bekräftar den stora personalgenomströmning, som vi kan påvisa i personalflöde och bortfall vid enkätstudien.

7.2.3 Åldrande personal

Den åldrande personalen framgår av totala personalens fördelning över ålder vid de två mättillfällena 1999 och 2001.

Tabell 17. Personalens åldersfördelning vid två mättillfällen

Åldersgrupp	Mätning 1 - 1999	Mätning 2 - 2001
Yngre än 20	0,4	0
21-25	7,9	6,8
26-30	11,6	10,2
31-35	14,0	10,7
36-40	13,5	15,8
41-45	13,1	14,3
46-50	12,8	11,4
51-55	12,7	13,5
56-60	9,4	10,0
61-65	4,1	7,4
Antal personer	601	458

Var fjärde 1999 jämfört med drygt 30% år 2001 är äldre än 50 år. Andelen 60+ nästan fördubblas under de två åren. Samtidigt minskar andelen personal som är 30 år eller yngre från 20% till 17%.

Den äldre personalen är en värdefull tillgång inom äldreomsorgen för att föra vidare den tysta kunskap som byggts upp under lång erfarenhet av vård och omsorg om de äldre till nyanställda. Samtidigt har undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen ett fysiskt och psykiskt påfrestande arbete, som innebär att många måste sluta arbeta i förtid.

7.2.4 Syn på arbetet i framtiden

Vid båda mättillfällena ställdes frågor om hur man såg på arbetslivet i framtiden. 57% vid första och 53% vid andra mätningen tror sig arbeta kvar på arbetsplatsen om 5 år medan 73% respektive 67% tror att de arbetar kvar inom äldreomsorgen. Det faktum att mer än 43% år 1999 och än fler, 47%, år 2001 inte tror sig arbeta kvar på samma arbetsplats inom en femårsperiod, bekräftar också den stora personalomsättningen. Något färre, 27% vid första och 33% vid andra mätningen tror inte heller att de om 5 år är kvar inom äldreomsorgen.

Endast var fjärde tror år 2001 att de arbetar kvar till pensionen, 45% är tveksamma och 30% tror absolut inte att de är kvar.¹⁶

¹⁶ Jfr Nylén & Torgén (2002): 40% av männen och 51% av kvinnorna tror inte att de kommer att arbeta fram till pensionen.

7.2.5 Invandrande arbetskraft

Språksvårigheter bland undersköterskor och vårdbiträden med utländsk bakgrund har från vissa arbetsplatser framförts som ett problem för att kunna svara på enkäterna. Ca ¼ av samtliga anställda som svarat vid första eller andra mättillfället anger att de bott i annat land än Sverige större delen av sitt liv. 17% 1999 och något större andel 25% 2001 anser inte att de talar svenska språket flytande. Många som inte talar språket flytande kan tillhöra bortfallet på enkäterna. Eftersom arbetet för undersköterskor och vårdbiträden till stor del bygger på relationer, kommunikation och dialog, finns ett stort behov av språklig kompetens.

8 Sammanfattning och diskussion

Syftet med interventionsprojektet i Solna Stads äldreomsorg var att förbättra hälsa, välbefinnande och arbetstillfredsställelse och minska risken för ohälsa bland undersköterskor och vårdbiträden. Ett annat syfte var att förbättra vårdens kvalitet genom bättre bemötande av anhöriga. Detta avsåg man åstadkomma genom hälsofrämjande resurser för personalen i form av ökat inflytande och kontroll, större delaktighet i beslut, bättre utvecklingsmöjligheter och stöd i arbetet. Ett kompetensutvecklingsprogram skulle öka självförtroende och initiativkraft hos omvårdnadspersonalen och stärka personalens möjligheter till egna initiativ och eget ansvar i det dagliga arbetet.

Ansatsen är angelägen med tanke på att insatserna riktats mot en grupp som i många avseenden utgör en riskgrupp i arbetslivet. De är övervägande kvinnor, kortutbildade, arbetar inom vård och omsorg, har lågt inflytande och stöd och små möjligheter till utveckling. Vidare har dessa kvinnor ett fysiskt tungt arbete, arbetar ofta på oregelbundna arbetstider, har hög sjukfrånvaro och har under senare år utsatts för en rad omorganisationer på sin arbetsplats. Inom gruppen finns många med annat kulturellt ursprung. Behovet av äldreomsorg ökar i samhället samtidigt som andelen personal i relation till behovet minskar, personalen blir genomsnittligt äldre och många slutar i förtid av hälsoskäl. Även om vård- och omsorgsarbete ofta upplevs mer meningsfullt än annat arbete, har detta arbete under senare år varit mindre hanterbart genom att krav inte balanserats med tillräcklig bemanning, befogenheter sällan relaterat till ansvar och genom att resurser i form av inflytande, kompetens, initiativkraft och stöd inte använts optimalt.

Flera tidigare studier har visat att vårdbiträden och undersköterskor inom äldreomsorgen är utsatta för en kombination av fysisk och psykisk belastning i sitt arbete. Stressbesvär har förklarats av fysiska besvär, möjlighet till återhämtning, relationen till arbetsledningen, hög ålder, relationen till vårdtagaren, tidsanpassning och höga krav¹⁷. Nya vårdgrupper, som omfattar äldre och sjukare vårdtagare än tidigare, har påvisat behovet av vidgade kunskaper om äldres sjukdomar och större beredskap att hantera oväntade och svåra situationer¹⁸. Relationer är viktigast för vårdarbetsares arbetsvillkor. Samhörighet med arbetskamrater och stöd från arbetsledningen är väsentligt för att arbetet ska fungera och utan koppling till organisationen som helhet via arbetsledaren, blir arbetsgruppen sårbar^{19 20 21}.

Stort behov finns av nytänkande i sättet att genomföra vård- och omsorgsarbete så att det är hälsofrämjande för både personal och vårdtagare. Förutsättningen för en god vård och omsorg är hög arbetstillfredsställelse och en god och hållbar arbetshälsa för den som ska utföra vården. I förändring av det dagliga arbetet måste den berörda personalen vara delaktig. Avsikten i Solnaprojektet var hög delaktighet för alla. Resultatet antyder att undersköterskor och vårdbiträden känt hög delaktighet men att andra yrkesgrupper och tillfälligt anställda inte varit lika delaktiga. Att vikariefrågan inte har kunnat lösas tillfredsställande på alla arbetsplatser påpekas av var tredje i enkät-svaren. Eftersom arbetets art i vård- och omsorgsorganisationer sätter gränser för

¹⁷ Svensson & Skanse, 1994

¹⁸ Olsson m.fl., 1995

¹⁹ Aronsson m.fl., 1994

²⁰ Olsson m.fl., 1995

²¹ von Hamm, 2001

allas deltagande samtidigt, har programmet byggts i en flerstegsmodell, som slutligen mynnar i att alla på den enskilda arbetsplatsen kan medverka i det kontinuerliga förändringsarbetet. För att lyckas i ett förändringsarbete och för att inte bidra till en polarisering mellan olika grupper, måste alla kunna se fördelar av programmet. Verksamhetschefer i Solnaprojektet var inte tillräckligt informerade från början men många har blivit engagerade då de sett fördelar för verksamheten. Att arbetsledare har en betydelsefull roll i förändringsprojekt som en länk till organisationen som helhet har tidigare uppmärksammats. Om arbetsledningen ställs utanför projektet, finns en risk att utvecklingsarbetet inte får det nödvändiga fästet i den ordinarie verksamheten²².

Av andra utvärderingar av förändringsprojekt baserade på empowerment framgår att utvecklingsprojekt på arbetsplatsen lyckas bättre om alla yrkesgrupper involveras i förändringsarbetet²³.

Även om Solnaprojektet delvis planerats uppifrån har empowermenttanken genomstrukturerat projektet för att ge inflytande, ansvar och handlingsutrymme till personal som arbetar närmast vårdtagare och anhöriga. Man har försökt få idéer och förändringar att bestå med hjälp av nätverk, påbyggnadsprojekt och en fast anställd utvecklingsansvarig. Arbetet har byggts in i organisationen för att stimulera ett långsiktigt systematiskt arbetsmiljöarbete. Genom dessa åtgärder kan man också lättare ta tillvara erfarenheterna och kunskaperna från projektet för kommunen som helhet.

Utvärdering av projektet 'Medarbetarutveckling' har skett med enkäter före och efter projektet. Avsikten från början var också att jämföra med en kontrollgrupp av personal som inte deltagit i programmet. Kontrollgruppen är dock inte representativ då man i betydligt lägre grad har svarat på enkäterna. Interventions- och kontrollgrupp har inte heller varit jämförbara med tanke på olika externa processer, något som ofta är fallet vid förändringsprojekt på arbetsplatser och som kan ge kontrollgrupp mindre värde vid utvärdering av förändring.

Personalomsättningen i Solna äldreomsorg har varit stor, entreprenadisering av arbetsplatser har skett under tiden och de ständiga förändringarna är motkrafter mot kontinuitet och förändringsentusiasm i projektet. Personalomsättningen har medverkat till ett stort bortfall över tid, som drabbat både förändringsarbetet i sig och enkätstudien. En mindre grupp har kunnat följas över tid. Gruppen är i kön, yrke och anställningsform representativ för samtliga som svarat men genomsnittligt något äldre, vilket kan förklaras av att tillfälligt anställda ofta är yngre, som ser arbetet i äldreomsorgen som ett genomgångsarbete.

De positiva förändringseffekter som uppnåtts i interventionsgruppen visar en ökning av den självskattade hälsan, en svag tendens till ökat inflytande samt att personalen i interventionsgruppen upplever en förbättrad kvalitet i vård och omsorg av de äldre och i bemötandet av anhöriga. För förändringsledare ökar förutom upplevd kvalitet i vård och omsorg av de äldre även självförtroendet. Med reservation för en sämre tillförlitlighet i resultaten från kontrollgruppen, förbättras inget av detta i kontrollgruppen, där såväl arbetskrav och belastning, fysik arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse och vård och omsorgskvaliteten i stället försämras. Vi kan också se att förbättringar har skett på olika sätt för interventionsgruppens hemtjänst- och servicehuspersonal.

²² Svensson & Skanse, 1994

²³ Parmasund m.fl., 2001

För servicehuspersonalen ökar den självskattade hälsan och kvaliteten i bemötandet av anhöriga medan hemtjänstpersonalen visar förbättring i den fysiska arbetsmiljön och i stödet från arbetsledningen. Man upplever också att krav och belastning minskar över tid. Resultatet är förklarligt med tanke på att arbetssituationen i servicehus och hemtjänst ser olika ut och att man i lokala arbetsplaner anknutit sitt förbättringsarbete till den aktuella arbetssituationen.

Av förbättringsresultaten är kvaliteten gentemot vårdtagare och i bemötandet av anhöriga framträdande. Detta var också ett av Solnaprojektets huvudsyften. Som i många andra förändringsprojekt inom vård och omsorg är vårdkvaliteten fokuserad. Vad som ger Solnaprojektet ytterligare en dimension är att även arbetsmiljökvalitet och arbetshälsa samtidigt ingår i syftet. Vikten av att kombinera dessa syften har påpekats i studier inom hemtjänsten av Aronsson och medarbetare²⁴ som menar att arbetsmiljö och organisationsutveckling bör sätta fokus på både god arbetsmiljö och god vård och omsorgskvalitet eftersom aspekterna förutsätter varandra. Det är inte heller förvånande att vård- och omsorgspersonal upplever vårdkvaliteten mera primär än den egna arbetssituationen. Det som omsorgspersonal upplever viktigast i sitt arbete är vårdtagarens hälsa.

Det andra övergripande syftet i Solnaprojektet var att förbättra hälsan hos omsorgspersonalen. För den självskattade hälsan i stort finns för interventionsgruppen en förbättring över tid som är mest tydlig för den personal som arbetar på servicehusen. Projektet har däremot inte minskat ohälsan. Både psykosomatisk ohälsa och led- och muskelbesvär ökar likartat både för totala uppföljningsgruppen och i interventionsgruppen. Bristen på synliga hälsoeffekter i hälsofrämjande projekt är känd och kan sannolikt förklaras av för korta uppföljningstider.

Att öka individens resurser i form av inflytande, självförtroende och initiativkraft var viktiga hälsofrämjande syften i projektet. Interventionsgruppen visar en tendens till förbättrat inflytande medan självförtroendet endast visar tydlig ökning för förändringsledare. Förändringsledarna har genomgått förändringsledarutbildningen och fört vidare kompetensen genom att utbilda sina arbetskamrater, vilket innebär att de har varit särskilt aktiva i projektet. En företeelse som finns beskriven i litteraturen när det gäller flerstegsmodellen (train-the-trainee) i kompetensutvecklingsprogram, är just att effekter är mer påtagliga för den som har den aktiva rollen att utbilda andra.

Även förbättringar i arbetsmiljön har i viss mån varit synliga. Framför allt har arbetsmiljön inte försämrats över tid i den utsträckning som påvisats i många andra studier i vård och omsorg under perioden.

Som helhet har ca 60 % av alla som svarat på enkäten 2001 varit nöjda med vad projektet åstadkommit. Utvecklingsprogrammet har skapat tid och utrymme för kommunikation och reflektion över det dagliga arbetet och enligt projektledaren i kommunen varit en hjälp för personalen att hantera andra omställningar inom äldreomsorgen. Brist på tid för detta är annars vanligt inom vård- och omsorgsorganisationer. På vissa arbetsplatser i Solna har man som en följd av projektet permanent avsatt särskild "utvecklingstid". I litteraturen har tidigare påpekats att kunskap och handlingskraft uppstår i dialoger och möten mellan individer och grupper och att utvecklingsarbetets fortlevnad beror på i vilken utsträckning engagerade medarbetare kan finna tid och

²⁴ 1994

mötesplatser för att hålla kvar gruppkänslan²⁵. Man har också uppmärksammat vikten att avsätta regelbundna mötestider för att undvika att tankar och idéer ska rinna ut i sanden²⁶.

En motkraft i projektet som återkommer som ett övergripande problem för förändringsprojekt inom äldreomsorgen, är den stora genomströmningen av personal. Personalomsättningen är ett hinder för allt utvecklings- och förändringsarbete och försvårar uppföljning och utvärdering. En viktig framtidsfråga för äldreomsorgen är därför att behålla en stabil personal.

Stora insatser behövs för att ge arbetet i äldreomsorgen högre status genom att göra det mera attraktivt som permanent arbete. Inflytande och stöd behöver förbättras för den vårdande personalen men kraven ökar också på utbildning, personalutveckling, introduktion och handledning. En viktig slutsats i den utvärdering av 16 arbetslivsprojekt inom hemtjänsten genomförd av Aronsson och medarbetare är att organisationen i sig inte har förändringskompetens utan att organisationens förmåga att nå målen hänger på enskilda individer och på den kompetens och handlingskraft som uppstår ur dialoger mellan individer och grupper. I rapporten sägs vidare att förändringsarbete som inte tar hänsyn till samspelet mellan kompetenssatsning och arbetsfördelning i organisationen, kan motverka sitt syfte. Solna kommun har kommit en bit på väg i detta arbete. Solna kommun har också planerat inför framtiden för att bevara det kompetenskapital som projektet genererat.

²⁵ Aronsson m.fl., 1995

²⁶ Svensson & Skanse, 1994

9 Referenser

1. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur & Kultur, 1991.
2. Arbetsmiljölagen (AML) 1997:1160; 1991:677 (prop. 1993/94:186)
3. Arbetsmiljön, 1999. SCB, Statistiska meddelanden, 1999.
4. Aronsson G, Astvik W, Kilbom Å, Nygård C-H, Petersson NF, Torgén M. Vårdbiträde i öppen hemtjänst och vid servicehus. En studie av fysiska, ergonomiska och psykosociala faktorer i arbetet och deras relation till fysisk funktionsförmåga, hälsa, välbefinnande och ålder. *Arbete & Hälsa*, 1994:32.
5. Aronsson G, Astvik W, Freed Solfeldt M, Svensson L. Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten 1995.
6. Astvik W, Bejerot E & Petterson I-L. Gränser i omvårdnadsarbete. En studie om arbetets innehåll, villkor och kvalitet. *Arbete och Hälsa*, nr 2001:16.
7. Bastholm P. Anhörigas upplevelser av personalens bemötande – en intervjustudie inom äldreomsorgen i Solna Stad. Rapport från Yrkesmedicin, 2000.
8. Befve N, Wreder M & Gustafsson RÅ. Vad vet vi om äldreomsorgens arbetsmiljö? En inventering av enkätundersökningar. FoU-rapport 1999:6, Stockholms Stad, 1999.
9. Berg L & Bjärås G. Utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande arbete – en metodbok. Lund, Studentlitteratur, 1996.
10. Blomgren M. Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Akad avhandling, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet, nr 78, 1999.
11. Brage R. Processtudie i Solnaprojektet. Medarbetarinflytande och kompetensutveckling inom äldreomsorgen i Solna stad. Stencil, 2000.
12. Brunnberg H m.fl. Att skapa goda arbetslivsprojekt – från idé till genomförande. En utvärdering av initiering och implementering av 32 projekt i Stockholms läns landsting som erhållit bidrag från Arbetslivsfonden. Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 1996:11.
13. Donnersvärd HÅ & Hammarström S. Medarbetarutveckling inom Solna stads äldreomsorg. Utvärdering av EU-projekt, Växtkraft Mål 4, 1999-2000.
14. Donnersvärd H Å & Wallerstedt-Johansson L. Projektplan för Karriärstege för vårdbiträden och undersköterskor. Solna Stads äldreförvaltning, september 2001.
15. Drydén G & Vos J. Inlärningsrevolutionen. Brain Books, 1996.
16. Eckerlund I, Håkansson S & Svensson H. Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Ett uppdrag från HSU 2000. Spri rapport 374, Stockholm, 1994.
17. Ekberg K & Svedin L. Patienten själv arbetar aktivt mot uppställda mål. *Läkartidningen*, 1998, 95(21), 2473-78.
18. Folkhälsans villkor. Nationella Folkhälsogruppen, rapport 9, 1991.
19. Forsberg E & Starrin B. Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv. Göteborg, Gothia, 1997.
20. Garber J & Seligman MEP (Eds). *Human helplessness. Theory and application*. New York, Academic Press, 1980.
21. Israel BA, Baker EA, Goldenhar LM, Heaney CA & Schurman SJ. Occupational stress, safety and health. Conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *J Occup Health Psychology*, 1996, 1(3), 261-286.
22. Karasek RA & Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books Inc Publishers, 1990.

23. Konarski K. Jordmån för ett gott liv. Psykosociala faktorerers inverkan på folkhälsan samt åtgärdsförslag. Idéskrift från Folkhälsogruppen, nr 16. Kommentus förlag, 1992.
24. Lazarus RS & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer, 1984.
25. Levi L. Folkhälsa, makt och demokrati. LOs demokratiarbete. Folket styr, 1998.
26. Medarbetarutveckling inom Solna Stads äldreomsorg – kompetensutveckling med fokus på bemötande av anhöriga. Projektplan. Stockholm 1998-10-16.
27. Menckel E & Thomsson H. Vad är hälsofrämjande arbetsplatser? Ett svenskt perspektiv. Stockholm, Arbetarskyddsnämnden, 1997.
28. Naidoo J & Wills J. Practising Health Promotion. Dilemmas and challenges. Baillière Tindell, The Bath Press, Avon, 1998.
29. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Prop 1997/98:113.
30. Nilsson A. Att främja kvinnors hälsa. Ett diskussionsunderlag utifrån femton ohälsoområden. Yrkesmedicinska enheten, Stockholm, 1998.
31. Nylén L & Torgén M. Under vilka förhållanden vill äldre personer yrkesarbeta? Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport nr 2002:2.
32. Olsson E, Ingvad B, Hansson K. Arbetsorganisation och gruppklimat i hemtjänsten. Socialvetenskaplig tidskrift, nr 3, 1995.
33. Parmander M. "Alla måste vara med, så enkelt är det...": Om delaktighet och kommunikation i förändringsarbete: processutvärdering av planerings- och mobiliseringsfaserna i projektet Nytt arbetssätt i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Rapport från Centrum för Hälso- och sjukvårdsutveckling, Huddinge, Samhällsmedicin Syd, 1999.
34. Parmasund M, Brunnberg H, Petterson I-L & Backman L. Utvärdering av projektet Hälsa – arbetsliv – kvinnoliv (HAK). Arbetsrapport, Arbets- och Miljömedicin, 2002, kommande rapport från Folkhälsoinstitutet.
35. Petterson I-L & Arnetz B. Psychosocial stressors and well-being in health care workers. The impact of an intervention program. Soc Sci Med, 1998, 47, 1763-1772.
36. Petterson I-L, Donnersvärd HÅ, Hammarström S, Lagerström M & Toomingas A. Delaktighet och inflytande ökar personalens initiativkraft. Vård 3, s 10-15, 2000.
37. Petterson I-L, Donnersvärd HÅ, Hammarström S, Lagerström M, Toomingas A. Competence development as a method to improve health of auxilliary and practical nurses in eldercare. Poster at the International Conference of Occupational Health, ICOH Singapore, 27 August – 1 September, 2000.
38. Petterson I-L & Backman L. Klimatundersökning i nordvästra sjukvårds-/produktionsområdet 1998. Rapport från Yrkesmedicin, 1999.
39. Siegrist J. Adverse health effects of high efforts – low reward conditions at work. J Occup Health Psychology, 1996, 1(1), 27-41.
40. Folkhälsorapport 1997. Stockholm, Socialstyrelsen, 1997:18.
41. Folkhälsorapport 2001. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001.
42. Svensson L & Skanse M. Hemtjänsten. Utveckling och 6-timmarsdag. Kommentus förlag & Arbetsmiljöfonden, 1994.
43. Svensson L & von Otter C. Projektarbete teori och praktik. Med sagan om diamanten som sprängdes. Stockholm, Santéus förlag, 2000.
44. Systematiskt arbetsmiljöarbete. AFS 2001:1 (se www.av.se).
45. Von Hamm A. Den goda arbetsplatsen inom äldreomsorgen. Kunskapsöversikt. Rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001:2.
46. Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet. Delbetänkande från kommittén välfärdsbokslut. SOU-rapport 2000:3.

Bilaga 1

Tabell 18. Delfrågor som ingår i index.

INDEX	Delfrågor
Arbetsbelastning och arbetskrav	Krav på hög arbetstakt utan möjlighet att varva ner Krav på större kunskaper än jag har Alltför känslomässigt påfrestande arbete med gamla/sjuka Arbetet kräver snabba och svåra beslut Krav på att hantera oförutsedda händelser Alltför krävande att ständigt bemöta boende och anhöriga Arbetet innebär motstridiga krav Ansvaret för de boende känns för stort
Stöd från chef	Överens med närmaste chef Stöd från närmaste chef vid problem i arbetet Uppskattning i arbetet av närmaste chef Chefen skapar förutsättningar för att utföra bra arbete Stöd för egna initiativ i arbetet
Stöd från arbetskamrater	Kommer bra överens i arbetsgruppen Stöd från arbetskamrater vid problem i arbetet Uppskattning i arbetet av arbetskamrater
Stöd från boende och anhöriga	Arbetet uppskattas av de boende Arbetet uppskattas av boendes anhöriga
Inflytande och kontroll	Kan påverka vilka arbetsuppgifter som ska utföras Kan påverka hur arbetet ska läggas upp Kan påverka när arbetsuppgifterna ska utföras Möjlighet att själv bestämma arbetstakten Arbetet innebär frihet att ta egna initiativ
Lärande och utveckling	Tillräckligt stimulerande och engagerande arbete Arbetet känns meningsfullt och viktigt Arbetet innebär att lära nytt och utvecklas Kunskaper och erfarenheter tas tillvara i arbetet Klara instruktioner för att utföra arbetet bra Handledning att hantera oförutsedda händelser/svåra beslut Tid för lärande och utveckling i arbetet
Förändrad arbetsbörda	Arbetsbelastningen har förändrats Tidspress i arbetet har förändrats Övertidsarbete har förändrats Personalstyrka i förhållande till vårdtyngden har förändrats
Förändrade resurser att hantera	Möjligheter att utvecklas och lära nytt har förändrats Stöd och uppbackning från chefen har förändrats Inflytande och kontroll över eget arbete har förändrats Användning av kunskaper och erfarenheter har förändrats Delaktighet i verksamheten har förändrats Samarbete med kollegor på arbetsplatsen har förändrats Samarbetet mellan yrkesgrupper på arbetsplatsen har förändrats Dialogen mellan ledning och medarbetare har förändrats
Tydlig organisation	Klara och tydliga arbetsrutiner Klara och tydliga arbetsmetoder Klara och tydliga befogenheter Klar och tydlig ansvarsfördelning Klara och tydliga handlingsplaner (vård/hot, arbetsmiljö)
Effektivitet och mål	Beslutsgången fungerar smidigt Arbetet planeras noga

	<p>Effektiviteten är hög Alla arbetar mot samma mål Målen uppfylls Utvärderar om målen uppfylls Arbetar tillsammans oavsett yrke Samverkar bra med sjukvården</p>
Ledarskap	<p>Lyssnar på medarbetarna Tar vara på medarbetarnas kompetenser Tydliggör målen för verksamheten Har förmåga att leda och fördela arbetet Följer upp att beslut genomförs Skapar konfliktfri stämning Tar snabbt tag i problem som uppstår Ger klara direktiv om ansvar/befogenheter</p>
Vårdkvalitet – boende	<p>Boende bemöts med respekt Boende får ett vänligt bemötande Boende får information om egenvård Boende informeras om undersökningar, provtagningar, behandlingar Boende kan själva påverka sin vård och omsorg Boende får information om vad som händer på äldrecentrat Nöjd med vård och omsorg som arbetsplatsen ger boende Nöjd med vård och omsorg man själv ger boende Boende är nöjda med den vård och omsorg de får Kan utföra arbetet så att jag är nöjd med resultatet</p>
Kvalitet i bemötande av anhöriga	<p>Anhöriga/närstående bemöts vänligt Anhöriga/närstående bemöts med respekt Anhöriga/närstående tillåts vara delaktiga i vården Anhöriga/närstående har möjlighet att påverka vården av boende</p>
Fysisk arbetsmiljö	<p>Tunga förflyttningar/lyft av patienter Bärande, lyftande eller stöttande Annat tungt arbete som gör dig svettig eller andfädd Upprepning av samma arbetsrörelser många gånger Framåtböjda, vridna, besvärliga arbetsställningar Plötsliga oväntade ansträngningar Stora krav på precision</p>
Arbetstillfredsställelse	<p>Trivs i stort sett på arbetsplatsen Nöjd med fastställda arbetstiden Arbetsplatsens stämning lockar fram bra prestationer Arbetsplatsens stämning tillåter att man säger vad man tycker Stolt över vad vi åstadkommer på arbetsplatsen</p>
Psykosomatisk ohälsa	<p>Huvudvärk Spänningar i muskler (rynkar panna/drar upp axlar/biter) Hjärtklappning, smärta/tryck i bröstet Oro, sveda eller smärta i magen</p>
Muskel och ledbesvär	<p>Smärta/besvär i nacke/skuldror/axlar/bröstrygg Smärta/besvär i armar eller händer Smärta/besvär i ländrygg eller korsrygg Smärta/besvär i höfter, ben eller fötter Spänningar i muskler</p>
Stressbesvär	<p>Svårt att somna/orolig sömn av tankar på arbetet Stressad/jäktad Orolig att inte bli färdig i tid med arbetsuppgifter Orolig att inte klara svårt, krävande arbete</p>

Initiativkraft	Tar problem/konflikter i arbetet som utmaning och försöker hitta lösningar Tar initiativ till diskussion för att lösa problemet Behåller problemet för mig själv Anpassar mig och låter andra lösa problemet
Utmattnig	Senaste året känt... fysisk trötthet psykisk trötthet rastlöshet irritation ängslan och oro nedstämdhet håglöshet koncentrationssvårigheter social trötthet
Välbefinnande	Jag kan koncentrera mig på vad jag gör Jag känner att jag spelar en betydelsefull roll för andra Jag har lätt för att fatta beslut Jag kan uppskatta det positiva i tillvaron Jag kan ta itu med svårigheter Jag känner mig ganska lycklig på det hela taget
Självförtroende	Jag tycker jag har många goda egenskaper Jag önskar att jag kunde känna större respekt för mig själv Jag anser att jag åtminstone är lika mycket värd som andra Jag har inte mycket att vara stolt över Jag har en positiv inställning till mig själv Ibland känner jag mig verkligen onyttig Jag kan göra saker lika bra som andra På det hela taget tenderar jag att känna mig misslyckad Ibland tycker jag att jag inte duger till någonting På det hela taget är jag nöjd med mig själv
Egenkontroll	Finns verkligen inget sätt som jag kan lösa en del av de problem jag har Ibland tycker jag att jag bara flyter omkring i tillvaron Jag har inte mycket att säga till om i sådant som gäller mitt liv Jag kan genomföra nästan vad som helst som jag bestämt mig för Jag känner mig ofta hjälplös när jag ställs inför problem i livet Det som händer mig i framtiden beror mest på mig själv Det finns inte mycket jag kan göra för att påverka de viktiga sakerna i mitt liv
Känsla av sammanhang	Brukar du kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner svårlösta Brukar du känna att ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse Brukar du känna att saker och ting som händer i ditt dagliga liv är svåra att förstå

Bilaga 2

Medelvärden för index för de två grupperna samt totalt 1999 (M1) och 2001 (M2).

Tabell 19. Medelvärden för index (1-5) för respektive grupp och mättilfälle samt för totala gruppen vid varje mättilfälle²⁷.

Indexmätt	Grupp1		Grupp 2		Totalt	
	M1 (n=218)	M2 (n=218)	M1 (n=383)	M2 (n=240)	M1 (n=601)	M2 (n=458)
(högre värden innebär...)						
Arbetskrav och belastning (högre krav och belastning)	2,26	2,26	2,23	2,24	2,24	2,25
Stöd från chef (starkare stöd)	2,92	2,93	2,85	3,01	2,88	2,97
Stöd från arbetskamrater (starkare stöd)	3,03	3,05	3,07	3,09	3,05	3,07
Stöd från boende och anhöriga (starkare stöd)	3,19	3,22	3,19	3,17	3,19	3,20
Inflytande och kontroll (större inflytande och kontroll)	2,76	2,81	2,82	2,80	2,80	2,81
Lärande och utveckling (bättre lärande och utveckling)	2,76	2,69	2,61	2,77	2,64	2,73
Förändring i krav och belastning (försämrad arbetsbörda)	2,35	2,32	2,26	2,23	2,29	2,27
Förändring i resurser att hantera (förbättrade resurser att hantera)	2,11	2,09	2,04	2,11	2,07	2,10
Tydlig organisation (tydligare organisation)	2,83	2,86	2,77	2,85	2,79	2,85
Effektivitet (högre effektivitet)	2,80	2,81	2,72	2,85	2,75	2,83
Ledarskap (bättre ledarskap)	2,87	2,80	2,70	2,90	2,76	2,85
Vårdkvalitet boende (högre vårdkvalitet)	3,38	3,42	3,34	3,37	3,35	3,40
Kvalitet och bemötande av anhöriga (högre kvalitet i bemötande)	3,46	3,54	3,43	3,40	3,44	3,47

²⁷ M=mättilfälle; n=antal individer; statistisk skillnad innebär p<0.05)

Markering i tabellen innebär statistisk skillnad (p<0,05) mellan grupperna vid samma mättilfälle

Fysisk arbetsmiljö (sämre fysisk arbetsmiljö)	2,80	2,81	2,79	2,77	2,79	2,79
Arbetsstillfredsställelse (högre arbetsstillfredsställelse)	3,13	3,16	3,05	3,15	3,08	3,16
Psykosomatisk ohälsa (mer psykosomatiska ohälsa)	1,76	1,88	1,82	1,77	1,80	1,82
Led och muskelbesvär (mer led och muskelbesvär)	2,10	2,24	2,07	2,03	2,08	2,13
Stressbesvär (starkare stress)	1,96	2,01	1,98	1,98	1,97	1,99
Initiativkraft (starkare initiativkraft – mera aktiv)	3,11	3,12	3,07	3,15	3,08	3,14
Utmattning (mer utmattning)	2,07	2,11	2,08	2,10	2,07	2,11
Välbefinnande (högre välbefinnande)	3,14	3,12	3,11	3,16	3,12	3,14
Självförtroende (bättre självförtroende)	3,34	3,38	3,30	3,41	3,31	3,39
Egenkontroll (bättre egenkontroll)	3,29	3,31	3,25	3,27	3,26	3,29
Känsla av sammanhang (starkare känsla av sammanhang)	3,68	3,67	3,59	3,63	3,62	3,65