



HÖGSKOLAN
DALARNA

Kandidatexamen

Ledarskap för att främja hälsa hos medarbetare

En fallstudie om hälsoarbete på linjechefsnivå

Leadership to promote health among employees

Författare: Emma Björklund & Charlotte Bruér
Handledare: Bengt Pontén
Examinator: Hajo Holtz

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden

Ämne: Personal och arbetsliv
Kurs: Examensarbete
Poäng: 15 hp

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

Förord

Författarna vill först och främst tacka Borlänge Kommun för att vi fick genomföra studien i er organisation. Tack till personalkontoret för ert trevliga bemötande, snabba återkoppling och visat engagemang under hela studiens gång. Författarna vill också rikta ett tack till samtliga medarbetare och enhetschefer som deltog från kost-och lokalservice i Borlänge Kommun, ni har varit ovärderliga för denna studie.

Under studieprocessen gång har våra nära och kära funnits som ett stort stöd vilket vi båda är väldigt tacksamma för.

Slutligen vill författarna också tacka kursansvarig Mårten Hugosson samt vår handledare Bengt Pontén för ovärderligt stöd och uppmuntran till vårt lärande.

Borlänge 2015-06-19

Emma Björklund och Charlotte Bruér

Summery

The author's common interest for healthy employees, brought reason to study how line managers can manage and develop this with support from HR. Previous research highlights that knowledge of how health is promoted is missing. Line managers have a key role in working with contributors' health. **The aim of the study** is to investigate how managers are working for the well-being of employees and which aid dedicated to line managers from the HR function, and how support and the work with employees' health can be developed. This study also investigates the approach on health from each party. **The method** consisted of a case study, including data collection through depth interview with HR and focus group interview with heads of unit. **The result** of the HR interview showed overwhelming support in individual conversations, but lack of resources for the support function. HR requested additional resources and more health promotion work instead of rehabilitation. Heads of unit are working with a wellness initiative for healthy contributors. Development points were found in increased support, developed wellness options, increased participation and performance appraisals with a focus on the individual's health status. **The findings** show that heads of units are working with participation, attendance and health care but want more focus on the individual's health status. HR needs resources in order to support the heads of units in their health care. A common approach is missing between HR and heads of unit in their work for health promotion. Education, approach and support should be developed on the basis of the organization's overall context.

Key words: well-being, promoting health, wellness, leadership, support, HR, resources

Sammanfattning

Författarnas gemensamma intresse för välmående medarbetare, väckte grund till att studera hur linjechefer kan hantera och utveckla detta med stöd från HR. Tidigare forskning belyser att kunskap saknas om hur hälsa främjas. Linjechefer anses ha en nyckelroll i arbetet med välmående medarbetare. **Syftet** med studien är att undersöka hur linjechefer arbetar för välmående medarbetare samt vilket stöd som tillägnas linjecheferna från HR-funktionen, samt hur stödet och hälsoarbetet kan utvecklas. Slutligen önskas utläsa vilket synsätt som präglar parternas hälsoarbete. **Metoden** utgjordes av en fallstudie, innefattande datainsamling genom djupintervju med HR, och fokusgruppintervju med enhetschefer. **Resultatet** från HR-intervjun påvisade att HR ger starkt stöd främst i enskilda samtal och att resurserna för stödfunktionen är bristande. HR önskade ytterligare resurser och ett mer hälsofrämjande arbete istället för ett rehabiliteringsinriktat. Enhetscheferna arbetar med en friskvårdssatsning för välmående medarbetare. Utvecklingspunkter återfanns i ökat kommunövergripande stöd, utvecklade och medarbetarledda friskvårdsalternativ, ökat deltagande från medarbetare samt medarbetarsamtal med fokus på individens hälsa. **Slutsatserna** visar att enhetscheferna arbetar med delaktighet, närvaro och friskvård men vill ha mer fokus på individens behov. HR behöver ökade resurser för att stödja enhetscheferna i hälsoarbetet. Gemensamt synsätt saknas mellan HR och enhetscheferna i hälsoarbetet. Utbildning, synsätt och stöd bör utvecklas övergripande utifrån organisationens kontext.

Nyckelord: välmående, främjande hälsoarbete, friskvård, ledarskap, stöd, HR

Innehåll

1. Inledning	1
1.1 Definitioner av centrala begrepp i studien	2
1.1.1 Hälsa	2
1.1.2 Hälsöfrämjande	2
1.2 Bakgrund om organisationen	3
1.3 Problemformulering	3
1.4 Syfte.....	4
1.5 Frågeställningar	4
1.6 Avgränsning	4
2. Teoretisk referensram	5
2.1 Ledarskap i hälsoarbete	5
2.1.1 Grundläggande arbetsmiljöarbete	5
2.1.3 Viktiga komponenter relaterade till ett ledarskap i hälsoarbete	6
2.2 Stöd för ledare i hälsoarbete	8
2.3 Synsätt i hälsoarbetet	9
3. Metod	12
3.1 Val av metod och forskningsansats	12
3.2 Fallstudie	13
3.3 Urval.....	14
3.4 Förberedande inför intervjuerna	15
3.4.1 Intervju med HR.....	15
3.4.2 Fokusgruppintervju med enhetschefer	16
3.5 Genomförande.....	17
3.5.1 Intervju med HR.....	17
3.5.2 Fokusgruppintervju med enhetschefer	17
3.6 Analys och bearbetning av material.....	18
3.7 Förändrade grupsammansättningar	18
3.8 Forskningsetik	19
3.9 Metoddiskussion	19
4. Empirianalys	22
4.1 Ledarskap i hälsoarbete	22
4.1.1 Utvecklingsmöjligheter för ledare i hälsoarbete	24
4.2 Stöd för ledare i hälsoarbete	26
4.2.1 HRs stöd till enhetscheferna i hälsoarbete.....	26
4.2.2 Enhetschefernas upplevda stöd i hälsoarbete	27
4.2.3 Utvecklingsmöjligheter för HR och enhetschefer i hälsoarbete	28
4.3 Synsätt i hälsoarbetet	30
4.3.1 HR som stöd i hälsoarbetet	30
4.3.2 Enhetschefernas hälsoarbete.....	30
5. Diskussion	32
5.1 Ledarskap i hälsoarbete	32
5.2 Stöd till ledare i hälsoarbete	36

5.4 Modell av hälsoarbete på arbetsplatsen	41
6. Slutsatser	43
6.1 Vidare forskning	45
7. Referenslista	46
8. Bilagor	50
Bilaga 1. Frågor till HR-intervju	50
Bilaga 2. Frågor till Fokusgruppintervju.....	51
Bilaga 3. Frågor till medarbetarintervju	52

1. Inledning

Nedan följer en introduktion till studiens ämne. Därefter följer en definitionsförklaring av hälsobegreppen och en bakgrundspresentation om aktuell organisation. Efter detta presenteras problemformuleringen av studiens utgångspunkt. Slutligen presenteras studiens syfte och avgränsning i denna del.

Ur ett historiskt samhällsperspektiv har flertal paradigmskiften påverkat svenska befolkningens hälsotillstånd (Johnsson, Lugn & Rexed, 2003). Hälsa och ohälsa är aktuella och omdebatterade ämnen idag då ohälsan resulterar i stora kostnader för samhället, organisationer och inte minst för individen själv (Hanson, 2004). På grund av detta har forskningen övergripande centrerats till ohälsa, framför hälsans yttringar på arbetsplatsen (Aronsson & Lindh, 2004). Kunskapen om ohälsa anses utbredd delvis utifrån komplexiteten kring vad god hälsa innebär (Fritzell, Hemström och Olsson, 2009). Bohgard (2010) menar att en god arbetsmiljö innefattar bland annat nyckelfaktorer så som delaktighet och kommunikation där dessa är integrerade i det vardagliga arbetsmiljöarbetet. Ökade krav är en följd av den höga förändringstakten som präglar vårt samhälle i en tid då färre resurser finns främst inom offentlig sektor (Ljusenius & Rydqvist, 2004). Det finns en utmaning i hanteringen av nuvarande samhällsutveckling och dess påverkan på individen (Allvin, 2006; Johnsson et al., 2003). Morgondagens arbetsmiljöarbete och hälsofrågor kräver därför nya strategier och tankesätt (Ljusenius & Rydqvist, 2004).

Höga krav, otydliga roller och dåligt ledarskap medför ökad ohälsa och psykiska besvär. Forskarna framhåller därför att chefer måste ta ansvar för en bättre arbetsmiljö. Dokumenterade friskfaktorer i kombination med ett ledarskap som agerar rättvist, stödjande och inkluderande ses därför som viktigt. Ett preventivt och främjande arbete där åtgärder sätts in innan människor blir sjuka påpekas som effektivt. (Ekselius, Helgesson, Hogstedt, Johansson, Järvholm, Karlsson, Lindberg & Vingård, 2015, 16 april)

För att vidare skapa vinst bör organisationer arbeta utifrån ett främjande förhållningssätt (Angelöw, 1991). Detta främjande förhållningssätt kan tillämpas genom att lära av de långtidsfriska medarbetarna snarare än att studera faktorer som orsakar sjukdomar (Johnsson et al., 2003). Hanson (2004) menar dock att kunskap om vad som bidrar till en bra arbetsmiljö existerar men vetskapen kring dess tillämpning på respektive arbetsplats anses fortfarande vara bristfällig. Inom det främjande hälsoarbetet betonar Johnsson et al. (2003) att en kompetent ledare har förmågan att uppmärksamma sambandet mellan de centrala delarna i ett främjande hälsoarbete, nämligen hälsa, effektivitet och lönsamhet. Parallellt med samhällsutvecklingen har nya synsätt inom personalarbetet vuxit fram genom HRM (Human Resources Management) där stödjande arbetsmiljö och ett konstruktivt ledarskap delvis belyses för att utvinna positiva organisatoriska resultat (Menckel & Österblom, 2000). Redman och Wilkinson (2009) menar att HR innehar en central och betydelsefull roll i arbetet med välmående medarbetare. Vidare

påpekar Redman och Wilkinson (2009) att HR som stödfunktion kan skapa förutsättningar och vägledning för linjechefernas arbetsmiljöarbetet.

1.1 Definitioner av centrala begrepp i studien

1.1.1 Hälsa

Begreppet hälsa anses även komplext beroende på dess tolkning och synsätt (Malmquist, Vinberg & Larsson, 2007) och det kan avse ett tillstånd eller en process (Medin & Alexandersson, 2000). Begreppsförklaringen från WHO (1946) är återkommande i litteraturen,

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp” (citerad ur Hanson 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Medin & Alexanderson, 2000; Menckel & Österblom 2000).

Menckel och Österblom (2000) lyfter även fram Nordenfelts (1991) definition av hälsa, ”Hälsa är att ha tillräckligt med resurser för att kunna förverkliga sina vitala livsmål”. Medan Thomsson och Menckel (1997) menar att faktorer inom och utanför arbetsplatsen påverkar en individs välmående, varför det kan relateras till känslan av att må bra.

Utifrån detta och komplexiteten i tolkningen av ovan begrepp, har studiens empiriinsamling därför begränsats till att *må bra*, vilket författarna menar är lättare att kommunicera i vardagligt tal.

1.1.2 Hälsöfrämjande

Medin och Alexandersson (2000) understryker att begreppet hälsöfrämjande anses komplext och kan syfta till en aktiv åtgärd, ett förhållningssätt eller en verksamhet. Det kan beskådas som en definition eller ett slags paraplybegrepp med samverkan som en central del. Begreppet står dock under pågående utveckling, vilket kan medföra en viss begreppsförvirring. Det råder också skillnad i synen på hälsöfrämjande, beroende på vilken definition av begreppet hälsa som intas. (Medin & Alexandersson, 2000)

Det hälsöfrämjande arbetet kan innefatta att verka eller stödja för att människor ska må bra, vilket även berör faktorer både inom och utanför arbetsplatsen (Thomsson & Menckel, 1997). Litteraturen berör beskrivningen som Världshälsoorganisationen (WHO, 1986) framhåller:

”Hälsöfrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller

bemästra miljön". (citerad ur Hanson, 2004; Medin & Alexanderson, 2000; Menckel & Österblom 2000)

Begrepp som friskvård och långtidsfriska relateras även till det hälsofrämjande arbetet (Aronsson & Lindh, 2004; Johnsson et al., 2003; Rydqvist & Winroth, 2002).

1.2 Bakgrund om organisationen

Denna studie har genomförts i Borlänge kommun, som tillhör den offentliga sektorn och är en av Borlänges största arbetsgivare med över 200 yrkesroller representerade inom kommunen. I organisationen finns över 4000 tillsvidareanställda och drygt 1500 visstidsanställda. Borlänge kommun som arbetsgivare är uppbyggd i fyra sektorer: bildningssektorn, samhällsbyggnadssektorn, sociala sektorn och sektorn för verksamhetsstöd. Enhetscheferna i denna studie arbetar för att medarbetarna ska må bra. Detta gör de bland annat genom en friskvårdssatsning, kontinuerliga APT (arbetsplatsträffar) och strävan efter att utöva ett närvarande ledarskap. I verksamheten genomförs bland annat mätningar av till exempel sjukfrånvaro och långtidsfriska, där långtidsfriska avser medarbetare som inte haft någon sjukfrånvarodag under en ettårsperiod (Personalbokslut Borlänge kommun, 2014).

I dagsläget är två heltidstjänster avsatta för arbetet med arbetsmiljö- och hälsofrågor. Vidare stöds hälsoarbetet i organisationen av bland annat hälsopedagogtjänster från företaget Previa som fungerar som Borlänge kommuns företagshälsovård. Tidigare företagshälsovård har även genomfört hälsoprofilsbedömningar av samtliga medarbetare. Utbildningar relaterade till arbetsmiljöarbete erbjuds till chefer och skyddsombud för att bredda kunskapen inom hälsa, rehabiliteringsprocesser samt den ekonomiska påverkan av ett främjande hälsoarbete. (Personalbokslut Borlänge kommun, 2014)

1.3 Problemformulering

Mätningar och statistik för verksamhetsåret 2014 påvisar en ökad sjukfrånvaro, från 6,0 till 6,8 %. Sjukfrånvaron har ökat med 0,8 % och de hälsofrämjande satsningar som organisationen har genomfört, har inte gett de resultat som Borlänge kommun önskat. (Personalbokslut Borlänge kommun, 2014)

Vidare belyser litteraturen kunskapsbristen kring hur hälsa kan främjas i verksamheten samt linjechefernas påverkansgrad på medarbetarna i en organisation, på grund av parternas nära kontakt i arbetet. Sett ur ett personal- och arbetslivsperspektiv kan Human Resources-funktionen (HR) men också linjechefer inta en central och betydelsefull roll i arbetet med välmående medarbetare. HR kan agera stödfunktion för att skapa förutsättningar och resurser i hälsoarbetet till linjechefer. Detta utgör grunden för studiens syfte och frågeställningar. Denna studie

genomförs med hjälp av en grupp enhetschefer (motsvarande linjechefer/mellanchefer) på avdelningen kost- och lokalservice samt en HR-representant inom arbetsmiljö och hälsa. Båda parter ingår i sektorn verksamhetsstöd i Borlänge kommun.

1.4 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur linjechefer inom kommunal sektor arbetar för att uppnå välmående medarbetare samt vilket stöd enhetscheferna får i detta arbete. Vidare är syftet att identifiera utvecklingsmöjligheter inom dessa delar.

1.5 Frågeställningar

- Hur arbetar HR med att stödja enhetscheferna i arbetet med att medarbetarna ska må bra?
- Hur kan enhetschefernas och HR: s arbete med välmående medarbetare utvecklas?
- Vilket synsätt präglas enhetschefernas och HR: s hälsoarbete av idag?

1.6 Avgränsning

Studien centreras till en grupp av motsvarigheten till linjechefer inom offentlig sektor samt en HR-representant verksam inom arbetsmiljö- och hälsoområdet. Utifrån detta tas inte hänsyn till hur chefer och verksamhetsledare på annan organisatorisk nivå, kan eller bör agera i ett hälsoarbete. Vidare berör inte studien omständigheter kring hälsoarbete och dess aktörer inom privat sektor. Studien är också avgränsad till områdena ledarskap, stöd och synsätt i hälsoarbetet. Således ligger studiens fokus på de delar i ett hälsoarbete som syftar till att medarbetare ska behålla ett välmående på arbetsplatsen. Därmed läggs inte fokus vid åtgärder i ett hälsoarbete som syftar till att bistå sjuka medarbetare med att återfå hälsan. Studien behandlar fenomenet hälsa och hälsoarbete inom kost-och lokalservice samt verksamhetsstöd i Borlänge kommun, vilket utgör en fallstudie. Utifrån denna aspekt påverkas generaliserbarheten i studiens resultat och slutsatser. Denna aspekt redogörs mer utförligt i kapitlet metod, diskussion samt slutsatser.

2. Teoretisk referensram

Nedan redovisas teorier som författarna ser berör studiens ämnesområde. Inledningsvis redogörs teori avgränsat till ledaren i hälsoarbetet samt stödet för detta. Avslutningsvis redovisas teorier kring olika synsätt som kan prägla ett hälsoarbete.

2.1 Ledarskap i hälsoarbete

2.1.1 Grundläggande arbetsmiljöarbete

Idag berör arbetsmiljöarbetet såväl psykosociala- som fysiska delar (Bohgard, 2010; Ljusenius & Rydqvist, 2004). Bohgard (2010) betonar att goda arbetsförhållanden skapar en grund för ett vidare friskt och produktivt arbetsliv. År 1991 infördes arbetsgivarens skyldighet att styra sin verksamhet för att förebygga risker i arbetet i enlighet med arbetsmiljölagen (Frick & Johansson, 2013). Senare utvecklades denna paragraf till det vi i dag kallar systematiskt arbetsmiljöarbete, även kallat SAM (AFS: 2001:1), som tydliggör de grundläggande reglerna för hur ett aktivt arbetsmiljöarbete ska bedrivas i verksamheten (refererad ur Frick & Johansson, 2013).

Arbetsmiljöverket (2015) hänvisar till arbetsmiljölagen 3 kap 1§ som framhåller arbetsgivarens ansvar att agera förebyggande för ohälsa, liksom att arbetstagaren bär ansvaret för att bidra till en god arbetsmiljö. God arbetsmiljö förknippas även vanligen med att vara en lärande organisation. Vidare menar Menckel & Österblom (2000) att en verksamhet som arbetar med hälsa troligtvis är lärande, dock belyser dem att det inte givet att en lärande organisation är hälsosam. Arbetsmiljöverket (2015) samt Johnsson et al. (2003) framhåller även företagshälsovårdens nyckelroll i att förverkliga ett givande arbete med nödvändiga kompetenser i en helhetssyn i organisationer. Angelöw (2002) ser företagshälsovården som en stor tillgång medan Hanson (2004) riktar kritik mot att företagshälsovården. Vanligtvis erbjuder de ett färdigt utbud eller program till företag att applicera, där strategin saknar anpassning och tjänsternas nytta och värde inte analyserats eller tagits fram för organisationens specifika kontext (Hanson, 2004).

2.1.2 Ledarskapets roll i hälsoarbetet

Forskningen påvisar ledarskapets centrala påverkan i hälsoarbetet (Hanson, 2004; Johnsson et al., 2003). Redman och Wilkinson (2009) belyser linjechefernas nära kontakt med medarbetarna samt kunderna och deras nyckelroll i att motivera, kommunicera och belöna medarbetarna. Foot och Hook (2008) understryker även vikten av ledarens sätt att kommunicera organisatoriska beslut till medarbetarna. Flera forskare betonar ledarskapets indirekta påverkan på medarbetarnas hälsa (Eriksson, Skagert & Dellve, 2013; Liukkonen, 2002). Även Yukl (2012) menar att ledaren kan bistå med hjälp för medarbetarna att uppnå gemensamma mål och samtidigt möjliggöra en individuell utveckling, vilket anses gynna medarbetarens hälsa och välmående på lång sikt. Sambandet mellan arbetsmiljö, kvalitet och ledarskap utgör således grunden till ett hälsofrämjande arbete i organisationer (Malmquist et al., 2007).

Det finns inte ett bästa tillvägagångssätt i det hälsofrämjande ledarskapet men det anses viktigt att utgå från ledarens och verksamhetens förutsättningar samt kontext i arbetet (Hanson, 2004; Menckel & Österblom, 2000). Vidare berör litteraturen betydelsen av balans mellan det uppgiftsorienterade och det processororienterade ledarskapet, vilket frambringar ett gott ledarskap (Johnsson et al., 2003). Malmquist et al. (2007) och Filstad (2012) understryker ledarnas förmåga att skapa en god balans mellan kraven, kontroll och det socialt stöd för påverkan av medarbetarnas hälsa och välmående. Detta resonemang kan därmed härledas till Karasek och Theorell (1990) krav-kontroll och stödmodell som kan skapa en bredare förståelse mellan hälsa och de arbetsrelaterade faktorernas påverkan av detta. För att öka delaktigheten belyser Cronsell, Engvall och Karlsson (2005) betydelsen av medarbetarnas kontroll och involvering i uppgifter, till exempel genom att låta medarbetarna driva friskvårdsaktiviteter (Cronsell et al., 2005).

Ledare och medarbetare har ett ömsesidigt beroende och ansvar för att nå framgång, vilket betyder att ledaren har lyckas först när medarbetarna lyckas och tvärt om. Detta innefattar att ledaren ges förutsättningar som krävs för ett hälsofrämjande arbete men också att ledarens ger medarbetarna förutsättningar för att må bra (Hanson, 2004; Johnsson et al. 2003; Ljusenius & Rydqvist, 2004). Johnsson et al. (2003) förespråkar ett konsultativt ledarskap som syftar i linje med det salutogena (Hanson, 2004) till att möjliggöra, skapa förutsättningar och att utgå från de önskade resultaten, snarare än att ge direktiv och kontrollera medarbetarna. Vidare beskriver Hanson (2004) det salutogena ledarskapet som idébaserat, där mänskliga värden framhålls. Istället för att se till vad som orsakar problem så fokuserar det salutogena på faktorer som främjar hälsa och framgång (Hanson, 2010). Genom att utgå från hur det är när det är som bäst, kan individer därigenom uppleva tillvaron begriplig varpå en målbild kan konstrueras för att forma en vision och en väg till målet (Hanson, 2004; Johnsson et al. 2003).

2.1.3 Viktiga komponenter relaterade till ett ledarskap i hälsoarbete

Det krävs en ledare med visioner och mål i hälsoarbetet, den bör besitta förmågan att förankra förslag och att involvera medarbetarna i arbetet (Hanson, 2004; Johnsson et al., 2003). Sandberg & Targama (1998) betonar det utvecklande ledarskapet, vilket utmärks av bland annat ansvarstagande, att agera förebild, vara en coachande ledare och att främja delaktighet. Delaktighet hos arbetstagarna anses viktigt för att generera högpresterande- och engagerade medarbetare (Foot & Hook (2008). Även Lagrosen och Lagrosen (2009) värderar ett engagerat ledarskap och samtligas delaktighet som hälsofrämjande aspekter. Vidare påpekar även Cronsell et al. (2005), Hanson (2004) samt Angelöw (2002) ledarens roll i det hälsofrämjande arbetet, genom att vara en förebild och därigenom skapa normer kring detta. Menckel och Österblom (2000) instämmer i det positiva synsättet och betydelsen av hälsa samt att styras av det målet, vilket innefattar resurser och delaktighet. I likhet framhåller Tombaugh, (2005) ledarens engagemang och det positiva ledarskapet där fokus riktas mot att utveckla det som fungerar bra.

En rad andra faktorer som ett hälsofrämjande ledarskap bör eftersträva att uppnå är välbefinnande, god hälsa, engagemang och arbetstillfredsställelse (Johnsson et al., 2003).

Ytterligare faktorer som att utveckla kompetens, att lyssna och ge beröm betonar Ljusenius och Rydqvist (2004) samt Menckel och Österblom (2000). Tengblad (2007) påpekar dock det faktum att organisationer bör främja ett ledarskap som tar emot och för vidare medarbetarnas synpunkter. Det är således inte tillräckligt med att lyssna på medarbetarnas förslag, utan ledaren ska kunna omvandla dessa och skapa engagemang för vidare handling i en konstruktiv riktning (Tengblad, 2007). Angelöw (2002) menar att ledaren ska vara stödjande, tillgänglig, lyhörd och använda en öppen kommunikation. För att strategiskt arbeta med att främja hälsa, påpekar Erlandsson et al. (2009) att se till individens helhetsmönster, det vill säga vara hänsynstagande till både privata- och arbetsrelaterade aspekter.

Vidare belyser Erlandsson, Carlsson, Horstmann, Gard och Holmström (2009) vikten av en hanterbar livssituation, där en stressfri miljö och allmän kontroll är avgörande. Dessa resonemang kan härledas till Antonovskys (2005) syn på begreppet KASAM och ledarens förmåga att inbringa balans mellan komponenterna begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Foot och Hook (2008), Angelöw (2002) samt Redman och Wilkinson (2009) betonar att relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare kan fördelaktigt utvecklas för att maximera arbetstagarnas engagemang i hälsoarbetet. Foot och Hook (2008) menar att en medarbetare som upplever meningsfullhet i arbetsprestationer och en känsla av ansvar, tenderar att vara både engagerade och högpresterande på arbetsplatsen. En annan viktig komponent i arbetet med välmående medarbetare är den upplevda balans avseende individers privat- och arbetsliv (Filstad, 2012), då dessa är sammanbundna och påverkar varandra (Menckel & Österblom, 2000).

Människan drivs framåt genom att ledas av visioner och mål som är gemensamma, acceptabla, mätbara, utmanande samt realistiska, varför ledare också bör besitta förmågan att kunna möjliggöra dessa. Ledarskapet är i sin tur en framgångsfaktor för variablerna hälsa, effektivitet och lönsamhet och bör även tycka om människor samt att trivas med att leda (Johnsson et al., 2003). Det värderas högt att kunna stötta och vara uppgifts- samt processorienterad i sitt ledarskap för hälsoarbetet (Johnsson et al., 2003; Ljusenius & Rydqvist, 2004). Menckel och Österblom (2000) berör även uppgiften och processen i syfte att se till *vad* som ska göras och *hur* det genomförs. Medan Cronsell et al. (2005) belyser att en positiv inverkan skapas på medarbetares effektivitet i arbetet, vid nya arbetsmiljöer och mindre utformade arbetsgrupper. Ledaren måste också se till gruppens specifika utveckling och behov i arbetet med hälsa (Menckel & Österblom, 2000) och Ljusenius och Rydqvist (2004) påpekar att se till gruppens förutsättningar eller nuvarande hälsoläge.

2.2 Stöd för ledare i hälsoarbete

Hanson (2004) menar att HR-funktionen har kompetens i arbetsmiljöfrågor och tillvägagångssätt för att även involvera och engagera medarbetarna. Kira (2003) framhåller behovet av en bättre arbetsmiljö och bättre vägledning i arbetsmiljöarbetet för att stärka inblandade aktörer och därmed medarbetarnas motivation samt engagemang i detta. För att möjliggöra en god arbetsmiljö i verksamheten framhålls att ge ledaren ökade insikter i dessa frågor (Kira, 2003). Enighet kring begreppen hälsa och hälsofrämjande bör råda för att skapa en god grund i organisationers hälsoarbete (Medin & Alexandersson, 2000). Detta även för att ge förutsättning för ledaren att främja ett positivt förhållningssätt och utveckla färdigheter kring ett främjande hälsoarbete (Medin et al., 2000; Sandberg & Targama, 1996).

HR-funktionen kan genom att involvera linjecheferna i arbetet med HRM-faktorer, fokusera mer på de komplexa och strategiska delarna i HR-arbetet (Redman & Wilkinson, 2009). Tyson och Fell (1995) samt Marchington (1999) (refererad ur Redman & Wilkinson, 2009) betonar att delegera HRM-arbetet till linjechefer också kan medföra svårigheter och utmaningar. Då linjechefer ofta är styrda utifrån arbete med statistik, ekonomi eller andra hårda värden kan en kollision uppstå när de sedan ska hantera de mjuka värdena i arbetet. Detta skapar påfrestningar på linjecheferna i HRM-arbetet på grund av att de ofta saknar kompetens för dessa arbetsuppgifter. Situationen medför därför att arbetet inte utförs med samma standard som om en HR-specialist skulle utföra det. (Tyson & Fell, 1995; Marchington, 1999, refererad ur Redman & Wilkinson, 2009). Även Angelöw (2002) påpekar att chefer i mellanpositioner har en utsatt situation, vilket kan medföra att deras situation utgör en negativ påverkan på medarbetarnas hälsa.

Ledarskapsutveckling för området arbetsmiljö- och hälsoarbete bör ligga i fokus för framtida ingripanden, utifrån ledarskapets betydelse för anställdas hälsa (Eriksson et al., 2013; Johnsson et al., 2003; Liukkonen, 2002). Även Hanson (2004) och Angelöw (2002) betonar att tillhandahålla stöd, utbildning och goda förutsättningar i form av ett rimligt stort och hanterbart personalansvar till chefer i ett hälsoarbete. Angelöw (2002) ser främst vikten av chefsutbildning inom den psykosociala arbetsmiljön. Utifrån komplexiteten i arbetet med välmående medarbetare betonar också Redman och Wilkinson (2009) betydelsen av linjechefers kompetensutveckling. Liksom Hanson (2004) belyser Redman och Wilkinson (2009) att linjechefer får stöd från HR-funktionen i sitt hälsoarbete. Vid brist på stöd från HR ses utfallet av linjechefernas HRM-arbete påverkas negativt. Stödåtgärder i form av nära samarbete mellan HR och linjecheferna i utformningen av HR-strategier ses angeläget vis delegeringen av HRM-arbete (Redman & Wilkinson, 2009). Olika former av samverkansmöjligheter växer ständigt fram och är förekommande avseende friskare arbetsplatser, runt om i landet för att utveckla nya strategier och metoder i detta arbete (Angelöw, 2002).

Dellve, Andreasson och Jutengren (2013) menar att linjechefer med kortare erfarenhet och större

antal underställda stärks i sin roll genom främst stöd från ledningen, kollegor men också utav externt stöd. Goda relationer, organisatoriskt stöd i vardagliga medarbetarproblem och stöd i privatlivet leder även till hälsorelaterad hållbarhet. Ett stödnätverk och ett fortsatt stöd efter introduktion för linjechefer ses som viktigt i deras arbete. Även samarbete och god kommunikation med personalfunktionen kan vara stödjande för linjechefer. Det framhålls att stödets betydelse måste förtydligas och medvetandegöras utifrån chefsspecifika krav för främst linjechefer. (Dellve et al., 2013)

2.3 Synsätt i hälsoarbetet

Olika angreppssätt och perspektiv förekommer i litteraturen, där till exempel det *patogena* synsättet kan härledas till ett problemfokuserat perspektiv (Antonovsky, 2005). Hanson (2004) liksom Antonovsky (2005) utvecklar begreppet hälsa och återger två tydliga sätt att betrakta detta. Med utgångspunkten i *patogenes*, undersöks orsaker till ohälsa och i *salutogenes* eftersträvas faktorer som främjar god hälsa. För organisationens funktion, hälsa och värde ser Lagrosen och Lagrosen (2009), Kaufmann och Kaufmann (2007) samt Hanson (2004; 2010) fördelar med salutogena ideologin. Menckel och Österblom (2000) beskriver ytterligare ett sätt att beröra hälsa, genom Antonovskys (2005) syn på KASAM. Vilket avser att främja, behålla eller öka sin hälsa trots svårigheter i omgivningen.

Medin och Alexanderson (2000) utläser två inriktningar i litteraturen, det biomedicinska eller det humanistiska medan Hanson (2004) framhåller att båda inriktningarna och kunskaperna kring dessa är betydelsefulla. Dock betonar Hanson (2004) risken med en låsning vid det ena betraktelsesättet, vilket kan utgöra en begränsning i hälsoarbetet för organisationer. Utvecklingen har lett till ett mer humanistiskt fokus som kan definieras utifrån välbefinnande, förmåga att realisera vitala mål, upplevelse av mening och känslan av sammanhang (Medin & Alexandersson, 2000).

Ett sätt att se på hälsoarbetet i en organisation mer ingående kan beskrivas utifrån följande tre delar; i att vara *reagerande* genom att identifiera sjukdom, eller att vara *medveten* genom att identifiera ohälsa eller att vara *framgångsrik* genom att identifiera vad som skapar hälsa (Johnsson et al., 2003). Ett resonemang som även går att liknas med Ljusenius och Rydqvist (2004) preventiva eller promotiva hälsoarbete. Även Hanson (2004) tydliggör denna uppdelning och framhåller det strategiska hälsoarbetet likt Haglund (1996) nämner i hälsoarbetets utveckling. Rydqvist och Winroth (2002) belyser att det förekommer olika former av hälsoarbete som syftar till medarbetares välbefinnande inom organisationer, bland annat folkhälsoarbete, sjukvård och hälsovård, arbetsmiljöarbete, rehabilitering, hälsopromotion samt friskvård. De skiljer sig från varandra i dess olika synsätt där flertalet utgår från att bota, lindra eller förebygga medan friskvården, har sin utgångspunkt i att främja hälsa (Rydqvist & Winroth, 2002).

Förebyggande ser till att förhindra och skydda (Menckel & Österblom, 2000). Enbart ett sådant

tillvägagångssätt anser Ljusenius och Rydqvist (2004) är otillräckligt idag. Främjande ser däremot till att möjliggöra och att erbjuda ett välbefinnande (Menckel & Österblom, 2000). Kritik väcks dock mot begreppet hälsofrämjande som en paraplybenämning, då en aktivitet i sig kan ses hälsofrämjande istället för att betrakta hälsofrämjande i dess alla kontexter och på samtliga strukturella nivåer samtidigt (Delaney, 1994 refererad ur Medin & Alexanderson, 2000). Det främjande perspektivet inom området betonas dock som relativt nytt, vilket påverkar områdets teoretiska mognad och därmed även framställd kritik mot området (Hanson, 2004). Sett från det hälsofrämjande perspektivet bör satsningar genomföras för att identifiera faktorer som förutspår långsiktig hälsa, optimal prestanda och en hållbar arbetsförmåga i arbetslivet (Dellve et al., 2006). Johnsson et al. (2003) förespråkar även att vända fokus från kunskap om sjukdom och istället utveckla kunskaperna om de positiva aspekterna hos majoriteten, de som är friska.

Ytterligare samverkansmöjligheter för nya metoder och strategier av friskvårdsarbete växer fram kontinuerligt runt om i landet (Angelöw, 2002). Rydqvist och Winroth (2002) menar att friskvårdsarbetet i huvudsak fokuserar på levnadsvanor och livsstilsfrågor på individ- och gruppnivå. Utifrån individperspektivet är visionen och målet att alla ska trivas med sig själva, sin tillvaro och andra på arbetsplatsen (Rydqvist & Winroth, 2002). Kjellman (2006) menar att på individnivå avser det den enskildes behov av hälsoförbättring och med lämpliga åtgärder åstadkomma det. Vidare belyses komplexiteten i friskvårdsarbete sett till individnivå, varför vikten av ledningens förståelse för individers olika behov betonas (Kjellman, 2006). Friskvårdsarbete varierar brett mellan organisationer och en skillnad tydliggörs i friskvårdsarbetet som en praktisk eller strategisk fråga, där den strategiska synen anses medföra en större legitimitet och högre prioritet i organisationer (Rydqvist & Winroth, 2002).

Ljusenius och Rydqvist (2004) relaterar även det hälsopromotiva arbetet till friskvård i samma linje som Hanson (2004) relaterar hälsopromotion till en vidare utveckling av hälsofrämjande, vilket syftar till aktiviteter i rådande sammanhang och innefattar ett helhetstänk (Hanson, 2004). Kontinuitet bör långsiktigt prägla arbeta med hälsa (Hanson, 2004; Ljusenius och Rydqvist, 2004). Det är också viktigt att inta medvetenhet om komplexiteten och rådande sammanhang då alla förekommande begränsningar omöjligen kan inkluderas i det hälsofrämjande arbetet (Medin et al., 2000; Menckel & Österblom, 2000). Sandberg och Targama (1996) framhåller även förståelsen som viktig för att skapa förändring på sikt medan Medin och Alexanderson (2000) ser att förståelsen bör finnas i organisationens samtliga nivåer. Även Hanson (2004) understryker att hälsoarbetet ska genomsyra samtliga organisatoriska delar. Ljusenius och Rydqvist (2004) menar att hälsofrämjande därmed ska beskådas som en process medan Johnsson et al. (2003) förklarar främjande hälsoarbete som en ny samhällsmodell.

Fördelaktiga egenskaper funna hos gruppen långtidsfriska, relaterade till det hälsofrämjande utläses att de i allmänhet har en positiv syn på till exempel trivsel, fysisk belastning och sömn (Johnsson et al., 2003). Dock riktas kritik mot begreppet, genom dess svårighet att mäta eller beräkna utfall på och om fokus riktas på de långtidsfriska medarbetare, riskerar de sjuka att

ignoreras eller utpekats som svaga, vilket är en problematik (Aronsson & Lindh, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel och Österblom, 2000). Trots kritiken menar Angelöw (1991) liksom Johnsson et al. (2003) att satsningar på ett främjande hälsoarbete i kombination med humanbiologiska insatser kan generera cirka fem gånger av satsade pengar, vilket (Johnsson et al., 2003) bidrar till ökad livskvalité för medarbetarna.

3. Metod

Nedan presenteras tillvägagångssättet för studien där metodval, urval, förberedelser, genomförande, analys och bearbetning av material, förändrade gruppsammansättningar samt etik berörs även. Slutligen följer en metoddiskussion, vilken behandlar studiens brister, styrkor och hur metodvalet eventuellt påverkat resultatet.

3.1 Val av metod och forskningsansats

Författarna förknippade studien med hermeneutik genom dess präglning av tolkning, snarare än positivism (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien har huvudsakligen en deduktiv ansats (Andersen, 2012; Backman, 2008) genom utgångspunkten i vald teori kring ämnet. Trots den deduktiva ansatsen sågs en viss liknelse till en induktiv ansats eftersom författarna avsåg att utifrån empirin, inspirera till vidare utveckling vilket skapade en utgångspunkt i den induktiva ansatsen. Till skillnad från den deduktiva- utgår den induktiva ansatsen ur empirin och har därmed sin utgångspunkt i datainsamlingen (Andersen, 2012; Backman, 2008). Utifrån Borlänge kommuns personalbokslut (2014) väcktes underlag till metodgenomförandet. Merriam (1994) benämner detta underlag som sekundärdata och ser det som ett användbart komplement vid kvalitativa fallstudier.

Möjliga val av metoder har övervägts. Exempelvis har surveyundersökningar valts bort, främst eftersom det inte avser undersökningar av de sociala processerna på samma vis som fallstudier (Denscombe, 2009). Vidare sågs en koppling till aktionsforskning i den samhällsvetenskapliga inriktningen där delvis hälsovårdsfrågor vanligtvis berörs. Dock avser aktionsforskning mer en strategi snarare än metod och den är praktisk samt problemorienterad inriktad (Denscombe, 2009), vilket inte var centralt för studiens undersökningsfråga. Författarna identifierade även likheter med fenomenologi som förknippas med den sociala världen och dess tolkningar där intervjuer är en förekommande metod (Denscombe, 2009). Yin (2009) påpekar dock att olika typer av studier delvis kan överlappa varandra och dess liknande tillvägagångssätt. Utifrån ovan förda resonemang genomfördes en fallstudie, likt Yins (2009) beskrivning. Likt Denscombe (2009) understryker finner författarna fallstudien som lämplig vid småskalig forskning.

Studien innefattade en kvalitativ djupintervju med två HR-representanter i organisationen. Intervjun syftade till att belysa HR som stödfunktion för enhetscheferna och att få inblick i deras syn på arbetet. Dock fick en HR-representant förhinder och deltog inte som respondent i studien, vilket medförde att intervjun med HR enbart speglar en HR-representants återgivelser. Intervjun är en så kallad semistrukturerad intervju, vilket Andersen (2012) menar är lämplig vid ett kvalitativt forskningsfenomen som ägt rum eller är pågående. Även Denscombe (2009) lyfter fram intervjuformen för att få ytterligare infallsvinklar i området. Vidare menar Denscombe (2009) att intervjuer som metodval är lämpligast då forskare behöver insikt i människors åsikter, synpunkter och känslor.

Avslutningsvis genomfördes en fokusgruppintervju med enhetschefer från kost- och lokalservice i Borlänge kommun. Fokusgruppen syftade till att möjliggöra diskussion och ett djup kring ämnet välmående medarbetare, likt Denscombe (2009) och Andersen (2012) framhåller som fördel med fokusgruppintervju. För att skapa verklighets- och verksamhetsanknutna diskussionsunderlag till fokusgruppen, genomfördes korta intervjuer med 21 medarbetare direkt underställda enhetscheferna. Kortintervjuerna bestod av fyra frågor kring hur medarbetarna upplevde hälsoarbetet i dagsläget, samt utvecklingsförslag till enhetscheferna. Kvale och Brinkmann (2009) belyser även fokusgruppens fördel framför enskilda intervjuer genom att den genererar mer spontana uppfattningar från deltagarna. Den beskrivs även som en mindre gruppintervju där ett specifikt ämne eller område behandlas (Andersen, 2012; Denscombe, 2009).

Genom fokusgruppen sågs också en svagare koppling till metodformen observation. Merriam (1994) beskriver att en observation kan förekomma vid intervjuer och under fallstudier. Studiens centrala metodval av enbart intervjuer av olika slag, grundas i Denscombes (2009) resonemang kring att en metodtriangulering är mer komplex och kräver bredare kunskap hos forskarna. I ett första skede avsågs att genomföra en enkätstudie med medarbetarna. Detta uteslöts på grund av författarnas förståelse om enkätens opersonlighet och förekomsten av försämrade svarsfrekvens i jämförelse med intervjuer (Denscombe, 2009).

3.2 Fallstudie

Denscombe (2009) påpekar svårigheterna men också vikten av att tydliggöra och definiera fallets avgränsning. En utmaning ses därmed i studiens avgränsning då flertal informationskällor används. I detta fall syftar studiens avgränsning till hälsofrämjande arbetet relaterat till gruppen enhetschefer, inom avdelningen kost- och lokalservice i den offentliga organisationen Borlänge kommun. Författarna anser i enlighet med Yin (2009) och Denscombe (2009), att fallstudiens tillförlitlighet ökar i och med att medarbetarintervjuernas resultat ligger till grund för utformningen av fokusgruppintervjufrågorna. Denscombe (2009) menar att forskare kontrollerar fyndens trovärdighet genom att använda olika informationskällor, vilket påtalas som en styrka. De olika informationskällorna i studien är medarbetare, HR-funktionen och enhetscheferna. Därför kan undersökningen likställas med Denscombes (2009) benämning av datatriangulering. Datainsamling motsvarar insamling av primärdata, enligt Merriam (1994).

Yin (2009) och Merriam (1994) belyser att fallstudier lämpar sig väl inom samhällsvetenskapliga undersökningar i en verklighetsbaserad kontext. Yin (2009) betonar teorins kännedom som viktig utgångspunkt i valet av fallstudier, vilket stärker studiens deduktiva ansats. Denscombe (2009) betonar att en fallstudie oftast fokuserar enbart på att undersöka en specifik enhet eller enligt Yin (2009) ett fenomen. Dock framhåller Andersen (2012) möjligheten med att genomföra en multipel fallstudie, där flera enheter ingår i fallet. Denna fallstudie koncentrerar sig enbart till kost- och lokalservice samt HR-funktionen på Borlänge kommun, vilket motsvarar en enskild fallstudie. Utifrån det faktum att kontaktpersoner på Borlänge kommun valde ut en enhet för

undersökningen, bör fallet liknas vid det Denscombe (2009) kallar för en beställd undersökning. Däremot anser författarna att fallet motsvarar ett typiskt fall i det avseende att omständigheter och kontext i fallet liknar andra möjliga fall, vilket skapar möjligheter för generaliserbarhet (Denscombe, 2009). Generellt är fallstudier avsedda för undersökningsområden som omfattar frågeställningar som *hur* eller *varför*. Denna studie behandlar med hänvisning till ovan, hur gruppen enhetschefer på Borlänge kommun kan utveckla sitt hälsofrämjande arbete. Halvorsen (1992) menar även att kvalitativa metoder likt intervjuer förekommer inom fallstudier. Eftersom ambitionen är att inspirera till vidare utveckling i det hälsofrämjande arbetet, lämpar sig därför en fallstudie väl i denna undersökning. I enlighet med detta påpekar Denscombe (2009) att den specifika undersökningsenheten i studien genererar insikter om vidare konsekvenser för det enskilda fallet. Denscombe (2009) framhåller även fallstudiens djup i undersökningen, vilket kan identifiera faktorer som inte skulle upptäckts vid en ytligare undersökningsform, till exempel surveyundersökning.

3.3 Urval

Urvalet av deltagare för medarbetarintervjuer genomfördes slumpmässigt på respektive arbetsplats som besöktes. Medarbetarnas åsikter var av vikt för studiens fokusgrupp, varför medarbetare direkt underställda aktuella enhetschefer valdes ut. Genom de underställdas goda inblick i verksamheten, anser författarna att trovärdigheten i underlaget till fokusgruppen ökade (Denscombe, 2009). Totalt finns 204 tillsvidareanställda inom kost- och lokalservice, utifrån detta har 21 medarbetare tillfrågats för intervjuer. Urvalet motsvarar vad Andersen (2012) benämner som inferens, det vill säga att forskarna drar slutsatser om hela populationen genom att studera en liten del av den. Urvalet till medarbetarintervjuerna är ett slumpmässigt icke-sannolikhetsurval enligt Denscombe (2009), eftersom att information om populationen saknas, för att kunna genomföra ett sannolikhetsurval. För att eftersträva en bredd i urvalet, valde författarna slumpmässigt ut medarbetare med varierad ålder, kön och anställningstid, på respektive arbetsplats.

Urvalet av intervjupersoner inför HR-intervjun, grundade sig på författarnas tidigare kontakt med en HR-representant på Borlänge kommun. Denna HR-representant valde i sin tur den andra HR-representanten, som denne fann lämplig då personen hade erfarenhet inom området arbetsmiljö och hälsa. Urvalet av HR-representanter motsvarar därmed ett subjektivt urval, vilket Denscombe (2009) förklarar som ett medvetet val av respondenter från forskaren. Vidare menar Denscombe (2009) att ett subjektivt urval grundar sig i forskarens kännedom om undersökningsämnet och därmed respondenter möjlighet att ge värdefull data.

Studiens centrala del var att undersöka hälsoarbetet utifrån en ledares perspektiv som hade en daglig kontakt med underställda i sitt arbete. Efter diskussion med HR-representanterna och författarnas handledare valdes därför motsvarigheten till linjechefer ut till studien, vilket

organisationens enhetschefer svarar för i detta fall. Denscombe (2009) påpekar realiteten i att samtliga tillhörande en undersökningskategori omöjliga kan delta. Utifrån rådande tidsaspekt, studiens omfattning och diskussion med HR-representanten, tilldelades en grupp av sju tillgängliga enhetschefer för fokusgruppsintervjun. Kvale och Brinkmann (2009) menar att fokusgrupp är vanligt förekommande inom samhällsforskning och består av cirka sex till tio personer. Studien behandlar därmed enhetscheferna inom kost- och lokalservice på Borlänge kommun. Urvalet för fokusgruppen kan likställas med Denscombe (2009) benämning av snöbollsurval.

3.4 Förberedande inför intervjuerna

För att stärka studiens HR-perspektiv och utformat material, fördes kontinuerlig kommunikation med HR-representanter från Borlänge kommun under studiens gång. Informella möten inträffade även vid tre tillfällen, där studiens framfart och planering diskuterades generellt, med stöd och råd från HR-representanterna. Detta anses ha bidragit till studiens trovärdighet i enlighet vad Denscombe (2009) menar, då representanterna besitter erfarenhet och kompetens inom HR-yrket.

För att skapa tillförlitlighet i framställningen av frågorna till samtliga intervjuer har stöd tagits i tidigare forskning inom valt område. Vidare skapades samtliga intervjufrågor utifrån studiens frågeställningar samt teoriavsnittets teman ledare, stöd för ledare samt synsätt och perspektiv på hälsoarbete. Utformningen enligt teman, genomfördes för att underlätta och kunna överblicka materialet för senare tolkning av empirin, liksom Merriam (1994) belyser i att sedan strukturera och hantera rådata. Intervjuunderlagen avsågs därmed vara ändamålsenliga och relevanta till respektive intervju. Halvorsen (1992) och Andersen (2012) betonar behovet av handledning i forskningsprocessen och dess syfte att utveckla lärandet, varför en kontinuerlig dialog med handledaren fördes. Frågorna och ämnesvalen, till HR-intervjun och fokusgruppen formulerades med en så öppen karaktär som möjligt för att undvika styrda svar och för att skapa bredd i materialet till studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Innan samtliga intervjuer genomfördes mailade författarna ett informationsbrev till respondenterna. I brevet presenterade författarna sig själva, studiens syfte, tidsåtgången för intervjuerna och dess upplägg samt att deltagandet var anonymt och frivilligt. Med brevet avsågs att tydliggöra och skapa förståelse hos respondenterna inför intervjuerna, liksom Yin (2009) betonar i form av ett introduktionsbrev i fallstudier.

Litteraturen framhåller komplexiteten av hälsobegreppet och dess tolkning (Malmquist et al., 2007; Olsson, Hemström, Fritzell, 2009; Sandberg & Targama, 1996). Utifrån detta valde författarna att utgå från benämning att må bra (Thomsson & Menckel, 1997). Denna benämning ansågs enklare att tolka i vardagligt tal och har därför nyttjats i samtlig empiriinsamling och kontakt med aktuell organisation.

3.4.1 Intervju med HR

Utifrån ovan nämnda informella möten med två HR-representanter på Borlänge kommun bokades gemensamt ett intervjutillfälle för HR-intervjun, den 15:e april, 2015 (se bilaga 1). För att respondenterna skulle ges möjlighet att förbereda sig och ta fram relevant material inför intervjun, skickades ett missivbrev till respondenterna innan intervjutillfället. HR-intervjun utformades i likhet med en semistrukturerad intervju (Andersen, 2012; Denscombe, 2009). Denscombe (2009) och Andersen (2012) menar att en frågemall med olika ämnen är vanligt förekommande som sedan behandlas under intervjun, de belyser också vikten av forskarnas flexibilitet i frågornas ordningsföljd och öppenhet för olika infallsvinklar.

3.4.2 Fokusgruppintervju med enhetschefer

Gemensamt med HR-representanterna bokades datum för fokusgruppintervjun den 16:e april 2015 (se bilaga 2) med sju stycken berörda enhetschefer. Inför fokusgruppintervjun tilldelades en kontakt på avdelningen kost- och lokalservice. För att skapa diskussionsunderlaget till fokusgruppen planerades och genomfördes medarbetarintervjuer. Mailkorrespondens fördes med kontaktpersonen om önskat urval av medarbetare för intervjuerna. Under mars månad bokades löpande intervjutillfällen in på totalt 10 arbetsplatser med totalt 21 medarbetare. Medarbetarintervjun bestod av fyra frågor med tillhörande följdfrågor, varav den sista frågan gav utrymme för respondenterna att fritt formulera ett förslag till förbättring (Andersen, 2012)(se bilaga 3). Intervjuerna med medarbetarna varade cirka 10 minuter och kan liknas vid det som Denscombe (2009) beskriver som en strukturerad intervju.

Författarna diskuterade deras egna roller i fokusgruppintervjun och delade upp ansvarsområden. Författarna agerade båda moderatorer under intervjutillfället för att säkerställa Andersens (2012) resonemang om en strukturerad intervju och grupp. På grund av att den ena författaren påbörjat en anställning i Borlänge kommun under studiens gång, togs beslutet att den andra författaren tilldelades huvudansvaret för fokusgruppen eftersom denne saknade djupare förståelse i organisationen. Denscombe (2009) samt Kvale och Brinkmann (2009) betonar även moderatorns viktiga roll i att skapa trivsam atmosfär och uppmuntra till medverkan. Utifrån Denscombes (2009) rekommendation och till hänsyn för respondentgruppens tillgänglighet planerades fokusgruppintervjun till cirka en timme. Då studiens tillförlitlighet avsågs öka har samtliga intervjufrågor prövats på utomstående personer innan intervjuerna genomförts (Denscombe, 2009). Detta för att även säkerställa frågornas tydlighet, studiens tänkta riktning och relevanta svar till ämnet.

3.5 Genomförande

3.5.1 Intervju med HR

HR-intervjun genomfördes efter bokat datum på en av respondenternas kontor och varade i 45 minuter. Väl på plats informerades om att en HR-representant lämnat återbud. Efter den kvarvarande respondentens medgivande spelades intervjun in med författarnas mobiltelefoner. En av författarna ansvarade i huvudsak för att ställa frågor och leda intervjun, medan den andra ansvarade för att ta anteckningar och ställa följdfrågor. Intervjun utgick i huvudsak från utformad intervjumall, men även några oplanerade följdfrågor ställdes under intervjuns gång. Efter att intervjun genomförts tackades respondenten för deltagandet. Intervjumallen lämnades kvar för den frånvarande HR-respondenten att kunna besvara frågorna i efterhand, vilket aldrig skedde.

3.5.2 Fokusgruppintervju med enhetschefer

Intervjun genomfördes i anslutning till ett internt ledningsmöte med syfte att underlätta för en hög deltagarfrekvens och respondenternas trygghetskänsla. Inledningsvis presenterade författarna sig själva, studiens syfte och intervjuns upplägg. Innan intervjun påbörjades bads om respondenternas medgivande till inspelning av intervju genom författarnas mobiltelefoner. Fokusgruppintervjun inleddes sedan med att deltagarna uppmanades att tysta tänka efter själva innan frågan diskuterades öppet i gruppen. Författarna presenterade sedan kort resultatet från genomförda medarbetarintervjuer. Utefter detta visade författarna en bild på medarbetarnas olika förslag som framkommit under medarbetarintervjuerna. Respondentgruppen fick sedan påföljande frågor enligt intervjumallen och ovan upplägg. Sedan antecknades respondenternas förslag på en White board som var synlig för alla. Som avslutande övning fick deltagarna att skriva upp ett par förslag för dem att arbeta vidare med på en varsin post-it. Dessa samlades sedan in av författarna för att komplettera resultatet efter godkännande av respondenterna. Slutligen tackades respondentgruppen för aktivt deltagande och visat intresse. Författarna informerade om möjligheten till återkoppling om respondenterna önskade och om att studiens slutliga resultat avsågs finnas tillgängligt längre fram. Slutligen fotograferades White boarden och författarna avsatte tid för att gemensamt reflektera över tolkningar, åsikter och uppfattningar från fokusgruppintervjun.

3.6 Analys och bearbetning av material

Medarbetarintervjuerna utgjorde enbart grund för fokusgruppen och därmed inte underlag för den slutliga analysen. I denna studie utgör fokusgruppen och intervjun med HR-representanterna den centrala delen för den slutliga analysen av insamlad empiri. Kvale och Brinkmann (2009) påpekar att intervjuens kvalitet i sin tur påverkar analysen varför en tvivelaktig intervju inte bör utgöra underlag för en teoretisk analys. Därför utformades underlag till fokusgruppen med medvetenhet om att svar och diskussioner utgör grund för den slutliga kvalitativa analysen. Vidare beaktades även kopplingen till teori inom ämnet, i likhet med Kvale och Brinkmann (2009) som berör en tolkning präglad av teori. Även Yin (2009) betonar teorin och forskningsfrågorna som utgångspunkt i analyser av fallstudier. Innan analysen påbörjades transkriberades samtliga intervjuer. Sedan analyserades insamlat material gemensamt utifrån subjektiva uppfattningar, vilket går att liknas med Kvale och Brinkmanns (2009) benämning av hermeneutisk typ av tolkning. Vid sammanställningen delades resultatet in under kategorierna ledarskap, stöd och synsätt, vilket skapade en tematisk analys. Kvale och Brinkmann (2009) menar att intervjuanalyser kan genomföras utan specifik teknik eller där olika analysformer blandas. Detta kan liknas till författarnas sätt att sammanställa och analysera medarbetarintervjuerna från övriga intervjuer. Anteckningar fördes under medarbetarintervjun och HR-intervjun. Vidare avsatte författarna tid efter samtliga intervjuer, för att reflektera över resultaten. Kvale och Brinkmann (2009) betonar att forskare kan föra en teoretisk reflektion över materialet upprepade gånger och därigenom urskilja teman som ses relevanta och intressanta men även anteckna egna tolkningar parallellt, utan att följa någon specifik metod eller teknik. Även Yin (2009) berör anteckningar vid fallstudier, som vanligt förekommande och påpekar dess användbarhet i senare kategorisering.

3.7 Förändrade gruppammansättningar

Denscombe (2009) belyser att flertal faktorer kan medföra bortfall av deltagande och att god forskning strävar efter att minimera antalet bortfall för en ökad svarsfrekvens. Risken för bortfall avsågs att minska genom valet av medarbetarintervjuer framför enkäter som avsågs i ett första skede. Samtliga intervjuer bokades gemensamt med respondenterna i god tid innan genomförandet för att eftersträva marginal för eventuell komplettering vid större bortfall. Trots bortfall av en HR-representant på grund av förhinder valdes att genomföra intervjun. Utifrån studiens tidsaspekt lämnades ett sista datum för den frånvarande HR-respondenten att komplettera sina uteblivna svar, trots detta och påminnelser per mail uteblev svaren. Författarna ansåg dock att utrymme för att boka in ytterligare HR-intervjuer med en ny kontaktperson saknades.

Fokusgruppintervjun utformades och planerades utifrån sex respondenter. Det visade det sig dock vid intervjutillfället att åtta respondenter deltog. En av dessa hade en högre chefsposition jämfört

med resterande och då författarna tilldelades den informationen under påbörjad fokusgruppintervju, togs beslutet att tillåta allanärvarande respondenter att delta.

3.8 Forskningsetik

Aktuell organisation, enheter och grupper namnges i samtycke med aktuell organisation. Samtliga personer som deltog i intervjuerna namnges dock inte då önskan framhölls om anonymitet. Författarna har genomgående haft en medvetenhet om det som Denscombe (2009) påpekar, att se till det etiska i insamling, analys och publicering av data. I samtliga intervjuer tydliggjorde författarna och delgav alla respondenter information om detta innan respektive intervju påbörjades. All hantering av material och insamlad data hanterades konfidentiellt, vilket delgavs samtliga respondenter. Denscombe (2009) samt Kvale och Brinkmann (2009) belyser detta som viktigt ur forskningssynpunkt. De betonas att se till människans värde framför fokusering på att skapa kunskapsgenereringen av studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna såg anonymiteten som viktig, främst vid medarbetarintervjuerna då medarbetarna inte skulle uppleva sig vara utpekade eller att svaren på något vis kunde härledas till specifika medarbetare.

3.9 Metoddiskussion

Författarna upplevde svårigheter och utmaningar i genomförandet av studien, detta till stor del på grund av oerfarenhet av denna typ av studie och menar därigenom att det möjligtvis kan påverka studiens resultat till viss del, då erfarenhet genererar kunskap. Dock finner författarna stort intresse kring området, vilket skapar driv och motivation som präglar studiens samtliga delar positivt. Vidare anser Kvale och Brinkmann (2009) att gruppinteraktion kan underlätta för samtal om känsliga ämnen. Därför är det positivt för studiens att beröra flera olika aspekter och deltagare samt kunna samla in information om dessa. Detta underlättade även i rollen som intervjuare, att kunna förbättra sin intervjuförmåga. Merriam (1994) nämner intervju som en av de bästa kvalitativa metoderna men påpekar även intervjuens påverkan av interaktionen mellan intervjuare och respondent. Vidare kan urvalet vid medarbetarintervjuerna påverka dess tillförlitlighet. Då författarna inte har djupare kännedom om verksamheten kan urvalet därmed sakna motsvarighet till den genomsnittliga medarbetaren i verksamheten. Författarna har i efterhand intagit en delvis kritisk syn på den mängd arbete som medarbetarintervjuerna medförde, i relation till den föga redovisningen av dess resultat som valts att användas i studien. I viss mån anser författarna att det vore intressant och värdefullt att empiri redovisas i relation till studiens övriga empiri. Trots detta står författarna fast vid att medarbetarintervjuerna genererade ett värdefullt underlag till fokusgruppen. Detta genererade i sin tur verksamhetsbaserad och ovärderlig empiri för fokusgruppen, vilket var syftet med medarbetarintervjuerna.

Viss kritik ställs även mot fokusgruppen på grund av att deltagarna möjligtvis påverkas av varandras åsikter, samt att en form av grupptryck kan förekomma. Det är svårt att uttala sig om huruvida samtliga respondenter instämde i olika uppfattningar när flera pratade samtidigt eller när en respondent tog större plats och framförde tydliga åsikter och någon annan var tyst. Det var en fördel att vara två moderatorer som kunde dela upp arbetsuppgifter och ställa följdfrågor under intervjun. Fördelen med två författare var att sedan kunna skapa bredd i tolkningarna. Likt Kvale och Brinkmann (2009) menar så är en mängd tolkningar tillåtna inom hermeneutiken, dock kan flera forskare finna olika innebörd i samma intervju. Kvale och Brinkmann (2009) framhåller också nackdelen med att den teoretiska tolkningen av intervjuer, vilket kan skapa en snävhet i forskarens perspektiv. Liksom Merriam (1994) påpekar, identifierades ett tidskrävande men samtidigt viktigt arbete med analysen av insamlat material. Genomförandet av analysen och insamling av empiri utfördes parallellt, enligt Merriams (1994) rekommendation för att eftersträva produktivitet. Denscombe (2009) likt Merriam (1994) tar upp kritik mot generaliserbarheten i fallstudier. I detta fall ses en stark koppling i studien till berörd enhet inom kommunen och finner svårigheter i en bredare generaliserbarhet. Dock är det möjligt att andra linjechefer, enhetschefer eller HR-funktioner inom offentlig verksamhet kan inspireras av vår studie. Vidare anses att parametrarna kommunikation, delaktighet och enighet bör tas hänsyn till för ett framgångsrikt hälsoarbete i alla organisationer, vilket medför en viss generaliserbarhet. Trots framställd kritik mot valda metoder, ses de positiva konsekvenserna övervägande och som bidragande till ett bra material till den slutliga diskussionen samt slutsatserna.

Författarna avsåg skapa tillit och en god relation under främst fokusgruppen, likt Denscombe (2009) anser är viktigt vid intervjuer. En nackdel med fokusgruppen är dess omfattande eller kaotiska intervjumaterial som den kan medföra (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid enstaka tillfällen upplevdes svårigheter att urskilja samtliga deltagares åsikter från ljudupptagningen, vilket kunnat medföra att delvis information gått förlorad. Denscombe (2009) understryker moderatorns roll för ett bra resultat, vilket eftersträvades genomgående under intervjun, till exempel genom att ge följdfrågor när samtalsämnen tillfälligt avtog. Fokusgruppintervjun öppnade för ett mer naturligt diskussionsforum än enskilda intervjuer, i jämförelse med HR-intervjun. I fokusgruppen var diskussionen bredare ju längre tiden löpte i jämförelse med HR-intervjun där intervjun avstannade när respondenten ansåg sig svarat på en fråga. Framtagna intervjufrågor gav ett bra material till studien där önskade ämnen berördes. Fokusgrupp som metod var en övervägande effektiv teknik där många åsikter under relativt kort tid delgavs under samma tid som till exempel intervjun med en HR-respondent. Likt Denscombe (2009) berör upplevdes även transkriberingen av fokusgruppen som tidskrävande.

Genom att deltagande HR-representant besitter erfarenhet inom området arbetsmiljö och hälsa, sågs trovärdigheten i empiriinsamlingen öka, och därmed påverka studiens resultat. Den uteblivna HR-representanten hade dock kunnat bredda svaret ytterligare, vilket skulle ha bidragit till ett resultat som speglar fler perspektiv. Denscombe (2009) framhåller problematiken i att uteblivna svar kan skilja sig från deltagande respondenter, samtidigt saknas en generell regel för

vad som utgör en acceptabel svarsfrekvens. En eventuell påverkan av fokusgruppens resultat efter ytterligare tillskott av respondenter, där en respondent hade en högre ledande ställning än övriga, har diskuterats under studiens gång. Det faktum att den ena respondenten har en högre ledande ställning jämfört med resterande respondenter, kan ha bidragit till att respondenterna blev hämmade i sina uttalanden, vilket kan påverka studiens resultat negativt. Dock bidrog respondenten med högre ledande ställning med svar som utgjorde en viktig del i det sammantagna resultatet, vilket gör att dennes medverkan är övervägande positiv.

Då fokusgruppen slutligen utgjordes av totalt 8 personer, har huruvida utfallet i resultatet skulle påverkats om respondenterna delats in i två mindre grupper övervägts. Mindre grupper hade kunnat främja ytterligare diskussioner och möjligtvis kunnat skapa ytterligare utrymme för vissa deltagare att ta plats. Dock finner författarna en redan etablerad trygghet i respondentgruppen genom deras dagliga samarbete. Därför tas stöd i Kvale och Brinkmanns (2009) resonemang om att en fokusgrupp kan bestå av 6-10 deltagare. Genom att enhetscheferna avslutningsvis antecknade två utvecklingsförslag att arbeta vidare med i verksamheten bidrar till en verklighetsanknuten idégenerering. Författarna vill därmed påvisa dess utvecklingsmöjlighet och parallellen till Ljusenius och Rydqvists (2004) resonemang om att kunna möta morgondagens arbetsmiljöarbete.

4. Empirianalys

Nedan redovisas empiri från intervjuer med enhetschefer och HR, analyserad i relation till teori i respektive tema; ledarskap, stöd och synsätt. Resultat som författarna finner är av vikt för studien framhålls nedan.

4.1 Ledarskap i hälsoarbete

Ett viktigt nyckelområde till att medarbetarna ska må bra är delaktighet, i mötesform eller i vardagen, berättar respondentgruppen. Enhetscheferna återger att de litar på sina medarbetare och ger dem frihet samt ansvar att själva planera sin arbetsdag. Detta bidrar till medarbetarnas upplevda kontroll över sin arbetssituation och de tror att det delvis är en ingrediens till att kunna må bra, menar gruppen. I liknelse återfinns det salutogena ledarskapet som syftar till att skapa sammanhang och begriplighet, istället för att ge strikta direktiv och kontrollera medarbetarna (Hanson, 2010). Utifrån enhetschefernas uttalande finns en parallell till det Malmquist et al. (2007) understryker i ledarens förmåga att bemöta medarbetares balans mellan krav, kontroll och socialt stöd. Respondentgruppen uttrycker att tillit är viktigt, att bekräfta medarbetarna och ge mandat att verka i organisationen. Karasek och Theorell (1990) belyser också krav-kontroll-stödmodellen med anledning av ökad förståelse för hälsorelaterade faktorer. Relaterat till ansvar menar Foot och Hook (2008) att medarbetare som upplever känslan av ansvar ofta är mer engagerade i organisationens mål.

Enhetscheferna återger att medarbetarna arbetar på flera olika enheter runt omkring i Borlänge kommun, medan enhetscheferna sitter på en annan plats, varför de inte har daglig kontakt med medarbetarna. Om medarbetarna ringer försöker enhetscheferna ge medarbetarna tid för frågor och de ställer även frågan hur medarbetarna själva mår, berättar enhetscheferna. Sett till Menckel och Österbloms (2000) framhållna ledarskapsfaktorer som att kunna förstå, lyssna och att vilja hjälpa återfinns en liknelse i enhetschefernas agerande. Även Ljusenius och Rydqvist (2004), Tengblad (2007) och Angelöw (2002) menar att kunna lyssna utgör förutsättning för ett bra ledarskap. Att försöka fånga upp alla, vara öppna och ge medarbetarna tid för samtal är viktigt för att skapa förtroende mellan arbetstagaren och arbetsgivaren, säger respondenterna. Lagrosen och Lagrosen (2009) samt Angelöw (2002) lyfter även fram det hälsofrämjande ledarskapet genom engagemang och närvaro. Att besöka medarbetarna ute i verksamheten säger enhetscheferna är viktigt för stöd, dialog och trygghet hos medarbetarna. Liksom Karasek och Theorells (1990) modell betonas vikten av stöd. Komma framåt i arbetet genom kommunikation, då en envägskommunikation inte fungerar, återger enhetscheferna. Angelöw (2002) framhåller tillgängligheten och kommunikationen som en viktig komponent i ett välfungerande ledarskap. Respondenterna säger att personalen är de närmsta medarbetarna och tid måste därför avsättas för samtal. I relation till detta betonar Redman & Wilkinson (2009) linjechefernas centrala roll utifrån dess nära kontakt med medarbetarna.

”Att man ser, att man försöker se helheten kring människan och personen, det är jag rätt säker på att det uppskattas” (Enhetschef X).

Det är viktigt att inte bara prata om det arbetsrelaterade, utan även det som finns utöver medarbetaren som lokalvårdare eller kock. Resonemanget kan liknas med det Erlandsson et al. (2009) påpekar kring att se till en individs hela aktivitetsmönster och vara hänsynstagande till både arbete- och privatlivet. Även Menckel och Österblom (2000), Filstad (2012) samt Malmquist et al. (2007) tar upp förståelsen och ledarens förmåga att se till förhållandet mellan dessa delar.

Respondentgruppen har startat och driver en friskvårdssatsning, där några av enhetscheferna leder olika friskvårdsaktiviteter. Ett program har utformats med sex olika fysiska och frivilliga aktiviteter, berättar enhetscheferna. De menar att syftet med satsningen är att medarbetarna ska må bra och att de ska ha roligt på jobbet samt att även kunna minska sjukfrånvaron. En liknelse till detta återfinns därmed i Rydqvist och Winroths (2002) resonemang om att individen ska trivas med sig själv och tillvaron på arbetsplatsen. En annorlunda relation skapas och den förbättras även när chefen och medarbetaren möts i en helt annan roll, vid friskvårdsaktiviteterna, menar gruppen. Angelöw (2002) menar i linje med detta att det är viktigt med relationsbyggande i ledarskapet. En av enhetscheferna har startat APT-möten med en kort promenad, för att göra något annorlunda och menar att det även sätter igång hjärnans aktivitet, berättar respondenten. I detta fall kan det liknas vid det Hansons (2010), Sandberg och Targama (1998) samt Angelöw (2002) tar upp om att agera förebild eller vara normbildande. Även Menckel och Österblom (2000), Hanson (2004), Tombaugh (2005) samt Lagrosen och Lagrosen (2009) betonar vikten av engagemang hos ledaren.

Enhetschefgruppen ser ett problem i att fånga upp medarbetare som har behov av friskvård. De försöker även coacha och uppmuntra medarbetarna samt se till individernas olika behov. Medarbetarna måste också ta eget ansvar och det finns alltid de som inte är nöjda, beskriver enhetscheferna. Sandberg och Targama (1998) menar att en coachande ledare bidrar till välmående medarbetare. Likt enhetschefernas resonemang menar Kjellman (2006) att lyckad friskvård utgår från individens behov och att medarbetaren tillsammans med ledaren identifierar åtgärder för att åstadkomma hälsoförbättring. Nedan uttalandet kan jämföras med det som Johnsson et al. (2003) betonar kring det ömsesidiga beroendet mellan ledaren och medarbetaren.

”Sen har väl var och en ett stort ansvar att se till så att man, man måste ju själv må bra för att kunna få andra att må bra” (Enhetschef X).

4.1.1 Utvecklingsmöjligheter för ledare i hälsoarbete

Enhetschefgruppen återger att de vill fokusera på medarbetarnas välbefinnande och skapa en målbild som de tillsammans med medarbetarna vill arbeta för att uppnå. Ett individuellt mål kan till exempel vara att försöka sluta röka eller att promenera två gånger i veckan, återger enhetscheferna. I relation till detta betonar Johnsson et al. (2003) och Ljusenius och Rydqvist (2004) realistiska och mätbara mål som viktigt. Det är dock svårt att mäta välmående (Aronsson & Lindh, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Mickel & Österblom, 2000). Enhetscheferna vill också fokusera på välbefinnande och göra hälsofrågor till ett naturligt samtalsämne under till exempel medarbetarsamtalen. Enskilda medarbetare är ofta sjuka och en del är svåra att nå fram till, medan andra delar med dig om hur de mår och vad de behöver, berättar respondentgruppen. Detta kan liknas vid Yukls (2012) argumentation om att ledaren har förmåga att synliggöra mål möjliggöra en individuell utveckling vilket gynnar välmående på lång sikt. Ytterligare en liknelse kan göras till det som Johnsson et al. (2003) framhåller i det konsultativa ledarskapet, som utgår från det önskade målet för att möjliggöra och skapa förutsättningar för resultat. Några enhetschefer vill lägga till fler frågor i medarbetarsamtalet som är kopplade till medarbetarens hälsoläge. Andra enhetschefer i gruppen uttrycker att de istället önskar färre men kraftfullare frågor inriktade på individens välmående utifrån verksamhetsmålen. I liknelse till detta betonar Ljusenius och Rydqvist (2004) att det hälsofrämjande ledarskapet syftar till att uppnå såväl individuella som verksamhetsrelaterade mål för välbefinnande. Även Hanson (2004) betonar helhetsbilden. Vid samtal med medarbetarna uttrycker enhetscheferna att de inte ska nöja sig med ett enkelt svar på frågan hur de mår, och även uppmana till reflektion och eftertanke.

Respondentgruppen beskriver visionen om att chefen och medarbetaren ska dela lika på arbetet, genom en 50/50 konstellation som grundtanke och som en strategi att arbeta utifrån. Det finns en interaktion mellan chef och medarbetare där vi också behöver deras stöd, beskriver enhetscheferna. De återger även att de vill locka fler och skapa större delaktighet hos medarbetarna i arbetet. Likt förslagen kring medarbetarsamtalen och arbetsättet, kan det liknas vid den strategiska synen som Rydqvist och Winroth (2002) framhåller som fördelaktig. Enhetscheferna menar att de kan erbjuda aktiviteter och uppmuntra till deltagande men att medarbetarna samtidigt har ett eget ansvar att delta. I jämförelse med detta betonar Arbetsmiljöverket (2015) att arbetstagaren själv bär ett ansvar för sin hälsa, utöver arbetsgivarens ansvar. Vidare vill respondentgruppen konstruera mindre arbetsgrupper med utdelade arbetsuppgifter för att flera ska få ansvara och vara delaktiga i en viss fråga. I linje med detta påpekar Johnsson et al. (2003), Ljusenius och Rydqvist (2004) samt Hanson (2004) det ömsesidiga ansvaret mellan ledare och medarbetare i hälsoarbetet. Relaterat till enhetschefernas önskan, menar Sandberg och Targama (1998) att en ledare bör arbeta för att främja medarbetarnas delaktighet. Även Foot och Hook (2008) samt Redman och Wilkinson (2009) lyfter fram medarbetarnas delaktighet i syfte att generera engagerade och högpresterande medarbetare i arbetet.

Som ett utvecklingsförslag säger enhetscheferna att de önskar schemalägga obligatorisk friskvård under arbetstid, utveckla friskvårdserbjudanden som lockar och kan passa alla och som enhetscheferna även har möjlighet att utföra. Enhetscheferna ser kritisk på delar av detta, eftersom att tvång kan leda till sämre motivation och resultat hos medarbetarna, återger respondentgruppen. Parallellt till detta betonas ledarens nyckelroll i att motivera medarbetarna (Redman & Wilkinson, 2009). Ett alternativ är att utforma egna aktiviteter på arbetsplatsen, för de medarbetare som saknar tid eller möjlighet att lämna arbetet, till exempel i form av en promenad i anslutning till lunchrasten, förklarar enhetscheferna. I liknelse till detta menar Menckel och Österblom (2000) att ledaren ska se till gruppens utveckling och behov. Vidare påpekas vikten av att en duktig processledare ska bidra i hälsoarbetet (Ljusenius & Rydqvist, 2004; Johnsson et al., 2003). Enhetscheferna vill försöka vara ute mer i verksamheten, att fysiskt närvara och möta sina medarbetare samt undvika att skicka all information via mail. Enhetscheferna vill att medarbetarna känner att de finns där för dem. Detta kan härledas till det Hanson (2004) framhåller om engagemang hos ledare eller Angelöws (2002) betoning på tillgänglighet. Resonemanget kan även härledas till det Johnsson et al. (2003) påpekar om att ledaren ska tycka om människor, att leda och vara stöttande.

Kring utveckling av friskvårdsaktiviteter föreslår enhetscheferna att delegera ansvaret för att leda dessa, till medarbetarna samtidigt som de ifrågasätter lämpligheten i att de själva leder dessa. Cronsell et al. (2005) menar att medarbetardrivna friskvårdsaktiviteter främjar andra medarbetares delaktighet genom att en närstående kollega leder dem. Enhetscheferna tror att medarbetarna motiveras och kan motivera varandra på arbetsplatsen, vilket ökar deltagandet, menar respondenterna. Utifrån detta och angivna utvecklingsförslag betonar Hanson (2004) att kunskap finns men tillämpning av hälsoarbetet ofta är bristfälligt. Enhetscheferna säger också att de måste fråga medarbetare som inte deltar, vilka aktiviteter de saknar som man skulle kunna lägga till i utbudet. Även detta kan liknas i det Menckel och Österblom (2000) framhåller om att se till gruppens utveckling och behov men överensstämmer likväl med förmågan att lyssna på medarbetarnas specifika behov (Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000). Utifrån enhetschefernas önskan betonar Tengblad (2007) förmågan att lyssna men också kunna omsätta förslag i praktiken. Detta är ett resonemang som kan framhålla enhetschefernas idéer. Litteraturen understryker de positiva effekterna med medarbetarnas delaktighet (Foot & Hook, 2008; Redman & Wilkinson, 2009; Sandberg & Targama, 1998). I enlighet med respondenternas uttryckta önskan under fokusgruppintervjun menar Hanson (2004) och Johnsson et al. (2003) att det krävs en ledare med visioner för att skapa delaktiga medarbetare och för att åstadkomma en förbättring i hälsoarbetet.

Som utveckling av APT-möten önskade respondenterna se utanför ramarna för mötesformerna genom att skapa mindre medarbetargrupper eller att byta miljö för dessa. I likhet menar Cronsell et al. (2005) att detta sätt främjar medarbetares kreativitet. Enhetscheferna ville även se över innehållet, syftet och fråga hur medarbetarna önskade använda dessa möten för att skapa

engagemang, förklarade respondenterna. I linje med detta framhåller Foot och Hook (2008) vikten av *hur* informationen förmedlas och hur detta påverkar medarbetarnas engagemang. Relaterat till enhetschefernas åsikter återfinns en parallell till Angelöws (2002) ledarsyn att eftersträva öppenhet för kommunikation och diskussion.

4.2 Stöd för ledare i hälsoarbete

4.2.1 HRs stöd till enhetscheferna i hälsoarbete

HR beskriver att alla enhetschefer som börjar arbeta i organisationen får bland annat en kommunövergripande introduktion där hjälpverktyg, personalhandbok och information om kontaktpersoner för stöd ges. Cheferna får även stöd i form av dialog med HR under ärendens gång. Hanson (2004) samt Angelöw (2002) menar i likhet med det HR beskriver att organisationen ska tillhandahålla utbildning till chefer. Utbildning erbjuds för cheferna att anmäla sig, berättar HR. Enhetscheferna går då en arbetsmiljöutbildning tillsammans med skyddsombuden för att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska fungera och för att de ska prata samma språk, säger HR. Genom SAM (AFS:2001:01) berörs de grundläggande delarna av arbetsmiljöarbetet. I enighet med ett samstämmigt språk lyfter också Medin och Alexandersson (2000) samt Sandberg och Targama (1996) fram vikten av samstämmighet av till exempel hälsobegreppet. Respondenten återger att bland annat information om regelverk och den psykosociala arbetsmiljön berörs på arbetsmiljöutbildningen av företaget Previa. Det är betydelsefullt att enhetscheferna frigör tid och prioriterar utbildningar framför andra, säger HR.

”För oss är det ett sätt att säkerställa att vi har en lägsta nivå i dessa frågor, att de ska veta var de hittar våra hjälpverktyg, att de ska veta vart de ska vända sig med en fråga som handlar om arbetsmiljö” (HR).

I liknelse med ovan menar Redman och Wilkinson (2009) att linjechefer ska involveras i HRM-arbetet och i de mjuka värdena. HR menar att arbetsmiljö är ett svårt kapitel för enhetscheferna och att det är HRs roll att ge stöd till chefer i alla arbetsmiljöfrågor. I likhet med detta påpekar Kira (2003) vikten av att ledare får stöd och ökad insikt i arbetsmiljöarbetet. Det vanligast förekommande är stöd från HR i enskilda ärenden, utifrån problem på arbetsplatsen, återger respondenten. HR bedömer då om det gäller anpassning eller rehabilitering, för att sedan lägga upp en handlingsplan utifrån målet med insatsen. Hanson (2004) samt Menckel och Österblom (2000) ser HR som en stödfunktion till ledare i hälsoarbetet. Respondenten menar att de arbetar med förebyggande rehabilitering och erbjuder medarbetare som har hälsoproblem att träffa en hälsopedagog. HR återger också att cheferna måste agera och komma in så tidigt som möjligt i processen, där HR kan ge råd och stöd i fortsatta processer samt ibland även närvara vid samtalen. I liknelse till detta menar Redman och Wilkinson (2009) att linjechefer ofta saknar kompetens inom HRM-arbetet och Dellve et al. (2013) ser att god kommunikation med

personalfunktionen kan stödja linjechefer. Utifrån HR som stödfunktion menar Redman och Wilkinson (2009) att om kompetensen för HRM-arbete är bristfällig, sjunker också standarden på hanteringen.

HR återgav att människors mående påverkas av flera saker, dels den privata och arbetsrelaterade situationen samt hur individen klarar av att hantera detta.

”Man kan sjukskriva sig från jobbet men det kanske inte är lika lätt att sjukskriva sig från en privat situation” (HR).

I linje med respondentens uttalande betonar Menckel och Österblom (2000) samt Erlandsson et al. (2009) att se till individens hela aktivitetsmönster. HR berättar också om riktlinjer och rutiner för ett hälsofrämjande arbete i organisationen (Hälsofrämjande arbete- riktlinjer, Borlänge kommun 2009). Dokumentet gäller för hela kommunen och har tagits fram på högsta nivå för att sedan genomsyra hela organisationen, återger HR. Vidare berättar HR även om ekonomiska resurser och stöd från politikerna samt en central samverkansgrupp i den offentliga verksamheten. I linje med detta betonar Angelöw (2002) vikten av att samverka i hälsoarbetet. Även Hanson (2004) understryker vikten av att se till den specifika organisationen och dess kontext. HR förklarar att det i dagsläget är en väntetid på tre veckor för ett fysiskt möte eller för en akut tid om enhetscheferna behöver hjälp med ett ärende som berör HR. Redman & Wilkinson (2009) påpekar att chefer behöver en nära relation i stödet från HR. Vidare förespråkar Dellve et al. (2013) ett vardagligt stöd i medarbetarproblem för linjechefer.

4.2.2 Enhetschefernas upplevda stöd i hälsoarbete

Enhetschefgruppen berättar att de samarbetar, tar hjälp av sina kollegor och har varandra som ett stort stöd. Då stödet finns hos varandra uppger de att de vågar testa, utmana och göra saker annorlunda i arbetet. I linje med detta finns en parallell till en lärande organisation (Menckel & Österblom, 2000). Därför är de också sårbara som grupp och menar att de själva även har ansvar att fråga vid behov av stöd, uttrycker enhetscheferna. Enhetscheferna upplever ändå att de får frihet under stort ansvar från den högre chefen. Stöd finns också hos företagshälsovården och ett externt företag, menar respondentgruppen. I likhet med detta menar Dellve et al. (2013) att linjechefer vanligtvis finner stöd från kollegor och externa aktörer medan Johnsson et al. (2003) samt Ljusenius och Rydqvist (2004) påpekar att ledare som stöttar kollegor, i sin tur skapar förutsättningar till att lyckas i arbetet. Även Arbetsmiljöverket (2015) betonar SAM (AFS: 2001:1) liksom Angelöw (2002) framhåller företagshälsovården som stödresurser i hälsoarbetet.

Enhetscheferna berättar att de får ledarskapsutbildningar som gör att de orkar arbeta och vill fortsätta vara bra ledare för medarbetarna, men de önskar också arbeta mer med den psykosociala arbetsmiljön. Detta överensstämmer med att ge ledare rätt förutsättningar och resurser i arbetet för att möjliggöra ledarskap för välmående medarbetare (Hanson, 2004; Johnsson et al., 2003;

Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000). Hälsoarbetet innefattar så väl fysiska som psykosociala delar (Bohgard, 2010). Utifrån detta framhåller Angelöw (2002) vikten av att utbilda ledare inom psykosocial arbetsmiljö. Enhetscheferna beskriver också att det finns tillgängliga verktyg för arbetsmiljöarbete på organisationens intranät. Johnsson et al. (2003) och Eriksson et al. (2013) ser det betydelsefullt att skapa förutsättning för ett fungerande hälsoarbete. Även Redman och Wilkinson (2009), Johnsson et al. (2003) samt Hanson (2004) betonar vikten av att ge linjechefer kompetensutveckling, eftersom kompetenta ledare utgör grunden till välmående medarbetare. Enhetscheferna återger att de måste säga till om det blir för mycket och de uttrycker att de får visst stöd från personalkontoret idag. I likhet med detta menar Redman & Wilkinson (2009) att brist på stöd från HR-funktionen påverkar linjechefernas HRM-arbete negativt. Angelöw (2002) understryker också att linjechefers utsatta position kan påverka medarbetarnas hälsoläge. Dellve et al. (2013) framhåller att kommunikation med personalavdelningen kan vara stödjande.

4.2.3 Utvecklingsmöjligheter för HR och enhetschefer i hälsoarbete

HR berättar att resurserna är få utifrån organisationens storlek och att de inte ger tillräckligt med stöd till enhetscheferna idag. Det kan utvecklas genom att öka antal HR-konsulter för att HR-generalisterna ska kunna vara ute i organisationen mer, eller genom att stärka HR-funktionen med fler anställda, återger HR. I likhet med detta betonar Johnsson et al. (2003), Ljusenius och Rydqvist (2004) samt Hanson (2004) vikten av att ge ledare förutsättningar för att kunna genomföra ett hälsofrämjande arbete. I linje med HRs önskan om ökade resurser påtalar Redman och Wilkinson (2009) komplexiteten i ledarskapsyrket och arbetet med välmående medarbetare, varför stöd också krävs i detta. Det är HR-funktionens jobb att se till att enhetscheferna har en grundkunskap, och att samtidigt bidra med stöd då cheferna känner sig pressade ibland, menar HR. Enhetscheferna behöver kunskap så att de inte gör misstag, beskriver HR. I likhet med detta menar Kira (2003) att ledare måste få ökad insikt i arbetsmiljöfrågor, vägledning och att stärka verksamma aktörer inom området. Enhetscheferna återgav dels att de får stöd av företagshälsovården medan Hanson (2004) uppmärksammar att ett färdigt koncept som inte är anpassat till organisationen i fråga, ofta förekommer inom företagshälsovården.

Enhetscheferna har också eget ansvar att be om råd, men de måste känna att det är okej att be om hjälp, uttrycker HR. Liksom Dellve et al. (2013) påtalar vikten av att ledare får stöd i arbetet, även efter introduktionstiden. HR säger att många chefer nöjer sig med svaret att en medarbetare mår bra, medan HR säger att de måste använda ett strukturerat samtal som verktyg för att kunna se vad som ligger bakom en medarbetares eventuella ohälsa. Parallellt till detta påpekar Redman och Wilkinson (2009) att linjecheferna besitter en viktig roll i HRM-arbetet genom den nära kontakten de har med medarbetarna. Genom utbildning till enhetscheferna får HR också mindre samtal med frågor, menar respondenten. HR vill också kunna boka in möten inom en rimlig tid när cheferna behöver, speciellt vid akuta fall för att chefen ska kunna känna att ett första steg

planeras i en handlingsplan, direkt efter första kontakten med HR. I likhet betonar Dellve et al. (2013) stödets betydelse och att synliggöra chefspecifika krav för linjechefer. Även Eriksson et al. (2013) och Liukkonen (2002) betonar att fokus bör riktas åt ledarskapsutveckling på grund av kännedomen om ledarskapets betydelse för anställdas välmående.

HR återgav en ökad sjukfrånvaro bestående av främst psykiska besvär inom organisationen, vilket också påverkas av samhällets attityder och syn på detta. Det finns ingen enkel lösning på dessa frågor som arbetsgivare och det påverkar många, bland annat medarbetarens familjer, menar respondenten. Utifrån HRs bild påpekar Menckel & Österblom (2000) vikten av medvetenhet kring hälsoarbetets komplexitet och sammanhang. Vidare belyser Allvin (2006) och Johnsson et al. (2003) utmaningen i hanteringen på grund av den pågående samhällsutvecklingen. HR återger att de köper mycket företagshälsovård och rehabilitering. Liksom Hanson (2004) betonar att HR-funktionen har kompetens inom området arbetsmiljö och har därmed en viktig roll i det stödjande arbetet. Även Redman och Wilkinson (2009) påpekar förekommande svårighet i att delegera HRM arbete till linjecheferna. På grund av att vi inte ger det stöd vi ska och för att använda resurserna på bästa sätt, pågår en utredning av HR-funktionen som kommer ge utökade HR-resurser längre fram, berättar respondenten. HR återger att de är en stor arbetsgivare som måste få det att fungera och de måste arbeta tillsammans i organisationen.

Enhetschefgruppen återger att de saknar stöd högre upp i organisationen och önskar en övergripande friskvårdssatsning i kommunen. Respondenterna ifrågasätter hur Borlänge kommun agerar för ett friskvårds- eller folkhälsoarbete.

”Just det här med att klara av stressiga situationer och göra det där extra utan att det liksom tar emot, det, det fungerar när folk mår bra” (Enhetschef X).

I linje med detta betonas stöd från ledningen (Dellve et al., 2013) och goda förutsättningar som ett rimligt stort personalansvar (Angelöw, 2002). Enhetschefgruppen upplever att de får hantera stora delar av rehabiliteringsprocessen för medarbetare själva och att de planerar samt frigör utrymme från befintlig arbetstid idag för friskvårdsaktiviteterna. I parallell till detta betonas att morgondagens hälsoarbete kräver nya strategier och tankesätt (Ljusenius & Rydqvist, 2004). Enhetscheferna beskriver att de är unika med sin friskvårdssatsning och att friskvårdsarbetet kan få bättre genomslagskraft, om personalkontoret är involverade. I liknelse till enhetschefernas uttalande så framhåller dock Angelöw (2002) att samverkansmöjligheter och nätverk för friskare arbetsplatser utvecklas ständigt runt om i landet. Gällande friskvård menar Rydqvist och Winroth (2002) att friskvårdsarbetet får en högre prioritet i organisationen om det behandlas som en strategisk fråga.

4.3 Synsätt i hälsoarbetet

4.3.1 HR som stöd i hälsoarbetet

Under intervjun återgav HR att mycket resurser och deras arbete handlar främst om anpassning och rehabilitering men även förebyggande rehabilitering. Menckel och Österblom (2000) menar att förebyggande och rehabilitering är otillräckligt idag. Även Rydqvist och Winroth (2002) menar att rehabilitering berör att bota och lindra i hälsoarbetet. Enhetscheferna måste vara uppmärksamma och agera i ett tidigt skede, säger HR som också uppger att sjukfrånvaron ökar och att de köper mycket rehabilitering och företagshälsovård idag. Parallellt till detta beskriver Johnsson et al. (2003) att identifiera ohälsa genom att inta medvetenhet i arbetet medan Medin och Alexandersson (2002) förtydligar att synen på hälsofrämjande beror på vilken tolkning av begreppet som intas. Utifrån HRs uttalande om rehabilitering och Borlänge kommuns Personalkonferens (2014) menar Aronsson och Lindh (2004) att kunskaper, och därmed ett fokus riktas ofta mot rehabilitering på grund av medförda kostnader. HR återgav också att både arbets- och privatlivet påverkar individens mående. Parallellt till detta framhåller Olsson et al. (2009) komplexiteten kring hälsans påverkandesfaktorer och en rådande kunskapsbrist kring detta.

HR berättar om dokumentet gällande riktlinjer för det främjande hälsoarbetet (Borlänge kommun, 2009) och att samtal som berör aspekter innan rehabilitering eller hur medarbetaren ska fortsätta må bra är färre. Det främjande insatserna har ökat sista åren, uttrycker HR. Som liknelse menar Menckel och Österblom (2000) att ett främjande tillvägagångssätt ser till att möjliggöra välmående. Johnsson et al. (2003) ser det framgångsrikt att möta en ökad sjukfrånvaro genom att vända perspektiv och arbeta främjande istället för att identifiera ohälsa. HR berättar att det finns mycket bakom en förändrad sinnesstämning eller arbetsprestation hos en medarbetare. I linje med detta synliggör Olsson et al. (2009) komplexiteten kring hälsans alla påverkansfaktorer. Som ytterligare en liknelse till detta redogör Menckel & Österblom (2000) kring Antonovskys (2005) teori om KASAM, där faktorer undersöks för vad som kan främja hälsa trots svårigheter i omgivningen. HR medger att enhetscheferna ängar resurser på rehabiliteringsärenden, resurser som de skulle kunna lagt tidigare i processen med välmående medarbetare. I liknelse till resursfördelningen framhåller Ljusenius och Rydqvist (2004) samt Hanson (2004) det promotiva hälsoarbetet som viktigt.

4.3.2 Enhetschefernas hälsoarbete

Enhetscheferna berättar under intervjun om friskvårdssatsningen som delvis syftar till att medarbetare ska bli friska och de ifrågasätter även varför statistik om sjukfrånvaro redovisas. I likhet med fokus riktat mot friska, eller långtidsfriska finns risken att de sjuka kan utpekas som svaga (Aronson & Lindh, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom). Enhetscheferna säger också att personalkontoret arbetar mer mot rehabilitering än friskvård. I

linje med detta menar Ljusenius och Rydqvist (2004), Rydqvist och Winroth (2002) samt Hanson (2004) att friskvårdsarbetet är ett hälsopromotivt arbete. Ett lyckat hälsofrämjande arbete bör även genomsyra organisationens samtliga delar, understryker Hanson (2004). Även Menckel och Österblom (2000) förtydligar att ledaren måste framhålla den positiva betydelsen av hälsa och styras av det målet för ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete. Enhetscheferna säger att de vill fråga medarbetarna vad de önskar för friskvårdsaktiviteter och se till deras behov för att kunna utveckla alternativen. Parallellt till detta påpekar Johnsson et al. (2003) och Dellve et al. (2006) att ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete sker genom att identifiera faktorer för hälsa och en hållbar arbetsförmåga. Även den salutogena ideologin grundad av Antonovsky (2005) framhålls av Hanson (2004; 2010), Lagrosen och Lagrosen (2009) samt Kaufmann och Kaufmann (2007) genom att utgå från det främjande perspektivet i hälsoarbetet. Enhetscheferna berättar även vikten av att de lyssnar, att de vill motivera och även göra medarbetarna delaktiga i friskvårdsarbetet. Detta betonas som en viktig komponenterna i ett hälsofrämjande ledarskap (Lagrosen & Lagrosen, 2009; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000; Sandberg & Targama, 1998). I liknelse till betydelsefulla faktorer påpekar Hanson (2004) svårigheten i att omsätta kunskap i praktiken och att det främjande synsättet är relativt nytt, vilket påverkar dess mognad.

5. Diskussion

I denna del diskuteras studiens empiri med hjälp av teorin från delarna ledarskap, stöd och synsätt i hälsoarbetet i relation till författarnas uppfattningar. Slutligen redovisas en utvecklad modell som tydliggör tillämpningen av hälsoarbetet.

5.1 Ledarskap i hälsoarbete

Positiva aspekter utläses i det faktum att enhetscheferna ger medarbetarna frihet men samtidigt ansvar att själva planera sin arbetsdag samt tillhandahålla stöd för medarbetarna i verksamheten. Dessa faktorer inklusive delaktighet, kan ses bidragande till medarbetarnas upplevda kontroll och sammanhang i arbetet och därmed utgör grund för välmående i arbetslivet. Om rimliga krav ställs i förhållande till medarbetarens förmåga i verksamheten, delaktighet och inblick i utformningen av arbetsdagen ges samt att enhetscheferna påvisar sitt stöd i detta så kan en mer trivsamt och utvecklande arbetsmiljö skapas för medarbetarna. Teorin belyser ledares förmåga att skapa balans mellan krav, kontroll och socialt stöd (Malmquist et al., 2007; Karsaek & Theorell, 1990). Vidare är det positivt att enhetscheferna visar medvetenhet om både den privata- och arbetsrelaterade sidan hos medarbetarna, vilket bidrar till ytterligare balans och tillit mellan parterna. En god relation öppnar möjligheten för ett bra samarbete, förståelse och att enhetscheferna kan upptäcka tidiga tecken på eventuell ohälsa. Avståndet till medarbetarnas olika arbetsplatser i Borlänge kommun kan försvåra detta arbete för enhetscheferna. Av den anledningen är det positivt att de arbetar med faktorer som delaktighet, närvaro, engagemang, kommunikation samt att de avsätter tid för samtal, att lyssna och försöka förstå medarbetarna. Även teorin påpekar positiva följder för medarbetarnas välmående utifrån arbete med dessa aspekter (Angelöw, 2002; Hanson, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000;). Författarna ställer sig dock frågande till det faktum att enhetscheferna säger att de arbetar med att vara närvarande i dagsläget, men samtidigt påpekar att de önskar förbättra kommunikationen, skicka färre mail och närvara mer i verksamheten. Samtidigt är det bra att kontinuerligt följa upp och arbeta för en god kommunikation för att underlätta övriga delar i ett hälsoarbete. En annan viktig del i detta är också hur kommunikationen förs mellan parterna, till exempel hur enhetscheferna kommunicerar ut budskap, då tillvägagångssätt även påverkar mottaget budskap. Detta kan relateras till enhetschefernas vilja att utveckla möten med hjälp av medarbetarna. När det gäller kommunikationen bör medarbetarna tillfrågas hur den upplevs och hur den kan utvecklas.

Det faktum att några enhetschefer deltar i friskvårdsaktiviteterna, bidrar till att skapa förebilder för ett framgångsrikt hälsoarbete i organisationen. Dock kanske inte alla medarbetare uppskattar eller enbart ser fördelar i att närmsta chef leder aktiviteterna. Om enhetscheferna handlar i enighet med vad de förespråkar att medarbetarna bör eftersträva, kan det i sin tur skapa mer genomslagskraft. Då friskvårdsaktiviteterna bidrar till relationskapande mellan enhetscheferna och medarbetarna kan det också gynna samarbetet, kommunikationen och förståelse parterna emellan, då enhetscheferna får möjlighet att nå fram och marknadsföra friskvårdsaktiviteterna ur

en positiv synvinkel. De övriga enhetscheferna som inte deltar eller leder någon friskvårdsaktivitet går dock emot resonemangen om att agera förebild, vilket författarna ser som negativt. Empirin vittnar också om hur enhetscheferna själva ifrågasatte lämpligheten i att själva leda friskvårdsaktiviteter och att vissa enhetschefer inte deltog. En möjlighet finns istället för dessa att utveckla andra typer av friskvårdsaktiviteter utöver de fysiska för att vinna ett större deltagande hos medarbetarna. En viktig aspekt i hälsoarbetet som enhetscheferna tydliggör är det ömsesidiga beroendet mellan ledaren och medarbetaren då båda parter påverkar varandra. Utifrån enhetschefernas nyckelposition är det därför av stor vikt att ledaren själv måste må bra för att i sin tur kunna överföra det till andra. Om ledarens hälsoläge är sämre förmedlas en missvisande bild och det resulterar i ett sämre arbetsutfall gentemot medarbetarna. Organisationens övergripande arbete för att främja hälsa bör även inkludera enhetschefernas välmående.

Problematiken kvarstår dock hos medarbetare som inte deltar i aktiviteterna och därmed inte ges likvärdig möjlighet att utveckla relationen till sin enhetschef och få uppleva de erbjudna aktiviteterna. Trots detta arbetar enhetscheferna idag med betydelsefulla faktorer som med fördel kan utvecklas dels genom att låta medarbetarna berätta hur de upplever chefernas agerande. Inspiration och övningar för hur chefer kan främja till exempel delaktighet och kommunikation kan hämtas in utifrån för att sedan prövas i verksamhetens vardagliga arbete, för att knyta an till rätt miljö. Det ses vidare som en tillgång för organisationens framtida hälsoarbete att ha ledare som är öppna, engagerade och vill prova nya saker i arbetet. I detta fall kan organisationen ha i åtanke att fortsätta rekrytera enhetschefer som överensstämmer med kvalifikationer som bidrar till det hälsofrämjande arbetet. För att påvisa att de humana aspekterna värderas i verksamheten, utöver de ekonomiska delarna är det positivt att enhetscheferna ser till individens behov och välmående. Då människor, organisationer och samhällen skiljer sig åt, kan det vara en fördel att utveckla och anpassa friskvården utifrån medarbetarnas, men också gruppens rådande situation. Enhetscheferna kan även med hjälp av organisationens storlek, försöka sammanföra medarbetare med liknande intresse för att utveckla nya friskvårdsalternativ.

Genom empirin framkom förslag om att medarbetarna skulle få leda friskvårdsaktiviteter. Medarbetardrivna friskvårdsaktiviteter ses som fördelaktigt ur flera aspekter. Detta ger ytterligare perspektiv i utformningen av aktiviteterna och breddar möjligheterna till genomförande på olika platser eller verksamheter i Borlänge kommun. Intresset kan även väckas hos fler medarbetare att delta och ta ansvar för att främja sin egen hälsa. En grupp medarbetare kan tillsammans med enhetschefen tilldelas ansvaret att utveckla aktiviteter för att främja hälsan, vilket även kan verka resursbesparande. Vidare ur empirin utläses en vilja hos enhetscheferna att delegera ansvar och skapa delaktighet hos medarbetarna, vilket vittnar om tillit från enhetscheferna gentemot medarbetarna. Det kan också spegla bristen på resurser hos enhetscheferna. Genom ytterligare friskvårdsalternativ kan en bredare målgrupp medarbetare tillmötesgå, vilket kan öka deltagandet, välmående, arbetsprestationen som i sin tur påverkar organisatoriska resultat men också förbättra relationen mellan enhetscheferna och medarbetarna.

Flertal förslag och idéer till hälsoarbetet framkom ur empirin, vilket även vittnar om att det är enklare att diskutera hur och vad parterna bör göra, än att omsätta det i praktiken. Författarna är av samma åsikt som Hanson (2004), att kunskapen ofta finns men att tillämpningen är bristfällig. För en lyckad implementering av hälsoarbetet i en organisation bör praktiska rutiner införas och tas hänsyn till. Gruppintervjun avsåg att beröra och knyta an till verklighetsbaserade utvecklingsmöjligheter i största möjliga mån, varför enhetscheferna fick föra en dialog kring detta och anteckna hur förslagen kunde omsättas i det dagliga arbetet. Detta tillvägagångssätt tror författarna öppnar möjligheter för nya tankar och idéer som enhetscheferna tog med sig från intervjutillfället. Dock kvarstår faktum att kunna ta ställning till huruvida detta förverkligas i praktiken då möjlighet saknas för en uppföljning, vilket återigen speglar ovissheten och problematiken kring hur parterna praktiskt kan förverkliga hälsoarbetet. Avståndet mellan en idé på ett möte och implementeringen bör medvetandegöras. Ytterligare tid och resurser bör därför avsättas för linjechefer att tillsammans kunna utveckla det främjande hälsoarbetet i organisationen. Även enhetscheferna framhöll att tid bör avsättas för eftertanke och reflektion, samt att inte nöja sig med korta svar på frågan hur medarbetarna mår. Dessa aspekter tyder på en viktig medvetenhet som bör finnas hos alla parter i hälsoarbetet för att komma vidare och se utvecklingsmöjligheter. Om insatser dröjer med att hjälpa en medarbetare kan konsekvenserna bli svåra och kostsamma att hantera, både för organisationen och samhället.

Empirin tydliggör en positiv vilja hos enhetscheferna att utveckla medarbetarsamtalet utifrån både individuella och verksamhetsbaserade mål. Enhetscheferna eftersträvar också att hälsa blir ett naturligt samtalsämne. Genom att värdera medarbetarsamtalet som en viktig kanal för samverkan och kommunikation med medarbetarna, ökas möjligheterna att säkerställa ett hänsynstagande till de variabler som lägger grund för välmående medarbetare. Om hälsofrågor ses som en naturlig del av kommunikationen mellan parterna kanske också fördomar och misstankar från medarbetarnas synvinkel förmildras. Därigenom kan medarbetarnas trivsel, engagemang och effektivitet också öka, som en positiv effekt för organisationen på lång sikt. I och med detta bör därför riktlinjer finnas som underlag för medarbetarsamtalen. Svårigheten kvarstår dock att kunna omsätta och mäta dessa typer av utfall och mål, vilket i sin tur gör bilden diffus och svårhanterlig, både för en medarbetare, enhetschef eller organisationen som ska finansiera detta arbete. Teorin bekräftar även denna svårighet (Aronsson & Lindh, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000). Statistiken om sjukfrånvaro eller om långtidsfriska kan därför ses som ett verktyg och borde därför tydliggöras för enhetscheferna hur den kan nyttjas i arbetet. Detta synliggör resultat och skapar en hanterlig målbild för insatser kring detta. Resultatet kan också utgöra underlag för vidare resursfördelning av medel till förbättringsarbete. Genom statistiken kan också enhetschefer eller HR-funktionen vinna förståelse för resonemanget om utökade resurser till hälsoarbetet hos andra funktioner, till exempel ekonomiavdelningen eller hos ledningen.

Ur empirin framkom förslag på en arbetskonstellation mellan enhetschefer och medarbetare, som kan inbjuda till deltagande och tydliggöra medarbetarnas ansvar. Det strategiska

tillvägagångssättet i arbetet där medarbetarnas eget ansvar tydliggörs som en viktig del, ses fördelaktigt ur hälsoaspekt. Denna komponent bör därför tydliggöras mellan ledare och medarbetare för att få förståelse hos båda parter. Det strategiska tillvägagångssättet i hälsofrågor kan vinna ytterligare mark i organisationens vardagliga arbete och även bidra till en utvecklad bild av vad arbetet innebär. Vidare berörde empirin det faktum att schemalägga obligatorisk friskvård. En positiv följd av detta är ett ökat deltagande och främst en förbättrad fysisk hälsa som kan påverka arbetsprestationen, i jämförelse med frivillig friskvård. Författarna ser likt enhetscheferna att förslaget trots allt även kan resultera i sämre motivation via upplevt tvång. Denna mer övergripande lösning skapar ett mindre utrymme att tillmötesgå individernas behov, arbetssituation och enhetschefernas resurser för att öka deltagandet i friskvården. På grund av organisationens omfattning och antal medarbetare samt deras placering i förhållande till enhetscheferna så kan de individuella behoven även vara svåra att arbeta med och följa upp. En diskussion med båda parter avseende de positiva och de negativa aspekterna av detta förslag kan ses som aktuell för att se till hälsoarbetets förutsättningar och komplexitet. Ett sätt att inkludera detta som berördes i empirin, var förslaget om att till exempel promenera i anslutning till lunchrasten. Författarna ser att ett sådant beviljande från enhetscheferna bidrar till att stärka en organisationskultur som uppmuntrar till aktiv livsstil, vilket i sin tur främjar hälsan. En negativ aspekt i detta kan vara svårigheten att kontrollera om tiden nyttjas eller missbrukas av medarbetarna.

Empirin speglar en ökad sjukfrånvarostatistik relaterad till psykisk ohälsa och en önskan om att arbeta mer med de psykosociala delarna i arbetsmiljöarbetet. Detta utgör därmed ett behov av att utbilda linjecheferna i den psykosociala delen av arbetsmiljön och dess påverkan på individen samt hur de kan hantera detta. Då även HR tar upp att den psykosociala ohälsan är en aktuell samhällsfråga. Genom ökade kunskaper minskar belastningen på HR-funktionen då ökad kunskap leder till att linjecheferna kan hantera ärenden på ett tryggare sätt. En kartläggning av orsaker till sjukdomstillstånd hos medarbetarna kan generera kunskap och för att så tidigt som möjligt motverka detta men framför allt kunna främja hälsan. Detta kan generera ett verklighetsbaserat underlag med identifierbara faktorer utifrån aktuell verksamhet som sedan kan användas för åtgärder och uppföljning. I dagsläget innefattar ett systematiskt arbetsmiljöarbete denna arbetsgång, i och med detta vill författarna betona vikten av att knyta an detta arbete till arbetssituationen och helhetsbilden av individens hälsotillstånd.

Utifrån enhetschefernas roll i organisationen och nära kontakt med medarbetarna bör arbetsuppgifterna präglas av vetskapen om denna position. Det bör även tydliggöras hur ledarens agerande kan påverka medarbetarnas hälsoläge positivt och negativt. Genom detta kan ledarens handlande synliggöras och förbättras till det positiva för medarbetarna, dock kräver detta en mottaglighet hos ledarna. Teorin bekräftar linjechefernas centrala roll och påverkan av medarbetarnas välmående (Hanson, 2004; Johnsson et al, 2003; Menckel & Österblom, 2000). Att även se till arbetets omfattning och komplexitet i syfte att utveckla ett hälso- och friskvårdsarbete anpassat till den specifika organisationen och rådande situation är viktigt.

Inspiration och hjälpmedel utifrån kan bidra i arbetet men att applicera ett koncept eller modell utan att se till organisationen försvårar hållbarheten och kan även skapa stort motstånd hos medarbetarna.

5.2 Stöd till ledare i hälsoarbete

Empirin påvisar att HR besitter kunskap inom aktuellt arbetsmiljöområde och det faktum att flera faktorer påverkar individens välmående, liksom samhällets påverkan. Därför är det bra att flertal olika stödverktyg och stödfunktioner finns tillgå för enhetscheferna i detta komplexa arbete. Författarna instämmer i att se till individen som helhet och den aktuella samhällsutvecklingen kring hälsoarbetet, då detta har inverkan på varandra. Det är viktigt att kunna förstå hur dessa komponenter samspelar och deras betydelse för den specifika individens livssituation. Det är fördelaktigt att HR arbetar medvetet med viktiga hälsovariabler, vilket är positivt och bör fortsätta prägla hälsoarbetet i organisationer för att få en så övergripande bild som möjligt av hälsopåverkan. Kunskapen i förhållande till kontexten kan i sin tur utgöra en grundläggande del i de kompetenser som HR sedan kan arbeta med att delge linjechefer i HRM-arbetet. För att börja bygga enighet kring hälsobegreppen, språket, förståelsen och tillhörande arbete, är det positivt att HR också sammanför enhetschefer och fackrepresentanter vid utbildningstillfällen. Detta kan bidra till konkretiseringen av hälsobegreppen i hälsoarbetet. Tillvägagångssättet kan utvecklas genom att sammanföra ytterligare representanter från olika delar av organisationen genom att de deltar i gemensamma utbildningar. Då flertal parter ofta, i en större organisation ingår i det övergripande hälsoarbetet kan deras specifika uppfattning av benämningar också på detta vis synliggöras. Teorin menar även att enighet är viktigt (Medin & Alexandersson, 2000). Då parternas enighet i stor utsträckning avgör huruvida hälsoarbetet blir enhetligt och framgångsrikt eller inte är detta därför betydelsefullt framförallt i större organisationer.

Empirin visar att enhetschefsgruppen betraktar sig själva, sina kollegor och den högre chefen som ett verktyg samt viktigt stöd i hälsoarbetet. Denna syn och samarbete kan generera en breddad och fördjupad kompetens i organisationsrelaterade hälsoåtgärder. Det finns dock även en risk att kunskaper från omvärlden bortses och att de avstannar till viss grad inom arbetsgruppen istället för att utväxla kunskaper vidare inom eller utanför organisationen. Samtidigt återger enhetscheferna sårbarheten i detta, varför verktyg och rutiner med fördel skulle kunna dokumenteras för eventuell ny personal eller för ett mer hållbart arbetssätt som kan understödjas vid eventuellt byte av enhetscheferna. I annat fall är annars kunskapen låst till denna grupp, vilket är en nackdel. Vid hög arbetsbelastning på grund av frånvaro och ett bristande stöd kan detta även skada kvalitén i det hälsofrämjande arbetet och påverka medarbetarna negativt ur hälsosynpunkt. Det är därför av betydelse att se över detta, kalkylera med denna situation och därefter tilldela förutsättningar och lämpliga resurser för ledarna i det dagliga arbetet. Då organisationer, kommuner och medarbetare skiljer sig åt, kan en breddad samverkan eller nätverk för friskvård och hälsoarbete utläsas som positivt för vidare idégenerering och utbyte, vilket

skapar lärande och kanske utbyte mellan olika kommuner.

En viss skillnad har identifierats ur empirin i parternas utgångspunkt och benämningar i hälsoarbetet, vilket författarna ser kan medföra svårigheter med att ge och få lämpligt stöd i aktuella problem om parterna pratar olika språk. Där enhetscheferna till exempel intar ett friskvårdsperspektiv, arbetar HR med rehabiliteringsåtgärder. Detta fenomen genererar även en kritisk aspekt till studiens resultat, eftersom olika parter i studien utgår från olika tolkningar. Vidare medför fenomenet vikten av medvetenhet kring att individer och grupper tenderar att tolka information, benämningar och så vidare, på olika vis. Detta tydliggör vikten av samspel mellan parterna i ett hälsoarbete, för att säkerställa att enighet råder kring tolkning av nyckelbegrepp och utgångspunkter. Då kan HR klargöra vilket typ av stöd linjecheferna behöver i en viss situation för att främja välmående medarbetare tillsammans. Ett framgångsrikt, användbart och anpassat stöd förebygger också eventuell utbrändhet eller ohälsa hos enhetscheferna. Utifrån detta vill också författarna påpeka risken med att en grupp medarbetare kan förbli friska på bekostnad av att en annan grupp blir utbränd. Detta signalerar en snedvriden syn på välmående och de organisatoriska hälsomålen. Verksamheten kan även klargöra vilken hälsosyn de ställer sig bakom och vill arbeta utifrån, eftersom det befintliga dokumentet Hälsofrämjande arbete-riktlinjer (Borlänge kommun, 2009) inte ses genomsyra hela organisationens arbetssätt idag.

Empirin synliggör att enhetscheferna i nuläget endast får en viss del av det stöd som de önskar från HR, varför författarna ifrågasätter parternas relation, samarbetet och kommunikationen emellan. Båda parterna ger till exempel uttryck för svårigheter att nå fram till medarbetarna och bakomliggande problem under ett samtal, där HR menar att de verktygen för ett strukturerat samtal som finns inte används. Parterna bör därför undersöka varför existerande verktyg inte används och varför, i syfte att utveckla ett fungerande stödarbete från HR och underlätta ett fungerande samarbete. Likaså nämner HR att hälsopedagoger finns att tillgå som stöd i hälsoarbetet, vilket inte enhetscheferna berör under intervjun. Författarna ser detta som en brist då HR har erfarenhet och kunskap inom området som kan stärka linjecheferna i deras roll, men det krävs kommunikation och delaktighet från båda parter för att utveckla ett fungerande samarbete. För ett lättillgängligt och välfungerande stöd skulle organisationen kunna införa någon form av HR-support, där HR-representanter alltid finns tillgängliga via ett specifikt telefonnummer. Ett sådant tillvägagångssätt borde minska avståndet mellan HR och linjechefer samt underlätta för båda parter i arbetet med att ge och tillägnas stöd. Detta kan både stärka enhetscheferna i sin roll och avlasta men också komplettera HR-stödet.

För linjechefer med mindre erfarenhet eller stort personalansvar kan HR-stödet vara ovärderligt varför tid och förutsättningar för att kunna nyttja men även utveckla stödet bör avsättas. I syfte att bibehålla linjechefers vilja och engagemang att utöva ett framgångsrikt hälsoarbete kan stödverktygen och utformningen av dessa beaktas av HR utifrån användningsområdet. Genom att beakta vikten av stöd och stödverktyg samt chefsspecifika önskemål kan dessa utvecklas gemensamt för att gynna hälsoarbetet då HR och linjecheferna har olika kunskaper, synvinklar

och roller i organisationen. Studiens empiri tydliggör enhetschefernas arbete med humana delar och individuella behov, vilket motsvarar mjuka värden. De berör även statistik över sjukfrånvaro och kostnader de medför. Teorin framhåller svårigheter att delegera HRM-arbetet till linjechefer (Redman & Wilkinson, 2009). Det finns dock problem med att kräva av enhetscheferna att de ska utföra HR-relaterat arbete i samma omfattning som HR-funktionen gör. Att eftersträva en balans i kunskap kring både hårda och mjuka värden i hälsoarbetet för enhetschefer, ses fördelaktigt för att bredda deras kunskapsbild. De hårda och mjuka värdena påverkar varandra och utgör en grund för att på bästa sätt tillvarata och utveckla ett framgångsrikt hälsoarbete. I och med att de är verksamma inom den offentliga sektorn är denna vetenskap viktig utifrån begränsade resurser.

Ur empirin framkom att HR säkerställer en grundnivå utbildningsmässigt hos enhetschefer, att flera utbildningar konkurrerar och att enhetscheferna själva måste avsätta tid och anmäla sig själva. Författarna ifrågasätter hur denna grundnivå säkerställs och följs upp. Det är dock positivt att utbildningar och stödåtgärder erbjuds inom arbetsmiljöområdet men som förslag bör dessa efter introduktionen kontinuerligt följs upp, prioriteras och utvärderas av HR för att på bästa sätt möta morgondagens hälsoarbete. Ett sådant tillvägagångssätt skulle öka möjligheten till ett arbetsmiljöarbete i linje med samhällsförändringar, behov och verksamhetsbaserade mål. Sammantaget ger det samtliga ledare, oavsett tidigare kunskap eller anställningstid en uppdaterad och likvärdig kunskapsgrund att arbeta utifrån. Detta kan resultera i god avkastning för ledarskapsutförandet och välmående medarbetare som upplever att deras situation beaktas. Men även i detta fall bör utbildningar/information utformas utifrån rådande förhållande och kontext för att anpassas till den miljö där organisationen verkar. Det kan vara mer framgångsrikt att organisationen utifrån sin egen kännedom utvecklar sitt eget hälsoarbete med tillhörande stödåtgärder än att endast använda externa konsulter för detta.

Ett hälsoarbete kan skilja sig i utformningen mellan avdelningar och nivåer i organisationen, framförallt om i en större verksamhet. Författarna ser att även detta bör beaktas när dokument, strategier och styrmedel arbetas fram högre upp i organisationen. I detta fall ska olika aktörer också kunna omsätta och arbeta i verksamheten med dessa utifrån respektive kunskaper och förmågor. Risken att dokument blir orörda och svåra att använda i vardagligt arbete är annars stor. En parallell till detta resonemang återfinns delvis i dokumentet Hälsofrämjande arbetsriktlinjer (Borlänge kommun, 2009) då empirin speglar andra benämningar på arbetssätt. För en fungerande och lyckad implementering av styrmedel kan detta inkludera återkoppling och delaktighet från representanter från berörda parterna. Vidare vittnar empirin om bristande stödresurserna vilket författarna ser som en negativt påverkar på enhetschefernas arbetsmiljöarbete. Kommande resursutveckling av HR-funktionen kan med fördel utvecklas i samråd med de närmsta parterna som är i behov av HR-funktionens hjälp. Detta anser författarna liksom är viktigt då ledarens stöd och förutsättningar påverkar hälsoarbetets utfall.

5.3 Synsätt som präglar hälsoarbetet

Författarna finner att ett centrerat fokus i synsättet av hälsoarbetet, riskerar skapa distans mellan till exempel HR och enhetscheferna, genom ofullständig enighet. Genom centrerade resurser och därmed kunskaper inom den ena synsättet av hälsoarbetet så kan kunskapen och tillämpningen av ett annat synsätt därmed också försvagas. Detta kan delvis bli följden av enhetschefernas bristande kunskap om svåra rehabiliteringsfall. Samtidigt är det svårt för både HR eller enhetscheferna att till fullo styra vardagliga ärendens utveckling men de kan påverka och arbeta för ett främjande snarare än ett förebyggande förhållningssätt. En likhet i problematiken ovan återfinns i HRs återkommande betoning på rehabiliteringsprocesserna, vilket till stor del skiljer sig från enhetschefernas främjande förhållningssätt i friskvårdsarbetet. Det finns därför ett behov av att utveckla ett fungerande samarbete mellan parterna förankrad i en gemensam grundsyn för att vidare kunna driva ett framgångsrikt arbete. Författarna instämmer i det HR tydliggör, att förståelse måste finnas i att sjukfall och rehabiliteringsärenden trots allt kommer kvarstå i viss omfattning. Utifrån detta betonas att vikten av kunskap inom flera förhållning- och synsätt krävs. Trots kunskapen om sjukfrånvaro och rehabiliteringskostnader, förespråkas att en övervägande resursfördelning tillägnas främjande insatser i hälsoarbetet. Detta kräver dock tålamod då resultaten av en sådan förändring tar tid men kan förbättra medarbetares hälsa och öka förmågan att bibehålla en god hälsa. En möjlig utveckling är att öka kunskaperna hos parterna i hälsoarbetet och arbeta med implementering av hälsofrämjande styrmedel.

Liksom empirin synliggör, råder komplexitet kring människors välmående. Därigenom tydliggörs betydelsen av att inkludera medarbetarna i det förhållningssätt som organisationen, enhetscheferna och HR väljer att arbeta med hälsa utifrån, för att skapa ett ömsesidigt ansvar och förståelse hos berörda parter. Att kommunicera ut var organisationen står nu i sitt hälsoarbete och var de önskar komma i sitt arbete, då beskrivningar och en väg till målet kan underlätta. HR och linjechefer är låsta till att agera utifrån den faktiska situationen. Men om hälsoarbetet skapar goda förutsättningar för välmående på arbetsplatsen så kan individens möjlighet att hantera även privata problem öka.

Författarna anser att det främjande perspektivet ses framgångsrikt i ett hälsoarbete, framför andra synsätt. Detta synsätt anses kunna gynna flertal berörda parter om de faller väl ut i en organisation. Om det främjande arbetet får genomslagskraft, kan flera positiva resultat och prestationer utvinnas med hjälp av välmående medarbetare. De kan i sin tur även ha en fördelaktig inverkan på resterande arbetsgrupp och utveckla en bra gemenskap. Teorin framhåller även det främjande synsättet (Angelöw, 1991; Hanson, 2004; 2010; Johnsson et al., 2003; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000; Rydqvist & Winroth, 2002). Vid upplevt välmående, positiv syn på trivsel i arbetet så kan även övriga motgångar eller belastningar vara lättare att hantera än om medarbetarna mår dåligt. Vid mindre sjukfrånvaro och efterfrågande rehabiliteringsärenden så minskar även följdskostnader av detta, resurser som istället kan placera i att utveckla det främjande arbetet. Empirin påvisar vidare flertal centrala och

positiva faktorer som kan relateras till det främjande samt friskare hälsoarbetet utifrån teorin. Dessa faktorer som till exempel delaktighet, motivation, förståelse, att kunna lyssna och beakta närvaro i verksamheten ser författarna är flera viktiga aspekter som bör kunna prägla det vardagliga hälsoarbetet. Det är även viktigt att organisationens, enhetschefernas och HRs hälsoarbete uppskattas av medarbetarna. Ett förändringsarbete som innefattar en större organisation medför även svårigheter i form av resurser och motstånd.

Empirin vittnar om en strävan att förändra sjuka medarbetare till friska hos både HR och enhetscheferna, vilket relateras till förebyggande åtgärder vilket inte ligger i linje med de främjande arbetsättet. Liksom HR tydliggör ser författarna vikten av att enhetscheferna i sin centrala position ska vara medvetna och rustade för att kunna agera så fort de upptäcker en förändring hos medarbetarna, detta för att kunna agera tidigt i en process. Dock försvårar väntetiden för ett fysiskt möte med HR målet med tidiga insatser, vilket kan lämna en önska kring förbättring i HRs kommande resursutveckling. Enhetschefernas önskan om att utveckla friskvårdsaktiviteter utifrån medarbetarnas synvinkel, ser författarna är positivt och ligger i linje med långtidsfriska medarbetare samt ett främjande av hälsan. En kombination av synsätt i hälsoarbetet behöver inte i sig vara felaktigt, dock anses att medvetenhet om hur resurserna och kunskaperna placeras bör beaktas. Detta för att säkerställa att fokus och resurser läggs på det främjande arbetet, där den långsiktiga vinsten finns, såväl när det avser medarbetarnas hälsa som organisationens intresse.

Författarna ser en nackdel med det främjande synsättet då det är relativt nytt inom hälsoområdet, vilket kan begränsa kunskapen och skapa viss förvirring i tolkningar relaterade till detta. Utifrån organisationens storlek, olika nivåer och arbetsgrupper ses därför denna problematik delvis som avgörande huruvida det främjande hälsoarbetet lyckas implementeras eller inte. En bristande förståelse eller flertal olika tolkningar, vilket begreppet och synsättet skapar utrymme för kan i sin tur påverka utövandet och hur parterna omsätter det i praktiken. Teorin belyser även nackdelen med att det främjande synsättet är relativt nytt (Hanson, 2004). Beroende på det betraktelsesätt respektive part intar så kan vaga skiljelinjer förekomma mellan de olika synsätten, vilket försvårar ett samstämt arbete i en stor organisation. Breda tolkningar hos respondenterna har genomgående uppfattats i studien. Då enighet i tolkningar är en fördel kan det ifrågasättas om samtliga enhetschefer har en gemensam bild av vad till exempel friskvårdsarbetet innefattar. I en större organisation kan grunden för hur begrepp och arbetsätt därför vara bra att klargöra, om det så handlar om att utveckla eller ta fram en egen tolkning eller benämning på arbetsättet. Detta för att skapa goda förutsättningar att kunna uppnå ett framgångsrikt hälsoarbete där fokus kan riktas mot att främja hälsa på organisationens samtliga nivåer och utifrån dess kontext. Empirin visar att HR och enhetscheferna betraktar och utövar arbetet på olika sätt, därför ifrågasätter författarna hur de identifierade skillnaderna mellan HR och enhetscheferna arbetsätt påverkar medarbetarnas välmående. Då både friska och sjuka medarbetare förekommer i organisationer kan ett fokus och arbetsätt inriktat på att uppnå friska medarbetare skapa en viss risk att bortse eller nedvärdera de sjuka, varför det bör

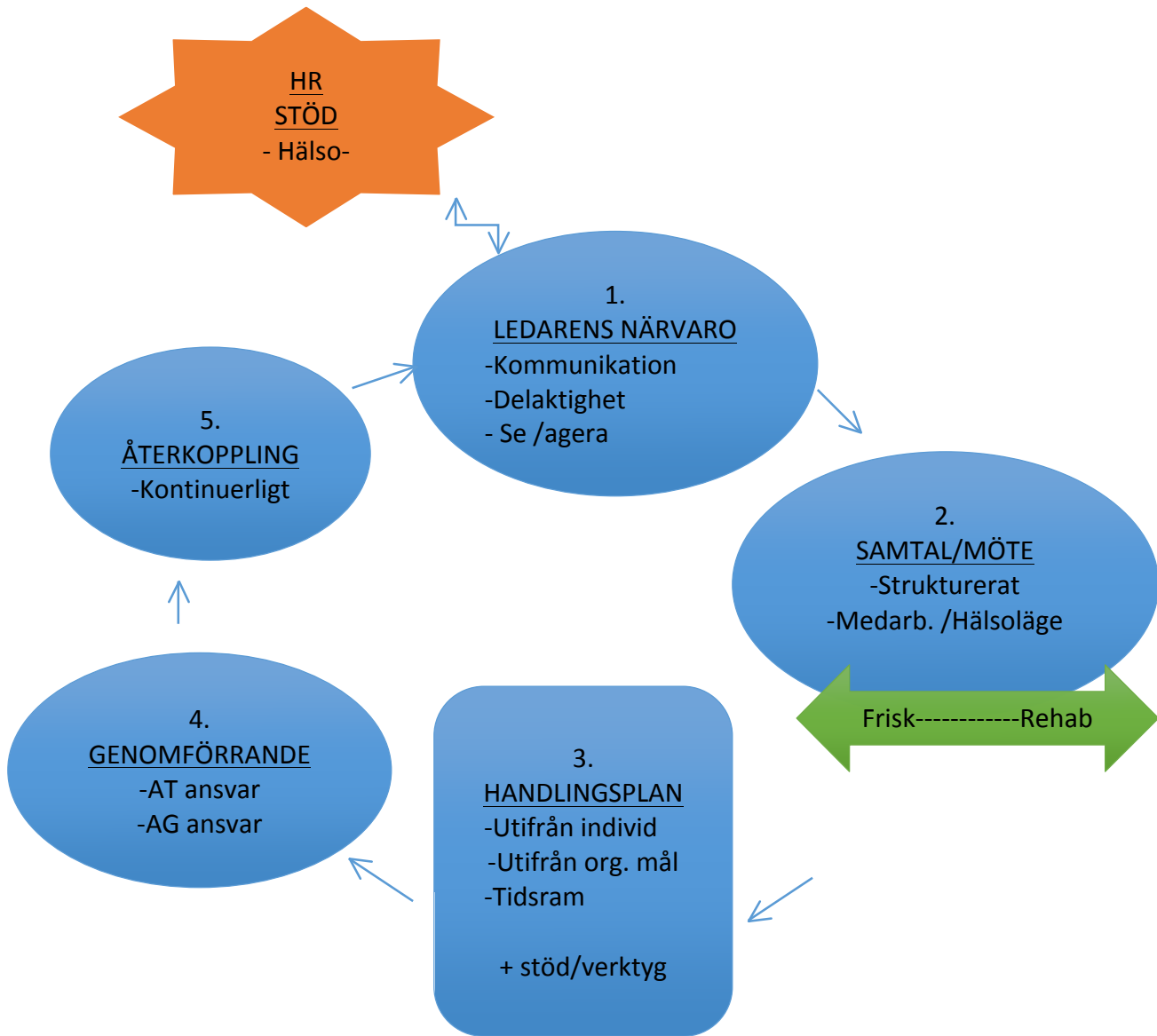
medvetandegöras. Variabler som långtidsfriska kan dock utgöra verktyg i det främjande arbetet och bör inte uteslutas. Teorin framhåller nackdelen med denna variabel (Aronsson & Lindh, 2004; Ljusenius & Rydqvist, 2004; Menckel & Österblom, 2000). När ett gemensamt synsätt arbetas fram i delaktighet med berörda parter, både utifrån linjechefernas centrala roll och HRs stödjande roll kan det skapa en stadig grund för ett strategiskt hälsoarbete i organisationen. Detta kräver också ledningens förståelse men bör främst utvecklas i relation till medarbetarna och deras behov.

5.4 Modell av hälsoarbete på arbetsplatsen

Utifrån insamlad empiri och aktuell teori har ett förslag på en modell utvecklats, för att konkretisera hälsoarbetet på linjechefsnivå i verksamheter där HR agerar stödfunktion.

1. **Ledaren:** Genom att prioritera fysisk närvaro i verksamheten kan ledaren arbeta med kommunikation och delaktig för att förstå medarbetarnas situation och arbetsgruppens möjligheter till en god hälsa. Dessa variabler bidrar även till ledarens kännedom för att upptäcka förändringar som kan leda till sämre hälsa på ett tidigt stadium.
2. **Samtal:** För att nå fram till medarbetarna kan en utvecklad mall om hälsofrågor vid medarbetarsamtal eller ett strukturerat samtal som HR tagit fram användas. Detta för att bedöma hur individen mår på skalan: frisk-risk-sjuk-rehab och diskutera lämpliga resurser.
3. **Handlingsplan:** Här tydliggörs vad som ska göras utifrån individens behov och mål men också utifrån de organisatoriska målen för hälsoarbetet. Detta görs med stödverktyg och hjälpmedel, till exempel från HR och företagshälsovården och en tidsram fastställs.
4. **Genomförande:** Utifrån ett tydliggörande vad som sker i praktiken/vardagen och utifrån arbetstagarens (AT) och arbetsgivarens (AG) ansvar, resurser och förutsättningar genomförs åtgärderna sedan.
5. **Återkoppling:** För att följa upp, vad som har hänt och hur det har gått. Här kan ledaren även stämna av hur medarbetaren mår och om rätt åtgärder utifrån rådande hälsoläge sker samt ompröva eventuella åtgärder.

HR: Som stödfunktion finns HR i ett nära samarbete med linjechefen i processen ovan där stödverktyg utvecklade i samråd med linjecheferna även finns som komplement. HR kan också arbeta med att se över att hälsoarbetet präglas av organisationens önskade förhållningssätt och kontinuerligt följa upp eller utveckla utbildningsnivån för ledare som grund för att nå en hög kvalitet i arbetet.



6. Slutsatser

Nedan redovisas författarnas slutsatser av studien. Avsikten med slutsatserna är att besvara studiens syfte och frågeställningar. Vidare är syftet att identifiera utvecklingsmöjligheter inom dessa delar. Slutligen presenteras tankar och förslag för vidare forskning inom området.

Studien har visat att enhetscheferna arbetar medvetet för att deras medarbetare ska må bra. Arbetet präglas dels av satsningar på friskvård och att därigenom skapa en god kultur. Då linjechefer i sin centrala roll kan vara normskapande, ser författarna en fördel i att de agerar förebilder utifrån hälsoaspekten. Genom enhetschefernas deltagande i friskvårdsaktiviteter skapas nya relationer och fler medarbetare kan lockas att delta, vilket i sin tur främjar medarbetarnas hälsa. Ett dilemma i detta är problematiken i de enhetschefer och medarbetare som inte deltar i friskvårdsaktiviteterna. Vidare arbetar enhetscheferna med att vara förstående, avsätta tid att lyssna, skapa delaktighet, vara engagerade, kommunicera, skapa trivsel, närvara i sitt ledarskap, men även att ge ansvar och frihet till medarbetarna i sin arbetssituation och minska sjukfrånvaro. Samtliga faktorer bidrar till en individs välmående enligt litteraturen.

HR har medvetenhet om komplexiteten bakom en individs välmående. HR-funktionen tillhandahåller stöd genom kunskap inom området, arbetsmiljöutbildningar, enskilda samtal främst kring rehabilitering och personliga möten vid akuta problem. HR uttrycker att de saknar tillräckliga resurser till att ge ett bra stöd, samtidigt som enhetscheferna uppger att de saknar övergripande stöd i hälsoarbetet. Något som kan påverka kvalitén i enhetschefernas utförda hälsoarbete och därmed även medarbetarna. Utifrån dagsläget är personalkontoret i en förändringsprocess som önskas leda till ökade resurser och därmed generera ett utökat stöd med högre kvalitet.

Enhetscheferna kan öka möjligheten till deltagandet i friskvårdsaktiviteter genom att utgå från medarbetarnas behov och önskemål men även den rådande kontexten. De vill även öka deltagandet genom att delegera ansvaret för att leda friskvårdsaktiviteter till medarbetarna. Denna aspekt tillsammans med utökade resurser kan bidra och utveckla friskvården för ett bredare intresse samt deltagande av medarbetarna. Enhetscheferna önskar även utveckla arbetet med medarbetarnas välmående med hjälp av individuella målsättningar vid hälsorelaterade medarbetarsamtal. Utvecklingen ses generera vinning för organisationen i form av engagerade, friska och motiverade medarbetare. Genom att bredda samarbetet och få stöd högre upp i organisationen kan friskvårdsarbete även utvecklas till det positiva. HR kan utveckla sina stödresurser utifrån att se över möjligheterna för ett nära samarbete med enhetscheferna, chefspecifika önskemål och anpassa ett stöd för att förbättra och bredda enhetschefernas kunskaper för att eftersträva arbete med välmående medarbetare.

För att ytterligare utveckla samverkan mellan enhetschefer och HR krävs att parterna har en enighet kring vilka styrande begrepp och aktiviteter de arbetar efter, för att upprätthålla en

fungerande kommunikation samt ett framgångsrikt hälsoarbete i alla led. Utifrån denna problematik tydliggörs vikten av att arbeta fram en gemensam grundläggande tolkning av det synsätt som hälsoarbetet i Borlänge kommun ska präglas av. Detta ses som avgörande för ett framgångsrikt och hållbart arbete med att främja medarbetares hälsa, vilket ovan redovisad modell påvisar och kan inbringa inspiration till praktisk tillämpning.

Fokus och övervägande resurser centreras idag på rehabiliteringsåtgärder, men HR önskar uttryckligen lägga mer resurser på ett främjande arbete, som ses mer fördelaktigt för välmående medarbetare. Utifrån individens behov och samhällets förändring, ses kunskaper vara nödvändigt i flera olika synsätt av hälsoarbetet. Ett centrat fokus till ett specifikt synsätt kan vara negativt på olika sätt. Enhetschefernas arbete präglas av friskvård och därmed ett övervägande främjande synsätt. Synsätten för HR och enhetscheferna skiljs därmed åt i hälsoarbetet, trots HRs önskan om ett främjande arbetssätt, vilket kan påverka medarbetarna.

Utifrån studiens resultat bör ett kritiskt förhållningssätt för generaliserbarheten intas. I detta fall syftat till den insamlade empirin utifrån studiens specifika fall och representanterna från kost- och lokalservice samt verksamhetsstöd inom Borlänge kommun. Kritiken riktar sig mot att resultatet enbart speglar studiens respondenters syn, åsikter och förhållningssätt i ett hälsoarbete. Resultatet speglas också de enskilda individernas tolkning av information och hälsobegrepp, vilket medför svårigheten att generalisera ett resultat utifrån likvärdiga tolkningar. Trots dessa kritiska faktorer bör ett hälsoarbete i organisationer generellt innefatta parametrar som kommunikation, delaktighet och enighet av hälsobegreppen. Därför är en viss generaliserbarhet möjlig när det avser överförande av kunskapsbidrag och slutsatser till liknande organisationer i hälsoarbetet. Vikten av en god kommunikation och nära samarbete mellan HR-funktionen och linjechefer i ett hälsoarbete är betydelsefullt. Parternas och kanske framförallt medarbetarnas delaktighet samt enighet i betydelsen av hälsoarbetets begrepp och mål, bör tillgodoses och tas hänsyn till i organisationer för att utveckla ett framgångsrikt hälsoarbete utifrån rådande kontext. Slutligen är författarna av den meningen att ett framgångsrikt hälsoarbete speglar sig då medarbetarna mår bra.

6.1 Vidare forskning

Efter genomförd studie ser författarna möjligheter till vidare forskning eller fördjupning. Det skulle vara intressant att jämföra denna studies resultat med ett storleksmässigt liknande bolag inom privata sektor. Vidare skulle en uppföljning av linjechefernas utveckling från denna studies start vara intressant utifrån ett mer utpräglat medarbetarperspektiv, där empiri från medarbetarundersökningar redovisas och ställs i relation till övrig empiri. Ett sätt att utveckla denna studie kan vara att beröra hur stödet och uppfattningarna för linjechefer ser ut i resterande delar av organisationen till exempel utifrån ledningens uppfattning. Då ämnet främjande hälsoarbete fortfarande är relativt nytt, skapar detta även utrymme för vidare forskning kring hur begrepp och dess tolkningar omsätts i praktiken.

7. Referenslista

- Allvin, M. (2006). *Gränslöst arbete: socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Andersen, I. (2012). *Den uppenbara verkligheten: om kunskapsproduktion i samhällsvetenskaperna*. (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Angelöw, B. (1991). *Det goda förändringsarbetet: om individ och organisation i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser: att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Aronsson, G. & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor: en populationsstudie*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, förlagstjänst.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bohgard, M. (red.) (2010). *Arbete och teknik på människans villkor*. (2. uppl.) Stockholm: Prevent.
- Cronsell, N., Engvall, J. & Karlsson, P. (2005). *Hälsoarbete och hälsobokslut: en handbok för arbetsgivare*. (2., [rev. och utök.] uppl.) Näsviken: Björn Lundén information.
- Delaney, F.G. (1994) *Nursing and health promotion: conceptual concerns*. Leeds Metropolitan University, Calverley St, Leeds LS1 3HE, England, *Journal of Advanced Nursing*
- Dellve, L. Anderasson, J. Jutengren, G. (2013) Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården? *Socialmedicinsk tidskrift*. Volym 90 (nr6),
- Dellve, L. Eriksson, J. Vilhelmsson, R. Assessment of long-term work attendance within human service organisations, *Department of Public Health and Community Medicine, Sahlgrenska Academy, Göteborg University 2006, Sweden*
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekselius, L. Helgesson, M. Hogstedt, C. Johansson, B. Järholm, B. Karlsson, T. Lindberg, P. Vingård, E. 2015, 16 april, Chefer måste ta ansvar för ökande psykiska ohälsan. *DN. Debatt*, s. 6.

- Eriksson, A. Skagert, K. Dellve, L. (2013) Utveckling av hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap-Erfarenheter. *Socialmedecinsk tidskrift*. University of Borås. School of Health Sciences
- Erlandsson, L-K., Carlsson, G., Horstmann, V., Gard, G., & Holmström, E. (2010) Health factors in the everyday life and work of public sector employees in Sweden. Department of Health Sciences, Lund University, Lund, Sweden. The Vårdal Institute, Lund University, Lund, Sweden. 1-11. DOI 10.3233/WOR-2012-142
- Filstad, C. (2012). *Organisationslärande: från kunskap till kompetens*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Foot, M. & Hook, C. (2008). *Introducing human resource management*. (5. ed.) Harlow, England: Prentice Hall/Financial Times.
- Frick, K., Johansson, U. (2013). Systematiskt arbetsmiljöarbete – syfte och inriktning, hinder och möjligheter i verksamhetsstyrningen: En analys av Svenska fallstudier. ISSN 1650-3171. (Rapport 2013:11). Arbetsmiljöverket, Stockholm.
- Haglund, B. J. A., (1996) *Stödjande miljöer för hälsa - ett strategiskt begrepp för det Hälsofrämjande arbetet*. Särtryck i Socialmedicinsk tidskrift temanummer om Hälsa och miljö
- Halvorsen, K. (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanson, A. (2010). *Salutogent ledarskap: för hälsosam framgång*. Solna: Fortbildning.
- Johnsson, J., Lugn, A. & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk: så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Stockholm: Ekerlid.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2007). *Psykologi i organisation och ledning*. Enskede: TPB.
- Kelloway, E. K., (2011) *Positive Organizational Scholarship*, ASAC. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 1 28(1), 1-3 (2011)
- Kira, M. (2003) From good work to sustainable development: human resources consumption and regeneration in the post-bureaucratic working life. Stockholm: *Institutionen för industriell ekonomi och organisation*, Tekniska

högskolan. (522 s). ISBN 91-7283-465-X

Kjellman, M. (2006). *Minsta möjliga friskvård - och lite till: [vad du som är friskvårdare, chef, anställd kan göra]*. Stockholm: CKM.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB.

Lagrosen, S. & Lagrosen, Y. (2009). *Mänsklig kvalitetsutveckling*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Liukkonen, P. (2002). *Hälsobokslut: förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor*. (1. uppl.) Norsborg: Oskar

Ljusenius, T. & Rydqvist, L. (2004). *Friskt ledarskap: lönar sig*. (2. uppl.) Stockholm: Prevent.

Malmquist, C., Vinberg, S. & Larsson, J. (2007). *Att styra med hälsa: från statistik till strategi*. Degerfors: Metodicum.

Marchington, M. (1999) Professional qualification scheme: Core personnel and development exam papers and examiner's reports May 1999; Institute of Personnel and Development, Paper given to the IPD Professional Standards Conference, University Warwick, July, pp. 1-12.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

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

Merriam, S.B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. (1. uppl.) Solna: Almqvist & Wiksell.

Olsson, G. Hemström, Ö. Fritzel, J. Identifying factors associated with good health., *International Journal of Behavioral Medicine*, Dec 2009, Vol. 16 Issue 4,

Redman, T. & Wilkinson, A. (red.) (2009). *Contemporary human resource management: text and cases*. (3rd ed.) Harlow, England: Financial Times/Prentice Hall.

Rydqvist, L. & Winroth, J. (2002). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. ([Ny, revid. uppl.]). Stockholm: SISU idrottsböcker

Sandberg, J. & Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse: ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Tengblad, S. (2007). *Medarbetarskap: från ord till handling!*. (1. uppl.) Malmö: Liber media.

Thomsson, H., Menckel, E. (1997) Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser? – ett svenskt perspektiv. Stockholm: Prevent. ISBN 91-7522-574-3 Art. nr. 7208

Tombaugh, J. R. (2005) Positive leadership yields performance and profitability: Effective organizations develop their strengths. DOI 10.1108/14777280510590031 VOL. 19 NO. 3 2005, pp. 15-17, Q Emerald Group Publishing Limited, ISSN 1477-7282 *DEVELOPMENT AND LEARNING IN ORGANIZATIONS*

Tyson, S., Fell, A. (1995) *Evaluating the Personnel Function* (2nd edn), Cheltenham: Stanley Thomes.

Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. (4. ed.) London: SAGE.

Yukl, G.A. (2012). *Ledarskap i organisationer*. Harlow: Prentice Hall.

Internet

El. WHO Constitution. New York: WHO, (1948) Hämtad. 2015-02-19

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

Arbetsmiljöverket. (u.å). Arbetsmiljöverkets föreskrifter. 2015-02-24, från arbetsmiljöverkets hemsida, <http://av.se/>

Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS: 2001:1

8. Bilagor

Bilaga 1. Frågor till HR-intervju

- Kort presentation av oss och av ämnet: hälsa & främjande hälsoarbete utifrån vår teoretiska referensram
- Information om anonymitet, be om godkännande till att spela in intervjun för att kunna gå tillbaka? Endast vi två författare som hanterar materialet konfidentiellt.
 - Syftet är att undersöka hur HR arbetar med att stödja enhetscheferna i arbetet med att medarbetarna ska må bra? Samt hur detta arbete kan utvecklas?
 -
 - **Frågor:**
 - **Beskriv hur ni stödjer enhetscheferna i deras arbete med att medarbetare ska må bra, i dagsläget?**
 - o Vad kan det handla om? Ge exempel/beskriv en situation när ni stödjer cheferna för detta?
 - o Vad innefattar er HR-roll i detta arbete? Arbetsuppgifter? Flera arbetsuppgifter
 - o Finns det några rutiner eller modeller för HR, för att stödja enhetscheferna i arbetet med välmående medarbetare? – om nej, vad tror ni är främsta anledning till det?
 - **Vad får ni för förutsättningar/resurser som HR, för att kunna stödja enhetscheferna i detta arbete i dagsläget?**
 - o Beskriv eller ange hur det kan se ut eller vad det kan bestå av?
 - o Hur upplever ni att det ni nämnt påverkar ert arbete med att stödja enhetscheferna?
 - **Vad skulle HR kunna utveckla, utifrån hur ni arbetar, för att stödja enhetscheferna i arbetet med att anställda ska må bra?**
 - o Beskriv, ge exempel
 - o Eventuella rutiner/manualer/- eller strategi
 - o Något annat?
 - **Är det något vi inte berört nu, som ni ser är viktigt i arbetet med att stödja enhetscheferna?**
 -

Ett stort och varmt tack för ditt deltagande!

Bilaga 2. Frågor till Fokusgruppintervju

Presentation av oss & vårt syfte av studien

- Information om anonymitet, be om godkännande till att spela in intervjun för att kunna gå tillbaka? Endast vi två författare som hanterar materialet konfidentiellt.
- Vi kommer att genomföra en gruppintervju och vi avser inspirera till utveckling i arbetet med att medarbetare ska må bra

Fråga 1.

- Hur gör jag som chef för att bidra till att mina medarbetare ska må bra?
- (Ta 1 min och tänk för er själva först, innan samtal i grupp)

Fråga 2.

- Får jag något stöd/resurser idag i detta arbete?
- (Ta 1 min och tänk för er själva först, innan samtal i grupp)

Vad sa medarbetarna? (presentation)

- Ni bidrar och intresserar er för deras välmående i arbetet, genom bland annat:
 - -friskvårdsaktiviteter/feedback/ frågor hur de mår
- Utveckling
 - mer närvaro/bättre dialog/avlastning el resursfördelning
- Ni berör hälsa ur jobbsynpunkt:
 - APT, kring friskvård, medarbetarsamtal
- Utveckling
 - Hälsa relaterat till person & i jobbet/utifrån situation
 - Idéer som kom upp från medarbetarintervjuer

Fråga 3.

- Hur skulle ni kunna göra/arbete för att de anställda ska må bra?
- Brainstorma fritt!
- Ta 2 minuter
- Välj ut 2 förslag som du kan arbeta vidare med
- Skriv ner *hur* på på 2 st post-it

Fråga 4.

- Vilket stöd skulle ni behöva i detta arbete för att lyckas?
- (Ta 1 min och tänk för er själva först-innan samtal i grupp)

Ett stort och varmt tack för ert deltagande!

Bilaga 3. Frågor till medarbetarintervju

- Kort presentation av oss, hur intervjun genomförs och studiens syfte, där vi vill betona det som skapar välmående, d.v.s det som får individen att må bra. Utifrån dessa intervjuer önskar vi urskilja det i enhetschefernas arbete som skapar välmående hos er anställda.
- Information om anonymitet och att personen kan avbryta när den själv vill. Materialet behandlas konfidentiellt av oss två författare och syftet är att det ska utgöra underlag till senarelagd fokusgruppintervju med enhetschefer.

– Man /kvinna (pricka för)

– Ålder: _____ (Fyll i)

– Anställningstid (antal år): _____ (Fyll i)

- **1. Upplever du att din närmsta chefs agerande/handlande bidrar till ditt välmående i arbetet?**

-på vilket sätt kan chefs agerande bidra till ditt välmående?

-kan du ge ett exempel på tillfälle/situation för detta?

- **2. Upplever du att din närmaste chef visar intresse för att främja din hälsa/för att du ska må bra?**

-Om ja, på vilket sätt?

-Om nej: hur tror du det påverkar ditt välmående och din arbetsinsats?

- **3. Har din närmsta chef vid något tillfälle berört din eller medarbetarnas hälsa ur jobbsynpunkt, t.ex. vid ett möte/konferens/medarbetarsamtal?**

-Om ja, i så fall i vilket situation/vilket tillfälle?

-Om ja, i vilket syfte var det?

- **4. Slutligen, Om du var chef för en dag och fick helt fria händer, vad skulle du vilja göra för att skapa god hälsa/välmående hos dina anställda sett ur ett långsiktigt perspektiv?**

– beskriv/ be person utveckla/förklara

Tack för att du tog dig tid att delta i vår intervju och avsatte tid för detta. Det utgör en viktig grund i vår fortsatta studie!

Emma Björklund & Charlotte Bruér