

FRÅN IDÈ TILL START

Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid
för vårdbiträden och undersköterskor inom den
öppna hemtjänsten i Limhamn–Bunkeflo.

Vesa Leppänen

2004

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	4
2. UTVÄRDERINGENS SYFTEN OCH METODER	6
OM PLUS ALLA SOM ORGANISATIONSFÖRÄNDRING	6
OM HUR DELTAGARNA TILLÄGNAR SIG PROJEKTET	9
OM FÖRÄNDRINGAR I SJUKFRÅNVARON	9
UTVÄRDERINGENS RELATION TILL PROJEKTET	10
3. FRÅN IDÉ TILL START	14
4. PROJEKTETS BAKGRUNDER	18
HÖG SJUKFRÅNVARO	18
SVÅRIGHETER MED ATT REKRYTERA OCH BEHÅLLA PERSONAL	20
FÖRESTÄLLNINGAR OM ORSAKER TILL DEN HÖGA SJUKFRÅNVARON.....	20
OCH SVÅRIGHETERNA ATT REKRYTERA NY PERSONAL	20
STRATEGIER FÖR ATT MINSKA SJUKFRÅNVARON OCH FÖRBÄTTRA.....	22
MÖJLIGHETERNA ATT REKRYTERA NY PERSONAL	22
ETT TIDIGARE PROJEKT: +55	24
EN PROJEKTLEDARE VID STADSKONTORET OCH PENGAR.....	28
5. PROJEKTETS URSPRUNGLIGA DESIGN.....	32
PROJEKTETS ORGANISATION OCH INNEHÅLL	32
FINANSIERING: ”FRÅN NEGATIVA KOSTNADER TILL INVESTERING”	34
ORGANISATIONEN SOM INGÅR I PROJEKTET	35
6. PROJEKTET MODIFIERAS	38
FRISKVÅRDEN BETONAS.....	38
VIKARIEFRÅGAN LÖSES MED ”JOBROTATÖRER”.....	40
DELFINANSIERING GENOM EU VÄXTKRAFT MÅL 3	41
KVÄLLSPERSONALEN SKALL EJ DELTA PROJEKTAKTIVITETER UNDER ARBETSTID	43
SAMMANFATTNING	44
7. MOBILISERING AV STÖD	46
POLITISKT OCH EKONOMISKT STÖD	46
UTOMORGANISATORISKT STÖD	46
ARBETSLEDARNA	48
PERSONALEN.....	49
8. PROJEKTET VID START.....	54
MÅLGRUPP.....	54
SYFTE OCH VISION.....	54
PLUS ALLA – ”ETT FRISKVÅRDSPROJEKT”	54
PROJEKTPERIOD	55
FINANSIERING	55
FRISKVÅRD OCH KVALITETSTID	55

VIKARIER	56
PROJEKTLEDARENS ROLL	56
ENHETSCHEFENS ROLL	59
KONTAKTPERSONER.....	60
PROJEKTASSISTENT	60
REFERENSGRUPP	60
PÄRMEN	60
INBJUDAN TILL HÄLSOPROFILBEDÖMNING	61
FRÅGEFORMULÄR TILL HÄLSOPROFILBEDÖMNING	61
HÄLSOPROFILBEDÖMNING	62
PROJEKTLEDAREN OM SIN ROLL SOM HÄLSOPROFILBEDÖMARE	64
ÅTGÄRDSGRUPPER	65
FÖRTROENDEKONTRAKT	65
UPPLEVELSEBESKRIVNING	67
AKTIVITETER SOM ERBJUDES	67
AKTIVITETERNAS TIDSMÄSSIGA ORGANISATION	68
DISKUSSION	69
9. ERFARENHETER	72
PROJEKTLEDARENS ROLL	72
KONTAKTPERSONERNA/HÄLSOOMBUDEN	75
PROJEKTASSISTENTEN	76
ARBETSLEDARNAS ROLL	76
EN FÖRÄNDRAD RELATION TILL DELTAGARNA	77
HUR PROJEKTET INGICK I DELTAGARNAS VARDAG	80
ARBETSLEDARNA OM DELTAGARNA.....	82
PROJEKTLEDAREN OM DELTAGARNA.....	85
JOBROTATÖRERNA BÖRJAR	85
OM TVÅ JOBBROTATÖRER SOM SLUTADE	86
JOBROTATÖRERNAS VILLKOR.....	86
HUR JOBBROTATÖRERNA KOM ATT INGÅ I ARBETET.....	88
OM FRAMTIDEN.....	90
10. OM KVALITETSTIDEN.....	93
OM VARFÖR KVALITETSTIDEN INTE PÅBÖRJADES	93
KVALITETSTID FÖR VEM?	97
VAD SKA KVALITETSTIDEN ÄGNAS ÅT?	100
VEM SKA AVGÖRA VILKA VÅRDTAGARE SOM SKA FÅ KVALITETSTID?	102
VEM AVGÖR VAD SOM SKA GÖRAS?	103
HUR SKA DET SCHEMALÄGGAS?	103
11. DISKUSSION	105
12. KÄLLOR	114

1. INLEDNING

Plus alla är namnet på ett projekt inom den öppna hemtjänsten i Stadsdelsförvaltningen (SDF) Limhamn-Bunkeflo, Malmö.¹ Vårdbiträden och undersköterskor erbjuds att under betald arbetstid ägna sig åt friskvård tre timmar per vecka och kvalitetstid två timmar per vecka. Målet är att öka hälsan och välbefinnandet hos personalen, minska sjukfrånvaron, öka den äldre personalens möjligheter att stanna kvar i arbetet, ge arbetet inom hemtjänsten ökad status och förbättra möjligheten att rekrytera ny personal. Idén väcktes under början av 2001 och projektet påbörjades med informationsmöten och hälsoprofilbedömningar i november 2002. Friskvården startades under slutet av 2002 men kom i gång fullt ut i januari 2003. Deltagarna fick då välja mellan 11 olika aktiviteter, bl.a. gympa, simning och stavgång. Kvalitetstiden blev uppskjuten. Projektet är tänkt att pågå till och med hösten 2005.

Denna utvärdering påbörjades i november 2002 och skall följa projektet till dess slut. Utvärderingen finansieras av Arbetslivsinstitutet och Malmö Stad och undersöker tre aspekter av projektet.

För det första studeras projektet i dess egenskap av att vara *en organisatorisk process*. Hur uppkom idén till projektet? Hur marknadsfördes den bland politiker, ledning och berörd personal? Hur förändrades projektet på vägen fram till start? Vilken form kom det att faktiskt få? Hur kom de olika aktörerna inom organisationen att använda sig av de möjligheter det gav? Vilka erfarenheter gjordes? För att söka svar på dessa frågor har kvalitativa intervjuer genomförts med de personer som driver projektet, framför allt enhetschef, arbetsledare och projektledaren i Limhamn-Bunkeflo. (I det följande kommer två personer med titeln ”projektledare” att framträda, dels den person som var projektledare vid stadskontoret, dels den person som drev projektet lokalt i Limhamn-Bunkeflo”.)

För det andra undersöks *hur deltagarna tillägnar sig projektet*.² En rad frågor framstår som relevanta: Vilka är de faktiska villkor som projektet ger deltagarna? Hur uppfattar deltagarna de möjligheter som projektet ger? Vilka personliga mål ställer man upp? Vilka tidigare erfarenheter har man av friskvård som kan vara avgörande för hur man tillgodogör sig projektet? Vilka föreställningar har man om kvalitetstid? Vilka aktiviteter söker man sig till? Vilka lärdomar gör man? Hur förändras deltagarnas upplevelser av sig själva och omgivningen? Kvalitativa intervjuer har genomförts med deltagarna vid projektets start, vilket följs upp med enkäter.

¹ De personer som intervjuats och blir citerade i denna rapport har givits tillfälle att ge synpunkter på citaten och rapportens innehåll i övrigt. Jag har tagit dessa synpunkter i beaktande och tackar er. Anne Fogelberg har givit värdefulla synpunkter på rapportens språkliga utformning.

² Holmkvist & Leppänen (2004), Linné & Leppänen (2004)

För det tredje undersöks *hur deltagarnas sjukfrånvaro förändras* under projektets gång. För detta syfte används data som tillhandahålls av stadsdelsförvaltningen i Limhamn-Bunkeflo. Resultaten presenteras i separata rapporter.

Denna rapport handlar om Plus alla som en organisatorisk process. Nedan beskrivs projektet från att det uppkom som idé år 2001 till sex månader efter projektets påbörjande, d.v.s. maj 2003. Denna rapport beskriver projektets ursprungliga idé, hur olika förhållanden gav upphov till förändringar i den, hur projektet lanserades för olika aktörer, hur det påbörjades och vilka erfarenheter man gjorde inledningsvis.

Denna text är deskriptiv. Den ger en ganska detaljerad beskrivning av projektet. En förhoppning är att denna beskrivning skall göra det möjligt för de som planerar liknande projekt att få en fördjupad inblick i hur just detta projekt var konstruerat. En annan förhoppning är att beskrivningen ger möjlighet till en fördjupad förståelse av hinder och framgångsfaktorer hos projektet. En tredje förhoppning är att den kan bilda en grund för kommande teoretisk förståelse för de organisatoriska processer den beskriver.

Framställningen består av följande delar: I kapitel två presenteras utvärderingen i sin helhet. Där redogörs för de tre huvudsyftena med utvärderingen och vilka metoder som använts och kommer att användas. Kapitel tre ger en översikt över förloppet från att Plus alla uppkom som idé till den faktiska starten. Kapitel fyra redogör för de bakgrunder som anfördes när projektet lanserades. Man hade vissa problem (höga sjuktal och svårigheter att rekrytera och behålla personal), föreställningar om deras orsaker samt strategier att lösa dem. En annan bakgrund var ett tidigare projekt, ”+55”, som kom att fungera som modell för detta projekt. Ytterligare bakgrunder var den gynnsamma ekonomiska situationen och att det fanns intresse vid stadshuset att driva ett projekt av detta slag. I kapitel fem redogörs för hur idén växte fram och hur konceptet kristalliserades under 2001. Där beskrivs hur man, vid en rad möten, kom att utforma projektets design och hur projektet hamnade i just Limhamn-Bunkeflo. I kapitel sex beskrivs hur projektet modifierades på olika sätt innan det startade. I kapitel sju beskrivs hur man mobiliserade yttre och inre stöd för projektet. I kapitel åtta beskrivs projektets design när det påbörjades och i kapitel nio och tio de erfarenheter som gjordes omedelbart efter projektets start. Kapitel elva, slutligen, sammanfattar de iakttagelser som gjorts om projektet i denna rapport.

2. UTVÄRDERINGENS SYFTEN OCH METODER

Utvärderingen handlar om tre olika aspekter av Plus alla. För det första undersöks projektet som en *organisationsförändring*. För det andra utforskas hur *deltagarna orienterar* sig mot projektet. För det tredje undersöks vilka konsekvenser projektet får för deltagarnas *närvaro på arbetsplatsen*.

Om Plus alla som organisationsförändring

Plus alla är en organisationsförändring. En mängd aktörer inom hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo förändrar sina handlingsmönster på en rad sätt under en bestämd tid:

Projektet pågår under *en viss tid*: Det föddes som idé i början av 2001 och påbörjades i oktober-november 2002 samt är tänkt att pågå till, åtminstone, hösten 2005. Om det utfaller väl kan det komma att permanentas.

Ett projekt genomgår alltid olika *faser*: Någon får en idé. Den kan mogna. Den kan diskuteras med andra. Ofta beslutar man sig i detta tidiga stadium för att lägga idén åt sidan. Anledningar kan vara att andra inte uppmärksammar problemet som förändringen är ämnad att åtgärda, inte ser vinsten med just denna åtgärd, inte tror på möjligheten att övertyga andra som är tänkta att delta i förändringen eller inte har möjlighet att mobilisera ekonomiska resurser. Om andra uppmärksammar problemet, ser att projektet kan vara en lösning, ser det som möjligt att förverkliga projektet, inklusive mobilisera resurser, så kan idén specificeras ytterligare. I dessa diskussioner formuleras ett koncept, som är en slags gemensam viljeyttring hos de inblandade. Nu börjar rörelsen mot projektets start. Andra aktörer som berörs ska informeras och övertygas. När det gäller Plus alla gjorde man en ansökan om projektmedel hos kommunstyrelsen, diskuterade frågan med fackföreningar, de anställda vårdbiträdena, undersköterskorna och annan personal. Projektet modifierades efter hand. När man kom fram till start skulle det introduceras och slutligen förverkligas.

Projektet involverar *olika aktörer under olika faser och på olika sätt*: I den inledande idéfasen involverades en särskild projektgrupp vid stadshuset. Den var tillsatt för att arbeta för att Malmö stad ska bli en mer attraktiv arbetsgivare och tillsammans med stadsdelarna hitta metoder att klara personalförsörjningen. Under den inledande idéfasen involverades en projektledare vid stadskontoret som var knuten till denna grupp, vård- och omsorgschefen i Limhamn-Bunkeflo samt enhetschefen för område 4. När möjligheten att förverkliga projektet skulle sonderas kom ekonomer vid stadshuset och stadsdelen att involveras för att undersöka vilka kostnader som var förknippade med det. Fackliga organisationer och personal fick ge synpunkter. Nu anlidade man också en person som skulle förverkliga projektet och man tog

kontakt med EU-konsulter som eventuellt kunde bidra med viss finansiering. Man skapade också en referensgrupp sammansatt av representanter för Arbetslivsinstitutet, Försäkringskassan och Arbetsmiljöinspektionen, vilka fick ge sina synpunkter. Kommunstyrelsen i Malmö kom att engageras i och med att man skulle fatta beslut om tilldelande av projektmedel. Inför projektstarten kontaktades Arbetsförmedlingen angående försörjning av vikarier till projektet. När projektet påbörjades kom deltagarna att genomgå hälsoprofilbedömningar och ägna sig åt olika projektaktiviteter. Projektledaren stödjer projektet under dess gång.

En viktig utgångspunkt för denna utvärdering är att dessa aktörer lever under *olika villkor* och därför också har *olika intressen* i projektet. De som initierar projektet (projektledaren vid stadskontoret, vård och omsorgschefen i Limhamn-Bunkeflo, kommunstyrelsen) har en viss uppsättning intressen; att garantera personalförsörjningen, sänka sjukfrånvaron och rekrytera ny personal. Man strävar efter att garantera organisationens effektivitet och fortlevnad. Vård- och omsorgschefen samt enhetschefen har intresse av att hålla sig inom givna ekonomiska ramar. De fackliga organisationerna förväntas representera personalens perspektiv avseende de förändringar som projektet innebär. Arbetsledarna har ett behov av att garantera personalförsörjningen i det dagliga arbetet, d.v.s. bevaka att det finns personal tillgänglig och att man gör rätt saker vid rätt tidpunkter. Personalen som berörs av projektet har ett intresse av att kunna genomföra sitt arbete och bibehålla en god relation till vårdtagarna samtidigt som man har individuella mål med den fysiska träningen och kvalitetstiden. När projektet inlemmas i organisationen kommer de olika aktörerna att intressera sig för de delar av det som är relevanta för deras egna aktiviteter inom verksamheten samt inlemma dem på, för dem själva relevanta, sätt. Eventuellt motstånd mot olika delar av projektet kan, till stor del, förväntas härstamma ur de olika intressen som är förknippade med de olika aktörernas villkor.

De aktörer som planerar och leder projektet har ofta en slags helhetsbild av organisationen och hur projektet skall inlemmas i den. Man har en plan, en karta, över vad olika aktörer skall göra vid olika tidpunkter. Men ofta visar det sig att olika aktörer anpassar projektet på sätt som man först inte hade tänkt sig. Dessa anpassningar är betingade av de villkor och intressen som dessa aktörer har inom organisationen. Vi kan därför anta att oförutsedda hinder och möjligheter kommer att uppstå på vägen från idé till genomförande.

Förutom att aktörer tenderar att anpassa ett projekt för att passa deras egna verkligheter så förändras ett projekts betingelser över tid. Exempelvis kan nyckelpersoner bestämma sig för att avbryta sina anställningar eller ekonomiska villkor förändras. Dessa förändringar kan få allvarliga konsekvenser.

Denna utvärdering tar sin utgångspunkt i denna observation, att projektet fortlöpande modifieras. Denna första rapport beskriver den första tiden av

Plus alla, nämligen från idé (början av 2001) till de första erfarenheterna inkom efter projektstart (maj 2003). Empiriska data består av totalt 14 intervjuer:

- fyra intervjuer med projektledaren för Plus alla (utspridda mellan 020913 och 030325)
- en intervju med projektassistenten (februari 2003)
- två intervjuer med var och en av de tre arbetsledarna (en med var och en i början av december 2002 och en med var och en i slutet av april och i början av maj 2003)
- två intervjuer med enhetschefen (en i november 2002 och en i maj 2003)
- en intervju med projektledaren vid stadskontoret (maj 2003)

Dessa 14 intervjuer har, var och en, tagit mer än en timme att genomföra. I flera fall har de pågått mer än en och en halv timme. De har spelats in på ljudband. En intervjuguide har använts. Frågorna har i de flesta fall varit öppna, d.v.s. gjort det möjligt för intervjupersonerna att svara med långa beskrivningar. Intervjupersonerna har ombetts beskriva hur projektet kom igång, vilken roll de själva har i det, hur de upplever de olika förändringarna och vilken roll andra aktörer har i relation till projektet.

I följande framställning återges citat från intervjuerna. Ambitionen har varit att återge dem ordagrant. I många fall har fyllnadsljud, tvekingar och omstarter tagits bort. Följande markeringar används i citaten:

- | | |
|-------------|--|
| (...) | Parenteser med punkter anger att text hoppats över, t.ex. omstarter, tvekingar och fyllnadsljud. |
| ... | Punkter anger en längre tystnad. |
| () | Tomma parenteser anger att intervjupersonens tal är ohörbart. |
| (Plus alla) | Text inom parenteser innehåller olika förklaringar, t.ex. på syftningar i citaten eller titlar på personer vars identiteter anonymiserats. |

Förutom intervjuerna består data av undertecknads deltagande i en rad möten där projektet diskuterats, t.ex.:

- startmöten för arbetsledarna
- startmöten för personalen
- möten där personalen redovisade resultaten av inledningen av EU-projektet (dvs. det projekt som startades i anslutning till Plus alla och som kom att finansiera vissa aktiviteter)
- referensgruppens möten

- två tillfällen då preliminära resultat av intervjuerna med personalen redovisades och diskuterades för berörda i Limhamn-Bunkeflo
- en lång rad informella samtal med berörda personer

Data består också av totalt tre pärmar med dokumentation om projektet, t.ex. anteckningar från möten som pågick inom förvaltningen fr.o.m. 2001, utkast till det kommande projektet, ansökningshandlingar, utvärderingar av liknande projekt och tidningsklipp om Plus alla.

Om hur deltagarna tillägnar sig projektet

En andra del av utvärderingen handlar om hur deltagarna tillägnar sig projektet. En rad frågor framstår som intressanta: För det första, vilka är de grundläggande arbetsvillkor som kan återverka på hur projektet infaller i deltagarnas dagliga arbete? Ett exempel på ett sådant villkor är personalens behov av att upprätthålla en god relation till vårdtagarna, vilket motiveras av arbetets natur. Hur kommer relationen till vårdtagarna att påverka hur man använder sig av projektets möjligheter? För det andra, hur presenterades projektet för personalen? Hur mobiliserades personalens intresse för att delta i projektet? För det tredje, vilka blev de organisatoriska ramarna för friskvården och kvalitetstiden? För det fjärde - och kanske viktigast - hur kom projektet att emottagas av deltagarna?

Vid projektets start framstod det som viktigt att göra en första kartläggning av var och en av deltagarnas grundläggande inställning till projektet. Därefter följs de upp avseende t.ex. vad de faktiskt gör inom projektet, hur de förändras avseende synen på vårdtagare, kollegor och arbetsledning, tillfredsställelse med det egna arbetet, fritidsvanor och upplevelse av hälsa och träning.

Empiriska data består hittills av semistrukturerade intervjuer med 49 vårdbiträden och undersköterskor vid projektets start (november 2002 – januari 2003). De spelades in på ljudband, skrevs ut, och tolkades.³ Data är också planerade att bestå av årliga enkäter till deltagarna under 2003, 2004 och 2005. En första rapport om enkäten år 2004 är publicerad.⁴ En tredje typ av data är de så kallade ”upplevelsebeskrivningar” som skrives av deltagarna och samlas in av projektledaren under projektets gång. (Se kapitel åtta.) Projektledaren ger feedback till deltagarna på delar av dessa upplevelsebeskrivningar.

Om förändringar i sjukfrånvaron

En tredje del av utvärderingen (som presenteras i en separat rapport) handlar om att kartlägga deltagarnas sjukfrånvaro. Stadsdelen Limhamn-Bunkeflo tillhandahåller empiriska data om sjukfrånvaron inom denna personalgrupp under perioden november 2000 till november 2005.

³ Linné & Leppänen (2004)

⁴ Holmkvist & Leppänen (2004)

Utvärderingens relation till projektet

Om man ska förstå en utvärdering är följande fråga central: Vilken relation har utvärderingen till det som utvärderas? Denna fråga kan brytas ner i följande delfrågor:

- a) Hur förhåller sig utvärderingen och det utvärderade till varandra organisatoriskt?
- b) Vem har formulerat frågorna som utvärderingen söker besvara?
- c) Vem har avgjort vilka metoder som ska användas?
- d) Hur påverkar utvärderingen projektets genomförande?

a) Hur förhåller sig utvärderingen och det utvärderade till varandra organisatoriskt? För det första, projekt Plus alla bedrivs inom Malmö stad medan utvärderingen genomförs av Arbetslivsinstitutet Syd (ALI Syd). För det andra, Malmö stad finansierar utvärderingen delvis under tre års tid. Ett kontrakt mellan Malmö stad och ALI Syd utsäger vilket syfte utvärderingen skall ha, vilka metoder som skall användas, när och hur rapportering skall ske, att ALI Syd ”äger” empiriska data som samlas in, samt att ekonomiska medel administreras av ALI Syd. Arbetslivsinstitutets utvärdering/studie är mer omfattande än de ekonomiska bidragen från Malmö Stad täcker. En stor del av detta arbete genomförs inom ramen för en tjänst som forskarasistent, vilken innehas av undertecknad. För det tredje finns det ett flerårigt samarbetsavtal mellan Malmö stad och ALI Syd som sträcker sig utanför detta enskilda projekt. Detta kontrakt innebär att Malmö stad, Länsarbetsnämnden, Region Skåne och Malmö Högskola gemensamt finansierar en del av ALI Syds verksamhet. Detta samarbetsavtal innebär inte några konkreta förpliktelser om att projekt skall bedrivas för dessa organisationer. Naturligtvis finns det en risk att det uppstår ett mer eller mindre outtalat tryck på verksamheten vid ALI Syd om att den skall inriktas på de problem som dessa organisationer intresserar sig för. Sammantaget ser vi att det föreligger en slags dubbel finansiering från Malmö stad. Dels en generell till ALI, dels en specifik till detta projekt. Samtidigt administreras projektet av ALI.

b-c) Vem har formulerat frågorna som utvärderingen söker besvara och vem har avgjort vilka metoder som skall användas? Hypotetiskt kan man tänka sig åtminstone två ytterligheter. Den ena är att utvärderingen helt sker i förvaltningens tjänst, d.v.s. att frågorna och metoderna definieras utifrån de behov som uppdragsgivaren har. Den andra ytterligheten är att utvärderingen sker helt utan inflytande från dem som utvärderas. Utvärderingen formulerar sina egna frågor och söker svar på dessa frågor med metoder som formuleras av utvärderarna själva. I det första fallet sker utvärderingen som en del av en slags administrativ problemlösning och i det andra fallet som ett renodlat forskningsprojekt. Denna utvärdering hamnar, liksom de flesta andra, någonstans mitt emellan.

Chefen för ALI Syd frågade om jag var intresserad av att delta i ett av de möten som referensgruppen för Plus alla skulle hålla i augusti 2002. Detta var min första kontakt med projektet. Projektet hade då inte påbörjats och några konkreta planer för utvärderingen hade inte fastställts. Anledningen till att jag blev tillfrågad var mitt intresse för arbete inom hemtjänsten. Sedan tidigare arbetade jag med ett forskningsprojekt om arbetsorganisation och psykosocial arbetsmiljö inom hemtjänsten. Det förelåg inga som helst påtryckningar från chefens håll om att jag skulle delta i denna utvärdering och det fanns inga ekonomiska motiv för mig att delta. Tjänsten som forskarassistent var redan finansierad. Vid mötet ansåg jag att projektet är intressant och värt att följa. Samtidigt ansåg jag att en utvärdering skulle göra det möjligt för mig att fördjupa min förståelse för arbetsvillkoren inom hemtjänsten.

Jag deltog i mötet och lyssnade på det som sades. Jag presenterade också mina idéer om en möjlig utvärdering. Naturligtvis var jag medveten om att de delar av utvärderingen som är mest intressanta för Malmö stad är (i) att utvärdera om sjukfrånvaron kan minskas genom projektet, (ii) om ett projekt av detta slag kan locka personal att söka sig till hemtjänsten, (iii) om projektet kan få den befintliga personalen att stanna kvar och (iv) exakt vad i detta koncept som i så fall "fungerar". Jag såg goda möjligheter att sammanfoga dessa intressen med mina egna.

Jag har själv utvecklat utvärderingsplanen och kontraktet som sedan under tecknades av representanter för Malmö stad. Varken Malmö stad eller referensgruppen har gjort några tillägg eller ändringar.

d) Hur påverkar utvärderingen projektets genomförande? Frågan om hur utvärderingen återverkar på projektets genomförande är komplicerad. Vi kan urskilja åtminstone följande fyra aspekter:

En första fråga handlar om i vilken mån de konkreta forskningsmetoder som används påverkar deltagarna. I det här fallet kan man fråga sig hur de kvalitativa intervjuerna med deltagarna kom att bidra till att öka deras medvetenhet om frågor relaterade till deras hälsa, vilka mål de har med projektet, osv. Det är troligt att intervjuerna i vis mån har medfört att deltagarna känt sig utvalda, speciella, osv. Det är troligt att intervjuerna hade en viktig del i medvetandegörandet av hälsofrågor i anslutning till projektet. Alla deltagare vet att de är involverade i ett försök. Alla vet att vi är intresserade av hur det går för dem.

En andra fråga är i vilken mån utvärderingens metoder har påverkat själva utformningen av projektet. Intervjuer har genomförts med projektledaren i Limhamn-Bunkeflo, enhetschefen, arbetsledarna, osv. Dessa samtal har, rent konkret, inneburit att projektet presenterats för intervjuaren. Projektet verbaliseras av intervjupersonerna, vilket i sin tur leder till reflektion kring projektet. De frågor som ställts av mig har naturligtvis styrt reflektionerna till att handla om de teman som frågorna handlat om. Eftersom frågorna

ofta handlat om kärnfrågor kring projektet, t.ex. hur arbetsorganisationen förändrats, kommer reflektandet kring dessa saker på ett naturligtvis leda till att de intervjuades tänkande om dessa saker utvecklas. Det är troligt att intervjuerna i viss mån kommit att medvetandegöra och påverka handlandet hos intervjupersonerna.

En tredje fråga handlar om hur de som driver projektet använder sig av utvärderingen vid genomförandet av projektet. Detta kom tydligt till uttryck i en intervju med projektledaren vid stadshuset:

För jag kunde också känna det här med att i kommunen...vi kan aldrig övertyga oss själva. Vi måste ha någon annan som säger att jo, det här är bra eller inte. Och särskilt inför politikerna. För det hjälper inte att jag som tjänsteman står och säger till kommunens ledning att "så här är det". Så därför är ni jätteviktiga att följa med i detta och säga att "jo så här, det här resultatet ser vi, det här blev som ni hade tänkt, det här blev som ni inte hade tänkt". Och vi var också väldigt inne på att vi skulle ha ett slags lärande i detta hela tiden så vi ville inte ha någon som så att säga följde oss där borta och stod med kikare och kollade på oss utan vi ville ha någon som faktiskt fanns med i dialogen typ.

Projektledaren för Plus alla i Limhamn-Bunkeflo vid en intervju som genomfördes omedelbart före projektstart att:

Jag kommer att ha den här visionen i gruppen idag om att vi har en vision tillsammans om att bygga en arbetsplats som bejakar alla aspekter av hälsa. Och det är mycket därför ni kommer in också, jag menar att verkligen hjälpa till och se och stötta i processen. Vad är det som är modellen för världens bästa arbetsplats.

Vi kan här se att utvärderingen har vissa betydelser för de som driver projektet. En är att "sälja" projektet till politikerna. Man hänvisade till utvärderingen i ansökan om ekonomiska medel från Malmö stad. Det tycks också vara viktigt att utvärderingen är organisatoriskt obunden till den egna organisationen samt att utvärderingen genomförs av en vetenskapligt erkänd organisation. Denna obundna vetenskaplighet ses som en garant för att avrapporteringen av projektet är obunden, ger en trovärdig bild av den. Det är också möjligt att denna obundna vetenskaplighet ses som en garant för att projektet är viktigt och intressant. Men det är inte bara inför politiker som man talat om en obunden vetenskaplig utvärdering. Man har hänvisat till utvärderingen också när projektet lanserats för personalen, media och andra aktörer.

En fjärde fråga handlar om vilken form av återkoppling som sker från utvärderingen till projektet. I båda av de ovanstående citaten ser vi att det

finns en förväntan om att utvärderingen skall delta i det aktiva utformandet av projektet.

Ambitionen är att hålla en gräns mellan projektet och utvärderingen där återföringar sker vid bestämda tillfällen. Ambitionen är att vara frikostig med synpunkter före olika delar av projektet påbörjas, men vara återhållsam när de väl påbörjats, för att sedan återföra resultat vid förbestämda tidpunkter. Synpunkter gavs omedelbart före projektstarten 2002 angående vissa detaljer i friskvårdsprojektet. Presentationer av resultat av intervjuerna med deltagarna har gjorts i december 2002, april 2003 och juni 2003. I juni 2003 gav undertecknad en rad synpunkter angående hur kvalitetstiden kan tänkas komma organiseras.

3. FRÅN IDÉ TILL START

I det följande ges en översikt över förloppet från idé till start. Denna översikt blir ifylld i de följande kapitlen.

Redan 2001 fanns en projektgrupp vid stadskontoret vars ambition var att tillsammans med stadsdelarna arbeta för att Malmö stad ska bli en mer attraktiv arbetsgivare och stödja och utveckla metoder för att klara personalförsörjningen. Totalt var 12 personer knutna till projektgruppen som bestod av representanter för både arbetsgivarna och arbetstagarnas organisationer.

Under början av 2001 knöts en projektledare till denna grupp. Denne påbörjade sitt arbete genom att besöka olika arbetsplatser inom vården och omsorgen och bekanta sig med verksamheterna. Hon upptäckte att hemtjänsten hade de största problemen vad gäller sjukfrånvaro och svårigheter att rekrytera personal. Hon visste också att det fanns en budget om c:a 20 miljoner som till stor del användes till att utbilda personal. Hon såg också att det skulle komma att "bli över ett antal miljoner". Därför vände hon sig till de olika stadsdelsförvaltningarna för att diskutera möjliga nya idéer om metoder med vilka man kan klara den framtida personalförsörjningen inom hemtjänsten.

I dessa diskussioner kom chefen för vården och omsorgen i Limhamn-Bunkeflo att uttrycka sitt intresse för att bedriva någon form av friskvårdsprojekt. En fördel med Limhamn-Bunkeflo, enligt både projektledaren och chefen, var att man där hade en enda enhetschef som hade hand om en avgränsad del av verksamheten vilken kunde vara lagom stor för ett projekt, nämligen samtlig öppen hemtjänst inom stadsdelen. Man behövde därför inte blanda in fler chefer, vilket kunde försvårat kommunikation och beslutsfattande. Denna enhetschef hade fyra arbetsledare som ledde personalens dagliga arbete. Detta förenklade planeringsarbetet och koordinationen ytterligare. Dessutom visade det sig att projektledaren tidigare hade arbetat i samma organisation som enhetschefen, kände henne och uppenbarligen hade förtroende för henne.

Ett möte anordnades mellan projektledaren, vård och omsorgschefen och enhetschefen i mars 2001 där man diskuterade olika möjliga projekt. Projekt +55 (se nedan), som var ett snarlikt projekt som bedrevs i en annan stadsdel, kom att influera denna diskussion och man bestämde sig att fortsätta diskussionerna vid ett senare möte. Men redan nu hade man slagit in på en linje där man förespråkade friskvård tre timmar/vecka och kvalitetstid två timmar/vecka.

Ytterligare ett möte hölls i maj 2001, till vilket man bjöd in personer från olika organisationer som kunde tänkas vara intresserade av det kommande

projektet.⁵ Dit kom projektledaren och en utvecklingssekreterare (båda från stadskontoret), enhetschefen från Limhamn-Bunkeflo, en psykolog och en folkhälsopedagog (båda från Försäkringskassan) och en arbetsmiljöinspektör (från Arbetsmiljöinspektionen). Man diskuterade möjligheten att starta ett treårigt projekt som vände sig till personalen inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo. Man skulle erbjuda både friskvård och kvalitetstid. Nu kom man för första gången också att använda namnet ”Plus alla”. Man diskuterade också behovet av en fristående utvärdering av projektet.

I augusti 2001 anordnades ytterligare ett möte där utvecklingssekreteraren från stadskontoret, enhetschefen och chefen för vård- och omsorg i Limhamn-Bunkeflo, folkhälsopedagogen från Försäkringskassan samt chefen vid ALI deltog.⁶ I minnesanteckningarna från detta möte ser man en första översiktlig plan över det kommande projektet och den utvärdering som ALI eventuellt kunde genomföra. Det var dessa diskussioner som sedan kom fördjupas i den framställan om projektmedel som utarbetades gemensamt av Limhamn-Bunkeflo och stadskontoret och som tillsändes kommunstyrelsen i december 2001.⁷

Finansieringen blev en 50-50-lösning där Malmö stad stod för 50% av kostnaderna och stadsdelsförvaltningen Limhamn-Bunkeflo stod för resterande 50%. Totalkostnaden beräknades till 6,45 miljoner och stadsdelsförvaltningens del var 3,225 miljoner.

I början av 2002 anordnades ett internat där all personal inom hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo deltog, även enhetschefen och arbetsledarna. Alla fick då veta att ekonomin för Plus alla verkade säkrad. Personalen ska då ha blivit entusiastiska och i minnesanteckningarna står det att ”Många önskar sig kvalitetstid och friskvård på arbetstid.”⁸

I mitten av mars 2002 anordnades ett upptaktsmöte dit en lång rad aktörer inbjöds: Folkhälsopedagogen och psykologen från Försäkringskassan, arbetsmiljöinspektören, chefen för ALI Syd, enhetschefen, de tre arbetsledarna, en facklig representant för Kommunal, en ekonom och en personalsekreterare från SDF Limhamn-Bunkeflo, projektledaren och utvecklingssekreteraren vid stadskontoret samt en representant för AMI.

Projektledaren för Plus alla blev engagerad i projektet under maj 2002. Hon är sjukgymnast, har genomgått vidareutbildningar inom friskvård och arbetade vid Rehabteamet i Limhamn-Bunkeflo. Som timanställd höll hon informationsmöten för personalen om hur projektet skulle kunna gestalta sig och beskrev hälsoprofilmetoden, som är en metod att värdera och identifiera hälsa och friskvårdsbehov. (Den beskrivs i kapitel åtta.)

⁵ *Minnesanteckningar* (2001-06-01)

⁶ *Minnesanteckningar* (2001-08-09)

⁷ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

⁸ *PlusAlla* (2002-02-28)

Personalen fick också lämna in intresseanmälningar för att delta. I juni 2002 kunde man konstatera att nästan samtliga ville vara med.⁹ Projektledaren utforskade vilka möjligheter som fanns att anordna de aktiviteter som personalen efterfrågade genom att kontakta organisationer som erbjuder friskvård. Hon anställdes på heltid fr.o.m. mitten av augusti 2002.

I slutet av augusti 2002 hölls ett möte där representanter för Försäkringskassan, Arbetsmiljöinspektionen, Malmö stad, Vård och omsorg i Limhamn-Bunkeflo och ALI deltog. En rad detaljer kring projektet diskuterades och undertecknad presenterade ett utkast till den kommande utvärderingen.

I början av oktober 2002 anordnades ett internat där enhetschefen, projektledaren i Limhamn-Bunkeflo, tre arbetsledare samt en vikarierande arbetsledare, en facklig representant, en ekonom från stadsdelen och undertecknad deltog. Detta möte var organiserat av projektledaren och var arbetsledarnas faktiska start av projektet. Projektledaren presenterade och diskuterade detaljer kring projektets upplägg med deltagarna.

Under slutet av oktober 2002 anordnades startmöten för personalen, ett möte för var och en av de fyra personalgrupperna. Projektets detaljer diskuterades liksom regler för deltagande.

Projektet påbörjades i början av november 2002 genom att projektledaren gjorde hälsoprofilbedömningar. Friskvården påbörjades under slutet av 2003 och kom igång helt och hållet när vikarierna kom in i verksamheten i januari 2003. Kvalitetstiden påbörjades inte.

I mars 2003 anordnades en sammankomst för all personal i Limhamn-Bunkeflo där analysfasen av EU-projektet redogjordes. (Detta var ett projekt som genomförs parallellt med Plus alla och som bl.a. medfinansierar vissa av aktiviteterna.)

⁹ *Minnesanteckningar till Plus alla möte (2002-08-28)*

4. PROJEKTETS BAKGRUNDER

I det följande presenteras de olika bakgrunderna till projektet. Bakgrunderna artikulerades när projektledaren vid stadskontoret tillsammans med andra aktörer formulerade projektet och skulle börja förverkliga det. De bildade de argument som övertalade andra aktörer och mobiliserade resurser till projektet.

Hög sjukfrånvaro

Under hela den tid då Plus alla planerades och påbörjades pågick diskussioner inom Malmö stad om den höga sjukfrånvaron inom vården och omsorgen. Plus alla kom att presenteras som en metod att motverka detta förhållande.

I minnesanteckningarna från ett av de tidiga mötena om Plus alla i augusti 2001 sammanfattades problemen inom hemtjänsten på följande sätt:

Hemtjänsten har lägst status, lägst lön, lägst utbildning etc. Samtidigt som de har hög sjukfrånvaro, hög personalomsättning, hög andel förtida pensioneringar som får lägre pension och sämre livskvalitet. Vi vet att hemtjänstpersonalen har ett stort ansvar, de arbetar oftast ensamma i vårdtagarens hem och stöter ofta på komplicerade situationer som kräver beslut. Det är svårt att rekrytera personal till hemtjänsten.¹⁰

I ansökan om projektmedel i december 2001 konstaterar man att

(...) det höga antalet sjukdagar främst representeras av långtids-sjuka kvinnor inom vård och omsorg. Vidare visar tillgänglig statistik från Svenska Kommunförbundet att genomsnittsåldern för pension i denna grupp är 58 år och att endast 20% av de anställda arbetar fram till 65 år¹¹

I mars 2002 gjordes en framställan till Kommunstyrelsen där en rad fakta om sjukfrånvaron redovisades:¹² Sjukfrånvaron hade ökat bland samtliga anställda i Malmö stad - från c:a 20 dagar per anställd 1997 till nästan 33 dagar per anställd 2001. Förvaltningarna uppvisade varierande sjukskrivningstal. Lägst antal sjukskrivningsdagar per anställd under 2001 hade gatukontoret (8,7 dagar) och stadskontoret (9,7 dagar) medan stadsdelarnas personal uppvisade högst antal sjukskrivningsdagar per år och anställd. De sex stadsdelar som hade flest sjukskrivningsdagar under 2001 var Västra innerstaden (41,6), Kirseberg (40,9), Centrum (39,5), Södra Innerstaden

¹⁰ *Minnesanteckningar* (2001-08-09)

¹¹ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

¹² *Friskare arbetsplatser* (2002-03-20)

(38), Husie (36,9) och Limhamn-Bunkeflo (36,9 dagar). SDF Limhamn-Bunkeflo var en av två förvaltningar där sjukskrivningstalen ökade mest från 2000 till 2001. I genomsnitt ökade antalet sjukskrivningsdagar per år och anställd med 7,1 dagar. Den yrkeskår som uppvisade högst antal sjukskrivningsdagar per år i Malmö var vårdbiträdena - med 59 sjukfrånvarodagar per anställd 2001. För samtliga anställda var den nästan 33 dagar under 2001. Om man ser till ålder och kön bland de sjukskrivna anställda i Malmö stad under 2001 ser man att antalet sjukfrånvarodagar för kvinnor i åldern -18 år är 10 (29 för män), i åldern 20-29 år är antalet 20 (11 för män), 30-39 år är antalet 27 (14 för män), i åldern 40-49 år är antalet 38 (18 för män), i åldern 50-59 år är antalet 49 (21 för män) och i åldern 60 och över är antalet dagar 65 (32 för män). Sjukfrånvaron steg med ökad ålder och den var ungefär dubbelt så stor hos kvinnor som hos män. Denna situation upplevdes som särskilt alarmerande med tanke på att 76% av Malmö stads anställda var kvinnor och medelåldern bland Malmö stads anställda var drygt 43 år. Sammantaget visas i denna framställan till kommunstyrelsen att sjukfrånvaron stiger bland de anställda totalt, att stadsdelarnas personal har högst sjukfrånvaro, att sjukfrånvaron ökade mest i Limhamn-Bunkeflo från 2000 till 2001, att den yrkeskår som har högst sjukfrånvaro är vårdbiträdena, att kvinnorna är sjukfrånvarande dubbelt så mycket som män och att sjukfrånvaron stiger med ökande ålder.

När Plus alla presenterades som en metod att hejda denna utveckling bland vårdbiträden framstod den som angelägen. I projektbeskrivningen för Plus alla (oktober 2002) förlitade man sig på denna bakgrund som en allmänt känd sanning och utvecklade den inte vidare. Man konstaterade enkelt att ”Den höga och snabbt ökande sjukfrånvaron är ett stort problem.”¹³

Kunskaperna om den höga sjukfrånvaron ställdes sedan i relation till förhållandena i Limhamn-Bunkeflo. I ett PM från augusti 2001 skrev man att det i den öppna hemtjänsten inom område 4 i Limhamn-Bunkeflo arbetade 60 ordinarie personal. Två personer var 18-30 år, 14 var 31-40 år, 10 var 41-50 år, 27 var 51-60 år och sju var 61-65 år.¹⁴ Det är underförstått att sjukfrånvaron i Limhamn-Bunkeflo, mot bakgrund av åldern hos personalen, kan komma att öka dramatiskt under de närmaste åren - om inget görs.

Den höga sjukfrånvaron är naturligtvis ett problem för de frånvarande individerna - eftersom den antas vara förknippad med personligt lidande för var och en. För organisationen leder den till ökade kostnader. Man får betala för både de frånvarande korttidssjuka och deras ersättare. Man får också bekosta rekrytering och inskolning av ny personal.

¹³ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02)

¹⁴ *Hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo* (2001-08-15)

Svårigheter med att rekrytera och behålla personal

Ett med sjukfrånvaron sammanhängande problem är de svårigheter man har med att rekrytera ny personal till hemtjänsten. I kombination med att personalen och befolkningen åldras blir problemet allt mer akut.

I augusti 2001 fanns i hemtjänstens område 4 i Limhamn-Bunkeflo totalt 60 ordinarie personal, varav 28 vikarier och nio vakanta tjänster. I september 2002 hade man också 60 tjänster, men antalet vakanser hade minskat till fyra.¹⁵ Samtidigt var 34 av 60 vårdbiträden och undersköterskor i Limhamn-Bunkeflo över 51 år gamla. Det innebar att man var medvetna om att det skulle bli många som skulle gå i ålderspension under de närmaste åren. Det innebar också att man såg att personalen, med tanke på den höga åldern, löpte stor risk att bli sjukskrivna. I en framställan till kommunstyrelsen om medel till projekt Plus alla argumenterade man för att projektet möjligen kan resultera i att den äldre arbetskraften kan stanna kvar i arbete en längre tid. ”Projektgruppen har också konstaterat att ju längre en äldre ges möjlighet att arbeta vidare, ju mindre blir nyrekryteringsbehovet. Ur dessa aspekter bör insatser göras för att möjliggöra för äldre att stanna kvar i arbetslivet så länge som möjligt.”¹⁶

Föreställningar om orsaker till den höga sjukfrånvaron och svårigheterna att rekrytera ny personal

Mot ovanstående bakgrund blir det intressant att undersöka vilka föreställningar man hade inom förvaltningen i Malmö stad om orsaker till den höga sjukfrånvaron och svårigheterna med att rekrytera personal.

En rad orsaker framskymtar i minnesanteckningarna från ett möte om det kommande Plus alla (år 2001): ”Hemtjänsten har lägst status, lägst lön, lägst utbildning etc.” och vidare att ”Vi vet att hemtjänstpersonalen har ett stort ansvar, de arbetar oftast ensam i vårdtagarens hem och stöter ofta på komplicerade situationer som kräver beslut.”¹⁷

En orsak till den höga sjukfrånvaron noteras på ett indirekt sätt när projektgruppen för Plus alla diskuterar fördelarna projekt +55:

Projektet ger också ”fri tid”, i avsikt att den anställde själv ska kunna prioritera angelägna arbetsuppgifter som ordinarie arbetstid inte medger. På så vis ökar delaktighet och inflytande. Den egna frustrationen över att inte ”hinna med sitt arbete”, d.v.s. nå de personliga målen, minskar. Detta innebär också att risken för utmattningssyndrom, s k utbrändhet, minskar.¹⁸

¹⁵ *Hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo* (2001-08-15)

¹⁶ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

¹⁷ *Minnesanteckningar från möte på stadskontoret avd Personal* (2001-08-17)

¹⁸ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

Här sägs alltså att orsaker till sjukfrånvaron är att man har bristande kontroll över det egna arbetet och inte alltid har möjlighet att göra ett gott arbete.

När stadskontoret sammanfattar de diskussioner som förts med de fackliga organisationerna och förvaltningarna pekar man på 10 stycken faktorer som påverkar utvecklingen avseende sjukfrånvaron:¹⁹ (1) ”Arbetsledarskapet uppges som en väsentlig faktor för sjukfrånvaroutvecklingen. Organisationen måste vara utformad så att arbetsledarna har rimliga förutsättningar för ett gott och nära ledarskap till sina medarbetare. Ett flertal arbetsledare har ett orimligt högt antal medarbetare, för att uppdraget skall vara realistiskt. Det finns arbetsledare som har 50-60 underställda.” (2) ”Arbetsbelastningen inom vård- och omsorg samt inom skola och barnomsorg upplevs vara hög.” (3) ”Åldersstrukturen påverkar sjukfrånvaron. Medarbetarna får med ökad ålder svårigheter med såväl fysiskt krävande arbetsuppgifter som med ett högt arbetstempo. En arbetsorganisation med låg bemanning har begränsade möjligheter att anpassa arbetsuppgifterna.” (4) ”Delaktighet uppges som en faktor som påverkar sjukfrånvaron. Arbetsorganisationen är mycket viktig i detta sammanhang. Att varje medarbetare känner sig sedd och delaktig. En förutsättning för detta är ett nära ledarskap, vilket innebär att arbetsledaren måste ha ett rimligt antal medarbetare.” (5) ”Vikariehanteringen upplevs som problematisk. Svårigheten att få vikarier inom vård och omsorg samt inom skola och barnomsorg ökar medarbetarnas belastning, vilket leder till ökad sjukfrånvaro. I dagsläget löses ofta vikariehanteringen med timavlönade medarbetare, vilket är negativt ur flera aspekter (svårigheter att finna timanställda, administrativt tidsödande, dålig kontinuitet och därmed kvalitetssänkande).” (6) ”Försäkringskassans nuvarande organisation upplevs medverka till ett försämrat samarbete.” Problemet med att olika personer inom Försäkringskassan är kontaktperson, beroende på personalens boendeort, försämrar möjligheterna till gott samarbete. (7) ”Försäkringskassans minskade benägenhet att bevilja förtidspensioner anses ge konsekvenser för sjukfrånvarostatistiken. En del av de långtidssjukskrivna som tidigare erhöll beslut om förtidspensionering är nu sjukskrivna med sjukpenning eller sjukbidrag.” (8) ”Brister i kontakten med företagshälsovården påverkar rehabiliteringsarbetet” Man säger att det är svårt att få läkartid och att det brister i kontinuiteten. (9) ”1-årsbudget uppges hämma kreativiteten att göra offensiva satsningar i syfte att minska sjukfrånvaron. Det finns en benägenhet att inte våga göra sjukfrånvarosänkande insatser som inte visar ekonomiska effekter under året.” (10) Bristen på snabba insatser efter insjuknande.

Om vi då sammanfattar de föreställningar som florerar inom förvaltningen om vilka orsaker som finns om den höga sjukfrånvaron framkommer följande:

Personalen har låg lön.

¹⁹ *Friskare arbetsplatser* (2002-03-20)

Personalen har låg utbildning.
Personalen har hög ålder.
Arbetet har låg status.

Man säger också att arbetet är krävande:

Arbetet är ett ensamarbete.
Arbetet innebär ett stort ansvar.

Man säger också att organisationen inte ger personalen de resurser som krävs för att genomföra ett gott arbete:

Personalen upplever en hög arbetsbelastning.
Personalen upplever att den inte hinner med.
Personalen upplever att den inte hinner göra ett gott arbete.
För få vikarier.

Till råga på allt upplever man tydligen att personalen, som har ett stort ansvar men saknar resurser att genomföra ett gott arbete, inte heller får det dagliga stöd som en närvarande arbetsledare skulle kunna ge:

Det är för glest mellan cheferna.
Medarbetarna blir inte sedda.

Om man summerar problemen på detta vis framstår problemen som stora, men observera att detta är en summering av den diskurs som förs inom förvaltningen om möjliga orsaker – inte en beskrivning av tillståndet i hela förvaltningen.

Strategier för att minska sjukfrånvaron och förbättra möjligheterna att rekrytera ny personal

Mot bakgrund av ovanstående orsaker blir det då intressant att se vilka förslag till lösningar som framkommit. Men låt oss först fortsätta diskutera ovanstående sammanställning av möjliga orsaker till sjukfrånvaron och rekryteringsproblemen. De lösningar som listan möjligen implicerar är som följer:

Höj lönen.
Utbilda personalen.
Anställ fler yngre.
Låt personalen arbeta tillsammans, åtminstone två och två.
Tydliggör personalens ansvar.
Sänk arbetsbelastningen.
Ge mer tid att genomföra arbetsuppgifterna.
Garantera vikarieförsörjningen.

Öka chefstätheten.
Öka chefernas delaktighet i det dagliga arbetet.

Stadskontoret hänvisar, i sin sammanfattning av de diskussioner som förts med de fackliga organisationerna och förvaltningarna, till en ”fem-i-topp-lista över viktiga faktorer som innebär ökad hälsa i arbetslivet”.²⁰ Den har ursprungligen formulerats av Eva Vingård vid Karolinska institutet:

Inflytande och delaktighet.
Rimlig fysisk belastning.
Goda villkor för ett bra ledarskap.
Ständigt få lära nytt.
Krav anpassade till kompetens.

När man vid stadskontoret formulerar sina egna lösningsförslag säger man att det som behövs är följande:²¹

1. En väl fungerande arbetsorganisation”. Man säger att förvaltningarnas uppdrag bör vara att ”ledaren skall ges rimliga förutsättningar att utöva sitt ledarskap, i en nära dialog med medarbetarna. Det innebär en översyn av ledartätheten, antalet medarbetare per ledare bör på sikt inte överstiga 25”. Man säger också att förvaltningarnas uppdrag blir att se till att ”arbetsorganisationen skall utformas så att alla medarbetare ges möjlighet till inflytande och delaktighet på arbetsplatsen” och ”arbetstidsmodeller skall utvecklas som tillgodoser medarbetarnas och verksamhetens behov” och ”äldre medarbetares kunskap och kompetens skall tillvaratas, genom att arbetsuppgifterna utformas efter deras förutsättningar” och ”medarbetarnas arbetsbelastning skall kontinuerligt ses över”. Kommunövergripande uppdrag blir att ”identifiera och utbilda nya ledare” och ”i samarbete med Malmö högskola utarbeta och genomföra en arbetsledarutbildning med inriktning på ett första linjens ledarskap inom vård och omsorg” och ”utreda intresse och förutsättningar för gemensam bemanningsenhet eller motsvarande”.

Vi kan alltså se att det enda konkreta under punkt ett är den ökade chefstämheten. De övriga delarna under punkt ett är mer allmänt hållna rekommendationer eller viljeinriktningar (d.v.s. att ”arbetsorganisationen skall utformas så att alla medarbetare ges möjlighet till inflytande och delaktighet på arbetsplatsen” och ”arbetstidsmodeller skall utvecklas som tillgodoser medarbetarnas och verksamhetens behov” och ”äldre medarbetares kunskap och kompetens skall tillvaratas, genom att arbetsuppgifterna utformas efter deras förutsättningar” och ”medarbetarnas arbetsbelastning skall kontinuerligt ses över”).

2. Ett aktivt rehabiliteringsarbete”. Förvaltningarnas uppgift blir att ”öka kunskapen om rehabiliteringsarbete hos arbetsledarna, genom information och utbildning” och ”prioritera uppföljning av rehabiliteringsarbetet på per-

²⁰ *Friskare arbetsplatser* (2002-03-20)

²¹ *Friskare arbetsplatser* (2002-03-20)

sonalavdelningen". Kommunövergripande uppdrag blir att "ta initiativ till nya samarbetsformer med Försäkringskassan".

Åtgärderna under punkt två är av sekundärpreventiv karaktär. De handlar om att hitta lösningar för den personal som redan är sjukskrivna. De angriper inte de ursprungliga problemen, som man själva definierat dem.

3. "En satsning på hälsofrämjande arbete". Förvaltningarnas uppdrag blir att "bedriva ett aktivt och strukturerat friskvårdsarbete" och "sprida information och kunskap om hälsans betydelse". Kommunövergripande uppdrag blir att "genomföra informationsinsatser för samtliga ledare om hälsans betydelse och hälsofrämjande arbete" och "undersöka intresse och förutsättning för gemensam upphandling av friskvårdsaktiviteter" och "initiera en forskningsstudie i samarbete med Arbetslivsinstitutet för uppföljning och utvärdering av insatser för att minska sjukfrånvaron".

Det är intressant att notera att detta intresse för hälsofrämjande arbete inte har någon motsvarighet i den inventering som man gjorde om orsaker till sjukfrånvaron. När man diskuterade orsakerna till sjukfrånvaron sade man inte att personalen har dålig kondition eller är otränade. Behovet av träning hoppar därför ut som en kanin ur trollkarlens hatt. Men varför och med vilka konsekvenser?

För det första är det en individualisering av problemet. Istället för att fokusera lösningsförslagen på de organisatoriska problemen, vilka man själv pekar ut som orsaker till sjukfrånvaron, väljer man att peka ut den anställdes otränade kropp som problemet. Organisationen blir inte längre ansvarig för problemet.

För det andra är lösningar av detta vanligtvis inte lika dyra att genomföra. Det är i allmänhet billigare att ge träningsråd, sponsra viss träningsaktivitet (kort på gym eller simhall) än att genomdriva större förändringar av arbetsorganisationen.

För det tredje är det enkelt att genomföra dylika åtgärder. Man har ofta genomfört liknande program vid tidigare tillfällen. Det finns färdiga modeller att tillgripa. Det finns färdiga träningspaket och utvärderingsmodeller som man kan använda sig av. Det finns yrkeskårer som har specialiserat sig på att lösa den här typen av problem. Man vet vad de kostar och hur de inverkar på arbetsorganisationen. Det är betydligt med mödosamt att börja reflektera kring hur det egna arbetet skall förändras. Detta kräver en långsiktighet och delaktighet på flera nivåer i organisationen. Det finns inga färdiga modeller utan man måste prova sig fram. Ansvar för lösningen kan inte skjutas över på någon annan.

Ett tidigare projekt: +55

När man ser stadskontorets lista över goda exempel på insatser som görs för att minska sjukfrånvaron är det första exemplet projekt +55 direkt följt

av Plus alla. Projekt +55 var en viktig inspiratör till Plus alla och detta sägs också i den skrivelse till kommunstyrelsen där man föreslår inrättandet av Plus alla.²² Låt mig därför beskriva +55 något mer utförligt:

Projekt +55 pågick från februari 1999 till december 2002.²³ Under den första perioden, t.o.m. slutet av 2000, vände sig projektet till medarbetare som var 55 år eller äldre. Det var 20 personer som deltog vid projektets start och 15 ända till dess slut. Fr.o.m. januari 2001 utökades gruppen och projektet vände det sig till dem som var 53 år eller äldre.

I utvärderingen av den första delen av +55 beskriver man syftet med det.²⁴

- Att förebygga att personal från 55 års ålder slutar i förtid.
- Att utifrån de förslitningsskador som uppstår ge personalen möjlighet att hantera sin arbetssituation, utifrån de individuella faktorerna.
- Att bibehålla personalens kunskap och yrkeslivserfarenhet.
- Att minska belastningsskador och sjukskrivningar.
- Att ge personalen en bättre kvalitet på sitt yrkesliv.
- Att öka arbetsglädjen.
- Att genom påverkan utifrån minska stressen i arbetssituationen.
- Att rekrytera nya medarbetare till vård och omsorg genom sysselsättningsåtgärder inom projektet.

Till projektet knöts en projektledare ”med tidigare erfarenhet från den befintliga verksamheten” samt en friskvårdspedagog som var externt rekryterad. I utvärderingen skriver man som följer: ”Fördelarna med den konstellationen av projektledning har varit bl.a. varit att kunna kombinera en god kännedom om verksamheten med nya tankar och idéer.”

Det var arbetsledningen som valde ut vilka som fick delta i den första delen av +55. Det blev 20 personer inom vård och omsorg. De fick avsätta 25% av sin arbetstid för att ägna den åt ”en kombination av fysisk och psykisk träning samt andra arbetsuppgifter inom verksamheten på ordinarie arbetstid”.²⁵ Deltagarna blev intervjuade för att kartlägga deras förväntningar, behov och önskemål. Man genomförde även en hälsoprofilbedömning av var och en.

Projekt +55 bestod alltså av två delar; dels friskvård, dels ”andra arbetsuppgifter”. Man avsatte en halv dag åt friskvård och en halv dag åt ”andra arbetsuppgifter”. Friskvården kom man använda till:

- Styrketräning på Bulltofta kombinerat med cykling och promenader.

²² Till Kommunstyrelsen (2001-12-13)

²³ Palm & Råberg (2002)

²⁴ Palm & Råberg (2002)

²⁵ Palm & Råberg (2002:6)

- Senioregympa
- Vattengympa på Kockum fritid kombinerat med cykling och promenader.
- Simning på Kockum Fritid kombinerat med cykling och promenader.
- Stresshanteringskurs kombinerat med massage och promenader.
- Qi Gong.
- Viktväktarna kombinerat med promenader.

”De andra arbetsuppgifterna” kom man att använda till:

- Mentorskap – fungera som handledare åt yngre kollegor, ny personal och elever samt hjälpa till vid olika informationstillfällen.
- Kunskaps och erfarenhetsöverföring mellan medarbetare.
- Egna arbetsplatsbyten/studiebesök – inom andra liknande verksamheter.
- Trygghetsperson – att se till den sociala biten med vårdtagare, kan var allt ifrån att prata och dricka kaffe till att ”bara” gå en tur i parken och njuta av naturen.
- Samordning och planering i arbetsgruppen.
- Kvalitetssamtal – att få tid att i lugn och ro genomföra samtal och uppföljningar med vårdtagarna.
- Anhörigsamtal – främst för deltagare i gruppboenden.
- Caféverksamhet på Östra Promenaden.
- Föreläsningar mm.
- Arbetskamratstödande verksamhet (t ex vid långvarig sjukdom mm)
- Andra idéer som uppkommit under projektperioden.

En lärdom i utvärderingen var att vikarierna var oerhört viktiga. Man säger att: ”Den här generationen är mycket plikttrogen och man ”sviker” inte ens arbetskamrater och vårdtagare om man själv är sjuk. Utan vikarier som tog över deras arbetsuppgifter hade det aldrig fungerat att släppa 25% av sin arbetstid.” En annan lärdom var att deltagarna upplevde att de ”svek” sina arbetskamrater: ”En bidragande orsak till att man kände att man ”svek” arbetsgruppen var också tendenser till avundsjuka bland de arbetskamrater som inte blivit utvalda att delta i projektet”. Utvärderingen säger alltså att en viktig del av projektets framgång sammanhänger med förmågan att förse organisationen med vikarier som ersätter personalen när de ägnar sig åt aktiviteter.

Med erfarenheter från den första projektperioden kom man att förändra +55 inför den andra perioden. Nu hade man sänkt åldersgränsen och projektet vände sig nu till dem som var 53 år eller äldre. Nu hade man också bestämt att tiden för friskvård skulle vara två gånger tre timmar per vecka samt utöver detta ”kvalitetshöjande uppgifter” vilket uppgick till en-två timmar per

vecka. Man hade alltså minskat den tid som ägnades åt kvalitetshöjande arbete.

Under den andra perioden omfattade projektet 31 deltagare varav 24 deltog till dess slut. Hälften arbetade inom den öppna hemtjänsten och hälften i särskilda boenden. Precis som i den första delen gjorde man hälsoprofilbedömningar i början och slutet av projektet. De friskvårdande aktiviteter man ägnade sig åt var:

- Vattengymnastik
- Simning
- Seniorgympa
- Styrketräning
- Motionscykling
- Löparband
- Stepmaskin
- Stavgång
- Promenader
- Cykling

De kvalitetshöjande arbetsuppgifterna kom i huvudsak bestå av ”sociala aktiviteter”, d.v.s. ”icke biståndsbedömda arbetsuppgifter tillsammans med vårdtagarna”:

- Fikat ute eller hemma
- Högläsning av bok/tidning
- Promenader
- Bakat till kaffet
- Spelat sällskapsspel i grupp t ex bingo
- Handlat kläder och skor
- Varit hos frisören
- Anhöringsamtal
- Pratstund/sällskap

I utvärderingen säger man att ”De flesta deltagarna har upplevt att medverkan i projektet har medfört en positiv inverkan på förhållandet till vårdtagarna”. Man säger också att personalen ”känner sig gladare och upplever en större tolerans”. Man säger sig orka mer fysiskt och psykiskt och att hela livssituationen påverkats positivt. Flera har börjat träna på sin fritid. Fler, än vid projektstarten, sa sig tro att de orkar arbeta fram till pensioneringen. Hälsoprofilbedömningarna i slutet av projektet visade att ”En förskjutning har skett bland deltagarna från gruppen som kännetecknas av behov av livsstilsförändringar till de grupper som kännetecknas av en bra eller mycket bra livsstil och hälsodata.”

Sammantaget ser vi att erfarenheterna av +55 var mycket goda när det gäller personalens upplevelser. När det kommer till frågan om sjukskrivningarna minskat, hävdar man att korttidssjukskrivningarna hade minskat

något. Men om man ser till sammansättningen av deltagare till projektet bör vi fråga oss om resultaten verkligen kan generaliseras.²⁶

Projekt +55 var den direkta inspiratören till Plus alla. Man har haft kontakt med projektet genom stadshuset avdelning personal. I april 2002 hade man också ett möte mellan representanter för SDF Limhamn-Bunkeflo och projektansvarig för +55.

En projektledare vid stadskontoret och pengar

En annan viktig bakgrund till projektet (som nämndes ovan) var att det hade startats en särskilt projektgrupp som skulle arbeta för att Malmö stad skulle bli en mer attraktiv arbetsgivare och tillsammans med stadsdelarna hitta metoder att klara personalförsörjningen. Till denna projektgrupp hade knutits en projektledare som skulle arbeta med dessa frågor konkret. Denna projektledare såg att projekt av den här typen passar väl till omstruktureringsanslagets uppdrag och att det där fanns outnyttjade medel. Projektledaren:

Eftersom det då har gått bra för Malmö sista åren, så har ju inte alla de där 30 miljonerna använts och det tror jag också var en avgörande faktor att vi fick så mycket pengar. Sedan, hade det varit ett tuffare ekonomiskt läge så tror jag inte vi hade fått loss så här mycket pengar. Men det fanns pengar över sedan flera år tillbaka. Så potten på 30 miljoner har liksom vuxit. Det fanns mycket utrymme.

Samtidigt säger projektledaren att de ovan nämnda bakgrunderna blev aktualiserade när projektet presenterades:

²⁶ I utvärderingen av den andra delen av projekt +55 – d.v.s. perioden 1 januari 2001 till 31 maj 2002 - skriver man att långtidssjukrivningarna "minskat i omfattning från 168 dagar till 130 dagar bland deltagarna. Kortidsfrånvaron ligger kvar på ungefär samma nivå." Men hur ska man förstå denna uppgift? Låt oss börja med att konstatera att den grupp som ingick i +55 under denna period var speciell på flera vis. För det första bestod den av *heltidsarbetande*. För det andra bestod den av personer som var *53 år eller äldre*. För det tredje fick sådana personer som hade någon form av deltidspension eller som var långtidssjukskrivna (över 90 dagar) inte delta i projektet. Man hade alltså valt ut en frisk och stark grupp vårdbiträden att ingå i projektet. Detta återspeglar sig också i de sjukskrivningstal som utvärderingen presenterar. Den mäter sjukfrånvaron under fem månader vid projektets början och fem månader vid dess slut. Vid den första mätningen var de 24 projektdeltagarna frånvarande totalt 230 dagar (varav 62 dagar var frånvaro mellan 1 och 14 dagar). Om man räknar om detta till årsbasis, d.v.s. genom att multiplicera 230 med 2,4 blir resultatet 552 dagar. Om man sedan dividerar detta med antalet deltagare får vi siffran 23, som är antalet sjukfrånvarodagar under ett år. Den genomsnittliga sjukfrånvaron bland samtliga vårdbiträden i Malmö var 59 dagar under 2001. (*Friskare arbetsplatser 2002-03-20*)

Det var mycket diskussioner om ohälsotalet som blommade upp där för...Jag menar; alla visste att om det är det nästan det är bekymmer så är det vård och omsorg. Så vi hade ju hjälp av den offentliga debatten, så att säga. Vi hade hjälp av att vi presenterat hela den här statistiken om ofrivillig deltidsarbetslöshet och egen sjukfrånvarostatistik. Vi hade väl också en del hjälp från att jag hade vart ute på den här turnén. *(Refererar till de studiebesök som gjordes inom de olika vård och omsorgsförvaltningarna)*

Senare säger hon att de, inom det här projektet, haft en slogan, nämligen ”har vi råd att låta bli?” och:

...vad händer om vi inte gör något? Tror vi att det blir billigare då? Eller det kanske är så att om vi ser till att liksom gasa oss ur den här uppførsbacken och inte bromsa oss ur det. Tänk om det faktiskt skulle löna sig? Och väldigt mycket kritik har det varit dom sista åren mot att stadsdelarna sitter med sin ettårsbudget. Man har inte råd. Man har inte tid att vänta på resultatet utan måste få tillbaka samma år för att du ska få noll när året är slut.

Sammantaget ser vi att situationen var gynnsamt för någon form av projekt som fokuserar problemen med sjukfrånvaro och rekrytering inom vården och omsorgen. En viktig anledning till att projektet kom att få just denna speciella utformning var att man upplevde att projekt +55 hade uppvisat godartade resultat.

Redan i juni 2003 (ungefär ett halvt år efter projektstart) hade kommunens ekonomiska situation förändrats. Den 15 juni kunde man läsa i Sydsvenskan att ”Sötebrödsdagarna är över för Malmö stad.” och vidare att:

Malmö stad riskerar i år att för första gången på sju år gå med minus. Och prognoserna i Stadshuset för åren 2005 och 2006 pekar mot krav på besparingar och nedskärningar för att intäkterna ska gå jämnt ut med utgifterna.²⁷

På annan plats i tidningen stod det om ekonomin i stadsdelsförvaltningen Limhamn-Bunkeflo

Prognosen pekar på 7 miljoner kronor i budgetunderskott det här året. Individ- och familjeomsorgen (-1 miljon kronor) och skolan (-2 miljoner kronor) ska presentera sina besparingsförslag efter sommaren. Den stora kostnadsbördan för stadsdelen är en allt äldre befolkning. Inom vård och omsorg ska fyra miljoner sparas in.²⁸

²⁷ Sydsvenska Dagbladet (2003-06-15a)

²⁸ Sydsvenska Dagbladet (2003-06-15b)

De ekonomiska förutsättningarna för att driva projektet var nu så förändrade att det förmodligen hade varit svårt att starta projektet i detta läge.

5. PROJEKTETS URSPRUNGLIGA DESIGN

I det följande presenteras hur projektet var tänkt att utformas enligt de första tankarna. Först redogörs för de föreställningar man hade om projektets organisation och innehåll, sedan hur man tänkte sig att projektet skulle finansieras och till sist presenteras den organisation där förändringen skulle genomföras, hemtjänstens område 4 i Limhamn-Bunkeflo.

Projektets organisation och innehåll

Enligt de första tankarna om det som kom att bli Plus alla, i september 2001, tänkte man sig följande design:

För det första skulle deltagarna få c:a 5,5 timmar förkortad vårdarbetstid för att kunna delta i projektet (beräknat på 37-timmarsvecka).²⁹ Medverkan skulle vara frivillig. De som inte ville delta skulle få arbeta som vanligt. Totalt fanns det då 60 tjänster som vårdbiträde och undersköterska inom hemtjänstens område 4 i Limhamn-Bunkeflo.

För det andra skulle man öka grundbemanningen med nio personer för att frigöra tid då deltagarna skulle kunna ägna sig åt friskvård och kvalitetstid. Dessa nio personer skulle också få delta i projektet, varför man skulle anställa ytterligare två-tre personer. Alltså skulle personalen öka med 11-12 personer.³⁰

För det tredje skulle *all personal inkluderas*. När man bedrev projekt +55 hade endast de som var 55 år eller äldre ingått. Nu tänkte man sig att alla skulle ingå, både de som är yngre än 55 år och den vikarierande personalen. (Därav namnet ”Plus alla”.) En motivering som framfördes för att inkludera all personal var att man då kan förebygga förslitningsskador som ännu inte uppkommit. En annan motivering var att man då ökar förståelsen mellan medarbetarna för deltagande i projektaktiviteter.³¹ En erfarenhet av +55 var att deltagarna upplevde att arbetskamrater som inte fick delta i projektet var avundsjuka. Man upplevde att man svek sina arbetskamrater då de fick ökad arbetsbelastning till följd av att man lämnade dem för att delta i projektaktiviteter. Projektledaren vid stadskontoret:

Jag tyckte det var fel att man ålderssegregerade. Utan jag är mycket på det här att skapa gemensamma upplevelser eller arbetsgrupper där alla är med, där det händer nånting hos dem som finns på plats. Och att man skapar mycket gemenskap, gemensamma samtalsämnen. Man kan liksom coacha varandra och man

²⁹ Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan (2001-09-27)

³⁰ Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan (2001-09-27)

³¹ Till Kommunstyrelsen (2001-12-13)

kan alltså få en liten annan synergieffekt på det hela om hela arbetslaget är med.

För det fjärde skulle man anställa en *projektledare* vars uppgift skulle vara att utforma ”individuella utvecklingsplaner” och ansvara för ”kompetensutveckling, c:a två tim/vecka till alla” och till ”reflektion”.³² Projektledaren skulle i denna tidiga formulering av projektet ansvara för utvecklingen av ”kvalitetstiden”.

Men vad skulle kvalitetstiden bestå av? Om vi blickar tillbaka på diskussionen om +55 såg vi att ”de kvalitetshöjande arbetsuppgifterna” bestod av ”icke biståndsbedömda arbetsuppgifter tillsammans med vårdtagarna”. Deltagarna ägnade sig åt sådant som ”Fikat ute eller hemma”, ”Högläsning av bok/tidning”, ”Promenader”, ”Bakat till kaffet”, ”Spelat sällskapsspel i grupp t.ex. bingo”, ”Handlat kläder och skor”, ”Varit hos frisören”, ”Anhörigsamtal”, ”Pratstund/sällskap”. Kvalitetstiden användes i mångt och mycket till *socialt umgänge*. Det är intressant att notera att det är just denna del av hemtjänstens arbete som skurits ner under de senaste 15 åren. Deltagarna använde kvalitetstiden till att utföra arbete som för 15 år sedan skulle ha klassificerats som ”vanligt arbete”, d.v.s. just ”umgänge”. Nu kallades det ”kvalitetshöjande arbetsuppgifter”.

Vid en intervju med projektledaren vid stadskontoret framskymtar en något mer nyanserad bild av kvalitetstidens möjliga innehåll. Den kunde t.ex. användas till ”strukturerad reflektion”.

Jag har vart väldigt mycket inne på det här med kvalitetstid också som en slags vision att ”Tänk om alla hade så att säga strukturerad reflektionstid på sin arbetstid.” Vad skulle det ge tillbaka i verksamheten? Vad skulle det ge om alla faktiskt fick fundera över ”Okej hur har veckan varit?” Och jag pratar inte om att det måste vara kvalificerad handledning med psykoterapeuter (...) utan det kan faktiskt också vara med våra egna resurspersoner i kommunen. Vi har en mängd olika som skulle kunna liksom korsvis befrukta varandra genom att man hade detta.

Denna strukturerade reflektion skulle ge möjlighet att bearbeta alla de upplevelser av sorg och smärta som man kommer i kontakt med i arbetet inom hemtjänsten:

Jag menar, i det här jobbet där man alltid jobbar tillsammans med andra människor; du kommer väldigt nära alltifrån intinvården till sorg, smärta, att livet snart kan ta slut. Jag menar; som personal blir du hela tiden påmind om din egen dödlighet och din egen sårbarhet och skröplighet.

³² *Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan (2001-09-27)*

Projektledaren tänkte sig att kvalitetstiden också kunde ägnas åt sådana ”sociala aktiviteter” som man ägnade sig åt inom ramen för +55. Hon säger att hon förstår att det är ett ”luddigt begrepp” och att personalen själva bör ställa frågan om vad de själva upplever som kvalitetstid. Möjligen kan man då tycka att kvalitetstid är att sitta kvar längre hos någon vårdtagare eller att följa med på någon aktivitet. Kvalitetstiden kan också bestå av utbildning:

Eller att jag kanske skulle kunna få läsa. Jag skulle tycka det vore jättekul att få läsa teckenspråk en termin där ”för vi har ju dom här två vårdtagarna med hörselskada” och så vidare. Så det kan ju va lite olika, men just ändå att på nåt vis baka in det här med lite tid för eftertanke också.

För det femte skulle man anställa en *friskvårdspedagog* som skulle arbeta med ”individuell hälsoprofil, friskvårdsinsatser, stresshantering, massage etc.”.³³ Denna idé om att man skulle anställa både en projektledare och en friskvårdsansvarig är förmodligen influerad av +55, där man hade två personer med dessa funktioner.³⁴

Observera att denna idé om att anställa både en projektledare och en friskvårdsansvarig kom att försvinna. (Mer om detta nedan.) I april 2001 gjordes en skiss över det som skulle bli Plus alla där man endast diskuterade i termer av en ”friskvårdsperson” som handleder resurspersoner som i sin tur handleder deltagarna (avseende den friskvårdande delen). Man knöt inte längre någon personell resurs till kvalitetstiden.³⁵ Kvalitetstiden kom därefter att hamna i ett slags organisatorisk vaakum där ingen tog något reellt ansvar för utvecklingen av den.

Finansiering: ”Från negativa kostnader till investering”

Vi såg ovan att projektet påbörjades i en gynnsam organisatorisk och ekonomisk situation. Det fanns en särskilt projektgrupp och till den hade man, som sagt, knutit en projektledare som skulle arbeta konkret med dessa frågor. Denna projektledare såg då att det fanns outnyttjade medel i något som kallas ”omstruktureringsanslaget”.

När projektet började ta form påbörjades, under december 2001, diskussioner om dess finansiering.³⁶ Den beräknade totalsumman för hela projektet (från 1 april 2002 till 31 mars 2005) blev 6,4 miljoner kronor. Den årliga kostnaden var tänkt att bli 2 miljoner 125 tusen kronor och skulle täcka följande:

- vikariekostnader 1100 tkr/år
- projektledare 300tkr/år
- projektassistent 250tkr/år

³³ *Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan* (2001-09-27)

³⁴ Palm & Råberg (2002)

³⁵ *Hellre frisk på jobbet än sjuk i hemmet!* (2001-04-25)

³⁶ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

- friskvårdskostnader 275tkr/år
- utbildningskostnad 100tkr/år
- dokumentation och information 100tkr/år

Modellen för finansiering innebar att Malmö kommun skulle betala 50% och SDF Limhamn-Bunkeflo återstående 50%. Men istället för att dela kostnaden årligen beslutade man sig för en successiv avtrappning där Malmö kommun skulle betala 75% under det första året och SDF Limhamn-Bunkeflo 25%. Under det andra året skulle man dela jämnt på kostnaden och det tredje året skulle Malmö stad betala 25% och SDF Limhamn-Bunkeflo 75%.

En motivering till denna modell hängde samman med en förhoppning om att kostnaderna för sjukfrånvaron skulle minska så mycket att man gjorde besparingar som skulle täcka kostnaderna för projektet. Förhoppningen var att ”negativa sjukfrånvarokostnader ska vändas till positiva investeringskostnader.” Hypotesen var att vinsterna av insatsen skulle börja komma ett till två år efter insatsen.³⁷ Projektet skulle då kunna bli en del av den normala verksamheten. Som projektledaren vid stadshuset sa, ”...det kanske är så att om vi ser till att gasa oss ur den här uppförsbacken och inte liksom bromsa oss ur det. Tänk om det faktiskt skulle löna sig?”

En annan idé bakom denna finansieringsmodell kan vara att man, genom ett frikostigt bidrag det första året, lockar stadsdelen att delta i projektet. För stadsdelen ger det tid att söka finansiering på andra håll till det andra och tredje året. Man stimulerar stadsdelen att själv söka finansiering. Redan nu kan vi säga att detta till viss del blivit fallet med Plus alla, där stadsdelen delfinansierar verksamheten genom ”jobbtatörer” tillhandahållna av arbetsförmedlingen (mer om dem nedan) och ett EU Växtkraft Mål 3-projekt som knutits till Plus alla (mer om också detta nedan).

Organisationen som ingår i projektet

Den personalgrupp som kom att ingå i projektet var den öppna hemtjänstens område 4 i Limhamn-Bunkeflo. Där fanns då en enhetschef med tre stycken arbetsledare som ansvarade för den dagliga fördelningen av arbetet, samt ungefär 60 vårdbiträden och undersköterskor. Det fanns fem stycken arbetsgrupper som var lokaliserade till fyra olika grupplokaler. Fyra av grupperna arbetade vardagar och helger under dagtid och en grupp arbetade på kvällstid.

En viktig anledning till att det blev just Limhamn-Bunkeflo som kom att delta i projektet var att projektledaren vid stadskontoret hade sökt upp de olika cheferna för vården och omsorgen i de olika stadsdelarna och frågat dem om de var intresserade av att delta i någon form av försöksprojekt för att sänka sjuktalen bland personalen. Vård och omsorgschefen i Limhamn-Bunkeflo var en av de få som hade anmält sitt intresse. Andra förhållanden

³⁷ *Till Kommunstyrelsen* (2001-12-13)

som gjorde Limhamn-Bunkeflo lämpligt var att organisationen var enkel (med endast en enhetschef och tre arbetsledare som täckte upp nästan all hemtjänst i Limhamn-Bunkeflo), att gruppen var lagom stor för att det skulle bli ekonomiskt möjligt samt att enhetschefen kände projektledaren vid stadskontoret sedan tidigare.

6. PROJEKTET MODIFIERAS

Från att projektet formulerades till det påbörjades kom det att modifieras på olika sätt. Den friskvårdande delen av projektet kom att betonas medan kvalitetstiden hamnade i skuggan. Stadsdelen kom också att finansiera vikarierna genom ett ”jobbroterationsprojekt” i samarbete med arbetsförmedlingen. Dessutom kom stadsdelen att ansöka om medel till ett EU Växtkraft Mål 3-projekt som skulle finansiera en del av de aktiviteter som bedrevs inom Plus alla.

Friskvården betonas

När man går igenom de olika dokument som skrivits i anslutning till Plus alla ser man att den ursprungliga idén om att både ha en projektledare, ansvarig för kvalitetstiden, och en friskvårdspedagog, ansvarig för det friskvårdande arbetet, kom att försvinna i ansökan om medel till projektet från kommunstyrelsen, december 2001. I den del av ansökan som handlar om personal till projektet äskades endast medel till ”en friskvårdsutbildad projektledare” samt en ”projektassistent”.³⁸

Ursprungligen hade man tänkt sig att annonsera ut denna tjänst, men Rehabiliteringen, inom hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo, hörde av sig till enhetschefen och föreslog en person som skulle kunna passa som projektledare. Enhetschefen sa vid en intervju att de ursprungligen hade tänkt sig att publicera en annons där de sökte efter en friskvårdsansvarig/projektansvarig. Men innan den publicerades hade Rehabteamet hört talas om projektet och föreslog en person. Enhetschefen betonar att viktiga kvalitéer hos denna person var hennes kunskaper om hur man genomför hälsoprofilbedömningar och att hon ”brann för idén”. En annan anledning att anlita en person från Rehabteamet var att man ville ”skapa nätverk” med dem. Enhetschefen betonar att en viktig kvalité hos den blivande projektledaren var dennes starka engagemang:

Och då, då visade hon ju ett jättestort intresse. Och det var väl det vi sa egentligen från början, att den som ska va projektansvarig ska egentligen brinna för det också. (...) Hon brann ju både för idén och hon hade kunskapen också för att utföra hälsoprofilbedömningar.

Projektledaren blev timanställd i projektet under våren 2002 och projektanställd i augusti 2003. Hon är utexaminerad sjukgymnast sedan början av 1980-talet och har tidigare arbetat med stresshantering och hälsoprofilbedömningar. Hon har också drivit eget företag i hälsobranschen men har inte själv arbetat inom hemtjänsten.

³⁸ Till Kommunstyrelsen (2001-12-13)

Detta förhållande, att man slog samman ”friskvårdspedagogen” (ansvarig för friskvården) och ”projektledaren” (ansvarig för kvalitetstiden) till en ”friskvårdsutbildad projektledare” kom att bli *en* anledning till att projektet fick slagsida mot ”friskvård”. Man hade ingen motsvarande person som hade ansvar för utvecklandet av kvalitetstiden. (Mer om andra anledningar nedan.)

Denna slagsida mot friskvård kom till uttryck i att det uppstod en ambivalens om projektets namn. I minnesanteckningar från ett möte i juni 2002 kallade man projektet – rätt och slätt – för ”Plus alla”.³⁹ I projektbeskrivningen från oktober 2002, författad av projektledaren, blev namnet ”PlusAlla – Ett friskvårdsprojekt för hemtjänsten område 4”. I projektbeskrivningen står det i klartext också att ”PlusAlla projektet är ett friskvårdsprojekt.”⁴⁰ Det var som ett ”friskvårdsprojekt” som projektet introducerades för personalen vid startmötena 19-21 oktober 2002.

Slagsidan mot friskvård kom också till uttryck i det sätt på vilket projektet förbereddes. Redan under våren och sommaren 2002 hade projektledaren frågat personalen om de var intresserade av att delta i projektet och kartlagt vilka friskvårdande aktiviteter de ville ägna sig åt. Projektledaren hade också tänkt utbilda särskilda ”hälsoombud” ute i de olika grupperna, som skulle fungera som ”förlängda armar” ut till grupperna. Projektledaren planerade också att använda sig av en särskild metod för kartläggning av hälsa och friskvårdsbehov, så kallade ”hälsoprofilbedömningar”, som består av en enkät samt vissa fysiska tester såsom blodtrycksmätning och konditionstest. (Mer om detta i kapitel åtta.) Projektledaren hade också påbörjat arbetet med att utforma särskilda ”förtroendekontrakt”, vilka är ett slags skriftliga kontrakt där deltagarna lovar utföra de friskvårdande aktiviteterna.⁴¹

Allra tydligast kom slagsidan mot friskvård till uttryck i hur projektledarens arbete formulerades i dokumentationen, nämligen: ”I hennes arbete ingår att konstatera, respektera, registrera och ge projektledaren goda råd för en positiv förändringsprocess till bättre hälsa.”⁴² Där sägs inget om arbete med kvalitetstiden.

När projektet sedan påbörjades hade man utarbetad en god bild av hur friskvården skulle utformas. När det gällde kvalitetstiden saknades visioner och konkreta handlingsplaner för hur den skulle utformas eller vem som skulle ansvara för den.

³⁹ *Minnesanteckningar till ”Plus alla möte (2002-06-03)*. I mötet deltog representanter för Försäkringskassan, Arbetslivsinstitutet, personalpolitiska avdelningen Malmö stad, arbetsledningen i Limhamn-Bunkeflo och Kommunalarbetsförbundet.

⁴⁰ *Projektbeskrivning Plus Alla (2002-10-02:5)*

⁴¹ *Minnesanteckningar till Plus alla möte (2002-08-28)*

⁴² *Minnesanteckningar till Plus alla möte (2002-08-28)*

Förutom att man inte hade utsett någon person som skulle vara ansvarig för kvalitetstiden hade man inte heller i projektgruppen skapat sig någon klar bild över dess innehåll. Därför kunde man inte ge någon ledning i dessa frågor. Naturligtvis diskuterade man idén om att den skulle fyllas med ”sociala” aktiviteter, i likhet med projekt +55.⁴³ Men när projektet planerades hade de fackliga organisationerna ifrågasatt detta och undrat om inte många av dessa aktiviteter egentligen är del av personalens ordinarie aktiviteter. Naturligtvis hade man också diskuterat om inte kvalitetstiden skulle fyllas med utbildning. Men det ska, enligt enhetschefen, ha kommit upp röster från personal om att man just då var trötta på utbildningar.

Vid ett möte med projektgruppen hade representanten från Arbetsmiljöinspektionen sagt att man kunde fråga personalen vad de själva ser som kvalitetstid och att man kunde utgå från det i de fortsatta diskussionerna. Tanken blev att Arbetsmiljöinspektionen tillsammans med Försäkringskassan skulle genomföra gruppintervjuer med personalen. Men det visade sig att representanten för Arbetsmiljöinspektionen inte fick möjlighet att ägna sig åt detta under sin arbetstid. Försäkringskassan sa sig inte kunna genomföra intervjuerna själva. Tiden gick och under våren 2002 hade chefen för ALI Syd diskuterat behovet av en eventuell utvärdering tillsammans med projektgruppen. När undertecknad, för första gången, deltog i ett av projektgruppens möten i september 2002 hade man ännu inte tagit reda på vad personalen såg som kvalitetstid. Istället valde man att vänta med kvalitetstiden till de första resultaten kom från utvärderingen. Men utvärderingens intervjuer med personalen var inte planerade till förrän november 2002 - januari 2003 och resultaten var inte planerade att färdigställas förrän i mars-april 2003. Trots detta fanns det, i november 2003 ambitioner om att kvalitetstiden skulle starta och några av personalen gjorde faktiskt några kvalitets-timmar. När kvalitetstiden hejdades sa man att det inte fanns tillräckligt med vikarier att avlösa personalen. Jobbrotationen hade nämligen ännu inte påbörjats.

Projektledaren fick alltså ett gott utrymme att utveckla sina idéer om den friskvårdande delen av projektet. Samtidigt hade hon begränsad erfarenhet av arbete inom hemtjänsten samt lågt inflytande över den faktiska arbets-situationen som vårdbiträdena och undersköterskorna befinner sig inom. Hon var heller inte utsedd att utveckla själva konceptet för kvalitetstiden. Samtidigt hade inte heller projektledningen någon klar idé om vad den skulle bestå av. Till råga på allt saknades det, åtminstone inledningsvis, tillräckligt med vikarier. Ledningen kom att skapa sig en ”vänta och se-in-ställning” till kvalitetstiden. Något tryck fanns inte heller från fackligt håll. Sammantaget blev resultatet att kvalitetstiden kom att läggas på hyllan.

Vikariefrågan löses med ”jobbrotörer”

Vi såg ovan att man ursprungligen hade tänkt sig att man skulle anställa nio personer som skulle avlasta deltagarna medan de ägnade sig åt projektakti-

⁴³ Dessa uppgifter enligt intervju med enhetschefen i maj 2003.

viteter samt ytterligare två-tre personer som skulle göra det möjligt för också dem att delta. I september 2002 fick jag veta att man lämnat denna ambition.⁴⁴ Nu hade man räknat ut att man endast hade råd att anställa fem stycken ersättare.⁴⁵ Men istället för att annonsera ut dessa tjänster valde man att samarbeta med arbetsförmedlingen om ett så kallat ”jobbroterationsprojekt”. Det innebar att arbetsförmedlingen valde ut långtidsarbetslösa personer (arbetslösa mer än två år) som blev hänvisade till hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo. Där skulle de intervjuas av enhetschef och arbetsledare för eventuell provanställning. De skulle sedan få arbeta där i två år. Arbetsförmedlingen hoppades att de skulle få fast anställning när denna tid gick ut. För hemtjänstens ligger fördelen i att arbetsförmedlingen betalar 75% av kostnaderna för jobbroteratorerna för det första halvåret och 25% för resterande ett och ett halvt år. Plus alla kunde få 10 vikarier till priset av fem.

En konsekvens av detta jobbroterationsprojekt blev att man fick foga sig efter de möjligheter som arbetsförmedlingen hade att tillhandahålla jobbroteratorer. Processen gick inte så fort som man hade tänkt sig och jobbroteratorerna kom inte in när projektet påbörjades (hösten 2002) utan först under början av 2003. De flesta av deltagarna fick därför vänta med att påbörja sina aktiviteter till 2003. Samtidigt fanns det enstaka deltagare som kunde påbörja aktiviteter genom att utnyttja lediga stunder under arbetsdagarna.

Jobbroteratorerna bestod av långtidsarbetslösa invandrare. När ledningen i Limhamn-Bunkeflo hade genomfört intervjuerna med de sökande jobbroteratorerna blev det slutligen sju som började. Två av dem hoppade dessutom av. I maj 2003 fanns det fem jobbroteratorer kvar, men man genomförde då intervjuer för att få in två nya.

Delfinansiering genom EU Växtkraft Mål 3

Ett annat inslag i Plus alla, som introducerades för mig i september 2002 var det s.k. Växtkraft Mål 3-projektet som riktas till samma personalgrupp som Plus alla. Projektledaren hade initierat det i augusti 2002 och det sågs av enhetschefen och projektledaren som en möjlighet att stärka Plus alla, både innehållsligt och ekonomiskt.

Vad är då ett Växtkraft Mål 3-projekt? Den *Europeiska socialfonden* (ESF) är ett EU-organ som arbetar med att förverkliga den Europeiska sysselsättningsstrategin. De har en rad olika *program* som arbetar för dessa mål, t.ex. antidiskrimineringsprogrammet och Växtkraft Mål 3. I Sverige finns en särskild organisation, *Svenska ESF-rådet*, som administrerar en del av dessa program. ESF-rådet driver i sin tur projekt i samverkan med företag, myndigheter och intresseorganisationer.

⁴⁴ Muntlig uppgift projektledare 13 september 2002.

⁴⁵ Uppgifter enligt intervjuer med enhetschefen i november 2002 och maj 2003.

I en broschyr utgiven av Svenska ESF-rådet formuleras målet med detta program:

Att stärka individens och företagens konkurrenskraft. Att skapa ett Skåne där individer och företag utvecklas i harmoni – på ett sätt som möter framtidens krav. Växtkraft Mål 3 åstadkommer detta bland annat genom att uppmuntra företagandet, förbättra anställbarheten hos anställda och arbetslösa samt verka för ökad jämställdhet och integration.⁴⁶

Följande termer står i centrum i denna broschyr; mångfald, jämställdhet, integration och informationsteknik. Man kan säga att de olika Växtkraft Mål 3-projekten syftar till utveckling av kompetensen i frågor som har med dessa saker att göra hos individer och deras arbetsplatser:

För att få maximal effekt av kompetensutvecklingen krävs därför inte bara utveckling av individen. Man måste också utveckla arbetsorganisationen. Det är först när arbetsgruppen drar nytta av de enskilda medarbetarnas lärdomar som verksamheten kan utvecklas som en helhet och skapa tillväxt. Kompetensutveckling med hjälp av Växtkraft Mål 3 kan ta sig många olika uttryck på er arbetsplats. Det kan handla om utbildning i form av interna eller externa kurser. Det kan också handla om fokusering på ökat stöd, uppmuntran och arbetsglädje. För att inte glömma samarbete, ansvar, befogenheter och synergier mellan dessa.⁴⁷

Ett växtkraft Mål 3-projekt genomförs i flera olika steg. I en första ansökan skriver man ner sin vision om projektet. Man skriver ner vad man tänkt göra, hur det skall gå till och varför. De medel som man blir tilldelade efter denna ansökan kan uppgå till ett maximalt belopp om 150 000 kronor och företaget, myndigheten eller organisationen står för ytterligare lika mycket. Syftet med dessa medel är att de ska användas för att genomföra en analys om ett nulägestillstånd i organisationen:

Det innebär att bedöma hur väl den samlade kompetensen motsvarar de krav som omvärlden ställer och kommer att ställa i framtiden. Med andra ord gäller det att analysera arbetsplatsens starka och svaga sidor i relation till miljö, teknikutveckling, marknad och ändrade kundvanor. Det viktiga är att analysen genomförs av ledningen och de anställda tillsammans.⁴⁸

Denna analys skall sedan leda fram till en konkret handlingsplan:

⁴⁶ Svenska ESF-rådet (2002)

⁴⁷ Svenska ESF-rådet (2002)

⁴⁸ Svenska ESF-rådet (2002)

Handlingsplanen innehåller konkreta och tydliga prioriteringar, kostnader och tidplaner för vad som ska åstadkommas – både på individnivå och företagsnivå.⁴⁹

Efter att handlingsplanen är gjord ansöker man om ytterligare medel för att förverkliga den kompetensutveckling som ansökan gäller:

Kompetensutvecklingen kan utgöras av externa kurser och utbildningar men också företagsinterna projekt för arbetsplatsutveckling.⁵⁰

I allmänhet anlitar man konsulter som hanterar kontakterna med Svenska ESF-rådet. Så blev det också i detta fall. I projektbeskrivningen står det att EU-konsulterna i startfasen skulle kartlägga ”faktorer kopplade till mångfald, jämställdhet, hållbar utveckling, livslångt lärande och IT-vana genom grupparbeten. Alla anställda deltar.”⁵¹

EU-projektet gav ett ekonomiskt tillskott till Plus alla som möjliggjorde aktiviteter som man annars inte haft råd med. Projektledaren i Limhamn-Bunkeflo sa i oktober 2002 att det är ett sätt att "fördjupa projektet, att man tittar på ytterligare andra aspekter och att dessutom få ekonomiskt tillskott för att göra detta." Hon sa också att man i analysfasen kunde få 150 000 kronor, men att konsulterna tar en viss del av summan. Hon lade också till att man, om man går in i handlingsdelen, kan få betydligt mer pengar.

Det ekonomiska stöd som gavs under analysfasen kom, enligt projektledaren, att finansiera qigongkurs, massage och stavar till stavgången. Dessutom kom de att finansiera ett internat som arrangerades för projektgruppen i anslutning till projektets start samt startluncherna för personalen.⁵²

EU-projektet kom alltså att finansiera aktiviteter som både hörde till EU-projektet och Plus alla och därför blev det en del av det sistnämnda.

Kvällspersonalen skall ej delta projektaktiviteter under arbetstid

I september 2002 fick undertecknad också veta att den ursprungliga intentionen om att alla i personalen skulle få delta hade modifierats. Kvällspersonalen skulle inte få delta under ordinarie arbetstid. De skulle nu få ägna sig åt friskvårdsaktiviteter under dagtid, dvs. icke arbetstid, och få timlön för det. Kvällspersonalen skulle inte få delta i kvalitetstiden.

⁴⁹ Svenska ESF-rådet (2002)

⁵⁰ Svenska ESF-rådet (2002)

⁵¹ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:6)

⁵² Vid detta internat deltog projektledaren i Limhamn-Bunkeflo, enhetschefen, arbetsledarna, en facklig representant, en representant från personalavdelningen samt undertecknad.

Detta innebär att projektet får helt annan betydelse för kvällspersonalen än för dagpersonalen. Istället för att ”gå ifrån på arbetstid” för att träna och ägna sig åt kvalitetstid får de nu betalt för att gå och träna under sin fritid.

Sammanfattning

Sammantaget ser vi alltså att projektet förändrades på flera sätt. Kvalitetstiden hamnade i skuggan medan resurserna satsades på den friskvårdande delen. Jobbroterationsprojektet innebar att långtidsarbetslösa invandrare kom att fungera som vikarier. Inte heller blev det lika många som man först tänkt sig. EU-projektet gjorde det möjligt för personalen att ägna sig åt vissa extra aktiviteter som annars inte hade ingått i Plus alla. Men i och med EU-projektet infördes fick personalen delta i visst utvecklingsarbete som var en del av Plus alla. Personalen fick alltså uppleva ytterligare en organisationsförändring. Kvällspersonalen fick inte delta i kvalitetstid och inte träna på arbetstid.

7. MOBILISERING AV STÖD

Stöd från politiker och förvaltning är nödvändigt för projektets överlevnad. Omvärldens stöd legitimerar projektet inför den politiska och administrativa nivån och inför dem som skall genomföra det. Personalens stöd krävs för att de över huvud taget skall kunna genomföras praktiskt, liksom stöd från de arbetsledare vars arbete blir förändrat av projektet. En ständigt pågående process är därför mobiliseringen av stöd för projektet. Det sker på olika nivåer under projektets olika faser.

Politiskt och ekonomiskt stöd

Det fanns, som ovan sades, en medvetenhet inom den kommunala förvaltningen och bland politiker om den höga sjukfrånvaron bland personalen inom vården och omsorgen. Man visste att vården och omsorgen hade svårigheter att rekrytera och behålla personal och att befolkningen åldras och kommer att behöva mer hemtjänst. Stadskontoret hade fört diskussioner med de olika förvaltningarna och fackliga organisationerna om den höga sjukfrånvaron, vilket resulterade i en sammanställning av möjliga orsaker och åtgärder för att lösa problemen. Man hade också ganska goda erfarenheter av ett tidigare projekt, +55, som möjligen kunde utvecklas vidare. Dessutom fanns det outnyttjade ekonomiska medel som kunde användas till ett projekt av detta slag samt en projektgrupp som arbetade med dessa frågor. Sammantaget ser vi alltså att projektidén presenterades vid en tidpunkt när:

- Det fanns konkreta problem som idén syftade till att lösa.
- Man var medvetna om dessa problem.
- Det fanns organisatoriskt (politiskt och administrativt) stöd för att lösa problemen.
- Det fanns ekonomiska medel till det förslag som framlades för att lösa problemen.
- Man hade tidigare goda erfarenheter av en liknande lösning.
- Det fanns delar av organisationen som var villig att arbeta med lösningarna, d.v.s. hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo.
- Det fanns möjliga ekonomiska vinster med den lösning som presenterades.

Sammantaget ser vi alltså att projektledaren vid Malmö stad seglade i medvind när hon presenterade projektet för förvaltning och politiker inom Malmö stad.

Utomorganisatoriskt stöd

Redan i augusti 2001 började en slags ”referensgrupp” bildas till projektet. Den har, sedan dess, sammanträtt mer eller mindre regelbundet och består av en rad personer.

- Representanter för Malmö stad har deltagit regelbundet, både projektledaren vid stadskontoret och en utvecklingssekreterare vid personalpolitiska enheten vid stadskontoret.
- Representanter för ledningen för hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo har deltagit regelbundet, t.ex. vård och omsorgschefen, enhetschefen för område 4 och arbetsledarna.
- Projektledaren för Plus alla har deltagit regelbundet.
- Representanter för Kommunalarbetareförbundet har deltagit.
- Representanter för Försäkringskassan har deltagit vid flera tillfällen.
- En representant för Arbetsmiljöinspektionen har deltagit regelbundet.
- Regionchefen för Arbetslivsinstitutet Syd, liksom undertecknad, har deltagit regelbundet.
- Andra aktörer har vid tillfällen deltagit, t.ex. har projektledaren för +55 deltagit vid ett tillfälle för att informera om sina erfarenheter av det projektet, liksom en representant för Arbetsmarknadsinstitutet.

Vi ser att deltagarna i dessa möten består av fem olika parter; representanter för Malmö stad centralt; representanter för ledningen för hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo; representanter för arbetstagarna; projektledaren i Limhamn-Bunkeflo; externa intressenter. Låt mig här kort fokusera de sistnämnda; Försäkringskassan, Arbetsmiljöinspektionen och Arbetslivsinstitutet.

Naturligtvis är ett projekt som Plus alla intressant för dessa organisationer eftersom det till stor del berör deras egna verksamheter. Försäkringskassans intresse för Plus alla sammanhänger med att projektet är ett exempel på preventivt arbete riktat mot ohälsa. Men projektet är intressant också för att det är en försöksverksamhet som syftar till att testa en metod att förebygga arbetsrelaterad ohälsa. Dessutom riktas åtgärderna in på den största arbetsgivaren i Malmö kommun och mot den grupp som har bland de högsta ohälsotalen. För Arbetsmiljöinspektionen och Arbetslivsinstitutet är projektet intressant av samma anledningar. För Arbetslivsinstitutet Syd blir detta projekt särskilt intressant eftersom det är en försöksverksamhet. Den är värd att undersöka både avseende organisatoriska och hälsomässiga konsekvenser. Om projektet lyckas är det intressant att veta hur lyckat det var och vad som ligger bakom framgången. Sammantaget ser vi att projektet är tillräckligt intressant för dessa organisationer för att man ska kunna mobilisera ett intresse att delta i referensgruppens möten.

Men dessa externa parter deltagande är av intresse också för dem som driver projektet. Därigenom har man kunnat uppvisa utomorganisatoriskt stöd inför resten av den egna organisationen. Försäkringskassan, Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljöinspektionen har fått inblick i projektet på ett tidigt

stadium och givit synpunkter på det. De har meddelat sitt allmänna gillande. Det har skapats ett slags samförstånd kring projektets design. Projektledningen har kunnat förvissa sig om att de har gjort vad som kan göras för att projektet skall vara så väl genomtänkt som möjligt. Detta stöd mobiliserar i ansökan om projektmedel som tillsändes kommunstyrelsen. Där står det att:

Diskussioner med verksamhetschef och enhetschef har förts kontinuerligt under hösten. I dessa diskussioner har Arbetslivsinstitutet deltagit genom dess chef AA, med Arbetsmiljöinspektionen genom BB och med Försäkringskassans representanter, psykolog CC och folkhälsovetare DD. Projektet bedöms av organisationerna vara ändamålsenligt och högtintressant. Projektet kan också påräkna hjälp från Arbetslivsinstitutet med en professionell uppföljning och eventuellt ekonomisk stöd från Försäkringskassan. Ett sådant stöd kommer i enlighet med omstruktureringsanslagets riktlinjer att frånräknas beviljade medel. Arbetsmiljöinspektionen, som med oro följer utvecklingen av sjukfrånvaron, välkomnar ett projekt med beskrivet innehåll.⁵³

Arbetsledarna

Stöd för projektet behövde mobiliserar bland dem som projektet berör rent konkret, framför allt arbetsledarna och personalen.

I mars 2002 anordnades därför ett möte där en lång rad personer deltog. Där fanns Försäkringskassan, Arbetsmiljöinspektionen, Arbetslivsinstitutet och Arbetsmarknadsinstitutet representerade. Från stadskontoret deltog projektledaren och en utvecklingssekreterare. Från hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo deltog enhetschefen, en ekonom och en personalsekreterare liksom arbetsledarna. Under detta möte blev alla informerade om projektets form och innehåll.

I början av oktober 2002, d.v.s. någon vecka före projektstarten, anordnades ett internat som varade i en och en halv dag vid ett kurhotell där enhetschefen, projektledaren i Limhamn-Bunkeflo, tre arbetsledare samt en vikarierande arbetsledare, en facklig representant, en ekonom från stadsdelen och undertecknad deltog. Projektledaren presenterade projektets detaljer för arbetsledarna. Hon hade utarbetat ett omfattande informationsmaterial om som distribuerades till samtliga deltagare. Projektledaren och enhetschefen uttryckte sin glädje över att alla inblandade verkar vara entusiastiska inför projektet.

Dock skulle arbetsledarna inte själva delta i projektet genom att träna eller ägna sig åt kvalitetstid. Deras deltagande skulle bestå av att de skulle administrera det på olika sätt, t.ex. arbeta med ansökan till EU Växtkraft Mål 3-projektet och lägga scheman för personalens deltagande i friskvården. De

⁵³ Till Kommunstyrelsen (2001-12-13)

fick mer arbete. Detta kom senare att beklagas av dem och det är möjligt att deras engagemang kunde ha blivit större om de själva fått delta i friskvården.

Personalen

Personalen i område 4 hade fått information om projektet redan under 2001. Vid ett internat som anordnades under början av 2002 fick de veta att projektets ekonomi var säkrad. Personalen var då entusiastisk och i minnesanteckningarna står det att ”Många önskar sig kvalitetstid och friskvård på arbetstid.”⁵⁴

Under maj och juni 2002 inbjöds samtliga anställda till informationsmöten, där också enhetschefen, arbetsledarna, projektledaren i Limhamn-Bunkeflo samt representanter från stadshuset deltog. Vid detta möte beskrev projektledaren metoden som skulle användas i projektet på ett detaljerat sätt. Personalen fick anmäla om de var intresserade att delta. Det visade sig att en mycket stor andel av personalen var positivt inställda till projektet. Enligt minnesanteckningar från ett möte i början av juni 2002 hade då c:a hälften av personalen deltagit i informationsmöten och ”hundra procent har tackat ja till att medverka inom projektet. Det existerar en väldigt positiv inställning till projektet ute på enheterna.”⁵⁵

Några dagar före projektstart, i november 2002, anordnades möten för de olika personalgrupperna. Var och en av personalen fick delta vid ett möte var. De anordnades i en lokal pub där det bjöds på mat och kaffe varefter informationen om projektet påbörjades. Under tre och en halv timme fick personalen veta hur de kommande hälsoprofilbedömningarna skulle gå till, vilka aktiviteter de kunde välja emellan, vilka regler som gäller för deltagandet, osv. Dessa möten var obligatoriska för personalen – även för de som hade tackat nej till att delta i Plus alla. Anledningen till detta obligatorium var att Plus alla överlappade med EU-projektet Växtkraft Mål 3, som berörde all personal.

Men vilka var då de egenskaper hos projektet som lockade personalen? Varför gick man med? Låt oss här urskilja en rad förhållanden som möjligen kan bidragit till att mobilisera deras intresse:

i) Aktiviteterna sker under arbetstid. En viktig anledning kan vara att aktiviteterna sker under arbetstid. Deltagarna får betalt under den tid de ägnar sig åt aktiviteterna. Detta betyder att personer som av någon anledning vill lämna sina ordinarie arbetsuppgifter kan göra det. Det betyder också att personer som brukar träna på sin fritid i stället kan träna under arbetstid. Personer som ändå har tänkt sig gå med Viktväktarna kan göra det under sin arbetstid och få ersättning för en del av utgifterna. Detta skiljer projekt Plus alla från många liknande projekt där deltagarna möjligtvis får ge-

⁵⁴ PlusAlla (2002-02-28)

⁵⁵ Minnesanteckningar till ”Plus alla möte” (2002-06-03)

nomgå olika tester (liknande hälsoprofilbedömningarna); får råd om vilka förändringar de behöver genomföra; möjligtvis får ett träningskort betalt eller subventionerat av arbetsplatsen; på fritiden kan träna i lokaler tillhandahållna av arbetsplatsen. I dessa andra fall kommer de friskvårdande aktiviteterna att inkräkta på den fria tiden. Så är inte fallet med Plus alla.

ii) Aktiviteterna är gratis eller billiga. De flesta av aktiviteterna är gratis eller subventionerade. I vissa fall fick deltagarna betala en något större del, t.ex. om man ville delta i Viktväktarna. Men när det gäller Viktväktarna beror kostnaden inte på projekt Plus alla utan på att Viktväktarna rekommenderar att deltagarna inte ska få allt betalt av den organisation de tillhör. Viktväktarna anser att det är viktigt för deltagarnas motivation att de får betala en viss del ur sin egen plånbok.

iii) Det är frivilligt. Plus alla presenterades som ett erbjudande som var frivilligt. Vid introduktionsmötena visade projektledaren en overheadbild där det stod att: "Plus alla projektet erbjuder hälsoprofilbedömning, friskvårdsaktiviteter tre tim/vecka, föreläsningar & kurser, kvalitetstid två tim/vecka." Man fick själv välja om man ville vara med. Man kunde bestämma sig för att hoppa av projektet när man ville. Man förband sig inte att för evigt acceptera deltagande i Plus alla. (Dock visade intervjuerna med deltagarna att det fanns personer som inte uppfattat det som frivilligt.)

iv) Personalen är utvalda och privilegierade. När Plus alla presenterades för personalen fick de veta att de har blivit särskilt utvalda för att bli erbjudna möjligheten att delta i detta projekt. De fick veta att detta erbjudande inte gått ut till hemtjänsten i andra delar av Malmö. Personalen förstod att de var privilegierade. De fick något som andra inte fick.

Flera av deltagarna hade också talat med personal som arbetar i andra delar kommunen och kunde berätta om hur de hade häpnat över att man i Limhamn-Bunkeflo fick ett så frikostigt erbjudande.

Vid startmötena yppade projektledaren sin medvetenhet om att projektet å ena sidan är en förmån, något som andra inte får. Men å andra sidan ansåg hon att friskvård på arbetstid borde vara en självklarhet inom hemtjänsten. Hon sa att hon "förstår inte varför poliser och brandmän har friskvård på sin arbetstid men inte de som arbetar inom vård och omsorg". Detta är en del av lanserandet av friskvården i denna organisation, men visar även hennes övertygelse om att friskvård bör vara en permanent del av arbetet inom hemtjänsten.

Enhetschefen och arbetsledarna tog upp detta, att erbjudandet om projektet är ett privilegium, som en viktig orsak till den eventuella framgång som projektet kunde ha. En av arbetsledarna sa, som svar på intervjufrågan "Vad kommer att göra att det här fungerar":

Ja för det här kommer ju säkert att sprida sig till andra delar av stan att vi har friskvårdsprojekt och det tror jag man ser som en fördel att få på arbetstid. Sen tror jag inte att sjukfrånvaron kommer att ändra sig. Det är jag tveksam till. Men det är en fördel att få friskvård på sin arbetstid. Det är ändå att arbetsgivaren satsar just på mig.

Känslan av att man får något extra, något som andra inte får, samt att man befinner sig i rampljuset för arbetsgivarens intresse, är en möjlig anledning till att projektet kan bli en framgång – åtminstone inledningsvis.

v) Omvärldens intresse för projektet. Känslan av att vara utvald från arbetsgivarens sida kompletterades och förstärktes av en medvetenhet om att omvärlden i övrigt var intresserade projektet och vilka resultat det kan ge.

Man var allmänt intresserade av projektet inom hemtjänsten i Malmö. Vid startmötena för personalen sa projektledaren att en personaltidning vid namn "Händer i vården" skrivit om projektet och givit det "ett helt mittuppslag". Likaså skulle man presentera projektet vid "Vård och omsorgsdagarna, Malmö stad" i november 2002, som vänder sig till personal verksamma inom vård och omsorg. Vid startmötena sa projektledaren också att hon "blir uppringd minst en gång i veckan av personer som vill veta mer om Plus alla".

Men det var också andra personer och organisationer som var intresserade av projektet. På en av de overheadbilder som presenterades för personalen vid startmötena stod rubriken "Samarbetspartners" följt av en lista på organisationer:

Arbetsgivarpolitiska avdelningen, Malmö stad
Arbetslivsinstitutet
Arbetsmiljöinspektionen
Försäkringskassan

Enhetschefen var mycket medveten om betydelsen av detta yttre intresse för projektet (I=intervjuare, IP=intervjuperson): När undertecknad frågade henne "Vad är det som gör att det här kommer att fungera? Vad är det som gör att folk kommer att bli friskare och trivas bättre på sitt arbete?" sa hon att:

Nu till en början så tror jag det är uppmärksamheten. Alltså man får ju jättemycket uppmärksamhet fokuserad på just mig, bland annat hälsoprofilen och intervjuerna och all uppmärksamhet vi får från alla tidningar som ringer och foton som ska tas och föreläsningar som ska hållas. (...) Allt det gör ju, tror jag, att den här uppmärksamheten på hemtjänsten gör att man känner sig viktig.

vii) En försöksverksamhet. Vid projektets start kom man att betona att det är frågan om en nyhet. Det är frågan om en slags försöksverksamhet där målet bl.a. är ”att utarbeta en friskvårdsmodell”, som det stod på en av overheadbilderna som visades på uppstartsmötena. Vid startmötena fick personalen veta att ”ni är en pilotgrupp, vi ska bygga modellen”. Detta faktum, att man får delta i något nytt, kan i sig vara en motiverande faktor.

viii) Projektets transparens. En annan egenskap i projektledarens presentation av projektet var den höga graden av konkretion och transparens. Projektledaren hade skrivit en omfattande projektbeskrivning, tagit fram en tydlig serie overheadbilder och beskrev i detalj hur hälsoprofilbedömningen skulle gå till; hur lång tid den skulle ta, vilka förberedelser som krävdes i form av ifylld enkät, vilka fysiska tester som skulle genomföras, osv. Projektledaren visade hur hon tänkte mäta deltagarnas skelettvikt. Hon berättade om de tabeller som hon måste slå i för att få fram det rätta värdet på skelettvikten. Hon berättade om konditionstestet som genomföres på ergometercykel – att det pågår i sex minuter medan projektledaren mäter med pulsklocka. Hon berättade om de regler som gäller för deltagandet och om de olika dokumenten som fanns i pärmen. Personalen fick god tid att fråga och diskutera projektet. Alla dessa konkreta beskrivningar resulterade i en hög grad av transparens. Deltagarna kunde tydligt se hur de olika momenten skulle gå till och vilka regler som skulle gälla. De blev förberedda på projektets olika detaljer. Man fick veta vad man tackade ja till.

ix) De objektiva värdena. En annan sak som kan locka är att projektledaren berättade att hälsoprofilbedömningen ju innebär en rad tester av den bedömde och att man ställer samman en helhetsbedömning om den bedömde. En sak som kan locka i detta är att man ser projektet som en möjlighet att faktiskt få en sådan hel undersökning av sin hälsostatus. En annan sak som kan locka är just testerna, att man helt enkelt vill veta hur man ”ligger till” i jämförelse med andra.

x) Det friskvårdande betonas. Projektledaren framställde projektet som ”friskvårdande” eller ”medicinskt” snarare än som ”idrott”. Hälsoprofilbedömningen presenterades som enkelt att klara av. Om bedömningarna sa hon bl.a. att ”det är inget maxtest utan det läggs på 50% av vad personen förmodligen klarar av”. Syftet med testet är ”att visa effektiviteten i hjärta och lungor”. Det handlade inte om att utföra några idrottsliga prestationer utan att ge ett mått på konditionen. Aktiviteterna presenterades också som enkla att klara av. Projektledaren betonade att aktiviteterna skulle väljas i samråd med henne och att man skulle lägga sig på en nivå som man klarar av. Möjligheten att senare höja nivån fanns alltid. Syftet var ju inte att bli elitidrottare utan att förbättra hälsan och välmåendet. Det är möjligt att detta resulterat i att en och annan bland personalen valt att delta.

xi) Personanpassning. Projektledaren har flera gånger talat om hur viktigt det är att de aktiviteter som finns att välja mellan representerar det breda

spektrum som finns bland deltagarna. Detta gör det möjligt att personanpassa aktiviteterna.

xii) Anonymitet. Anonymiteten betonades också av projektledaren. Inga resultat skulle spridas ut till annan personal. Inga resultat skulle spridas utanför kontoret där testerna skulle genomföras mer än gruppresultat i utvärderingen av projektet.

8. PROJEKTET VID START

I det följande ges en detaljerad beskrivning av projekt Plus alla - som det var utformat när det påbörjades i november 2002.

Målgrupp

Projektet riktar sig till personalen inom den öppna hemtjänsten i område 4 i stadsdelen Limhamn-Bunkeflo. Vid projektstarten fanns en enhetschef och tre arbetsledare som ansvarade för den dagliga ledningen av arbetet och ungefär 60 vårdbiträden och undersköterskor. De var indelade i fem arbetsgrupper och var lokaliserade till fyra olika grupplokaler. Fyra av grupperna arbetade dagtid och en grupp arbetade kvällstid. Samtliga grupper var organiserade enligt scheman där man arbetade vardagar och helger även om det fanns enskilda personer som endast arbetade vardagar.

Syfte och vision

Enligt projektbeskrivningen hade projektet följande syften:⁵⁶

- att minska antalet sjukskrivningsdagar
- att få personalen att orka arbeta fram till pensioneringen
- att öka frisknärvaron
- att göra social hemtjänst till en attraktiv verksamhet, som dels underlättar nyrekrytering och dels hindrar flykt från verksamheten
- att utarbeta en friskvårdsmodell, som fungerar efter avslutad projekttid

Man formulerade en övergripande vision för projektet, nämligen ”att tillsammans bygga en arbetsplats som bejakar alla aspekter av välbefinnande på arbetet”.⁵⁷ Dessa syftesformuleringar, liksom visionen, presenterades för arbetsledarna vid internatet och för personalen vid startmötena som föregick projektstarten.

Plus alla – ”ett friskvårdsprojekt”

Projektet beskrivs som ett friskvårdsprojekt, både i undertiteln till projektbeskrivningen (”Ett friskvårdsprojekt för hemtjänstens område 4”) och när man i projektbeskrivningen skriver att ”PlusAlla är ett friskvårdsprojekt.”⁵⁸ Plus alla beskrevs också muntligen som ett friskvårdsprojekt när man lanserade det för personalen vid startmötena.

⁵⁶ *Projektbeskrivning Plus Alla (2002-10-02)*

⁵⁷ *Projektbeskrivning Plus Alla (2002-10-02)*

⁵⁸ *Projektbeskrivning Plus Alla (2002-10-02)*

Projektperiod

Projektperioden är enligt projektbeskrivningen 12 augusti 2002 till 11 augusti 2005. Starten för deltagarna blev i slutet av oktober 2002 varefter hälsoprofilbedömningarna påbörjades och de friskvårdande aktiviteterna startade i mitten av januari 2003.

Finansiering

Enligt projektbeskrivningen är den totala budgeten för projektet 6 450 000 kronor och delas av kommunstyrelsen och stadsdelen enligt en modell där stadsdelen betalar 25% första året, 50% andra året och 75% tredje året. Enligt projektbeskrivningen sägs att ”Budgeterade pengar skall täcka bl.a. lönekostnad för projektledare, kostnader för den kommande projektassistenten, fem heltidsvikarier för ordinarie personal samt kostnader kring friskvårdsaktiviteter.”⁵⁹ Där sägs också att kompletterande Växtkraft Mål 3-ansökan gjorts. 150 000 kronor har givits till analysfas som pågår till slutet av mars 2003. Dessutom kom projektet att delfinansieras av Arbetsförmedlingens jobbtrotationsprojekt, vilket tillförde vikarier som kunde göra det möjligt för personalen att delta i projektet.⁶⁰

Friskvård och kvalitetstid

Projektet består av två delar. Dels friskvård, som den anställde får tre timmar per vecka. Dels kvalitetstid två timmar per vecka.

Projektet kom, åtminstone till en början, att fokusera det friskvårdande. Nedan återkommer jag till en mer utförlig beskrivning av hur den organiserades och vad den bestod av. Så låt oss därför fråga oss vad kvalitetstiden var tänkt att innehålla.

Vi såg i kapitel fem hur man i projekt +55 i mångt och mycket hade använt kvalitetstiden till socialt umgänge med vårdtagarna och hur projektledaren vid stadskontoret också hade tänkt sig att kvalitetstiden kunde användas till viss utbildning eller till ”strukturerad reflektion” då personalen kunde bearbeta ”det svåra” i arbetet. I projektbeskrivningen kom kvalitetstiden att definieras på följande sätt: ”Kvalitetstid är två timmar per vecka och har definierats som tid som medarbetaren själv förfogar över och som skall gagna verksamheten.”

Kvalitetstiden formulerades också i en tidningsartikel i juni 2002 där enhetschefen intervjuades. Journalisten skriver där att ”Tiden för kvalitetshöjande åtgärder är tänkt både för vårdtagarna och för den anställde.” Journalisten citerar därefter enhetschefen, som äger att ”Den kan användas för att göra något som inte är biståndsbeslutat. Till exempel kanske Nisse vill ha sällskap till stan för att köpa byxor. Det kan de timmarna användas till. Däremot får tiden självklart inte användas till biståndsbeslutade uppgifter.” Vårt Malmö, Nr 3, juni 2002, sidan 4)

⁵⁹ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:9)

⁶⁰ Mer utförliga ekonomiska analyser ligger utanför syftet för denna utvärdering.

Vid personalens startmöten upprepade projektledaren dessa formuleringar och sa att "kvalitetstid är tid som personalen själv förfogar över och som kan gagna verksamheten". Hon sa också att "kvalitetstiden ska användas till sådant som inte är biståndsbeslutat" och att "man ska använda sunt förnuft när man väljer aktivitet".

Utöver detta sades det inte särskilt mycket om kvalitetstiden. Man var märkbart tysta om vad kvalitetstiden skulle bestå av. Den osäkerhet som fanns i projektgruppen över dess innehåll resulterade i att hela frågan nedtonades i mötet med personalen.

Vikarier

Enligt projektbeskrivningen skulle fem stycken heltidsanställda vikarier ersätta deltagarna medan de ägnade sig åt aktiviteter under projektperioden. De skulle ha "tjänstgöring förlagd måndag till fredag" och ha samma rätt som övrig personal till friskvård och kvalitetstid. Man bestämde sig för att finansiera vikarierna genom ett "jobbroterationsprojekt" i samarbete med arbetsförmedlingen. Det blev sju personer som valdes ut och de kunde påbörja sitt arbete först i januari 2003. Detta innebar att projektaktiviteterna till stor del blev fördröjda från början av november till mitten av januari 2003.

Projektledarens roll

Projektledaren var tänkt att ha flera funktioner. Hon skulle organisera projektet, d.v.s. utarbeta projektets utformning och skriva projektplanen. Hon skulle inreda sin egen fysiska arbetsmiljö, ett kontor med träningscykel och annat som behövdes när hälsoprofilbedömningarna skulle genomföras. Hon skulle sköta kontakter med organisationer och träningsanläggningar som skulle förse deltagarna med möjligheter att ägna sig åt friskvård. Hon skulle organisera startmöten för arbetsledare och deltagare. Hon skulle tillsammans med arbetsledarna och enhetschefen göra det möjligt för deltagarna att gå ifrån sitt arbete och delta i hälsoprofilbedömningar. Hon skulle genomföra hälsoprofilbedömningar och stötta och kontrollera personalen när de började delta i aktiviteter. Dessutom skulle projektledaren göra egna värderingar av deltagarnas framsteg och hantera kontakter med den externa utvärderingen (d.v.s. undertecknade). Sammantaget ser vi att en stor del av ansvaret för projektet förlades på projektledaren. Men samtidigt kom ansvaret för en viktig del av projektet att *inte* förläggas hos henne, nämligen kvalitetstiden.

Arbetsledarna fick – i december 2002 – frågan om vad projektledarens roll skall bestå av. En av arbetsledarna ansåg att projektledarens roll var att fungera som förvaltare av projektet i sin helhet:

Ja hon driver det, är spindeln i nätet, så att säga, samlar ihop från dom olika verksamheterna. Hon är en viktig person eftersom hon har koll på detta och bara på detta. Jag menar vi har, som sitter

som vård och omsorgsledare, vi har ju hur mycket som helst som vi ska ha koll på (...) Då är det bra att man har en samordnare som PP (projektledaren L-B) som fixar.

En annan arbetsledare talade om hennes roll som administratör av projektaktiviteter, som stöd för deltagarna och som dokumentatör.

P:s roll är den jag ringer till om jag får ett problem med nånting, kanske någon som skulle vilja ändra på nånting. Det kan va så att jag har tyckt jag skulle ha styrketräning eller nånting annat, men det funkar inte, utan jag får välja någon annan aktivitet (...) Där är det PP man får prata med, som jag ser det. Och hon kommer väl också ha den delen att hon kommer åka runt lite och titta på vad folk håller på med för aktiviteter. Sen har hon en massa sammanställningar hon ska göra, kan jag tänka mig.

En annan arbetsledare betonade vikten av att hon ”kom utifrån”, d.v.s. inte var knuten till den dagliga verksamheten inom hemtjänsten. Anledningen var att det som projektet handlar om kan upplevas som privata angelägenheter. Deltagarna antogs inte alltid vilja diskutera det med arbetsledarna.

Jag tror det är bättre att dom vänder sig till henne. Jag kan tänka mig att dom hellre vänder sig till henne än till arbetsledaren. För på nåt sätt är det ändå lite privat. (...) Har någorlunda koll på att dom går iväg och jag ser till så att det löser sig här. Men just det här med att om de får lite problem, och nån som bryr sig om... Alltså PP kommer kanske till att ha lite mer tid än vad vi har. Så tror jag att dom hellre vill ha henne än arbetsledaren (...)

Ovan framskymtar också en annan av projektledarens roller, nämligen att kontrollera att deltagarna faktiskt går på aktiviteterna.

Arbetsledarnas roll

Det är tydligt att arbetsledarna ser det som projektledarens uppgift att genomföra det mesta som har med projektet att göra. När de blev intervjuade i oktober 2002 fick de frågor om sin egen roll i det kommande projektet. De betonade då sin begränsade administrativa roll; att skriva förtroendekontrakt och lägga scheman så att projektaktiviteterna blir möjliga att genomföra. En arbetsledare:

Rollen i projektet det blir ju bara att jag kommer ju skriva förtroendekontrakt och så se så att allting fungerar. Annars har jag ju ingen roll som sådan, det kan jag ju inte säga att jag har. (...) Jag skriver ju listorna (...). Det får jag ju göra, timmar och så när dom är ute som ZZ (EU-konsult) ska ha sen ju. Det blir ju också min roll att skriva.

En annan av arbetsledarna beskriver sin roll på följande sätt:

I: Men vad kommer du att ha för roll i projektet nu när det kommer igång?

IP: (tystnad, skratt)

I: Du ingen del alls i det kanske.

IP: Jo visst har jag det jag får väl hjälpa dom att lägga schema (...) efter hur vad dom ska göra.

I: Ja.

IP: Dom kommer ju gärna frågar mig om saker och ting.

I: Som vadå?

IP: Ja, som vad dom ska göra på friskvården (...) ... Vi försöker ju tillsammans då lägga upp att det blir bra. Om det är nånting så försöker jag informera så mycket som möjligt och jag har ju informerat personalen då om att det blir kärvt här fram till den siste januari. Men vi får försöka se positivt för att det löser sig när vi får in folk.

En tredje arbetsledare betonade också det praktiska med att lägga scheman, men lägger också till att hon ska "entusiasmera" deltagarna:

Det är ju uppstarten nu som är jobbig, innan man får ordning på allt (...) För jag fick ta allt det administrativa, men SEN (hög röst) när alla har fått in det på schemat, friskvårdstiden, så bör dom fungera. Jag är ju bara för och entusiasmera och "har ni gått" och ha lite koll på att folk, frågar dom hur det har gått, alltså "du var där igår" och ha dialog med dom.

Enhetschefen bekräftade denna bild när hon i december 2002 sa om arbetsledarna att:

Dels ska dom ju få verksamheten att fungera när då alla går iväg så att man måste rent schematekniskt vara väldigt...så att man håller koll på det. För det går ju inte att vi säger att "tyvärr får du inte städat idag för vi har friskvårdstid" till en vårdtagare utan sånt praktiskt måste ju även arbetsledaren...

Men enhetschefen säger också att arbetsledarnas funktion är att stödja deltagarna:

Jag tycker ju arbetsledarna ska va dom som; ja är det nån som kommer i en svacka och så där att dom puffar på och håller sig á jour med... vad är det som händer

Men enhetschefen lägger till att deras roll också kommer att bestå av att kontrollera deltagandet i aktiviteterna:

Likadant så måste dom ju också få lite informationer och koll på så att folk gör det dom ska så att dom inte säger att dom går på friskvård och sen så är man hemma och städar istället.

Hon säger också att de bör vara öppna för samtal med deltagare om projektet. De skall finnas tillgängliga.

Projektledaren ses som huvudansvarig för det som har med projektet att göra. Arbetsledarnas medverkan ses som begränsad. De tänks bli inblandade i projektet genom att projektet inverkar på deras ordinarie verksamhet. Det är ju deras personal som skall gå ifrån arbetet för att ägna sig åt aktiviteter.

Observera att en grundläggande ambition med projektet är att det skall permanentas. Tanken är att deltagarna, efter avslutad projekttid, skall ägna sig åt friskvård på arbetstid och att projektet då skall vara ekonomiskt bärande. Projektledaren gav uttryck för detta vid starten, då hon vände sig till arbetsledarna och sa att

Jag är här i några år. Vesa och Susanne (från ALI) är inne en kort period och EU-konsulterna är här en kort period. Det är ju ni som är basen och stommen.

Projektledaren säger också att det är lätt att projektledaren, i ett projekt som det här, "tar över" arbetsuppgifter vilka i förlängningen av projektet bör tillhöra arbetsledarna. Detta kan ställa till med problem, säger hon vid en intervju:

Dom (arbetsledarna) är superviktiga. Det är så lätt att det i projekt så kommer det in en person som givetvis brinner för det är det hon eller han är anställd för att göra och så är det ju så skönt att då fixar hon det.

Enhetschefens roll

Eftersom enhetschefen inte själv deltar i det dagliga arbetet ute i grupperna utan har en mer överordnad administrativ roll, där bland annat arbete med budgeten ingår, kommer hon inte att arbeta med sådant som direkt har med deltagarnas aktiviteter att göra. Vid intervjun i december 2002 sa enhetschefen att hennes funktion till stor del kommer att bestå av att hålla fortlöpande kontakt med projektledaren och stötta denne vid problem. Hon sa också att hon kommer att behöva stötta arbetsledarna och "liksom pusha på dom". Men särskilt betonar hon det ekonomiska ansvaret för projektet, samt att redovisa för kollegor och ledningsgrupper hur projektet fortlöper:

Ja jag kan väl säga att jag får väl vara den som tar besluten om kostnader och försöker och stötta och sammanhålla dom som jobbar med det här så att vi driver det vidare så att det inte står still.

Kontaktpersoner

Vid projektstaten fanns en idé om att det skulle finnas särskilda kontaktpersoner i varje grupp. Man skulle välja ut fem personer i personalstyrkan, en för varje grupp, som var tänkta att ”vara en förbindelselänk mellan projektledaren och arbetstagarna i hemtjänstgruppen”. Tanken var att dessa kontaktpersoner skulle (och kom i viss mån att) föra ut information till grupperna samt återföra information från grupperna till projektledaren. Tillsammans bildade dessa en ”arbetsgrupp”.

Projektassistent

Som en del av projektet ingick en projektassistent på 50%. Den som anställdes blev en person som redan var anställd i en av grupperna. Hennes funktion blev att stötta projektledaren i kontakterna med grupperna och med de organisationer där deltagarna tränade.

Referensgrupp

Som en del av projektets design hade man, redan före projektstart, etablerat en referensgrupp där en rad personer deltog. Deltagare som var närvarande oftast var enhetschefen och projektledaren samt arbetsledarna. Deltagare som ofta deltog var den projektansvarige vid stadshuset och en utvecklingssekreterare från stadskontoret, liksom representant(er) från Försäkringskassan, Arbetsmiljöinspektionen och Arbetslivsinstitutet. Enhetschefen sa följande om referensgruppens arbete:

Man kanske utbyter erfarenheter, man informerar varandra (...)
Ja, ni informerar lite hur ni tycker att det fungerar och vi informerar; att det är alla delar så att man får se en liten helhet i det hela.

Arbetsledarna gav nästan likadana beskrivningar av referensgruppens arbete.

Pärmen

När projektet påbörjades hade projektledaren ställt samman en särskild pärm som innehöll en mängd lösblad om projektet:

- Adress och telefonnummer till projektledare och kontaktpersonerna i grupperna.
- Projektbeskrivning.
- En kallelse till hälsoprofilbedömning.
- Frågeformulär inför hälsoprofilbedömning.
- En förteckning över möjliga aktiviteter .
- Ett schema över när olika schemalagda aktiviteter kan ske (d.v.s. de som görs i organiserad gruppform).
- Praktiska regler.
- Förtroendekontrakt.
- Upplevelsebeskrivning.

Flera kopior hade gjorts av denna pärm och det var bestämt att det skulle finnas ett exemplar av den i varje grupplokal. Pärmen skulle kontinuerligt uppdateras av kontaktpersonerna. Den var tänkt att fungera som en informationsresurs för deltagarna.

Inbjudan till hälsoprofilbedömning

Hälsoprofilmetoden är ett koncept som lanserats och försäljes av HOS Hälsoprofilinstitutet. På deras hemsida sägs det att:

Hälsoprofilbedömning är en mycket omfattande utprövad metod för beteendeförändring, indelning i åtgärdsgrupper, kartläggning av friskvårdsbehov, uppföljning och utvärdering av friskvårdsinsatser. Den första delen i HPB utgörs av deltagarens egen bedömning av sin Hälsoprofil, som är en grafisk presentation av svaren från ett frågeformulär som belyser hälsovanor, hälsoupplevelser och sociala förankring. HPB omfattar dessutom ett submaximalt arbetsprov på cykelergometer, blodtrycks- och skellettmatning. I ett medvetandegörande samtal vägs deltagarens livsstil mot mätvärdena och beslutsunderlaget för en "Framtida Hälsoprofil" tar form.⁶¹

I anslutning till projektstarten bokades deltagarna in för hälsoprofilbedömningar. De genomfördes individuellt och tog c:a en och en halv timma. Inför projektets start hade projektledaren sammanställt ett blad med information riktat till deltagarna om var bedömningarna skulle ske, hur lång tid de skulle ta, hur deltagarna skulle förbereda sig och, kortfattat, hur de skulle utföras. Deltagarna uppmanades att inte äta omedelbart före bedömningarna, undvika att röka eller snusa timmen före, avstå från träning samma dag och medtaga ombyteskläder. Deltagarna fick information om att projektledaren/bedömaren har tystnadsplikt och att utåtriktad information om testresultaten endast kommer att ske som en uträkning av hela gruppens resultat. Informationsbladet och muntlig information förmedlades vid personalens startmöten. Projektledaren hade i samarbete med arbetsledarna också konstruerat ett särskilt schema som personalen kunde teckna sig på. Deltagarna fick också var sitt exemplar av ett särskilt frågeformulär – ”frågeformulär till hälsoprofilbedömning” – som skulle fyllas i före bedömningen.

Frågeformulär till hälsoprofilbedömning

Frågeformuläret till hälsoprofilbedömningen innehöll en rad frågor:

- hur man tar sig till och från arbetet (en fråga)
- fritidsvanor (åtta frågor)
- motion, hur ofta (en fråga)
- kostvanor, hur goda man bedömer dem som (en fråga)

⁶¹ www.hpb.net (27/11, 2002)

- tobaksvanor (en fråga om rökning och en om snus)
- alkohol, hur ofta man dricker (en fråga)
- medicin, om man tar lugnande, uppiggande eller värktabletter
- symptom på rygg, nacke, mage, huvudvärk, trötthet,
- sömnsvårigheter, hur ofta (en fråga)
- upplevd stress, hela livssituationen och på arbetet (två frågor)
- upplevd ensamhet, hela livssituationen och på arbetet (två frågor)
- upplevd hälsa (en fråga)

Alltså innehåller formuläret frågor om både faktiska vanor och upplevelser av hälsa. Frågorna handlar om upplevelser som gäller den senaste månaden och svaren ges på en skala från ett till fem. Deltagarna skulle fylla i formuläret före bedömningarna, men frågor som var svåra kunde vänta till bedömningstillfället. Då skulle man gemensamt gå igenom svaren och man fick tillfälle att komplettera sina svar.

Ett syfte med frågeformuläret är enligt projektbeskrivningen att ”medvetandegöra deltagaren om att det finns ett samband mellan livsstil och hälsa”. Projektledaren berättade under en intervju i slutet av 2002 ”Att du fyller i det innan du kommer hit är att du ska börja tänka. Börjat sätta igång processen. Men samtidigt skickar jag ju signalerna både på mötet tidigare och idag att ”Gör ett gott försök. Lämna någon fråga fri om du känner dig osäker så diskuterar vi det tillsammans.”

Alltså är formuläret både en metod att få information om deltagarna och en metod att göra de bedömda uppmärksamma på olika hälsorelaterade samband. De bedömda ska skapa sig en ”översikt över sina hälsovanor”.

Hälsoprofilbedömning

Hälsoprofilbedömningarna genomfördes i ett särskilt rum som hade hyrts för ändamålet. Där hade projektledaren sitt kontor, med skrivbord, dator samt dokument om projektet. Vid dörren fanns ett bord med stolar där besökare fick sitta ner. Där satt bedömaren och den bedömde och fyllde i frågeformuläret och diskuterade resultaten och eventuella åtgärder. I rummet fanns också testutrustning, bl.a. ergometercykel, blodtrycksmanschett, pulsmätare och skelettviktsmätare.

Vid hälsoprofilbedömningarna gick bedömaren och den bedömde tillsammans igenom frågeformuläret och besvarade de frågor som inte ifyllts av den bedömde. Med utgångspunkt från svaren skapades en ”hälsoprofil-linje“: Svaren på de olika frågorna lades in i ett datorprogram. Svaren kodades med siffror, från ett till fem. Varje siffra stod i en egen ruta, bredvid varandra, och hade olika färger. De ”goda” svarsalternativen var gröna. När man sedan såg på helheten, d.v.s. hur många gröna svar man hade, fick man en slags kvantitativ bild av hur många ”goda” beteenden man hade.

Den bedömde fick också svara på tre frågor som ställdes under själva bedömningen. Den första handlade om "träning före 20 års ålder". Svaret på denna bevaras på en skala från ett till fem där "1" betyder att man var befriad från skolgymnastik, "2" betyder att man endast ägnade sig åt skolgymnastik och inget extra på fritiden, och "5" betyder att man var elitgymnast. Projektledaren sade vid en intervju i anslutning till projektstarten att denna fråga: "ger en signal om hur pass, finns det nånting i ryggsäcken att bygga på, finns det någon upplevelse i ryggmärgen om hur det känns att träna och ta hand om sig själv." Den andra frågan handlar om "fysisk arbetsituation", d.v.s. hur tung man upplever den. Svaret på frågan besvarades också på en skala från ett till fem där t.ex. "4" innebär att det ingår tunga arbetsmoment och "5" att det är "jättetungt". Den tredje frågan handlar om man är sammanboende, ensamboende samt om man har hemmaboende barn.

Vid mötet med hälsoprofilbedömaren gjordes också mätningar av egenskaper hos de bedömdas kroppar, såsom vägning, mätning av skelettvikt, kroppslängd och arbetsprov på ergometercykel.

Sammantaget kom bladet att innehålla följande information:

- Hälsoprofillinjen (svaren på frågorna)
- Träning före 20 års ålder
- Fysisk arbetsituation
- Social status
- Kroppslängd
- Aktuell vikt
- Beräknad skellettvtikt
- Beräknad under och nedre viktgräns genom skelettviktsmätning
- Diabetes, astma
- Om man äter mediciner som påverkar hjärt-kärlsystem
- Blodtryck
- Resultat av ergometertest
- Beräknad syreupptagningsförmåga
- Beräknat konditionstal: "Hur många procent man är av sitt superjag"
- Fråga om man är fysiskt aktiv 30 minuter per dag.

I sin helhet innebär bedömningen och nedtecknandet av resultaten på bladet att den bedömde fick "svart på vitt" om hur den egna hälsan var i förhållande till hur det "bör vara". Detta, att man gemensamt skapade profilen, sågs som en pedagogisk poäng: Den bedömde skulle tvingas att själv vara med och konstruera den profil som sedan skulle visa om dennes kropp och vanor var ohälsosamma.

När denna del av bedömningen var avklarad samtalade bedömaren och den bedömnda om eventuella framtida förändringar. Det var dags att formulera

en strategi för framtiden. I projektbeskrivningen står det att "En sammanfattande diskussion ska leda fram till individens egna beslut om ev. framtida förändringar."⁶² och att "En hälsoprofil kartlägger således riskfaktorer, visar nya möjligheter och ger impulser till förändringar i positiv riktning."⁶³ Projektledaren betonade vid en intervju att hennes roll är att "bekräfta det som jag tycker är bra" och att vara försiktig när hon vill diskutera sämre resultat: "Jag säger ofta inte att "ser du att det är dåligt" utan jag säger "kan du skönja dina svagare sidor" säger jag." Sedan lägger hon till att det är i relation till dessa "svagare sidor" som Plus alla presenteras som en möjlig lösning: "Och så kommer man in i ett nytt resonemang och framför allt hur skulle du vilja gå vidare. Och då kommer ju här då Plus alla."

Vid hälsoprofilbedömningen presenterades tänkbara aktiviteter för deltagarna. Sammanlagt fanns 11 olika alternativ, vilka beskrivs nedan.

Personer som hade "uttalade riskfaktorer" skulle hänvisas till företagshälsovården eller annan vårdinrättning.⁶⁴ Exempel på detta kunde vara personer som visade sig ha för högt blodtryck vid mättillfället.

Hälsoprofilbedömningarna av deltagarna genomfördes vid projektstarten och planerades genomföras en gång till c:a sex månader efter den första, d.v.s. i maj 2003.⁶⁵ En anledning till att genomföra flera bedömningar är att deltagarna ges möjlighet att själva se hur deras hälsa förändrats över tid. Man kan se hur konditionen förbättrats, hur vikten gått ner, hur blodtrycket sänkts, osv.

Projektledaren om sin roll som hälsoprofilbedömare

När projektledaren i anslutning till projektstarten fick frågan vad hälsoprofilen går ut på, så sa hon att "Medvetandegörande kommunikation, det är det hälsoprofilen handlar om." Sedan fortsatte hon att beskriva sin egen roll:

Som hälsoprofilbedömare, jag konstaterar, jag registrerar. Jag är framförallt ingen mamma eller rektor eller någon auktoritär person som ska tala om för personen utan de ska själv förhoppningsvis landa och komma till insikt.

Vid ett flertal tillfällen betonas just detta, att det är de bedömda personerna som själva skall komma till insikt om vad skall göras. Det ska inte finnas några yttre krafter som ska ta detta ansvar.

Den pedagogiska metoden för att "få folk att vara med" är att bedömaren under bedömningen gör en serie mätningar av den bedömdes kropp och ställer frågor om dennes upplevelser av hälsa. Dessa resultat bildar ett slags

⁶² *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:6)

⁶³ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:6)

⁶⁴ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:6)

⁶⁵ *Projektbeskrivning Plus Alla* (2002-10-02:6)

"objektiva" mått på individen. Individen blir jämförbar med andra som är uppmätta. Bedömningen gör det möjligt för individen att själv jämföra sin hälsa med ett normalvärde, säger projektledaren:

Det är ju jättebra säger många, då kommer jag ju tillbaka då om ett halvår och då får jag ju ett mått här på vad min insats har gjort. Här har jag måttet på promenaderna och cyklingen till jobbet men sen börjar jag då kanske då två gånger i veckan via Plus alla och börjar träna och vad ger det då i effekt och då får jag ett mått på det. Och då lär jag mig så att säga vad det kan ge.

Det är tydligt att bedömaren ser sig som en registrator av de bedömdas kroppar och, när de väl själva bestämmer sig för att träna eller på andra vis förändra sina hälsorelaterade beteenden, som ett slags coach, ett slags stöd för dem. Men bedömaren utövar också en slags hälsoscreening. Denne gör tester på deltagarna som kan föranleda kontakt med hälso- och sjukvården:

Sen är det ju mitt ansvar då om jag ser, om jag hittar höga blodtryck, om jag hittar alkoholvanor eller andra symtom att skicka vidare och där är ju länken vidare till företagshälsovården XX om det är arbetsrelaterat och annars ibland får jag ju vara medveten om jag kanske får lyfta luren till vårdcentralen, slussar personen vidare om jag hittar något som är helt käpprätt åt skogen.

Åtgärdsgrupper

När hälsoprofilbedömningarna är genomförda kan resultaten räknas samman och Individerna placeras i "åtgärdsgrupper". Det fanns fyra stycken grupper; A, B, C och D. Personer som ligger i grupp A har mer än 4 eller fler belastande komponenter. Men man kan också hamna i åtgärdsgrupp A för att man har en enda av vissa belastande komponenter; bl.a. över- eller undervikt, diabetes, högt blodtryck, lågt blodtryck, hjärt- och kärlpåverkan, att man rör sig mindre än 30 minuter om dagen, om man har en etta på kost, en etta på tobak, eller en etta på alkohol. Personer i åtgärdsgrupp B har tre belastande komponenter. Personer i åtgärdsgrupp C har en eller två belastande komponenter. De som hamnar i åtgärdsgrupp D har inga belastande komponenter.

Indelningen i åtgärdsgrupper är inget verktyg i arbetet med de enskilda bedömda. Istället räknar man samman hur många individer som finns i de olika grupperna för att kunna visa hur fördelningen ser ut på en arbetsplats.

Förtroendekontrakt

I anslutning till valet av aktiviteter skrevs ett "förtroendekontrakt" av deltagaren. Detta kontrakt var ett särskilt blad som var utformat av projektledaren. Högst upp på bladet stod det att deltagare får ägna sig åt friskvård tre timmar per vecka och kvalitetstid två timmar per vecka. Sedan stod det att:

Jag har diskuterat mina val av aktiviteter med min arbetsledare p.g.a. schemaläggning och gjort val av friskvårdsaktiviteter enligt nedan. Under de närmaste fyra månaderna kommer min schemalagda tid för aktiviteter inom projektet inte att kunna ändras. Ändring av aktiviteter inom min schemalagda tid är dock möjlig. När förändring av aktiviteter görs, skall nytt förtroendekontrakt skickas till Plus alla/PP (namn på projektledare). Min arbetsledare kommer att få en kopia på kontraktet. Jag är medveten om att mina valda aktiviteter inkl ev. transporter inte får överskrida det angivna timantalet ovan.

Sedan skulle deltagaren skriva ner en till tre olika aktiviteter denne skulle ägna sig åt, var de skulle genomföras och startdatum. Sedan stod det att:

Jag är medveten om att jag skriftligen skall redovisa mina intryck av upplevelser kring mina valda aktiviteter.

Det som åsyftas är så kallade ”upplevelsebeskrivningar”, vilka beskrivs nedan. Därefter stod det att:

Jag är införstådd med ovanstående erbjudande och accepterar de regler som jag har tagit del av.

Kvällspersonalens förtroendekontrakt kom att utformas något annorlunda, vilket sammanhänger med att de inte genomförde sina aktiviteter under arbetstid utan på fritiden. Där fanns texten:

Jag är medveten om att jag får ersättning timme för timme med maximalt tre timmar per vecka. Mina genomförda aktiviteter ska redovisas nedan. Sammanställningen lämnas omgående efter aktuell månads sista genomförda friskvårdsaktiviteter tillsammans med upplevelsebeskrivningen. Lämna kontraktet i den blå lådan med texten ”upplevelsebeskrivning”. Du ska även fylla i månadslista/timlista.

Förtroendekontraktet har flera funktioner. För det första är det ett verktyg för projektledaren. Denne vet vilka aktiviteter de olika deltagarna ägnar sig åt och kan därmed också bedöma deras utveckling. För det andra är det ett verktyg för arbetsledarna med vilket de kan planera när vikarierna behövs. För det tredje är det faktiskt ett kontrollverktyg. Genom att man vet var deltagarna är tänkta att vara, vid vilken tidpunkt, så kan man också kontrollera att de faktiskt är där. För det femte innebär förtroendekontraktet att deltagarna också kontrolleras genom att de avger ett slags löfte. Ett löfte är något som många ser det som viktigt att hålla. I synnerhet om det är ett skriftligt löfte.

När projektledaren blev tillfrågad om syftet med detta kontrakt sa hon att det också kan få deltagarna att fokusera på ett begränsat antal aktiviteter.

Genom kontraktet förbinder man sig att ägna åt tre aktiviteter under en viss tidsperiod: "man ska inte göra fem saker på en gång för det är ingen människa som klarar av att förändra fem saker i sitt liv." Kontraktet skulle få deltagarna att fokusera på ett fåtal aktiviteter och förändringar av sin livsstil. Bakom detta ligger en outtalad teori om att det är enklare att uppnå förändringar i sin livsstil om man genomför en eller ett fåtal förändringar åt gången snarare än ett stort antal.

Upplevelsebeskrivning

Inför projektstarten hade projektledaren konstruerat ett särskilt blad med rubriken "upplevelsebeskrivning". På detta blad skulle samtliga deltagare månatligen beskriva sina "upplevelser eller tankar kring de valda aktiviteterna den senaste månaden". Där fanns en rubrik där man fritt kunde skriva om sina upplevelser av friskvården och en annan där man kunde skriva om kvalitetstiden. Båda rubrikerna fick ungefär en tredjedels sida var. Projektledaren sa vid en intervju omedelbart före projektstarten att de inlämnade upplevelsebeskrivningarna kommer att göra det möjligt för henne att kontakta dem som behöver hjälp, t.ex. genom att besöka dem när de deltar i någon aktivitet:

och få ett mer informellt snack "hur känner du att det går, jag ser att du har ändrat här, och känns det bra" och så vidare. Och riktigt hur det kommer se ut det vet jag ju inte. Men det är ju en tanke som jag har."

Upplevelsebeskrivningen skulle alltså fungera som en fortlöpande feedback från deltagarnas sida till projektledaren. Denna kunde alltså läsa av "hur det går" och kontakta de personer som eventuellt kunde behöva stöd.

Aktiviteter som erbjudes

Före projektstart fick deltagarna en enkät där de fick frågor om vilka friskvårdsaktiviteter de önskar skall erbjudas inom ramen för projektet. Projektledaren sammanställde sedan svaren och inventerade vilka organisationer som erbjuder aktiviteter som kan motsvara de önskade. Därefter förhandlade denne med dessa organisationer om priser och slutligen satte hon samman en lista med aktiviteter som erbjöds deltagarna:

Gympa olika nivåer Friskis & Svettis
Styrketräning Friskis & Svettis alt Aktiv Rehab
Skivstång Friskis & Svettis
Spinning Friskis & Svettis
Vattengympa Kockum Fritid
Simning Kockum Fritid
Stavgång Friskis & Svettis alt valfri plats
Promenader Valfri plats
Viktminskning Viktväktarna Folkets hus
Rökavvänjning Distriktssköterskemottagningen Gåsen
Massage Friskis & Svettis och Lisas Friskvårdsklinik

De olika aktiviteterna var gratis eller subventionerade för deltagarna. Vissa av dem medförde vissa mindre kostnader för deltagarna: Gick man hos Friskis & Svettis fick man betala en viss del av medlemsavgiften. Gick man hos Viktväktarna bokade Plus alla ett förmånskort för 16 gånger. Deltagarna betalade halva avgiften, vilket drogs av på lönen. (Under förutsättning att man gick minst 12 av 16 gånger.) Anledningen till att deltagarna fick bekosta så mycket själva var att Viktväktarna rekommenderade detta. De anser det som viktigt att deltagarna, av motivationsskäl, gör en egen ekonomisk investering för att delta. Gick man till distriktssköterskemottagningen Gåsen för rökavvänjning täckte Plus alla halva kostnaden för tuggummi och plåster efter en period om 16 veckor.

Förutom dessa aktiviteter planerade man vid projektstarten några andra aktiviteter som möjligen skulle kunna erbjudas deltagarna i framtiden:

- qigong
- kurs i stretching
- kurs i stresshantering

Kursen i stresshantering var i och för sig tänkt som en del av Plus alla. Men samtidigt skulle den vara ett obligatoriskt inslag för all personal.

Aktiviteternas tidsmässiga organisation

En av de viktiga organisatoriska frågorna var hur aktiviteterna skulle förläggas tidsmässigt.

Enligt projektbeskrivningen skulle de *heltidsanställda* medarbetarna förlägga sina aktiviteter under ordinarie arbetstid. I informationspärmen står det att ”Viss förskjutning av arbetstiden kan vara möjlig.” Detta innebar att man kunde få förskjuta arbetstiden så att aktiviteten kunde ingå i den. *Del-tidsanställda* fick enligt projektbeskrivningen förlägga sina aktiviteter utanför ordinarie arbetstid och då få ersättning timme för timme. *Kvällspersonalen* fick förlägga friskvården utanför ordinarie arbetstid och få ersättning timme för timme.

Dessa regler kom att ändras efter att projektet påbörjades och varit igång någon månad. I mars 2003 skickades information till alla deltagare. Där sade man att:

Om en aktivitet infaller på din lediga dag eller om du är på kurs den dag du har schemalagd aktivitet har du följande möjligheter: Du utför din aktivitet på din lediga dag och tar ut tiden i ledighet samma vecka. För de flesta deltagare är det 1,5 timme. Alternativt. Du utför din valda aktivitet på annan tidpunkt under samma vecka i samråd med din arbetsledare. Du måste kanske vara beredd att just den veckan ersätta din ordinarie aktivitet med en ”friare aktivitet” som t.ex. promenad, stavgång eller simning.

Detta betyder alltså att man lärt sig något utifrån den första tiden i projektet. De aktiviteter som man kan genomföra skjuter man ut till ledig tid, som man sedan tar ledigt under.

I pärmen (se ovan) fanns ett blad med ett särskilt schema för gruppaktiviteter. Där står veckodagarna horisontellt och timmarna lodrätt. De olika gruppaktiviteterna finns inprickade i detta schema. På tisdagar kan man t.ex. ägna sig åt stavgång klockan 10, med avgång från RF Bergs staty, Spinning klockan 12.00 hos Friskis & Svettis, Vattengymna hos Kockum Fritid klockan 12.00, Viktväktarna klockan 13.00, Basgymna hos Friskis & Svettis klockan 14 eller Basbasgymna hos Friskis & Svettis klockan 15.00.⁶⁶

Diskussion

Ovan har projektets organisation beskrivits relativt utförligt. Låt mig här särskilt peka på tre saker som framkommer.

a) Om vi åter reflekterar över vad i projektets design som gör att man deltar, så framkommer följande:

Först erbjuder man en *arbetsorganisation* som lockar personalen att delta i projektet. Man skapar strukturella möjligheter att delta: Man kan träna på arbetstid, det är gratis, man slipper andra arbetsuppgifter, man behöver inte träna på fritiden, osv.

Sedan får deltagarna genomgå ett *test*; hälsoprofilbedömningen. Man mäter deras vikt, blodtryck, osv.

Testerna ger en serie "*objektiva*" resultat. (Sammansättningen av tester är ett urval bland ett stort antal tester.)

Resultaten sammanställs och presenteras för den testade. I denna situation sker en slags *summering* av individens hälsa. Ett bokslut presenteras.

Resultatet värderas. Denna värdering sker på två plan. För det första gör de flesta deltagare en egen värdering. De flesta vet ju, redan innan, att det är skadligt att röka, att vara överviktig, att inte motionera, osv. De värderar därför resultaten utifrån dessa kunskaper. För det andra görs en värdering av bedömare. När testresultaten förs över på det separata bladet, med de olika färgerna, kan man räkna samman antalet belastande komponenter. Värderingen av den bedömdes hälsorelaterade beteenden och hälsa blir visuellt synlig för både den testade och den som testar.

I denna situation, där man får ett slags bokslut presenterat, lämnas individen åt sitt eget beslut. Hälsoprofilbedömare avhåller sig medvetet från att

⁶⁶ "Basgymna" motsvarar den "Seniorgymna" som erbjödes i andra sammanhang av Friskis & Svettis och "Basbasgymna" motsvarar "Seniorbasgymna".

fatta beslutet åt deltagaren. I denna situation, om den bedömde har hälsofarliga beteenden, kommer denne att bli alarmerad. Många blir också benägna att ändra på sina beteenden.

Bedömaren kan i denna situation, utan att behöva utöva några som helst explicita påtryckningar, erbjuda möjliga aktiviteter inom ramen för projektet.

Den individ som beslutar sig för att påbörja aktiviteter kommer därför att uppleva att denne gör det ”av fri vilja”. Bedömaren kommer att fungera som ett slags stöd för deltagaren när denne ska genomföra det som denne själv beslutat om.

Pedagogiken i projektet har alltså två sidor: Dels en materiell-organisatorisk. Dels en metod att förmå individer att ”se fakta” och fatta ”ett självständigt beslut”.

b) Projektet innebär att en individs kropp kommer att bli en del av arbetsorganisationen. Det blir en slags arbetsuppgift att man tränar sin kropp. Det blir en arbetsuppgift att låta sin kropp bli kontrollerad genom hälsoprofilbedömning. Den egna kroppen kommer att bli något som man mäter, väger och bedömer på arbetsplatsen. Då de flesta andra på arbetsplatsen också deltar i projektet, kommer kroppen också att bli föremål för diskussioner och värderingar i arbetslaget. Från att, före projektet, ha fått ha sin kropp som en ”privat” företeelse kommer kroppen nu att bli en del av arbetet.

c) Projektet medför att individerna kommer att bli underordnade nya kontrollformer. De får underteckna förtroendekontrakt där man lovar att göra vissa saker. Projektet mobiliserar individernas samveten som kontrollmekanismer. Man får lämna in en upplevelsebeskrivning, där man förväntas blotta sina egna känslor och tankar om aktiviteterna. Dessa blottar man för projektledaren, som sedan studerar dem för att avgöra hur motiverad deltagaren är samt för att fatta ett beslut om ifall denne skall bli föremål för åtgärder av olika slag. Man får finna sig i att skriva på olika listor där man anger om man tränat, var man tränat, osv. Man kan förvänta sig att projektledaren kommer att göra besök på de platser där träningen och de andra aktiviteterna genomförs. Man får finna sig i nya hälsoprofilbedömningar där man blir föremål för ny belysning avseende vad som hänt sedan senast”.

Sammantaget betyder detta att en rad nya kontrollformer kommer att införas på arbetsplatsen. Man skulle kunna dela in dem i två olika typer på grundval av vilket intrång de gör i individernas livssfär.

Dels har vi en rad kontrollformer som handlar om att organisationen skall säkerställa att individerna gör vad de förväntas göra, d.v.s. att de faktiskt tränar. Organisationens representanter kan då be deltagarna fylla i olika listor i träningslokalerna eller gå ut och se om de är där.

Dels har vi de kontrollformer som handlar om vilka framsteg individen gör, rent biologiskt och psykiskt. Den biologiska kontrollen görs med hälsoprofilbedömningen, genom ergometercykel, osv. Den psykiska kontrollen görs genom upplevelsebeskrivningarna och vid hälsoprofilbedömningarna.

Vi kan alltså se att individens förhållande till arbetet förändras genom projektet. En större del av individerna kommer att bli en del av arbetsplatsen. Det kommer att bli intressant att studera i vilken mån detta i framtiden avspeglas i deltagarnas syn på arbetsplatsen och projektet.

9. ERFARENHETER

Vid ett möte i februari 2003 meddelade projektledaren att 51 av de då 57 anställda vårdbiträdena och undersköterskorna hade blivit hälsoprofilbedömda och deltog i projektet. Övriga var antingen långtidssjukskrivna, föräldralediga eller tackade nej till att delta (två personer).

I det följande redogörs för erfarenheter som gjordes av projektledaren, enhetschefen och arbetsledarna från att projektet påbörjades i november 2002 till maj 2003. Eftersom kvalitetstiden blev uppskjuten på obestämd tid kom erfarenheterna under denna period att framför allt handla om hur friskvården integrerades i den befintliga organisationen. Vilka roller fick projektledaren? Hur kom arbetsledarnas arbete och relation till deltagarna att påverkas? Hur upplevde man deltagarnas reaktioner? Hur kom vikarierna att ingå i organisationen?

Projektledarens roll

När projektledaren intervjuades i slutet av mars 2003 kom en av de första frågorna att handla om hennes roll i mötet med deltagarna. Det visade sig att hon hade två olika roller. Den ena var som "vägledare" i relation till deltagarna. Den andra var den organisatoriska funktionen som "projektledare": "Jag är ju projektledare i den tydliga bemärkelsen "det här gäller, det här gäller inte, så här är det."

Rollen som projektledare inbegriper att planera och organisera projektet. De andra personerna - enhetschef, arbetsledare, projektassistent, vårdbiträden och undersköterskor - involveras endast delvis i projektet. Projektledaren har den samlade kunskapen om Plus alla och ansvaret för dess förverkligande. Rollen som vägledare inbegriper själva det friskvårdande arbetet med deltagarna, d.v.s. hälsoprofilbedömningar, deltagande i aktiviteter, reaktioner på upplevelsebeskrivningar, osv.

Rollen som vägledare består av två delar. För det första innebär den att vägledaren ägnar sig åt ett slags *övervakning* av deltagarna. För det andra innebär den att vägledaren ägnar sig åt att *motivera* deltagarna att ägna sig åt projektaktiviteter. Ofta sker övervakning och motivationsarbete i samma konkreta situationer.

Hälsoprofilbedömningarna innebär *övervakning av deltagarnas kroppar och beteenden*. Projektledaren genomför mätningar av olika aspekter av deltagarnas biologiska kroppar. Denne väger kroppen, räknar ut skelettvikten, mäter blodtrycket och genomför konditionstester. Denne kartlägger också olika aspekter av deltagarnas beteenden. Frågor ställs om vilka mediciner man äter, hur mycket man röker och dricker alkohol. Alla dessa fakta nedtecknas av vägledaren och kommer att bilda fakta som kommande hälsoprofilbedömningar jämförs med.

Hälsoprofilbedömningarna kunde i vissa fall leda till att projektledaren upptäckte medicinska tillstånd som var i behov av sjukvård. Som exempel på detta sade hon sig ha upptäckt några med högt blodtryck som blivit remitterade till sjukvården.

Hälsoprofilbedömningarna innebär också ett slags övervakning av deltagarnas motivation att delta i projektet. Under hälsoprofilbedömningarna ställs frågor om vilka aktiviteter man vill ägna sig åt. Bedömaren diskuterar med deltagarna om vad de vill göra och gör ett slags outtalade bedömningar av hur motiverade de verkar vara, vilka i sin tur ligger till grund för motivationsarbetet.

Denna övervakning av deltagarnas motivation sker också genom upplevelsebeskrivningarna. Projektledaren sade att upplevelsebeskrivningarna "fungerar utomordentligt". Som exempel på denna övervakning av deltagarnas motivation gav hon exempel på personer som hon lyckats "fånga upp", bl.a. en deltagare som inte tyckt att viktväktarna "känts kul". Fördelen med upplevelsebeskrivningarna är att de ger en fortlöpande återföring från deltagarna. Deltagare med problem kan "fångas upp" omedelbart och inte först vid nästa hälsoprofilbedömning, som kan infalla flera månader senare.

Naturligtvis ger upplevelsebeskrivningarna också möjlighet att registrera dem som det går bra för. Projektledaren:

Här, en, hon skriver så mycket va och jag tycker det är så härligt: "Efter första passet på basgympan undrade jag hur detta skulle avlöpa. Jag upplevde att jag hade tio armar och tio ben att hålla reda på. (..) Men nu börjar det fungera och det är så positivt."

Upplevelsebeskrivningarna har alltså kommit att fungera som en metod för projektledaren att på ett enkelt sätt övervaka motivationen hos en stor grupp deltagare.

Men en annan viktig del av denna övervakning består av att projektledaren själv deltar i aktiviteterna:

Min roll efter det från mitten av januari när jag var klar med sammanställningen (av resultaten från den första hälsoprofilbedömningen) har ju varit att vara ute, vara synlig, vara ute på aktiviteter.

Hon säger att hon alltid byter om själv och deltar aktivt. Under perioden januari till mars deltog hon i olika aktiviteter vid ett flertal tillfällen varje vecka.

Projektledaren säger också att det finns deltagare har reagerat på besöken som ett slags "kontrollbesök":

IP: Jag har gjort mycket besök ute i verksamheten och det har jag upplevt som mest positivt. För det mesta positivt. En del har väl tyckt att kommer du här och kontrollerar oss...

I: Det gör du ju.

IP: Jag det gör jag men jag hjälper också. Och försöker hitta en annan nivå kanske om man har ont någonstans och så. Men visst kontrollerar också. Det är ju ett av syftena. Helt klart!

Ytterligare en annan kontrollform är de särskilda listor som skall ifyllas i anslutning till deltagande i vissa av aktiviteterna. Besöken hos viktväktarna registreras, liksom aktiviteterna vid Kockum Fritid, Parkmöllan och Aktiv Rehab. Listorna finns framför allt till av ekonomiska anledningar. Stödet från EU kräver en detaljerad rapportering av deltagandet. Men listorna innebär också en kontroll av det faktiska deltagandet.

Projektledaren uttryckte i februari 2002 att hon misstänkte att det fanns någon enstaka deltagare som ”bara vill vara borta mycket från jobbet” och som använder projektet som ett sätt att komma ifrån det. Kontrollerna gör det möjligt att registrera vilka de är och vidta åtgärder i god tid.

Projektledarens deltagande i projektaktiviteter medför att det uppstår situationer då man kan samtala med deltagare om ”hur det går”. Detta innebär naturliga tillfällen för utövning av ett slags *motivationsarbete*. Under intervjuer framkommer att projektledaren kan motivera på en rad olika sätt. Hon kan motivera genom att *beskriva och förutsäga*. Hon kan förmedla olika, för henne, välkända kunskaper om hur kroppen reagerar i olika situationer, t.ex. olika metoder vid viktnedgång eller träning av ryggens och nackens muskulatur. Hon kan förmedla vilken metod som ger vilket resultat och hur snabbt. Därigenom kan deltagare relatera sina egna ansträngningar till kända fakta om den process denne genomgår. Men projektledaren kan också sätta processen i ett *tidsperspektiv*. Det kan t.ex. vara frågan om en person som går på viktväktarnas möten och inte ser något resultat. Projektledaren kan då analysera hur länge försöket egentligen pågått och ställa deltagarens försök i ett längre tidsperspektiv. Motiverandet kan också ske genom att *regler* klargörs. Projektledaren kan förklara för den som vill sluta med viktväktarna att denne kommer att få betala hela kostnaden själv om denne inte slutför kuren.

Naturligtvis sker en viktig del av motivationsarbetet före projektets egentliga start. Vi såg i kapitel sju att personalens deltagande i projektet innebär att de erbjuds slippa några timmars ordinarie arbete per vecka, att deltagandet till stor del är gratis, att personalen är utvalda och privilegierade, att man deltar i en försöksverksamhet, att man fick påverka vilka aktiviteter som skulle erbjudas, osv. Självklart har de olika deltagarna också olika personliga motiv att delta, t.ex. att sänka sin vikt eller sitt blodtryck, att förebygga sjukdomar eller att må bättre. Men förutom dessa individuella och

strukturella motivationsfaktorer ser vi att projektledaren, under pågående projekt, ägnar sig åt motivationsarbete riktat mot deltagarna. En del av detta motivationsarbete sker i möten med deltagare när de ägnar sig åt projektaktiviteter.

En viktig arena för motivationsarbetet är hälsoprofilbedömningarna. De innebär, som vi såg i kapitel åtta, att deltagarna får en rad fakta om sina kroppar och leverne presenterade för sig. Dessa fakta kommer att framstå som att de "talar för sig själva" och det skapas en situation där den bedömde kommer att uppleva att denne "själv får bestämma" vad som skall göras. Hälsoprofilbedömaren står i denna situation beredd att erbjuda lösningar på problemen, d.v.s. friskvård. Genom kontrakten når man dessutom fram till en skriftlig överenskommelse om vad som skall göras.

Motivationsarbetet sker också i de responser som projektledaren ger på deltagarnas upplevelsebeskrivningar. Som vi såg ovan är de ett ekonomisk verktyg för att få en inblick i "hur det går" för var och en av deltagarna. Hon berättade vid en intervju att hon tar kontakt med dem "där det behövs" och pratar individuellt med dem.

Ett annat sätt att motivera sker i anslutning till att man genomför mätningar av olika aspekter av deltagarnas kroppar. Sedan deltar man i olika aktiviteter, varefter man genomför ytterligare mätningar. Värden som då blivit bättre resulterar i ökad motivation. Den andra hälsoprofilbedömningen kan därför antas vara av stor vikt. Där kan man se resultat av den första perioden. Har man tränat? Har man förändrat sina värden? Har man stigit i åtgärdsgrupp? Har man fått bättre kondition eller gått ner i vikt?

Kontaktpersonerna/hälsoombuden

Vid projektstaten fanns det, som vi såg ovan, en idé om att det skulle finnas särskilda kontaktpersoner i varje grupp. Man skulle välja ut fem personer i personalstyrkan, en för varje grupp, som var tänkta att "vara en förbindelselänk mellan projektledaren och arbetstagarna i hemtjänstgruppen".

När projektledaren intervjuades i mars 2003 hade de ännu inte påbörjat sitt arbete. Projektledaren sa att man istället skulle utbilda särskilda "hälsoombud". De skulle vara fem stycken och fungera som en "länk" mellan projektledaren och "verksamheten". En viktig anledning till att utbilda dessa hälsoombud var enligt projektledaren att "det är viktigt att nu tänka framåt, bygga upp någonting som gör att det finns en kompetens i gruppen när jag försvinner eller när antalet timmar minskar framöver".

I mitten av mars 2003 redovisade projektledaren resultaten av en enkät som distribuerats till personalen i anslutning till EU Växtkraft Mål3-projektet och där en fråga löd "Skulle du vilja ha hälsoombud på din arbetsplats?" Majoriteten av personalen sade att de ville ha sådana. Projektledaren hade då vänt sig till personalen och frågat vilka som kunde tänka sig att fungera som hälsoombud. Dessa hälsoombud skulle vara 10 stycken, och de skulle

påbörja en särskild utbildning i oktober 2003. Projektledarens tanke var i mars 2003 att de helt eller delvis skulle axla hennes roll när hon så småningom blir avvecklad.

Deras roll är naturligtvis viktig i ett längre perspektiv. De kan komma bli de personer som kommer att stå för kontinuiteten i friskvården när själva projektet avslutats, vilket ju också är målet: Friskvården skall integreras i den ordinarie verksamheten.

Projektassistenten

Som en del av projektet ingick en projektassistent på 50%. Hennes funktion blev att stötta projektledaren i kontakterna med grupperna och med de organisationer där deltagarna tränade. Hon blev en slags projektadministratör.

Arbetsledarnas roll

Arbetsledarna är ansvariga för att leda och fördela det dagliga arbetet. De koordinerar den rutinmässiga verksamheten och förväntas inlemma Plus alla i den. En viktig fråga handlar därför om vad projektet inneburit för deras del.

Vi kommer att se att projektet dels inneburit vissa praktiska arbetsuppgifter som har med bemanningen att göra. Men det har också medfört att relationen till deltagarna har förändrats.

Projektet har, som sagt, inneburit vissa nya *praktiska arbetsuppgifter*. En arbetsledare sa i maj 2003 att "Det går bra. Men fy fanken vad jobbigt det är. (skratt)" Sedan beskrev hon att det jobbiga egentligen inte bestod av Plus alla utan Jobbrotationsprojektet och Växtkraft Mål 3-projektet. Hon beskrev också hur administrationen av dem hade tagit betydligt mer tid än hon först räknat med.

En viktig arbetsuppgift för arbetsledarna uppkom när förtroendekontrakten skrevs. Ett första kontrakt skrevs i anslutning till att de första hälsoprofilbedömningen genomfördes. Det innebar att deltagarna, i samråd med arbetsledarna, granskade sina scheman, vilka aktiviteter deltagarna ville ägna sig åt och när dessa aktiviteter skulle gå att genomföra. En arbetsledare: "Dom har ju skrivit ett förtroendekontrakt. Och där får dom ju skriva dag och tid där man tänker sig att gå in och ta detta här. Och sen så diskuterar vi då ser så inte liksom halva personalstyrkan försvinner." Och senare: "Men dom är väldigt duktiga på det här med schema och sånt här. Så dom ser ju själv också."

Vissa av projektets aktiviteter är "icke tidsbestämda", t.ex. stavgång och promenader. De kan genomföras när som helst under dagen. Andra aktiviteter, t.ex. gympa, är "tidsbestämda", d.v.s. sker vid särskilda tidpunkter och vid särskilda anläggningar. Därför är det alltid svårare att matcha tidsbestämda aktiviteter med deltagarnas önskningar än de icke tidsbestämda.

Aktiviteterna har blivit schemalagda i var och ens personliga schema. Deltagarna har skrivit in aktiviteten i sitt schema - på samma sätt som vilken annan arbetsuppgift som helst. En arbetsledare sa i december 2002 att:

IP: Det viktiga är att det är tydligt för den som ska gå in och titta efter ersättare. Och att jag kan läsa av. Var befinner sig XX idag? Det kanske är hennes man som ringer och säger ”det är nånting som hänt” eller nåt annat som gör man måste ha tag på henne.

I: Men det betyder alltså att man har sitt eget schema och sen skriver man in här vilka vårdtagare som man.

IP: Mm. Så du lyfter inte ur det ur ditt eget schema utan där sätter dom en liten kråka på att det här är min friskvårdstid.

Men förutom detta har arbetsledarna skapat ett slags veckoscheman där enbart projektaktiviteter skrivs in. Där står vilken deltagare som går på vilken aktivitet vid vilken tidpunkt. Detta gör det möjligt för den övriga personalen – när de vill veta var personalen är – att snabbt se var de andra befinner sig.

En förändrad relation till deltagarna

Förutom dessa förändringar av arbetsledarnas praktiska arbete har projektet medfört att *relationen* till deltagarna har förändrats.

En arbetsledare sa i maj 2003 att hon inte hade särskilt mycket praktiskt arbete kring projektet, förutom när förtroendekontrakten skulle skrivas. Hon beskrev sin roll på följande sätt:

Vid arbetsplatserna (syftar på arbetsplatsträffarna) brukar vi ta upp det här med friskvårdsprojektet, så vi pratar lite granna om det. För övrigt har jag inte egentligen så mycket. Jag gör ju inte listor och så, om du tänker på såna grejor, utan det är ju YY (projektassistenten) som gör det mesta idag... Och sen så är det då, man gör nya kontrakt med nya tider man får göra upp. Men annars så gör jag ju inte så mycket mer och det behövs inte för det löper av sig själv ju.

En ny arbetsuppgift består av att ”prata med deltagarna om projektet”. En arbetsledare sa i april 2003 att det kunde bestå av att försöka förmå deltagarna att lämna över vårdtagare till ersättare:

Då tänker jag att det här är en grupp med hög medelålder. Dom har jobbat i många år i hemtjänsten och är väldigt plikttrogna och har svårt att lämna sin vårdtagare om det så skulle vara för en timme. Så att det är en process som vi håller på med just nu att när dom säger att ”ooo jag hinner inte gå på Plus alla” så säger jag ”varför det”; att man får in det där att det är okej att jag lämnar över Kalle till en av våra ersättare för dom har inget att göra

just då så dom kan gå in och ta det på sitt schema. Så det är ju en liten process och den processen tar lite tid.

En arbetsuppgift bestod alltså av att uppmuntra deltagarna att lämna ifrån sig sina vårdtagare och prioritera träningen. Särskilt svårt verkar detta vara när det gäller den äldre personalen. En annan arbetsledare beskrev sin roll på följande sätt:

Alltså jag försöker få den här processen att gå framåt, att man ska kunna lämna sina vårdtagare och att man går (betoning på ”går”) på aktiviteterna. Om man plötsligt inte kan gå och styrketräna på grund av en eller annan anledning, att man tar en promenad istället till exempel... Det finns ju dom som går på vissa mediciner emellanåt. Det här med styrketräning kanske inte är jättebra och då säger jag till dom ”men ta då en promenad istället, det är okej att göra det. Så du får ut din tid i alla fall så du får komma ifrån lite.”

Denna arbetsledare hade påtagit sig en ny funktion; att diskutera och ge råd och stödja deltagare att gå och träna. En del av detta arbete bestod av att försöka förmå deltagare att lämna ifrån sig vårdtagare.

I intervjuerna framkommer att arbetsledarna också har kommit att reflektera kring personalgrupper och enskilda deltagare avseende hur ”motive-erade” eller ”omotiverade” de är. Man talar om hur motiverade ”de äldre är” i relation till ”de yngre”, hur motiverad någon viss ”mamma” verkar vara, osv. Men dessa reflektioner om deltagarnas motivation kom inte bara till uttryck när man diskuterade ”brist på motivation” utan också när man berömde deltagare:

Den här gruppen är sååå självgående. Dom sköter det faktiskt. Jag behöver aldrig fråga dem ”har du vart där eller där” och det gör jag inte heller. Utan dom sköter det faktiskt jättebra och tycker det är roligt. Så där har jag faktiskt inte så mycket jobb.

I ovanstående arbetsledares utsaga framkommer ett annat tema, nämligen frågan om *förtroende* för deltagarna. Projektet innebär ju att deltagarna får möjlighet att under arbetstid lämna arbetsplatsen för att ägna sig åt projektaktiviteter. Detta medför att frågan om i vilken mån man litar på deltagarna blir aktualiserad. Gör man det man ska? Går man på aktiviteterna? Denna fråga kom att ställas på sin spets när en av deltagarna, som arbetar på kvällen, ville genomföra sin friskvård nära sin bostad i stället för vid arbetsplatsen:

Jo jag har ju en som har hoppat av, hon började ju aldrig med nån aktivitet. Hon bor utanför stan och ville gå på en aktivitet där hon bor och det var ju lite svårt och ordna det, för rätt som är det någon annan som bor ute på nåt annat håll på stan och så ska

dom gå på sina aktiviteter. Då förlorar vi lite grann den här kontrollen om dom är där eller ej.

Motiveringen till att just denna deltagare inte fick ägna sig åt friskvård i anslutning till sitt hem var att det genomfördes just vid hemmet. Men i ett annat fall fanns det en deltagare som fick det och som man ”litade på”:

Jag har bara en XX (namnet på gruppen) som har stavgång. Och det gör hon där hon bor. Och det är...ja, det är en person som jag absolut litar på att hon gör det, för det märks också. Man märker det. (...) Hennes blodtryck var väldigt högt förr och det har börjat och dala och det hade det inte gjort om inte ha hade gjort sina stavgångspass som hon skulle.

Arbetsledarna fick vid intervjuerna explicita frågor om vilka olika former av kontroll som finns av deltagandet i projektet. En arbetsledare sa att de listor som ifylles i anslutning till många aktiviteter är en kontrollform. När det gäller de icke tidsbundna aktiviteterna sa hon att:

Dom som är ute och promenerar och sånt får alltid komma in och tala om för mig när jag är här att nu går jag på promenad och sen så ser jag när dom kommer tillbaka nu är dom tillbaka igen.

Hon nämner också förtroendekontraktet som en slags kontroll, liksom det faktum att projektledaren oväntat kan delta i en aktivitet. Men denna arbetsledare säger också att "Det märks (emfas) ju att dom inte fuskar. Det märks ju på hela dom ju." Hon hade inga som helst misstankar om att fusk förekom bland hennes medarbetare.

En viktig kontroll är alltså att arbetsledaren talar med deltagarna och skapar sig ett eget intryck av vilka som verkar gå på sina aktiviteter och vilka som möjligen kan fuska. En annan kontroll är naturligtvis att kan man se hur deltagarnas fysik förändras av träning; hur de går ner i vikt, går spänstigare, o.s.v. Man kan också höra dem diskutera träningen med sina arbetskamrater.

Vi ser att arbetsledarna fick en något förändrad relation till deltagarna. De hade i viss mån börjat uppmuntra deltagare att ägna sig åt friskvård, att diskutera och ge råd om träningen. Man hade också börjat betrakta deltagarna i termer av hur motiverade de är samt vilket förtroende de har för dem.

Betänk att Plus alla i nuet är en försöksverksamhet med relativt gott om resurser, med projektledare och projektassistent som drivande personer och vikarier som täcker upp för deltagarna. I framtiden kan dessa resurser bli något mindre. Vilka ska då driva friskvården vidare? Blir det hälsoinspiratörerna? Arbetsledarna framstår som ett annat alternativ – eller åtminstone ett viktigt komplement. Men rent formellt är inte deras roll att stötta, motivera och ge råd om friskvård. Inte heller fick de själva ägna sig åt friskvård

under betald arbetstid, vilket beklagades av någon av dem. Man kan då misstänka att det finns en uppenbar risk för att deras förståelse för träningsens betydelse inte blir så hög som den kunde vara. Deras motivation att förstå deltagarnas tankar kring projektet och att sporra dem kanske inte blir så stor som den kunde blivit.

Hur projektet ingick i deltagarnas vardag

Hur kom friskvården att införlivas i deltagarnas dagliga arbete? Vilka aktiviteter valde man och när valde man att genomföra dem?

När projektledaren intervjuades i mars 2003 sa hon att det var en stor spridning i deltagarnas val av aktiviteter, men fokus låg på styrketräning, gympa, promenader och stavgång. Viktminskning, vattengympa och simning var också populära. Den enda aktivitet som inte valts av någon deltagare var möjligheten att få hjälp med rökavvänjning.

Projektledaren hade lagt märke till betydelsen av vilken träningskultur som råder på de olika platser som deltagarna kan välja. Deltagare som tidigare inte tränat hade i flera fall valt bort Friskis & Svettis. Istället hade man valt Aktiv Rehab:

Det har varit väldigt bra att vi har valt Aktiv Rehab också för det finns flera som säger att ”nej det är så stort att börja på Friskis & Svettis och jag känner mig så väl emottagen och det är lite mindre och mysigare på Aktiv Rehab. Vem är det som väljer det? Jo det är de ovana motionärerna. Där är sjukgymnaster bara som driver det.

Och senare:

Det är enkelt och att man ser lite...Det finns de som är sämre än en själv också. Det är inte bara de i de läckra triksåerna.

En iakttagelse som projektledaren hade gjort var betydelsen av närheten till aktiviteterna. En del av deltagarna tyckte att det var väl lång resväg till Kockum fritid. Projektledaren hade försökt få deltagarna att samåka i privata bilar till de aktiviteter som ligger långt borta från grupplokalerna.

Särskilt besvärligt var de geografiska avstånden för deltagare som arbetade i Bunkeflo, som ligger något utanför Limhamn. De fick extra lång restid. Deras deltagande i de tidsbundna aktiviteterna var till stor del baserad på att de hade tillgång till bil.

En annan iakttagelse som projektledaren hade gjort var att de ”icke tidsbundna” aktiviteterna tenderade att vara mer populära än de som var ”tidsbundna”. Exempel på icke tidsbundna (eller ”fria”) aktiviteter är stavgång och promenader. En viktig anledning var, enligt projektledaren, att det är lätt att ägna sig åt dem också under lediga dagar. Många som arbetar inom

hemtjänsten är ju lediga enstaka vardagar. Det betyder att det finns risk att en tidsbunden aktivitet kan infalla just på den lediga dagen. Deltagare kan då välja att göra en annan aktivitet en annan arbetsdag eller göra något under sin lediga dag.

En fördel med de icke tidsbundna aktiviteterna är att man inte behöver passa några exakta tider. Projektledaren:

Du behöver inte byta om, behöver att ett par bra skor och jag kanske inte behöver känna mig pressad att det ska börja halv två när min schemalagda tid börjar utan det går lika bra kvart i två.

En annan anledning till stavgångens popularitet är alltså att man inte behöver förbereda sig särskilt mycket. Man behöver inga särskilda träningskläder. Har man tillgång till stavar, kan man enkelt greppa dem och ge sig ut.

Arbetsledarna sa att deltagarna förlade de fria aktiviteterna till stunder då det ändå fanns litet att göra på arbetsplatsen:

Och det innebär att dom kommer inte att behöva ersättare utan dom går halv tre på det dom har varit. Så där är det två minus så kallat. Och man får ju inte glömma när det finns lediga tider i självaste gruppen och då får man använda dom också.

Ofta ligger de lediga stunderna på eftermiddagarna, sa en av arbetsledarna:

Det har varit mycket så att man har fått titta på sitt schema där man har sina vårdtagare inskrivna och då fått se om jag har några naturliga luckor så att jag inte behöver ändra för mycket. Många gillar ju att lägga aktiviteten senare delen på dagen.

De fria aktiviteterna är alltså lämpligast - ur arbetsgivarens perspektiv. De kan genomföras i stort sett när som helst under dagen, de kräver ofta ingen restid, de kräver inga större förberedelser och man kan skjuta upp dem om så krävs.

Oftast uppstår de lediga stunderna under eftermiddagarna eftersom det i allmänhet är mest att göra på förmiddagarna. Men det finns också en annan anledning till att ägna sig åt aktiviteter just på eftermiddagarna, både fria och tidsbundna. Projektledaren sa i slutet av mars 2003 att vissa av deltagarna har valt att dela upp sina tre timmar friskvård på två tillfällen per vecka, en och en halv timme plus en och en halv timme. Men andra hade tyckt att det blev för stressigt att göra på det sättet och istället valt att ta ut två timmar vid ett tillfälle och ytterligare en timma vid ett annat tillfälle i anslutning till att arbetsdagen tog slut. Man kunde då fortsätta träna och byta om under sin fritid. På detta sätt fick man två långa pass per vecka. En arbetsledare instämde i detta:

Det som kommit fram är då det här att man gärna vill ha tiden förlagd så att man slipper gå tillbaka till jobb. Så det populäraste är att ha eftermiddagstiden om jag säger så. Och så slipper man, för det tycker man ändå är stressigt att ha ännu en tid man ska passa.

En annan arbetsledare säger att fördelen med att ägna sig åt friskvård i anslutning till arbetsdagens slut är det blir ett sätt att koppla av innan man kommer hem.

Arbetsledarna om deltagarna

En annan fråga handlade om hur arbetsledarna upplevde att deltagarna hade reagerat på projektet. När arbetsledarna blev intervjuade i november-december 2002 sa man – enstämmigt - att deltagarna var mycket positiva till projektet. En arbetsledare:

Jag har inte fått nåt negativt om hälsoprofilbedömningen utan alla tycker det här är en mycket bra grej. Jag har hört personal här som sagt att: ”Tänk jag får gå ifrån och gympa på arbetstid. Här står jag och gymnastiserar så lyxig jag känner mig.” (Skratt)

En annan arbetsledare:

För när alla har gjort hälsoprofilen och den andra intervjun så är det ju meningen man ska gå igång. Men så har det inte fungerat riktigt. Så där ligger vi back på det. Men folk är ju ändå hoppfulla och tycker det ska bli jätteroligt. Ingen hos mig har kommit igång.

Och senare under intervjun:

Alltså jag har bara hört en som varit negativ till detta, alltså: ”Vad ska jag ut och träna för” och sådär.

En tredje arbetsledare:

Personalen är positiv och tycker att det här är en toppengrej och...ja alltså det kommer man ju långt med. Bara det finns en positiv inställning till saker och ting...

Också enhetschefen instämmer i denna bedömning:

Det är en del som har kommit igång med sina aktiviteter. Alla verkar ju väldigt positiva. Det är ju ingen som liksom gnällt och sagt ”vad är det för skit” eller nåt sånt utan det verkar som det upplevs positivt.

Enstämmigt sa man alltså att deltagarna var ”mycket positiva” till projektet. Samma tonfall återkom vid intervjuerna som i april-maj 2003.

Förutom att man var positivt inställda till projektet som sådant var arbetsledarna nu eniga om att deltagarna i allmänhet hade blivit piggare av träningen:

Jag känner det att dom har blivit piggare, mer alerta...dom äldre speciellt, tycker jag märkt. Och dom yngre har ju, många av dom, har ju redan varit igång med aktiviteter. Men just dom...i min ålder och lite äldre, är lite piggare och mer motiverade om man säger både i jobbet och... Ja dom är mer alerta. Jag märker skillnad på dom i all fall. Det gör jag. Så det har nog...haft en positiv effekt.

Denna arbetsledare hade alltså lagt märke till att de äldre deltagarna hade blivit piggare och orkade mer sedan de börjat träna. Man tyckte sig också skönja en minskad sjukfrånvaro:

I: Hur går det med projektet?

IP: Det går bra. Det är toppen! Vilken skillnad jag ser på personalen nu!

I: Gör du det?

IP: Ja! Helt otroligt.

I: Vaa, va? Berätta, vad är det som hänt.

IP: Jag har fått en mycket mer positiv personalgrupp. Jag har några damer som går på Viktväktarna som har levt upp nåt otroligt. Följer med när vi ska nånting ut och nånting sånt, som dom aldrig har gjort tidigare. Och är mer pratsamma i gruppen och sådär än vad dom vart innan. Och det märks en tydlig skillnad här.

I: Så det är inte bara det att dom gått ner i vikt. Utan...

IP: Dom verkar till att må bättre ja och jag har faktiskt en av dom här damerna som är hemma väldigt mycket på korttidsfrånvaro en dag då och en dag då. Vi har ju sett en markant skillnad att hon är inte det längre och hon säger det själv också. Hon orkar på ett annat vis.

I: Vad är det då hon vart frånvarande för?

IP: Jag har bara mätt det, jag vet inte faktiskt riktigt vad hon varit frånvarande, om det varit trött eller orkar inte gå till jobb eller vill inte. Men hon säger själv också det att ”har du märkt att jag är inte hemma så mycket mer”.

I: Alltså stämningen i gruppen i största allmänhet...

IP: Den har blivit bättre ja. Den har blivit bättre. Irritationen blir när här är hemskt mycket att göra, många är borta, och man får kanske stryka den här aktiviteten man skulle gå på. Det har inte hänt så många gånger det har det inte men nån gång har det hänt.

Samhörigheten bland personalen hade också blivit större, sade man:

I: Har det hänt något i själva gruppen. Alltså märker man av det att man känner varandra på något annat sätt eller...så där.

IP: Nej, men du får nog ändå en viss, mera samhörighet för varandra för det här är nånting som dom är med och dom upplever ju tillsammans ju

En annan sa att gruppen blivit ”tightare”:

I: Vad tycker du har hänt med personalen sedan det hela startade.

IP: (lång tystnad) Om det är Plus alla projektet som har bidragit vet jag inte men den här gruppen har blivit ganska mycket mer tightare. Förmodligen kan det hjälpa till lite. Jag har ju inte haft någon stor frånvaro i denna gruppen.

I: Du har inte haft det innan heller nej.

IP: Nej. Det är alltså typ du vet vård av barn alltså så där som är normalt och lite...inget överdrivet i frånvaro. Och den har varken blivit mindre eller större. Jag har inte haft några långtids-sjukskrivningar heller eller nåt sånt. Men jag tror att det har bidragit till att eftersom dom går tillsammans på dom här grejorna att man får bättre kontakt med nån som man kanske inte har haft så bra kontakt med innan. Det tror jag. Jag märker skillnad på ett halvår att det är ett lugn i gruppen och så där.

Man hade lagt märke till ett annat gott tecken, nämligen att vissa personer hade börjat träna under sin fritid. En arbetsledare:

Sen vissa här som inte har motionerat mycket bara älskar den här stavgången och har gått och köpt sig egna stavar och gör det privat hemma. (...) Sen har vi i denna gruppen såna som redan innan är intresserade av friskvård, alltså så röra på sig och så. Så visst har det märkts. Det har det.

En annan arbetsledare:

IP: Mm. Ja och frågan är om man kan få det som en livsstil för dom istället va. Och som det ser ut idag är det ju det. Jag menar dom går ju och tränar på sina fridagar och ibland på lördag-söndagarna när dom är fria och så vidare också utöver det här man har.

I: Det märker du att man gör?

IP: Ja.

I: Såna som inte har tränat nånting innan.

IP: Såna som inte har tränat nånting innan.

Sammantaget ser vi att arbetsledarna i maj 2003 såg en rad positiva tecken hos personalen. Man tyckte sig ana en minskad sjukfrånvaro. Men framför

allt såg man att personalen var positiva till projektet, blivit piggare, ökat samhörigheten och i vissa fall börjat träna också under sin fritid.

Projektledaren om deltagarna

Projektledaren förmedlade i mars och maj 2003 ett mycket likartat budskap om hur positiva deltagarna är till projektet. Hennes beskrivningar av hur hon upplever deltagarna sker i form av en serie exempel på goda förändringar. Hon berättar om deltagare som sagt: "vad jag tycker det är skönt" och "vad det är roligt!" och "du, jag dricker inte så mycket coca cola längre, nu köper jag vatten på fredagen istället för ett glas coca light" och "jag känner mig bättre i ryggen". Hon berättar om en deltagare som börjat cykla till arbetet istället för att köra bil, förändrat sin kost och blivit piggare.

Projektledaren säger att dessa goda exempel ofta kommer att fungera som ett slags levande bevis på att man faktiskt kan åstadkomma något inom ramen för projektet: "Jag menar vi har en kvinna på RR (namn på gruppen) av det äldre gardet. Hon har gått ner tio kilo. Hon har haft ont i höften och blodtrycket har sjunkit." Projektledaren berättar också att hon lagt om sin kost. Hennes förändring påverkar hela gruppen, säger projektledaren. Projektledaren tycks mena att hela "andan" i grupperna förändrats:

Jag vet att de hade ett möte här nere på XX (en arbetsgrupp) och mötet tog slut en timme innan alla slutade och istället för att de bara satt så och degade så var det några stycken som sa (klappar ihop händerna) "Nä vi tar bilen och kör ner till Limhamnsfältet och tar en promenad ihop, vi ska inte sitta här och dega ". Och jag tror inte det hade hänt innan.

Vi ser alltså att både arbetsledarna och projektledaren ser mängder av positiva förändringar. De negativa exemplen lyser med sin frånvaro.

Jobbrotatörerna börjar

I den ursprungliga designen av projektet (år 2001) hade man tänkt sig 11-12 vikarier. I september 2002 hade man räknat ut att man kunde anställa fem. När man bestämde sig för att finansiera dem genom jobbroterationsprojektet kunde man utöka deras antal till 10. När ledningen för den öppna hemtjänstens område 4 hade intervjuat dem som arbetsförmedlingen hade valt ut blev det sju stycken som valdes ut. De påbörjade försenat sina anställningar i januari 2003. Men snart lämnade två av dem hemtjänsten och i maj 2003 hade man fem stycken kvar. Man planerade då genomföra intervjuer för att anställa två nya.

Jobbroterationsprojektet gick ut på att arbetsförmedlingen valde ut långtidsarbetslösa personer (sedan minst två år) som hänvisades till hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo. Där intervjuades de av enhetschef och arbetsledare varefter sju personer fick provanställning under tre månader med möjlighet

till förlängning upp till två år. Arbetsförmedlingens förhoppning var att de skulle få fast anställning när denna tid var slut.

En konsekvens av att man valde att anställa vikarierna genom detta jobbrotationsprojekt var att de inte kunde börja ersätta deltagarna vid projektstarten i november 2002 utan först i mitten av januari 2003. När enhetschefen blev intervjuad i december 2002 sa hon att deltagarna under dessa månader skulle få vanliga vikarier som ersättare som skulle ersättas genom Plus alla-anslaget.

Men detta fungerade inte. Det fanns helt enkelt inte tillräckligt många vikarier för att ersätta samtliga deltagare som skulle ägna sig åt projektaktiviteter. En av arbetsledarna sa i december att:

Det som inte har fungerat är ju ersättare till Plus alla-projektet där man har sagt att vi ska använda bemanningsteamet i möjligaste mån så att alla ska komma igång. Men där har också varit sjukfrånvaro och så, i själva bemanningsteamet alltså.

Många av deltagarna fick därför vänta till andra halvan av januari innan de kunde påbörja sina aktiviteter, d.v.s. mellan en och en halv och två och en halv månader efter hälsoprofilbedömningarna.

Om två jobbrotagare som slutade

Men varför slutade två jobbrotagare? När arbetsledarna intervjuades om dem sa den ena arbetsledaren om en av dem att "hon nog egentligen inte ville arbeta" och att "det fungerade inte i gruppen". I det andra fallet sa arbetsledaren att "hon inte var lämpad för det här jobbet" och att hon tydligen hade en gammal whiplash-skada som förvärrades av de tunga lyft som ingår i arbetet:

Ja du vet ju själv man bär ju tungt i detta jobbet och man kan få tunga vårdtagare och det gjorde ju inte hennes skada bättre. Hon blev ju yr och hon lade sig gärna i soffan där och sov och försökte med att gå ner i tid och nej det funkade inte.

Jobbrotagarens villkor

Vilka villkor hade jobbrotagarna? Vi kan, för det första, notera att samtliga är tidigare långtidsarbetslösa (sedan minst två år) och invandrare. Åtminstone två av dem är utbildade undersköterskor. För det andra kan vi notera att de är tillfälligt anställda inom jobbrotationsprojektet. Till en början fick de en provanställning om tre månader. Därefter fick de förlängda förordnanden, vilka som längst sträcker sig till början av 2005. För det tredje arbetar de något längre tid än den övriga personalen. Detta sammanhänger med att deras arbetstid är reglerat av ett s.k. "beredskapsavtal." En av arbetsledarna berättade att de arbetar en timme och femton minuter mer än den övriga personalen. De jobbrotagare som arbetar måndag till fredag arbetar 40 timmar per vecka och de som arbetar på helgschema har något

kortare arbetstid. Men å andra sidan arbetar de inte "röda dagar", t.ex. under första maj och juldagen. För det fjärde har deras löner kommit att hamna på, ungefär, ingångsnivå. För det femte, i och med att de arbetar i enlighet med beredskapsavtalet kommer de att få sin semesterlön utbetald i anslutning till den ordinarie lönen.

En arbetsledare berättade att båda dennes jobbtatörer var utbildade undersköterskor och hade 14 000 kronor/månad, vilket är ingångslön för yrket. De hade 3 månaders provanställning vilket följdes av ett kontrakt som sträcker sig till augusti 2005. De är också anställda enligt ett annat avtal, beredskapsavtalet, vilket innebär att de "har något längre arbetstid per vecka och man betalar ut semesterlönen tillsammans med lönen alltså varje månad". Hon sa beklagande att:

Och det gör ju tyvärr det, jag menar hur många som har 14 000 i lön och så får dom då dom här 12 procenten eller vad det är lägger undan dom pengarna för att kunna ta sig en semester.

Och vidare att:

Så det är lite olyckligt. Vi trodde inte vi skulle behöva göra så utan att vi kunde hålla inne dom pengarna så dom också kunde ta i lugn och ro semester.

Arbetsledarna var tydligt medvetna om att det föreligger en viss risk att jobbtatörerna kan komma att hota med att sluta om de inte får bättre villkor i sitt arbete. En av arbetsledarna tyckte, helt öppet, att de har för dåliga löner. En annan sa att det finns en uppenbar risk att de lämnar hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo:

Dom har faktiskt inte en säker anställning. Det har i och för sig inte någon. Men dom har i alla fall dom har ett slutdatum på sin anställning och det kan ju vara så att när dom jobbat ett tag här nu och fått lite erfarenhet så kan man ju söka sig nåt annat.

En annan arbetsledare sa att

Det var ju lite bekymmer i början. Jag var ju lite rädd att vi skulle tappa honom för att lönerna är ju bara så...katastrofala. Dom har tolv och sju. Han fick tolv och sju.

Denna arbetsledare hade erbjudit just denna jobbtatör övertid, för att göra det möjligt för honom att tjäna litet mer pengar. Hon sa också att vederbörande "ligger bra till för fortsatt anställning när detta är slut" och att hon har antytt detta för honom.

Hur jobbroterarna kom att ingå i arbetet

Men hur kom jobbroterarna att ingå i organisationen? En första iakttagelse är att jobbroterarna inte, som det var tänkt, endast arbetade vardagar. De skulle ersätta deltagarna medan de lämnade sitt arbete för att delta i projektaktiviteter. Eftersom dessa aktiviteter försiggår på vardagar, så var tanken att vikarierna skulle finnas tillgängliga på vardagar. Men nu blev det alltså så att vissa jobbroterare kom att få arbeta helger. En arbetsledare sa att:

Jag gjorde så förstår du att jag la in honom på helg och han går, nu ska vi se...Ja det är inte...ja han jobbar var tredje helg egentligen plus en av helgdagarna, en annan helg. Så han jobbar fem helgdagar på sex veckor. Det ser du sen på schemat. Och sen har jag i stället då åt WW (en av deltagarna) som har en sjuttifem (d.v.s. 75% tjänst) gående tre dar. Har fått det önskemålet, hon har haft önskemål.

Och något senare sa hon att:

Så då gjorde jag så att den här som ville ha måndag till fredag tjänst fick gå över så länge under projektets tid och gå måndag till fredag och då går han ju in och tar hennes helger helt enkelt.

På detta sätt hade man - förutom att tillgodose behovet av ersättare till projektet - också lyckats tillgodose en medarbetares önskan att få slippa arbeta på helger. En annan arbetsledare hade genomfört en liknande lösning och lät en av de äldre medarbetarna få ett måndag till fredag-schema:

Nej hon hade svårt med att jobba helger och egentligen skulle jag vilja ha det så att dom jobbar måndag till fredag dom här jobbroteration men då var det ju läge här nere att det var en av dom lite äldre som gärna ville jobba måndag till fredag. Hon tyckte hon hade jobbat så länge inom vården så att hon känner liksom att hon skulle tycka det vore skönt att få gå måndag till fredag lite och då bytte vi med NN.

Sedan säger hon att jobbroteraren inte fått veta hur det "egentligen skulle vara" och fått det presenterat som att "här jobbar vi så va". Sedan lägger hon till att hon anser att jobbroterarna "egentligen" bör arbeta måndag till fredag.

Detta var sanktionerat från enhetschefen som vid en intervju sa att hon hade tillgodosett de önskemål om som fanns från deltagarna om att genomföra detta arrangemang.

En konsekvens av denna lösning är att de deltagare som nu får gå in på vardagar får ytterligare en positiv förändring. Förutom att de kan delta i Plus alla får de också ett bättre schema. Det är möjligt att denna förändring re-

sulterar i ökad tillfredsställelse med arbetet och, i förlängningen, ökad hälsa. Det blir svårt att, för dessa personer, visa att själva projektet som sådant, d.v.s. aktiviteterna, har förbättrat deras hälsa.

En andra iakttagelse om jobbrotagarna är att de inte enbart täckte upp när den ordinarie personalen var borta. Det var inte så att de endast tog över de vårdtagare som den ordinarie personalen skulle ha haft när de skulle ägna sig åt projektaktiviteter. Istället fick jobbrotagarna sina egna vårdtagare. De kom att ”spä ut” hela schemat så att varje person fick något mindre att göra. Deltagarna kunde då själv planera sitt arbete så att luckor uppstod just där de skulle gå på aktiviteter. En arbetsledare:

Jag har gjort ett schema till honom ett heltidsschema som dom andra har. Och i och med att jag gör det så har jag en till i princip varje dag. Och du kan ju se vårt schema. (visar schema)

Och vidare:

Man kanske kunde löst det på annat sätt. Ska man jobba så länge i en grupp, så många år, så vill jag inte göra för stora skillnader utan jag la ett schema som till vilken annan som helst. Man måste ju tänka lite på dom också. Och det har fungerat faktiskt bra. Det har det gjort.

En anledning att lösa det på det här sättet är att jobbrotagarna då kommer att ha ett arbete som liknar de andras arbete. De kommer att smälta in bättre i gruppen. De kommer också att ha sina fasta vårdtagare, vilket underlättar deras arbete.

Enhetschefen förklarar att en fördel med denna lösning är att en allmän utspädning inte orsakar allmänt missnöje när avlösaren är borta. Man hade haft mindre bra erfarenheter av detta i projekt +55, där deltagarna hade upplevt dåligt samvete för att de "gick ifrån":

Därför så tyckte vi redan från början att det var ju bättre att försöka få in det så att det blev luft i schemana och så att dom ingick i den ordinarie verksamheten på nåt vis.

Denna lösning innebär alltså att det enskilda vårdbiträdet eller undersköterskan själv har tillräckligt med luckor i sitt schema för att planera sin friskvårdstid, precis som vilken annan arbetsuppgift som helst. Man behöver inte tänka på att det ska komma en vikarie som ska ersätta en. Relationerna till vårdtagarna blir därför inte lika påverkade av projektet.

En tredje iakttagelse om jobbrotagarna är att det, som en följd av att de kom att spä ut schemat och få egna vårdtagare, blev naturligt att de fick "egna vårdtagare", d.v.s. att de blev kontaktpersoner. En arbetsledare:

Det har blivit så naturligt med XX (jobbrotatör) hon har ju fått några egna vårdtagare för dom efterlyste ju det ganska snabbt att inte bara vara inhoppare för mig eller dig va utan jag vill också ha nån.

Och vidare:

Det tycker man är hopplöst att inte veta vem jag har i morgon och nästa dag utan det blir bara om det blir nåt sjukt eller nånting annat eller så städar dom mycket lokalerna och det kan man ju tycka är roligt i början att dom gör fint. Men man måste ju tänka på dom som människor ju, att dom vill också ha sitt fasta. Så dom har fått litet fast, XX och AA. Men i första hand är dom täckare.

En fjärde observation om jobbrotatörerna är att de i viss mån kom att användas istället för ”vanliga” vikarier. Eftersom kvalitetstiden inte påbörjades vid projektstart kom man ha fler jobbrotatörer än vad man behövde för att ersätta deltagarna när de ägnade sig åt friskvård. En arbetsledare:

I: Använder du dom som vikarier också?

IP: Ja det är ju bättre att dom jobbar än dom sitter här. Och dom andra får jobba häcken av sig (skratt) eller jag får ta in en ersättare. Är här folk, den personalen som är här den använder jag. Men jag är också väldigt noga att tala om att först och främst är dessa ersättare för era aktiviteter. Så lägg inte på dom en massa och inte kunna gå på aktiviteter sen.

Sammantaget ser vi att jobbrotatörerna kom att gå in i arbetslagen på samma sätt som all annan personal. De kom inte att fungera som ersättare ”timme för timme”. Istället kom de att ”spä ut” schemat för alla deltagare så att var och en kunde planera sin tid själv på så vis att de skapade sig luckor för projektaktiviteter.

Om framtiden

Men hur ser projektledaren och arbetsledarna på framtiden? En reflektion som framfördes av en arbetsledare var att man kanske borde lägga fler aktiviteter på eftermiddagarna. En annan reflektion, som denna arbetsledare framförde, var att de fria aktiviteterna kanske borde få ett större utrymme och att man kanske borde ha färre tidsbundna aktiviteter:

I framtiden så är det ju att man begränsar det kanske med mindre aktiviteter man lägger det kanske lite annorlunda. Man kan lägga det då mot slutet på en arbetsdag istället. Mindre begränsade aktiviteter än vad vi har idag. Så man kan, alltså sen när vi ska bli ekonomiskt oberoende ska ändå gå runt så måste man nog göra nåt sånt i stället så det ändå kan fungera.

En annan arbetsledare tyckte att projektet, tillsammans med alla andra utbildningar och projekt, innebar att deltagarna ägnade allt mindre tid åt själva kärnan i sitt arbete. När jag frågade henne om vilka problem som finns med projektet sa hon att "det kan bli för mycket". När jag frågade hur det kunde bli för mycket sa hon att:

Ja alltså jobbar du t.ex. en deltid så jobbar du 30 timmar i princip i veckan alltså om du exempelvis jobbar måndag-fredag så är det 30 timmar i veckan. Och då ska du ha tre timmar friskvård och två timmar kvalitetstid när det kommer igång blir det fem timmar. Sen har vi utbildningar, alltså dom här ordinarie utbildningsprogrammen som man har i stadsdelen. Dom åtgärderna som vi kommer att ha inom EU-projektet kommer i och för sig till att gå in i kvalitetstimmarna men det kan bli väldigt mycket. Och speciellt då för dom som jobbar deltid som tycker att dom nästan aldrig är på jobb.

En annan reflektion, framförd av projektledaren, handlar om kvällspersonalens aktiviteter. Projektets design – där kvällspersonalen inte kan ägna sig åt aktiviteter på sin arbetstid – hade ju medfört att friskvården kom att bli en slags "övertidsarbete" och därmed kanske inte lika lockande som ifall det hade varit en del av arbetet. Mängden arbete minskar ju inte när det blir en slags "övertidsarbete". När jag frågade projektledaren om detta sa hon att det vore önskvärt att schemalägga aktiviteter åt dem under arbetstid, men att det då inte skulle kunna bli lika många olika aktiviteter. Som exempel på aktiviteter som går att genomföra på kvällen anger hon styrketräning, vissa gympapass och simning.

En annan tanke som återkom hos projektledaren handlade om behovet att få projektet att överleva och samtidigt avveckla sig själv:

Men jag försöker ju att ta ett steg tillbaka och låta processen hända mycket i gruppen. Det jag har för ögonen är att fungerar inte detta med en insats som jag gör idag så ska projektet nästan inte leva vidare heller, det finns ju ingen ekonomi att ta en heltidsanställd person för drygt 20 000 i månaden som ska gulla med 25 personer utan det måste ju vara volym.

Ytterligare en tanke, som ventilerades av projektledaren vid ett Plus allamöte i slutet av februari 2003 var att en mer ekonomisk metod att uppnå goda hälsoeffekter skulle kunna vara att man frångår idén om att alla ska ingå i ett projekt av det här slaget. Istället skulle man kunna erbjuda hälsoprofilbedömningar till alla och sedan erbjuda de som befinner sig i riskgruppen friskvård.

10. OM KVALITETSTIDEN

Detta kapitel handlar om kvalitetstiden, som alltså inte blev påbörjad. För det första diskuteras möjliga anledningar till att kvalitetstiden inte påbörjades. För det andra återges de idéer intervjupersonerna hade om vems kvalitet som skulle förhöjas med kvalitetstiden; organisationens, vårdtagarnas eller personalens? För det tredje återges föreställningar om vilka aktiviteter man tänkte att kvalitetstiden kunde fyllas med. För det fjärde redogörs för de idéer man hade om vem som ska avgöra vilka vårdtagare som skall få kvalitetstid. För det femte diskuteras frågan om vem som ska avgöra vad som skall göras när personalen väl träffar vårdtagaren. Slutligen redogörs för tankar om hur man ska kunna lägga in kvalitetstiden i det dagliga arbetet, d.v.s. hur det skall lösas rent schema-tekniskt.

Om varför kvalitetstiden inte påbörjades

Hur kommer det sig att man inte påbörjade någon kvalitetstid? När enhetschefen berättade om turerna kring kvalitetstiden framkom det att man diskuterat kvalitetstiden ganska mycket men ändå inte nått fram till någon klar bild av dess innehåll och organisation. Enhetschefen sade att projektledningen inte velat definiera kvalitetstiden alltför mycket - därför att det är personalens upplevelser av kvalitet som skall vara styrande. Men samtidigt har ledningen - för att över huvud taget kunna diskutera och planera den med facket och personalen - varit tvungna att ge exempel på vad kvalitetstiden skall bestå av:

Men sen har man ju ändå fört vissa diskussioner om vad är kvalitetstid. Ja, kan det vara till exempel att gå och spela; lära sig spela gitarr för att sen komma tillbaka och använda det för att spela för vårdtagare (...) Eller är det att man bakar en kaka eller tar en kopp kaffe med en vårdtagare som inte är biståndsbedömt.

Ett problem uppkom när idén om kvalitetstiden skulle förankras hos Kommunal eftersom man inte blev överens om vad som skall räknas som kvalitetstid. Kommunals invändning hade varit att det som ledningen framfört som möjliga saker att göra under kvalitetstiden kan räknas som ordinarie arbetsuppgifter och därför inte bör ingå i kvalitetstiden.

Enhetschefen berättade hur diskussionerna om kvalitetstidens innehåll fördes under 2001 med chefen för äldreomsorgen i Limhamn-Bunkeflo, representanter för Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och Arbetslivsinstitutet. Några hade då tyckt att utbildningar borde kunna ingå i kvalitetstiden. Andra hade framfört att personalen redan fick många olika utbildningar och inte verkade intresserade av fler. Någon ansåg att utbildningarna bör ses som ingående i den ordinarie arbetstiden och inte i kvalitetstiden.

För att lösa denna fråga bestämde man sig för att fråga personalen om deras syn på kvalitetstiden. Dessa intervjuer var tänkta att genomföras av Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket. Därför beslutade man att Arbetsmiljöverket tillsammans med Försäkringskassan skulle genomföra gruppintervjuer med personalen. Men det visade sig att Arbetsmiljöverkets representant inte fick lov att ägna sig åt dessa saker. Försäkringskassan ansåg att de inte klarade av att genomföra intervjuerna på egen hand. I denna situation bestämde man sig för att vänta på resultaten av utvärderingen, som skulle genomföras av Arbetslivsinstitutet:

Ja då skulle vi ordna det på nåt annat sätt och då var det ju SS (chef vid Arbetslivsinstitutet). Då skulle han ju vara med. Alltså sa han vi kanske kan hjälpa till på nåt vis och så började vi diskutera kring det. Så kvalitetstiden har ju alltid vart lite så där.

Diskussionerna om den kommande utvärderingen började föras med Arbetslivsinstitutet i juni 2002 och undertecknad deltog först i september 2002. Projektet påbörjades i slutet av oktober och intervjuerna genomfördes t.o.m. januari 2003, vilket innebar att eventuell resultat om personalens syn på kvalitetstiden fick vänta till dessa intervjuer var tolkade.

Alltså bestämde man sig för att lösa de svårigheter man upplevde i organisationen - avseende svårigheterna med att definiera och komma överens om kvalitetstiden - genom att be utomstående fråga personalen. När denna undersökning kom att dröja valde man att vänta ut den.

Sedan, när projektet väl påbörjades och friskvården startade, visade det sig att andra hinder uppkom; att deltagarna upplevdes prioritera friskvården; att det kunde bli svårt att få resurserna att räckta till; samt att man hade svårt att hinna med introduktionen av kvalitetstiden eftersom man skulle flytta hela verksamheten till en ny byggnad, "Hemtjänstens hus":

Alltså på nåt vis var det nog personalen själv som tyckte att det här blev, alltså det här blir mycket. Och dels ska vi hinna med dom tre timmarna, alltså friskvård, och sen ska vi ha två timmars kvalitetstid. Och hur ska vi få ihop det? Och vi hade inte fått våra ersättare. Alltså dom här jobbroationsersättarna hade vi inte fått och på nåt vis så tyckte man att låt oss nu komma igång med det här med hälsoprofilerna och med det och på nåt vis är det det, har det verkat som, primära också hos personalen att komma igång med. Ja och sen är det nu då Hemtjänstens hus också att alla ska liksom flytta ihop.

Arbetsledarna upplevde att kvalitetstiden hade hamnat i "skymundan". Det fanns ingen som tog ansvar för att den utvecklades, sa en av arbetsledarna:

I: Det har ju talats mycket om det här med friskvården och så här. Men det här med kvalitetstid då?

IP: Mm. Det har ju kommit litet i skymundan. Det har det ju inte vart så mycket prat mer än- Det är ju liksom ingen samordnare på det på det viset ju, som håller i kvalitetstid, utan det får vi ju själv göra ute på ställena. Och jag tror att informationen har inte gått ut dåligt till personalen. (...) Men det är så koncentrerat på den här friskvårdstiden så att man glömmer gärna bort kvalitetstiden.

Denna arbetsledare, som i och för sig inte verkade direkt negativt inställd till kvalitetstiden, var *frågande* inför det hela:

Ja, det står ju liksom inte klart nånstans över den här kvalitetstiden. Det känns precis som att det är nånting som man har slängt in i projektet därför att det låter fint. Ja, inte vet jag.

Projektledaren, som hade sitt engagemang i friskvården, stod lika frågande inför denna idé. Vid en intervju i mars 2003 var hon undrande inför om idén var verklighetsförankrad. Var den bara en skrivbordsprodukt? Hon förespråkade friskvård.

Alltså upplevde man att idén ännu inte var helt utvecklad. Man förkastade den inte helt, men stod samtidigt frågande inför den.

Det fanns också personer som ansåg att kvalitetstiden inte behövs. En arbetsledare var skeptisk till hela idén. Hon instämmer med de andra arbetsledarna om att det inte är färdigutvecklat: "Det har vart så luddigt begrepp tycker jag." Sedan säger hon:

Alltså jag, som arbetsledare, tycker jag att det räcker med den här friskvården. (...) Det är fem timmar vi pratar om. Det är jät-tegeneröst tycker jag. Ja tror inte vi behöver mera. Sen behöver vi så klart det här med stresshanteringen och allt det här.

Man uttryckte också att det inte fanns någon som var ansvarig för kvalitetstiden. En av arbetsledarna sa att "Det är ju liksom ingen samordnare på det på det viset ju, som håller i kvalitetstid, utan det får vi ju själv göra ute på ställena." Hon upplever sig inte ha tillräcklig information om kvalitetstidens tänkta upplägg och vem som egentligen är ansvarig för den. Hon säger också att det inte är projektledarens ska att koordinera den. En annan arbetsledare säger att det är projektgruppens uppgift att utveckla konceptet:

I: Till sist, det här med kvalitetstiden. Vad kommer det bestå av i framtiden, förutom då det här att man kan ägna tid åt vårdtagarna?

IP: Ja, kvalitetstiden kommer ju också vara nånting som man satsar på sig själv och som gynnar då verksamheten, som jag har nytta av, och verksamheten. Kanske jag behöver lära mig, jag har kanske en dövstum vårdtagare. Jag behöver kanske gå och lära

mig teckenspråk. Då gynnar det ju verksamheten... Och den här projektgruppen tror jag är mycket som ska försöka finna ut såna saker också litegrann.

Vi ser alltså att projektgruppen hade intagit en avvaktande inställning, i väntan på utvärderingen. Arbetsledarna upplevde att ingen tog ansvar för kvalitetstiden och att den hamnat i skymundan. Man var inte heller överens om att den ens borde införas.

Dessutom närde man en rad farhågor om kvalitetstiden. En arbetsledare befarade att resurserna inte skulle räcka:

Sen har vi ju...vi behöver mer folk för att kunna ytterligare två timmar. Men det vet man ju inte hur pass...det får man ju titta ytterligare på då.

Hon menade också att kvalitetstiden kan innebära att deltagarna kommer att ägna oproportionerligt stor tid åt annat än själva arbetet:

Ja alltså jobbar du t.ex. en deltid så jobbar du 30 timmar i princip i veckan. Om du exempelvis jobbar måndag-fredag så är det 30 timmar i veckan. Och då ska du alltså ha tre timmars friskvård och två timmar kvalitetstid. När det kommer igång blir det fem timmar. Sen har vi utbildningar, alltså dom här ordinarie utbildningsprogrammen som man har i stadsdelen. Dom åtgärderna som vi kommer att ha inom EU-projektet kommer, i och för sig, till att gå in i kvalitetstimmarna men det kan bli väldigt mycket. Och speciellt då för dom som jobbar deltid som tycker att dom nästan aldrig är på jobb.

Dessa signaler - att kvalitetstiden kunde komma innebära att deltagarna fick alltför mycket annat att göra än arbetets kärna - hade nått enhetschefen:

På nåt vis var det nog personalen själv som tyckte att det här blev ju. Alltså det här blir mycket och dels ska vi hinna med dom tre timmarna i alltså som friskvård och sen ska vi ha två timmars kvalitetstid och hur ska vi få ihop det.

Enhetschefen sade också att detta inte var den enda anledningen till att det inte kom igång. Ett annat problem (i december 2002) var att ersättarna, dvs. jobbrottatörerna, ännu inte hade börjat.

En annan farhåga handlade om det som man skulle kunna kalla distributionsproblemet. Skulle alla vårdtagare få kvalitetstid? Skulle det spridas jämnt? Hur skulle grannar och anhöriga reagera? En arbetsledare:

Då är ju risken att grannen säger sånthär: ”Varför kommer du alltid” eller ”Varför kommer dom så ofta till dig? Dom hinner

aldrig med mig." Så säger hon: "Jag vet inte", säger hon då. Så kan det inte heller. Man måste ju informera dom. Att det är nånting alldeles extra som man nån gång kan unna sig med dom. Och jag tror ju nog att därför vill personalen styra det – för att kunna hålla koll lite grann.

Enhetschefen:

Alltså jag kan ju se det här att arbetsledarna har tagit upp detta emellanåt det där: "Jamen tänk nu om vårdtagarna ringer till oss och vad ska vi säga om att Nisse alltid bara går hem till fru Nilsson och alltid sitter där och dricker kaffe är det för att hon bakar goa kakor eller". (...) Så jag tror det ligger mycket osäkerhet också i att inte arbetsledarna är riktigt...Alltså det har inte riktigt förankrats hos dem att... (Vesa: Precis.) Att det här är ok.

En arbetsledare undrar om inte kvalitetstiden med vårdtagarna ifrågasätter hela biståndsbedömningssystemet. Det är ju frågan om ett slags insatser, säger hon:

För då kan dom få saker som dom egentligen skulle haft i bistånd som vi kunde fått betalt för. Jag kan ju känna det så. Jag har inte tyckt om den idén från början. (...) Alltså nej jag tror det där med kvalitetstiden den var svår.

Sammanfattningsvis ser vi att de svårigheter som man inledningsvis hade med att definiera kvalitetstidens innehåll kom att kanaliseras in i en utredning om vad personalen anser om kvalitetstiden. Detta innebar att utvecklingen av kvalitetstiden kom att frysas. Arbetsledningen uppfattar fortfarande idén som diffus och någon är till och med motståndare till den. Man vet inte riktigt vem som ska ha ansvaret för den. Projektledaren är koncentrerad på friskvården och har sin kompetens där. Dessutom har arbetsledarna vissa farhågor om kvalitetstiden; att antalet vikarier inte kommer att räcka, att man inte kan ge alla - och hur det ska motiveras, och att det ifrågasätter systemet för biståndsbedömning. Dessutom är det ju så att kvalitetstiden obönhörligen kommer att medföra ytterligare arbete för arbetsledarna. Det är de som ska leda och fördela det dagliga arbetet och pussla ihop schemat.

Kvalitetstid för vem?

Om man ser till de ursprungliga formuleringarna av kvalitetstiden är tanken att deltagarna ska förfoga över den och att den ska vara både för deras och vårdtagarnas bästa samt att den skall gagna verksamheten. Det finns alltså tre ambitioner med den. Men vid intervjuerna med arbetsledarna framkom det att man lade olika stor vikt vid dem. En arbetsledare betonade att kvalitetstiden bör vara något som ska vara "personalens kvalitetstid", d.v.s. att det överordnande bör vara *personalens upplevelse* av kvalitet. En annan

arbetsledare betonade att det skulle vara *vårdtagarens kvalitetstid* och en tredje betonade att det skulle *gagna verksamheten*.

Den av arbetsledarna som särskilt betonade att kvalitetstiden bör vara "kvalitetstid för personalen" sa att:

Går jag hem och gör vid fru Perssons linneskåp, då är det inte kvalitetstid längre, inte för mig. Det är kvalitetstid för fru Persson men inte för mig. Och det är kanske det man ska tänka med personalen, för- för mig som person vad som är kvalitetstid. Det är klart mår dom bra av och stå och pillar i ett linneskåp så...

Hon betonar att det är personalen som ska "må bra":

Det är jag (med betoning) som ska må bra och det är ju syftet med hela projektet här att jag ska må bra och jag ska trivas bättre i min situation.

Denna arbetsledare talar alltså om kvalitetstid som något som i första hand finns till för personalen. Det är det som för denne själv känns bäst som ska vara avgörande:

Så det inte bara läggs på samma arbetsuppgifter, för då är det ju ingen kvalitet. Det var det som var viktigt, sa dom. (...) Men det skulle vara nånting som känns som kvalitet i sitt jobb och det gör det ju inte om man gör samma arbetsuppgifter

Och vidare:

Och då kom vi ju fram till att definitivt ingenting som skulle ses som en insats. Utan det var det där extra. Och vi har pratat mycket om det. Sen fick man inte heller skriva upp, pratade vi om, att exakt det och det och det skall räknas som kvalitet utan kvalitet är ju, tycker jag, när vårdtagaren får själv välja och jag kan ställa upp med det och det ger ju mig tillfredställelse att kunna göra nånting med någon som uttryckt ett önskemål om det. Så jag tror det är fara att skriva upp det, punkter vad som är kvalitet. Det är nog inte bra heller.

Vi ser att denna arbetsledare i och för sig betonar att det är personalens kvalitet som ska stå i centrum. Men observera att hon också säger att det som personalen faktiskt upplever som kvalitet ofta sammanfaller med det som vårdtagaren upplever som kvalitet:

Nej man kommer dom så nära i det här jobbet och man går hos samma alltid och det har blivit mindre och mindre tid. Det är klart det känns. Och det blir ju klart mer kvalitet i jobbet när man

märker att vårdtagaren är nöjd.... Det hade jag ju tyckt att det känns....

En annan betoning på frågan om vems kvalité som ska förhöjas framkom hos en annan arbetsledare som talar om kvalitetstiden som något som "vårdtagare behöver":

Men det är ju så att vissa behöver ju, behöver den här kvalitetstiden. Jag menar dom som man går hem och städar till var fjortonde dag och bara gör det, dom behöver kanske ingen kvalitetstid av personalen här. Men såna som aldrig kommer ut till exempel dom kan ju behöva...

Denna arbetsledare sa att det i och för sig skulle vara personalen som valde ut vårdtagarna som skulle få kvalitetstiden. Men de skulle göra så för att avhjälpa "bristerna i betalningssystemet":

I: Ja, men vem är det som avgör vilken vårdtagare som kommer att få detta.

IP: Det gör ju personalen själv. Det gör dom. För det är ju där dom ser var bristerna finns det så kallade systemet...betalningssystemet. Jag springer in till nån och bäddar sängen och hej och hejdå och så ut och jag ser att Agda är ledsen men jag har ingen möjlighet att stanna hos henne. Har jag då möjlighet kanske under veckan komma till henne två timmar sitta och prata med henne för det kanske är det hon behöver, har kanske barnen långt borta eller inga barn alls eller sådär.... Så det tycker jag ju att personalen är suveräna att själv få bestämma var dom ska gå.

Denna arbetsledare talade också om kvalitetstiden som något som "*vårdtagarna får*":

Alltså kvalitetstiden tycker jag väldigt många som jag pratat med har problem med och dom vet inte vilken vårdtagare dom vill lägga den kvalitetstiden på. Och då sitter man ju och tittar på deras bistånd och då tycker man plötsligt "mm dom har så mycket hjälp, dom får så mycket hjälp ändå".

I ovanstående citat framkommer att vissa vårdtagare kanske inte får kvalitetstid därför att de "redan får så mycket". Något längre fram i intervjun framkommer det att denna arbetsledare mycket väl kan se vitsen med att kvalitetstiden hör till personalen också. Men då talas det om att kvalitetstiden ska "gynna verksamheten", som något som personalen "har nytta av":

Ja kvalitetstiden kommer ju också vara nånting som man satsar på sig själv och som gynnar verksamheten, som jag har nytta av och verksamheten. Kanske jag behöver lära mig, jag har kanske

en dövstum vårdtagare. Jag behöver kanske gå och lära mig teckenspråk. Då gynnar det ju verksamheten...

Det handlar alltså om att "gynna verksamheten". Det handlar om att "satsa på sig själv" i sin roll som vårdbiträde eller undersköterska genom att exempelvis lära sig nya saker. Tonvikten läggs inte på "upplevelsen av kvalitet", som är något annat och svårare att definiera.

Vad ska kvalitetstiden ägnas åt?

Vad har man då för olika föreställningar om vilka aktiviteter som kvalitetstiden kan ägnas åt? I intervjuerna framkom det att man tänkte sig två huvudtyper av aktiviteter. Den ena är kvalitetstid utan att vårdtagaren är involverad och den andra är kvalitetstid med vårdtagarna.

Den första, kvalitetstid utan närvaro av vårdtagare, var tänkt att bl.a. bestå av olika utbildningar, t.ex. om stresshantering och datorer. Den arbetsledare som var emot kvalitetstiden och som främst såg den som något som skulle gynna verksamheten sa att:

Ja vi hade ju svårt att tänka ut vad vi skulle göra för nånting på kvalitetstiden. Och då blev det ju det här med stresshantering och lite så ju i utbildningssyfte blev det ju att vi kommer att lägga det på kvalitetstiden.

Och senare:

Kanske jag behöver lära mig, jag har kanske en dövstum vårdtagare. Jag behöver kanske gå och lära mig teckenspråk. Då gynnar det ju verksamheten...

Den arbetsledare som främst betonade kvalitetstiden som kvalitetstid för personalen sa att:

Ja det är ju lite kvalitetshöjande när det gäller utbildningar, att man behöver lite. Man behöver stresshantering och man behöver kanske lite mer datorkunskaper. Det önskar man. Det vill man ha.

Och senare:

Vi har ju mycket man går ändå på. Det får va nåt väldigt speciellt som berör bara alltså..." och "jag kan ju inte säga att man ska gå på en datakurs på dom timmarna. Det tycker jag vi har pratat jättemycket om. Men alltså jag tänker ju mer alltså på den biten, som är lite extra. Det får ju inte va nåt riktigt som Limhamn/Bunkeflo erbjuder ändå va.

Enhetschefen:

Alltså Plus alla där har vi sagt att stresshanteringen det är en del av Plus alla. Den är så att säga obligatorisk. Den ska vi använda på kvalitetstiden alltså.

Det kunde också vara frågan om enskilda föreläsningar, sa en arbetsledare:

Det kan ju va också nånting som är arbetsrelaterat som har med vårdtagare som också kan sätta upp på kvalitetstid...nån föreläsning om demens eller nånting som kommer vårdtagare till gagn...den som är dement kanske. Då kanske man hellre vill gå på den föreläsningen...två timmar...Så det är mycket man kan använda den tiden till.

Eller gå till biblioteket och själv ta reda på saker om vårdtagares besvär:

Eller jag kanske vill gå på biblioteket och slå upp någonting om nån konstigheter som nån av mina vårdtagare har för då är det kvalitet för mig också att jag får veta vad det är för nånting.

När det gällde den kvalitetstid som riktades till vårdtagare hade man olika idéer. Den arbetsledare som starkast betonade att kvalitetstiden är något som finns till för personalens skull var den som hade de mest utvecklade idéerna om kvalitetstidens innehåll när den berör vårdtagarna:

Ja alltså det kan ju va till exempel... Jag vet inte exakt vad jag ska säga. Nånting utöver det vanliga. Det kan ju va nån som tycker det är dökul att spela kort. Det kan ju va nån som tycker om att baka men...men kanske inte, dom kan inte använda sina händer eller nånting, att man gör en sån grej tillsammans. Man kanske helt enkelt lägger fram, sätter fram ljusstakar vid jul och...det vet jag inte va. Men alltså nånting utöver det vanliga. Man kanske vill komma in till frisören.

Och senare:

Ja...det som det ska bestå av är vad den mottagaren bestämmer...som jag då säger det att ”nu har jag två timmar på torsdag, då kan jag komma hem till dig, är det nåt speciellt du vill göra eller är det nån annan vecka som du skulle vilja göra nåt speciellt”. Och det kan ju va allt ifrån att spela kort och baka åka till museet med bilen ja vad sjutton som helst. Kanske bara sitta dricka kaffe och prata.

Avkopplandet betonas av denna arbetsledare:

Innan vi hade sagt att vi inte skulle börja med kvalitetstid, som började med sin kvalitetstid och hon gick faktiskt simma varje

fredag klockan sju på morgonen och sen så hade hon avtalat med en av sina gubbar att nu när hon var färdig kom hon hit och hjälpte honom och då hade han satt på kaffe. Och så hade hon köpt bullar med sig och då satt dom och fika och det tyckte han var underbart ju. På fredagförmiddan där. Och hon fick, även om hon hade vart och tränat så fick hon ändå en mjukstart på dan...och det är ju en del av kvalitetstid också.

Och senare:

En trotjänare X som är otroligt duktig och så, och dom har alltid dåligt samvete för dom här kontaktpärmarna att dom inte kan introducera det på rätt sätt hos vårdragarna. Så säger hon ”jag tänker i alla fall försöka gå över mina litegrann” samtidigt som vi fikar så ska vi i lugn och ro tillsammans titta på dom här och så ska jag förklara vad man gör och vad man behöver göra och sånt där. Så sitter man ju samtidigt och pratar, lite mysigt med en kopp kaffe och...hon sa ”vi kan ju åka in en liten stund och fika i Limhamn och...” den där är en som gärna vill komma ut och promenera och...så man kan göra mycket...olika grejor på den kvalitetstiden. Det får ju inte va nånting som är en insats redan.

Och vidare:

Folk här har sagt så här att dom är inne på och skulle vilja använda något av kvalitetstiden till att sätta sig ner med vårdragarna i lugn och ro och uppdatera deras kontaktpärmar som man aldrig hinner med och sitta och prata med dom och fika under tiden och gå igenom det litegrann tillsammans med om. Eller bara gå på promenader eller typ följa med till frissan eller sådär. Så resonerar man i min grupp.

Vem ska avgöra vilka vårdragare som ska få kvalitetstid?

En annan fråga handlar om vem som ska avgöra vem som ska få kvalitetstid sig tillägnad. Man tycktes vara eniga om att det ska personalen göra.

Två av arbetsledarna betonade att det i och för sig är personalen som ska avgöra vem som ska få den, men att arbetsledarna ska godkänna det:

Och det är väl kanske på det viset att det är också en arbetsledarfråga att man håller lite koll på dom, var man lägger kvalitetstiden.

Denna arbetsledare tyckte också att kvalitetstiden skulle fördelas någorlunda jämnt:

Ja, det är därför jag säger det kanske är en arbetsledarfråga att ha koll på var man lägger kvalitetstiden. Jag skrev upp nu här att

göra någon liten lista på det här så man får se att det, liksom fördelas i alla fall jämnt. Men det är ju så att vissa behöver ju, behöver den här kvalitetstiden.

En annan arbetsledare betonade också att det skulle spridas jämnt:

Vi har ju pratat mycket om det och risken, har vi faktiskt gjort, och sen kan de ju va alltså grannar som är, som också har hemtjänst, som bor bredvid varandra, som kan reagera ”varför får hon alltid” (...) Så man ska ju försöka lägga det alltså runt, så att inte en blir...privilegierad med det, för det har man ju insett att så kan man ju inte göra. Men det är klart att det är lätt att tänka att hon- hon som är så sur och vrång man får alltid skäll av henne, då är det ju inte så jäkla kul och...det är ju automatsikt. Men man ska försöka, i görligaste mån, så att det blir huh! Så det blir många. Det tror jag alla är inne på.

Vem avgör vad som ska göras?

En annan fråga handlar om vem som ska bestämma vad som ska göras, när väl beslutet om vilken vårdtagare som ska få kvalitetstiden är taget.

Man tycktes vara ense om att det var vårdtagaren som skulle fatta besluten om dess innehåll:

Det som det ska bestå av är vad den mottagaren bestämmer...som jag då säger det att ”nu har jag två timmar på torsdag, då kan jag komma hem till dig, är det nåt speciellt du vill göra eller är det nån annan vecka som du skulle vilja göra nåt speciellt” och det kan ju va allt ifrån att spela kort och baka åka till museet med bilen ja vad sjutton som helst. Kanske bara sitta dricka kaffe och prata.

Det får inte vara biståndsbedömda insatser, betonar man:

Så man kan göra mycket...olika grejor på den kvalitetstiden. Det får ju inte va nånting som är en insats redan.

Och vidare:

Och det blir ju klart mer kvalitet i jobbet när man märker att vårdtagaren är nöjd...Det hade jag ju tyckt att det känns...Det får ju inte vara såna insatser...som alltså...man får ju inte gå dit och duscha dom för det är ju ingen kvalitet.

Hur ska det schemaläggas?

En rent teknisk fråga handlar om hur det skall organiseras, d.v.s. hur det skall läggas in i arbetsorganisationen. En var helt övertygad om att det krävs att det schemaläggs:

Alltså vi har gjort upp ett schema för kvalitetstiden också, så där kan man ändra varje vecka på den. Skriver man då XX (namn på personal) åtta till tio fika kanske. Man börjar med personalens namn, och sen så måndag till fredag och så då lägger dom ju ut sina timmar då...typ varje vecka. Det får man nästan göra för att det ska...som sagt, det är ju, det finns på papper vad det är dom ska göra. Annars så kan det ju bli "a ja hinner inte i dag". Så strukturerade måste vi vara.

En arbetsledare var helt inne på att det borde läggas som en fast tid varje vecka:

Man lägger det som en fast att du har det alltid på tisdag eftermiddag. Sen kan du då variera det ju vilka vårdtagare du ...ja annars skulle ju schemat- det går ju inte att variera det så. Så fick man göra rent schematiskt.

11. DISKUSSION

Projektet har, för deltagarnas del, endast pågått i sex månader. Följande iakttagelser och reflektioner bör därför ses som tankar som formulerats under pågående projekttid – på grundval av de erfarenheter som gjorts.

1. En viktig iakttagelse är att *den friskvårdande delen av projektet inte inriktas mot orsakerna till de arbetsrelaterade besvären*. Det riktar in sig mot att förbättra deltagarnas hälsa, vilket i sin tur gör dem rustade att hantera sin arbetssituation, men den påverkar inte orsakerna till deras nuvarande arbetssituation.

I kapitel fyra visades att sjukfrånvaron bland vårdbiträden och undersköterskor inom Malmö kommun är relativt hög. Där visades också vilka *anledningar* som man inom Malmö kommun urskiljer till denna situation, nämligen att personalen har låg lön, låg utbildning och en hög ålder. Man säger också att arbetet har låg status, att det är ett ensamarbete och att det innebär ett stort ansvar. Dessutom säger man att personalen har en hög arbetsbelastning, upplever att den inte hinner med och upplever att de inte hinner göra ett bra arbete. Det är också för glest mellan cheferna och medarbetarna känner sig inte sedda. För få vikarier.

De uppenbara *lösningarna* på dessa problem skulle kunna vara att man höjer lönen, utbildar personalen, anställer fler yngre, låter personalen arbeta tillsammans, tydliggör personalens ansvar, sänker arbetsbelastningen, ger mer tid att genomföra arbetsuppgifterna, garanterar vikarieförsörjningen, ökar chefstätheten och ökar chefernas delaktighet i det dagliga arbetet.

När man vid stadskontoret formulerade sina egna förslag på lösningar till dessa problem sa man att det som behövs är ”en väl fungerande arbetsorganisation” med ökad ledartäthet samt att ”arbetsorganisationen skall utformas så att alla medarbetare ges möjlighet till inflytande och delaktighet på arbetsplatsen” och ”arbetstidsmodeller skall utvecklas som tillgodoser medarbetarnas och verksamhetens behov” och ”äldre medarbetares kunskap och kompetens skall tillvaratas, genom att arbetsuppgifterna utformas efter deras förutsättningar” och ”medarbetarnas arbetsbelastning skall kontinuerligt ses över”. Malmö kommun föreslår också ”ett aktivt rehabiliteringsarbete” vilket innebär ett förbättrat samarbete med Försäkringskassan. Man föreslår också ”satsning på hälsofrämjande arbete”. Förvaltningarnas uppdrag blir att ”bedriva ett aktivt och strukturerat friskvårdsarbete” och ”sprida information och kunskap om hälsans betydelse”.

Plus alla består av två delar, friskvård och kvalitetstid. Låt oss först betänka friskvården. Vi kan konstatera att den, i sig, inte angriper de grundläggande orsakerna till de problem med arbetsmiljön som Malmö kommun själv identifierar. I och för sig sänker den personalens arbetstid och möjligen kan

den innebära en ökad status. Den innebär också att de individer som deltar i de olika aktiviteterna ges ökade möjligheter att förändra sina kroppar (lägre vikt, ökad muskelmassa, ökad syreupptagningsförmåga, osv.) och förändra olika beteenden (rökning, matvanor, fysisk aktivitet). Möjliga konsekvenser för individerna kan vara att de kan komma uppleva en ökad tillfredsställelse med sitt arbete och ett allmänt ökat kroppsligt välbefinnande. Möjliga konsekvenser för organisationen är minskad sjukfrånvaro och ett allmänt förbättrat arbetsklimat. Friskvården kan alltså ge återverkningar på arbetet, men den är ingen lösning på orsakerna till de problem som orsakar de problem som man urskiljer. Friskvården minskar symtomen, men undanröjer inte orsakerna.

Däremot är kvalitetstiden tänkt att angripa orsakerna till de problem man urskiljer. Den minskar, liksom friskvården, den totala tid man arbetar på "vanligt" sätt. Den kan också ge mer tid att utföra visst arbete och därigenom ökade möjligheter att känna att man gör ett gott arbete. Den kan ge möjlighet för deltagarna att själva prioritera bland vad de själva anser viktigt, d.v.s. ge ökat inflytande över arbetet. Den kan också användas till att i viss mån utbilda deltagarna, både genom reguljära kurser och genom självstudier. Men denna del av projektet har inte påbörjats.

2. Projektet har förändrats på olika sätt sedan dess start. När projektet påbörjades var tanken att den skulle vara en "ordentlig satsning". Relativt stora ekonomiska resurser satsades (6,45 miljoner) på en relativt liten grupp (50-60 personer) under en relativt lång tid (c:a 3 år). Genom en överenskommelse mellan SDF Limhamn-Bunkeflo och Malmö stad hade man bestämt att Malmö stad skulle betala 75% det första året, 50% det andra året och 25% det tredje året. Till projektet knöts vid dess början personella resurser om 100% projektledare och 50% assistent. Man hade också utvecklat en modell som var baserad på de erfarenheter man gjorde av projekt +55.

Men sedan budgeten för projektet räknades ut under slutet av 2001 har den urholkats av löneförhöjningar. Enligt Kommunals avdelning 60 i Limhamn-Bunkeflo satsade man år 2002 särskilt på den del av personalen inom Malmö kommun som arbetar inom vård och omsorg. I Limhamn-Bunkeflo fick de som saknade fullvärdig utbildning minst 700 kronor/månad i lönepåslag medan undersköterskorna och vårdarna fick mellan 900 och 1600 kronor/månad i påslag. Året dessförinnan satsades det också särskilt på personalen inom äldreomsorgen. Löneförhandlingarna för 2003 är ännu inte avslutade.

Som extra finansiering valde man att ansöka medel till ett EU Växtkraft Mål 3-projekt vilket, vilket delvis finansierat aktiviteter inom projektet. Man har också påbörjat ett "jobbotationsprojekt" i samarbete med Arbetsförmedlingen, vilket medfört att vikarierna blivit billigare.

Detta medför naturligtvis att projektet kom att förändras på olika sätt: EU-projektet har medfört visst merarbete för projektledaren, arbetsledarna och

personalen. De har på olika sätt arbetat med ansökan om projektmedel. Arbetsledarna, projektledaren och assistenten har fått administrera de särskilda listor som skall ifyllas vid deltagande i aktiviteter. Deltagarna har fått fylla i listorna.

Jobbrotationsprojektet innebär att man försörjer projektet med vikarier på ett annat sätt än om man hade utlyst tjänster på den öppna arbetsmarknaden. Den har medfört att det är *en viss grupp* personer som kommit att bli vikarier, nämligen långtidsarbetslösa invandrare. De har också fått *andra villkor* än den ordinarie personalen, bl.a. är de tillfälligt anställda, med låg lön (ofta den lägsta), och arbetar mer än den övriga personalen (en timme och femton minuter), vanligtvis vardagar och får semesterlönen i anslutning till den ordinarie lönen. Detta innebär att lösningen har en tillfällig karaktär.

En omedelbar konsekvens av beslutet om ingå i jobbrotationsprojektet var att friskvården blev fördröjd. Deltagarna kunde påbörja den fullt ut först i januari 2003.

Några av jobbrotatörerna har också kommit att användas till helgarbete. Man har erbjudit dem helgscheman och låtit annan personal arbeta måndag-fredag. Detta har för den ordinarie personalen inneburit att deras arbetsmiljö förändrats en positiv riktning. Arbetsledarna sa, om de personer som fick måndag-fredag-schema, att just dessa personer fick det "av särskilda skäl". De kan ha varit personer som har riskerat att utveckla ohälsa.

En viktig fråga angående jobbrotationsprojektet handlar om i vilken mån de är motiverade att stanna kvar under hela den period de är anställda? Två av sju slutade under de första månaderna. Kommer de att bli attraktiva för hemtjänsten inom andra delar av Malmö stad och där bli erbjudna bättre arbetsvillkor? Kommer de då att söka sig dit? Hur mycket merarbete medför detta för arbetsledare och andra när det gäller rekrytering och inskolning av nya jobbrotatörer?

En lärdom av utvärderingen av +55 var att vikarierna var oerhört viktiga. Man säger att: "Den här generationen är mycket plikttrogen och man "sviker" inte ens arbetskamrater och vårdtagare om man själv är sjuk. Utan vikarier som tog över deras arbetsuppgifter hade det aldrig fungerat att släppa 25% av sin arbetstid." En annan lärdom var att deltagarna upplevde att de "svek" sina arbetskamrater: "En bidragande orsak till att man kände att man "svek" arbetsgruppen var också tendenser till avundsjuka bland de arbetskamrater som inte blivit utvalda att delta i projektet". Utvärderingen säger alltså att projektets framgång sammanhänger med förmågan att förse organisationen med vikarier som ersätter deltagarna när de ägnar sig åt aktiviteter.

Våren 2003, som den här rapporten sträcker sig till, planerade man genomföra besparingar inom hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo. En diskussion handlade om att minska bemanningspoolens storlek. Om det förverkligas

kan det, i sin tur, medföra konsekvenser för Plus alla. Det finns en risk att man får brist på vikarier under vissa perioder, vilket i sin tur kan ge konsekvenser för personalens deltagande i Plus alla. Det är möjligt att man ibland kommer att prioritera det ordinarie arbetet framför deltagande i aktiviteter.

3. Vägen från idé till start var framgångsrik. Man lyckades mobilisera stöd för projektet inom den kommunala förvaltningen och på den politiska arenan genom att hävda att projektet sökte lösa några allmänt kända problem; den höga sjukfrånvaron bland vårdbiträden inom den kommunala hemtjänsten samt de svårigheter man har med att rekrytera och behålla personal. Samtidigt visste man att befolkningen åldras och kommer att behöva mer hemtjänst, vilket ökar dessa problem. Det fanns vid denna tidpunkt också pengar till ett projekt av detta slag samt en projektgrupp som arbetade med frågor av detta slag. Dessutom kunde man presentera projektet som en slags vidareutveckling av ett annat projekt som rönt viss framgång. Utomorganisatoriskt stöd kunde också mobiliseras för projektet, i form av en slags referensgrupp personer från Kommunal, Försäkringskassan, Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljöinspektionen deltog. De legitimerade att projektet var intressant och att de var införstådda med det. Man kunde hänvisa till dessa externa intressenter när man artikulerade projektet internt och externt. Sammantaget gick det som på räls.

Man *lyckades också mobilisera personalens intresse* för projektet. Projektledaren frågade personalen vilka aktiviteter de var intresserade av och gick i hög utsträckning deras önskningsar till mötes. Projektledaren höll också startmöten för personalen och beskrev projektet i detalj. I kapitel sju kunde vi se att det var en rad förhållanden som ”sålde in” projektet till personalen; att aktiviteterna skulle ske under arbetstid, att aktiviteterna var gratis eller billiga, att projektet var frivilligt, att personalen presenterades som utvalda och privilegierade, att det är en försöksverksamhet, att omvärlden var intresserade av projektet, att projektet beskrevs i sådan detalj att det blev möjligt att förstå vad man tog ställning till, att man blev erbjuden en slags hälsoundersökning som gav en rad mätvärden på kroppens tillstånd, att man betonade det friskvårdande, att det personanpassades och var anonymt.

4. Projekt Plus alla kom att definieras som ett ”friskvårdsprojekt” medan kvalitetstiden inte blev påbörjad.

Detta är ganska märkligt med tanke på att man tydligen hade relativt goda erfarenheter av kvalitetstiden inom projekt +55. Där hade deltagarna under den första projektperioden ägnat sig åt en lång rad olika aktiviteter under kvalitetstiden, bl.a. mentorskap, kunskaps och erfarenhetsöverföring mellan medarbetare, egna arbetsplatsbyten/studiebesök, trygghetsperson – att se till den sociala biten med vårdtagare, samordning och planering i arbetsgruppen, kvalitetssamtal – att få tid att i lugn och ro genomföra samtal och uppföljningar med vårdtagarna, anhörigsamtal, caféverksamhet, föreläsningar, arbetskamratstödande verksamhet. Under den andra projektperioden kom de kvalitetshöjande arbetsuppgifterna i huvudsak bestå av ”sociala aktivi-

teter”, d.v.s. ”icke biståndsbedömda arbetsuppgifter tillsammans med vårdtagarna”, t.ex. att prata, gå till frisören och bullbak. I utvärderingen av +55 säger man att ”De flesta deltagarna har upplevt att medverkan i projektet har medfört en positiv inverkan på förhållandet till vårdtagarna”. Man säger också att deltagarna ”känner sig gladare och upplever en större tolerans”. Man säger sig orka mer fysiskt och psykiskt och att hela livssituationen påverkats positivt. Flera har börjat träna på sin fritid. Fler, än vid projektstarten, sa sig tro att de orkar arbeta fram till pensioneringen. Projektledaren vid stadshuset hade också visioner om hur kvalitetstiden kunde användas inom Plus alla. Hon tänkte sig att den kunde användas till strukturerad reflektion, olika sociala aktiviteter eller utbildning.

Hur kommer det sig att man inte påbörjade någon kvalitetstid? En anförd anledning var att man inte kommit överens med Kommunal om vad som skall räknas som kvalitetstid. Kommunal hade tydligen hävdade att det som kan räknas som ordinarie arbetsuppgifter inte skall ingå i kvalitetstiden. I projektgruppen för Plus alla hade någon sagt att personalen var trött på alla utbildningar. Diskussioner hade förts fram och tillbaka. Till slut hade man bestämt sig för att Arbetsmiljöinspektionen och Försäkringskassan skulle genomföra intervjuer med personalen. Men de hade inte resurser att genomföra intervjuerna, varför man valde att vänta till denna utvärdering kunde presentera resultat.

När projektet väl påbörjades och friskvården startade, upptäckte man andra hinder mot kvalitetstiden. Någon hävdade att all personal kanske inte var så intresserade av kvalitetstiden, att det kunde bli svårt att få resurserna att räckta till, samt att man hade svårt att hinna med introduktionen av kvalitetstiden eftersom man skulle flytta hela verksamheten till en ny byggnad, ”Hemtjänstens hus”.

Samtidigt som frågan om kvalitetstiden sköts in i framtiden anställde man projektledaren. I projekt +55 hade man en projektledare ”med tidigare erfarenhet från den befintliga verksamheten” samt en friskvårdspedagog som var externt rekryterad. I utvärderingens skriver man att: ”Fördelarna med den konstellationen av projektledning har varit bl.a. varit att kunna kombinera en god kännedom om verksamheten med nya tankar och idéer.” De ursprungliga planerna för Plus alla innebar att man skulle följa denna modell. Man skulle anställa en *projektledare* vars uppgift skulle vara att utforma ”individuella utvecklingsplaner” och ansvara för ”kompetensutveckling, c:a två tim/vecka till alla” och till ”reflektion”.⁶⁷ Projektledaren skulle alltså ansvara för utvecklingen av ”kvalitetstiden”. Man skulle också anställa en *friskvårdspedagog* som skulle arbeta med ”individuell hälsoprofil, friskvårdsinsatser, stresshantering, massage etc.”. Man hade planerat att utannonsera denna tjänst. Men när Rehabiliteringen, inom hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo, hörde av sig till enhetschefen och föreslog en person som skulle kunna passa som projektledare valde man anställa denne. Detta inne-

⁶⁷ *Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan (2001-09-27)*

bar att man fick en mycket god kompetens om den friskvårdande delen av projektet.

I det vakuum som hade uppstått angående kvalitetstiden kom projektledaren att utveckla den friskvårdande delen av projektet i stor detalj. Det uppstod till och med en viss ambivalens om projektets namn. I minnesanteckningar från ett möte i juni 2002 kallade man projektet – rätt och slätt – för ”Plus alla”. I projektbeskrivningen från oktober blev namnet ”PlusAlla – Ett friskvårdsprojekt för hemtjänsten område 4”. I projektbeskrivningen står det i klartext också att ”PlusAlla projektet är ett friskvårdsprojekt.” Det var som ett ”friskvårdsprojekt” som projektet introducerades för personalen vid startmötena.

Det blev aldrig projektledarens uppgift att arbeta med kvalitetstiden. I dokumentationen om projektet står det nämligen att: ”I hennes arbete ingår att konstatera, respektera, registrera och ge projektdeltagarna goda råd för en positiv förändringsprocess till bättre hälsa.” Där sägs inget om arbete med kvalitetstiden. Varken projektledaren eller arbetsledarna uppfattade utvecklandet av kvalitetstiden som projektledarens uppgift. Inte heller uppfattade de att hon skulle arbeta med det, rent konkret. Möjligtvis var detta projektgruppens uppgift. Projektledaren och arbetsledarna kom vid intervjuerna att uppleva att idén om kvalitetstiden inte var färdigutvecklad. Man stod frågande inför den och upplevde att ingen arbetade med frågan. Den hade glömts bort. I denna situation hade man också vissa farhågor om kvalitetstiden: Skulle antalet vikarier räcka? Skulle det fördelas rättvist mellan vårdtagarna? Ifrågasätter det systemet för biståndsbedömning? Någon var emot hela idén. Någon ansåg att det var ett påfund som ”hängt med projektet uppifrån”, d.v.s. stadshuset.

Sammantaget ser vi att frågan om kvalitetstiden glömdes bort. Den viktigaste anledningen är organisatorisk. Man har helt enkelt inte utsett någon eller några personer som är ansvariga för utveckling och genomförande av den. Arbetsledarna skjuter ifrån sig ansvaret.

5. Personalen kom att uppfattas som mycket positivt inställda till projektet. Vi såg att enhetschefen, arbetsledarna och projektledaren tyckte personalen var väldigt positivt inställda till projektet och att man till och med tyckte sig skönja vissa förändringar bland deltagarna, t.ex. att någon enstaka person blivit piggare, någon förändrat sina matvanor, att ”andan” förändrats eller att man börjat träna på fritiden.

6. Projektledaren kom att få två olika roller. Den ene är som *administratör* av projektet. Hon har utarbetat projektplanen, varit arbetsledare åt assistenten, samarbetat med olika personer angående projektets start, administrerat EU-projektet i viss mån, etc. Hon har med sitt administrativa arbete lagt till rätta den struktur som deltagarnas aktiviteter bedrivs inom.

Den andra rollen är som *utförare* av projektet. I egenskap av ”vägledare” har hon genomfört hälsoprofilbedömningarna med en viss pedagogik som kan sammanfattas med orden ”stöd efter beslut av egen fri vilja”. Bedömningarna har haft som mål att ”beskriva och lägga fram fakta” om beteenden och kroppsliga tillstånd hos de bedömda, varefter de får fatta ”självsständiga beslut”. Därefter, om de beslutat sig för att de vill genomföra någon form av åtgärder, har hon kunnat erbjuda den struktur som möjliggör deltagande samt ledning vid val av aktiviteter.

I rollen som utförare av projektet ingår också att *övervaka* deltagarnas kroppar, beteenden och motivation. Detta sker både vid hälsoprofilbedömningarna och genom de upplevelsebeskrivningar som deltagarna lämnar in samt vid informella samtal med dem. I rollen som utförare ingår då också att arbeta med deltagarnas *motivation*, vilket sker både vid hälsoprofilbedömningar och vid skriftliga och muntliga reaktioner på upplevelsebeskrivningar.

7. En rad kontrollmekanismer har byggts in för att granska personalen, både när det gäller deras inre liv (motivation) och deras yttre liv (deras deltagande). Exempel på kontrollmekanismer är förtroendekontrakten, där man anger vad man ska ägna sig åt, de särskilda scheman som skapats för projektmedverkan, de listor som ska fyllas i vid deltagande samt oanmälda besök av projektledaren eller assistenten i anslutning till aktiviteter.

Naturligtvis motiverar man dessa kontrollmekanismer med att organisationen har ett intresse av att veta var dess medarbetare befinner sig vid olika tidpunkter.

Bortsett från den mängd fusk som deltagarna möjligen ägnar sig åt (och som undertecknad inte kan uttala sig om), kan en rad frågor ställas: Kommer arbetsledarna och projektledaren att upplevas som ett slags ”kontrollanter” eller ”poliser”? Kommer vissa av deltagarna att uppleva att de är misstänkta? Kommer de personer som ägnar sig åt aktiviteter som de genomför ensamma, vid själv valda tidpunkter (t.ex. promenader och stavgång) att misstänkas mer eller själva uppleva sig som misstänkta?

8. Det finns organisatoriska förhållanden som gynnar deltagande i icke tidsbundna aktiviteter framför de som är tidsbundna. Ett sådant förhållande har med arbetets natur att göra. Arbetet inom hemtjänsten innebär att det kan uppstå toppar i arbetsbelastningen som är svåra att förutse i förväg. En vårdtagare kan hastigt insjukna eller en av personalen blir sjuk. Eftersom arbetet ofta inte kan skjutas fram till nästa dag, så som man ofta kan inom den materiella produktionen, kommer personalen att ändå försöka hinna med det mest nödvändiga. Om dessa toppar infaller vid tidpunkter då deltagare har planerat ägna sig åt tidsbundna aktiviteter föreligger en stor risk att deltagare prioriterar arbetet framför att gå ifrån för att delta i aktiviteterna. Om de lämnar arbetet kommer många ändå att uppleva viss frustration.

Men om man ägnar sig åt icke tidsbundna aktiviteter så kan man genomföra arbetet i lugn och ro och ägna sig åt aktiviteterna när arbetsbelastningen är låg. Man kan alltså förlägga aktiviteten till tidpunkter då den stör verksamheten minimalt. En nackdel är att deltagare kan komma delta mindre i gruppaktiviteter (som vanligtvis är inbokade i förväg). En fördel med gruppaktiviteter är att de kan ge ett visst mått av socialt stöd för deltagande i aktiviteten.

Nu har man anställt jobbrobotörer för att ersätta deltagare. Men om man genomför besparingar, t.ex. genom att biståndsbedömningarna skärps eller genom att personalen minskas (t.ex. genom att bemanningsteamet minskar) finns det naturligtvis en viss risk att personalen väljer att hellre ägna sig åt vårdtagare än att gå ifrån arbetet för att delta i tidsbundna aktiviteter. Man kanske tänker sig att man "tar igen det" senare i form av icke tidsbundna aktiviteter.

9. En ambition med Plus alla är att försöka skapa en modell som fortsätter efter avslutad projekttid, d.v.s. att friskvården och kvalitetstiden (eller vad nu modellen kommer att bestå av) ska kunna bli en integrerad del av den ordinarie organisationen efter att den särskilda projekttiden är avslutad.

Man faktum är att man i början skapade en projektorganisation som var en slags "kringbyggnad" runt den existerande organisationen. Projektet innebar att projektledaren och assistenten blev tillägg till den ordinarie organisationen. De driver projektet framåt. De genomför det mesta avseende projektets administration och innehåll. Men vad händer när projekttiden är avslutad och de lämnar organisationen?

Ska arbetsledarna ta över arbetet med friskvården? De har ju redan fått ett visst merarbete genom projektet eftersom de sätter scheman för deltagarna i projektet och administrerar de olika listor som ska ifyllas. Deras relation till deltagarna har ju också förändrats i viss mån. De får prata med deltagarna om projektet och uppmuntra dem. Ibland betraktar de deltagarna i termer av hur motiverade eller omotiverade de är och om man kan lita på dem. I viss utsträckning har de fått en kontrollerande funktion. Samtidigt har arbetsledarna inte fått någon avlastning för detta arbete. Inte heller har de erbjudits någon morot för detta extra arbete. De får inte ens delta i projektets olika aktiviteter.

Skulle man då kunna stödja arbetsledarna på något sätt? En möjlig lösning är att överföra en del av det stöd som assistenten ger projektledaren till arbetsledarna, vilket redan diskuteras. Detta administrativa stöd skulle kunna innebära att en större del av själva administrationen av projektet (den ena av projektledarens roller) överfördes till den ordinarie verksamheten.

Men vad gör man då med den andra delen av projektledarens två roller? En möjlighet, som också diskuteras och planeras, är att utbilda särskilda "hälsoinspiratörer" eller "ombud" som tar över den del av projektledarens ar-

bete som har med inspiration, motivation och utbildning avseende friskvård att göra. Dessa ”ombud” skulle möjligen kunna få viss nedsättning i sin tjänstgöring för att fortlöpande utbilda sig inom området och tillsammans med arbetsledarna och assistenten utveckla friskvården.

10. Friskvården innebär att förhållandet mellan individen (deltagaren) och organisationen förändras. Friskvården innebär att delar av individerna som tidigare inte var involverade i arbetet nu blir föremål för organisationens intresse. Tidigare var den anställdes kroppsvikt, rökvanor, matvanor, träningsvanor, m.m. inte något som organisationen fäste någon större vikt vid, mer än i den mån som de gav konsekvenser för arbetets utförande. Friskvården har inneburit att organisationen kommit att undersöka de anställdas kroppar och vanor, ge möjligheter att förändra dem, locka till att förändra dem, erbjuda stöd att förändra dem i form av information och samtal, utvärdera förändringar, osv. Organisationen har fått rätt att tala om de anställdas kroppar. Man talar om dem både tillsammans med projektledare, projektassistent och arbetsledare i anslutning till projektet, men också med arbetskamrater i det dagliga arbetet. Man kommer att diskutera vad man väger, äter och dricker eller röker. Man kommer att diskutera vilka förändringar som åstadkommit.

Denna utveckling, att organisationen åtar sig de anställdas fysiska hälsa, bör bli föremål för en vidare, mer principiell diskussion.

Vilken insyn ska organisationen ha över individens kroppsliga hälsa? Har individen rätt att få behålla kroppen för sig själv utan att organisationen undersöker den och har rätt att tala om den?

Vem har ansvaret för kroppen? Ska organisationen skapa yttre kontrollmekanismer som axlar detta ansvar? Ska vi ha ”skolgymnastik” hela livet? Eller ska individen själv bära detta ansvar? Om så, bör inte förutsättningar för friskvård skapas inom ramen för individens fritid? Sänkt arbetstid generellt? Gratis friskvård?

Nu kan det hävdas att denna frivillighet inte räcker, att individerna inte klarar av att ta sitt ansvar för hälsan. Man kan hävda att det är mer ”effektivt” att låta arbetsplatsen axla ansvaret för friskvården. Ja, det är möjligt. Men samtidigt finns en risk att detta lär in hjälplöshet hos medarbetarna; att de överlåter ansvaret för sin hälsa till arbetsplatsen.

12. KÄLLOR

Friskare arbetsplatser – strategier för minskad sjukfrånvaro i Malmö stad (2002-03-20) Malmö stad, Stadskontoret

Hellre frisk på jobbet än sjuk i hemmet! (2001-04-25) Malmö Stad, Stadskontoret Personal Lena Wetterskog-Sjöstedt

Hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo (2001-08-15) Malmö stad, Stadsdelsförvaltning Limhamn-Bunkeflo

Holmkvist, C. & V. Leppänen (2004) På väg mot bättre hälsa. Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid för vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd

Linné, S. & V. Leppänen (2004, kommande) Personalens förväntningar och val. Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid för vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd

Minnesanteckningar (2001-06-01) Malmö Stad, Stadskontoret avd. Personal, Lena Wetterskog-Sjöstedt

Minnesanteckningar (2001-08-09) Malmö Stad, Stadskontoret Personal, Lena Wetterskog-Sjöstedt

Minnesanteckningar från möte på stadskontoret avd Personal (2001-08-17) Malmö stad, Stadskontoret, ”

Minnesanteckningar till ”Plus alla möte” (2002-06-03) Malmö stad, stadsdelsförvaltningen, Limhamn-Bunkeflo

Minnesanteckningar till Plus alla möte (2002-08-28) Malmö stad, Stadsdelsförvaltningen Limhamn-Bunkeflo

PlusAlla (2002-02-28) Malmö Stad, Arbetsgivarpolitiska avdelningen, Lena Wetterskog-Sjöstedt

Palm, C. & K. Råberg (2002) ”Projekt +55 Utvärdering av ett friskvårdsprojekt inom Vård och Omsorg i Stadsdelsförvaltning Centrum, Malmö Stad, November 2002

Projektbeskrivning Plus Alla – Ett friskvårdsprojekt för hemtjänsten område 4 (2002-10-02) Malmö: Stadsdelsförvaltningen Limhamn-Bunkeflo

Projekt +ALLA – ett hälsoprojekt i samverkan (2001-09-27) Malmö stad,
Stadskontoret avd. Personal, Lena Wetterskog-Sjöstedt

Svenska ESF-rådet (2002) Växtkraft, En liten skrift om hur din arbetsplats
kan dra nytta av Växtkraft Mål 3

Sydsvenska Dagbladet (2003-06-15a) Malmö kassa tryter

Sydsvenska Dagbladet (2003-06-15b) Ekonomiska problem i hälften av
Malmö stadsdelar

Till Kommunstyrelsen (2001-12-13) Malmö Stad, Stadskontoret avd.
Personal (Dnr. 4/02)