

Vägen till den avslutande modellen

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

Arbetsrapport

Vesa Leppänen

Enheten för organisation och hälsa i tjänstearbete
Arbetslivsinstitutet i Malmö

2006

Copyright © Arbetslivsinstitutet och Vesa Leppänen 2006

vesa.leppanen@arbetslivsinstitutet.se

Tryck: Just Nu, Malmö, 2006

Ytterligare exemplar kan beställas från:

Eva Linde
Arbetslivsinstitutet
205 06 Malmö

Tel: 040-10 95 05

Fax: 040-10 95 25

Eva.Linde@arbetslivsinstitutet.se

www.arbetslivsinstitutet.se/syd

INNEHÅLL

1. INLEDNING 7

2. EFTER ETT ÅR 9

Organisation	9
Arbetsledarna	10
<i>Stämningen bland deltagarna</i>	
<i>Hinder</i>	
<i>Effekter</i>	
<i>Den egna rollen</i>	
<i>Projektledarens roll</i>	
Projektledaren	16
<i>Om deltagarna</i>	
<i>Relationen till deltagarna</i>	
<i>Om hälsoinspiratörerna</i>	
<i>Arbetsledarnas roll</i>	
Kvalitetstiden	20

3. EFTER ETT OCH ETT HALVT ÅR 22

Organisation	22
Arbetsledarna	23
<i>Stämningen bland deltagarna</i>	
<i>Aktiviteter</i>	
<i>Hinder</i>	
<i>Effekter</i>	
<i>Den egna rollen</i>	
<i>Projektledarens roll</i>	
<i>Framtiden</i>	
Hälsoinspiratörerna	26
Kvalitetstiden	27
<i>Den gemensamma kvalitetstiden</i>	
<i>Den individuella kvalitetstiden</i>	
Projektledaren	29
<i>Organisatoriska hinder</i>	
<i>Friskvårdens framtid</i>	

4. EFTER TVÅ ÅR 33

Organisation	33
Arbetsledarna	34
<i>Stämningen bland deltagarna</i>	
<i>Aktiviteter</i>	
<i>Hinder</i>	
<i>Effekter</i>	
<i>Den egna rollen</i>	
<i>Projektledarens roll</i>	
<i>Framtiden</i>	
Hälsoinspiratörerna	36
Kvalitetstiden	37

Projektledaren 38
Den egna rollen
Arbetsledarnas roll
Individuella hinder
Ett framtida projekt
Projektets överlevnad

5. EFTER TVÅ OCH ETT HALVT ÅR 41

Organisation 41
Arbetsledarna 42
Stämningen bland deltagarna
Aktiviteter
Hinder
Effekter
Den egna rollen
Projektledarens roll
Framtiden
Enhetschefen 45
Projektledaren 45
Arbetsledarnas roll
Om deltagarna
Lärdomar

6. EFTER TRE ÅR - DEN SLUTLIGA MODELLEN 48

Ett obligatorium 48
Omfattning 49
Förtroendekontrakt 49
Gruppscheman 49
Listor 49
Kontroller 49
Aktiviteter 50
Hälsoprofilbedömningar 51
Subventioner 51
Projektassistent 51
Ersättare 51
Arbetsledarnas roll 51

7. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION 53

Arbetsledarnas roll 53
Projektledarens roll 54
Rutinisering av friskvården 55
Ett kroppsligt lärande 56
Om deltagarnas val av friskvårdande aktiviteter 56
Hinder 58
Kvalitetstiden 60
Ett nytt förhållande mellan anställd och organisation 61
Den individuella friheten vs. organisatoriska krav 63

8. LITTERATUR 65

1. INLEDNING¹

Plus alla var namnet på ett friskvårdsprojekt som riktade sig till personalen inom den öppna hemtjänsten i Stadsdelsförvaltningen Limhamn-Bunkeflo under tre års tid (fr.o.m. november 2002 t.o.m. oktober 2005). Vårdbiträden och undersköterskor erbjöds att ägna sig åt friskvård tre timmar per vecka under betald arbetstid. Målet var 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 möjligheterna att rekrytera ny personal. Deltagarna fick välja mellan olika aktiviteter, bl.a. rökavvänjning, viktninskning, gympa, simning och stavgång. De fick också möjlighet att delta i kortare utbildningar, bl.a. om stresshantering, micropauser och Qigong. Ursprungligen planerades också att personalen skulle få s.k. kvalitetstid under två timmar per vecka, men denna plan blev aldrig förverkligad.

Föreliggande rapport är en del av en större utvärdering av Plus alla där tre olika aspekter av projektet fokuseras. Denna rapport fokuserar den tredje:

För det första undersöks *hur deltagarna tillägnade sig projektet*, d.v.s. hur de tolkade projektet och dess möjligheter vid start; vilka aktiviteter de valde; vilka hinder som fanns; vilka konsekvenser projektet gav för deltagarnas upplevda hälsa, sociala relationer, tillfredsställelse med arbetet, m.m. Därför genomfördes kvalitativa intervjuer med deltagarna vid projektets start, vilket har avrapporterats i en separat skrift (Linné och Leppänen 2004). Därför fick deltagarna också besvara en enkät som distribuerades i november 2003, 2004 och 2005. Några deskriptiva resultat av enkätsvaren återfinns i tre olika rapporter (Holmkvist och Leppänen 2004, Holmkvist 2005, Leppänen och Kullberg 2006).

För det andra undersöks hur *sjukfrånvaron* utvecklas för deltagarna fr.o.m. ett år före projektets start till dess slut (Leppänen 2004b, 2006). Det visade sig att sjukfrånvaron bland de deltagare som deltog från projektets början till dess slut var stabil under perioden med undantag för att de långa sjukskrivningarna ökade i antal och längd.

För det tredje undersöks projektet som en *organisatorisk process*. I den tidigare rapporten *Från idé till start* beskrevs projektet fr.o.m. det ”uppfanns” under 2001 till ett halvt år efter dess start (Leppänen 2004a). I rapporten beskrivs hur idén till projektet uppkom, hur projektets syfte och innehåll formulerades, hur det lanserades inom och utanför organisationen samt hur projektets organisation förändrades över tid. I rapporten beskrivs också vilka personella förändringar som genomfördes, t.ex. att man anställde en projektledare som designade projektet, lanserade det till personalen, höll kontakter med frisk-

¹ Jag vill tacka Susanne Linné och Harry Petersson för insiktsfulla synpunkter på rapportens innehåll samt Maria Kullberg för kommentarer om dess språkliga form.

vårdande anläggningar, genomförde hälsoprofilbedömningar av deltagarna samt stöttade och kontrollerade dem. Man anställde också en projektassistent som ansvarade för en del av det administrativa arbetet, inklusive kontroller av personalens deltagande. Man anställde även personal som avlastade den ordinarie personalen när de ägnade sig åt aktiviteter. Man planerade då också att utbilda en del av personalen till "hälsoombud", vilka senare kom att ersättas av "hälsoinspiratörer". Dessutom planerades att erbjuda personalen s.k. "kvalitetstid", vilket alltså inte förverkligades fullt ut.

Föreliggande rapport är en direkt fortsättning på *Från idé till start* och beskriver hur projekt Plus alla organiserades fr.o.m. juni 2003 t.o.m. november 2005. Nedan återges hur arbetsledning och projektorganisatörer beskrev projektet under dessa två och ett halvt år (d.v.s. enhetschefen, de fyra arbetsledarna, projektledaren och projektassistenten). Särskilt fokuseras arbetsledarnas och projektledarens situation. En viktig anledning till att inte lägga tonvikten på enhetschefen och projektledaren vid stadshuset är att de var mer centrala aktörer vid projektets start. De deltog i formulerandet av projektet, hämtade stöd för det, tog initiativ till dess start, etc. Deras roll bestod av att utforma projektets ramar och när det väl var påbörjat blev deras roll mer undanskydd. Då blev det projektledarens och arbetsledarnas uppgift att genomföra projektet i samspel med personalen. I denna rapport fokuseras denna aspekt, nämligen just hur projektet integrerades i den dagliga verksamheten och hur det förändrades över tid, d.v.s. vägen till den slutliga modellen.

Projektet har varit en levande del av arbetsledarnas dagliga arbete. När det introducerades fick de nya arbetsuppgifter som bestod i att rekrytera ersättare till projektet, integrera dem med den befintliga personalen, lägga om scheman så att det blev möjligt för personalen att ägna sig åt friskvård samt ansvara för viss avrapportering av personalens deltagande. Projektet medförde också en förnyad relation till personalen eftersom nya aspekter av medarbetarnas liv aktualiserades på arbetsplatsen, nämligen sådana som har att göra med hälsa och friskvård. Arbetsledarna började i viss mån tala med personalen om hälsa och friskvård och motivera dem att delta i aktiviteter samt kontrollerade deras deltagande. Detta motivations- och kontrollarbete utfördes både informellt och vid formella möten, t.ex. arbetsplatsträffar.

Även projektledarens arbete har förändrats under perioden. Vid start fokuserade det på projektets ramar, t.ex. att enas med arbetsledningen om regler för projektet, utforma olika dokument, informera personalen om projektet och motivera den att delta. Detta utvecklingsarbete ersattes sedan av en konsoliderande period då projektledaren genomförde hälsoprofilbedömningar, avrapporterade dem samt ägnade sig åt motivationsarbete gentemot personalen. Nu började projektledaren också uppmärksamma att det fanns brister avseende hur arbetsledarna integrerat projektet i sin yrkesroll. Därför togs initiativ till diskussioner om behovet av utbildning och stöd för arbetsledarna. Relativt snart kom projektledaren också att fokusera projektets avslutande under hösten 2005. En del av arbetet kom därför att handla om att säkerställa projektets

överlevnad genom att försöka skapa en ekonomiskt hållbar friskvårdsorganisation, försöka bevisa att projektet förbättrat personalens hälsa och genom att dokumentera projektet.

Med andra ord syftar denna rapport både till att ge en allmän beskrivning av hur projektet organiserats under perioden och att särskilt besvara följande:

- Hur har arbetsledarnas roll utvidgats under projekttiden? Vilka funktioner har anammats och vilka har det inte? Vilka anledningar finns till att vissa funktioner inte anammats?
- Vad har projektledarens roll bestått av under projektperioden? Vilka funktioner har hon haft? Hur har rollen förändrats?
- Hur beskriver arbetsledarna och projektledarna deltagarnas medverkan under projektperioden?
- Vilka aktiviteter har deltagarna valt och av vilka anledningar?
- Vilka organisatoriska och individuella hinder har funnits mot projektets förverkligande?

Empiriska data består av halvårsvis återkommande kvalitativa intervjuer med ett urval av de berörda personerna (december 2003, maj 2004, december 2004, maj 2005, november 2005).

- I december 2003 intervjuades projektledaren, projektassistenten, tre arbetsledare och enhetschefen. Jag deltog också vid möten i juni och augusti där flera av de intervjuade personerna deltog för att diskutera projektet.
- I maj och juni 2004 intervjuades projektledaren, tre arbetsledare och enhetschefen. I juni deltog jag också i ett möte där arbetsledarna och projektledarna diskuterade projektet.
- I december 2004 intervjuades projektledaren, fyra arbetsledare och projektassistenten.
- I maj 2005 intervjuades projektledaren, fyra arbetsledare, enhetschefen, projektassistenten och projektledaren vid stadshuset. Jag deltog också vid möten i januari och juni då projektet diskuterades av enhetschef, arbetsledare och projektledare.
- I november och december 2005 intervjuades en av arbetsledarna och projektassistenten med syftet att beskriva projektet vid dess slut.

Totalt har jag genomfört 27 intervjuer och deltagit i 5 möten där projektet diskuterats. Dessutom har jag haft fortlöpande kontakter med personal och ledning, liksom tagit del av skriftligt material som härstammar från projektet.

Intervjuerna genomfördes antingen i respektive intervjupersons kontor eller per telefon. De tog mellan 45 minuter och 1 timme 20 minuter. En tematiskt indelad intervjuguide användes där intervjupersonerna ombads berätta om följande: aktuella upplevelser av projektet; hur projektet förändrats sedan föregående intervjutillfälle; vilka aktiviteter personalen väljer; i vilken utsträckning de går på aktiviteter; vilka hinder som finns mot deltagandet; hur personalen verkar uppfatta projektet och sitt deltagande; beskrivningar och reflektioner kring kvalitetstidens införande; hindrande och främjande förhållanden; den egna rollen och de andra aktörernas roller i projektet; samt hur man ser på projektets framtid.

Vid det första intervjutillfället som omfattas av denna rapport (december 2003) spelades intervjuerna in på ljudband. Vid de andra intervjuerna gjordes anteckningar som sedan skrevs ut. Eftersom jag inte hann anteckna exakt allt som intervjupersonerna sade framstår dessa citat som en aning korthuggna i jämförelse med de citat som är tagna ur de ljudinspelade intervjuerna.

Framställningen i kapitel två till sex tolkar intervjupersonernas beskrivningar av projektet med ett halvt års mellanrum. M.a.o. beskrivs projektet så som det gestaltade sig ett år, ett och ett halvt år, två år, två och ett halvt år, och tre år efter start (d.v.s. vid projektets slut). Texten ger detaljerade empiriska beskrivningar och besvarar en lång rad andra frågor än de som ställdes ovan. I det avslutande kapitlet summeras iakttagelserna tematiskt.

2. EFTER ETT ÅR

Organisation

Under sommaren 2003 förändrades organisationen av hemtjänstens område fyra. All personal samlades nu i en och samma byggnad, "Hemtjänstens hus." Tidigare utgick personalen från tre olika lokaler i anslutning till de områden där vårdtagarna bor. En annan förändring var att en ny personalgrupp flyttades till område fyra från ett annat område inom hemtjänsten. En tredje förändring var att en av de tre arbetsledarna avslutade sin anställning, varför en ny anställdes. En viktig anledning till att denna nya arbetsledare valde att arbeta inom område fyra var möjligheten att arbeta med Plus alla. Förutom examen från sociala omsorgslinjen har hon tidigare utbildat sig inom friskvård.

I mitten av oktober 2003 bestod område fyra av en enhetschef, tre arbetsledare och åtta grupper med 69 vårdbiträden och undersköterskor. Av dem deltog 63 i projektet. Sju var ersättare. Dessa ersättare var anställda genom ett s.k. "jobbrotationsprojekt" som genomfördes i samarbete med arbetsförmedlingen och innebar att man valde ut långtidsarbetslösa personer (mer än två år) vilka fick tillfälligt arbete inom hemtjänsten Limhamn-Bunkeflo under två år. För hemtjänstens del var fördelen att arbetsförmedlingen betalade 75 % av kostnaderna för det första halvåret och 25 % för resterande ett och ett halvt år. Jobbrotatörerna fick delta i projektets aktiviteter fr.o.m. september 2003.

För projektet hade man fortfarande en heltidsanställd projektledare och en assistent som fr.o.m. november 2003 arbetade 25 % inom projektet och 25 % för var och en av de tre arbetsledarna. Assistentens arbetsuppgifter var i huvudsak administrativa och bestod av att sprida information om projektet till personalen, samla in listor som personalen fyllt i när de deltagit i aktiviteter och göra sammanställningar av dessa listor. Hon deltog inte i projektets aktiviteter även om hon ibland instruerade deltagarna i stavgång.

Under hösten 2003 kunde deltagarna ägna sig åt samma aktiviteter som under den föregående våren, d.v.s. gympa (gruppgymnastik), styrketräning, spinning (motionscykel i grupp), skivstång (styrketräning i grupp), vattengympa, simning, stavgång, promenader, viktminskning och rökavvänjning. Nu tillkom också alternativet jogging. Personalen fick också ett nytt erbjudande om rabatterad massage och fotvård (50 % rabatt vid sex tillfällen). Projektet erbjöd också kortare kurser i micropauser, stretching och stresshantering.

Under september 2003 anordnades en "kick off" för deltagarna. Projektledaren hade lagt märke till att deltagandet hade minskat under sommaren och hon tyckte nu att deltagarna nu behövde en "nyttändning". Vid denna kick off gav projektledaren och arbetsledarna information till deltagarna om projektet och dess regler. Projektledaren påpekade också att många av deltagarna inte hade lämnat in sina upplevelsebeskrivningar (månatliga brev från deltagarna

till projektledaren om reflektioner kring deltagandet) och uppmanade dem nu att göra så. Sedan berättade jag om våra tolkningar av de intervjuer som genomfördes med deltagarna vid projektets start. (Se Linné och Leppänen 2004.) Jag fokuserades särskilt personalens föreställningar om kvalitetstiden. Därefter föreläste en representant för ett mejeri om ”glykemiskt index” (d.v.s. den hastighet med vilken kroppen upptar blodsocker efter måltid). Hon lät också deltagarna provsmaka nya mejeriprodukter med lågt glykemiskt index.

Under hösten genomfördes den andra hälsoprofilbedömningen av den personalgrupp som påbörjade projektet vid dess start i november 2002 och en första hälsoprofil av den personalgrupp som påbörjade projektet under hösten 2003. I november blev projektledarens andra delrapport klar, i vilken resultaten mellan den första och andra hälsoprofilbedömningen kunde jämföras (Thorén 2003).

Projektledaren hade ambitionen att, med början i november, utbilda särskilda ”hälsoinspiratörer” som skulle ersätta de tidigare planerade ”kontaktpersonerna” eller ”hälsoombuden”. Projektledarens ambition var att det skulle finnas minst en hälsoinspiratör i varje personalgrupp. Inrättandet av hälsoinspiratörer var ett steg i hennes ambition att avveckla sin egen roll och integrera friskvården i den ordinarie organisationen. Hälsoinspiratörernas uppgift skulle vara av att överta stora delar av det arbete som hon själv utförde, d.v.s. informera och inspirera deltagarna att ägna sig åt friskvård. Deltagarna fick anmäla sitt intresse att bli hälsoinspiratörer och efter överläggningar med arbetsledarna valdes tio av dem ut. En av dem valdes ut till att fungera som samordnare under fem timmar per vecka.

Arbetsledarna

Stämningen bland deltagarna

I maj 2003, när projektet var nystartat, sade arbetsledarna att personalen upplevde projektet som något mycket positivt och som ett privilegium.

En första fråga vid intervjuerna i december 2003 var ”Hur går det med projektet?” Arbetsledarnas svar fokuserade den friskvårdande delen av projektet och de berättade inte alls om kvalitetstiden. De pratade om kvalitetstiden endast när de fick direkta frågor om den. Förmodligen sammanhängde denna tystnad med att personalen inte ägnade sig åt någon kvalitetstid. Man hade inte heller någon plan över hur den skulle förverkligas.

En arbetsledare sade att personalen fortfarande var mycket positiv till projektet och upplevde det som ett privilegium: ”De tycker det är fantastiskt. Det är många här som har pratat med andra som inte jobbar här också - med sina grannar och i bekantskapskretsen - och de säger ”Tre timmar i månaden?”, ”Nej, tre timmar i veckan”. De tycker det är helt otroligt att man får lov att ha det. Och det gör ju att de som jobbar här får en helt annan syn på det. Det blir ju också ”Vilken förmån vi har!”

Men samtidigt sa arbetsledarna och projektassistenten att denna positiva anda inte längre uttrycktes lika starkt som vid projektets start: ”Jag kan inte säga att det är såhär ”tjoflöt” eller så. Nej jag kan inte tycka det. Och jag tycker inte att dom pratar så mycket om det heller. Inte i min grupp. Det var mer när det var nytt, smekmånaden. Men den är förbi nu, smekmånaden”.

Arbetsledarna gav alltså uttryck för att den första tidens uttalade entusiasm kring projektet lagt sig. Deltagarna är fortfarande entusiastiska, men de uttalar den inte lika starkt. Arbetsledarna sa att personalen månar om att få gå på aktiviteterna och att de, i det stora hela, går på sina aktiviteter. Den friskvårdande delen av projektet har nu, mellan ett halvt och ett år efter start, blivit integrerat med den befintliga organisationen och deltagandet i aktiviteterna har i stort sett blivit rutiniserat.

Hinder

Trots att arbetsledarna upplevde att projektet till stor del var integrerat med den befintliga organisationen och att deltagandet blivit rutiniserat så upplevde de att olika förhållanden ibland kunde förhindra personalen att delta. Dessa hinder kunde vara både organisatoriska eller individuella.

När de talade om organisatoriska hinder avsåg de främst bristen på personal. I och för sig hade man anställt jobbtrotörer som skulle ersätta personalen när de ägnade sig åt aktiviteter. Med tanke på att kvalitetstiden inte var påbörjad och att mängden jobbtrotörer var beräknad för att ersätta också när deltagarna ägnade sig åt kvalitetstid så borde de räckt mer än väl. Man anförde en rad anledningar till att de ändå inte räckte: Semestrarna hade medfört ett större behov av vikarier än vad som gått att uppbringa. En annan anledning var att flytten till Hemtjänstens hus hade tagit oväntat mycket tid i anspråk. En tredje anledning var att jobbtrotörerna och den nya personalgruppen skulle introduceras i projektet under hösten. En fjärde anledning var att det pågick en rad utbildningar under hösten, bl.a. inom EU-projektet och om e-postsystemet First Class och ORIGO. En femte anledning var att det, under vissa perioder på hösten, var ganska många sjukskrivna. En sjätte anförd anledning var att personalen i bemanningsteamet hade bokats på långtidsvikariat och därför inte kunde ersätta personal vid korttidsfrånvaro. Dessutom planerade man att minska storleken på bemanningsteamet under den kommande vintern. Man tänkte lösa behovet av korttidsvikarier genom att kalla in timvikarier och låta den befintliga personalen arbeta mer övertid. Ytterligare en anledning, som spädde på dessa problem, var att arbetsbelastningen inom hemtjänsten är störst under förmiddagarna och att ordinarie personal och jobbtrotörer, stödda av arbetsledarna, valde att arbeta med vårdtagarna vid dessa tidpunkter. Det medförde att projektets aktiviteter tenderade att förläggas till eftermiddagarna. Sammantaget ser vi att organisationen hade ett periodvist underskott på personal vilket medförde att personalen uppenbarligen inte hann ägna sig åt projektaktiviteter i full utsträckning. Arbetsledarna betonade att denna personalbrist endast var periodisk.

Samtidigt som aktiviteterna gärna lades på eftermiddagarna ansåg arbetsledarna att det var problematiskt om de lades allra sist, innan deltagarna gick hem. Det medförde svårigheter för organisationen att kontrollera deltagandet, särskilt när deltagarna ägnade sig åt ”fria aktiviteter”, d.v.s. promenader och stavgång. Med andra ord hade man upptäckt att den mest lämpliga tiden för deltagande var tidiga eftermiddagar.

Några av intervjupersonerna sa att de, som en följd av den stora mängden projektaktiviteter och brist på ersättare, börjat skönja viss trötthet över projektet. En arbetsledare: ”Många tyckte det var jätteroligt med utbildningarna i början och nu börjar man tycka det är för mycket. Samtidigt som dom fyller i att dom önskar fortbildning så är det kanske inte den typen av fortbildning som ingår i projektet. Nu får ju all annan fortbildning stå till sidan för vi kan inte ha hur mycket som helst. Och sen är det i samma veva som det kommit med datan”. En annan arbetsledare: ”Innan pratade man om det hela tiden. Det var ju så positivt och det var ju så bra allting. Detta har helt plötsligt hänt: ”Nej, åå nej! Den här jäkla friskvården! Nu ska den in här på schemat och hur ska vi få ihop det.” Och sen är det inte nog med det. Och sen kom kvalitetstiden och ”Hur ska nu det gå?” Och sen alla utbildningarna som vi ska gå på. ”När ska vi gå till vårdtagarna?”

När arbetsledarna talade om individuella hinder kunde de avse ”bristande motivation”. De sa att vissa deltagare hade ”kommit av banan” när de var lediga under semestern. Andra hade bristande styrka, ork, att fullfölja den livsstilsförändring man påbörjat. Man hade förståelse för detta: ”Men det är precis samma som man har när man själv börjat träna privat, så att säga, så kan man komma igång väldigt bra och så kommer det litet dåliga ursäkter till varför man inte kan. Man hittar på ursäkter”.

Dessa ursäkter var ofta att man prioriterade arbete med vårdtagarna högre än friskvård. En stor del av deltagarna valde att delta i aktiviteter om de slapp prioritera bort vissa arbetsuppgifter som hade med vårdtagarna att göra. De sade sig inte vilja uppleva att vårdtagare for illa därför att de valt att ägna sig åt friskvård. En arbetsledare: ”För då kom dom ju ner och sa till att ”Ja tyvärr kunde jag inte gå den här veckan heller, för vi har ingen möjlighet”. Så då sa dom ju till i alla fall. Det gjorde dom ju. Då märker man ju det ... Men dom tycker det är jättetråkigt för dom vill ju gå. Men samtidigt är det vårdtagarna som går först. Så är det ju”.

Andra individuella hinder: En deltagare, som tränar mycket på sin fritid, säger enligt en arbetsledare att ”jag tränar så pass mycket på min fritid ändå”. En annan deltagare ogillar det regelbundna, d.v.s. tvånget att träna varje vecka. Ytterligare en annan deltagare vill gärna gå med sin kamrat, trots att det kan vara svårt att gå tillsammans när det inte finns ersättare.

Arbetsledarna sa att vissa deltagare ibland gav "dåliga" ursäkter till att inte delta i aktiviteter. En sådan ursäkt var att man "glömt sina träningskläder" eller "har ont i knät". En annan dålig ursäkt var att deltagarna hänvisade till att "arbetet med vårdtagarna måste prioriteras" i situationer då arbetsledarna inte upplevde att vårdtagare för illa.

Deltagare kunde också "offra sig" för kollegor och vårdtagare. De "offrade" sin egen friskvårdstid för vårdtagarnas bästa; för att kollegor skulle få lägre arbetsbelastning eller skulle kunna ägna sig åt friskvård. En arbetsledare: "Som du såg var det en person som satt däruppe i trappan så hade den personen satt sig däruppe och satt och skrev matlistor i stället för att gå iväg på sin Plus alla-tid." Arbetsledarna sade också att det finns "hökar" i vissa av grupperna, d.v.s. personal som ifrågasätter om enskilda deltagare verkligen ska ägna sig åt "egoistiskt projektmedverkande" i situationer då de upplever att deltagarna kunde avlastat dem. Men samtidigt som man sa personal ibland anförde dessa "dåliga ursäkter" så var de relativt ovanliga.

En arbetsledare ansåg att personalen, eftersom de har schemalagda ersättare, inte borde kunna skylla på att verksamheten blir lidande: "Samma sak som att dom går till en vårdtagare så är friskvården schemalagd och då går dom till friskvården istället för vårdtagaren. Så jag ser inte varför det inte skulle kunna fungera. Jag godtar inte alltid ursäkterna. Men jag kan inte göra någonting i efterhand. Men jag vill ha ärlighet varför man väljer bort den. Och då har det ibland visat sig att i grund och botten är det för att man inte kanske har tyckt att den aktiviteten man valt varit så rolig som man förväntat sig. Man har ibland fallit för gruppsycket, att det är så många som pratar om en typ av aktivitet "men det ska du prova och det ska du prova" och så har man gjort det och så har man inte tyckt det vart så roligt. Och då är det lätt att gå till någon annan vårdtagare i stället." Denna arbetsledare har alltså börjat betrakta deltagandet i friskvården som en arbetsuppgift i likhet med andra arbetsuppgifter.

Effekter

Vid intervjuerna ett halvt år tidigare, i maj 2003, sade arbetsledarna att personalen blivit piggare av träningen. En arbetsledare: "Man känner sig friskare. Man känner att man orkar mer." Intervjuare: "Är det både fysiskt och..." Arbetsledare: "Det är både och! ... Många har ju känt det att man mår bättre, att man har stärkt rygg och axlar och så och att det är bra." En annan arbetsledare att hon inte märkt några förändringar alls hos deltagarna.

Vid intervjuerna i maj 2003 sa intervjupersonerna också att grupperna blivit "tightare" och att samhörigheten ökat. Denna tendens höll fortfarande i sig, sa en arbetsledare: "Ja du vet det är mer positiv, öppen stämning. Man pratar mer med varandra än man gjorde tidigare. Alla är med och... Det kvittar vad det är man ska prata om... om det är vårdtagare eller privatliv eller vad det är. Alltså man har ett mer öppet klimat för att prata med varandra. Och de som alltid satt tysta tidigare gör inte det nu längre för nu är de med i diskussioner och sånt."

Men alla arbetsledare höll inte med om att samhörigheten ökat i deras grupper.

Vid intervjuerna i maj 2003 upplevde man också att personalens sjukfrånvaro minskat. Denna tendens höll fortfarande i sig, hävdade man: ”Det är mer positivt. Mindre sjukfrånvaro, såna där småkladdar. Och jag har speciellt en. En person som jag alltid framhäver som då gick med i viktväktarna och som tränar och så vidare och gått ner väldigt mycket i vikt. Och förr hade hon alltså minst en dag i månaden som hon var hemma för hon var trött och inte orkade ... kände efter. Sen hon började med Plus alla har hon nog vart hemma en dag på grund av sjukdom.” Denna bild bekräftas av enhetschefen som tagit del av statistik som utvisar att sjukfrånvaron minskat i område fyra sedan projektet påbörjades. En arbetsledare säger dock att det inte märks någon skillnad i sjukfrånvaron i just hennes grupper: ”Alltså, om jag säger så här: Jag har ju inte haft speciellt mycket sjukfrånvaro. Men å andra sidan kan jag inte tycka att vi hade det innan heller. ... När jag har fått presenterat så säger dom att det har sjunkit. För min del kan jag inte tycka det.”

Den egna rollen

Vid intervjuerna i maj 2003 gjorde arbetsledarna, enhetschefen och assistenten åtskillnad mellan å ena sidan sin egen organisatoriska och kontrollerande roll och å andra sidan projektledarens roll som genomförare av projektet. Denna rollfördelning artikulerade man fortfarande.

En arbetsledare uttryckte sin roll på följande koncisa sätt: ”Min roll är ju att se så de kommer iväg på sina aktiviteter och att det fungerar.” Man uppfattade inte denna del av arbetet som särskilt belastande. Istället fick man göra insatser när det uppstod problem: ”Om man inte kan lösa problemet själv i gruppen så får jag ju gå in och ordna det.” Dessa problem kunde bestå av att förändra arbetsscheman som försvårade deltagande i aktiviteter.

Projektet aktualiserade också, vilket framkom redan vid intervjuerna i maj 2003, en ny relation till personalen. Deltagandet i projektet innebär ju att personalen lämnar arbetsplatsen för att ägna sig åt aktiviteter på annan plats. Detta aktualiserar frågan om i vilken mån arbetsledarna litar på att personalen verkligen gör det de förväntas göra när de lämnar arbetsplatsen, nämligen att träna. Fuskas man?

Arbetsledarna fick alltså en kontrollerande funktion och det fanns en rad sätt att kontrollera deltagandet. Deltagarna fick skriva särskilda ”förtroendekontrakt” där de med namnunderskrift intygade att de var medvetna om projektets regler. Arbetsledarna sammanställde särskilda scheman över vid vilka tidpunkter deltagarna ägnade sig åt aktiviteter. Deltagarna fyllde i listor när de besökte olika träningsanläggningar. En arbetsledare beskrev sin roll på följande sätt: ”Jag har gjort kontrakt med personalen där jag har lagt in i rutor vilka tider och vilka dagar dom är iväg. Märker jag att dom finns här ändå så ska jag gå ut och säga till dom och motivera dom till att fortsätta i alla fall.

Det tycker jag är min roll. Dom får ju liksom aldrig tänja på den tiden, utan dom ska iväg. Det är liksom till för dom den tiden och där finns ersättare den tiden ju.”

Men vissa aktiviteter som inte utfördes i anslutning till särskilda träningslokaler var inte lika enkla att kontrollera. I vissa fall misstänkte man att deltagare som promenerade eller gick stavgång fuskade: ”Det är en här som tyckte det att man kunde ta promenaden i slutet av dagen, så kunde man avsluta det hemma. Och så fick jag den tanken att det är bara för att man ska åka hem den här dagen.” Denna arbetsledare litade inte på vissa av deltagarna som ville promenera vid arbetsdagens slut och hade därför infört en ny regel: ”Så jag säger till mina att om det är så att de vill avsluta dagen med en promenad så får de börja den här och avsluta den här.” Men något senare säger hon att denna regel inte gäller utan undantag. Det finns personal som hon litar på: ”Men det finns ett par undantag. Alltså det är såna här jag gjort undantag för. Det är ju tillsammans med projektledaren som vi diskuterat och det är såna här där man vet man att det ändå fungerar.” Intervjuare: ”Vad är det för undantag?” Arbetsledare: ”Ja, alltså jag har ju vissa som inte jobbar lika många timmar som de andra, som då gärna kör ner till havet och promenerar där och sen går dom hem istället för att köra hit här liksom... Och det är ju inte alltid jag är inne. Men jag vet att det fungerar och för XX är det undantag, en som är hemma, som gör sina aktiviteter hemma, promenerar. Hon bor en bit härifrån. Och det är inget vi behöver tvivla på heller.” Intervjuare: ”Det är inte så att det blir gnäll från andra då?” Arbetsledare: ”Nej, det är inget vi pratar högt om.”

Kontrollerna gjordes i hög utsträckning också genom att man fortlöpande ”höll ögonen” på deltagarna, vilket ovanstående citat också antyder. En arbetsledare sa att en viktig del av hennes roll är att ”checka av så att det inte är någon som trillar ner i det här med att komma med dåliga ursäkter och slippa att gå.”

Projektledarens roll

Samtidigt som arbetsledarna tydligt gav uttryck för sin organiserande och kontrollerande roll är det intressant att notera vad de *inte* inkluderade i den. De talade endast i begränsad utsträckning om att de själva skulle ha informerat och *diskuterat* friskvård med personalen eller att de arbetat med att *motivera* personalen att delta i aktiviteter.

Arbetsledarna förväntade sig att projektledaren skulle ansvara för innehållet i projektet. Projektledaren förväntades genomföra hälsoprofilbedömningar, besöka träningsanläggningar, ta emot och svara på upplevelsebeskrivningar, hålla motiverande samtal och i viss mån kontrollera deltagandet. Projektledaren förväntades också arrangera utbildningar, t.ex. om micropausar.

Arbetsledarna beundrade projektledarens arbete: ”Hon driver ett otroligt arbete, får jag lov att säga. Hon har stenkoll tycker jag på det mesta. Personalen

uppskattar henne väldigt mycket. Ibland har dom tyckt att hon är litet ”påpu-shig”, men det är ju hennes roll.”

Samtidigt som arbetsledarna överlät innehållet till projektledaren var de medvetna om att projektet är något tillfälligt och att en målsättning är att friskvården ska kunna fortleva även utan projektledarens närvaro: ”Vi ska ju vara oberoende av henne sen ju. När hon drar sig tillbaka så ska vi ju fortsätta på ett eller annat sätt ju.” Man visste att projektledaren ansvarade för projektet under en begränsad tid och att man i framtiden skulle få klara sig utan henne.

Man kan då fråga sig vilken syn arbetsledarna hade på hur projektet skulle inlemmas i den befintliga organisationen, d.v.s. hur projektet skulle fortleva utan den överbyggnad som projektledaren innebar. Ett svar var att projektassistenten skulle fortsätta administrera projektet och att det skulle utbildas särskilda hälsoinspiratörer i grupperna. En arbetsledare om projektledaren: ”Hon har koll på hela det läget där med Plus alla och friskvården och det. Vilket kanske inte alltid vi kan ha. Vi har ju så mycket annat också. Hon ska ju hålla kurser i mikropauser. Hon håller i det här med hälsoinspiratörer. Vi har hälsoinspiratörer i varje grupp. Det är ju också en förlängd arm till henne, som hon säger. Hon håller på att avveckla sig själv. För det ska hon ju göra. Hon pratar mycket om att hon ska avveckla sig själv. Och då kan vi behöva den här förlängda armen för oss för vi kan ju inte lägga ner samma engagemang och tid i bara detta när hon försvinner. Det kan vi ju inte. Det finns inga möjligheter. Det är ju en grej som lagts till de andra arbetsuppgifterna ju.” Projektassistenten tyckte också att hälsoinspiratörerna kunde bli en bra framtida lösning: ”Jomen jag tror det kan fungera bra. Alltså framförallt med de här hälsoinspiratörerna, för det är ju dom som ska hålla den positiva andan uppe är det ju tänkt.” Enhetschefen sa också att den framtida modellen skulle bestå av att det skulle finnas en projektassistent anställd 25 %, hälsoinspiratörer i de olika grupperna och en samordnare anställd 10 %. Enhetschefen förväntade sig också att projektledaren skulle bidra till att hitta en fungerande framtida lösning.

Projektledaren

Om deltagarna

Projektledaren genomförde den andra hälsoprofilbedömningen under hösten 2003 och blev klar med en sammanställning av resultaten i november (Thorén 2003). I den framhålls att det skett vissa mindre förbättringar av några av deltagarnas kostvanor, rökvanor och att de tar något färre värktabletter. I den sägs också att personalen upplever färre symtom, bl.a. minskade rygg- och nacksmärtor, liksom minskad förekomst av huvudvärk, trötthet, arbetsrelaterad stress samt en generellt förbättrad hälsa. Deltagarna uppvisar också en något förbättrad kondition, liksom sänkt blodtryck. Dock var samtliga dessa förändringar ganska små. (Ibid.) I slutet av kapitel fyra diskuteras resultaten av hälsoprofilbedömningarna mer utförligt.

När projektledaren berättade om sina upplevelser av personalen sa hon att en del av dem hade bytt aktiviteter. En förändring var att de "fria aktiviteterna" hade blivit något vanligare. Med uttrycket "fria aktiviteter" avses sådana som personalen kan ägna sig åt utan att passa särskilda tider, t.ex. promenader, stavgång och gymträning. En annan förändring var att något fler hade sökt sig till Aktiv Rehab för att träna styrketräning. Projektledaren berättade att många upplevde det som ganska "mysigt" att träna vid Aktiv Rehab, till skillnad från andra gym som man upplevde hade en "tuffare" stämning. Vanligtvis fanns det sjukgymnaster vid Aktiv Rehab som kunde ge instruktioner om hur olika övningar skulle genomföras. Det var också en mer blandad skara människor som tränade där. En tredje förändring var att det fanns deltagare som inledningsvis hade ägnat sig åt "lättare" aktiviteter men som nu hade valt "tuffare" sådana. Några deltagare som hade promenerat eller ägnat sig åt stavgång hade nu börjat träna på Aktiv Rehab.

Projektledaren berättade också att träningen hade resulterat i ett visst *kroppsligt lärande* för vissa deltagare. En del hade upptäckt att vissa sjukdomssymtom hade lindrats eller försvunnit till följd av träningen. Någon hade upptäckt att symtomen hade återkommit under semestern och därigenom lärt sig att denne behöver träna också under semestrarna för att hålla sig symtomfri.

Projektledaren sade också att det fanns deltagare som ägnade sig relativt mycket åt träning under sin fritid och som inte ville träna också under arbetstid. Istället gick de promenader för att "rensa hjärnan".

Projektledaren sa att det fanns personal som hade sagt att de tyckte att kontrakten var bra; att de gillade den kontroll som var inbyggd i projektet.

Relationen till deltagarna

I den förra rapporten beskrevs hur projektledaren uppfattade sin roll som bestående av två huvudsakliga delar; dels att *organisera friskvården* (sköta kontakter med friskvårdande organisationer, sätta upp regler, o.s.v.), dels att vara *vägledare* för deltagarna. Rollen som vägledare beskrevs som bestående av två delar; att *motivera* deltagarna och att *kontrollera* deras deltagande. Dessutom kan man säga att projektledaren nu hade en roll som *utbildare*. Dessa funktioner var fortsatt viktiga och framkom tydligt vid den kick off som arrangerades i september.

Vid intervjun med projektledaren framhöll denne behovet av *individ Anpassning* vid mötet med deltagarna. En del av denna individanpassning består av att "se" deltagaren: "Jag försöker ju känna in vem är det som kliver in genom dörren. Och försöker se hur man är, använda alla sina sinnen så att säga. Vad är lämpligt? Vad fungerar?" En annan del består av att låta individen själv avgöra vad denne "mår bra" av: "Mitt ideal är väl att man ska må gott. Man ska må gott och det är ingen som ska ha så mycket synpunkter på om jag, på ens liv och leverne. Jag avskyr socialstyrelsens rekommendationer. Utan du måste, du måste känna in här inne, långt inom dig vad är bra för mig? Vad

mår jag gott utav? Och att man har olika faser i livet. Styrketräning kan jag uppskatta idag, men definitivt inte för tio år sedan. Det finns de som tycker det är jobbigt att gå på gym där man måste gå in i gruppen, där man måste acceptera hennes musik. Men det, idag kan jag stå på rullbandet hur länge jag vill och jag kan cykla hur länge jag vill och jag kan styra det här. Och jag kan ha stavarna. Jag kan känna nu när man är 45 liksom nu kan jag jobba litet extra där, så jobbar man med det där hänget va. Och det är väl det litegranna som jag vill såå känna in på människor att känna efter. Vem är jag idag? Vad mår jag bra utav idag? Vad fungerar idag för mig? Det är väl den filosofin som jag tror genomsyrar mina råd.”

En annan del av denna individanpassning består av att överlåta besluten om vad som bör göras på deltagarna själva: ”Det är väldigt sällan jag går in och styr. Det är egentligen bara om det är någon som har riktigt förslitna knän t.ex. Då säger jag ”Du gör inte det bara. Där är direkta hinder, för du kommer få mera ont. Utan nu är det dags att du känner efter och stoppar.” Och är det då... Jag har några unga tjejer som inte lyssnar på kroppen, som inte borde träna så hårt som de gör.” Och vidare ”Men och där känner jag någonstans att varje människa har ett val. ... Jag har talat om för henne utifrån vad jag bör, är bäst för henne. Men sen får hon tänka själv.”

Ytterligare en aspekt av individanpassningen var behovet av att ge deltagarna tid vid hälsoprofilbedömningarna: ”Jag vill inte heller boka folk så tätt. Där ska inte finnas folk och vänta. Varje person ska känna sig unik. Jag har tid att dra ut en halvtimme extra om det skulle vara så. Men jag kan också släppa någon en halvtimme innan om vi båda känner oss färdiga. Men det får inte vara någon som knackar på dörren. Du vet, ”min tid är ute.”

Om hälsoinspiratörerna

Projektledaren berättar att man nu valt ut vilka som ska fungera som hälsoinspiratörer. Deltagarna blev tillfrågad och de som var intresserade fick lämna intresseanmälan. Projektledaren hade sedan diskuterat med arbetsledarna om vilka som var lämpliga, men även haft individuella samtal med de som anmält sitt intresse. Det hade resulterat i att vissa personer ströks från listan. Slutligen hade man fastnat för 10 deltagare som var jämt spridda i grupperna. En av dem, en person som tidigare deltagit i friskvårdsutbildning, fick fungera som samordnare och till detta avsattes 5 arbetstimmar per vecka fr.o.m. november. Nu planerade projektledaren, tillsammans med Enheten för fysisk livsstil vid Region Skåne, en utbildning som skulle riktas till dem.

Arbetsledarnas roll

Det var projektledaren som arbetade med projektets innehåll medan arbetsledarna ägnade sig åt att göra det möjligt för personalen att delta. Men samtidigt var projektledaren medveten om att hennes tid i organisationen var begränsad till oktober 2005 och att en viktig uppgift nu var att integrera arbetet med projektets innehåll i den ordinarie verksamheten.

Hon ansåg därför att arbetsledarna borde ta större ansvar för det hälsofrämjande arbetet. Hon förväntade sig att de skulle ha "det hälsofrämjande ledarskapet". De borde ha kontroll över när och var deltagarna ägnade sig åt träning och återkomma till dem med frågor om "hur det går". De skulle uppmärksamma friskvården, visa omtanke om att deltagarna ägnar sig åt friskvård och ha en kontrollerande funktion. Projektledaren ansåg att friskvårdens innehåll borde bli en levande del av den dagliga interaktionen mellan arbetsledare och personal.

Också enhetschefen höll med om att friskvården inte är en levande del av mötet mellan arbetsledare och personal. "Men alltså det är inte det här att man går in helhjärtat och engagerar sig i själva kärnan. Alltså "hur mår du nu då när du vart iväg." Det ligger liksom utanför på nåt vis." Något senare sa hon att: "Men alltså jag kan ju tänka mig att jag tycker att man skulle mer ta tag i det: "har du vart iväg nu, hur tyckte du det var?" och "gick det bra?" Ja alltså bara några korta kommentarer så man uppmärksammar personalen och håller det igång och vid liv. För jag menar det är ju, den rollen har ju projektledaren mycket idag." Det fanns dock ett undantag, nämligen den nyanställda arbetsledaren. Intervjuare: "Vad är din funktion i relation till personalen när det gäller det här projektet?" Arbetsledare: "Stötta. Framför allt tycker jag. Möjliggöra. När de upplever hinder så ska jag kunna gå in och ta bort dessa hindren." ... "Jag pratar mycket med dem om friskvården och tankar kring det och hur de mår och om de ser någon skillnad och...och då kommer vi ju alltid att prata om fysik och hur det fungerar. Ibland pratar vi om ont i knäna och ont där och då säger jag "då hade detta varit bra för dig och simning är ju bra". Där har vi ju tänkt rätt för det underlättar för lederna. Fortsätt med dessa, ge inte upp. Simma kort eller basta mer eller någonting. Och jag har ju själv erbjudit mig ibland när det vart någon med promenad att jag kan gå med."

Projektledaren sa att en viktig anledning till att arbetsledarna inte anammat det hälsofrämjande ledarskapet var att de inte hade haft möjlighet att delta i utformandet av projektet och i introducerandet av det i arbetsgrupperna. Initiativet till projektet kom från stadshuset och enhetschefen och man hade inte lagt tillräckligt med energi på att bygga upp motivationen hos arbetsledarna för att påbörja projektet och att själva arbeta med det.

Projektledaren sa att nu, i efterhand, önskade hon att arbetsledarna skulle ha involverats mer i projektet från dess start. "Med facit i hand skulle jag velat haft en mycket längre uppstartsperiod för arbetsledarna. Med utbildning i hälsobefrämjande ledarskap och att dom också skulle fått aktiviteter så att dom också får känslan inom sig hur skönt det är att gå och träna och så vidare. För dom är ju bara människor dom också. Bara för att du är arbetsledare så har du ju ingen glöd och känsla för styrketräning eller stavgång eller vad sjutton det är för nånting." ... "Dom ska gå på en hälsoprofil. Dom ska veta verkligen vad en hälsoprofil är. Dom ska veta hur jag kan hantera mina krämpor."

Projektledaren betonar att arbetsledarna verkar tycka att projektet är bra och unnar personalen det. Men samtidigt verkar de uppleva att projektet medför merarbete. Dessutom har EU-projektet och de olika utbildningarna medfört merarbete. Det har i denna situation varit bekvämt att låta projektledaren och assistenten ta hand om projektets genomförande.

Projektledaren säger att arbetsledarna behöver engageras mer i projektet om det inte ska falla den dag hon lämnar det: "Kan inte dom börja ta över succesivt mer och mer nu så kommer det definitivt att falla." Hon betonar att arbetet med projektets innehåll måste integreras i arbetsledarnas yrkesroll: "Det är arbetsledaren som måste vara inspiratören. Det är bara tvunget. Det ska vara lika viktigt att en del av arbetsledarrollen är att man ska må bra som anställd." Men samtidigt som hon ansåg att det hälsofrämjande arbetet borde ingå i arbetsledarnas yrkesroll var hon medveten om att yrkesrollen redan var komplicerad och krävande. Hon ansåg att arbetsledarna behöver utbildning och ökade resurser för att klara av att inlemma det hälsofrämjande arbetet i deras yrkesroll.

Kvalitetstiden

Vid intervjuerna med arbetsledarna visade det sig att de inte var odelat förtjusta i idén om att införa kvalitetstid. Man undrade hur man skulle få tillräckligt med ersättare till den och någon av dem tyckte idén var "flummig".

Under senhösten hade enhetschefen och arbetsledarna beslutat sig för att kvalitetstiden skulle påbörjas 2004, närmare bestämt den 12:e januari. Efter ett förslag från en av arbetsledarna hade man diskuterat en idé med arbetslagen, vilka uppenbarligen hade gillat den. Förslaget lyder som följer: Personalen ägnar sig åt individuell kvalitetstid 1,5 timmar per vecka under tre veckor och den fjärde veckan träffas hela arbetslaget under 3,5 timmar för gemensam kvalitetstid. Den gemensamma kvalitetstiden inleds med att var och en i arbetslaget redovisar hur de använt sig av tiden. Vid dessa redovisningar sprids information och idéer i arbetslagen om hur den kan användas och man formulerar gemensamma normer om hur den bör/får användas. Sedan ägnar sig åt någon form av gruppaktiviteter. Arbetsledarna sade att personalen kanske kunde anordna gemensam picknick, bada, gå på kurs eller bjuda in föreläsare.

Den gemensamma kvalitetstiden var således tänkt att bestå både av sådant som främjar arbetet och sådant som var helt orelaterat till arbetet. Ett syfte var att skapa ett forum där personalen fick lära känna nya sidor av varandra, sådana sidor som inte har med arbetet att göra. En grundläggande ambition var att personalen skulle styra över kvalitetstidens innehåll, både den individuella och den gemensamma. Man tänkte sig att de skulle utse representanter som arrangerade de gemensamma träffarna.

Den individuella kvalitetstiden var personalen tänkt att själva förfoga över. De fick själva förfoga över när de skulle ägna sig åt den, hur tiden skulle distribu-

eras över veckorna, och vad dess innehåll skulle vara. Normer om kvalitetstiden utformas i de gemensamma träffarna.

Arbetsledarna tänkte sig att personalen skulle avlösas för de gemensamma träffarna genom att man bokade bemanningsteamet. Behovet av ersättare under den individuella kvalitetstiden skulle lösas genom att bemanningen utökades.

3. EFTER ETT OCH ETT HALVT ÅR

Organisation

Under början av januari 2004 tog projektledaren initiativ till en ”Plus alla-dag” som vände sig till enhetschefen, de tre arbetsledarna, projektassistenten, projektledaren och samordnaren (en av de nyutnämnda hälsoinspiratörerna). En anledning var att hon hade noterat att deltagandet i aktiviteterna inte var så stort som det var tänkt. Enligt projektledaren var den huvudsakliga anledningen att arbetsledarna inte utnyttjade jobbtätörerna tillräckligt effektivt, vilket möjligen kunde sammanhånga med att de inte prioriterade projektet tillräckligt högt. Under Plus alla-dagen tog hon initiativ till en diskussion om schemalaggnings av personalens deltagande i aktiviteterna. Hon höll också en ”brainstorm” där man diskuterade vad man tyckte var bra och dåligt med projektet. Resultaten nedtecknades och återlämnades till deltagarna. Under dagen diskuterades också utformningen av den kommande kvalitetstiden, som nu var drygt ett år försenad.

Med början i december 2003 anordnade projektledaren möten med de blivande hälsoinspiratörerna där deras framtida roll diskuterades. I januari 2004 påbörjades en särskild utbildning som riktade sig till dem.

I maj började en ny arbetsledare i område fyra och därmed var de fyra stycken. En anledning till denna nyanställning var att personal hade flyttats under hösten 2003 från en annan del av hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo till område fyra. En annan anledning var att en av de tre andra arbetsledarna nu var upptagen med att organisera det kommande serviceteamet.

En följd av att man anställde en fjärde arbetsledare var att projektassistentens tid kom att omfördelas. Tidigare hade hon arbetat 25 % för var och en av arbetsledarna och 25 % för projektet. Nu fördelades hennes arbetstid så att hon fick arbeta 20 % för projektet och 20 % för var och en av de fyra arbetsledarna.

Under våren 2004 blev det bestämt att personal som hade tidsbegränsade vikariat skulle bli erbjudna ett ”bantat” Plus alla där de fick delta under 1,5 timmar per vecka.

Under våren hölls en kurs om ”Kropp och kost.” Deltagarna kunde också delta i en Qigong-kurs och få massage eller fotvård till rabatterat pris (vilket var en fortsättning på det erbjudande de fick föregående höst). Under våren undervisade projektledaren också om micropauser.

I maj och juni genomförde projektledaren den andra hälsoprofilbedömningen för den arbetsgrupp som startade i juni 2003 samt vissa vikarier som nu fått medverka i projektet.

Under våren uppmärksammade projektledaren att projektet skulle avslutas redan i oktober 2005. Under hösten 2004 skulle beslut fattas inom Stadsdelen avseende resurstilldelning för 2005. Därför var det redan dags att äska ekonomiska medel för en fortsättning på friskvården. Projektledaren tog nu initiativ till egna utvärderingar av de aktiviteter som pågick under våren. I april tog hon initiativ till en hälsoekonomisk utvärdering av projektet som skulle genomföras av en konsultfirma med början i augusti.

Arbetsledarna

Stämningen bland deltagarna

Liksom vid intervjuerna hösten 2003 valde arbetsledarna att fokusera på friskvården när de fick den inledande frågan "Hur det går med projektet?" Ingen av dem berättade om kvalitetstiden och de problem som fanns med att starta den.

Liksom tidigare sa de att personalen upplevde projektet som något väldigt positivt men att denna positiva anda inte uttrycktes lika starkt som vid projektets start. Friskvården hade blivit en vana – en del av vardagen. En av arbetsledarna sade att friskvården "sitter i ryggraden". En annan arbetsledare sade att personalen "tar ansvar för den" och att "många bland personalen är rädda för att blir av med den". En arbetsledare sade att "personalen är rädda att projektet inte ska visa sig vara ekonomiskt bärbart och att de ska bli av med detta privilegium". Med andra ord sade man nu, ett och ett halvt år efter projektets start, att friskvården var integrerad med den befintliga organisationen och att deltagandet var rutiniserat. Men samtidigt sade man att personalens blick hade riktats mot framtiden, mot hotet om att bli av med projektet.

Aktiviteter

Arbetsledarna sade att personalen, över lag, ägnade sig åt samma aktiviteter som tidigare. De flesta hade fortsatt med de aktiviteter som de valt vid projektets början. Dock hade arbetsledarna noterat vissa förändringar. Vattengymnastik hade minskat i popularitet, liksom viktminskning hos viktväktarna. Styrketräning på gym hade däremot blivit mer populärt. En ganska stor del av personalen ägnade sig nu åt styrketräning, framför allt männen. Styrkepassen hos Friskis och Svettis (styrketräning i grupp) hade också blivit mer populära, liksom de vanliga gyppassen. Något fler hade valt promenader. En anledning till att promenaderna hade blivit mer populära sades vara att de kunde fungera som "ersättningsaktiviteter". När personal kände sig krasslig eller hade glömt ta med sig ombyteskläder så kunde de ta en promenad istället. En annan anledning sades vara att promenader var mer flexibla än andra aktiviteter. De kunde utföras vid vilken tidpunkt som helst under arbetsdagen. Deras längd kunde också avpassas efter den aktuella arbetsbelastningen. Arbetsle-

darna ansåg därför att dessa ”fria aktiviteter” var att föredra ur verksamhetens perspektiv.

Hinder

När det gäller organisatoriska hinder påtalade arbetsledarna att det fortsatt kunde vara svårt för personalen att lämna arbetet för att ägna sig åt aktiviteter, särskilt när personal var sjuk och/eller när det var svårt att hitta vikarier.

När det gäller individuella hinder så omtalades de på ungefär samma sätt som vid intervjuerna i slutet av 2003. Ett hinder var den bristande ”lusten”, ”orken” eller ”motivationen” hos ”vissa deltagare”. En arbetsledare sade att det finns ”vissa personer som helt enkelt inte är intresserade av att träna. De har ingen motivation.” En annan arbetsledare sade att det var några av de ”yngre” deltagarna som saknade motivation. En anförd anledning det var att de yngre inte själva varit sjuka, överviktiga eller andra krämpor. Därför kunde de inte förstå vikten av att förebygga ohälsa. En annan anförd anledning var att en del av de unga tränade på sin fritid och därmed inte betraktade den träning de kunde få under sin arbetstid som lika viktig.

Arbetsledarna sade att det fanns enstaka deltagare vars enda anledning till att delta i projektet verkade vara att de då kunde slippa andra arbetsuppgifter. En arbetsledare sa att ”man kan undra varför vissa är med i projektet.” En annan sa att enstaka deltagare var uppenbart ”nonchalanta” och ”struntar helt enkelt i att gå på aktiviteter.” En arbetsledare ansåg att man, i ett framtida projekt, borde göra individuella provningar av varje enskild deltagares lämplighet att få friskvård.

De ”dåliga ursäkterna” användes fortfarande av enstaka deltagare. Man hade ”glömt träningskläder” eller ”hade ont” någonstans. Det var fortsatt också vanligt att personalen anförde skäl som har med verksamheten att göra när de inte kunde träna. Även om de ibland sågs som trovärdiga uppfattades de ibland som ”dåliga ursäkter.” Det fanns fortsatt personal som ”offrade sin friskvårdstid för gruppens bästa” och på så sätt förhöjde sin egen status. Det fanns fortsatt också någon enstaka ”hök” som bevakade personalens deltagande. En deltagare hade slutat i projektet för att denne inte orkade ta konflikterna med kollegorna när hon ville lämna arbetet för att delta i aktiviteter.

Det fanns också personal som man misstänkte fuskade. Det fanns de som hade förlagt promenader i anslutning till att de slutade för dagen: ”Men vem går två timmar på promenad en fredag eftermiddag?” undrade en arbetsledare.

Det fanns personal som bevisligen hade underlåtit att gå på sina aktiviteter. En deltagare som hade förlagt sin friskvård till slutet av en arbetsdag ”missbrukade sitt förtroende vid ett tillfälle”, d.v.s. skolkade. Arbetsledaren hade kallat in henne till ”samtal” och då beslutat att deltagaren inte längre skulle få ägna sig åt sådan ”arbetstidsförkortning”. Även projektledaren hade kallat in en deltagare för ”samtal”.

Effekter

När man talade om vilka effekter som friskvården hade på personalen så hade man inget nytt att förtälja vid detta intervjutillfälle. Man tyckte fortfarande att personalen var allmänt piggare, orkar mer, mår bättre och att stämningen är bättre än före projektet påbörjades. Men nu tyckte man inte att man såg någon minskning av sjukfrånvaron. En arbetsledare sade istället att det var en deltagare som hade fått diskbräck av sin gymträning, vilket hade resulterat i ökad sjukfrånvaro.

Den egna rollen

Arbetsledarna uppfattade fortsatt sin huvudsakliga roll organisatorisk och kontrollerande, d.v.s. att organisera arbetet så att det blev möjligt för personalen att delta i aktiviteter och att se till så att de verkligen gjorde det också.

Det fanns en viss skillnad mellan de tidigare intervjuerna och de som genomfördes nu i maj 2004 avseende arbetsledarnas syn på hur viktigt de ansåg att personalen ägnade sig åt aktiviteter. Tidigare hade arbetsledarna ibland accepterat att personal hade underlåtit att gå på aktiviteter om personalsituationen krävde det eller om det fanns andra godtagbara anledningar (t.ex. att man kände sig en smula krassliga eller hade glömt ta med sig ombyteskläder). Nu betonade man i högre utsträckning att friskvården är något som man ”ska gå på”. En arbetsledare sa att hon hade talat om för personalen att frånvaro från friskvården alltid skulle diskuteras med arbetsledaren innan den inföll och inte, som vissa gjort tidigare, enbart anmält den i efterhand.

Projektledarens roll

Liksom tidigare förlade arbetsledarna ansvaret för genomförandet av projektet på projektledaren. Denne förväntades administrera innehållet i projektet och kontakter med deltagarna avseende innehållet i deras aktiviteter. Liksom vid föregående intervjuer gav man uttryck för sin beundran inför projektledarens arbete. Man tyckte hon var effektiv, ansvarskännande, omtyckt bland personalen och gjorde ett gott arbete.

Arbetsledarna gav fortfarande uttryck för en medvetenhet om att projektet och projektledarens närvaro var tillfälligt och att friskvården behövde integreras i den befintliga organisationen. Men som vid tidigare intervjuer såg de inte att deras egen roll behövde utvidgas. De tänkte sig att lösningen skulle bestå av att projektassistenten skulle underlätta det administrativa arbetet och att en samordnare och hälsoinspiratörer skulle ägna sig åt projektets innehåll. Dessutom tänkte de sig att någon skulle behöva utföra hälsoprofiler också i framtiden. Vid en planeringsdag i juni gav arbetsledarna uttryck för att det bör vara ”en utomstående” som genomför dem och som håller i samtal med personalen om deras hälsa och val av aktiviteter. De menade att den person som gör hälsoprofilbedömningarna också bör vara den person som ger råd om friskvård.

Ett argument för att det bör vara en utomstående person är att personalen tydligen ogillar att arbetsledarna får insyn i ett så privat område som deras hälsa. Arbetsledarna sade också att personalen var rädd att diskussioner om deras hälsa kunde få konsekvenser för andra beslut avseende deras arbete, t.ex. vid löneförhandlingar. Ett annat argument för att ha en utomstående person som genomför hälsoprofilerna var att arbetsledarna ogillade att kontrollera deltagarna. En arbetsledare sade att "vi får ju rollen som ett slags morsor till personalen ju". Ett tredje argument var att arbetsledarrollen redan är så komplex och att de, om de ska arbeta med friskvård, också borde få utbildning och tid att arbeta med det. En sådan utbildning, förmodade man, är relativt resurskrävande.

Framtiden

Vilka tankar hade man om den framtida modellen? Man var eniga om att friskvården borde finnas kvar, men att man bör hitta en slags "basmodell" för dess utformning. Kvalitetstiden, däremot, tänkte man sig skulle försvinna. En arbetsledare ansåg att personalen själv ska få välja om de vill ägna sig åt friskvård eller kvalitetstid. En arbetsledare ansåg att man, med större omsorg, bör välja ut vilka som ska få tillgång till friskvård. De som redan är friska, vältränade och omotiverade bör inte få tillgång till friskvård. De behövande och motiverade bör få det. Samma arbetsledare, liksom enhetschefen, sa att det kanske borde vara något mindre friskvård som erbjuds personalen. De sade att två timmar i veckan är en realistisk nivå. En arbetsledare tyckte att den nuvarande modellen, med frivillighet, också bör gälla i framtiden, liksom att man gör individuella avtal mellan arbetsledare och personal om friskvården. Andra menade att friskvården bör vara obligatorisk.

Hälsoinspiratörerna

Hälsoinspiratörerna påbörjade under våren 2004 en utbildning som gavs av Enheten för fysisk livsstil, Region Skåne. (www.livsstillsenheten.se) Utbildningen omfattade fyra halvdagar under ett år och hälsoinspiratörerna inom Plus alla deltog en första gång i januari. Utbildningen innehöll delmoment om anatomi, ergonomi, fysisk aktivitet, motivation, stress, kost, alkohol, tobak, etc. Projektledaren hade sedan december också arrangerat informella träffar med hälsoinspiratörerna där deras framtida roll hade diskuterats.

Under våren 2004 fanns det totalt åtta hälsoinspiratörer i de sju arbetslagen. När projektledaren berättade om deras arbete sade hon att de skulle vara "länken mellan mig och personalen". Deras uppgift skulle bestå av att "lyfta upp" friskvårdsfrågor i personalgruppen. De ska "sprida information och inspirera". De skulle t.ex. ta initiativ till micropauser i arbetsgrupperna. Projektledarens tanke var att de skulle utbildas ytterligare och att de, när projektledaren lämnat organisationen, skulle överta dennes funktion tillsammans med projektassistenten (20 %) och samordnaren (10 %).

När arbetsledarna blev intervjuade om hälsoinspiratörerna sade de att deras roll är "litet diffus" och att "det inte blev riktigt vad de tänkt sig". I en separat

undersökning har de intervjuats avseende deras egna uppfattningar om sin roll (Lövkrona 2004). Där sägs att flera av dem upplevde att deltagarna inte lyssnade eller brydde sig om vad de sa, att personalen inte frågade dem om tips och råd särskilt ofta och att de var rädda att det hela skulle "dö ut" när projektledaren skulle försvinna. En arbetsledare sade att hälsoinspiratörerna inte är "mogna sin uppgift". De har, enligt arbetsledaren, inte tillräcklig utbildning och de vet inte riktigt vad de ska göra.

Kvalitetstiden

Kvalitetstiden påbörjades i mitten av januari 2004. Man hade bestämt att deltagarna skulle få ägna sig åt individuell kvalitetstid 1,5 timmar per vecka under tre veckor och att den fjärde veckan skulle de olika arbetslagen träffas under 3,5 timmar för gemensam kvalitetstid.

Den gemensamma kvalitetstiden

Under våren 2004 ägnade man sig åt gemensam kvalitetstid vid fyra tillfällen. Vid de gemensamma tillfällena ägnade arbetsledarna en del av tiden åt att diskutera den individuella kvalitetstiden. Till dessa träffar fick personalen ta med sig ett blad där de fyllt i vad de ägnat den individuella kvalitetstiden åt. Vecka för vecka fick de fylla i om de ägnat sig åt "kompetensutveckling", "tillsammans med vårdare", "reflektionstid på arbetsplatsen" eller "annat". Efter varje sådan rubrik kunde de anteckna vad de gjort. De fick också utrymme att kommentera sin kvalitetstid. Vid de gemensamma träffarna fick de möjlighet att diskutera sina val med arbetskamraterna.

Vid den gemensamma kvalitetstiden ägnade man sig också åt gemensamma aktiviteter. Vid det första och andra tillfället höll projektledaren i en kurs i stresshantering. Vid det tredje tillfället tillkallades en extern kursledare som anordnade en kurs i hjärt- och lungräddning. Vid det fjärde tillfället skulle man ha arrangerat en "brainstorm" kring kvalitetstiden, men det blev inställt. Vid intervjutillfället planerade man att anordna en picknick.

Efter dessa gemensamma träffar bestämde man sig för att inte ordna fler sådana. Den huvudsakliga anledningen var att bemanningsteamet lades ned, varför det inte fanns tillräckligt många ersättare. Det krävdes fem personal för att avlösa en grupp. Det innebar att den kvarvarande kvalitetstiden kom att bli individuell och nu bestå av två timmar per vecka.

Några av arbetsledarna tyckte att det var synd att den gemensamma kvalitetstiden försvann. "De gruppfrämjande aktiviteterna har varit jätteuppskattade", sa en av dem. Vidare sa hon att "Det var ju så att det fanns en massa kurser som behövde genomföras. Och då använde vi den tiden till det. Det var ju så praktiskt att alla kunde träffas och kunde genomföra dem tillsammans. Det var meningen att personalen skulle styra innehållet mer i detalj under den kommande hösten. Det hade varit bra tillfällen då man kunde lagt in utbildningar."

Den individuella kvalitetstiden

Den individuella kvalitetstiden hade man ägnat åt en rad olika saker. Några hade ägnat sig åt aktiviteter som inte involverade vårdtagare, t.ex. gått på museum, promenerat på stranden, tränat sina färdigheter i något datorprogram, solat eller besökt biblioteket. Andra hade ägnat tiden åt att vara med vårdtagare och t.ex. besökt varuhus, sorterat fotografier, sytt hakklappar, ätit frukost med dem eller hjälpt till dem att anordna födelsedagsfirande.

En arbetsledare sa att det verkade som personalen hade ägnat sig åt fler vårdtagarorienterade aktiviteter i början men att de nu hade minskat. Möjligen kunde det bero på att de upptäckt att det kunde uppstå problem i relationen till vårdtagarna när de ägnade sig åt kvalitetstid tillsammans med dem. De flesta av vårdtagarna är gamla, sjuka och funktionshindrade och orkar inte så mycket. Vissa aktiviteter tog också så lång tid att man inte hann ge sig iväg på dem. Det fanns också personal som hade uttryckt att de inte vill "sitta i parken med en dam". Ibland hade lanseringen av kvalitetstiden mötts med oförståelse från vårdtagarnas sida. De hade inte alltid förstått vilka villkor som gäller för den. Vissa hade börjat betrakta den som en rättighet.

En av arbetsledarna sa att dennes personal främst har ägnat sig åt "engångsaktiviteter", d.v.s. sådana som man kunde ägna sig åt vid enstaka tillfällen men som förmodligen inte genererade någon fortsättning: "Hur många gånger kan man gå på varuhus eller museum?"

En av arbetsledarna ifrågasatte om det är OK att deltagarna ägnade sig åt vissa aktiviteter, t.ex. att gå på museum eller sola. Däremot tyckte hon att det var OK att kvalitetstiden användes för att skapa "andrum", t.ex. att gå ner till havet och vila hjärnan under en halvtimme eller så.

Ett problem med kvalitetstiden var enligt arbetsledarna att ingen verkade ha någon klar föreställning vad den egentligen skulle bestå av. Ett sammanhängande problem var att det inte fanns någon som tog ansvar för utvecklandet av den, sa enhetschefen. När det gäller den friskvårdande delen av projektet finns en projektledare, men så är inte fallet när det gäller kvalitetstiden. "Det är för luddigt" sa en av arbetsledarna.

Ett problem som uppstod med den individuella kvalitetstiden var enligt arbetsledarna att många bland personalen inte kunde avvara så mycket som 1,5 timmar per vecka. Jobbrotatörerna räckte inte för att täcka upp för personalen.

Ett sammanhängande problem var att personalen inte tillät sig själva att gå på kvalitetstiden. De prioriterade ibland, liksom när det gällde friskvården, andra arbetsuppgifter högre än kvalitetstiden. Det var en slags "inre kamp" för vissa, sade en av arbetsledarna. Man drogs mellan att ägna sig åt kvalitetstid och att hjälpa sina kollegor. När man valde att hjälpa sina kollegor kunde man tolka det som att man "offrade sig" för dem. Vissa fick bekräftelse genom detta

uppförande medan andra, ”som är så fräcka att de tar ut sin kvalitetstid”, sågs som ”svikare”.

När arbetsledarna träffades i juni 2004 visade det sig att den individuella kvalitetstiden inte genomförts i planerad omfattning. En av arbetsledarna sade att det inte var någon i hennes grupp som haft det. De två andra sa att det var ”några enstaka” som haft det. Enligt en utvärdering som genomfördes under våren 2004 visade att endast 15 deltagare hade haft möjlighet att ägna sig åt individuell kvalitetstid (Thorén 2004). Nu hoppades man att starten av ett serviceteam under den kommande hösten skulle göra det möjligt för personalen att ägna sig åt individuell kvalitetstid i högre utsträckning.

Två av arbetsledarna var öppet kritiska till kvalitetstiden. En av dem sa att personal hade blivit mer kritiska till projektet på grund av de svårigheter man hade med att hinna med kvalitetstiden. Den hade resulterat i mer stress för personalen, vilket knappast var dess syfte. Arbetsledarna var eniga om att mängden projektaktiviteter, tillsammans med de övriga utbildningarna som hölls, hade blivit för stor. Projektet innebär ju totalt fem timmar per vecka. Om man räknar ut det på gruppbasis så innebär det att mer än en heltid går åt till projektet per grupp och vecka. Det finns exempel på personal som först haft kvalitetstid, sedan träning och sedan någon utbildning och därför inte haft några vårdtagare den aktuella dagen.

Enhetschefen sade att hon inte tror att ”det här med kvalitetstid kommer att fungera. Det finns liksom inget engagemang för det hela. Det finns inga idéer om vad man ska använda den till hos arbetsledare och personal. Det, med vårdtagarna, ligger för nära det ordinarie arbetet och borde vara där.” Men samtidigt tycker hon inte att det bara ska skrotas: ”Nu får vi ge det en sista chans. Om det inte går att få in det på schemat till hösten där så får man väl lägga ner det.”

Enhetschefen hävdade också att det inte är brist på ekonomiska resurser som medfört att det inte fanns tillräckligt många ersättare för personalen när de skulle ägna sig åt kvalitetstid. En orsak var att personal varit frånvarande. En annan orsak var att man inte hade haft full grundbemanning. Man har därför låtit jobbotatörerna ta hand om vårdtagare, vilket medfört att de inte haft tid att avlösa personalen. En tredje orsak var att man inte kunnat anställa mer personal på grund av regler om förtur. Man har lagt ner andra verksamheter inom hemtjänsten och därför haft övertalig personal som haft förtur till andra placeringar. När man t.ex. skulle lägga ner Lingongården fick man hålla tjänster vakanta inom område fyra för att ta emot personal därifrån. Därför har man inte, trots ett uppenbart behov, kunnat anställa personal som skulle ha kunnat ersätta deltagarna när de ägnar sig åt kvalitetstid.

Projektledaren

Under våren 2004 var den friskvårdande delen av Plus alla konsoliderad. De flesta av deltagarna ägnade sig nu åt sina aktiviteter. Nu kom två saker att

ligga i fokus för projektledarens intresse. För det första fanns det trots allt vissa problem med deltagandet i friskvården eftersom deltagarna inte alltid hade möjlighet att delta i sina aktiviteter. Efter kvalitetstidens införande och bemanningsteamets nedläggande hade deltagandet dessutom minskat. Därför började projektledaren intressera sig för hur arbetsledarna organiserade projektet. För det andra skulle projektet avslutas i oktober 2005, vilket innebar att man, om man önskade en fortsättning på friskvården, behövde äska nya medel redan under hösten 2004.

Organisatoriska hinder

Även om projektet var konsoliderat fanns det fortfarande vissa problem med för lågt deltagande. Projektledaren förklarade att anledningen till stor del var att jobbrobotörerna inte utnyttjades tillräckligt effektivt av arbetsledarna. Hon konstaterade att det finns tillräckligt många jobbrobotörer för att de, rent matematiskt, borde räcka för att ersätta personalen när de ägnade sig åt friskvård.

Ett problem var att kvalitetstiden hade införts samtidigt som bemanningsteamet lades ner, vilket medförde att den nu konkurrerade med friskvården. Dessutom hade det tydligen kommit propåer från personalavdelningen om att man skulle undvika att ersätta personal vid korttidsfrånvaro.

Ett sammanhängande problem verkade enligt projektledaren vara att grundbemanningen inte var tillräckligt hög. Det resulterade i att jobbrobotörernas tid fyllts upp med vårdtagare, vilket i sin tur medfört att personalen, trots jobbrobotörernas närvaro, inte kunde ägna sig åt friskvård. Det var därför viktigt, sade hon, att hela tiden ”hålla ett öga på” grundbemanningen. Den måste hela tiden vara avpassad efter vårdtyngden. Redan i januari hade projektledaren diskuterat denna fråga med enhetschefen som då lovat att se över bemanningen.

Ett annat sammanhängande problem, menade hon, var att jobbrobotörerna var låsta till fasta vårdtagare. I och med att de hade ”sina egna vårdtagare” så kunde de inte användas flexibelt. I och för sig skapade de ”luft i schemat” åt alla, men samtidigt var de låsta och kunde inte användas för punktinsatser. Vid frånvaro blev det därför svårt att använda jobbrobotörerna för att avlasta personal.

Ett bakomliggande problem var enligt projektledaren bristande förståelse, hos vissa arbetsledare, för livsstilens betydelse för hälsan och organisationens framgång. Därmed saknade de också engagemang för projektet. Därför var det viktigt att man fick arbetsledarna att verkligen förstå friskvårdens betydelse: ”projektet är avhängigt av om arbetsledarna tar friskvården på allvar.” Hon ansåg därför att arbetsledarna också borde få friskvård under sin arbetstid så att deras förståelse skulle öka.

Projektledaren kritiserade också det faktum att man i vissa grupper överlät åt personalen själva att upprätta kontrakten. Hon tyckte att det är arbetsledarna som ska ha ansvaret för hur kontrakten skrivs.

Ytterligare ett problem, menade hon, var att arbetsledarna inte ägnade tillräckligt med energi på att kontrollera om personalen verkligen ägnade sig åt sina aktiviteter.

Dessa organisatoriska problem ville projektledaren belysa genom att i juni arrangera ett möte med arbetsledarna. Det uttalade syftet med detta möte var att utforma en metodbeskrivning över hur man organiserat projektet. Vid mötet frågade projektledaren arbetsledarna vilka personalresurser som krävs för att friskvården ska vara möjlig att genomföra. Arbetsledarna sade att de 7 vikarierna räckte till friskvården (nu när kvalitetstiden inte längre fanns). Två av arbetsledarna tyckte t.o.m. att 6,5 jobbrottatörer borde räcka. (Enligt arbetsledarna räcker det alltså med en vikarie per 11 personal.) Projektledaren tog också initiativ till en diskussion om hur arbetet i grupperna fungerade. Hon kritiserade modellen där jobbrottatörerna ”vattnar ur schemat”. Istället förespråkades en modell där jobbrottatörerna ersätter timme för timme. Hon kritiserade också den modell som innebär att jobbrottatörerna arbetar under helger (då det ju inte finns aktiviteter). Hon tog också initiativ till en diskussion om hur personalens schema bör vara utformat för att gynna deltagande i friskvården. Man verkade överens om att ett sexveckorsschema är lämpligast därför att det innebär färre fridagar i veckorna och schemat varierar mindre under veckorna än andra scheman. Det gör det enklare att schemalägga friskvård. Det gör det också mer förutsägbart för jobbrottatörerna.

Vid detta möte sa hon också att det bör vara arbetsledarnas uppgift att kontrollera deltagarna. Hon sa också att deltagarna upplever det som viktigt att de blir kontrollerade. Arbetsledarna sa att ”man har koll” och ”man vet ungefär vilka det är som går på sina aktiviteter.” De sa också att de vet vilka man bör vara uppmärksamma på. Två av dem tillade att det ofta kan vara svårt att kontrollera personalen. De har själv mycket att göra. Det är dessutom omöjligt att kontrollera dem när de är ”ute på aktiviteter.”

Friskvårdens framtid

Vid äskandet av nya medel till projektet hade projektledaren behov av att övertyga vård- och omsorgschefen och stadsdelsfullmäktige om att friskvården bör få fortleva. För detta ändamål behövde projektets framgång bevisas med olika former av dokumentation.

Under våren 2004 hade vi färdigställt fyra delrapporter om projektet (Leppänen 2004a, 2004b, Linné och Leppänen 2004, Holmkvist och Leppänen 2004). En av dem redovisade personalens förväntningar och val vid projektstarten. En annan beskrev projektets organisation fram till ett halvt år efter dess start. En tredje redovisade hur personalen upplevde projektet ett år efter dess start. Ur dem kunde man mobilisera visst stöd för att personalen upp-

levde det som lyckat. En fjärde opublicerad rapport redovisade hur sjukfrånvaron förändrats från året före start till det första året efter start. Denna sistnämnda rapport visade att det inte skett någon egentlig förändring av sjukfrånvaron. Med tanke på att ett av syftena med Plus alla var att minska sjukfrånvaron, vilket också är en viktig anledning för stadsdelen att ge projektet sitt stöd, så fanns det inte särskilt många argument som kunde mobiliseras för argumentet att fortsätta friskvårdsförsöket.

Projektledaren tog nu initiativ till en rad olika utvärderingar. Hon gjorde en utvärdering av massagen, där antalet utnyttjade massagetillfällen angavs. (97 av 254 tillfällen hade utnyttjats). Hon delade ut ett frågeformulär till deltagarna i Qigong-kursen (tre frågor) där de bl.a. blev tillfrågade om de upplevde positiva erfarenheter av träningen. Hon gjorde också en utvärdering av kursen om kropp och grundläggande kost (3 frågor) där deltagarna bl.a. fick bedöma hur stor nytta de har av kursen i framtiden (22 av 27 angav att de bedömde sig ha stor eller mycket stor nytta av den i framtiden). Kursen i stresshantering blev också utvärderad (3 frågor). Dessutom tog projektledaren initiativ till en hälsoekonomisk utvärdering av projektet där den centrala frågan handlade ”om Plus alla är ett ekonomiskt försvarbart projekt”. Denna utvärdering skulle, enligt ett PM från april 2004, vara baserad på följande data: Allt skriftligt material om projektet. Intervjuer med projektansvarig, arbetsledare, personer med inblick i ekonomisystem och personalsystem. Eventuella andra intervjuer. Uppgifter som skulle tas fram handlade om alla möjliga kostnader och intäkter av projektet. Utvärderingen planerades bli klar till början av september 2004 och finansierades av SDF Limhamn-Bunkeflo. Den genomfördes av en extern konsult. (Johrén 2004) Resultatet blev en samling bedömningar av vilka möjliga vinster projektet kunde medföra i framtiden. Samtliga dessa utvärderingar kom att anföras när man argumenterade för en fortsättning på projektet.

4. EFTER TVÅ ÅR

Organisation

Under maj och juni 2004 genomfördes den andra hälsoprofilbedömningen på gruppen som startade i juni 2003. Under augusti och september 2004 genomfördes den tredje hälsoprofilbedömningen på gruppen som var med från start, d.v.s. hösten 2002. Resultaten presenterades i form av en tredje delrapport i november 2004. (Thorén 2004b)

Under sensommaren 2004 började man skapa ett serviceteam, som var tänkt att bestå av ungefär 10 medarbetare och som skulle överta serviceartade arbetsuppgifter från den övriga personalen (särskilt städ och inköp). Inom Plus alla bestämdes att servicegruppens personal skulle få 1,5 timmar friskvård per vecka, i likhet med den personal som hade tidsbegränsade vikariat.

Nu planerades nya organisationsförändringar. Nattpersonalen skulle flyttas från larmcentralen till område fyra. Den arbetsledare som hade ansvaret för serviceteamet fick i uppgift att utveckla den nya nattverksamheten och rekrytera fyra medarbetare. Hon fick också i uppdrag att integrera en kvällspatrull, som tidigare hade tillhört ett vårdboende, i område fyra. Den arbetsledare som nyanställdes i maj 2004 fick därför överta en av hennes grupper.

Under slutet av oktober 2004 bestod hemtjänstens område fyra av en enhetschef, fyra arbetsledare och tio grupper med 72 vårdbiträden, undersköterskor och ekonomibiträden. Av de 72 deltog 67 i projektet. Sju av dem var jobbrotörer. Dessutom fanns den heltidsanställda projektledaren och assistenten som arbetade 20 % för var och en av arbetsledarna och 20 % inom projektet.

Som tidigare sades gjordes ett försök att starta kvalitetstiden under våren 2004. Men eftersom bemanningsteamet lades ner kunde man inte ägna sig åt någon gruppkvalitetstid. Inte hade man heller ägnat sig åt individuell kvalitetstid i någon högre utsträckning. Under våren närde man en förhoppning om att det nya serviceteamet skulle avlasta personalen så de skulle kunna ägna sig åt individuell kvalitetstid, men under hösten visade det sig att detta var en realistisk förhoppning. Därmed avslutades försöken att införa kvalitetstid.

Som en följd av de diskussioner som fördes under våren och sommaren om att deltagarna, trots tillgången på vikarier, inte hade ägnat sig åt friskvård i full utsträckning hade man bestämt sig för att schemalägga allt deltagande i friskvården. Därigenom blev deltagandet i friskvården synliggjord. Arbetsledarna fick nu överblick och kontroll över deltagandet. De kunde se om det var brist på vikarier eller om det fanns anledningar till att man inte ägnade sig åt friskvård i full utsträckning.

Under hösten anordnades en kurs i ”rehabiliterande synsätt” (vilken också var obligatorisk för all personal). Under hösten slopades vissa subventioner. Subventionen på medlemskortet i Friskis & Sveltis drogs in, liksom subventionen för massage och fotvård. Under hösten bestämdes också att personalen inte längre behöver lämna in några ”upplevelsebeskrivningar”.

Under hösten presenterades också den hälsoekonomiska undersökningen av projektet, dels i form av en skriftlig rapport, dels i form av en muntlig redovisning för projektgruppen, arbetsledarna, administrativ personal inom stadsdelen och vissa andra personer. Vid ett separat tillfälle presenterades den också för stadsdelsfullmäktige.

Arbetsledarna

Stämningen bland deltagarna

När arbetsledarna fick den inledande frågan om ”hur det går med projektet” valde de, liksom vid tidigare intervjuer, att fokusera den friskvårdande delen av projektet. Ingen valde att spontant berätta om kvalitetstiden. I likhet med tidigare intervjuer sa de att ”projektet går bra”, ”det är inarbetat”, ”det rullar på” och ”det är rutin.” Projektet beskrevs som integrerat med den befintliga organisationen och deltagandet sågs som rutiniserat. Men de var fortfarande bekymrade över om personalen skulle få friskvård även efter projektets slut.

Aktiviteter

Deltagarnas val av aktiviteter var ungefär samma som tidigare. Det var många som gick på styrketräning. Aktiv Rehab sades vara populärt på grund av tillgången till instruktör/sjukgymnast och på grund av den lugna stämningen. Olika former av gympa var också populärt, liksom stavgång och promenader. En stor majoritet av deltagarna valde nu dessa aktiviteter. (I kapitel sex beskrivs vilka aktiviteter deltagarna valde vid projektets slut.)

Hinder

De organisatoriska hindren hade eliminerats i ganska hög utsträckning. Man hade startat ett serviceteam som hade tagit över vissa av personalens arbetsuppgifter, i synnerhet städ och inköp. Följden blev att personalen fick något fler luckor i sina scheman, åtminstone under en övergångsperiod. Att man dessutom bestämt sig för att inte påbörja någon kvalitetstid innebar att utrymmet ökade ytterligare. Dessutom hade arbetsledarna lagt scheman över alla projektaktiviteter och samlat dem i en pärm. Det gjorde det enklare att få överblick över när personal ägnade sig åt olika aktiviteter och när det borde finnas tillräckligt med ersättare. Arbetsledarna upplevde att deltagandet hade ökat under sensommaren och hösten.

När det gäller individuella hinder sade arbetsledarna att det fortfarande fanns deltagare som hade ”Motivationsproblem”. Det fanns deltagare som ”inte tar det på allvar”. Det fanns deltagare som ”egentligen inte vill, men som samtidigt inte vill bli av med den förmån och frihet som det innebär”. Därför sades

de ange olika ”svepskäl” eller ”dåliga ursäkter” till att de inte deltog, t.ex. att ”man inte hinner därför att det finns arbetsuppgifter som måste göras” eller att de har lång transportsträcka (t.ex. om de kör bil på landsbygden). Arbetsledarna misstänkte att enstaka deltagare fuskade.

Effekter

En arbetsledare sa att det inte hade skett några förändringar under det senaste halvåret. De stora förändringarna kom när man började projektet; raskheten, piggheten och den ökade orken. En annan arbetsledare sa att denne fortfarande ser vissa förbättringar. En tredje arbetsledare sade att hon inte märkt någon skillnad ens vid projektets start.

Den egna rollen

En arbetsledare sa att hon ibland upplevde att hon hade svårt att hinna med projektet på grund av att hon har så mycket annat att göra. En annan arbetsledare sa att det är sällan som hon och deltagarna pratar om projektet. En tredje arbetsledare säger att det är något nästan varje dag som har med projektet att göra.

Arbetsledarna ser fortsatt sin roll som organisatorisk. En arbetsledare sa, som svar på frågan ”vad är din roll just nu?” att ”Ingen speciell just nu. Jag tar in listor en gång i månaden. Projektassistenten tar in dem och jag registrerar dem.” Arbetsledarna sa också att deras roll består av att informera ny personal och diskutera med personal när de tillfälligt vill byta tider eller aktiviteter.

Arbetsledarna sade, som vid tidigare intervjuer, att de har en kontrollerande funktion. En arbetsledare sa att ”det är viktigt att visa som arbetsledare att man ser och hör – att man finns med i det. Man måste ha koll hela tiden.” En annan arbetsledare sa att hennes funktion är att ”peka på hur viktigt projektet är och tala om för folk att de ska göra något. Om de inte kan gå till en viss aktivitet av någon anledning så pushar jag på dem att de gör nåt.” En annan arbetsledare: ”Höra med dem om hur det går.”

En arbetsledare berättar om ”en myglare i projektet” som de ”kallade in till samtal”: ”Hon fick ta tvångspaus från projektet. Hon sa att hon gjorde det, dvs. ägnade sig åt aktiviteter, men gjorde det inte. Blev avstängd under två månader. ... Hon var inte mogen att träna. Hon hade missförstått det hela. Ville inte riktigt ställa upp på kraven. Förstod nog inte det hela. Hade aldrig tränat förr. Hon tyckte det var tradigt att promenera.” Samma arbetsledare berättar om en annan deltagare som hon börjat ”bevaka”: ”Men hon har blivit försiktigare. Hon har sett att jag bevakar henne. Ung tjej. Reagerade på att hon gärna offrade sin friskvård för andra. Hon är en ”martyr”. Aldrig tränat innan. Passade på att inte gå på aktiviteter när det inte fanns personal. Omotiverad.”

Projektledarens roll

Arbetsledarna pekade fortfarande ut projektledaren och projektassistenten som de centrala genomförarna av projektet. En arbetsledare sa att det ”det är pro-

jektledaren och projektassistenten som står för projektet ju.” Även om de var medvetna om att de skulle överta arbetet med projektet var de fortfarande inte särskilt förberedda på det. De såg sin egen roll som organisatorisk; att göra det möjligt för deltagarna att ägna sig åt aktiviteter.

Framtiden

Arbetsledarna sade sig vara övertygade om att friskvården kommer bli kvar i en eller annan form. Ledningen och politiker i stadsdelsfullmäktige hade signalerat det i anslutning till att den hälsoekonomiska utvärderingen presenterades.

En viktig fråga inför det kommande slutet på projektet handlade om att hitta en modell där personalen kunde ägna sig åt friskvård trots man inte hade lika stora extra resurser som under projektperioden. En arbetsledare ställde sig frågan hur projektet ska kunna genomföras när jobbtatörerna försvinner. Hon sa att de i december 2004 hade sju jobbtatörer. I januari skulle kontrakten för fem av dem löpa ut och de sista två skulle avslutas i juni. Men redan nu planerade man ett nytt samverkansprojekt tillsammans med arbetsförmedlingen där tre av de fem som skulle sluta kunde få bli kvar inom organisationen. Arbetsförmedlingen erbjöd dem att utbilda sig vid omvårdnadsprogrammet, genom validering, om SDF Limham-Bunkeflo erbjöd dem 75 % tjänst när de var färdiga med utbildningen. Trots denna minskning antog arbetsledarna att ersättarna nästan skulle räcka.

När arbetsledarna resonerade kring en möjlig fortsättning av projektet hoppades de på att de själva skulle få friskvård, vilket skulle öka deras egen förståelse och motivation för projektet. De ansåg också att de borde få utbildning om friskvård och viss arbetstid avsatt för arbete med friskvården. Någon hoppades på administrativt stöd för projektet.

Arbetsledarna hoppades också att det skulle finnas en utomstående person som genomförde hälsoprofilbedömningarna eftersom de hade uppskattat att projektledarens fristående roll varit väl fungerande.

De ansåg också att man vid framtida friskvårdsprojekt skulle göra ett striktare urval bland vilka som skulle erbjudas delta. De tänkte sig också att deltagarna kanske skulle få något mindre friskvård per vecka, t.ex. mellan 1,5 och 2 timmar. Dessutom ansåg man att subventionerna inte behövdes: ”vi bjuder ju på arbetstiden.” De tänkte sig också att erbjudandet om friskvård kanske skulle gälla något färre aktiviteter, d.v.s. de aktiviteter som nu visat sig vara mest populära: styrketräning, gympa, spinning, promenader och stavgång.

Hälsoinspiratörerna

Hälsoinspiratörerna blev nu avvecklade. I den tredje delrapporten anger projektledaren följande skäl till att försöket med hälsoinspiratörerna lades ner: ”För det första framgick det att kommunikationen mellan projektledare och inspiratör fungerade förhållandevis bra men kommunikationen mellan inspi-

ratören och gruppen fungerade mindre bra. För det andra upplevde de flesta av hälsoinspiratörerna att de hade svårt att förmedla sitt budskap och att gruppen sällan frågade hälsoinspiratören om tips. För det tredje var de flesta inspiratörerna skeptiska till att friskvården kommer att fungera efter det att projektledaren slutat.” (Thorén 2004:15)

Vid en intervju sa projektledaren också att hälsoinspiratörerna förmedlat att deltagarna inte frågat dem om saker som har med projektet att göra, d.v.s. ignorerat deras funktion som inspiratörer, och att vissa deltagare t.o.m. tyckt att de ”lade sig i” deras angelägenheter. De upplevde också att arbetsledarna inte gav dem något stöd.

Vid intervjuerna med arbetsledarna framkom att hälsoinspiratörernas roll upplevdes som oklar. En arbetsledare sa att det var en ”hittepåsak” och att de inte behövdes: ”De har inte nyttjats. De har inte sett sin roll. Det har vart flummigt.” En annan arbetsledare sa att ”De ska inte vara poliser. Det är arbetsledarnas roll att pusha på.” (Det framstår som paradoxalt att arbetsledarna inte själva är så intresserade av det motiverande arbetet men i detta sammanhang utpekar ”påpushandet” som deras egen arbetsuppgift.) En tredje arbetsledare sa att hälsoinspiratörerna motarbetades av jantelagen: ”Man ska inte utsetta personalen för att någon ses som mer än någon annan.” Ett annat problem var att de saknade ledaregenskaper: ”det skulle behövas mer ledartyper om det skulle fungera.” och ”de som är hälsoinspiratörer behöver ju ha den där känslan för att få folk att lyssna på dem.”

Kvalitetstiden

Under början av hösten bestämde man sig för att inte påbörja någon kvalitetstid. En anledning var att arbetsledarna upplevde tanken på individuell kvalitetstid som ”flummig”. De hade svårt att föreställa sig vad deltagarna skulle använda tiden till. De sa att även personalen stod frågande inför den. En annan anledning till att både den individuella och gemensamma kvalitetstiden inte infördes var att man ”inte fick in det på schemat.”

Åtminstone två av arbetsledarna var direkt ogillande till den individuella kvalitetstiden. En av dem kallade den ”arbetstidsförkortning” och sade att: ”gå ner till havet och fundera, tror inte på det.” Den andre skakade på huvudet. Men det var en arbetsledare som hävdade att personalen verkligen ville ha den individuella kvalitetstiden. Denne sa att den äldre personalen hade gillat idén. Det fanns personal som var besvikna över att man lovade att det skulle införas och att det sedan inte gick att införa.

Däremot var arbetsledarna gillande till kvalitetstiden i grupp. De sade att personalen också var positiva till den. Men man hade inte resurser att skapa utrymme för personalen att ägna sig åt den.

Projektledaren

Under hela 2004 hade projektet konsoliderats och projektledaren hade lagt ett större fokus på projektets framtid. Hon försökte nu förmå arbetsledarna att överta en större del av arbetet med projektet. För sin egen del planerade hon att avsluta sin anställning i Limhamn-Bunkeflo. Istället ville hon arbeta med frågor som har att göra med "hälsoinriktat medarbetarskap".

Den egna rollen

I december 2004 var projektledaren fortfarande anställd 100 % inom projektet. Men från januari planerade hon att endast arbeta deltid och vara tjänstledig under den övriga tiden. Hon sa att hon medvetet har försökt hålla sig tillbaka. "Min strategi just nu är att jag dragit mig undan litet. Deltar inte riktigt lika mycket ute på fältet. Ibland har jag varit borta hela tio dagar från hemtjänstens hus." Hon har försökt "pusha" arbetsledarna till att ta över mer av arbetet med projektet. Vid intervjun säger hon att hon vill att de ska ta över än mer och att hon diskuterat denna fråga med dem under hösten.

Under hösten gav projektledaren handledning till projektassistenten. Hon genomförde också hälsoprofilbedömningar på de deltagare som var med från början, d.v.s. hösten 2002. Resultaten presenterades i form av en tredje delrapport under november.

Under hösten anordnades också en kurs i rehabiliterande synsätt, vilken också var obligatorisk för all personal. Under hösten togs vissa subventioner bort för deltagarna. (D.v.s. de extra subventioner som fanns för deltagarna i Plus alla. De allmänna subventionerna, som finns för alla som arbetar inom Malmö stad och SDF Limhamn-Bunkeflo fanns kvar.) Subventionen på medlemskortet i Friskis & Svettis drogs in, liksom subventionen för massage och fotvård.

Under hösten bestämdes också att personalen inte längre behöver lämna in några "upplevelsebeskrivningar." Projektledaren hade långt innan konstaterat att personal inte hade lämnat in dem regelbundet eller fyllt i dem kortfattat. Hon bestämde nu att de inte längre skulle vara obligatoriska.

Arbetsledarnas roll

Projektledaren upplevde att arbetsledarna nu var allmänt positiva till projektet. "De vill verkligen ge det till sin personal." Men hon ansåg också att det fanns ett behov av att inkorporera mer av friskvården i arbetsledarnas roll. Hon ansåg att arbetsledarna "måste lära sig ta över mer." Ett hinder var att de uppenbarligen inte har tid att ägna sig åt projektet. En möjlig lösning vore att anställa en assistent åt dem. En annan lösning vore att anställa ytterligare en arbetsledare. En kompletterande lösning vore om deras arbete med friskvården blev schemalagt.

Projektledaren ansåg att arbetsledarna behöver stöd och utbildning i friskvård och hälsoorienterat ledarskap för att öka medvetenheten om friskvårdens betydelse och för att ge dem kunskaper om hur de ska göra för att motivera och

entusiasmera. En möjlighet vore att de fick en kortare kurs vilket följs av regelbunden handledning. Det vore också bra om de själva fick genomgå hälsoprofilbedömning och fick friskvård själva.

Individuella hinder

Projektledaren gav ungefär samma bild av de hinder som fanns mot deltagandet. Hon sa att "det finns de som man får hålla i öronen. Det är ca 14 stycken av de 60 deltagarna. De väljer ofta att gå på promenader istället för att gå på annat." Hon sa också att de "orkar inte". De "offrar sig" för att andra ska kunna gå på aktiviteter, t.ex. om det är sjukfrånvaro. Det finns deltagare som är allmänt ointresserade. Det finns deltagare som undviker aktiviteter.

Ett framtida projekt

När projektledaren resonerar om hur friskvården skulle kunna gestaltas efter avslutandet av Plus alla ger hon samma bild som arbetsledarna. Hon säger att arbetsledarna behöver ta över en hel del av motivationsarbetet och att de behöver utbildning i vad man kan benämna "hälsoorienterat ledarskap." Hon säger också att det är viktigt att aktiviteter schemaläggs och att arbetsledarna får administrativt stöd. Hon tycker också att personalen ska få ägna sig åt den typ av aktiviteter som de nu visat sig välja eftersom dessa aktiviteter också är bra ur hälsosynpunkt. Tanken på att ha utomstående hälsoprofilbedömare stöder hon också.

Projektets överlevnad

En viktig fråga för projektledaren var fortfarande hur man skulle övertyga administration och politiker att satsa resurser på friskvård även efter det att projektet avslutats. Hon kände fortfarande stor ovisshet om friskvårdens framtid: "Jag känner att jag inte vet om man verkligen vill behålla friskvården och införliva den med organisationen. Vet ej vad man egentligen vill i organisationen. Om det är så att man inte vill ha det kvar så får man väl skapa en avvecklingsplan."

Den hälsoekonomiska utvärderingen visade att projektets kostnader från dess start till juli 2004, enligt den ekonomiska redovisningen för Plus alla, har uppgått till 4,3 miljoner (Johrén 2004). Men om man ser till de faktiska insatta resurserna till friskvården uppskattas de till 3,6 miljoner, vilket sammanhänger med att "de redovisade kostnaderna för vikarier är högre än kostnaden för uppskattad tid." (Johrén 2004:7) Den framtida årliga kostnaden för projektet, förutsatt att den håller samma omfattning som tidigare, beräknades till 1,6 miljoner (Ibid.) Ur ett kortsiktigt verksamhetsperspektiv har projektet, t.o.m. juli 2004, varit olönsamt.

Den hälsoekonomiska redovisningen innehåller också en rad överväganden om framtida möjliga kostnader och intäkter i anslutning till projektet. Den gissar att om projektet kostar 1,6 miljoner kronor per år finns stora förutsättningar för att det ska bli lönsamt ur ett långsiktigt verksamhetsperspektiv. Vinsterna, antas det i rapporten, inhämtas genom lägre sjukfrånvaro, färre ut-

slagningar, högre produktivitet och kvalitet. Denna undersökning tolkades av projektledaren som mycket positiv: ”Jag är glad över att den hälsoekonomiska utvärderingen visat att det är lönsamt på lång sikt för både förvaltningen och samhället.”²

I december 2004 publicerade projektledaren också en artikel i Stadsdelstidningen Limhamn-Bunkeflo där projektet beskrivs. Där lyfts enbart de positiva resultat som presenterades i hälsoprofilbedömningarna, den hälsoekonomiska utvärderingen och en av undertecknads utvärderingsrapporter (Holmkvist och Leppänen 2004).

Den tredje delrapporten om Plus alla, som fokuserar de 35 deltagare som fortfarande var kvar i projektet hösten 2004, visade att det skett vissa förändringar: (i) När det gäller deltagarnas *hälsovanor* kan man se att motionerandet ökat (vilket är naturligt med tanke på att man motionerar inom projektet). Man kan också se att deltagarnas kostvanor förbättrats, liksom att mängden konsumerade värktabletter minskat något. Men å andra sidan har antalet snusare ökat något, liksom konsumtionen av övriga mediciner. (Det sammanhänger till viss del med att projektet medfört att man upptäckt förhöjt blodtryck hos några deltagare, vilket resulterat i medicinering.) När det gäller rökning, alkoholkonsumtion, lugnande mediciner och sömnmedel har det inte skett några förändringar. (ii) När det gäller deltagarnas *upplevda hälsa* kan man se att mängden upplevda symtom minskat, t.ex. ryggbesvär, nackbesvär, värk och trötthet. Den arbetsrelaterade stressen har minskat mycket. (iii) Det har skett både förbättringar och försämringar avseende *hälsodata/mätvärden*. Antalet personer med högt blodtryck har ökat något, liksom antalet deltagare med diabetes och som tar hjärt- kärlmediciner. (Detta är alltså till viss del resultat av att man upptäckt dessa sjukdomstillstånd genom projektet.) Märkbart är att antalet deltagare med mycket lågt eller lågt konditionsvärde fortfarande är 11 stycken (av 30 uppmätta), vilket innebär att ingen större förbättring skett i gruppen som helhet. Den maximala syreupptagningsförmågan i gruppen har inte heller förbättrats som vore önskvärt, även om förbättringar skett. Ett förhållande som framhävs i rapporten är att 25 av de 35 deltagarna befann sig i riskgruppen vid den första hälsoprofilbedömningen medan endast 6 personer fanns i riskgruppen vid den tredje hälsoprofilbedömningen. Lägg då märke till att en mycket stor del av förklaringen till denna förändring är att motionerandet ökat (till följd av projektets genomförande). En slutsats är alltså att hälsoprofilbedömningarna uppvisar stora förändringar avseende upplevd hälsa, medan detta inte reflekteras i lika hög utsträckning i mer ”objektiva data.” Vi kan här notera att slutrapporten, som är baserad på hälsoprofiler gjorda under våren 2005, visar nästan identiska resultat (Arvidsson 2005).

² Observera att jag här inte gör någon värdering avseende slutsatserna i Johréns rapport (2004).

5. EFTER TVÅ OCH ETT HALVT ÅR

Organisation

Som ovan nämnts hade projektledaren redan under våren 2004 uppmärksammat att projektet närmade sig sitt slut. Hon påkallade ledningens och stadsdelspolitikernas uppmärksamhet på att hon och deltagarna ville veta om friskvården skulle få fortsätta. De hade ännu inte fått något besked.

Under våren 2005 berättade projektledaren att hon tänkte sluta sin anställning i Limhamn-Bunkeflo för att ta anställning i ett konsultföretag som arbetar med friskvårdsfrågor. Under början av juni fick också deltagarna detta besked. Projektledarens anställning upphörde i augusti men rent fysiskt försvann hon från hemtjänstens område fyra redan i juni. Hon erbjöd hemtjänstens område fyra att handleda arbetsledarna som timanställd. Detta förslag avslogs av ledningen för område fyra.

Under våren 2005 började projektledaren förbereda sitt avslut. Hon arrangerade en planeringsdag vid ett närliggande hotell dit arbetsledarna, enhetschefen, en ekonom vid stadsdelen och undertecknad bjöds in. Under dagen diskuterades teman som "Vad har hänt med projektet sedan start? Hur ser det ut ekonomisk? Hur går vi vidare?" och "Vad händer när projektiden är slut?" Hon anordnade också en "brainstorm" för arbetsledarna där de fick berätta vad som var "positivt och negativt" med projektet.

Projektledaren förberedde sitt avslut också genom att arrangera en utbildning för arbetsledarna. Den bestod av fyra tillfällen och inleddes med en "inspirationsdag kring hälsosamt ledarskap och medarbetarskap" då olika personer inom kommunen som arbetar med friskvård presenterade sina olika projekt. Sedan fortsatte utbildningen med en halvdag som handlade om "Vikten av fysisk aktivitet" och en heldag om "Tobak" samt ytterligare en heldag om "Motivation till livsstilsförändringar."

Under våren började jobbtrotörerna avvecklas. Tre av dem slutade nu sina anställningar i enlighet med de avtal som tecknades då de anställdes. Istället kom de nu att ingå i ett nytt arbetsmarknadsprojekt där de fick utbildning till undersköterska. De skulle komma få återvända till hemtjänsten när de blev klara med sina utbildningar. Ytterligare två skulle få sluta under den kommande sommaren. Enligt en arbetsledare skulle en jobbtrotör troligen erbjudas en ordinarie tjänst.

Under våren blev personalen i servicegruppen, som bildades sensommaren 2004, erbjudna deltagande i projektet. Under våren genomförde projektledaren också den tredje och avslutande hälsoprofilbedömningen av den grupp som

var med från start. Nu var det totalt 32 av dem kvar. Under våren bestämde projektledaren och arbetsledarna att man, för att öka kontrollen av deltagandet, skulle införa en fast geografisk runda för promenader och stavgång. Vissa aktiviteter ströks ur programmet: Jogging, vattengympa och simning. Därmed hade man skapat den slutliga modellen för projektet, vilken beskrivs i samlad form i nästa kapitel.

Arbetsledarna

Stämningen bland deltagarna

Arbetsledarna förmedlar, i likhet med tidigare, en bild av att friskvården är en självklarhet för personalen. En arbetsledare säger att ”Man har lyckats få in det i den dagliga rutinen, som en livsstil.” En annan arbetsledare säger att ”Det rullar på. Det är rutin nu. Processen är liksom färdig.” En tredje arbetsledare säger att ”det går på rutin” och ”det ligger som ett gift” och ”man ser det som en arbetsuppgift” och ”i många fall ser man det som lika viktigt som att man går till vårdtagarna”. En av arbetsledarna säger att ”Vi behöver inte jaga på personalen att de ska ge sig iväg.” Projektassistenten säger att personal blir ”irriterade om de inte kan gå.”

Det som hamnat i fokus för personalen är frågan om de kommer att få friskvård även efter projektidens utgång. Två arbetsledare sade att det råder ”oro inför om projektet ska få fortsätta.” De sa också att ”det kommer olika besked hela tiden.” En arbetsledare: ”Man vill ha det kvar. Personalen är positiv till det. Tror att personalen räknar med att det ska fortsätta. Tror de reagerar om det inte gör det. Ingen vet om det blir kvar. Det ligger hos politikerna. Vi vet inte just nu. Det är osäkert. Väntar just nu. Men inget man snackar om i grupperna verkar det som. Vi hade en planeringsdag för ett tag sedan och då kom det fram att många vill att det ska fortsätta.”

Aktiviteter

Projektassistenten berättar att vissa aktiviteter kommit att bli allt vanligare: ”De aktiviteter som man främst går på är Aktiv Rehab, Friskis & svettis styrketräning och promenader. Det är nästan bara dessa tre aktiviteter som man går på. Det är ingen som går på simning och gympa. Det är ungefär 30-35 % som valt promenader som enda aktivitet. Det finns de som valt andra aktiviteter som huvudsaklig aktivitet, men som går på promenader om det skulle vara så att de är lätt förkylda, inte orkar, inte har lust, inte hinner, etc.” Arbetsledarna säger att personalen är väldigt stabila nu i sina val av aktiviteter. Man byter inte aktiviteter särskilt ofta: ”Många har landat i vad de vill med projektet. Man vet vad man vill göra och man gör det.”

Hinder

När det gäller organisatoriska hinder hade inget hänt sedan hösten 2004. Vid intervjuerna sade arbetsledarna att det uppkommer situationer då personal inte kan lämna det ordinarie arbetet för att ägna sig åt aktiviteter, t.ex. vid hög

sjukfrånvaro eller om sjukfrånvaron uppkommer på morgonen och aktiviteten skulle genomförts just då.

Rent allmänt ansåg de att det blivit ett ”uppsving” i deltagandet under våren. Projektassistenten sa att personalen i allt högre utsträckning skriver upp sig i pärmarna. Hon kunde också konstatera att man går oftare på aktiviteter än man gjort tidigare. En arbetsledare: ”Personalen GÅR verkligen på aktiviteterna. Det finns så klart personer som vid olika tillfällen hittar olika skäl till att inte gå. Man säger att ”det är ont folk” eller att ”de har tvättid den aktuella dagen”. En annan arbetsledare säger att det fortfarande finns ”öar av personer” som inte går på aktiviteter i full utsträckning.

Effekter

Arbetsledarna sade att de inte kunde iaktta några förändringar hos personalen under det senaste halvåret. De stora förändringarna kom i anslutning till projektet påbörjades då de kunnat iaktta att många deltagare hade blivit allmänt piggare och fått ökad ork. Någon arbetsledare tyckte att hon inte sett några förändringar ens vid projektets start. De såg heller inga förändringar i sjukfrånvaron.

Däremot resonerade man nu mer om hur deltagarnas förhållande till deras kroppar möjligen kan ha förändrats, vilket man tidigare inte diskuterat. En arbetsledare: ”Det är bra att personalen fått uppfattning om sin kropp, insikt om den. Man har lärt sig känna efter hur det känns, att man behöver träna, att man känner efter. Man saknar träningen.”

Som sades ovan, har deltagarna också kommit att se friskvården som något självklart. Den har blivit rutiniserad. Den är en integrerad del av vardagen. ”Det är ett behov nu att gå på aktiviteter. Personalen känner det. Många känner att det är ett bra tillfälle rensa hjärnan och komma ifrån när det är pressat. Rensa hjärnan.” Som vi ser urskiljer denna arbetsledare också att det har skett ett lärande hos personalen: Att de lärt sig att träning kan påverka det egna välbefinnandet. Projektassistenten: ”Många tycker det är kul att gå på aktiviteterna.”

En annan effekt som betonas, i likhet med tidigare, är att projektet höjt statusen för deltagarna: ”Jag tycker det viktigaste är att det höjt statusen för den här gruppen. Det har synliggjort hemtjänsten och dess personal. Det har visat deras värde. Det har visat att de är värda det här. Det är positivt. Det känns kanon att man slösat på denna grupp som är så osynliggjord.”

Den egna rollen

Arbetsledarna pratade fortsatt om sin roll som bestående av att de ska göra det möjligt för deltagarna att ägna sig åt aktiviteter, att motivera dem och att kontrollera dem. Men de sa att den faktiska tid de arbetar med projektet är ganska liten. De sa också att de fortsatt behöver det administrativa stödet från pro-

jektassistenten om friskvården ska kunna fortsätta efter det att projektet avslutats.

Projektledarens roll

När arbetsledarna tidigare talat om projektledaren hade fokus legat på att de betraktade henne som ansvarig för genomförandet av projektet. Nu fokuserade man helt på det faktum att hon skulle sluta sin anställning.

Arbetsledarna ansåg att hon hade gjort ett gott arbete, vilket följande citat illustrerar: "Hon har varit bra. Det viktigaste med henne har varit att hon varit så entusiastisk. Att hon peppat oss hela tiden. Hennes sätt att vara har varit viktigt. Hon har en förmåga att få med sig personalen och oss arbetsledare när vi gått ner i knäppkängorna." Projektledarens person pekas här ut som den viktigaste egenskapen, nämligen hennes förmåga att entusiasmera. En annan arbetsledare: "Det är synd att hon ska sluta. Hon brinner för det hon gör. Det är ju hon som har dragit igång det. Utan henne hade det inte kommit så långt."

När man nu talar om det faktum att hon snart ska sluta, ser man alltså att hon gjort ett gott arbete när hon startat projektet och hållit det vid liv. De tycker det är synd att hon ska försvinna eftersom hon är den person som drivit projektet framåt: "Det innebär att det stöd som man kan få från henne försvinner. Hjälpen med att hålla igång det hela och utveckla det försvinner."

Men hur skulle hennes roll bli ersatt? Hur skulle man vidmakthålla en "drivande kraft" i organisationen? Hur skulle man vidmakthålla "friskvårdskunnande" i organisationen? Hur skulle man vidmakthålla "entusiasmen"? En arbetsledare ställde sig dessa frågor: "Det blir en stor förlust också för oss att hon försvinner. Vi vill naturligtvis också ha tillgång till henne under en övergångsfas då vi ska ta över projektet. För som det är just nu så vet vi inte vad vi egentligen ska börja med. Vi vet inte riktigt vad som behöver göras. Vi vet inte riktigt hur mycket tid det tar o.s.v." Något senare säger hon: "Ja man undrar ju nu; Jahapp, vem ska göra det hela nu då?! Vem ska hålla i projektet? Vem ska bestämma vilket utbud som ska finnas? Vem ska ordna allt praktiskt med kontakter med träningsorganisationer? Vem ska ta initiativ till utbildningar?"

Framtiden

I likhet med intervjuerna ett halvt år tidigare trodde man att friskvården skulle få fortsätta i en eller annan form. De hoppades på ökad bemanning så att personalen skulle kunna få ägna sig åt friskvård. De hoppades också på egen tid till friskvård, liksom att de själva skulle få utbildning i hälsoorienterat ledarskap och tid till att arbeta med projektet. De hoppades också på att någon skulle genomföra regelbundna hälsoprofilbedömningar.

Men de började nu också tala om att friskvården kanske borde vara obligatorisk för personalen inom hemtjänsten. Kanske borde det vara så att friskvård

skulle bli en obligatorisk arbetsuppgift, i likhet med andra arbetsuppgifter, för all personal.

De började nu också tala om möjligheten att beakta hälsoaspekten när man anställer ny personal till hemtjänsten. Kanske bör man göra en hälsoundersökning av den personal som man tänkt anställa.

Enhetschefen

I denna fas, när frågan om friskvårdens framtid blivit aktuell, kom enhetschefen att spela en viktig roll igen. Vid intervjun berättar hon att chefen för äldreomsorgen i Limhamn-Bunkeflo spelar en viktig roll vid frågan om friskvårdens framtid. Hon är medlem av stadsdelsförvaltningens ledningsgrupp som representant för äldreomsorgen. Enhetschefen berättar att chefen för äldreomsorgen, i likhet med henne själv, är positivt inställd till friskvården och att flera politiker förstår vikten av att behålla den. Chefen för äldreomsorgen tar med sig ärendet dit, presenterar det och driver frågan framåt. Som underlag har hon allt det skriftliga material som producerats om projektet under de senaste två åren, bl.a. projektledarens sammanställningar av hälsoprofilbedömningarna, den hälsoekonomiska utvärderingen och undertecknads delrapporter. Men hon har också med sig en kostnadskalkyl med beräkningar över hur mycket det skulle kosta att fortsätta friskvården. Eftersom det saknas pengar inom förvaltningen för detta ändamål blir det slutligen en fråga för stadsdelens politiker att besluta om projektet ska få fortsatt finansiering. Förslaget, som ännu alltså inte är beslutat, innebär att friskvården skulle få fortsätta under ett eller två år efter projektets avslut med förhoppning om att därefter ta beslut om att permanenta det. Förslaget innebär att friskvården ska bli en obligatorisk arbetsuppgift för all personal inom hemtjänstens område fyra och att den ska omfatta tre timmar per vecka. Förslaget innebär också att man ska köpa in en extern hälsoprofilbedömare en gång per år. Dock var framställan till stadsdelsfullmäktige ännu inte färdig. Förhoppningsvis skulle den vara klar under slutet av sommaren. Beslutet om friskvårdens vara förväntades komma under den kommande hösten (d.v.s. 2005).

Projektledaren

Vid denna sista intervju, då projektledaren hade börjat avsluta sin verksamhet inom projektet, var hon relativt friskpråkig om sin syn på projektet och hon både reflekterade om de misstag som begåtts i det förflutna och vilka lärdomar som kan göras inför framtida friskvårdsprojekt.

Arbetsledarnas roll

Projektledaren sa att arbetsledarna nu äntligen verkade ha börjat förstå att arbetet med projektet kommer att åläggas dem: "Det har ju blivit en verklighet mer och mer och jag tycker att de axlar det mycket bra över lag. Varierar lite mellan de fyra. Man ser mycket tydligare de positiva effekterna och man är beredda att gå in och ta över mer och mer."

Om deltagarna

Projektledaren tyckte, liksom arbetsledarna, att friskvården till stor del hade blivit rutinmässig. Många av deltagarna har gjort kroppsliga lärdomar av träningen, d.v.s. de har kommit att uppleva träningen som något positivt och saknat den när de inte kunnat ägna sig åt den: ”Det har sagt ”klick” hos personalen. Man ser att det är bra. Många säger att de behöver träna även om projektet tar slut.”

Lärdomar

Vid mitten av juni 2005 ordnade projektledaren en sammankomst för arbetsledarna. Hon skisserade då hur en ideal friskvårdsmodell bör vara utformad:

För det första ansåg hon att mängden friskvård som personalen får borde vara relaterad till hur mycket man arbetar och vilken anställningsform man har. Hennes förslag var att all personal som har ”längre anställningsformer” borde få friskvård tre timmar per vecka medan vikarier får 1,5 timmar per vecka.

Vid en senare intervju lägger hon till att man i vissa fall borde individualisera den mängd friskvård som deltagarna får och den mängd uppföljning och kontroll som görs på deltagarna: ”Det finns de som man skulle behöva hålla hårdare i handen. Då menar jag att de skulle behövt mer än tre timmar i veckan. De skulle behövt en fastare skriven plan. Det är frågan om personer som inte har så bra motivation.”

För det andra ansåg hon att personal som fått friskvård behöver en första uppföljning efter sex månader och därefter årliga uppföljningar. Vid dessa uppföljningar bör de få genomgå olika undersökningar och rådgöra med någon extern rådgivare. Hälsoprofilbedömningar såg hon som ett alternativ även om det också finns andra modeller som skulle kunna användas. Vid intervjun säger hon att hon, om hon fick göra om projektet, skulle använda ”ett nytt instrument där det också finns socialpsykologiska frågor, t.ex. upplevelser om chefer, reflektion, och så vidare.”

För det tredje ansåg hon att arbetsledarna behövde stöttas och att deras kunskaper om friskvård, träning, hälsa och hälsofrämjande ledarskap behövde öka. Vid intervjun sa hon följande: ”Jag skulle börjat med cheferna. Utbildningen nu skulle kommit inledningsvis. Skulle ha haft samma roll med motivationssamtal men se till så arbetsledarna följde upp det här tydligare i de individuella utvecklingssamtalen, medarbetarsamtalen.” ... ”Jag tror det är viktigt att arbeta med ledningsgruppen samtidigt som man arbetar med de anställda. Den vägen når man fram, inte bara genom att vända sig direkt till personal.” ... ”Min roll skulle varit hälsoprofilbedömningar och rådgivning till arbetsledarna.” Hennes roll skulle varit att fungera som handledare till arbetsledarna: ”Om projektet startade idag skulle jag mer sett mig som handledare för arbetsledarna.”

För det fjärde borde arbetsledarna få tid avsatt för att arbeta med friskvård. En möjlighet vore att anställa fler arbetsledare så att var och en av dem har färre medarbetare, vilket skulle ge dem mer tid att arbeta med friskvården.

För det femte ansåg hon att arbetsledarna också borde få friskvård, vilket skulle öka deras förståelse för personalens tränande och engagemang för projektet.

Vid en intervju lägger hon till ytterligare en punkt, nämligen att man bör se till den ”fysiska kompetensen” redan när man rekryterar personal: ”Jag hade velat komma in högre upp i ledningen och skapa policy kring det här med anställningar och våga vara tydlig när man går ut och rekryterar folk; att alla har samma hållning, att säga att om man ska jobba inom hemtjänsten så behövs den här kroppen – den fysiska kompetensen, som är lika viktig som emotionell och professionell kompetens. Det handlar om muskelstyrka och syreupptagningsförmåga för att klara av jobbet. Min vision är att det skulle stå i platsannonserna att man söker sökande som är fysiskt starka och tar eget ansvar för sin kropp och hälsa och att man stöttar det genom att erbjuda stöd under arbetstid. Hittills har det dock inte stått i platsannonserna.”

6. EFTER TRE ÅR - DEN SLUTLIGA MODELLEN

Under slutet av oktober bestod hemtjänstens område fyra av en enhetschef, fyra arbetsledare och tio grupper med 82 vårdbiträden, undersköterskor och ekonomibiträden. En av dem var fortfarande jobbtrotör. Av de 82 deltog 74 i projektet. Av de 74 var fyra långtidssjuka och 1 tjänstledig, varför det i praktiken endast fanns 69 deltagare. Det fanns också en assistent som arbetade 20 % för var och en av arbetsledarna och 20 % inom projektet.

En rad delar av projektet hade avvecklats över tid: Ambitionen att låta personalen ägna sig åt kvalitetstid hade skrinlagts. Ambitionen att låta särskilda hälsoinspiratörer informera och inspirera personalen hade också lagts ner. Ambitionen att följa deltagarnas utveckling genom månatliga upplevelsebeskrivningar visade sig inte fungera. Vid projektets slut hade man också avvecklat projektledaren. Men hur var då projektet utformat vid dess slut?

Ett obligatorium

Deltagandet i projektet var frivilligt under hela perioden. Efter projekt Plus alla avslutades bestämdes att friskvården skulle få fortleva till slutet av 2005. Efter årsskiftet blev den obligatorisk för all personal.

Natt- och kvällspersonalen blev undantagna från obligatoriet. Det fanns inga praktiska möjligheter att låta dem ägna sig åt friskvård på arbetstid. Dels fanns inte hela utbudet av friskvårdande aktiviteter tillgängligt under kvälls- och nattetid. Dels fanns det inte underlag för att anställa vikarier för de korta stunder som natt- och kvällspersonalen i så fall behövde lämna arbetet för att ägna sig åt friskvård. De kunde därför förlägga friskvård till sin fritid och antingen få förkortad arbetstid eller betalt för sitt deltagande (utökad arbetstid).

Friskvården blev obligatorisk också för den deltidsanställda personalen. De kunde, beroende på arbetssituation och vad de själva önskade, förlägga friskvården till arbetstid eller fritid. De kunde antingen få det tillgodoräknat som förkortad arbetstid eller utökad arbetstid. Kvälls- och nattpersonalen fick tillgodoräkna sig sin friskvård som övertid.

Eftersom friskvården nu hade blivit en arbetsuppgift i likhet med andra arbetsuppgifter, så kom ickedeltagande att betraktas som "arbetsvägran." Arbetsledarna sade att personal i vissa fall kan byta aktiviteter, t.ex. när de är förkylda. Men i princip är friskvården att betraktas som vilket arbete som helst. De som inte vill ägna sig åt "tyngre" friskvård har möjligheten att promenera under sin friskvårdstid.

Omfattning

Omfattningen på friskvården blev följande: De som arbetade mellan 86 och 100 % fick 3 timmar per vecka. De som arbetade mellan 66 och 85 % fick 2 timmar per vecka och de som arbetade upp till 65 % fick 1 timme per vecka (Arvidsson 2005:5).

Förtroendekontrakt

Förtroendekontrakten användes också vid slutet av projektet. De skrevs gemensamt av deltagarna och arbetsledarna. På förtroendekontraktet skrev man vilka aktiviteter deltagaren skulle ägna sig åt. Deltagaren intygade med sin namnunderskrift att denne var införstådd med de regler som gällde för friskvården. Förtroendekontrakten förnyades varje gång deltagaren förändrade sitt val av aktiviteter. Kontraktet var därför både redskap för att skapa scheman och ett slags redskap för kontroll av deltagandet i aktiviteterna.

Gruppscheman

Dessa förtroendekontrakt gjorde det möjligt för arbetsledarna att sammanställa vid vilka tidpunkter personal ägnade sig åt aktiviteter i ett större gruppschema. Detta gav dem möjlighet att få överblick över var och när personalen ägnar sig åt olika projektaktiviteter. Gruppschemat blev därför ett stöd för kontrollerandet av deltagarnas aktiviteter. Dessa gruppscheman var uppsatta i grupplokaler så också övrig personal kunde se var deras kollegor befann sig.

Listor

När personalen ägnade sig åt aktiviteter fick de fylla i olika listor. Om de ägnade sig åt aktiviteter i andra organisationers lokaler, t.ex. Friskis och svettis, skrev de upp sig på listor där. Om de ägnade sig åt ”fria aktiviteter”, d.v.s. promenader eller stavgång, skrev de upp sig på en lista i receptionen vid Hemtjänstens hus, där assistenten hade sin arbetsplats. Assistenten gjorde sedan sammanställningar av dessa listor till arbetsledningen, vilket alltså gjorde det möjligt för dem att kontrollera deltagandet ytterligare.

Kontroller

Projektet innebär en rad olika kontroller av personalens deltagande och moral. En form av kontroll är de hälsoprofilbedömningar som genomförs med jämna mellanrum. Personalens inställning till deltagandet blir då utforskat av bedömare, liksom deras kroppar blir vägda och uppmätta. Vid hälsoprofilbedömningarna ges råd och propåer om vilka aktiviteter man bör ägna sig åt och vilka andra livsstilsförändringar deltagarna bör genomföra. En annan kontroll är de förtroendekontrakt som personalen fyller i och skriver under. Samtalen som hålls i anslutning till förtroendekontrakten erbjuder ytterligare ett tillfälle för kontroll av deltagarens moral och deltagande. Ytterligare en kontrollform är de listor som personalen fyller i när de ägnar sig åt aktiviteter, liksom de scheman över deltagandet som upprättas. Personalens deltagande, när det gäller promenader och stavgång, kontrolleras genom regeln om att de måste hålla sig till vissa i förväg definierade geografiska rundor. Den dagliga interaktionen mellan arbetsledare och deltagare, liksom mellan de olika deltagarna,

erbjuder också möjligheter till informell kontroll av deltagandet. Dessa kontroller är nu en integrerad del av projektets design.

Aktiviteter

Vid en genomgång av vilka aktiviteter de deltagarna ägnade sig åt visade det sig att det saknades uppgifter om 5 av de 69. Men vad gjorde de resterande 64?

Hur många olika aktiviteter valde man? Det visade sig att 50 deltagare valde att ägna sig åt en enda aktivitet medan 13 deltagare valde två och en valde tre olika aktiviteter.

Det visade sig att den mest populära aktiviteten var *styrketräning*. Hela 36 deltagare valde att ägna sig åt styrketräning, varav 29 ägnade all sin friskvårdstid åt detta och sju valde att kombinera det med andra aktiviteter. Av de sju var det fem som kombinerade styrketräningen med promenader.

Den näst vanligaste aktiviteten var *promenader*, vilket 28 deltagare valde att ägna sin friskvårdstid. Av dem var det 17 som hade promenader som enda val och 11 som kombinerade promenader med annat. Av de 11 var det fem som kombinerade promenader med styrketräning. De övriga kombinerade promenader med stavgång, jogging, gympa och olika utbildningar.

Det var bara fem deltagare som valde *gympa* och endast en som valde gympa som enda aktivitet. De andra valde att kombinera gympan med styrketräning, promenader och stavgång.

Det var fyra deltagare som valde *stavgång*, varav två som enda aktivitet. De två andra kombinerade stavgången med promenader eller gympa.

Det var fyra deltagare som deltog inom olika *utbildningar* inom Plus alla, varav två som enda aktivitet. De andra två ägnade sig också åt promenader.

Det var en enda deltagare som ägnade sig åt *skivstångsgympa* (i kombination med styrketräning och *spinning*). Det var också en enda som ägande sig åt *jogging* (i kombination med promenader).

Sammantaget ser vi att de tre årens friskvårdsprojekt landat i en modell där de allra flesta deltagarna ägnade sig åt styrketräning eller promenader. Av de 63 deltagarna var det bara sex som inte ägnade sig åt varken styrketräning eller promenader.

Förutom dessa aktiviteter kunde personalen välja att ägna sig åt viktväktarna och rökavvänjning vid distriktssköterskemottagningen. Under hösten 2005 var det en som hade ägnat sig åt rökavvänjning, även om det vid mättillfället inte fanns någon som gjorde det.

Observera att de flesta aktiviteterna är individuella, d.v.s. kan genomföras av ensamma individer. De är också flexibla avseende tid, d.v.s. man kan påbörja dem när som helst. Ur organisationens perspektiv är det naturligtvis fördelaktigt eftersom man då kan avvara personalen när det är minst arbetsbelastning. En av arbetsledarna sa att hon medvetet försökte styra personalen att ägna sig åt den typ av aktiviteter som är flexibla.

Hälsoprofilbedömningar

Vid projektets slut var ambitionen att fortsätta med hälsoprofilbedömningarna en gång per år. I november 2005 visste man ännu inte vem eller vilken organisation som skulle genomföra dem. Projektassistenten sammanställde fortlöpande uppgifter om vilken personal som hade genomfört hälsoprofilbedömning vid vilket tillfälle. Ambitionen var att arbetsledarna i framtiden skulle kalla personalen till förnyade hälsoprofilbedömningar.

Subventioner

De subventioner som fanns för deltagarna vid projektets start hade reducerats i hög utsträckning. De som tränade hos Friskis och svettis fick lösa träningskort till samma subventionerade pris som annan kommunalt anställd personal. De som tränade hos Aktiv Rehab fick betala 80 kr/månad och till det priset träna två gånger per vecka. Deltagandet i viktväktarna var fortsatt subventionerat och kostade nu 660 kronor för 16 gånger. Den som ville ägna sig åt rökavvänjning vid vårdcentralen fick halva kostnaden för nikotinplåster betald av projektet.

Projektassistent

Vid slutet av oktober 2005 fanns det fortfarande en projektassistent som arbetade 20 % inom projektet. Hennes uppgifter bestod främst av att samla in de listor som deltagarna fyllde i vid de olika träningsanläggningarna och sammanställa dem åt arbetsledarna. Hennes arbete bestod också av att hålla ordning på vilka som gått på hälsoprofilbedömningar och dela ut informationsmaterial till deltagarna.

Ersättare

Vid projektets slut hade man inte längre några jobbotatörer kvar i organisationen. Två av de som arbetat som jobbotatörer hade blivit kvar i organisationen. Men det är ingen som är utpekad som "ersättare". Arbetsledarna sade att friskvården nu var integrerad i schemat och att det var svårt att avgöra exakt hur mycket extra arbetskraft de behövde för att möjliggöra projektet.

Arbetsledarnas roll

Vid projektets slut hade arbetsledarna fortfarande ingen egen friskvård. Deras roll var renodlat organisatorisk. Genom att planera verksamheten gjorde de det möjligt för personalen att ägna sig åt friskvård. Det gällde både den långsiktiga planeringen, d.v.s. att avgöra hur stor bemanning som behövs, men även att dagligdags möjliggöra för personal att ägna sig åt friskvård, t.ex. om

någon bland personalen är sju. De kontrollerade också personalens deltagande.

I anslutning till att personal ändrade tider och aktiviteter skrevs nya förtroendekontrakt, vilket föranledde samtal om friskvården. Ibland diskuterades friskvården också under arbetsplatsträffar. När de upptäckte att någon verkade omotiverad "pushade" de dessa deltagare. Arbetsledarna sa att det var ytterst få som "fuskade" eller "slirade". En av arbetsledarna uppskattade deras antal till ungefär 10 %.

Arbetsledarna hade svårt att avgöra hur stor del av deras arbetstid som gick åt till friskvården. Den är integrerad med resten av deras arbete, sa de. Assistenten utförde mycket av det administrativa arbetet med projektet.

7. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

Arbetsledarnas roll

Projektet innebar att arbetsledarnas yrkesroll utvidgades på tre olika sätt. För det första fick de en *organiserande* funktion som bestod av att integrera friskvården i den dagliga verksamheten: De fick i uppgift att integrera ny personal i arbetsgrupperna, vilka skulle ersätta den övriga personalen medan de ägnade sig åt friskvård. De fick också i uppgift att planera projektdeltagande tillsammans med personal både i anslutning till att förtroendekontrakten skrevs och i den löpande dagliga verksamheten, t.ex. när oförutsedda händelser inträffade som fick konsekvenser för deltagandet i projektet.

För det andra fick de en *kontrollerande funktion* som bestod av att övervaka huruvida personalen ägnade sig åt aktiviteter eller ej. (Se även Leppänen 2004.) Personalens deltagande kontrollerades i anslutning till att man skrev förtroendekontrakt, sammanställde projektscheman, sammanställde närvarolistor och samtalande med personal om projektet vid arbetsplatsträffar och vid informella möten, mm. Denna kontrollerande roll återspeglades i hur arbetsledarna kom att tala om sina medarbetare. De talade om enskilda deltagare som ”fuskade” och som ”man måste hålla i öronen”.

För det tredje aktualiserades funktionen som *motiverare*. Arbetsledarna förväntades ge personalen stöd att delta i projektet. De förväntades uppmuntra dem att delta och ge dem tips och idéer om friskvården.

Det visade sig snabbt att de organiserande och kontrollerande funktionerna var relativt enkla att integrera med deras tidigare yrkesroll. De innebar aktiviteter som har stora likheter med andra aktiviteter som de har tidigare vana av. Men den motiverande funktionen var svårare att förverkliga och redan under 2003 noterade projektledaren och enhetschefen att arbetsledarna inte arbetade med motivationsarbete i tillfredställande utsträckning. Sedan dess har detta bristande ”hälsofrämjande ledarskapet” diskuterats. I viss mån har man försökt påverka arbetsledarna att ta sig an denna arbetsuppgift, både genom att diskutera frågan med dem och genom att under 2004 ge dem kortare utbildningar.

En viktig anledning till att arbetsledarna inte helt och fullt anammade denna nya arbetsuppgift, d.v.s. ”motivera” eller ägna sig åt ”hälsofrämjande ledarskap”, är att den innefattar arbete som har att göra med friskvårdens innehåll. Den innefattar arbete som de saknar utbildning inom och tidigare vana av. När projektet påbörjades fick arbetsledarna ingen utbildning i att arbeta med friskvårdens innehåll och saknade därför verktyg för det slaget av

arbete. De fick inte heller delta i friskvården och saknade därför kroppsliga erfarenheter av friskvård. Dessutom anställdes projektledaren, som åtog sig allt arbete som hade med friskvårdens innehåll att göra. På ett tidigt stadium diskuterades hur särskilda hälsoinspiratörer skulle arbeta med att inspirera och stötta personalen att delta. M.a.o. hade man på ett tidigt stadium valt att inte utbilda arbetsledarna avseende friskvårdens innehåll utan tydligt signalerat att andra aktörer skulle arbeta med dessa frågor.

När man sedan uppmärksammade att projektet började närma sig sitt slut och att idén med hälsoinspiratörerna inte fungerade, så riktades fokus på arbetsledarna. Man började anse att i en hållbar friskvårdsorganisation bör en betydande del av det motiverande arbetet åläggas arbetsledarna. När projektledaren skulle avvecklas fann man ingen annan lösning.

Arbetsledarna har hela tiden uttryckt ett visst motstånd mot denna arbetsuppgift. Man har då motiverat det med just avsaknad av utbildning, erfarenhet och tid. Men detta motstånd har inte inneburit något motstånd mot projektet som sådant. Arbetsledarna har varit entusiastiska inför projektet och unnat personalen att delta i det.

Det har t.o.m. skett en viss förändring i arbetsledarnas syn på deltagandet. Över tid har de börjat betrakta deltagandet som allt viktigare och t.o.m. en arbetsuppgift i likhet med vilken annan arbetsuppgift som helst. Vid intervjuer gav man uttryck för att de har börjat betrakta "fusk" som jämställt med underlåtelse att utföra vilken annan arbetsuppgift som helst eller som arbetsvägran.

När man i efterhand betraktar introduktionen av den friskvårdande delen av projekt Plus alla kan man se att den var framgångsrik i många avseenden, dock inte avseende hur arbetsledarna introducerades.

Om man vill integrera ett hälsofrämjande ledarskap i arbetsledarnas yrkesroll bör man förmodligen börja med att utbilda dem teoretiskt, både avseende kropp, hälsa och friskvård men även pedagogiska aspekter av att leda sådana förändringar, och att själva erfara friskvården genom att ägna sig åt den under en period före den övriga personalen introduceras. I Plus alla upptäcktes, när projektet redan påbörjats, att arbetsledarna saknade denna kompetens och då försökte man reparera den genom några kortare utbildningar. Det resulterade i att arbetsledarna kom att få insyn i grunderna i denna nya roll.

Projektledarens roll

Redan i den förra rapporten om projektets organisation beskrevs projektledarens olika funktioner (Leppänen 2004).

Redan från projektets start bestod hennes roll av att *organisera friskvårdens innehåll*. Till stor del var det hon som designade projektet och hanterade kontakterna med organisationerna som försåg projektet med friskvård. Denna

funktion var särskilt viktig vid starten, men när projektet var påbörjat kom denna del av arbetet att ta mindre tid. Till viss del bestod projektledarens roll vid starten också av att *arrangera friskvård*. Bl.a. arrangerade hon kurser i Qigong och micropauser.

Projektledarens roll bestod vid starten också av att *kontrollera* deltagandet i aktiviteterna. Denna funktion pågick i viss utsträckning under hela projektperioden. Men snart visade det sig att det var naturligt att överlåta en del av detta arbete på projektassistenten och arbetsledarna.

Projektledarens roll bestod vid starten också av att *motivera och inspirera* individuella deltagare att ägna sig åt friskvård. Denna roll var påtaglig vid starten, då projektet lanserades för personalgruppen, men även vid hälsoprofilbedömningarna då hälsa och val av aktiviteter diskuterades med enskilda deltagare. Detta arbete inbegrep naturligtvis också en slags *kontroller av deltagarnas "friskvårdsmoral"*, d.v.s. hur de upplevde friskvården och motivation att fortsätta med den. Detta övervakande, inspirerande och motiverande arbete pågick under hela projektperioden.

Som sagts försökte projektledaren hitta metoder att integrera sina funktioner i den befintliga organisationen så att de inte bara fungerade som en överbyggnad till den existerande organisationen (Leppänen 2004:114). Detta gjordes till en början genom försöket med hälsoinspiratörerna, men senare genom utbildningar för arbetsledarna. Ju längre projektet pågick, desto mer övertygad var hon om att introduktionen av arbetsledarna var bristfällig.

Det är här viktigt att notera att projektledaren inte enbart var en *utförare* av alla dessa saker. Hennes engagemang för projektet var mycket stort och eftersom hon hade relativt stor frihet att förverkliga sina idéer så fick hennes initiativförmåga ett stort spelrum. I och för sig blev hon anställd i projektet först efter att dess grunddrag var formulerade, men hon fick ändå utrymme att själv utforma dess detaljer. Alla, både personal och ledning, beskriver henne som en *eldsjäl*, en person som brinner för sitt arbete. Hon såg hälsa som något mycket viktigt och friskvården som något viktigt, en framtidsfråga för hemtjänsten. All denna entusiasm har upplevts som en viktig del av projektets framgångar.

Projektledaren var i högsta grad en *friskvårdsentreprenör*. Hon tog själv initiativ till att utvärdera olika aspekter av projektet och marknadsföra det både utanför organisationen och inom den. Genom kontakter med olika aktörer försökte hon förmå dem att fortsätta projektet efter avslutad projekttid. Hon hade återkommande samtal med arbetsledare, enhetschef och andra inom förvaltningen där hon lanserade sina idéer om friskvård.

Rutiniseringen av friskvården

Intervjuerna inleddes med frågan "Hur går det med projektet?" En första iakttagelse om svaren på denna fråga är att intervjupersonerna inte talade om

kvalitetstiden utan i stället valde att fokusera friskvården. När man berättade om kvalitetstiden var det som svar på frågor som särskilt handlade om den. Nu kan man tolka denna tystnad på olika sätt. En möjlig tolkning är att man valde att tala om det som faktiskt pågick, d.v.s. friskvården, och att man var tysta om det som inte pågick. Denna tolkning kan dock ifrågasättas, i synnerhet när det gäller intervjuerna som genomfördes i maj 2004, eftersom man då försökte påbörja kvalitetstiden. En annan möjlig tolkning är att man valde att tala om det som var framgångsrikt, d.v.s. friskvården, och vara tysta om det som var mindre framgångsrikt. Det är möjligt att man hade ett visst dåligt samvete över att man inte lyckats integrera kvalitetstiden i organisationen, trots de uttalade ambitionerna och resurserna. En tredje möjlig tolkning är att tystnaden avspeglar en viss oförståelse för vad kvalitetstiden är tänkt att bestå av. Möjligen var vissa av intervjupersonerna därför också ointresserade av den och, i vissa andra fall, ogillande till idén.

Som svar på denna fråga, ”Hur går det med projektet?”, sa intervjupersonerna att friskvården snabbt hade integrerats i organisationen och att deltagandet snabbt hade blivit rutin för de flesta. Dock fanns det, som vi återkommer till nedan, vissa organisatoriska och individuella hinder mot deltagandet i projektets aktiviteter.

Vid projektets slut hade deltagandet i aktiviteterna allt mer kommit att betraktas som en självklar *del av arbetet* inom hemtjänsten. Vid projektets start hade stämningen karakteriserats av att man öppet pratade om hur positivt projektet är (vilket kallades ”smekmånad”). Redan efter ett halvt år började det övergå till ett tyst samförstånd om att det är något positivt. Därefter hade man börjat betrakta friskvården som en arbetsuppgift.

Ett kroppsligt lärande

Samtidigt som intervjupersonerna beskriver hur personalen rutiniserat friskvården så beskriver de i brottstycken hur personalen genomgått ett visst lärande avseende friskvården. De beskriver hur enstaka personer lärt sig att förnimma olika förändringar i den egna kroppen som uppkommer till följd av träningen, t.ex. att man har sänkt sin vikt eller ökat sin muskelstyrka. De beskriver hur någon lärt sig att man ”mår bra” av träningen. Någon beskriver hur personal upplevt att de ”rensat hjärnan” genom träning. De beskriver hur några har lärt sig att vissa sjukdomssymtom kan mildras eller elimineras genom träning. Personal har också provat olika träningsformer och lärt sig både våga testa nya träningsformer och uppleva de olika kroppsliga effekter som olika träningsformer ger.

Om deltagarnas val av friskvårdande aktiviteter

När projektet påbörjades kunde personalen välja mellan en lång rad olika aktiviteter: gympa på olika nivåer, stryketräning, skivstång, spinning, vattengympa, simning, stavgång, promenader, viktnedskning och rökavvänjning. Dessutom fick de erbjudanden om massage, fotvård, Qigong-kurser, kurser i stretching, micropauser, stresshantering, etc. Men ganska snart

visade det sig att vissa aktiviteter blev mer populära än andra. Vid projektets slut var det 36 av 64 deltagare som ägnade sig åt styrketräning (varav 29 inte ägnade sig åt någon annan aktivitet) och 28 som ägnade sig åt promenader (varav 17 inte ägnade sig åt någon annan aktivitet) och 5 kombinerade promenader med styrketräning. Sammantaget var det alltså 51 av 64 deltagare som endast ägnade sig åt styrketräning och/eller promenader.

Nu finns det en rad olika anledningar till dessa val. En anledning är att vissa aktiviteter är av engångskaraktär, t.ex. viktnedgång och rökavvänjning. Vanligtvis gör man ett försök att minska sin vikt eller sluta röka och deltar i denna aktivitet under en period då man antingen lyckas eller misslyckas. Oavsett utfall slutar man med den. Andra aktiviteter av engångskaraktär är de som endast erbjuds under en kortare period, t.ex. massage och fotvård men även kurser i stretching, micropauser och stresshantering.

En annan anledning till att vissa aktiviteter föll bort var att de var lokaliserade till platser som låg för långt bort. Simningen kunde utföras på Kockum Fritid. En anledning till att man valde bort simningen var att det tog lång tid att ta sig dit och sedan tillbaka.

En tredje anledning till att vissa aktiviteter valdes bort är att de utövas på fasta tider, t.ex. gym, spinning och vattengym. I den mån dessa aktiviteter ligger under tider som passar hemtjänsten, t.ex. under eftermiddagar, skulle man faktiskt kunna lämna arbetet för att delta i dessa tidsbundna aktiviteter. Men eftersom hemtjänsten är en verksamhet där många olika oförutsedda saker kan inträffa, t.ex. att arbetsmängden plötsligt ökar till följd av att personal saknas eller man får ett ökat antal vårdtagare, så kan planeringen ibland slås i spillror. Arbetsledarna förespråkade därför att aktiviteter skulle ligga på eftermiddagarna. De förespråkade också de "fria" aktiviteterna. Eftersom valen av aktiviteter fattades i samråd mellan deltagarna och arbetsledarna kom fasta aktiviteter ibland att väljas bort.

Det fanns också anledningar till att vissa aktiviteter valdes hellre än andra. Styrketräning blev populärt av flera anledningar. Det är en fri aktivitet som kan utövas vid valfri tidpunkt och därför passar arbetets villkor inom hemtjänsten. En fördel med gymträning är att det kan bidra till att sänka kroppsvikten och att det formar kroppen till att i högre grad uppfylla vissa skönhetsideal. Det stärker också muskulatur som är användbar i det dagliga arbetet och kan i vissa fall lindra symtom av skador i det muskeloskeletala systemet. Personalen kunde här välja mellan styrketräning vid Friskis & Svettis eller Aktiv Rehab, där det också fanns sjukgymnaster närvarande och där miljön är mer avslappnad. Det visade sig att ungefär hälften av deltagarna valde Friskis & Svettis och den andra halvan valde Aktiv Rehab.

Promenader blev populärt av andra anledningar. En anledning var att promenader är en fri aktivitet och därför kan utövas vid vilken tidpunkt som helst. Promenadens längd kan också avpassas efter hur mycket tid man har. En

annan anledning är att man inte behöver något ombyte när man ska ägna sig åt promenader. En tredje anledning är att promenader kan fungera som ersättningsaktivitet, d.v.s. något som deltagare kan ägna sig åt istället för andra träningsformer, t.ex. om de är sjuka, skadade eller har glömt sina träningskläder. Promenader ger också möjlighet till mental avkoppling och att vara utomhus och få ljus. Ytterligare en möjlig anledning till deras popularitet är att de erbjuder möjligheter till fusk. Det är svårt att kontrollera vad en deltagare som säger sig gå på promenad egentligen gör. Dessa misstankar om fusk var också anledningen till att man uppfann nya metoder att kontrollera promenaderna och stavgången. Man beslutade sig för att stavgången och promenaderna skulle ske enligt vissa rundor och att de alltid skulle påbörjas och avslutas vid hemtjänstens hus.

Hinder

Tidvis har deltagarna blivit förhindrade att delta i projektets aktiviteter. Vid intervjuerna framkommer en rad olika hinder, både organisatoriska och individuella.

Det viktigaste *organisatoriska* hindret var att det saknades ersättande personal under vissa perioder. När projektet påbörjades anställdes sju stycken jobbtrotörer som skulle ersätta personalen när de ägnade sig åt aktiviteter. Rent matematiskt borde dessa jobbtrotörer räckt mer än väl för att göra det möjligt för personalens att delta i aktiviteterna, i synnerhet när kvalitetstiden hade lagts ner. Om man räknar med 65 deltagare och de ägnar sig åt aktiviteter under tre timmar per vecka så behöver man avlasta 195 timmar per vecka. För detta ändamål behövs, vid en veckoarbetstid om 37 timmar, 5,27 ersättare. Med tanke på att antalet ersättare var mellan fem och sju så borde de, rent matematiskt, räckt.

Men de har ändå inte räckt till och det finns en rad olika anledningar till det. En anledning var att vissa av jobbtrotörerna låstes upp av egna vårdtagare. En annan anledning var att man ibland åtog sig mer arbete i grupperna utan att öka grundbemanningen. M.a.o. blev jobbtrotörerna successivt en del av den "ordinarie" personalen. En tredje anledning var att jobbtrotörerna ibland användes som sjukvikarier, vilket medförde att de då var låsta till ordinarie arbetsuppgifter och inte kunde ersätta personal som skulle ha ägnat sig åt friskvård. En fjärde anledning var att man ibland hade många sjukfrånvarande och att man inte lyckades anlita tillräckligt med ersättande personal så att de, trots jobbtrotörerna, inte hann ägna sig åt aktiviteter. Till en del beror detta på att man hade ett ineffektivt system för att ersätta frånvarande personal. Som exempel använde man under en period bemanningsteamet som långtidsvikarier, varefter hela bemanningsteamet lades ner. Under en period beslutade man sig också för att inte ersätta personal vid kortare frånvaro. En femte anledning var att man hade arbetstoppar under förmiddagarna och att jobbtrotörerna ofta blev låsta under de timmarna. Personal kunde då endast i mindre utsträckning ägna sig åt aktiviteter. Med andra ord har det funnits en

rad organisatoriska anledningar till att jobbtrotörerna inte räckt trots att de ”på skrivbordet” borde gjort det.

Men samtidigt har man uppmärksammat dessa problem och försökt lösa vissa av dem under projektets gång. Under 2004 lade man scheman över alla projektaktiviteter så det blev synligt när personal ägnade sig åt dem. Man lärde sig också att försöka lägga aktiviteter till eftermiddagarna då det fanns mer tid att lämna arbetet. En arbetsledare hade infört en ”verksamhetstid” och en ”önsketid”. Man gjorde också översyner av grundbemanningen så att man skilde mellan de ordinarie anställda (som skulle räcka till verksamheten) och jobbtrotörerna (som skulle vara extraordinarie personal). Med andra ord hade man börjat lära sig hur man skulle synliggöra deltagandet och de resurser det krävde.

Men om man istället ser på de *individuella* hindren till deltagandet så var ett grundläggande problem att många bland personalen prioriterar deltagandet i projektets aktiviteter lägre än att utföra andra arbetsuppgifter. Man var ”lojal” med vårdtagarna eller sina kollegor och ogillade att lämna dem för att ägna sig åt ”egoistiskt tränande” när de ”slet hårt”. Det fanns också exempel på att annan personal bevakade att man inte ägnade sig åt medverkan i projektet situationer då det saknades personal eller det fanns mycket att göra.

Ett annat individuellt hinder identifierades som ”bristande motivation.” Man identifierade deltagare som ”inte hade lust” eller ”inte orkade” eller ”inte tar det på allvar.” Någon sågs som ”slapp.” Vissa, ansåg man, saknade erfarenhet av friskvårdens välgörande effekter och saknade därför motivation. Man identifierade personer som var med i projektet därför att de inte ville bli av med den fördel som det innebar. Man identifierade också personer som fuskade.

Många av dem angav olika ”svepskäl” eller ”bortförklaringar” till att de inte gick på aktiviteter. Dessa svepskäl kunde vara att ”de hade ont”, ”hade glömt sina träningskläder” eller ”hade för mycket att göra.” Vid en intervju sommaren 2005 kunde projektledaren identifiera tio stycken personer som gick på sina aktiviteter i mindre utsträckning än den tid som var avsatt för det. I ett par fall misstänktes fusk och i några andra fall angavs anledningen som ”bristande ork”, ”bristande motivation” och liknande.

En viktig iakttagelse är att man under projektiden började försöka göra något åt de organisatoriska hinder som fanns mot medverkan. Genom att förändra organisationen av projektet ökade man deltagandet. Men när projektet väl hade påbörjats, fanns inga verk samma metoder för att ta bort de individuella hinder som fanns mot deltagande i projektet. Man använde inga nya metoder, förutom hälsoprofilerna, för att försöka öka motivationen hos de deltagare som hade ”bristande motivation.” En möjlig anledning är att projektledaren under denna tid drog sig tillbaka allt mer samtidigt som arbetsledarna saknade redskap för individuellt motivationsarbete. Med andra ord var det

organisatoriska åtgärder som ökade deltagandet snarare än individorienterat arbete.

Kvalitetstiden

När projektet påbörjades hade man en uttalad ambition att förutom friskvården låta personalen ägna sig också åt kvalitetstid under två timmar per vecka. Men, som beskrevs i en tidigare rapport (2004), påbörjades inte kvalitetstiden vid projektets inledning. Det fanns tre huvudsakliga anledningar till att så blev fallet. För det första upplevde man att man inte förstod vad kvalitetstidens innehåll skulle vara. Även om man hade ägnat sig åt kvalitetstid inom ramen för det projekt som var föregångare till Plus alla, så upplevde ledningen att man inte hade någon klar bild av vad den skulle bestå av.

För det andra gjorde man inga större ansträngningar att tillsätta personella resurser för att lösa frågan om vad kvalitetstidens innehåll skulle vara och hur den skulle organiseras. När det gäller friskvården anställde man projektledaren för att denne skulle definiera friskvårdens innehåll och starta den. Projektledaren fick aldrig i uppgift att arbeta med frågor som hade med kvalitetstiden att göra. När det gäller kvalitetstiden gjordes inga sådana ansträngningar.

För det tredje upplevde man, under det första halvåret efter projektets start, att det pågick så många andra aktiviteter inom organisationen att man inte hade möjlighet att också arbeta med att införa kvalitetstiden. Arbetsledarna var inte intresserade av att ta initiativ till en ny arbetsuppgift i denna situation.

Denna oklarhet över kvalitetstidens innehåll fanns kvar under hela projektperioden. Likaså saknades personer som var ansvariga för att definiera kvalitetstidens innehåll och organisera den. Istället överlämpades denna arbetsuppgift på arbetsledarna, vilka inte själva tog initiativ till att arbeta med att introducera den. I något fall var man t.o.m. motståndare mot den.

Under våren 2004 gjorde man, som ett resultat av påtryckningar från enhetschefen och projektledaren, ett försök att introducera kvalitetstiden enligt en modell där man skulle ägna sig åt grupp-kvalitetstid var fjärde vecka och individuell kvalitetstid varje vecka. Dessa gruppträffar blev uppskattade och fylldes till stor del med olika utbildningar. Men redan i maj upptäckte man att man inte kunde fortsätta med dem eftersom bemanningsteamet, en vikariepool, lades ner. Det saknades tillräckligt många vikarier. I och för sig fanns det då jobbtatörer i grupperna, men de användes inte till att avlösa personalen för dessa gruppträffar. Den huvudsakliga anledningen var att de hade egna scheman med egna vårdtagare uppbokade. Den individuella kvalitetstiden hade man ägnat sig åt i relativt liten utsträckning under våren 2004. En viktig anledning var att man inte hade förstått vad den skulle bestå av. Idén var ”flummig”, sa man, och man visste helt enkelt inte hur den skulle användas. En annan anledning var att man saknade ersättare. En tredje

anledning var att man prioriterade andra arbetsuppgifter högre än kvalitetstiden.

Ett nytt förhållande mellan anställd och organisation

Projekt Plus alla har medfört att gränserna mellan organisationen och de anställda har förskjutits. Man kan säga att en större del av de anställda har blivit föremål för organisationens intresse.

Projektet innebär att medarbetarna fick *en ny typ av arbetsuppgifter*. De får ägna sig åt fysisk träning och annan friskvård istället för arbete med vårdtagare. Friskvården kommer därför att framstå som mycket lik den skolgymnastik som de flesta ägnat sig åt i grundskolan.

Med tanke på att projektet fångar upp intressen som medarbetarna haft sedan tidigare och erbjuder möjlighet att ägna sig åt dem under betald arbetstid kommer arbetsgivaren att framstå som *välvillig*. Aktiviteterna framställs som ett privilegium. Medarbetarna upplever dem också som mer önskvärda än andra arbetsuppgifter. Organisationen framstår som konstruktiv, förbättrande, som gåendes medarbetarna till mötes och viljandes deras eget bästa.

Den nya typen av arbetsuppgifter är *villkorade*. Medarbetaren vet att denne troget måste ägna sig åt aktiviteterna för att få fortsätta med dem. Medarbetaren vet att det hänger ett hot om indragna aktiviteter om denne inte går på dem. Deltagandet kontrolleras på olika sätt.

Projektet innebär att *nya delar av medarbetaren kommer att bli föremål för organisationens intresse*. Tidigare var det medarbetarens utförande av vård och omsorg som stod i fokus. Nu kommer medarbetarens biologiska kropp att undersökas, liksom dennes hälsorelaterade vanor och motivation att ägna sig åt att förändra sin kropp. Organisationen intresserar sig därmed för helt nya aspekter av medarbetarna; sådana delar som tidigare inte varit intressanta. Gränsen mellan medarbetarens "privatliv" och "arbetsliv" förskjuts. Det blir legitimt för organisationen att intressera sig för nya delar av medarbetarna som tidigare tillhörde "det privata". Tidigare var den anställdes kroppsvikt, rökvanor, matvanor, träningsvanor, m.m. något som organisationen inte fäste någon större vikt vid, mer än i den mån som de gav konsekvenser för arbetets utförande. Friskvården innebär att organisationen kommer 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, o.s.v.

Organisationen har också fått rätt att *tala* om de anställdas kroppar. Man talar om dem 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. Organisationen har fått rätt att påverka vanor som sträcker sig utanför arbetsplatsen.

Arbetsgivaren kommer att fungera som en konkret *normgivare* avseende kropp och hälsa. Arbetsgivaren positionerar sig i de olika diskurserna om friskvård. När arbetsgivaren erbjuder de anställda möjlighet att ägna sig åt viktminskning på arbetstid kommer denne att mobilisera de sanningar och normer som råder inom diskurserna. Sanningarna och normerna artikuleras nu av en konkret instans som är högst påtaglig för medarbetarens försörjning. Denna instans bidrar till att formulera den höga kroppsvikten som ett problem. Allra mest explicit sker detta vid hälsoprofilbedömningarna, då medarbetarna får "svart på vitt" på att de har vissa kroppsliga egenskaper.

När arbetsgivaren påbörjade friskvårdsprojektet uttryckte man en rad målsättningar som handlade om att tillgodose behovet av personal och att sänka kostnaderna för sjukfrånvaron. I en situation där man inte kan rekrytera tillräckligt med arbetskraft eller arbetskraft som ses som kvalificerad, blir detta projekt ett försök att försöka omstöpa de medarbetare som man redan har till medarbetare av önskvärt snitt. Man tar sitt ansvar för att producera arbetskraft som är lämplig för verksamheten. *Man skapar "rätt anställda"*.

Budskapet till medarbetarna är att *organisationen tar ansvar för att deras kroppar och hälsa skall vara "rätt"*. Organisationen tar ansvar för att göra rätt bedömningar av individernas kroppar och vanor. Organisationen tar ansvar för att motivera deltagarna. Organisationen tar ansvar för att kontrollera deltagandet. Organisationen får en fostrande roll när det gäller hälsorelaterade beteenden.

Individen *kan* i denna situation *frånsäga sig en del av sitt individuella ansvar* för friskvården. Individen kan förlita sig på att organisationen gör rätt bedömningar. Individen kan förlita sig på att den träning som man kan ägna sig åt under arbetstid är rätt träning och att fritiden inte skall behöva ägnas åt sådant. Det blir inte längre ett individuellt ansvar att ägna sig åt fysisk träning och friskvård. Det är inte längre något som man fattar privata beslut om under sin fritid. Frågan om ifall man ska ägna sig åt friskvård förflyttas från "ett val på fritiden" till "arbetsplatsens ansvar".

Ett resultat av projekt Plus alla är att det skett en förändring i relationen mellan organisationen och personalen. När projektet påbörjades fokuserades de anställdas kroppar endast avseende i vilken mån de kunde utföra arbetsuppgifterna. Särskilt fokuserades de anställdas kroppar när förmågan att utföra arbetsuppgifter var nedsatt, vid t.ex. sjukdom, funktionshinder, frånvaro eller rehabilitering. Inom organisationen fanns en hög grad av tystnad om "förbättrande" av de anställdas kroppar, både avseende vad organisationen kunde göra och vad de anställda själva kan och bör göra. Inom organisationen gjorde man också relativt litet för att påverka de anställda att "förbättra"/friskvårda sina kroppar. Men projektet innebar en gradvis förskjutning avseende denna relation mellan organisation och anställd. När friskvården lanserades upplevdes den inte som något som man självklart borde

ägna sig åt under arbetstid. Före start förhandlade man om den med fackföreningen och man fick anordna möten där projektet lanserades för personalen. Tre och ett halvt år senare, vid projektets slut, hade organisationen fått rätt att både tala om de anställdas kroppar och att förändra dem under arbetstid. Friskvården hade blivit en *obligatorisk arbetsuppgift* och man hade börjat tala om att ställa krav på arbetssökande avseende deras hälsa kroppsliga konstitutioner.

Den individuella friheten vs. organisatoriska krav

Man kan också säga att förverkligandet av projekt Plus alla innebär en konflikt mellan det individuella och det organisatoriska där det individuella fått ge vika för det organisatoriska. Låt mig förtydliga.

När projektet lanserades framställdes det som ett ”erbjudande” till personalen. Var och en fick ”välja” om de skulle delta. Ambitionen med hälsoprofilbedömningarna var att blottlägga olika fakta om deltagarnas kroppsliga tillstånd och hälsorelaterade beteenden, men projektledarens ambition var att inte tala om för deltagarna vad de bör göra för att förbättra sin hälsa. Projektledaren skulle vara en ”vägledare” och personalen skulle själva ”välja” vilka aktiviteter de skulle ägna sig åt. Hon talade därför om ”individanpassning”. Denna individualitet var som störst i diskussionerna om kvalitetstiden, där man tidvis förlitade sig helt på att personalen skulle lösa frågan om vad den skulle ägnas åt. Man artikulerade en ideologi som bestod av att deltagarna hade stor individuell frihet att utforma sitt deltagande i projektet. Detta uttryck för den individuella friheten var som starkast vid projektets start, när det lanserades för deltagarna.

Denna individuella frihet kom att begränsas av olika organisatoriska förhållanden. Med tiden kom deltagarna att allt mer få anpassa sig till organisationens krav på deltagandet. Organisationen har åtagit sig för stor arbetsmängd i relation till personalgruppens styrka, vilket medfört att personalen inte alltid kunnat ägna sig åt sina aktiviteter. Organisationen har inte rekryterat tillräckligt många vikarier och t.o.m. avvecklat sin vikariepool, vilket medfört konsekvenser för personalens möjligheter att delta. Snart visade det sig att personalen ofta inte kunde ägna sig åt aktiviteter eftersom arbetsbördan är som störst då. Snart visade det sig att man önskade att personalen ägnar sig åt aktiviteter som inte är tidsbundna, eftersom det ökar organisationens möjligheter att använda personalen flexibelt. Inrättandet av ”verksamhetstider” och ”önsketider” är ett uttryck för detta. Organisationen kontrollerade också deltagandet i allt högre utsträckning, t.ex. genom att inrätta ”fasta rundor” för promenaderna. Arbetsledarna skapade sig åsikter om ”goda” och ”dåliga” ursäkter och man började bedöma moralen hos vissa deltagare, t.ex. som ”slapp”. Slutligen blev projektet obligatoriskt, vilket innebar att man också framtog personalen möjlighet att själva välja om de ens vill delta.

Med andra ord ser vi hur projektet till en början lanserades som något "individuellt" och "fritt" men att det över tid kom att utformas allt mer på grundval av olika organisatoriska krav. Organisationen har skaffat sig rätt att vara normgivare angående de anställdas kroppar och hälsorelaterade beteenden samt att forma dem. Detta forfarande har allt mer kommit att ske inom ramen för organisationens villkor.

8. LITTERATUR

Arvidsson, Å. (2005) *PlusAlla Ett hälsofrämjandeprojekt för hemtjänstpersonal i stadsdelen Limhamn-Bunkeflo/Malmö*. Slutrapport. Malmö: Stadsdelsförvaltning Limhamn-Bunkeflo

Holmkvist, C. (2005) *Psykosocial arbetsmiljö och upplevd hälsa bland vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten*. Malmö Högskola. Folkhälsovetenskapliga programmet. (Magisteruppsats)

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

Johré, A. (2004) *Ekonomisk utvärdering av Plus Alla*, Labora Konsultforum (stencil)

Linné, S. & V. Leppänen (2004) *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

Leppänen, V. (2004a) *Från idé till start. Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid för vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo*. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd

Leppänen, V. (2004b) *Sjukfrånvaron året före och efter starten av Plus alla*. Malmö: Arbetslivsinstitutet (opublicerad)

Leppänen, V. (2006) *Deltagarnas sjukfrånvaro under fyra år. Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid för vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo*. Malmö: Arbetslivsinstitutet

Leppänen, V. & M. Kullberg (2006) *Deltagarnas erfarenheter under tre år. Om projekt Plus alla – friskvård och kvalitetstid för vårdbiträden och undersköterskor inom den öppna hemtjänsten i Limhamn-Bunkeflo*. Malmö: Arbetslivsinstitutet

Livsstilsenheten (2004) Webbsida den 15 maj www.livstilsenheten.se

Lövkrona, I. (2004) *En rapport om hälsoinspiratörernas utveckling i Plus alla*, Malmö: Malmö Högskola, Idrott och Samhälle (studentuppsats)

Thorén, Å. (2004a) *Plus alla Ett friskvårdsprojekt för hemtjänstpersonal i Limhamn-Bunkeflo. Delrapport 2* Malmö: Stadsdelsförvaltning Limhamn-Bunkeflo

Thorén, Å. (2004b) *Plus alla Ett friskvårdsprojekt för hemtjänstpersonal i Limhamn-Bunkeflo. Delrapport 3* Malmö: Stadsdelsförvaltning Limhamn-Bunkeflo