

Implementering av hälsofrämjande arbetsplatsprogram i vård och omsorgsorganisationer

- erfarenheter av HAK-projektet i Östergötland.

Elsy Söderberg

HÄLSA - ARBETSLIV- KVINNOLIV (HAK) är ett projekt, som drivs i samarbete mellan Folkhälsoinstitutet och fem län i form av lokala projekt på en mängd arbetsplatser. Projektet genomförs under åren 1997 till och med 2000. De kunskaper som projektet ger ses att användas i det fortsatta hälsofrämjande arbetet - på de berörda arbetsplatserna och av Folkhälsoinstitutet.

Utvecklingsarbetet i Östergötlands län har utformats genom tre lokala arbetsplatsprogram vid Lasarettet i Motala, Finspångs kommun och Norrköpings kommun. På arbetsplatserna ingår undersköterskor, sjuksköterskor och vårdbiträden som arbetar nära varandra i vardagen. Arbetet i projektet har organiserats i basgrupper baserade på befintliga arbetslag. Arbetet i basgrupperna domineras av ett självstyrande och undersökande arbetssätt. Grupperna ansvarar för sina målsättningar. De resultat som kommer fram i basgruppernas arbete diskuteras i tvärgrupper för reflektion, erfarenhetsutbyte och i möten med berörda chefer. På denna grund utformas sedan handlingsprogram för det hälsofrämjande arbetet. Därpå följande fas utgörs av själva genomförandet. Arbetsformerna i projektet pekar fram mot behov av ett ständigt pågående utvecklingsarbete med syfte att *låta kvinnor* komma till tals om sin hälsa och sätta egna mål för sin hälsoutveckling. De roller som politiker och beslutsfattare kan inta har emellertid en betydande inverkan när det gäller att arbeta för en integration av det hälsofrämjande arbetet på policy- och förutsättningsnivå (1).

Elsy Söderberg, fil.mag. MPH har varit regional projektledare för samverkansprojektet Hälsa-Arbetsliv-Kvinnoliv i Östergötland. Syftet med artikeln är i första hand att sammanfatta ett tillvägagångssätt, som kan öka kvinnors delaktighet och inflytande över den egna hälsan på och utanför arbetsplatsen.

Hälsofrämjande på arbetsplatserna

Hälsofrämjande insatser kan riktas till verksamheter, organisationer och olika arenor såsom arbetsplatser, skolor, bostadsområden etc. Nyckelbegrepp i ett hälsofrämjande arbete är "att möjliggöra och stärka". Ett sätt att arbeta med arbetsplatsen som arena är att utveckla hela arbetsplatsen/organisationen utifrån en

vid syn på hälsa och rikta sig till och engagera samtliga som arbetar på arbetsplatsen kring en vision av en hälsosam arbetsplats. Så arbetar man t ex i de projekt som benämns "Health promoting hospitals - Hälsofrämjande sjukhus" och "Hälsofrämjande skolor", koncept som utvecklats av WHO, Europarådet och EU och där det nu finns nationella och

internationella nätverk. I Ottawadeklarationens (1986) numera klassiska formulering är "Hälsofrämjande arbete en process som ger individen möjlighet att påverka sin hälsa". Väsentliga nivåer utgörs av arbete på policy-nivå, genom ledarskapsfrågor och psykosociala miljöaspekter, utveckling på individ- och gruppnivå samt i ett lokalt utformat arbete (2). Syftet med HAK projektet är att skapa en positiv hälsoutveckling för kvinnor anställda inom vård och omsorg, framförallt undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Dessa kvinnor utgör basen inom vården, de träffar dagligen patienter och spelar en stor roll i hälsoarbetet inom kommuner och landsting. Men det är också känt att dessa kvinnor själva ofta utsätts för hälsorisker i sitt arbete - den fysiska belastningen är tung inom vården, men också påfrestningar i form av ökade krav och små möjligheter att påverka den egna arbets-situationen. De fem olika länsprojekten inom HAK ser mycket olika ut, men gemensamt är att de fokuserar på kvinnornas livssituation som helhet och att deltagarna sätter egna mål för att främja sin hälsa. Syftet är vidare att skapa ett arbetsklimate där kvinnornas personliga och professionella förutsättningar och organisationens målsättningar kan samverka. Förutom Folkhälsoinstitutets inriktningsmål med utgångspunkter i aktuell arbetslivsforskning och forskning över genusbegreppet återfinns teoretiska utgångspunkter inom den forskning som i engelskspråkig litteratur går under benämningen "Workplace health promotion" (3). Thomsson och Menckel utformar, efter en empirisk analys som bygger på intervjuer, följande definition av hälsofrämjande på arbetsplatser (4):

-Hälsofrämjande på arbetsplatser inkluderar alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar och som syf-

tar till att bereda vägen för deras hälsa.

-Hälsofrämjande på arbetsplatser befattar sig med orsaker till ohälsa med fokuserar på möjligheter till god hälsa.

-Hälsofrämjande på arbetsplatser syftar till att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa.

I Östergötlands län genomförs projektet i form av tre lokala arbetsplatsprogram vid *Medicinkliniken på Lasarettet i Motala, inom äldreomsorgen i Finspångs kommun och Norrköpings kommun*. På de berörda arbetsplatserna ingår vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Arbetet i projektet har organiserats i basgrupper baserade på befintliga arbetslag. Det är i dagsläget ett drygt 20-tal basgrupper som deltar i projektet. För ledning av projektet finns förutom en regional projektledare, en regional styr- och projektgrupp samt lokala projektledare.

Den självskattade hälsan i före- och eftermätning

I samband med att projektet startas på en arbetsplats har projektdeltagarna (n=200) besvarat ett antal frågor avseende; den egna livsstilen, möjlighet till kontroll och inflytande, upplevelse av stress, känsla av sammanhang (KASAM), coping och självskattad hälsa. Motsvarande frågor kommer att ställas i en eftermätning år 2001. Här nedan redovisas deltagarnas uppfattning om den självskattade hälsan mätt med ett frågeformulär, SF 36, som validerats och reliabilitetstestats i olika studier (5, 6). Det har visat sig vara ett användbart instrument med god överensstämmelse mellan självskattad hälsa och andra mer objektiva mått på hälsa.

Av *tabell 1* framgår att kvinnorna som deltar i projektet (medelålder 44 år) hade en sämre självskattad hälsa än riksgenomsnittet

Instrumentet (SF 36) innehåller 36 frågor och beskriver hälsoläget i 8 dimensioner:

-Allmän hälsa	Övergripande beskrivning av den egna hälsan
-Fysisk funktion	Beskriver i vilken utsträckning ohälsan begränsar fysiska aktiviteter
-Fysisk rollfunktion	Beskriver i vilken utsträckning ohälsan påverkar yrkesarbetet
-Smärta	Beskriver intensitet och effekt av smärta i normalt arbete
-Vitalitet	Beskriver känsla av energi kontra känsla av trötthet och av att vara utsliten
-Social funktion	Beskriver i vilken utsträckning fysisk hälsa eller känslomässiga problem inverkar på sociala aktiviteter
-Emotionell funktion	Beskriver i vilken utsträckning känslomässiga rollfunktions problem inverkar på arbete och eller andra dagliga aktiviteter
-Psykisk hälsa	Beskriver psykiskt välbefinnande

Tabell 1. Självskattad hälsa (enligt SF 36) bland kvinnliga deltagare i respektive HAK-projekt i Östergötlands län, 1998.

Hälsodimension	Norrköpings Kommun	Finspångs Kommun	Lasarettet i Motala	Hela gruppen	*Normala värden
Allmän hälsa	73 (69-76)	73 (68-78)	73 (67-79)	73 (70-76)	79 (78-80)
Fysisk funktion	89 (86-92)	86 (80-93)	87 (82-92)	88 (85-90)	91 (91-92)
Fysisk rollfunktion	87 (82-93)	80 (71-86)	77 (61-93)	83 (78-88)	88 (87-89)
Smärta	70 (65-76)	70 (62-77)	72 (61-83)	70 (66-75)	75 (74-76)
Vitalitet	66 (62-70)	62 (55-68)	59 (53-64)	63 (60-66)	69 (68-70)
Social funktion	90 (87-94)	82 (76-88)	87 (81-93)	87 (84-90)	89 (89-90)
Emotionell rollfunktion	87 (81-93)	85 (77-93)	88 (78-98)	86 (82-91)	89 (88-90)
Psykisk hälsa	80 (77-83)	72 (67-83)	80 (75-85)	77 (75-80)	79 (78-80)

*Normalvärden för yrkesverksamma kvinnor, 20-64 år i Sverige.

(ju högre poäng desto bättre hälsa). Skillnaden mellan kvinnorna som deltar i projektet och riksgenomsnittet var särskilt påtaglig i dimensionerna "allmän hälsa", "fysisk rollfunktion", "smärta" och "vitalitet". Skillnaden mellan kvinnorna, i de tre delprojekten, var störst i dimensionen "fysisk rollfunktion", däremot fanns ingen skillnad mellan kvinnorna i de tre projekten vad gäller skattning

av den allmänna hälsan.

Av intresse är även att se relationen mellan den självskattade hälsan och sjukfrånvaron. I projektet ingår vårdyrken med känd risk för sjukskrivning (7). Kvinnorna i projektet har delats in i tre grupper efter antalet rapporterade sjukdagar under det senaste året (tabell 2). Medelåldern för kvinnor som inte rapporterat några sjukdagar uppgår till 44 år, för

Tabell 2: Självs kattad hälsa (enligt SF 36) i förhållande till sjukfrånvaro bland kvinnliga deltagare i HAK projektet i Östergötlands län, 1998.

Hälsodimension	Inga sjukdagar	1-7 sjukdagar	8 -30 sjukdagar	Hela gruppen	*Normal värden
Allmän hälsa	78 (75-82)	74 (70-78)	61 (53-71)	73 (70-76)	79 (78-80)
Fysisk funktion	91 (87-94)	89 (85-93)	79 (69-89)	88 (85-90)	91 (91-92)
Fysisk rollfunktion	85 (78-92)	88 (81-94)	63 (42-83)	83 (78-88)	88 (87-89)
Smärta	75 (69-80)	72 (66-79)	60 (43-77)	70 (66-75)	75 (74-76)
Vitalitet	69 (64-73)	59 (53-64)	51 (42-60)	63 (60-66)	69 (68-70)
Social funktion	91 (88-95)	85 (81-90)	80 (67-92)	87 (84-90)	89 (89-90)
Emotionell rollfunktion	90 (85-96)	82 (73-91)	79 (62-96)	86 (82-91)	89 (88-90)
Pysisk hälsa	82 (78-85)	89 (57-100)	75 (66-83)	77 (75-80)	81 (81-82)

*Normal värden för yrkesverksamma kvinnor, 20-64 år i Sverige (6)

kvinnor som rapporterat sjukdagar är medelåldern 42 år.

Kvinnor med 8-30 sjukdagar hade den sämsta självskattade hälsan i samtliga dimensioner (tabell 2). Gruppen utan sjukfrånvaro hade en bättre självskattad hälsa i samtliga dimensioner. Skillnader i självskattad hälsa mellan kvinnor utan sjukfrånvaro och de med 8-30 dagars sjukskrivning under det senaste året var stor i samtliga hälsodimensioner. Störst var skillnaderna i dimensionerna "fysiskt rollfunktion", "vitalitet", "allmän hälsa" och "smärta".

Implementering av hälsofrämjande arbete

Att påbörja ett utvecklingsarbete på arbetsplatser ur ett hälsofrämjande perspektiv är en process som i sina huvuddrag följer samma faser som annat förändringsarbete. Vanligtvis beskrivs förändringsarbete i fem olika faser,

där den första är planeringsfasen och utmärks av att projektidén formuleras och initieras. Den andra fasen, förankrings- och mobiliseringsfasen innebär att skapa intresse och mobilisera engagemang för att förverkliga idéerna inför genomförandet. Därefter följer de två sista faserna, stabilisering och avslutning (8,9). De aktiviteter som på olika sätt initierades för att påbörja arbetet med att införa projektet på olika nivåer i vård- och omsorgenheter i Östergötland kom under ett och ett halvt år att koncentreras till de två första faserna, förankring och mobilisering. Inledande planering skedde formellt genom bildandet av en regional styrgrupp med strategiskt viktiga personer. Ett annat viktigt inslag i projektets inledande arbete utgjordes av det utåtriktade förankringsarbetet. Genom att målsättningen och idén med det hälsofrämjande arbetet förankrades lokalt underlättades det fortsatta arbetet. I detta förankringsarbete

kontaktades lokala politiker och tjänstemän för att försäkra sig om medverkan i det kommande arbetet. I den tredje fasen, mobiliseringen, har en grundläggande pedagogisk fråga varit att analysera skillnaden mellan att arbeta för att främja hälsa gentemot ett traditionellt förebyggande arbete där strävan framförallt gäller att minska riskfaktorer för ohälsa. Att initiera ett projekt med denna ansats bygger på ett känsligt samspel mellan initiativ ("uppifrån") och initiativ från kvinnorna själva ("nedifrån"). Bearbetning av dessa frågor och liknande har varit nödvändiga för att utveckla en gemensam handlingsgrund på arbetsplatserna. I många avseenden bygger detta arbete på att skapa förutsättningar för ett handlingsinriktat lärande där det inte finns en traditionellt "expert" som förmedlar sin syn på hälsa till en passiv mottagare (10).

Att bedriva hälsofrämjande arbete parallellt med organisationsförändringar i besparings-tider ger en betydande insikt i att organisatoriska förhållanden har ett starkt samband med det sociala klimatet på arbetsplatsen. Projektet har implementerats under en tid som präglats av besparingar i den offentliga sektorn och som i en av MOA rapporterna (11) karaktäriseras av: Ständiga omorganisationer som slår sönder fungerande team/kontakt nät parallellt med en frustration över ett arbete som blir allt tyngre och med ett socialt klimat som präglas av tvivel på framtiden. I en av slutrapporterna från samma projekt beskrivs det faktum att bristande stöd och avsaknad av arbetsglädje tycks hänga samman med stora förändringar på arbetsplatsen, personalminskningar och

Organisatoriska förhållanden har ett starkt samband med det sociala klimatet på arbetsplatsen

Samma faktorer som bidrar till att man blir förändringsbenägen i arbetssituationen kan antas gälla även i främjande av hälsa på arbetsplatsen

bristande resurser för att göra ett bra arbete (12). I implementeringsarbetet har avsevärda ansträngningar lagts på att balansera produktionsperspektivet inom vård- och omsorgsarbete och se till att det finns *utrymme, tid och plats för deltagande kvinnor att komma till tals.*

Att sätta mål för sin egen hälsoutveckling

På arbetsplatserna ingår yrkesgrupper (undersköterskor, sjuksköterskor och vårdbiträden) som arbetar nära varandra i vardagen. För att förändring ska ske krävs att det hälsofrämjande arbetet utformas så att det skapar motivation och ger möjligheter för deltagande kvinnor att utvecklas. Samtidigt måste processen ge deltagarna redskap för att kunna förändras. Därför har vi i Östergötland valt en gemensam design för utvecklingsarbetet i form av en problembaserad arbetsmetod. Med denna förändringsstrategi får deltagande kvinnor utrymme att själva värdera möjligheter till utveckling av sin hälsa. Inflytande och kontroll kombinerat med utmaningar skapar förutsättning för lärande vad gäller den egna hälsan och möjligheter att vilja förändra det man ser. Samma faktorer som bidrar till att man blir förändringsbenägen i arbetssituationen kan antas gälla även i främjande av hälsa på arbetsplatsen (13).

Att arbetsgruppen är central i insatser för att förbättra kvinnors villkor på en arbetsplats är väl belagt. När kvinnor i grupp försöker skissa och bearbeta en vision av hur de vill

ha det hittar de möjligheter som annars inte urskiljer sig när var och en sitter i sin egen privata värld (14,15). Lärandet mellan individerna i gruppen ger möjlighet att reflektera och experimentera med tankar, vilket är grunden för ett erfarenhetsbaserat lärande. Eftersom delaktighet är av stor betydelse för att uppnå projektets syften är gruppaktiviteter som ökar viljan och förmågan att komma till tals i grupp värdefulla inte bara för den egna hälsan utan också i ett generellt verksamhetsperspektiv (16).

Vilka mål som ska gälla i ett hälsofrämjande arbete är inte självklart. I de grupper som hittills arbetar med problembaserad metodik har övergripande mål definierats för det hälsofrämjande arbetet redan innan arbetet börjat i gruppen. Dessa mål har varit att:

- lära sig att se orsakerna, på och utanför arbetsplatsen, till sin hälsa – att man mår bra och

- att hitta vägar för att främja sin hälsa, på och utanför arbetsplatsen.

Arbetet i basgrupperna (maximalt 8 deltagare) domineras av ett självstyrande och undersökande arbetssätt. Behov av kunskap i olika frågor inventeras och innehållet i gruppens arbete styrs av de mål man arbetar mot. Arbetsgrupperna ansvarar för sina målsättningar. Till sin hjälp har gruppen en handledare vars roll är att stötta gruppen som helhet genom att se till att grupprocessen inte hindrar gruppens arbete med innehållet samt att stödja formulering av rimliga delmål. En av basgrupperna summerade tillsammans med sin handledare vad som underlättat arbetet i gruppen och hur det varit för dem att arbeta i grupp:

”Alla deltagarna som var med vid gruppräffen säger att det har varit viktigt att få prata av sig i början av träffarna och att handledaren därefter

ter samlat ihop oss och fört gruppen vidare med fokus på målen och dagens uppgift. Vidare har man uppskattat tystnadsplikten. Det har känts viktigt att få ha arbetet för sig själva i gruppen först ett tag så att man inte påverkas av varandras temaval och delmål utan tänker efter vad som är viktigt för oss”. För den som varit sjukskriven en period har det känts väldigt bra att vara med i basgruppen och på så sätt träffa sina arbetskamrater, höra vad som händer på avdelningen och vara delaktig”

I basgrupperna är det kvinnorna själva tillsammans med handledaren som har störst möjlighet att påverka och starta utvecklingen för att främja hälsa. Det innebär att grupperna ansvarar för sina målsättningar och att man lär sig använda varandras resurser i gruppen, att man vågar pröva olika sätt att handla på, att man lär sig att utnyttja sina egna resurser och färdigheter, att man vågar ta ansvar för sin hälsoprocess samt att man lär sig sätta mål för sin hälsoutveckling.

Vad anser kvinnorna själva främjar deras hälsa? Några av de vanligast förekommande faktorerna som grupperna enades om hade betydelse för den egna hälsan och i relation till deras arbetsplats var följande:

- tid för reflektion

- möjlighet att planera/ påverka sina arbets-scheman

- möjligheter att få utveckla sin kompetens

- möjligheter att få använda den kompetens man redan har

- ”att bli sedd”, få socialt stöd från chefer

- tid för utbyte med varandra.

I dessa formuleringar återges med deltagande kvinnors egna ord samma intentioner över möjligheter till inflytande som finns i t ex Ottawacharter (2). Det finns stöd i forskningslitteraturen för att socialt stöd från överordnade spelar större roll för arbetstrivseln och än stöd från arbetskamrater. Detta innebär inte

att stöd från arbetskamrater är oviktigt, bara att stödet från överordnade eller arbetsledare har större påverkan på arbetsrelaterad hälsa (17). När en av deltagarna, en undersköterska, berättar om sina tankar kring den egna hälsan säger hon att det vore en fördel om basgrupperna kan permanentas. Hon menar att de skulle kunna träffas t ex en gång per månad för att samla ihop synpunkter kring aktuella frågor med relevans för hälsa och arbetstrivsel och att det skulle kunna vara forum som kompletterar ordinarie avdelningsmöten. Det finns skäl att anta att det grupp-baserade arbetssättet även hjälper till att hantera stress och krav i samband med förändringar och att detta behov inte är temporärt utan mera kontinuerligt (13).

Kompetensutvecklande processer

Utbildningen av handledare ägnas kontinuerligt mycket tid för att stärka handledarna som en resurs i nuvarande och kommande utvecklingsarbete inom ramen för projektet (18). För att närma sig ett trovärdigt förändringsarbete måste organisationen i övrigt involveras genom att berörda chefer på olika nivåer, enhetschefer och klinikföreståndare är aktiva i s k parallella processer. Den parallella chefsprocessen har omfattat 16 chefer i kommuner och landsting. Ett engagerat stöd förutsätter att chefer själva tror på *värdet av att utveckla en hälsofrämjande arbetsplats* och har en vilja att diskutera sin egen roll i det hälsofrämjande arbetet. Exempel på konkreta frågor som bearbetats i chefsgrupperna är:

- Vad är en hälsofrämjande arbetsplats?
- Hur ska medicinkliniken bli en hälsofrämjande arbetsplats?
- Vad behöver jag som chef för att stötta personalen i det fortsatta arbetet?

- Hur ska man utforma en handlingsplan i samarbete med personalen?

Arbetsledningens roll på de berörda arbetsplatserna är att skapa och stödja goda förutsättningar utifrån projektets resurser samt att stödja arbetet i gruppen, ha tillit till att gruppens arbete är viktigt och möta det gruppen kommer fram till. Med "arbetsledning" avses en person som har inflytande på kvinnornas arbetssituation som helhet. Förutom arbetsledare har även personer deltagit som inte utövar en direkt arbetsledning, exempel kan vara personalchefer, kvalitetssamordnare och personalstrateg, dessa kan i sina olika roller ha ett betydande inflytande när det gäller att arbeta för en integration av det hälsofrämjande arbetet på *policy- och förutsättningsnivå* (1,2).

Förutsättningar för hälsofrämjande arbete på grupp- och organisationsnivå

Vilka slutsatser kan då dras så här långt? En basgrupp är sällan den andra lik. Att arbeta i en basgrupp är en mångfasetterad företeelse beroende av en mängd faktorer. Det är inte bara olika teman som varierat och resulterar i skilda angreppssätt och resultat. När initiering av basgrupper övervägs finns det anledning att vara särskilt uppmärksam på de risker som kan finnas både vad gäller inre och yttre förutsättningar för arbetet. Exempel på sådana risker kan vara att tiden för basgrupperna blir för snålt tilltagen eller att man använder tid som avsetts till ordinarie personalmöten som då istället tas i anspråk för basgrupper. Även personalrörlighet såsom vikariat, tjänstledigheter etc påverkar gruppernas stabilitet och kräver uppmärksamhet för att introducera nytillkomna i grupperna. Innehållet i basgruppernas arbete utgör underlag för nästa fas i genomförandet och förutsätter kommunikation med en mottagande chef. Inom

chefskollektivet, framför allt i den kommunala verksamheten, har det varit en försvårande omständighet att det funnits en betydande rörlighet på enhetschefsnivå.

Inom vårdens område aktualiserar projektet tänkbara strategier i arbetet med hälsofrämjande varvid det blir uppenbart att uppmärksamheten måste riktas mot flera aspekter. I de berörda organisationerna måste kommunikation och medvetandegörande ske såväl inom den aktuella gruppen som bland arbetsledare som medverkar i att sätta ramar för gruppens liv. En av undersköterskorna ansåg att:

”Arbetet i basgrupperna har introducerat tanken att man har ’rätt att må bra’ och att man nu ser det som självklart att man får vara med och påverka. Man har upptäckt att man faktiskt har bra, relevanta och konstruktiva synpunkter på många fler frågor än man tidigare trott”

Vidare underlättas det lokala projektarbetet av det finns tillgång till mötesplatser mellan kommun och landsting. En av fördelarna med dessa fora för reflektion är möjligheter till utbyte mellan personer i likartade positioner och roller. Dessa kan antas bidra till en ökad medvetenhet om hur organisationer påverkar den egna situationen samt att svårigheter i arbetsförhållanden kan ges mera strukturella tolkningar och underlag för att diskutera generella aspekter av framför allt organisationsförändringar.

Organisatoriska förändringar i form av tex sammanslagningar av enheter har aktualiserat ett kontinuerligt behov av förankring i första hand gentemot nya arbetsledare. En viktig erfarenhet blir att projektarbetet kräver resurser för ett ständigt förankringsarbete parallellt med genomförandet. Ett tillitsfullt förankringsarbete är dessutom tidskrävande och kan många gånger endast uppnås genom informella samtal, genom att ansvariga che-

Projektarbetet kräver resurser för ett ständigt förankringsarbete parallellt med genomförandet

fer med egna ord kan få reflektera över vad en hälsofrämjande arbetsplats innebär och vilken roll en chef kan ha på en sådan arbetsplats.

Hur långt går det att komma i arbetsorganisationen? Denna fråga och liknande är meningsfulla att bearbeta och utveckla för att ge en helhetsbild av organisationer i förändring och för att ge ett underlag för en förståelse av dynamiken i ett arena-arbete. De offentliga arbetsplatsernas samspel med sin omvärld och relationen mellan spontana och planerade förändringar speglade i ljuset av en lokal kontext är fundamentala för en förståelsen av ”vad som genererar vad”. Ett hälsofrämjande arbete som utgår från ett aktivt deltagande från de som berörs och ett underifrån-perspektiv måste därtill få ske i sin egen takt. Processen är inte linjär - utan snarare stegvis och böljande.

REFERENSER

4. Thomsson, H & Menckel E. (1997:18) Vad är hälsofrämjande på arbetsplatsen? Ett bidrag till utvecklingen av ett svenskt begrepp. Arbetslivsinstitutet.
 6. Sullivan, M KJ, Ware, JE. (1994) SF-36 Hälsoenkät. Svensk Manual och tolkningsguide. Göteborg University.
 13. Ekberg, K., Svedin L. (1998) Rehabilitering och prevention. Patienter arbetar själv mot uppställda mål. Läkartidningen, volym 95, nr 21.
 15. SAN-rapport (1999) Att bygga från grunden - omgivningens betydelse för framgångsrikt lärande. Statens arbetsmiljönämnd.
 18. Hård af Segerstad, H., Helgesson, M., Ringborg, M., Svedin, L. (1997): Problembaserat lärande, idén handledaren och gruppen. Liber. Stockholm.
- Fullständig referenslista kan fås av författaren.