

Hälsofrämjande på en Akutklinik

– lärande genom arbetsplatsbaserat utvecklingsarbete

Maria Gustavsson

Fokus i denna artikel ligger på hälsofrämjande på en akutklinik vid ett universitetssjukhus. Inom sjukhuset finns en uttalad policy för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser för att öka antalet långtidsfriska genom främjande och förebyggande åtgärder för hälsa. För att nå målet med hälsofrämjande arbetsplatser avsattes särskilda medel för olika utvecklingsprojekt på sjukhusets kliniker, och en av dessa insatser var utvecklingsarbetet vid akutkliniken. Det hälsofrämjande utvecklingsarbetet initierades vid akutkliniken för att försöka bryta trenden med ökande sjukfrånvaro, som vid utvecklingsarbetets början var relativt hög i jämförelse med sjukhuset totalt. Syftet i denna artikel är att med utgångspunkt från akutklinikens hälsofrämjande utvecklingsarbete diskutera möjligheter (och begränsningar) att skapa förutsättningar för sjukvårdspersonal att lära vad som främjar hälsa och vilka förutsättningar som bidrar till hälsofrämjande på arbetsplatsen.

Hälsofrämjande är ett mångtydigt och flerdisciplinärt begrepp. Den definition av hälsofrämjande som dock ofta hänvisas till i litteraturen och som även jag utgår från är Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition:

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment”.
(WHO 1986)

Hälsofrämjande beskrivs i citatet som en process som möjliggör för enskilda individer och grupper av individer att ta kontroll över och förbättra sin hälsa. Hälsofräm-

jande kan också enligt Nutbeam (1998) ses som en aktivitet vars avsikt är att stärka individuell och kollektiv kompetens för att ta ökad kontroll över förutsättningar som förbättrar hälsan. Hälsofrämjande på arbetsplatser kan då förstås som en (lär)aktivitet som formas och utvecklas i och genom det dagliga arbetet. I detta avseende har hälsofrämjande mycket gemensamt med lärande, och särskilt med teoretiska perspektiv som betraktar lärande och arbete som två integrerade processer, t.ex. situated learning och verksamhetsteori. I dessa perspektiv kan lärande förstås som deltagande i en eller flera praktikgemenskaper som karaktäriseras av organisering kring en kollektiv verksamhet, ömsesidigt förtroende och utveckling av gemensamma förhållnings- och arbetssätt (Lave & Wenger 1991; Wenger 1998; Fuller & Unwin 2004).

Den huvudsakliga drivkraften för hälsofrämjande på arbetsplatser skulle i så fall vara deltagande i dagliga aktiviteter, och att ha möjligheter att aktivt involveras i en praktikgemenskap (Ylikoski m.fl. 2006). Aktivt deltagande i hälsorelaterade aktiviteter, och samspel i en praktikgemenskap förutsätter ett vidare perspektiv på hälsofrämjande än fokus på program för hälso- och livsstilsupplysning. Kritik som framförs mot hälsofrämjande aktiviteter är att dessa inte är tillräckligt integrerade i verksamhetens rutiner, vilket får till följd att de förblir eller snarare uppfattas som isolerade från dagliga aktiviteter i verksamheten (www.enwhp.org). Även Breucker (2001) påpekar att hälsofrämjande aktiviteter ofta ses som perifera, fastän det kan finnas en mängd aktiviteter i det dagliga arbetet som på olika sätt kan skapa hälsofrämjande på arbetsplatsen.

Aktivt deltagande innebär att identifiera personliga och kollektiva behov och svaga punkter (bristande resurser) för att öka hälsan (Demmer 1995). Aktivt deltagande kan även omfatta egenaktiviteter för att mobilisera personliga och kollektiva resurser för att öka möjligheterna att (våga) pröva alternativa lösningar, och ta kontroll över de egna arbets- och livsvillkoren (jfr 'empowerment', Arneson 2007).

Att kollektivt identifiera och ifrågasätta hälsoaspekter för att främja den egna och därmed praktikgemenskapens hälsa är det inledande steget i ett expansivt lärande (Engeström 1999) eller utvecklingsinriktat lärande (Ellström 2006a). De nästkommande stegen är att pröva alternativa lösningar, följa upp samt stabilisera dessa i praktiken. Ett utvecklingsinriktat lärande innebär således att lära nytt och ompröva etablerade arbets- och tänkesätt för att hantera nya situationer. Ett utvecklingsinriktat lärande skiljs från ett s.k. bemästringslärande (eller anpassningsinriktat lärande). Ett bemästringslärande innebär att utföra det

man redan gör i arbetet på ett bättre sätt (Ellström, 2006a).

Om hälsa och välbefinnande i arbetet förbättras genom aktivt deltagande i olika hälsoinriktade aktiviteter (www.enwhp.org), men även andra aktiviteter som på olika sätt främjar hälsa, är förutsättningen att man deltar och kan delta i (har access till) praktikgemenskapens aktiviteter och samspel. Access kan bero på flera samspelande faktorer, alltifrån arbetsorganisatoriska förhållanden till mer interpersonella relationer (Lave & Wenger 1991). Vad deltagare har access till beror även på fysiska och sociala resurser. Ett nyckelbegrepp i hälso- och hälsofrämjande processer är kontroll. Kontroll handlar om ha tillgång till (access) nödvändiga resurser, samt aktiviteter och samspel som är hälsoinriktade på arbetsplatsen. Access kan också bero på vem som har makt och tolkningsföreträde, dvs. formellt får avgöra vad som är hälsofrämjande och vilka resurser som ska avsättas för hälsofrämjande på arbetsplatsen (jfr Wenger 1998).

Det som hittills diskuterats är att deltagande i hälsofrämjande aktiviteter lägger grunden för en bibehållen hälsa som omfattas av det mesta i det dagliga arbetet som får oss att må bra, samtidigt som det kan bidra till förbättrad eller åtminstone förändrad hälsoutveckling i olika praktikgemenskaper. Att utveckla stödjande miljöer för hälsofrämjande på arbetsplatser är också avgörande för att se den egna verksamhetens effekter på hälsan och dess bestämningsfaktorer för att stärka hälsan såväl individuellt som kollektivt på arbetsplatsen (Whitelaw m.fl. 2001). Hämäläinen (2006) diskuterar att hälsofrämjande aktiviteter kan 'fostras' genom att skapa en stödjande miljö och genom att stärka handlande i riktning mot hälsofrämjande arbetsplatser. När hälsofrämjande aktiviteter sägs kunna fostras genom stödjande miljöer finns beröringspunkter till lärande. I en stödjande miljö

eller en s.k. expansiv läromiljö utvecklas möjliggörande strukturer för deltagande, och därmed lärande (Evans & Kersh 2004; Fuller & Unwin 2004) och hälsofrämjande.

Förutsättningar för god hälsoutveckling i arbetet förefaller i hög grad ha samband med förutsättningar som kan skapa möjligheter till lärande på arbetsplatser. Det finns en omfattande forskning som beskriver flertal förutsättningar som kan skapa möjligheter till hälsofrämjande, och därmed också lärande av hälsofrämjande förhållnings- och arbetsätt på arbetsplatsen, vilka sammanfattas i punkterna nedan (se t.ex. Ekberg 2006; Angelöw 2004; Ellström 1996; Demmer 1995):

- integrering av hälsofrämjande aktiviteter i verksamhetens existerande strukturer och processer;
- delaktighet i formulering av relevanta handlingsinriktade (hälso)mål i verksamheten;
- förbättring av arbetsorganisationen och arbetsmiljön (hälsorelaterade risker), samt organisering av arbetet på ett sådant sätt att det ger utrymme för inflytande och engagemang, samt god hantering av organisatoriska förändringar;
- aktivt deltagande i dagliga arbets- och hälsoinriktade aktiviteter;
- öppen kommunikation och kontinuerlig information, inklusive om hälsofrämjande aktiviteter;
- stöd och uppmärksamhet från chefer;
- kollektiv identifiering av behov och svaga punkter för hälsa, för optimalt utnyttjande av personliga och organisatoriska resurser;
- stärkande av personlig kompetens, inkluderat hälsorelaterad kompetens och ökande av hälsomedvetandet;
- handlingsinriktat stöd för återgång i arbetet efter en längre tids sjukskrivning; och

- balans mellan arbets- och privatlivet.

De uppräknade förutsättningarna visar att hälsofrämjandet måste vara integrerad i verksamheten och en del av dagligt arbete för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser. För att skapa stödande miljöer med goda förutsättningar för deltagande i lär- och hälsofrämjande aktiviteter krävs dock ett visst pedagogiskt arrangemang som sätter fokus på arbetets lärande- och hälsofrämjandepotential för en mer långsiktig utveckling av människor och verksamheter.

Hälsofrämjandet på Akutkliniken – ett lärande utvecklingsarbete

Forsknings- och utvecklingsarbetet på akutkliniken startade hösten 2002 och avslutades formellt 2005. Fallstudien av akutkliniken hälsofrämjande utvecklingsarbete baseras på ett empiriskt material som utgörs av tre datainsamlingar bestående av upprepade intervjuer med de sju cheferna på akutkliniken (klinikkchefen, cheferna för sekretariat och arkivservice, vårdcheferna och biträdande vårdcheferna), samt med 16 medarbetare, varav 7 sjuksköterskor, 7 undersköterskor och 2 läkarsekreterare, jämnt fördelade över klinikkens akutmottagning och akutvårdsavdelning¹. Som komplement till intervjuerna har olika hälsofrämjande utvecklingsaktiviteter fortlöpande observerats och dokumenterats i samband med olika möten på kliniken.

Akutklinikkens verksamhet och målgruppen

Akutklinikkens erbjuder medicinsk bedömning, behandling och vård vid akuta skador och sjukdomstillstånd dygnet runt, året om. På klinikkens akutmottagning utförs en initial prioritering och bedömning av patientens tillstånd och vårdbehov. Akutklinikkens akutvårdsavdelning tar emot akuta

ORDLISTE SVENSK – DANSK

Akutklinik akut modtagelsesafdeling	Patientbemötande patientmodtagelse
Akutvårdsavdelning intensiv afdeling	Praktikgemenskap praktikfællesskab
Fallstudie case study	Rastavlösning afløsning/erstatning ved pauser
Förlita stole på	Sjukfrånvaro sygefravær
Förmån fordel	Undersköterska sygehjælper/assistent
Förtroende tillid	Sparbeting sparekrav
Hälsomedvetande sundhedsbevidst	Verksamhetsflöde flow
Handledare vejleder	Utvärdering evaluering
Landsting amtsråd	Återgång tilbagegang
Långtidssjukskrivna langtidssygemeldte	Åtgärderna aktiviteterne, handlingerne

patientinläggningar dygnet runt. Avdelningen har 30 vårdplatser och vårdtiden är i genomsnitt 3-4 dygn per patient.

Vid utvecklingsarbetets början arbetade vid akutmottagningen 50 sjuksköterskor och 30 i yrkeskategorin övrig vårdpersonal (främst undersköterskor). Vid akutvårdsavdelningen arbetade 40 sjuksköterskor och 29 i kategorin övrig vårdpersonal. Kliniken leddes av en ledningsgrupp bestående av klinikchef, vårdenhetscheferna för mottagningen respektive vårdavdelningen, chef för sekretariat och arkivservice, samt tre av klinikens läkare. Klinikchefen (läkare) fungerade även som arbetsledare för de nio läkarna som är anställda vid kliniken. Initiativ till hälsofrämjandet togs av dåvarande klinikchefen. Samtliga anställda (n=210) deltog i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet på akutkliniken.

Interventionsmetod – problembaserat lärande i arbetsgrupper

En grundidé bakom forsknings- och utvecklingsarbetets uppläggning har varit strävan att uppnå delaktighet kring utvecklingen av en hälsofrämjande arbetsplats på akutkliniken. För att skapa delaktighet valdes en interventionsmetod som baseras på s.k. problembaserat lärande (PBL). Den problembaserade metoden är mer använd i utbildningssammanhang för att stödja läroprocesser i studerandegrupper, men har

modifierats till en interventions- och förändringsmetod för hälsofrämjande och rehabiliterande utvecklingsarbete i grupper (se närmare Arnesson & Ekberg 2005).

Interventionsmetoden tillämpades i 22 problembaserade arbetsgrupper bestående av 6-8 anställda. De problembaserade arbetsgrupperna var sammansatta av samtliga personalkategorier med hänsyn till yrkestillhörighet för att blanda yrkeskategorierna läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare. Även klinikens långtidssjukskrivna deltog i grupperna. Ledningsgruppen och övriga chefer bildade en egen problembaserad arbetsgrupp. Samtliga grupper träffades kontinuerligt två timmar var tredje vecka under eller i anslutning till arbetstid, sammanlagt tolv gånger under ett års tid. Närvaron vid gruppträffarna var obligatorisk. Kollektiv problemlösning bidrog till att alla gruppdeltagare hade möjlighet att synliggöra problem och ge konstruktiva handlingsförslag för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats. En specialutbildad handledare (och/eller forskare) stödde arbets- och grupprocessen i respektive arbetsgrupp genom att leda det stegvisa arbetssättet och hålla gruppen 'på rätt spår' i diskussionerna. Vi forskare (3 st) har alltså haft den dubbla rollen dels som forskare, dels som stödjande handledare i de problembaserade arbetsgrupperna. Det innebär att jag som forskare tillsammans med mina arbetskollegor följt,

analyserat och stöttat utvecklingsarbetet dels i de problembaserade arbetsgrupperna, dels på hela akutkliniken. Resultatet från datainsamlingarna har under utvecklingsarbetets genomförande sammanställts och återkopplats av oss forskare till chefer och medarbetare vid akutkliniken.

Utvecklingsaktiviteter mellan träffarna i arbetsgrupperna

Mellan varje möte i de problembaserade arbetsgrupperna skulle gruppdeltagarna enskilt eller gemensamt uppnå målen med hjälp av de föreslagna åtgärderna som dokumenterats i handlingsplaner. Om medarbetarna själva inte kunde hantera åtgärderna skulle de tillsammans med ledningen prioritera och sedan genomföra åtgärderna i verksamheten. Utvecklingsåtgärderna har dock inte hunnits med i den utsträckning det var tänkt då de konkurrerat med ordinarie arbetsuppgifter. Flera av de föreslagna åtgärderna har inte heller varit möjliga att åtgärda vare sig av de anställda eller på tiden mellan gruppträffarna (tre veckor) eftersom de berört omfattande förändrings- och utvecklingsområden. Se prioriterade utvecklingsområden nedan.

Integrationsdagar för gemensamt erfarenhetsutbyte över klinikinivå

För att sprida erfarenheter från det lokala utvecklingsarbetet i de problembaserade arbetsgrupperna till den klinikövergripande nivån genomfördes två s.k. integrationsdagar, en efter halva samt en efter avslutad intervention. Vi forskare och handledare deltog i båda integrationstillfällena för att få ökad förståelse för utvecklingsarbetet i arbetsgrupperna.

Under det första integrationstillfället, som leddes av klinikchefen samt projektledaren från forskargruppen, presenterade arbetsgrupperna, inklusive ledningsgruppen, sina problemområden, eventuella åtgärdsförslag

och åtgärder som redan genomförts för att främja hälsa. Därefter samlades de i tvärgrupper för fortsatt diskussion utifrån presentationerna. Integrationsdagen resulterade i en lista på åtgärdsområden, som sammanställdes av forskargruppen och delades ut till samtliga problembaserade arbetsgrupper för fortsatt bearbetning. Medarbetarna upplevde att första integrationstillfället var motivationshöjande eftersom de hade möjligheter att påverka det fortsatta utvecklingsarbetet. De problemområden som identifierades ansågs var välbehövliga för att främja de anställdas hälsa på arbetsplatsen.

Det andra integrationstillfället, som sågs som en avslutning på interventionen, utgick ifrån prioriteringen av åtgärdsområden. Vid detta tillfälle anlätade ledningsgruppen en extern konsult som fungerade som moderator under integrationsdagen. Konsulten var fristående från forsknings- och utvecklingsprojektet och hade inget med det hälsofrämjande utvecklingsarbetet att göra. Kritik som framfördes av medarbetarna mot anlitaandet av konsulten var att konsulten inte tog utvecklingsarbetet på allvar. Detta tog udden av de utvecklingsåtgärder som presenterades av grupperna.

Prioriterade utvecklingsområden för ökad hälsa

De prioriterade utvecklingsområdena för att främja hälsan på akutkliniken är resultatet av arbetsgruppernas problemgenererings- och utvecklingsprocesser som dokumenterats i handlingsplaner som över tid lett fram till konkreta åtgärdsförslag. Enklare åtgärdsförslag, t.ex. ordna rastavlösning och utse apparaturansvariga, har fortlöpande åtgärdats av enskilda medarbetare eller grupper. Andra åtgärdsförslag rörande ledning och arbetsorganisatoriska förändringar har inte varit möjliga att åtgärda av medarbetarna. Följden blev att en mängd icke-hanterade åtgärdsförslag samlades

inom olika s.k. åtgärdsområden. Klinikens ledningsgrupp beslutade av den anledningen att arbetsgrupperna skulle göra en prioritering av åtgärdsområdena utifrån vilka de ansåg var viktigast att arbeta vidare med för att främja hälsan på akutkliniken. Gruppernas prioriteringar sammanställdes och de fem viktigaste fick som nämndes en utförligare genomgång vid det andra integrationstillfället, vid interventionens slut. Utvecklingsområdena rörde:

- ledarskap
- organisation
- information och kommunikation
- kompetensutnyttjande och personalutveckling
- vårdkvalitet

Det första utvecklingsområdet 'ledarskap' prioriterades av medarbetarna för att de ansåg att ledarskap är 'navet' för en väl fungerande verksamhet. Ledarskapet på akutkliniken uppfattades av medarbetarna som otydligt. Rollerna och arbetsfördelningen mellan de olika chefsnivåerna var otydlig – vem som gjorde eller skulle göra vad. Likaså lyftes behovet av att cheferna formulerade hanterbara verksamhetsmål, och vilka förväntningar de hade på att medarbetarna uppnådde målen samt att de fick återkoppling på utfört arbete.

Det andra utvecklingsområdet 'organisation' prioriterades av medarbetarna för att det fanns behov av en jämnare bemanning med hänsyn till fördelning av personal såväl antals- som kompetensmässigt på olika skift, samt bättre anpassning av personalstyrkan beroende på arbetsbelastningen, samt en förbättring av arbetets organisering. Det tredje utvecklingsområdet 'information och kommunikation' prioriterades av medarbetarna för att det fanns behov att förbättra kommunikationen mellan chefer och medarbetare, men även mellan medarbetarna.

Det som prioriterades högt av medarbetarna var fler informationskanaler, liksom mer regelbundet återkommande avdelnings- och personalmöten som gav utrymme för prat och samhörighet i personalgruppen.

Det fjärde utvecklingsområdet 'kompetensutnyttjande och personalutveckling' prioriterades av medarbetarna för att de eftersökte ett bättre tillvaratagande och förnyelse av deras kompetens för att mer optimalt stödja utveckling av verksamheten. Det femte utvecklingsområdet 'vårdkvalitet' prioriterades av medarbetarna för att de upplevde behov av att förbättra vårdkvaliteten, dvs. att utveckla ett gott patientbemötande och förbättra patient- och vårdplaneringen över hela kliniken.

Från medarbetarnas fem prioriterade utvecklingsområden prioriterade ledningsgruppen tre delområden som de bedömde vara mest angeläget att arbeta vidare med för att främja hälsa på akutkliniken, nämligen:

- patientbemötande (akutmottagningen)
- patientomhändertagande (akutmottagningen), och
- rondarbetets organisering (vårdavdelningen).

Utifrån dessa utvecklingsområden bildades intresse- och arbetsgrupper som under särskilda förutsättningar ansvarade för utvecklingsarbetet och rapporteringen till ledningsgruppen. Det första delområdet 'patientbemötande' innebar att sekreterarna genomförde en översyn av rutinerna för bemötandet av patienter i väntrum och i receptionen på akutmottagningen. Det andra delområdet på akutmottagningen rörde patientomhändertagande, dvs. hur vårdpersonal vårdade och informerade patienter i det direkta vårdarbetet. Det tredje delområdet åsyftade rondarbetets organisering mellan läkare och sjuksköterskor på vårdavdelningen. Resterande åtgärdsområden samlades av led-

Tabell 1. *Sammanställning av det hälsofrämjande utvecklingsarbetets utfall fördelat över individ-, grupp och organisationsnivå*

Nivå	Resultat
Individ och grupp	<p>Ökad förståelse för hälsa i arbete</p> <p>Bättre uppdatering av medicinteknisk kompetens</p> <p>Bättre socialt klimat och ökad arbetsgemenskap</p> <p>Ökat erfarenhetsutbyte mellan olika personalkategorier</p>
Organisation	<p>Fler och mer regelbundna personalutvecklingssamtal</p> <p>Utvidgat mentorprogram omfattande alla personalkategorier</p> <p>Ökad delegering av arbetsuppgifter inom olika ansvarsområden</p> <p>Tydligare informations- och kommunikationsstrukturer och mötesforum</p> <p>Ökat verksamhetsflöde inom och mellan klinikkens avdelningar</p> <p>Ökad beredskap för hantering av andra verksamhetsförändringar</p> <p>Utveckling av strategier för att hantera långtidsfrånvaro (t.ex. sjukdom)</p>

ningen i en s.k. 'idébank' med löfte om att de skulle åtgärdas så snart möjligheter gavs.

Utfallet av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet

Vad har då konkret uppnåtts genom detta hälsofrämjande utvecklingsarbete? Vilka förändringar har utvecklingsarbetet lett till? Resultatet visar att det skett förändringar på såväl en individ- och gruppnivå som en organisatorisk nivå. I tabell 1 redovisas en sammanställning över utvecklingsarbetets utfall på olika nivåer.

Om man ser till individ- och gruppnivån har det hälsofrämjande utvecklingsarbetet för det första bidragit till en ökad förståelse av vad hälsa i arbetet kan vara. Det betyder att hälsa fått en vidare innebörd och att medarbetarna har börjat reflektera över vilka faktorer såväl individuella som organisatoriska som kan inverka på den egna hälsan. Däremot har de haft svårt att bedöma om det hälsofrämjande utvecklingsarbetet faktiskt bidragit till en förbättring (eller försämring) av den egna hälsan.

För det andra har utvecklingsarbetet bidragit till bättre uppdatering och utveckling av medicinteknisk kompetens hos såväl enskilda som grupper av medarbetare genom utbildningsinsatser. För det tredje har utvecklingsarbetet bidragit till ett bättre socialt arbetsklimat, ökad arbetsgemenskap och erfarenhetsutbyte mellan olika personalkategorier.

Om man ser till organisationsnivån har det hälsofrämjande utvecklingsarbetet för det första bidragit till att cheferna börjat genomföra fler och mer regelbundna personalutvecklingssamtal. För det andra har mentorprogrammet för nyanställda sjuksköterskor på kliniken utvidgats till att omfatta även övrig nyanställd personal, t.ex. undersköterskor och läkarsekreterare. För det tredje har en ökad delegering av arbetsuppgifter inom olika ansvarsområden skett för att höja kompetensen och öka delaktigheten i arbetet. För det fjärde har en tydligare informations- och kommunikationsstruktur på arbetsplatsen utvecklats för att öka närvaron vid möten och informations-spridningen mellan yrkeskategorierna.

För det femte har utvecklingsarbetet bidragit till ett ökat verksamhetsflöde inom och mellan klinikens avdelningar, och därmed patientgenomströmningen. För det sjätte har beredskapen ökat för att hantera andra förändringar i verksamheten som pågått parallellt med utvecklingsarbetet. Slutligen, har det bidragit till en utveckling av strategier för att hantera långtidsfrånvaro, t.ex. sjukdom och föräldraledighet. En särskild grupp fick ansvar för att ha kontakt med långtidsfrånvarande.

Möjligheter och begränsningar för hälsofrämjande

De lär- och hälsofrämjandeutvecklingsprocesser som skett i olika sammanhang på akutkliniken har inte varit harmoniska och linjära. Flera förutsättningar både utanför och inom kliniken har såväl möjliggjort som begränsat det hälsofrämjande utvecklingsarbetet, och därmed skapandet av en hälsofrämjande arbetsplats.

Förändringstryck och parallella förändringar

När beslutet om projektets genomförande togs och under förankringsfasen ägde förändringar av organisatorisk tillhörighet och klinikchefsbyte rum på akutkliniken. Samtidigt våren 2003 annonserade sjukhuset ett sparbetning på 10 procent för budgetåret samt 300 miljoner år 2004. Som en följd av omorganiseringen och besparingarna på kliniken förändrades verksamheten och kliniken fick ett större patientupptagningsområde under vissa tider på dygnet samt därtill ökande arbetsbelastning.

Flera förändringar har också skett på avdelningarna inom kliniken. På akutmottagningen genomfördes september 2002 till augusti 2003 en ombyggnad. Under ombyggnaden infördes ett nytt s.k. linjelöst arbetssätt med vårdpar (en sjuksköterska och

en undersköterska) där patienttilldelningen sker utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, och inte utifrån medicinsk diagnos. I februari 2003 infördes också ett nytt arbetstidsschema, s.k. 3+3-systemet där personalen arbetar tre dagar och är ledig tre dagar.

Likaså byggdes akutvårdsavdelningens lokaler om i etapper mellan oktober 2002 och juni 2003. För varje etapp stängdes en tredjedel av avdelningens lokalutrymme. I maj 2003 beslöts att avdelningen enbart skulle vara en medicinsk akutvårdsavdelning och den kirurgiska delen flyttades till kirurgikliniken. Omorganiseringen ledde till att personalstyrkan reducerades med 14 heltidstjänster, och såväl ordinarie personal som vikarier följde med till kirurgikliniken.

Förankring under förändringströtthet

Det hälsofrämjande utvecklingsarbetet initierades av ledningsgruppen. Intentionen var att medarbetarna på arbetstid genom aktivt deltagande skulle vara delaktiga i skapandet av en hälsofrämjande arbetsplats. Trots ledningens goda intentioner fanns brister i förankringen som verkade hindrande. Exempelvis kom flera medarbetare till de problembaserade arbetsgrupperna utan att veta varför de var där och ännu mindre vad de skulle göra.

På Akutkliniken genomfördes också ett flertal parallella utvecklingsprojekt som till innehåll liknade detta projekt. Exempelvis hälsoinspiratörer som bl.a. ordnade gemensamma motionstillfällen, frågeformulär om livsstilsfrågor, kampanj för att sluta röka och fruktkorg. Det hälsofrämjande utvecklingsarbetet uppfattades därför som ytterligare ett 'projekt' i mängden, vilket inledningsvis avspeglade en viss förändringströtthet i personalgruppen, som ledde till en låg motivation. Likaså menade flera av de intervjuade medarbetarna att de under de senaste åren varit utsatta för en mängd förändringsprojekt som sällan följts

upp eller haft synliga effekter i verksamheten, vilket delvis skapade en misstro till det hälsofrämjande utvecklingsarbetet.

Tid för utveckling

För det hälsofrämjande utvecklingsarbetet avsattes tid till utveckling i de problembaserade arbetsgrupperna, men ingen tid avsattes till utvecklingsarbete mellan gruppträffarna. Även om alla anställda har erbjudits möjlighet att vara delaktiga menade de intervjuade medarbetarna att deltagandet, dvs. närvaron vid gruppträffarna och i gruppaktiviteterna, kunde ha varit högre. I de fall som deltagandet brustit har detta delvis berott på tidsbrist – att de inte haft möjlighet att gå ifrån den ordinarie verksamheten. Det har också särskilt under perioder av hög arbetsbelastning på kliniken varit svårt att bli avlöst – att få tid för att delta i gruppträffarna. Flera medarbetare och framför allt sekreterarna uppgav en viss känsla av stress för att använda tid till gruppträffarna när de inte hann med arbetsuppgifterna på ordinarie arbetstid. Att inte ha tid till utveckling mellan gruppträffarna gjorde det också praktiskt taget omöjligt att genomföra de planerade aktiviteterna och de prioriterades istället bort i verksamheten. En kritik som också framfördes var för många träffar över för lång tid (nästan 1 år).

Under utvecklingsarbetets gång förändrades även förutsättningarna för vissa anställda att delta i träffarna i de problembaserade arbetsgrupperna. Klinikens ledningsgrupp beslöt att frångå principen att endast ha arbetstidsförlagda utvecklingsträffar som utlovats till att även kräva att flexitid och ledigheter skulle användas för att lyckas genomdriva utvecklingsarbetet. Närvaron minskade successivt i de problembaserade arbetsgrupperna när medarbetarna inte var beredda att avsätta fritid till utvecklingsarbetet. Det som ytterligare starkt bidrog till en sjunkande närvaro i grupperna på

akutmottagningen var införandet av det nya arbetstidsschemat, 3+3-systemet. Efter denna förändring hade de problembaserade arbetsgrupperna svårare att träffas på ordinarie arbetstid och de var tvungna att även använda ledig fritid som i förekommande fall ersattes med flexitid. Införandet av 3+3-systemet var ett hinder för utvecklingsarbetet, men inte för främjandet av hälsa, utan tvärtom upplevde de intervjuade medarbetarna att kände mindre trötthet efter schemaändringen.

Skiftande prioriteringsgrad och dubbla budskap

Initialt signalerade ledningen att det hälsofrämjande utvecklingsarbetet var viktigt och att det var obligatoriskt att delta för all personal. Allt eftersom utvecklingsarbetet fortskridit har dess prioriteringsgrad skiftat och successivt över tid sjunkit i verksamheten. Medarbetarna på framför allt akutmottagningen uppgav att de fått signaler om att utvecklingsarbetet inte varit särskilt viktigt. De har inte heller fått respons på idéer och genomförda utvecklingsinsatser i den utsträckning de förväntat. Utvecklingsarbetet har också periodvis stått tillbaka till förmån för andra projekt, t.ex. ombyggnation och arbetstidsförändringen på kliniken.

Inte minst kom det hälsofrämjande utvecklingsarbetet i kläm när klinikledningen parallellt anlätade en konsult som hade i uppdrag att främst arbeta med ledningsgruppen, men även vissa utbildnings- och utvecklingsinsatser avsedda för klinikens hela personalgrupp. Konsulten anlätades även av ledningsgruppen som moderator vid det andra integrationstillfället. Konsultens arbete var helt fristående från det hälsofrämjande utvecklingsarbete på kliniken. Dilemmat var enligt medarbetarna att de fick dubbla budskap – ett från forskargruppen och ett från konsulten. Forskargruppen betonade vikten av delaktighet i det häl-

sofrämjande utvecklingsarbetet och allas möjlighet att kunna påverka hälsa i arbetet, medan konsulten betonade frivillighet och att ingen skulle tvingas att delta i arbetsgrupper 'mot sin vilja'.

Detta bidrog till att ledningsgruppen vacklade under utvecklingsarbetets gång, och att de blev otydliga i det budskap de sände ut om utvecklingsarbetets prioritet. Detta ledde till att utvecklingsarbetets legitimitet sviktade, när ledningen å ena sidan pläderade för närvaro och delaktighet i de problembaserade arbetsgrupperna, å andra sidan inte gav medarbetarna tydliga förutsättningar för att arbeta med utvecklingsåtgärderna i verksamheten.

Chefernas uppmärksamhet och stöd

En vacklande ledningsgrupp med påföljd av otydligt ledarskap bidrog till att medarbetarna kände en bristande uppmärksamhet och stöttning i utvecklingsarbetet från framför allt de närmaste cheferna. Enligt de intervjuade medarbetarna visade inte cheferna något brinnande intresse för utvecklingsarbetet som vare sig fick ta tid eller kosta pengar. Ändå skulle det hälsofrämjande utvecklingsarbetet i möjligaste mån bidra till medarbetarnas hälsa och välmående på arbetsplatsen. De intervjuade medarbetarna uppgav att de hade behövt mer stöd av cheferna i form av ett tydligare ledarskap för att nå utvecklingsarbetets mål att skapa en hälsofrämjande arbetsplats. Cheferna borde också enligt medarbetarna på ett bättre sätt ha stöttat utvecklingsarbetet genom att ge respons, konstruktiv feedback på idéer och insatser för att främja hälsa, samt förtydliga ansvar- och arbetsfördelning mellan chefsnivåerna på kliniken.

Den slutliga prioriteringen av utvecklingsområden som sedan också genomfördes låg på ledningsgruppen. Av de utvecklingsområden som medarbetarna prioriterade som viktigast att arbeta vidare med inom klini-

ken däribland ledarskap (som varit på agendan ett flertal gånger) prioriterades inte av ledningsgruppen som ett alternativ. Istället valde ledningsgruppen att undvika ledarskapsfrågorna genom att välja att genomdriva andra mindre kontroversiella utvecklingsområden.

Intresse och motivation

Medarbetarna fick uppdraget och förtroendet att arbeta med hälsofrämjande utvecklingsarbete. Till en början var intresset och motivationen förhållandevis låg, för att sedan öka och vara som allra högst efter första integrationstillfället. Därefter har intresset successivt dalat enligt de intervjuade medarbetarna.

Det faktum att närvaron vid gruppträffarna inte var frivillig utan obligatorisk gjorde att medarbetarna kände att det var mer som ett påbud, vilket bidrog till negativa konsekvenser för intresse och motivation. Även en bristande tilltro till att det hälsofrämjande utvecklingsarbetet skulle komma att leda till något i verksamheten skapade en låg motivation. Mindre bra kollektiva erfarenheter från tidigare förändringsprojekt, tillsammans med det väsentliga antal förändringar som kliniken parallellt drev, skapade dessutom en förändringströtthet i personalgruppen som bidrog till en negativ inställning och ett minskat engagemang för utvecklingsarbetet. Även om motivationen emellanåt dalat lyckades ändå medarbetarna samlas och kollektivt skapa delaktighet kring hälsofrämjande utvecklingsfrågor på kliniken.

Diskussion

Vilket är utfallet av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet? Vilka förutsättningar har haft mer betydelse än andra i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet på akutkliniken. Detta diskuteras härnäst i kapitlet.

Utfallet av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet

Det hälsofrämjande utvecklingsarbetet organiserades med hjälp av den problembaserade interventions- och förändringsmetoden för att skapa möjligheter till lärande av hälsofrämjande förhållnings- och arbetssätt på akutkliniken.

Trots den turbulens som kliniken och landstinget genomgått under utvecklingsarbetet, har medarbetarna genomfört förändringar som främjat hälsa, och i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats. Utfallet av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet visar förändringar av förutsättningar som omfattas av såväl individ- och gruppnivå som organisationsnivån. På individ- och gruppnivå har det hälsofrämjande utvecklingsarbetet bidragit till ökad förståelse för hälsa i arbete, bättre uppdatering av medicinteknisk kompetens, ökad arbetsgemenskap och ökat erfarenhetsutbyte mellan yrkeskategorier.

På en organisatorisk nivå har utvecklingsarbetet bidragit till fler personalutvecklingsamtal, mentorprogram för alla nyanställda, ökad delegering av arbetsuppgifter, tydligare informations- och kommunikationsstrukturer, ökat verksamhetsflöde inom kliniken, ökad förändringsberedskap och utveckling av strategier för att hantera långtidsfrånvaro. Huruvida det hälsofrämjande utvecklingsarbetet faktiskt lyckats med att bidra till bättre (eller sämre) hälsa är svårt att bedöma för medarbetarna. Däremot har medarbetarna fått ökad förståelse för vilka förutsättningar som kan inverka på den egna hälsan, samt förutsättningar som är viktiga för att skapa hälsofrämjande på akutkliniken. Som visas av Nutbeam (1998) är det svårt att spåra direkta hälsoutfall från en hälsofrämjande intervention. När hälsofrämjande utvecklingsaktiviteter integreras i det dagliga arbetet och riktas mot att skapa lärtillfällen som avser att förbättra hälsa ligger fokus i

första hand på vad som stödjer hälsa, under vilka förhållanden snarare än direkta hälsoutfall (Nutbeam, 1998). Utvärderingen av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet lägger således fokus på de förutsättningar som identifierades som betydelsefulla i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet.

Förutsättningar för hälsofrämjande utvecklingsarbete

Det finns ett antal förutsättningar som haft mer betydelse än andra i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet på akutkliniken. En av de förutsättningarna är ledarskapet. Utveckling av en hälsofrämjande arbetsplats förlitar sig i hög grad på att chefer har kompetens och tillgång till nödvändiga resurser för att driva ett hälsofrämjande utvecklingsarbete (Barajas, 2006). Det är cheferna som genom sitt handlande initierar och stödjer möjligheterna att arbeta hälsofrämjande på arbetsplatsen. Resultatet tyder på att den vacklande ledningsgruppen, och chefernas otydliga ledarskap på kliniken, skapade förutsättningar som inte direkt gynnade utvecklingsarbetet. Ledningen formulerade spelreglerna och dess agerande blev rättesnöret, samtidigt var de inte entydiga i budskapet om det hälsofrämjande utvecklingsarbetets prioritet i relation till andra förändringsprojekt. Å ena sidan signalerades om aktivt deltagande i de problembaserade arbetsgrupperna för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats, å andra sidan gavs inget tydligt stöd för att arbeta med de prioriterade utvecklingsområdena och ansvaret för att främja hälsa lades på enskilda medarbetare och arbetsgrupper. Det belyser konsekvenserna av en alltför enkelriktad *bottom-up* process vid utvecklingsarbete. Att driva utvecklingsarbete ur enbart ett *bottom-up* perspektiv förlitar sig i hög grad på chefers lyhördhet, och kompetens att driva hälsofrämjande utvecklingsarbete. Att enbart initiera ett häl-

sofrämjande utvecklingsarbete är dock inte tillräckligt, utan för att nå framgång och en viss hållbarhet krävs aktivt engagemang av såväl medarbetare som chefer för ökad legitimitet åt hälsofrämjande utvecklingsarbete i verksamheten (Svensson m.fl., 2007).

I det hälsofrämjande utvecklingsarbetet gav medarbetarna snarare uttryck för att cheferna inte tog det ansvar i den utsträckning som krävdes för att stödja och stimulera utvecklingen av en hälsofrämjande arbetsplats. Forskning visar att chefer med högt engagemang som stödjer hälsa och som i samspel med medarbetarna skapar en öppenhet och ett konstruktivt samarbete i högre grad bidrar till hälsofrämjandet på arbetsplatsen (Ylikoski m.fl., 2006). Istället för att understödja hälsofrämjandet med ett tydligt ledarskap undvek cheferna att ta tag i ledarskapsfrågorna, frågor som medarbetarna satte högt på dagordningen vid ett flertal gånger under utvecklingsarbetet. För att chefer ska klara av att ta tag i sådana frågor krävs också en verksamhet som stödjer chefer och som har hälsofrämjande högt på dagordningen, och där det tydligt framgår vilka krav som ställs på chefen och vilka befogenheter chefen har. Paradoxalt nog kan chefernas agerande i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet, t.ex. att anlita en egen konsult, istället framstå som konkurrerande med och motsättning till själv utvecklingsarbetet.

Chefernas förhållningssätt tycks dock ha haft stor betydelse för medarbetarnas motivation och engagemang i det hälsofrämjande utvecklingsarbetet på kliniken. Motivationen för utvecklingsarbetet var inledningsvis låg till att öka och vara som högst efter första integrationsdagen och därefter har motivationen successivt dalat. Inledningsvis definierades deltagandet i utvecklingsarbetet som en viktig princip. Alla anställda på kliniken hade möjlighet att delta i de problembaserade arbetsgruppernas utvecklingsarbete och via interven-

tionsmetoden som valdes skapades möjligheter för alla medarbetare att vara delaktiga i arbets- och grupprocesserna. Cheferna underströk även att deltagandet var obligatoriskt. Detta ändrades dock efterhand då klinikledningen beslutade att frångå principen att träffarna i de problembaserade arbetsgrupperna skulle ske på eller i anslutning till ordinarie arbetstid. Deltagandet krävde att flexitid och ledighet användes för utvecklingsarbetets genomförande. Den viktiga principen om att alla skulle ha möjlighet att vara delaktiga i utvecklingsarbetet kom så småningom att stå i motsättning till frivilligt deltagande för hälsofrämjande på akutkliniken. De förändrade förutsättningarna för det obligatoriska deltagandet kom så småningom att få negativa konsekvenser för medarbetarnas motivation, och bristande tilltro till utvecklingsarbetet. Ett bristande stöd från cheferna, samt bristande engagemang hos medarbetare för att delta i utvecklingsarbetet utgjorde inte direkt en optimal grogrund för att fostra en stödjande miljö utan skapade mindre gynnsamma förutsättningar för det hälsofrämjande utvecklingsarbetet (jfr Agashae och Bratton, 2001).

Ekonomi är också givetvis en annan förutsättning för chefer eftersom den ger utrymme eller begränsar möjligheterna att skapa en hälsofrämjande arbetsplats (Barajas, 2006). Måhända har ekonomiska åtgärder på kliniken och yttre förändringstryck haft betydelse för hur det hälsofrämjande utvecklingsarbetet prioriterats av cheferna. Om vi ser till gjorda nedskärningar och besparingar kan det också förklara svårigheten att få tid och ta tid till att driva ett klinikomfattande utvecklingsarbete med all personal i en föränderlig dygnet-runt-verksamhet över en förhållandevis lång tidsperiod. Att tid måste avsättas för att skapa utrymme för att arbeta med utveckling i verksamheten är ett ständigt åter-

kommande argument (jfr Ellström, 2006b; Gustavsson, 2006). I perioder av hög arbetsbelastning med påföljd av upplevd tidsbrist hos medarbetarna för utvecklingsarbetet har närvaron i de problembaserade arbetsgrupperna successivt sjunkit.

Slutsats

Vad kan kombinationen av lärande och hälsofrämjande perspektiv bidra med i ljuset av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet på akutkliniken? Om man ser till det hälsofrämjande utvecklingsarbetets utfall ger det indikationer på ett mer utvecklingsinriktat lärande. I de problembaserade arbetsgrupperna skapades en stödjande miljö för lärande av hälsofrämjande. I de problembaserade arbetsgrupperna hämtade medarbetarna stöd av varandra och de diskuterade erfarenheter av vad som främjar hälsa i arbetet, vilket satte igång ett lärande som karaktäriseras av ifrågasättande av rådande arbetsförhållanden, och ifrågasättande av barriärer som hindrar hälsa och hälsofrämjande på akutkliniken. Arbetsgruppernas kollektiva ifrågasättande av det givna kan ses som början till ett mer utvecklingsinriktat, expansivt lärande (Ellström, 2006a; Engeström, 1999). Den kollektiva problemidentifieringen i arbetsgrupperna har också i viss utsträckning utmynnat i konkreta utvecklingsåtgärder som medarbetarna själva ansett var betydelsefulla för deras hälsa och hälsofrämjandet på kliniken. Enklare åtgärdsförslag har fortlöpande implementerats av enskilda och grupper av medarbetare. Samtidigt tyder resultatet på att de av medarbetarna prioriterade åtgärdsförslagen rörande utveckling av t.ex. ledarskap har undvikits av klinikens ledning. Den slutliga prioriteringen av vilka åtgärder som genomfördes för att främja hälsa togs över av cheferna i ledningsgruppen. Cheferna valde att lägga fokus på mindre kontrover-

siella åtgärder som patientbemötande och rondens organisering, troligtvis för att inte riskera att tappa kontroll över utvecklingsarbetet.

Är det så att lärandet i de problembaserade arbetsgrupperna har kunnat kompensera ett delvis bristande stöd från cheferna i ledningsgruppen? Kanske, för att drivkraften för ett mer utvecklingsinriktat lärande har funnits lokalt i de problembaserade arbetsgrupperna. Även om motivationen emellanåt sviktat hos medarbetarna har ändå utvecklingsarbetet drivits sakta framåt i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats på akutkliniken. De problembaserade arbetsgrupperna har utgjort en parallell struktur, utanför ordinarie verksamhet, som givit utrymme att fritt ifrågasätta, kritiskt granska, utbyta idéer och föreslå utvecklingsåtgärder (jfr Dilschmann, 1996). De problembaserade arbetsgrupperna har således varit en buffert i organisationen där medarbetarna inviterats till att identifiera svaga punkter som uttryckts i olika behov av hälsa och hälsofrämjande (jfr Demmer, 1995). Arbetsgrupperna har således varit legitima forum för att distansera sig från ordinarie verksamhet vilket stimulerat ett mer utvecklingsinriktat lärande i och med att personalen själva fick uppdraget och förtroendet att ta ett större ansvar för hälsofrämjandet på akutkliniken (jfr Ellström, 2001). Samtidigt tyder resultatet på att medarbetarnas ifrågasättande i och av det hälsofrämjande utvecklingsarbetet delvis skapat motsättningar mellan personalgruppen och klinikledningen (jfr Engeström, 2001). Motsättningarna har tagit sig uttryck i ett visst oengagemang bland medarbetarna, men även i en av cheferna mindre uppmärksammas lokal kreativitet vid kliniken. Något förvånande kan sägas att det bristande stödet från cheferna och otydligheten från den vacklande ledningsgruppen istället öppnade upp för ett utvecklingsinriktat lärande med tanke på

de förändringar för att främja hälsa som genomförts vid akutkliniken. Slutsatsen är att det är viktigt att hålla fast grundidén om att skapa möjligheter för deltagande i hälsofrämjande utvecklingsarbete samt lär- och hälsofrämjandeaktiviteter som avser att

förbättra medarbetarens möjligheter att förändra olika förutsättningar för hälsa i det dagliga arbetet. Hälsa kan över tid förbättras genom att utveckla de förutsättningar som stödjer lärande av hälsofrämjande på arbetsplatsen.

NOTER

1 Den första datainsamlingen genomfördes mellan oktober 2002 och våren 2003 med chefer (n=7) och medarbetare (n=16). Den andra datainsamlingen genomfördes mellan oktober 2003 och mars 2004 med chefer (n=7) och medarbetare (n=16). Den tredje

datainsamlingen genomfördes mellan december 2004 och januari 2005 med medarbetare (n=16).

I intervjustudien ingår inte akutklinikkens avdelning arkivservice. Arkivservice sköter journalhanteringen inom sjukhuset.

REFERENSER

Agashae, Z. & J. Bratton (2001): Leader-follower dynamics: developing a learning environment, *Journal of Workplace Learning*, 13, 3, 89-102.

Angelöw, B. (2004): *Friskare arbetsplatser. Att utveckla en attraktiv, hälsosam och väl fungerande arbetsplats*, Lund, Studentlitteratur.

Arneson, H. (2007): Empowerment and health enhancement in working life – framing the concept, reviewing the evidence, i P. Nilsen, *Strategies for health. An anthology*, Linköping, Linköpings universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.

Arneson, H. & K. Ekberg (2005): Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden, *Health Promotion International*, 20, 4, 351-359.

Barajas, J. (2006): Hälsofrämjande utvecklingsarbete – motsättningar och paradoxer, i K. Ekberg et al. (red): *Tid för utveckling?* Lund, Studentlitteratur.

Breucker, G. (2001): *Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises*, Germany, ENWHP.

Demmer, H. (1995): *Worksite health promotion.*

How to go about it, Copenhagen, Essen, WHO Regional Office for Europe.

Diltschmann, A. (1996): *Nya former för lärande – parallella strukturer*, Solna, Arbetslivsinstitutet.

Ekberg, K. (2006): Vem hinner tänka på hälsa? i K. Ekberg et al. (red): *Tid för utveckling?* Lund, Studentlitteratur.

Ellström, P-E. (2006a): Two logics of learning, i E. Antonacopoulou et al. (Eds): *Learning, working and living. Mapping the terrain of working life learning*, Hampshire, Palgrave Macmillan.

Ellström, P-E. (2006b): *Tid för utveckling?* i K. Ekberg et al. (red): *Tid för utveckling?* Lund, Studentlitteratur.

Ellström, P-E. (2001): Lärande och innovationer i organisationer, i T. Backlund, H. Hansson & C. Thunborg: *Lärdilemman i arbetslivet*, Lund, Studentlitteratur.

Ellström, P-E. (1996): Rutin och reflektion. Förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete, i P-E. Ellström, B. Gustavsson & S. Larsson (red): *Livslångt lärande*, Lund, Studentlitteratur.

Engeström, Y. (1999): Activity theory and individual and social transformation, i Y.

- Engeström, R. Miettinen & R-L. Punamäki (Eds): *Perspectives on activity theory*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (2001): Expansive learning at work: toward an activity theoretical reconceptualization, *Journal of Education and Work*, 14, 1, 133-156.
- ENWHP (2005): *The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the european union*. www.enwhp.org.
- Evans, K. & N. Kersh (2004): Recognition of tacit skills and knowledge. Sustaining learning outcomes in workplace environment, *Journal of Workplace Learning*, 16, 1/2, 63-74.
- Fuller, A. & L. Unwin (2004): Expansive learning environments: integrating organizational and personal development, i H. Rainbird, A. Fuller & A. Munro (Eds): *Workplace learning in context*, London/New York, Routledge Taylor & Francis Group.
- Gustavsson, M. (2006): Lärande i åtstramningstider – det tar tid, i K. Ekberg et al. (red): *Tid för utveckling?* Lund, Studentlitteratur.
- Hämäläinen, R-M. (2006): *Workplace health promotion in europe – the role of national health policies and strategies*, Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Lave, J. & E. Wenger (1991): *Situated learning: Legitimate peripheral participation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Nutbeam, D. (1998): Evaluating health promotion – progress, problems and solutions, *Health Promotion International*, 13, 1, 27-44.
- Svensson, L. et al. (2007): *Hållbart arbetsliv. Projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*, Malmö, Gleerups Utbildning AB.
- Ylikoski, M. et al. (Eds) (2006): *Health in the world of work: workplace health promotion as a tool for improving and extending work life*, Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Wenger, E. (1998): *Communities of practice. Learning, meaning and identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Whitelaw, S. et al. (2001): Settings based health promotion: a review, *Health Promotion International*, 16, 4, 339-353.
- WHO (1986): *Ottawa charter for health promotion*, Köpenhamn.

Maria Gustavsson, filosofie doktor och universitetslektor i pedagogik vid Institutionen för beteendevetenskap och lärande (IBL) och HELIX Research and Innovation Centre, Linköpings universitet.
e-mail: maria.gustavsson@liu.se