

Ledarskapets inverkan på välbefinnandet i arbetet

En litteraturstudie ur ett hälsofrämjande perspektiv

Johanna Grönholm

Masterarbete HYH

Arcada 2016

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	16631
Författare:	Johanna Grönholm
Arbetets namn:	Ledarskapets inverkan på välbefinnandet i arbetet, en litteraturstudie ur ett hälsofrämjande perspektiv
Handledare (Arcada):	Jukka Piippo
Uppdragsgivare:	
Sammandrag: Syfte med denna litteraturstudie var att få kunskap om ledarskapets inverkan på välbefinnande i arbetet. Frågeställningarna var följande: 1) Vad kännetecknar ett hälsofrämjande ledarskap? 2) Vilka faktorer hos ledaren och ledarskapet kan förbättra välbefinnandet hos medarbetarna? Teoretiska referensramen består av teori om hälsa, välbefinnande och hälsofrämjande. En litteratursökning gjordes och de mest centrala sökorden var, "hälsofrämjande", "ledarskap", "hälsa", "hälsofrämjande ledarskap" och "arbetsplats". Litteratursökningen resulterade i 14 artiklar efter att inkluderingskriterierna och syfte med arbetet tagits i beaktande. Sedan kvalitetsgranskades och bedömdes de resulterade artiklarna enligt Forsbergs och Wengströms (2013) modell. De resterande 10 artiklarna analyserades slutligen med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Som metodologisk ansats i denna analys valdes material-centrerad innehållsanalys. Analysen resulterade i fyra över kategorier och tolv under kategorier. De fyra över kategorierna var följande: 1. Att främja välbefinnande på arbetsplatsen, 2. Ett stödjande och motiverande ledarskap, 3. En hälsofrämjande arbetsmiljö, 4. En hälsofrämjande arbetskultur. En slutsats av denna litteraturstudie var att ett hälsofrämjande ledarskap innebär att kunna starta processer för att främja medarbetarnas hälsa. En hälsofrämjande ledare skall även främja en hälsofrämjande arbetsmiljö- och kultur. Detta är möjligt genom en stödjande och motiverande ledarskapsstil. I litteraturstudien betonades stark betydelsen av ledarens egen hälsa och ledarens inställning till de anställda och främjandet av deras hälsa för att kunna uppnå välbefinnande hos de anställda. En hälsofrämjande arbetsmiljö innebär möjlighet till rimliga arbetsförhållanden, kompetensutveckling och god arbetsfördelning och planering. God arbetsfördelning och planering innebär att som ledare vara närvarande, ge ansvar åt medarbetarna och sätta upp tydliga mål. En hälsofrämjande arbetskultur betyder däremot att som ledare utöva ett värdebaserat ledarskap, skapa god arbetsgemenskap och ett bra samarbete. En hälsofrämjande ledare ansågs kunna skapa ett värdebaserat ledarskap genom normer och värderingar och genom att ansvara för det etiska klimatet.	
Nyckelord:	Ledarskap, välbefinnande, arbete, hälsofrämjande
Sidantal:	66
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	23.2.2016

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme: Health Promotion (Master)	
Identification number: 16631	
Author: Johanna Grönholm	
Title: The leaderships impact on the wellbeing at work, from a healthpromoting perspective	
Supervisor (Arcada): Jukka Piippo	
Commissioned by:	
Abstract: The purpose of this literature study was to get knowledge about the impact of leadership in the wellbeing at work. The statements were following: 1) What characterize a health promoting leadership? 2) What factors by the leader or in leadership can improve the wellbeing of the employees? The theoretical framework consists of theory about health, wellbeing and health promoting. A literature search was made and the most central key-words was, "health promoting", "leadership", "health", "health promoting leadership" and "workplace". The literature search resulted in 14 articles after that inclusions criteria's and the aim of the study was taking into account. After that the articles was quality checked and assessed according to Forsbergs and Wengströms (2013) model. The rest of the 10 articles were finally analyzed using a qualitative content analysis. As methodological approach in this analysis a material-based content analysis were chosen. The analysis resulted in 4 over categories. The four over categories were following: 1. To promote wellbeing at work 2. A supporting and motivating leadership 3. A health promoting work environment 4. A health promoting work culture. A conclusion from this literature study was that a health promoting leadership means to be able to start processes to promote the wellbeing of the employees. A health-promoting leader shall also promote a health promoting work environment- and culture. This is possible by a supporting and motivating leadership style. In the literature study the importance of the leaders own health and his attitude towards the employees and promoting of their health to reach wellbeing by them was strongly emphasized. A health promoting work environment means the opportunity to reasonable work conditions, competence development and good division of labor and work planning. Good division of labor and work planning means as a leader to be present, to give responsibility to the employees and to set up clear goals. A health promoting culture however means as a leader to pursue a value-based leadership, create good workplace community and a good cooperation. A health promoting leader was considered to create a value-based leadership true norms and values and to take responsible for the ethical climate.	
Keywords:	Leadership, wellbeing, work, healt promoting
Number of pages:	66
Language:	Swedish
Date of acceptance:	23.2.2016

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveiden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	16631
Tekijä:	Johanna Grönholm
Työn nimi:	Johtajuuden vaikutus työhyvinvointiin, Terveiden edistämisen kannalta
Työn ohjaaja (Arcada):	Jukka Piippo
Toimeksiantaja:	
Tiivistelmä: Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli saada tietoa johtajuuden vaikutuksesta työhyvinvointiin. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1) Mitä tarkoittaa terveyttä edistävä johtajuus? 2) Mitkä tekijät johtajalla ja johtajuudessa edistää työhyvinvointia? Teoreettinen viitekehys koostuu teoriasta terveydestä, hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä. Kirjallisuushaku tehtiin ja keskeisimmät hakusanat olivat, "terveyden edistäminen", "johtajuus", "terveys", "terveysedistämisen johtaminen" ja "työpaikka". Kirjallisuushausta sai 14 artikkelia kun mukaanottokriteerit ja työn tarkoitus olivat otettu huomioon. Sen jälkeen artikkeleiden laatua ja sopivuutta arviointiin, Forsberg ja Wengström (2013) kaavakkeiden mukaan. Jäljellä olevat 10 artikkelit analysointiin kvalitatiivisen sisällön analyysin avulla. Metodologisena lähestymistapana tässä analyysissä valittiin materiaali keskeinen sisällön analyysi. Tulokset osoittivat neljä yläkategoriaa ja 12 alakategoriaa. Neljä yläkategoriaa ovat seuraavat: 1. Terveiden edistäminen työpaikalla, 2. Kannustava ja motivoiva johtajuus, 3. Terveyttä edistävä työympäristö, 4. Terveyttä edistävä työkuultuuri. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat että terveyttä edistävä johtajuus tarkoittaa prosessien aloittaminen työntekijöiden terveyden edistämiseksi. Terveyttä edistävä johtaja edistää myös terveyttä edistävä työympäristö- ja kuultuuri. Tämä on mahdollista kannustavalla ja motivoivalla johtajuustyyllillä. Kirjallisuuskatsauksessa korostettiin johtajan oma terveys ja hänen suhtautuminen työntekijöihin ja heidän terveyden edistämiseen. Terveyttä edistävä työympäristö tarkoitti kohtuulliset työolot, ammatillisen pätevyyden ja täydennyskoulutuksen edistäminen ja hyvä työjakoa ja työsuunnittelua. Hyvä työjakoa ja työsuunnittelua tarkoittaa, johtajana olevana läsnä, vastuun antaminen työntekijöille ja selkeät tavoitteet. Terveyttä edistävä työkuultuuri tarkoittaa taas arvopohjainen johtajuus tyyli, luoda hyvä työyhteishenki ja hyvä yhteistyö. Terveyttä edistävä johtaja katsottiin luoda arvopohjainen johtajuus normien ja arvojen avulla ja olemalla vastuulla eettisestä työilmapiiristä.	
Avainsanat:	Johtajuus, työhyvinvointi, työ, terveyden edistäminen
Sivumäärä:	66
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	23.2.2016

INNEHÅLL

1. INLEDNING	9
2. BAKGRUND	10
2.1 Hälsöfrämjande och hälsofrämjande på arbetsplatser sett ur internationell synvinkel	10
2.2 Hälsöfrämjande arbetsplatser sett ur nationell synvinkel	11
2.3 Ledarskap	13
2.4 Hälsöfrämjande eller salutogent ledarskap	14
2.5 Tidigare forskning	15
2.6 Utmaningar för framtidens ledarskap	17
3. TEORETISK REFERENSRAM.....	17
3.1 Teorier om hälsa och välbefinnande	17
3.2 Teorier om hälsofrämjande	18
4. SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR.....	21
5. METOD.....	22
5.1 Litteratursökning.....	23
5.2 Inkluderingskriterier.....	23
5.3 Val av artiklar och kvalitetsbedömning	25
5.4 Analys med hjälp av innehållsanalys	30
6. RESULTAT.....	33
6.1 Att främja välbefinnande på arbetsplatsen	34
6.1.1 Ledarens och medarbetarens egen hälsa	34
6.1.2 Ledarens inställning till hälsofrämjande.....	35
6.1.3 Hälsöfrämjande insatser och åtgärder samt evaluering	35
6.2 Ett stödjande och motiverande ledarskap	36
6.2.1 Stödsamtal individuellt eller i grupp	36
6.2.2 Organisatoriskt stöd och stödjande ledning	37
6.2.3 Externt stöd.....	37
6.3 Hälsöfrämjande arbetsmiljö.....	37
6.3.1 Rimliga arbetsförhållanden	38
6.3.2 Möjlighet till kompetens utveckling.....	38
6.3.3 God arbetsplanering och fördelning	39

6.4 Hälsofrämjande arbetskultur	40
6.4.1 Värdebaserat ledarskap.....	40
6.4.2 Arbetsgemenskap	41
6.4.3 Samarbete och medarbetarskap	42
7. DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	43
7. 1 Resultat diskussion.....	43
7.1.1 Att främja välbefinnandet på arbetsplatsen	44
7.1.2 Ett stödjande och motiverande ledarskap	45
7.1.3 Hälsofrämjande arbetsmiljö	46
7.1.4 Hälsofrämjande arbetskultur.....	47
7.2 Metod diskussion	50
7.3 Studiens trovärdighet	52
7. 4 Etisk diskussion	52
7.5 Slutsatser	53
KÄLLOR.....	55
BILAGOR	

Figurer

Figur 1. Inkluderingskriterier	24
Figur 2. Databassökningsprocessen.....	25
Figur 3. Kvalitetsgranskning	27

Tabeller

Tabell 1. Artikelpresentation	29
Tabell 2 Resultat sammanfattning, överrubriker och underrubriker	33
Tabell 3. Över-kategori 1 Att främja välbefinnande på arbetsplatsen.....	34
Tabell 4. Över-kategori 2 Ett stödjande och motiverande ledarskap	36
Tabell 5. Över-kategori 3 Hälsofrämjande arbetsmiljö	37
Tabell 6. Över-kategori 4 Hälsofrämjande arbetskultur	40

FÖRORD

Med ett färdigt Masterarbete framför mig kan jag med lättnad konstatera att jag har nått målet med studierna. Det har varit många händelserika studieår av vilka jag bott utomlands med min familj och till och med hunnit med en flytt till en ny stor stad.

Nu kan jag även konstatera att forskningsprocessen har varit mycket lärorik och intressant. Ett stort tack till min handledare Jukka Piippo som läst igenom och kommenterat mitt arbete och som med sin kunskap och handledning stöttat mig i forskningsprocessen och utformandet av detta Masterarbete. Även ett stort tack till vår överlärare Bettina Stenbock-Hult som delat med sig av sin kunskap i hälsofrämjande.

Tack även till min familj, speciellt min man som möjliggjort att jag kunnat studera på distans och stöttat under studietiden samt till mina pojkar som gett mig min studie ro. Ett stort tack även till studievänner och vänner som stöttat och sporrat på vägen.

Frankfurt, 4.2.2016

Johanna Grönholm

1. INLEDNING

Enligt WHO:s definition (1948) är ”Hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp”. Enligt WHO anses hälsa som en mänsklig rättighet. I Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 poängteras att hälsan är en av de viktigaste resurserna för välbefinnande och utveckling för samfund, nationer och för hela mänskligheten. Att satsa på hälsan är att investera i framtiden. En frisk befolkning är en viktig förutsättning för ekonomisk tillväxt och konkurrensförmåga. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001, 8)

I Luxemburg deklARATIONEN (2007) poängteras att en hälsosam, motiverad och välutbildad arbetsstyrka utgör grunden till det framtida sociala och ekonomiska välbefinnandet i den Europeiska unionen. Genom att främja hälsan på arbetsplatserna kommer organisationerna att se en minskning i sjukdomsrelaterade kostnader och en ökning av produktiviteten. Detta som ett resultat av en hälsosammare arbetsstyrka med ökad motivation, högre moral och förbättrade arbetsrelationer på arbetsplatsen. Deklarationen poängterar att hälsofrämjande på arbetsplatser är en modern företagsstrategi som strävar efter att förebygga ohälsa på arbetet (bl.a. arbetsrelaterade sjukdomar, olycksfall, skador och stress) och att öka möjligheten till hälsofrämjande arbetsplatser.

För att bättre kunna prioritera de hälsofrämjande åtgärderna på arbetsplatserna bör arbetshälsan inkluderas i företagets strategi samt att man bör förstå den ekonomiska nyttan för företaget (Työterveyslaitos 2012, 8; 234).

Visionen i policyn för arbetsmiljö och välbefinnande i arbetet till år 2020, är att hälsa, säkerhet och välbefinnande är viktiga gemensamma värden. Dessa skall enligt strategin förverkligas i praktiken på varje arbetsplats och för varje arbetstagare. En av åtgärderna i visionen är ledarskapet, som anses vara hörnstenen för välbefinnande i arbetet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2011a, 5-9)

Eftersom ledarskapet är ett aktuellt tema och intresserar mig har jag valt att forska vidare inom området hälsofrämjande ledarskap. Vad innebär då ett hälsofrämjande ledarskap?

2. BAKGRUND

2.1 Hälsofrämjande och hälsofrämjande på arbetsplatser sett ur internationell synvinkel

Hälsofrämjande är enligt Ottawa dokumentet (WHO 1986) ”en process genom vilken man gör det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa”. För att uppnå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera och förverkliga strävanden, tillfredsställa behov samt förändras och handskas med omgivningen. Hälsan ses därför som en resurs för det dagliga livet, inte som livets mål. En god hälsa är en viktig resurs för social, ekonomisk och personlig utveckling och en viktig dimension av livskvaliteten. En av de viktigaste strategierna för att främja hälsa enligt Ottawa dokumentet är att skapa stödjande miljöer för hälsa.

I Ottawa dokumentet identifieras tre grundläggande strategier för hälsofrämjande, dessa är: att möjliggöra, att förespråka och att medla hälsa. Samhället bör möjliggöra och organisera hälsofrämjande insatser som frambringar levnads- och arbetsvillkor som är säkra, stimulerande, tillfredsställande och roliga. För att uppnå detta bör hälsan sättas på agendan för beslutsfattare inom alla sektorer och på alla nivåer, beslutsfattarna bör dessutom ta sitt ansvar för hälsan och vara medvetna om de hälsomässiga konsekvenserna vid de beslut de gör. Hälsofrämjande insatser syftar till att gynna hälsa genom att förespråka hälsa, minska hälsoskillnaderna, garantera lika möjligheter och resurser för alla människor, för att uppnå sin fulla hälsopotential. Detta inkluderar en säker grund i en stödjande miljö, med tillgång till information, livskunskap och möjligheter att göra hälsosamma val. I Ottawa dokumentet påpekar man att hälsofrämjande kräver samordnade åtgärder från alla berörda för att förmedla hälsofrämjande åtgärder. Dessutom poängteras att arbetet och fritiden har en betydande inverkan på hälsan och ska vara en källa till hälsa. (WHO 1986; Nutbeam 1998)

Enligt Luxemburg deklARATIONEN (2007) för hälsofrämjande på arbetsplatser i Europeiska unionen är hälsofrämjande på arbetsplatser ”en gemensam insats av arbetsgivare, arbetstagare och samhället för att förbättra hälsa och välbefinnandet för människor i arbetslivet”. Detta kan enligt Luxemburg deklARATIONEN uppnås genom en kombination av

att förbättra arbetsorganisationen och arbetsmiljön och genom att främja aktiv medverkan och uppmuntran till personlig utveckling. Hälsofrämjande på arbetsplatser omfattar således ett brett spektrum av olika faktorer i arbetet som kan bidra till att förbättra de anställdas hälsa och kan endast bli framgångsrikt om alla nyckelpersoner tar sitt ansvar.

Europeiska unionen har etablerat ett European Network for Workplace Health Promotion. Nätverket bygger på en bred och omfattande strategi att främja hälsan på arbetsplatsen och bygger på Luxemburg deklarationens direktiv. Två faktorer utgör grunden för den aktuella verksamheten för hälsofrämjande på arbetsplatser. Den första är Europeiska gemenskapens ramverksdirektiv för säkerhet och hälsa från 12 juni 1989 och den andra är den ökade inriktningen mot att se arbetsplatserna som en arena för folkhälsan. Nätverket har grundat en definition Workplace health promotion (WHP) dvs. hälsofrämjande på arbetsplatser. Nätverket arbetar och syftar för hälsofrämjande på arbetsplatser genom ett erfarenhets- och kunskapsutbyte till att identifiera och sprida goda exempel på hälsofrämjande på arbetsplatser. De har gjort broschyrer och modeller för goda metoder och strategier inom hälsofrämjande på arbetsplatser. Europeiska unionen uppmuntrar på detta sätt medlemsländerna till att sätta hälsofrämjande högt upp på sin agenda och att inkludera hälsofrågor i all politik på arbetsplatsen. (Luxemburgdeklarationen 2007; ENWHP 2013)

2.2 Hälsofrämjande arbetsplatser sett ur nationell synvinkel

I regeringens hälsopolitikprogram för hälsofrämjande är målet inom arbetslivet, att man stärker främjandet av arbetsförmågan och arbetshälsan och identifierar faktorer som utgör ett hot mot dessa samt att man ingriper i dem i ett tidigt skede. Ett allmänt mål är att öka hälsotillståndet för befolkningen och att minska rådande hälsoskillnader. Enligt politikprogrammet hör hälsan till människans viktigaste värden och är en konkurrensfaktor när det gäller Finlands framgång. Genom att upprätthålla och stärka den arbetsföra befolkningens hälsa och funktionsförmåga, kan man hålla i styr de betydande kostnaderna och därmed höja sysselsättningsgraden. Politikprogrammet poängterar därför ett gott ledarskap, arbetstagarnas möjligheter att påverka sin arbetssituation och arbetsplats, en

fungerande företagshälsovård och ett gott samarbete mellan olika parter. (Statsrådet 2007; 2011)

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är ett nationellt samarbetsprogram som utgör en omfattande ram för hälsofrämjande. Bakom detta program ligger Världshälsoorganisationens program, Hälsa för alla 2000. Hälsa 2015 har som mål, fram till år 2015, för den arbetsföra befolkningen att arbets- och funktionsförmågan och arbetsförhållandena i arbetslivet skall förbättras, så att arbetstagarna skall orka längre i arbetslivet och arbeta tre år längre än år 2000. För att detta skall uppnås är det viktigt att stödja utvecklingen av de olika vardagsarenorna, dvs. arbetsplatserna för den arbetsföra befolkningen. I januari 2011 fastställdes den social- och hälsovårdspolitiska strategin, Ett socialt hållbart Finland 2020. Strategins mål är ett socialt hållbart samhälle där alla skall behandlas jämlikt, delaktigheten säkerställs och allas hälsa och funktionsförmåga skall främjas. Ett villkor för Social Hållbarhet är att välfärds- och hälsoskillnaderna mellan medborgarna minskar och att förhållandena förbättras för de personer som befinner sig i en sämre ställning. Policyn för arbetsmiljön och välbefinnande i arbetet till år 2020, preciserar strategin, Ett socialt hållbart Finland 2020. Policyn fäster uppmärksamhet vid arbetsmiljön och välbefinnande i arbetet samt omfattar ett ramverk för att främja arbetarskydd och arbetsmiljö. Visionen är att Hälsa, säkerhet och välbefinnande är viktiga gemensamma värden. Dessa förverkligas enligt strategin i praktiken på varje arbetsplats och för varje arbetstare. Målet är enligt social- och hälsovårdsministeriet att den livslånga arbetstiden ökar med tre år till år 2020. Övriga mål för 2020 jämfört med år 2010 är att antalet yrkessjukdomar skall minska med 10 %, arbetsolycksfallen frekvens minska med 25 %, samt att den arbetsbetingade besvärande belastningen minskar med upplevd fysisk belastning med 20 % och upplevd psykisk belastning med 20 %. För att nå dessa mål behövs många olika åtgärder. Enligt policyn är ledarskapet hörnstenen för välbefinnande i arbetet. Man poängterar i policyn att ledarskapet påverkar både människans förmåga och vilja att arbeta, men att ledarskapet har en särskilt inverkan på psykiskt välbefinnande. Arbetsgivaren bär ansvaret för de faktorer som påverkar arbetsförmågan, men företagshälsovården är en effektiv partner. Företagshälsovården är ett stöd genom att förebygga hälsorisker, sjukdomar och arbetsolycksfall samt främjar arbetets- och arbetsmiljöns hälsosamhet och säkerhet. Dessutom stöder företagshälsovården upprätthållandet av arbetstagarnas hälsa och arbetsförmåga. Policyn poängterar ännu att kunskap, vilja och kompetens uppnås genom samarbete. Man skapar en modell för nätverkssamarbete för

arbetsmiljön och välbefinnande i arbetet, och alla parter och aktörer är medvetna om deras roller och uppgifter för att arbeta mot ett gemensamt mål, hälsosamhet. Effektiviteten nås genom god kommunikation. Dessutom skall en god lagstiftning utgöra grunden för arbetsförhållandenas miniminivå och denna skall verkställas av en kompetent arbetarskyddsförvaltning. I arbetarskyddslagen påpekas alltså att det är arbetsgivarens skyldighet att genom nödvändiga åtgärder sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet. (Social och hälsovårdsministeriet 2001, 4,15,32; 2011a, 5-9; 2011b, 3; Finlex 2002, 2 kap 8-9§)

2.3 Ledarskap

De flesta definitioner på ledarskap enligt Yukl (2012, 5) bygger på antagandet att ledarskap är ”en process i vilken en eller flera personer avsiktligt påverkar andra, i syfte att leda, strukturera och underlätta aktiviteter och relationer i en grupp eller en organisation”. Enligt WHO (2007) ”handlar ett gott ledarskap och ledning om att ge riktning, mot vilken man arbetar och att skapa engagemang, samt att möjliggöra förändring och uppnå bättre hälsotjänster, genom en effektiv, kreativ och ansvarsfull spridning av människor och andra resurser”. Hanson (2010, 27) sammanfattar att ledarens utmaning idag är densamma som den alltid varit, dvs. att få människor och verksamhet att fungera, så att olika mål kan uppnås

Sandahl et al. (2010, 15) däremot menar att ledarskap handlar om svårfångade företeelser och att det inte finns några enkla recept på hur man ska göra. Enligt Sandahl kräver varje situation en analys i ett sammanhang, beroende på yttre faktorer, såsom den tillfälliga sammansättningen eller stämningen i gruppen eller enligt enskilda individers uppträdande. Enligt dessa faktorer kommer man att utöva sitt ledarskap på helt olika sätt.

Jönsson och Strannegård (2009, 35) utgår från följande definitioner på chefskap och ledarskap. Chefskap kan få saker och ting utförda av andra genom de traditionella aktiviteterna: planering, organisering, övervakning och kontroll, utan att bekymra sig om vad som försiggår i folks huvuden. Ledarskapet däremot är främst upptaget av vad folk tänker och känner och hur det kan kopplas till miljö, till avdelning och till arbetet/uppgiften. Enligt Menckel och Österblom (2000, 10) behövs det ett ledarskap, men

som inte bara talar om betydelsen av god hälsa, utan ett ledarskap som dessutom styr mot målet god hälsa.

2.4 Hälsofrämjande eller salutogent ledarskap

Enligt Hansson (2010, 28) behöver ledare idag ett nytt sätt att tänka och handla, ”nya verktyg”. Han tar upp två ”verktyg”. Den bärande idén, som kan motivera och vägleda människor, finns i det salutogena synsättet, som ger ledarskapet en värdegrund och en inriktning. Det andra ”verktyget” är en mental modell eller tankemodell dvs. teorin känsla av sammanhang, vilken är en tankemodell som hjälper ledaren att utforma ett ledarskap som är bra för både människan och för verksamheten. Alltså ett ledarskap där både ledaren själv och de man leder upplever meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i sitt arbete. Dessa tre ord hjälper till att förstå vad som behövs för att människor ska fungera och må bra. Angelöw (2013, 150) instämmer att i det salutogena ledarskapet, är det ledarens huvudsakliga uppgift att göra sammanhanget meningsfullt, begripligt och hanterbart för sina medarbetare.

Hansson (2004, 142) och Angelöw (2013, 139) delar åsikt gällande det hälsofrämjande ledarskapet. Cheferna är bärare av organisationskulturen och förebilder för övrig personal i det hälsofrämjande arbetet. Det kan handla om chefens egen hälsa, understödda medarbetares hälsa och hur chefen vill bidra till att driva den hälsopromotiva processen. Sandahl et. al. (2010, 104) och Angelöw (2013, 145) sammanfattar att den mesta forskning pekar på att chefens sätt att utöva ledarskapet har betydelse för medarbetarnas hälsa. Medarbetarnas hälsa påverkas i positiv riktning av en chef som är relationsorienterad, som är intresserad av sina medarbetare och därmed fångar upp och lyssnar till känslouttryck, visar omtanke, och samtidigt ger intellektuell stimulans, tydlig vägledning och är inriktad på att tillsammans med medarbetarna genomföra det uppdrag man har. Dessutom påverkar erfarenheten hos ledare, en tydlig ledarskapsfilosofi, öppenhet och bra kommunikation samt organisatoriskt stöd (Angelöw 2013, 145). Angelöw påpekar dock att samtidigt räcker det inte med ett hälsofrämjande ledarskap, utan det behövs också ett hälsofrämjande medarbetarskap. En hälsofrämjande arbetsplats kan utvecklas först när ledare och medarbetare hjälps åt. (Angelöw 2013, 147)

2.5 Tidigare forskning

Lindqvist och Wärnå-Furu konstaterade (2009) att ett hälsofrämjande ledarskap kan uppfattas på många olika sätt och enligt dem förmår antagligen ingen ledare någonsin uppnå det optimala.

Enligt Kanste (2011, 30) är det viktigt hur förmännen agerar på arbetsplatsen. Kanste påpekar i sin forskning att ledarskapet kan vara en resurs, som främjar till positiva inställningar till arbetet och arbetshälsa, men ledarskap kan enligt henne även leda till negativa inställningar till arbetet och arbetsohälsa. Enligt hennes forskning har ett framtids- och förändrings-orienterat och deltagande ledarskap och en ledare som kan förutse situationen och ett personalcentrerat ledarskap samband med att de anställda upplever delaktighet, arbetstrivsel och att de har kontroll över sitt arbete. Även erkännande, rättvisa, god kommunikation, socialt stöd och feedback är viktiga faktorer som påverkar hur de anställda förhåller sig till arbetet samt påverkar arbetstrivselsn på arbetsplatsen. Även Vinberg et al. (2012) påpekar i sin studie, för att nå framgång på arbetsplatsen krävs fler hälsofrämjande förändringsprocesser med hög kvalitet, där ett utvecklat och ansvarstagande ledarskap är av stor betydelse.

Larsson (2010, 85-86, 71) har i sin doktorsavhandling kommit fram till de slutsatser att ett ledarskap som integrerar ledarskaps värderingar, beteenden och ledarskapsverktyg har ett positivt samband med kvalitet, effektivitet och de anställdas hälsa. Han har identifierat nio grupper av ett framgångsrikt ledarskapsbeteende vilka har samband med effektivitet och hälsa i organisationer. Dessa är följande; Den strategiska och visionära ledarskapsrollen, Kommunikation och information, Ansvar och befogenheter, Lärande kultur, Medarbetardiskussioner, Enkelhet, Humanitet och förtroende, Vara synlig i organisationen och Personligt reflektivt ledarskap. Barajas et al. (2006) tar i sin studie upp betydelsen av ett arbetssätt där alla haft möjlighet att vara delaktiga och uppmanats att tänka kritiskt och tänka nytt under ett interventionsprojekt. Medarbetarna ökade på detta sätt sin handlings- och förändringsberedskap och påverkade sin egen organisation i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats. Studien poängterar även betydelsen av stöd eller mentorskap till ledningen, vilket var önskvärt eller till och med nödvändigt. Hoert:s (2014) studie visar att de anställda som upplever att de får mer stöd från ledningen gällande hälsofrämjande på arbetsplatsen samt upplever ett positivt hälsoklimat på arbets-

platsen deltar lättare i olika hälsoaktiviteter. Dessutom upplever de bättre framgång vid förändring av hälsobeteendet, arbetstrivsel, arbetsengagemang och arbetsprestation.

Hälsofrämjande ledarskap enligt Nyberg (2009, 81) inkluderar att ge de anställda, som har förutsättning till det, att utföra sitt arbete på ett självständigt sätt, (tillhandahålla information, makt och tydlighet), att uppmuntra de anställda att ta del i utvecklingen på arbetsplatsen, stöda, inspirera, visa integritet och få de anställda att samarbeta bra.

Eriksson (2011, 52-53) definierar i sin doktorsavhandling ett hälsofrämjande ledarskap som ett ledarskap som arbetar för att skapa en hälsofrämjande arbetskultur. En sådan arbetskultur innefattar värderingar som inspirerar och motiverar de anställda att delta i utvecklingen mot en hälsofrämjande arbetsplats. Hälsofrämjande ledarskap kan även ses som en viktig del av den organisatoriska kapaciteten för att främja hälsa. Med andra ord chefs kunskaper och färdigheter samt även riktlinjer och strukturer i organisationen som understödjer en hälsofrämjande arbetsplats. Larsson (2015, 62) däremot har i sin avhandling dragit de slutsatser att det hälsofrämjande arbetsmiljöarbete domineras av friskvårdsinsatser samt att det hälsofrämjande arbetsmiljöarbetet behöver breddas för att inkludera psykosociala och organisatoriska faktorer i arbetsmiljön. Vidare behöver organisatoriska förutsättningar för chefer inklusive stöd från högre chef och HR personal ges större uppmärksamhet i det praktiska hälso- och arbetsmiljöarbetet. Avhandling stödjer även idén om att hälso- och arbetsmiljöarbetet är beroende av ett aktivt och kontinuerligt arbete och inte kan betraktas som en given och etablerad praktik.

Grönlund och Stenbock-Hult (2014) lyfter däremot fram att ett hälsofrämjande ledarskap bygger på en tydlig etisk grund som innefattar omsorg, mod och etiskt bemötande. Den etiska grunden, speciellt mod, framkom klart i Grönlunds och Stenbock- Hults studie. En annan central dimension i ett hälsofrämjande ledarskap, vilket de lyfter fram i sin studie, är situationskompetensen i form av växelverkan och förståelse. Detta antyder enligt dem på att vårdledarna borde få möjligheter att utveckla sig som etiska personer för att de skall kunna fungera som hälsofrämjande ledare. De poängterar även att det finns överlappningar mellan ett gott ledarskap och ett hälsofrämjande ledarskap. I deras studie kom även fram att en överdriven betoning på uppgifter och resultat kan vara ett hot mot ett hälsofrämjande ledarskap.

2.6 Utmaningar för framtidens ledarskap

Enligt folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är de viktigaste utmaningarna bland den arbetsföra befolkningen idag, bland unga vuxna män, dödsfall till följd av olyckor eller våld, den höga sjukfrekvensen vid långtidsarbetslöshet, social utslagning samt förtids pensionering bland äldre personer i arbetsför ålder pga. utbrändhet eller psykiska problem. Även den låga utbildningsnivån bland den åldrande arbetskraften är en utmaning. Bland de yngre arbetsklasserna är utmaningen hur arbete och familjeliv kan förenas. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001, 24)

I Luxemburgdeklarationen har man tagit fasta på följande utmaningar inom arbetslivet: Globaliseringen, arbetslösheten, den ökade användningen av informationstekniken, förändringar i arbetsförhållandena, såsom t.ex. korttids- och deltidsanställningar, distansarbete, åldrandet, servicesektorns ökade betydelse, nedskärningar, antalet anställda ökar i små och medelstora företag samt kundorientering och kvalitetsledarskap. (Luxemburgdeklarationen 2007)

3. TEORETISK REFERENSRAM

3.1 Teorier om hälsa och välbefinnande

”Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom” (Eriksson 2000, 59). Medin och Alexandersson (2000, 39-46) har i sin litteraturstudie två inriktningar i synen på hälsa. Den Biomedicinska och den humanistiska. Inom den biomedicinska inriktningen ses hälsa som motsatsen till sjukdom. Inom den humanistiska inriktningen ser man på hälsa som något mer eller som något annat än frånvaro av sjukdom och oftast är utgångspunkten hälsa, inte sjukdom som i den biomedicinska inriktningen. Man ser människan som aktiv och skapande och i en växelverkan i det kontext i vilket hon verkar. Hit hör den holistiska-, ekologiska-, homeostatiska-, teleologiska-, salutogena- samt till stor del den behavioristiska- eller också den psykosomatiska-ansatsen. Medin och Alexandersson (2000, 69) poängterar även i sin litteraturstudie att man kan se på hälsa som ett tillstånd, upplevelse, re-

surs eller som en process. De poängterar att individens hälsotillstånd är bättre eller sämre beroende på var på kontinuumet man befinner sig. Hälsa som upplevelse finner man bl.a. i den teologiska och i den salutogena ansatsen. Upplevelse av hälsa är synonymt med att uppleva t.ex. välbefinnande eller mening med livet. Hälsa som en resurs, ses bland andra för att uppnå de mål man har i livet. Hälsa som en process innebär att hälsa inte ses som ett statiskt tillstånd utan som något ständigt föränderligt och påverkbart.

Menckel och Österblom (2000, 17-18; 22-23) talar däremot om samhällets hälsa eller hälsosamma organisationer eller företag. De påpekar att hälsan aldrig kan ses frikopplad från människors livssituation, eftersom hälsan påverkas av en mängd omgivnings- och personrelaterade faktorer. De lyfter fram följande betingelser för god hälsa i arbetslivet: God fysisk miljö, bra ergonomiska förhållanden, välavvägd arbetsbelastning, arbetsgemenskap, stimulans från arbetet, egen kontroll, chans till kompetensutveckling, upplevelse av arbetsglädje, uppmuntrande arbetsledning och lön för arbetet. Välbefinnande i sin tur definieras enligt Menckel och Österblom (2000, 17) efter en genomgång i olika ordböcker som "en känsla av att må bra". Medin och Alexandersson (2000, 75- 78) tar även upp förhållandet mellan hälsa och välbefinnande och förvirringen kring begreppen i den hälsoteoretiska litteraturen. "Hälsa ses antingen som en del av välbefinnande, välbefinnande som en del av hälsa, välbefinnande som en väg till hälsa eller hälsa som en väg till välbefinnande". Hansson (2004, 60) tillägger att välbefinnande är individens övergripande upplevelse av att må bra eller må dåligt. En för varje individ, vid varje tillfälle unik upplevelse.

3.2 Teorier om hälsofrämjande

Medin och Alexandersson (2000, 113) konstaterar i sin litteraturgenomgång att man kan särskilja synen på hälsofrämjande inom olika geografiska områden. Teoretiker från WHO, Australien, Skandinavien och övriga Europa understryker att hälsofrämjande kan ske på alla strukturella nivåer, genom en samverkan, för att hälsotillståndet hos individen ska öka. Gemensamma drag i synen på hälsa är att hälsofrämjande är aktiviteter för att främja hälsa och kan beskrivas som en process, konkreta insatser eller som ett mål. Målet för hälsofrämjande däremot är hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Typiska drag

i de olika definitionerna är att ge individen ökad kontroll över de faktorer som inverkar på hennes hälsa. Haglund och Tillgren (2009) tar upp de grundläggande sju principer för Health Promotion; empowerment, delaktighet, helhetssyn på hälsa, tvärsektoriellt arbete, jämlikhet, social rättvisa samt vidmakthållande.

Hälsofrämjande arbete handlar om att förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper. En grundläggande målsättning för verksamheten är därför att stärka människors förmåga att ta mer kontroll över sådana aspekter i deras liv som påverkar deras hälsa. Dessa båda komponenter – att stödja människor att förbättra sin hälsa och skaffa sig bättre kontroll över den, är kärnan i det hälsofrämjande arbetets mål och metoder. Ewles och Simnett (2005, 37) Hansson (2004, 33) påpekar att för att stärka och bevara hälsan måste också livsmiljön och villkoren i vardagen stödja individens strävan. Därför handlar hälsopromotion om, ett hälsofrämjande arbete i ett sammanhang. Det är en av de arenor i livet där hälsan och förutsättningarna för hälsa kan påverkas, t.ex. arbetsplatsen. Det hälsofrämjande arbetet måste genomsyra alla de nivåer i en organisation som på ett eller annat sätt kan påverka medarbetarens hälsa. Individens ansvar för sin egen och arbetsplatsens hälsa kvarstår. Menckel och Österblom (2000, 32; 10) poängterar att hälsofrämjande i hela dess positiva betydelse innebär ”förbättrad hälsa hos medarbetarna samt beaktande av såväl fysiska som psykosociala faktorer, ledarskapet och företagskulturen”. De har tagit fasta på tre nyckelord, ledarskap, resurser och egen kraft, vilka de anser vara viktiga för att åstadkomma hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Enligt dem behövs det ett ledarskap, men som inte bara talar om betydelsen av god hälsa, utan ett ledarskap som dessutom styr mot målet god hälsa. De betonar dessutom att det behövs även olika resurser att komma dit och att det viktigaste är att människor sätter in sin egen kraft, mobiliserar sina egna resurser, vågar och erbjuds vara delaktiga och engagerade, vågar satsa och starta processer.

Både Antonovsky (1991) och Hansson (2010) talar i stället för hälsofrämjande om det salutogenetiska synsättet. Antonovsky (1991, 27) utgår ifrån det salutogenetiska synsättet i motsatts till det patogenetiska (än vad som orsakar sjukdom) och poängterar att det ofta är olika faktorer som främjar en rörelse mot den friska polen på kontinuet hälsa-ohälsa. Hanson beskriver att det salutogena perspektivet innebär att sätta fokus på det som leder till hälsa. Andra ord för salutogenes är t.ex. friskfaktor eller främjande. Det

salutogena ledarskapet och synsättet innebär att se på de tillgångar och de värden som varje människa har. Salutogenes innebär att man tar till vara det som fungerar och har värde, både för människan och den verksamhet hon arbetar i. Ledarens uppgift blir då att fundera över vad som gör situationen begriplig, hanterbar och meningsfull för varje medarbetare eller deltagare. (Hanson 2010, 41-42; 57- 58)

Antonovsky har utvecklat begreppet känsla av sammanhang eller KASAM, det vill säga i vilken utsträckning tillvaron upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull. Han definierar denna ”känsla av sammanhang” enligt följande:

känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. (Antonovsky 1991, 41)

Enligt Antonovsky är de tre centrala komponenterna i KASAM, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet utgör den väldefinierade, uttalade kärnan i den ursprungliga definitionen. Den syftar på i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara eller som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig än som kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad, eller oförklarlig. En människa med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de stimuli som han eller hon råkar ut för i framtiden är förutsägbara eller att de åtminstone går att ordna och förklara. Hanterbarheten definierar Antonovsky som den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande eller med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man utsätts för. Har man en hög känsla av hanterbarhet anser man sig inte som ett offer för omständigheterna eller tycker att livet behandlar en orättvist. Den tredje komponenten, meningsfullhet, var antydd i den ursprungliga definitionen när han varnade för en ”alltför stark betoning av den kognitiva aspekten på känsla av sammanhang” och hänvisade till vikten att vara delaktig ”som medverkande i de processer som skapar såväl ens öde som ens dagliga erfarenheter”. Formellt syftar meningsfullhet på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att åtminstone en del av de problem och krav som livet ställer en inför är värda att investera i, är värda engagemang och hängivelse, är utmaningar att

”välkomna” snarare än bördor som man mycket hellre vore utan. När en person med högt värde på meningsfullheten utsätts för en olycklig upplevelse söker hon mening i den och gör sitt bästa för att med värdigheten i behåll komma igenom den. (Antonovsky 1991, 38- 40)

I hälsofrämjande är empowerment enligt Nutbeam (1998), “en process genom vilken människor får större kontroll över beslut och åtgärder som påverkar deras hälsa”. Genom empowerment kan hälsan som en resurs stärkas, genom att individen får möjlighet att kunna ta makten över sin situation (Medin & Alexandersson 2000, 85). Green och Tones (2010, 12) har tre synsätt på empowerment. Empowerment kan ses som en synonym till positiv hälsa. Med andra ord att ha hälsa är att vara empowered. Alternativt kan empowerment ses som ett medel att uppnå hälsa. Empowerment kan också vara en nyckelkomponent av hälsa som ett mål i sig. Antonovskys populära ide om salutogenes är en god beskrivning på ett sådant mål (Tones & Tilford 2001, 3).

4. SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte med denna studie är att beskriva det hälsofrämjande ledarskapet och vilka faktorer i ledarskapet som främjar välbefinnandet hos arbetstagarna.

Frågeställningarna är följande:

1. Vad kännetecknar ett hälsofrämjande ledarskap?
2. Vilka faktorer hos ledaren och ledarskapet kan förbättra välbefinnandet hos medarbetarna?

5. METOD

Detta Master-arbete utfördes med hjälp av en systematisk litteraturstudie. Denna metod valdes eftersom en systematisk litteraturstudie syftar till att åstadkomma en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier (Forsberg & Wengström 2013, 30).

En litteraturstudie bygger på sekundärdata. Syftet med en sådan uppläggning är att få fram vilken kunskapsstatus som finns inom ett visst fält. (Jacobsen 2012, 59) Litteraturstudien använder alltså det befintliga materialet som utgångspunkt för att visa att den aktuella forskningen har något värdefullt att erbjuda (Denscombe 2004, 67).

Granskär och Höglund-Nielsen (2012, 203; 205) påpekar att en litteraturstudie kan vara en studie i sig och publiceras då som en ”Review”. De poängterar även att om man som student genomför en litteraturstudie lär man sig inte bara vad det innebär att söka ny kunskap och hur den kan värderas utan också att sammanställa kunskap på ett för problemet adekvat sätt. Dessa kunskaper är nödvändiga för att kunna utveckla dels den egna professionen, dels den verksamhet som du är i, eller kommer att vara delaktig i.

I och med den stora mängd publicerade artiklar som finns inom det studerade området har behovet av översikter av befintlig forskning eskalerat (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 205). Forsberg och Wengström (2013, 15;17) är av samma åsikt och poängterar att mängden resultat inom forskningen ökar och det blir allt viktigare att systematiskt kunna värdera, analysera och sammanställa resultat från olika studier. De påpekar även att denna kunskap skall kunna användas i praktiken.

Att genomföra en systematisk litteraturstudie är ett arbete i flera steg som innefattar att, motivera varför studien görs, formulera frågor som går att besvara samt en plan, bestämma sökord och sök strategi, identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar och rapporter. Sedan kritiskt värdera, kvalitets bedöma och välja den litteratur som ska ingå, analysera och diskutera resultat, sammanställa och dra slutsatser. En systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problemområde. (Forsberg & Wengström 2013; 30-31)

5.1 Litteratursökning

Sökningen utfördes i följande databaser, SweMed+, SwePub, PubMed, Academic search Elite EBSCO, Ebsco Host Cinahl, Medic samt Google scholar. De mest centrala sökorden i detta arbete var, "hälsofrämjande", "ledarskap", "hälsa", "hälsofrämjandeleaderskap", "arbetsplats", "Health promotion", "leadership", "leader", "manager" "Health promoting leadership", "health", "wellbeing", "work" och "workplace".

Sökningen gjordes med att kombinera de olika sökorden med hjälp av "and" och "or" samt att sökorden söktes i abstraktet eller som nyckelord.

Sökningen avgränsades till att gälla endast de senaste 10 åren och endast gällande forskning i Norden, delvis för att begränsa sökningen till ett rimligt antal artiklar och delvis föra att motsvara ledarskapet vi upplever på våra arbetsplatser i Finland. Litteratursökningen redovisas i bilaga 1. I litteratursökningen i bilaga 1, redovisas i vilken databas och hur många artiklar som har hittats i varje databas med de olika sökorden. Sökningen gav totalt 137 träffar.

5.2 Inkluderingskriterier

En förutsättning för att man ska kunna göra systematiska litteraturstudier är att det finns ett tillräckligt antal studier av god kvalitet som kan utgöra underlag för bedömningar och slutsatser. Den bör även fokusera på aktuell forskning inom det valda området och syfta till att finna beslutsunderlag för klinisk verksamhet. Litteraturen utgör informationskällan och redovisade data bygger på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter. Det finns inga regler för det antal studier som ska ingå i en litteraturstudie. Det bästa är att finna och inkludera all relevant forskning inom ett område, men av praktiska och ekonomiska skäl är detta inte alltid möjligt. Antalet studier som kommer att väljas beror dels på vad författaren kan hitta, dels på de krav man ställer på studier som ska inkluderas. (Forsberg & Wengström 2013, 26; 30)

Utgående från syftet och forskningsfrågorna utarbetades inkluderingskriterierna. Endast vetenskapliga refereegranskade artiklar inkluderades. Övriga inkluderingskriterier var

att artiklar skulle vara skrivna på svenska, finska eller engelska och publicerade från år 2005 och framåt. Endast Nordiska forskning togs i beaktande. Kriteriet för att abstraktet skulle läsas, var att artikelns titel skulle handla om syftet med arbetet eller handla om ledarskap eller hälsofrämjande på arbetsplatsen. I figur 1 finns inkluderingskriterierna.

Se figur 1. Inkluderingskriterier

Inkluderingskriterier

Vetenskapliga eller referee granskade artiklar
Svenska, finska eller engelska artiklar
Publicerade 2005-2015
Nordisk forskning
Titeln skulle beröra syftet med arbetet för att jag skulle läsa abstraktet

Figur 1. Inkluderingskriterier

Databassökning resulterade i totalt 137 artiklar. Först exkluderades 89 stycken bort för att artikelns titel inte motsvarade syftet med studien. Dessa kunde beröra t.ex. hälsofrämjande i skolor, tandvård osv. Efter att noggrant ha läst igenom abstraktet på de kvarstående 48 stycken träffarna, valdes 6 stycken artiklar bort vars abstrakt inte berörde syftet med arbetet och 12 stycken p.g.a. de bestod av doktorsavhandlingar, examensarbeten, rapporter eller böcker. I detta skede var de kvarstående träffarna 30 till antalet, varav 16 stycken var dubletter som kommit upp i olika databaser. Av de kvarstående 14 träffarna var 2 stycken artiklar inte tillgängliga eller avgiftsbelagda. En av dessa inköptes via Arcadas bibliotek och den andra fick skribenten via kontakt med författaren till artikeln. Antalet träffar blev alltså totalt 14 stycken till antalet.

Se Figur 2, Databassökningsprocessen.

Begränsad sökning i mars 2015 ↓	Val av sökord och följande databaser SweMed+, SwePub, EBSCO, CINAHL och Google scholar
Inkluderingskriterierna fastslagna ↓	Vetenskapliga, refereegranskade artiklar, på svenska, finska eller engelska, publicerade 2005-2015 gällande nordisk forskning
Sökresultat 137 träffar ↓	89 stycken artiklar uteslöts p.g.a. rubriken
Resterade 48 träffar ↓	6 stycken artiklar uteslöts p.g.a. abstraktet 12 uteslöts p.g.a. att de inte var artiklar
Resterade 30 artiklar ↓	Av dessa var 16 stycken dubletter
Kvar totalt 14 stycken artiklar	

Figur 2. Databassökningsprocessen

5.3 Val av artiklar och kvalitetsbedömning

Forsberg och Wengström (2013, 85;115) påpekar att det är synnerligen viktigt att studier med högsta bevisvärde tas med i den systematiska litteraturstudien. De poängterar även att de artiklar som ingår i litteraturstudien ska ha kvalitetsgranskats. Det finns ingen entydig process för detta, men metoder har utvecklats som underlättar en systematisk ansats. Varje studie bör värderas i flera steg. Därför gjordes en mer omfattande kvalitetsbedömning och kvalitetsgranskning, för de resterande 14 artiklarna.

De kvarstående 14 artiklarna ur databassökningen granskades systematiskt med hjälp av

Forsberg och Wengströms bedömningsmallar för kvalitativa- och kvantitativa studier. (se bilaga 2 och 3) Samtidigt värderades artiklarna enligt Forsberg och Wengströms mall, gällande kriterier för kvalitetsvärdering. (se bilaga 4)

Artiklarna lästes igenom i sin helhet och kvalitetsvärderades. I detta skede gjordes en artikelöversikt över artiklarnas syfte, resultat och vilken metod som använts för undersökningen. Resultaten från kvalitetsvärderingen finns med i artikelöversikten. (Se tabell 1. Artikelpresentation)

Artiklarna värderades med hög-, medelgod-, eller låg kvalitet. På basen av denna kvalitetsvärdering exkluderades 2 stycken artiklar p.g.a. bristande kvalitet. Dessa artiklar visade sig vara en litteraturstudie i sig och togs inte med på grund av detta. Även två andra artiklar valdes bort. Den ena p.g.a. att den inte uppfyllde inkluderingskriterierna och hade international bakgrund i undersökningen även om den var publicerad av en finsk författare och ingick under nordisk forskning. Den andra artikeln valdes bort för att det visade sig att den handlade om samma undersökning som en annan artikel som redan ingick men skriven av en annan författare. Det totala antalet inkluderade artiklar blev således 10 till antalet efter kvalitetsgranskningen.

Se Figur 3. Kvalitetsgranskning

14 stycken artiklar granskades systematiskt och kvalitetsvärderades ↓	Enligt Forsberg och Wengströms modeller, se bilaga 2, 3 och 4, med hög-, medelgod, eller låg kvalitet
Resultaten från kvalitetsvärderingen finns med i artikelöversikten, se tabell 1. ↓	2-stycken artiklar av låg-kvalitet exkluderades
Resterade 12 artiklar ↓	
Av de resterade 12 artiklarna valdes även ytterligare 2 artiklar bort ↓	1 artikel uppfyllde inte inkluderingskriterierna och 1 handlade om samma forskning som en artikel som redan ingick
Totalt 10 artiklar kvarstår	

Figur 3. Kvalitetsgranskning

Tabell 1. Artikel presentation

	Författare Årtal	Syfte/Mål	Instru- ment	Resultat	Kvalitet
1	Vinberg & Landstad (2013)	Undersöka hur kvinnliga ledare i en glesbygdskommun upplever sina arbetsvillkor och förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser	Intervjuer/ Innehålls- analys	Resultaten pekar på oglamorösa arbetsvillkor för ledarna och på stora behov av att förbättra deras villkor och hälsa, och på strategier för att undanröja hinder för hälsofrämjande insatser	H
2	Falken- ström (2013)	Syftet är att uppmärksamma vikten av chefers etiska kompetens och vad en sådan kompetens behöver innehålla för att främja etiskt ansvar och en hälsosam miljö	Empirisk forskning Bygger på doktorsav- handlingar 2012	Chefens tillgång till ett adekvat språk för etik, förmåga att utveckla rationella emotioner och kommunikativa färdigheter i syfte att främja dialog utgör centrala aspekter av den etiska kompetensen	M
3	Åkerlind, Larsson & Ljungblad (2013)	Syftet med detta projekt är att studera i vilken utsträckning variationen mellan olika kommuner beträffande kommunanställdas hälsa och sjukfrånvaro kan förklaras av interna faktorer på arbetsplatsen eller externa regionala strukturella faktorer. Avsikten är att kartlägga om arbetsgivare med ett mer aktivt hälso- och miljöarbete har ett bättre hälsoläge bland personalen.	Kvalitativ Enkät & Intervju	Det finns alltså goda skäl för arbetsgivaren att bedriva ett målmedvetet och aktivt hälsofrämjande arbete både genom direkta individinriktade insatser och genom organisatoriskt stöd för hälsoarbetet. Detsamma gäller ett mer allmänt utvecklingsinriktat och stödjande ledarskap.	H
4	Dellve, Andreasson & Jutengren (2013)	Det huvudsakliga målet med studien var att ge en bild av vilka stödresurser som bidrar till att en organisation behåller sina chefer i tjänst med långsiktigt god hälsa.	Prospektiv longitudi- nell under- sökning design	Resultatet visar att ett stödjande privatliv och en personlig inställning till chefsuppdraget har stor betydelse för chefers hållbarhet över tid. Även stöd från ledningen	M
5	Eriksson, Skagert & Dellve (2013)	Syftar till att beskriva forskarnas erfarenheter och lärdomar från att arbeta med hälsofrämjande ledarskapsinterventioner. Interventionerna utgår från arbetsmaterialet "Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap"	Enkät- frågor & Intervju Data in- samling	Utvärderingar av interventioner utifrån arbetsmaterialet pekar på att chefer som deltagit fått ökade förmågor att vara hälsofrämjande ledare, men att organisatoriskt stöd är avgörande för långsiktiga resultat.	M

Tabellen fortsätter på följande sida

Tabellen fortsätter från föregående sida

	Författare Årtal	Syfte/Mål	Instru- ment	Resultat	Kvalitet
6	Naumanen (2006)	Syftet med studien var att beskriva hälsofrämjande för äldre arbetstagare & definiera äldre arbetare, HF för äldre arbetare	öppna frågor innehålls analys	Inverkan av hälsofrämjande aktiviteter var bättre hälsa, produktivitet och välmående på arbete	H
7	Dellve, Skagert & Wilhelmsson (2007)	Syftet var att öka kunskapen om hur ledarskaps kvaliteter och strategier i WHP projekt inverkar på de anställdas långsiktiga närvaro	kvali- & kvantitativ	Ledaregenskaper och ledarens WHP strategier och attityder mot arbetstagarnas arbetsrel. hälsa har betydelse för implementations processen samt för medarbetarnas arbetsnärvaro.	H
8	Eriksson Jansson Haglund (2008)	Syftet är att analysera ledarskapet & organisationen, inkluderat organisationens kulturen, av ett Svenskt industri företag, i relation till hälsan hos de anställda	kvalitativ fallstudie	Resultaten tyder på att ledarskapet och organisationen i detta företag skulle ha främjat hälsan hos de anställda.	H
9	Eriksson Axelsson & Axelsson (2011)	Syftet med denna artikel är att beskriva och analysera olika syner på HF ledarskap bland aktörer inblandade i WHP i åtta Svenska kommuner.	kvalitativ fenomenologisk metod	HF ledarskap def. Ofta som ett gott ledarskap med tanke på hälsan hos de anställda....	H
10	Larsson Landstad & Vinberg (2009)	Syftet är att utveckla och testa en allmän modell, ett ledarskapsverktyg. En modell för att kontrollera hur hälsan utvecklades.	Intervjuer innehålls analys	Resultaten visar att en modell är att rekommendera vid införlivandet, kontroll och förbättring av hälsan.	H

Tabell 1. Artikelpresentation

5.4 Analys med hjälp av innehållsanalys

Det mest grundläggande valet i en innehållsanalys är att avgöra vad som skall analyseras. En analysenhet bör dock vara tillräckligt stor för att utgöra en helhet och tillräckligt liten för att den skall vara möjlig att hantera i analysprocessen. (Graneheim & Lundman 2003,106; Granskär & Höglund-Nielsen 2012,190)

Bearbetningen och analysen av data börjar med att noggrant läsa igenom allt material och göra upp anteckningar. Nästa steg är att gå från helhet till delar, för att till slut komma fram till en ny helhet, den färdiga litteraturstudien. Ett vetenskapligt analysarbete innebär att dela upp det undersökta fenomenet i mindre bitar och undersöka dem enskilt. Därefter tar syntesen vid. Syntes innebär att sätta ihop delar till en helhet. Analysarbetet innebär således att dela upp det undersökta och sätta ihop det på ett nytt sätt. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 212-214, Forsberg & Wengström 2013, 166; Jacobsen 2012,146; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3)

Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är med andra ord att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Skillnader och likheter uttrycks i kategorier och teman på olika tolkningsnivåer. I varje text finns ett manifest innehåll och ett latent budskap. Det manifesta innehållet handlar om det textnära, uppenbara innehållet och uttrycks på en beskrivande nivå i form av kategorier. Det latent budskapet handlar om en texts underliggande budskap, det som sägs mellan raderna, och uttrycks på en tolkande nivå i form av teman. Både manifest och latent innehåll handlar om att tolka texter, men graden av tolkning varierar i djup och abstraktionsnivå. (Forsberg & Wengström 2013,166; Granskär & Höglund-Nielsen 2012,189; Graneheim & Lundman 2003,106).

Den metodologiska ansatsen kan vara både deduktiv och induktiv. Deduktiv ansats innebär analys utifrån en i förväg utarbetad mall, modell eller teori, till exempel granskning av omvårdnadsdokumentation med utgångspunkt från omvårdnadsprocessens olika steg. Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som bland annat kan vara baserade på människors berättelser. Den aktuella forskningsfrågan kan också styra vilka teman och kategorier som används. Eller så kan man utgå från empirin och beskriva vad som framträder i materialet och skapa kategorier utifrån det. Den kvalitativa

metodens datainsamling kännetecknas av öppenhet, alltså metoden ska i huvudsak vara induktiv. Detta betyder att kategorier skall härröra från data. Som metodologisk ansats i denna analys valdes material-centrerad innehållsanalys. Vid material-centrerad innehållsanalys sammanfattas begrepp och på så sätt får man svar på forskningsfrågan. Material-centrerad kvalitativ eller induktiv innehållsanalys delas grovt in i tre olika processer. Reducering av innehållet eller att dela upp i mindre delar. Klustrering betyder att dela in i kluster eller gruppering av materialet. Man läser noggrant igenom och söker uttryck som har likheter och/eller olikheter. Efter klustrering följer abstrahering eller att skapa kategorier. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012,188; Jacobsen 2012,147; Tuomi & Sarajärvi 2009,108-112)

Analysen tillämpades enligt följande:

I analysens första steg handlade det om att få en helhetsbild av materialet. Materialet lästes igenom flera gånger. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5)

I analysens andra steg reducerades eller plockades ur texten ut uttryck, meningar och ord som svarade på forskningsfrågorna, så kallade meningsenheter. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten. Den kan utgöras av ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 190). Samtidigt översattes meningsenheterna till svenska. Reducering betyder att de uttryck som beskriver forskningsfrågan plockas ut ur materialet. Detta sker genom att dela upp material i delar eller genom att sammanfatta materialet och plocka bort det som inte har betydelse i undersökningen. Föra att underlätta att de olika uttrycken sedan lättare kunde listas i olika koncept användes olika färgpennor. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

I analysens tredje steg kondenserades meningsenheterna. Med kondensering avses en process som gör texten kortare och därmed mera lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet bevaras och inget väsentligt försvinner. (Graneheim & Lundman 2003, 106)

I analysens fjärde steg abstraherades eller grupperades de olika meningsenheterna. De uttryck som har samma betydelse grupperas i grupper och förenas i olika kategorier. Dessa kategorier utses med en benämning som beskriver denna kategori. På så sätt uppkommer under-, över- och huvudkategorier. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110) Vid abstrahering fortsätter man grupperingen så länge det utgående från materialet är möjligt. Vid

abstraktion separeras viktig information för undersökningen och på så sätt bildas de teoretiska begreppen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111)

Vid analysens femte steg skapades underkategorier. Totalt 12 stycken. Att skapa kategorier är kärn kännetecknet för en innehållsanalys. Med en kategori avser man i huvudsak en beskrivande nivå av innehållet och det skall skiljas från innehållet i andra kategorier (Graneheim & Lundman 2003, 107; Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 191) Inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 191; Graneheim & Lundman 2003, 107).

Vid analysens sjätte steg skapades över kategorier av underkategorierna. Totalt 4 stycken. En kategori kan omfatta ett antal underkategorier på olika abstraktionsnivå. (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 191) Underkategorierna skall kunna sorteras och abstraheras i en kategori eller kategorin skall kunna delas in i underkategorier. (Graneheim & Lundman 2003, 107)

6. RESULTAT

Över-kategorier	Underkategorier
Att främja välbefinnandet på arbetsplatsen	Ledarens och medarbetarens egen hälsa
	Ledarens inställning till hälsofrämjande
	Hälsofrämjande insatser och åtgärder samt evaluering
Ett stödjande och motiverande ledarskap	Stödsamtal individuellt eller i grupp
	Organisatoriskt stöd och stödjande ledning
	Externt stöd
Hälsofrämjande arbetsmiljö	Rimliga arbetsförhållanden
	Möjlighet till kompetens utveckling
	God arbetsplanering och fördelning
Hälsofrämjande arbetskultur	Värdebaserat ledarskap
	Arbetsgemenskap
	Samarbete och medarbetarskap

Tabell 2 Resultat sammanfattning, överrubriker och underrubriker

6.1 Att främja välbefinnande på arbetsplatsen

Över-kategorier	Underkategorier
Att främja välbefinnandet på arbetsplatsen	Ledarens och medarbetarens egen hälsa
	Ledarens inställning till hälsofrämjande
	Hälsofrämjande insatser och åtgärder samt evaluering

Tabell 3. Över-kategori 1 Att främja välbefinnande på arbetsplatsen

6.1.1 Ledarens och medarbetarens egen hälsa

Ledarens egen hälsa och välbefinnande är av stor betydelse eftersom en ledare som mår bra har ett positivt inflytande på hälsan hos de anställda. Ledaren beskrivs även som en roll modell för de anställda. Därför är det viktigt som ledare att må bra. Självmedvetenhet och en positiv attityd till hälsa, livet och arbetet är några nödvändiga faktorer för personlig hälsa. Att främja sig egen hälsa kan även betyda att ta hand om sig själv och leva hälsosamt, uppnå ett balanserat och stabilt liv, ta del av rekreations aktiviteter och vila. Man kan också förebygga hälsorisker genom att behandla sjukdomar och genom rehabilitering, ta korta pauser i arbetet och utveckla arbetet och arbetsmetoderna. Detta gäller såväl ledare som medarbetare. Tyvärr upplevde flera ledare frustration över att ha begränsad tid för egna hälsoutvecklande insatser. (Eriksson et al. 2011; Neumanen 2006; Vinberg & Landstad 2013)

Ett stödjande privatliv är av stor betydelsen och att kunna balansera mellan arbete och fritid. Detta gäller både ledare och medarbetare. Ledarens egen distans till chefsuppdraget dvs. uppfattningen att arbetet inte är det viktigaste i ens liv är av betydelse för hälsan. Även stödjande familj och vänner. Stödjande vardagliga och nära, goda relationer har speciellt stor betydelse för chefer att möta utmaningar i arbetet. Många ledare upplever svårigheter att få ihop sitt livspussel dvs. att balansera arbetets krav med familj- och fritidsaktiviteter. (Dellve 2013; Vinberg & Landstad 2013; Neumanen 2006)

6.1.2 Ledarens inställning till hälsofrämjande

En hälsofrämjande ledare anses kunna förbättra hälsan och välmående hos de anställda och på så sätt kunna minska sjukfrånvaron i organisationen. Förbättrad hälsa beskrivs även som förbättrad arbetsnärvaro och arbetstillfredsställelse. Rollen som hälsofrämjande ledare handlar då om att organisera aktiviteter eller friskvårdsinsatser för att förbättra medarbetarnas levnadsvanor och främja hälsan hos de anställda. Ledarens karaktär har betydelse för att uppnå hälsa hos de anställda samt vikten av att ledaren intar en positiv attityd mot de anställda och hälsofrämjande av dem. Hälsofrämjande ledarskap beskrevs även som ett gott ledarskap. (Eriksson et al. 2011; Vinberg & Landstad 2013; Dellve et al. 2007).

6.1.3 Hälsofrämjande insatser och åtgärder samt evaluering

En vidare syn på hälsofrämjande ledarskap var betonandet av utvecklande av en hälsofrämjande arbetsplats. Förebyggande insatser för att eliminera eventuella hälsorisker har betydelse på välbefinnandet i arbetet. Även vikten av hälsofrämjande åtgärder poängteras, eftersom ett direkt samband med lägre sjukfrånvaro framkommer. Exempel på individuella hälsofrämjande åtgärder kan vara följande: hälsobedömning, medicinsk hälsokontroll, livsstilsinriktad rådgivning samt friskvård. Det finns alltså goda skäl för arbetsgivare att bedriva ett aktivt och målmedvetet hälsofrämjande arbete, både genom individinriktade insatser och genom organisatoriskt stöd. Lokala hälsoprojekt eller multi-fokuserade interventions strategier ansågs särskilt viktiga. (Eriksson et al. 2011; Vinberg & Landstad 2013; Neumanen 2006; Dellve et al. 2007; Åkerlind et al. 2013)

Både ledare och arbetare anser det även vara viktigt att mäta hälsorelaterade indikatorer. Fördelen med att mäta hälsorelaterade indikatorer är följande: att göra hälsan synlig och värdefull, ha möjlighet att utvärdera hälsofrämjande aktiviteter, ha möjligheten att jämföra sig med andra organisationer samt att kunna följa utvecklingen över tid på den egna arbetsplatsen. En stor del av ledarna konstaterade att det behövs kontinuerliga och täta mätningar i syfte att integrera indikatorerna i kontrollprocessen på arbetsplatsen. Många arbetsplatser gjorde mera frekventa evalueringar baserade på månatlig, kvartals eller halv-års perioder, beroende på kort- eller långtidssjukfrånvaro. Flera ledare uppgav

att resultaten från uppföljningen visade betydelsen av hälsofrämjande aktiviteter. (Larsson et al. 2009; Vinberg & Landstad 2013)

6.2 Ett stödjande och motiverande ledarskap

Över-kategorier	Underkategorier
Ett stödjande och motiverande ledarskap	Stödsamtal individuellt eller i grupp
	Organisatoriskt stöd & stödjande ledning
	Externt stöd

Tabell 4. Över-kategori 2 Ett stödjande och motiverande ledarskap

6.2.1 Stödsamtal individuellt eller i grupp

Ledarskapsrollen beskrevs ofta som ensam och utmanande och ledare uttryckte ofta ett behov av hjälp eller stöd i det dagliga arbetet. Därför är det viktigt att stöda individuella ledare i deras dagliga arbete, individuellt eller i grupp. (Eriksson et al. 2011; Eriksson et al. 2013; Åkerlind et al. 2013; Vinberg & Landstad 2013) Ledare ansåg att de även fick stöd från chefskollegor och medarbetare genom mentorskap eller nätverk. Arenor för erfarenhetsutbyte kunde t.ex. vara chefsmötena. (Dellve et al. 2013; Vinberg & Landstad 2013) Specifika ledarskapsmodeller så som coaching nämndes ofta i samband med ett hälsofrämjande ledarskap. Ett sådant ledarskap var menat att stöda de anställda. En hälsofrämjande ledare kan beskrivas som en ledare med en stödjande ledarskapsstil, som utövade ledarskapet på ett stödjande och motiverande sätt (Eriksson et al. 2011).

6.2.2 Organisatoriskt stöd och stödjande ledning

När det gäller ledningens organisatoriska stöd för personalens hälsa var genomförandet av lokala hälsoprojekt särskilt viktiga och avgörande för långsiktiga resultat. Då ledarna vid behov får stöd och hjälp av sin närmaste chef så upplever de mindre rollkonflikter, minskade stress-symtom, minskad överbelastning samt ökad energi och arbetsförmåga. Ett strategiskt utformat ledningsstöd bör särskilt rikta sig mot chefer som är nya i sin position och till chefer som har många underställda. (Åkerlind et al. 2013; Eriksson et al. 2013; Dellve et al. 2013)

6.2.3 Externt stöd

Ledare begär experthjälp inom områden där de har begränsad kunskap, speciellt chefer med längre chefserfarenhet uppskattar mer stöd genom externa stödresurser. Flera ledare anser att de får stöd genom olika utbildningsinsatser särskilt riktade mot ledare t.ex. stöd från en professionell coach för att handskas med deras arbete. (Dellve et al. 2013; Eriksson et al. 2011; Vinberg & Landstad 2013)

6.3 Hälsofrämjande arbetsmiljö

Över-kategorier

Underkategorier

Hälsofrämjande arbetsmiljö	Rimliga arbetsförhållanden
	Möjlighet till kompetens utveckling
	God arbetsplanering & fördelning

Tabell 5. Över-kategori 3 Hälsofrämjande arbetsmiljö

6.3.1 Rimliga arbetsförhållanden

Det visar sig att det är angeläget att fokusera mer på ledarnas arbetsvillkor och hälsa och betydelsen av rimliga arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. (Eriksson et al. 2011; Vinberg & Landstad 2013) Många ledare upplever att de har hög arbetsbelastning, motstridiga och höga arbetskrav, vilket innebär oregelbundna och långa arbetsdagar. Den höga arbetsbördan gör det ofta svårt att båda hinna och orka med friskvård och fysisk aktivitet på eller utanför arbetet. Andra svårigheter kan vara att få ihop sitt livspussel, att balansera arbetets krav med familj- och fritidsaktiviteter. (Vinberg & Landstad 2013) En hälsofrämjande ledare ansågs ha ansvaret för att utveckla en psykiskt- och fysiskt hälsosam arbetsmiljö. Några talar om betydelsen av ett gott allmänt klimat eller positivt arbetsklimat och någon annan nämner om att utveckla en attraktiv arbetsplats. Här betonas betydelsen av att arbeta på alla nivåer inom organisationen, dvs. individnivå, gruppnivå och på organisationsnivå. Det man kan konstatera är att arbetsgivarens åtgärder beträffande hälsofrämjande, ledarskap och socialt klimat faktiskt har betydelse oberoende av externa förhållanden. (Eriksson et al. 2011; Åkerlind et al. 2013; Dellve et al. 2007)

Det finns ett behov att anställa mera personal och på så sätt minska stressen hos de anställda. Många upplevde brister i ekonomiska och personella resurser för att genomföra hälsofrämjande insatser, de upplevde även att de var chefer för alltför stora grupper, många enheter och till och med utspridda på olika geografiska områden, vilket betydde att en stor del av deras arbetstid går till att sitta i bilen och förflytta sig. Detta resulterade även i att de kände att de inte var tillräckliga för de anställda och hade tidsbrist att stödja medarbetarna samt begränsad tid för egna hälsoutvecklande insatser. (Vinberg & Landstad 2013; Eriksson et al. 2011)

6.3.2 Möjlighet till kompetens utveckling

Möjligheten till personlig utveckling eller kompetens utveckling får ledare & medarbetarna att må bra på arbetet. Det utvecklar hälsan positivt, ger ett positivare socialt klimat och ökar trivseln på arbetsplatsen. (Eriksson et al. 2008; Åkerlind et al. 2013) Exempel på kompetensutveckling för ledare kan vara kunskap om hälsorelaterade frågor och teorier om hälsofrämjande, framgångsrika strategier och åtgärder för hälsofrämjande ar-

betsplatser, arbetsmiljö- och hälsoförbättrande åtgärder eller allmän ledarskapsutbildning inkluderande kunskap om administration och gruppsykologi eller utbildning i etik. (Dellve et al. 2007; Eriksson et al. 2011; Eriksson et al. 2013; Vinberg & Landstad 2013; Falkenström 2013)

6.3.3 God arbetsplanering och fördelning

Att som chef vara tillgänglig eller närvarande är viktigt för att skapa en god arbetsmiljö och för att kunna observera tidiga signaler på sjukfrånvaro hos de anställda. Även en närhet ledarna sinsemellan upplevs som positiv. (Vinberg & Landstad 2013; Eriksson et al. 2008; Eriksson 2011)

Det är viktigt som chef att delegera arbetsuppgifter och att betona att de anställda skall vara alerta och ta ansvar. Möjligheten till ansvar får de anställda att må bra på arbetet. Även vid utvecklandet av en hälsofrämjande modell krävs det klara beskrivningar av vem som bär ansvaret av medarbetarna, ledningen, företagshälsovården, utbildningspersonalen och beslutsfattarna. Förekomsten av särskilt utsedda resurspersoner för hälsoarbetet har även betydelse. (Eriksson et al. 2008; Naumanen 2006; Åkerlind et al. 2013)

Mål-orientering och tydliga mål inom arbetet betonas. Både gällande hälsofrämjande projekt på arbetsplatsen men även inom det dagliga arbetet. Användningen av en strukturerad tabell för att sätta upp årliga-, kvartals-, vecko- samt egna-mål betonas. (Dellve et al. 2007; Eriksson et al. 2008; Eriksson 2011). Det poängteras även att verksamheten behöver utvärderas, inte bara ur ett målrationellt och ekonomiskt perspektiv, utan också ur ett värderationellt perspektiv (Falkenström 2013, 864).

Återkommande förändringar anses däremot ta bort kraft från framtidsinriktade diskussioner och mål. Oftast beskrevs även organisationsförändringar som ett hinder för utvecklingen av ett hälsofrämjande ledarskap. Istället för visioner fokuserade ledarna mer på operativa mål för att klara den dagliga verksamheten. Däremot ansågs en integration av hälsofrämjande och organisatorisk utveckling som en underlättande förutsättning. (Eriksson 2011; Vinberg & Landstad 2013)

6.4 Hälsofrämjande arbetskultur

Över-kategorier	Underkategorier
Hälsofrämjande arbetskultur	Värdebaserat ledarskap
	Arbetsgemenskap
	Samarbete och medarbetarskap

Tabell 6. Över-kategori 4 Hälsofrämjande arbetskultur

6.4.1 Värdebaserat ledarskap

Betydelsen av en stödjandekultur för den hälsofrämjande utvecklingen uttrycktes som viktig. En hälsofrämjande ledare anses kunna påverka kulturen genom normer, beteenden och genom att vara rollmodell för de anställda. Även utvecklandet av traditioner inom arbetskulturen och att kommunicera värderingarna inom organisationen är viktigt för att förbättra arbetsmiljön. (Eriksson 2008; Eriksson et al. 2011)

Varje chef har enligt Falkenström (2013) även det yttersta ansvaret för det etiska klimatet på arbetsplatsen och att skapa förutsättningar för medarbetare att i sin tur ta etiskt ansvar. Enligt Falkenström behövs etik för att skydda andras och den egna integriteten och den mänskliga värdigheten. Centrala aspekter av chefers etiska kompetens är ett adekvat språk för etik, förmåga att utveckla rationella emotioner och kommunikativa färdigheter i syfte att främja dialog. Chefens etiska kompetens kan vara till god praktisk hjälp när chefer behöver orientera bland olika handlingsmöjligheter, avväga och prioritera. Eftersom etikens funktion är att eftersträva det som är gott och rätt.

Enligt Falkenström (2013) behövs etik för att skapa tillit och trygghet. Dellve (2007) påpekar att arbetsnärvaron ökar då man upplever tillit och respekt. Enligt Falkenström (2013) inger den etiskt kompetenta chefen förtroende bland såväl medarbetare, kunder som hos arbetsgivare, eftersom den etiskt kompetenta chefen förmår att handskas om-

dömesgillt med komplexa och etiskt känsliga problem. Chefen kan skapa ett tillitsfullt klimat, genom att lyssna och ta sig själv och andra på allvar dvs. att inte blunda för och vifta bort det moraliska tvivlet och att inte gömma sig bakom tomma fraser.

Det är också viktigt att se den anställda som en enskild individ. Att se resurserna hos arbetarna och att ta i beaktande deras personliga behov. Det är också viktigt att arbetsuppgifterna är meningsfulla och i balans med de personliga resurserna. (Naumanen 2006; Dellve et al. 2007; Eriksson et al. 2011) En övervägande andel av cheferna uppvisade en positiv människosyn där de tror på medarbetarnas kompetens och förmåga, deras ansvarstagande och vilja att delta i utvecklingsarbete. Flera chefer uttryckte att de försöker förena denna människosyn med ett positivt ledarbeteende. (Vinberg & Landstad 2013)

6.4.2 Arbetsgemenskap

En bra ledare ger feedback. Uppskattning eller feedback är relaterat till att de anställda upplever att de också har ett positivare socialt klimat, att de trivs bättre och att de har bättre hälsa. Ökad belöning, erkännande och respekt relaterades även till ökad arbetsnärvaro. (Dellve et al. 2007; Naumanen 2006; Åkerlind et al. 2013). Vinberg & Landstad (2013) poängterar att flera av ledarna efterfrågade bättre återkoppling på sitt ledarskap från medarbetare och överordnade chefer.

Ett hälsofrämjande ledarskap beskrivs kunna öka delaktigheten på arbetsplatsen. Då medarbetarna upplever att de uppmuntras att delta i viktiga beslut eller vara delaktiga, upplever de också att de har ett positivare socialt klimat, att de trivs bättre och att de har bättre hälsa. (Eriksson 2011; Åkerlind et al. 2013). En ledare beskriver att han, antar att alla individer vill göra något meningsfullt, ta ansvar och utvecklas i sitt arbete. Han tror att detta främjas bäst genom frihet, uppskattning och delaktighet. (Eriksson 2008, 130)

Viktigt är att främja en öppen och ärlig kommunikation. Eriksson (2008) betonar i sin studie att de frekventa kommunikations- och informations-mötena, som tog plats varje morgon och varje eftermiddag, upplevdes som positiva och som en viktig förutsättning i arbete. Bra kommunikation upplevs även som ett stöd (Dellve et al. 2013). Även många ledare uttryckte ett behov att diskutera sin egen ledarroll (Eriksson 2011).

En bra ledare diskuterar arbetsrelaterade frågor med sin personal och lyssnar till dem. Tid för reflektion och dialog med anställda underlättar arbetsförhållandena och speciellt en öppen diskussion och arbetsnärvaro har en positiv relation. (Naumanen 2006; Eriksson 2011; Dellve et al. 2007)

6.4.3 Samarbete och medarbetarskap

Samarbete och medarbetarskap beskrivs ofta som gott samarbete och ett bra kamratskap, vilket bidrar till starkt välmående på arbetsplatsen. Ett aktivt samarbete påverkar även produktiviteten och bilden av arbetsplatsen. (Eriksson 2008; Naumanen 2006) Naumanen (2006) poängterar dessutom i sin studie att många samarbetspartners kan genom gott samarbete på olika sätt stöda arbetarnas hälsofrämjande och upprätthållandet av arbetsförmågan. Samarbete med medarbetare beskrevs även ha stor betydelse för chefens energinivå. (Dellve 2013)

7. DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

7. 1 Resultat diskussion

Resultatet från litteraturstudien korrelerade med den tidigare forskningen i mycket stor utsträckning. Syftet och frågeställningarna i arbetet kunde svaras, men resultatet presenterades gemensamt på fråga ett och två, eftersom det visade sig att de går in i varandra och utifrån materialet inte var möjligt att skilja dem åt. Frågeställningarna var följande: 1. Vad kännetecknar ett hälsofrämjande ledarskap? 2. Vilka faktorer hos ledaren och ledarskapet kan förbättra välbefinnandet hos medarbetarna?

Överraskande var att det i litteraturstudien kom så lite upp om empowerment som begrepp. Empowerment kom upp i dess betydelse, men inte som begrepp. Enligt tidigare forskning är empowerment att tillåta och bemyndiga och ännu mer att individen själv blir driven av egenmakt, vilket enligt Sydänmaanlakka (2006, 37) är mycket nära kärnan i att leda sig själv. Han tillägger att individens egenmakt kan ses som ökad medvetenhet, med hjälp av vilken han kommer underfund med sitt sanna jag och sina egna resurser. På det sättet kan individen bättre leda sig själv. Kan man enligt detta och litteraturstudiens resultat dra resultatet att ledarens uppgift är att få de anställda empowered?

I likhet med resultatet från litteraturstudien har det även i tidigare forskning alltså tydligt kommit fram att ledarskapet är hörnstenen för välbefinnandet i arbetet. (Social och hälsovårdsministeriet 2011a; Angelöw 2013, 139; Hansson 2004, 142; Menckel & Österblom 2000) Kan man konstatera att den hälsofrämjande ledaren möjliggör, förespråkar och förmedlar hälsa? Enligt Ottawa dokumentets tre grundläggande strategierna för hälsofrämjande: att möjliggöra, att förespråka och att förmedla hälsa (Världshälsoorganisationen 1986).

Enligt författaren kan resultaten generaliseras och användas i praktiken för att stärka ett hälsofrämjande ledarskap på varje arbetsplats. Av resultaten i studien kunde eventuellt en modell för hälsofrämjande ledarskap utvecklas eller vara till grund för vidare forskning.

7.1.1 Att främja välbefinnandet på arbetsplatsen

Resultatet ur litteraturstudien visar att ett hälsofrämjande ledarskap främjar välbefinnande på arbetsplatsen. En hälsofrämjande ledare inleder och understöder aktiviteter för att främja välbefinnande på arbetsplatsen. Studien utgår från ett hälsofrämjande perspektiv och enligt Ottawa Charter (WHO 1986) är hälsofrämjande ”en process genom vilken man kan göra det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra hälsa”. Enligt (Yukl 2012, 5) är ledarskapet en process i vilken en eller flera personer avsiktligt påverkar andra, i syfte att leda, strukturera och underlätta aktiviteter och relationer i en grupp eller en organisation. Enligt Eriksson (2011, 52-53) kan hälsofrämjande ledarskap även ses en viktig del av den organisatoriska kapaciteten för att främja hälsa, det vill säga chefers kunskaper och färdigheter såväl riktlinjer och strukturer i organisationen som understödjer en hälsofrämjande arbetsplats.

Hanson (2010, 27) däremot beskriver ledarskapet som en utmaning dvs. att få människor och verksamhet att fungera, så att olika mål kan uppnås. Menckel & Österblom (2000, 10) poängterar att det behövs ett ledarskap som även styr ”mot målet” god hälsa. Enligt Medin & Alexandersson (2000, 113) är ett gemensamt drag på hälsofrämjande, aktiviteter för att främja hälsa och kan beskrivas som en process, konkreta insatser eller som ett mål. Hälsofrämjande arbete handlar om att förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper och den grundläggande målsättningen för verksamheten är därför att stärka människors förmåga att ta mer kontroll över sådana aspekter i deras liv som påverkar deras hälsa. (Ewless & Simnett 2005, 37)

Faktorer som inverkar på ett hälsofrämjande ledarskap enligt litteraturstudien är ledarens och medarbetarens egen hälsa och välbefinnande. Ett stödjande privatliv är av stor betydelsen och att kunna balansera mellan arbete och fritid. Dessutom inverkar ledarens inställning till hälsofrämjande på arbetsplatsen och att ledaren intar en positiv attityd mot de anställda och hälsofrämjande av dem. Ledaren beskrevs i litteraturstudien som en rollmodell för de anställda. Kanste (2011) poängterar att det är viktigt hur förmännen agerar på arbetsplatsen. Hansson (2004, 142) och Angelöw (2013, 139) säger att cheferna eller ledaren är bärare av organisationskulturen och förebilder för övrig personal i det hälsofrämjande arbetet. Det kan handla om chefers egen hälsa, underställda medarbetares hälsa och hur chefen vill bidra till att driva den hälsopromotiva processen. I littera-

turstudien beskrivs det hälsofrämjande ledarskapet även som ett gott ledarskap. WHO (2007) beskriver att ett gott ledarskap handlar om att ge ledning och riktning, mot vilken man arbetar och att skapa engagemang, samt att möjliggöra förändring och uppnå bättre hälso-tjänster. Även i regeringens politikprogram (Statsrådet 2007) poängteras betydelsen av ett gott ledarskap. Därtill poängterar Grönlund & Stenbock-Hult (2014) i sin studie att det finns överlappningar mellan ett gott ledarskap och ett hälsofrämjande ledarskap. Kan man alltså konstatera att man allmänt talar om ett gott ledarskap i betydelsen av ett hälsofrämjande ledarskap? I litteraturstudien poängterades även evalueringen av den hälsofrämjande verksamheten på arbetsplatsen, dvs. att mäta de hälsorelaterade indikatorerna. Fördelen med att mäta hälsorelaterade indikatorer ansågs enligt litteraturstudien vara följande: att göra hälsan synlig och värdefull, ha möjlighet att utvärdera hälsofrämjande aktiviteter, ha möjligheten att jämföra sig med andra organisationer samt att kunna följa utvecklingen över tid på den egna arbetsplatsen.

7.1.2 Ett stödjande och motiverande ledarskap

Enligt litteraturstudien utövar en hälsofrämjande ledare ett stödjande och motiverande ledarskap. Det visade sig även i litteraturstudien att ledaren behöver stödsamtal i det dagliga arbetet individuellt eller i grupp. Barajas et al. (2006) poängterar även betydelsen av stöd eller mentorskap till ledningen, vilket i deras studie visade sig vara önskvärt eller till om med nödvändigt. Enligt Ottawa dokumentet (WHO 1986) är en av de viktigaste strategierna för att främja hälsa att skapa stödjande miljöer för hälsa. Även på nationell nivå i Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 poängteras vikten av att stödja utvecklingen av de olika vardagsarenorna, d.v.s. arbetsplatserna för den arbetsföra befolkningen. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001). I litteraturstudien betonas även organisatoriskt stöd och stödjande ledning samt externt stöd, i form av experthjälp. Angelöw (2013,145) betonar likaså betydelsen av organisatoriskt stöd. Därtill poängterar Hoertz (2014) och Nyberg (2009) betydelsen av stöd. Hoertz (2014) studie visar att de anställda som upplever att de får mer stöd från ledningen gällande hälsofrämjande på arbetsplatsen och upplever ett positivt hälsoklimat på arbetsplatsen deltar lättare i olika hälsoaktiviteter. Dessutom upplever de bättre resultat från olika hälsoaktiviteter samt arbetstrivsel, arbetsengagemang och arbetsprestation.

7.1.3 Hälsofrämjande arbetsmiljö

En viktig faktor som dessutom inverkar på ett hälsofrämjande ledarskap är enligt litteraturstudien en hälsofrämjande arbetsmiljö. En hälsofrämjande ledare ansågs ha ansvaret för att utveckla en fysiskt- och psykiskt hälsosam arbetsmiljö. I tidigare studier påpekar även Hansson (2004, 33) att för att stärka och bevara hälsan måste också livsmiljön och villkoren i vardagen stödja individens strävan. Det hälsofrämjande arbetet måste enligt Hansson genomsyra alla de nivåer i en organisation som på ett eller annat sätt kan påverka medarbetarnas hälsa. Det som betonas starkt i litteraturstudien är att arbetsuppgifterna skall vara rimliga, meningsfulla och i balans med de personliga resurserna. Hanssons (2010, 41-42) mentala modell eller tankemodell dvs. teorin känsla av sammanhang stöder vad som kommit upp i litteraturstudien. Tankemodellen hjälper ledaren att utforma ett ledarskap som är bra för både människan och för verksamheten. Alltså ett ledarskap där både ledaren själv och de man leder upplever meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i sitt arbete. Dessa tre ord hjälper till att förstå vad som behövs för att människor ska fungera och må bra enligt Hanson. Begreppet känsla av sammanhang eller KASAM, grundar sig på Antonovskys teori (1991, 41) om i vilken utsträckning tillvaron upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull. Ledarens uppgift blir då enligt Hanson (2010, 57-58) & Angelöw (2013, 150) att fundera över vad som gör situationen begriplig, hanterbar och meningsfull för varje medarbetare eller deltagare.

Därtill betonades möjligheten till personlig utveckling och kompetens utveckling. Även i tidigare forskning betonas detta speciellt av Menckel och Österblom (2000, 10) som betonar att det viktigaste är att människor sätter in sin egen kraft och mobiliserar sina egna resurser, vågar och erbjuds vara delaktiga och engagerade, vågar satsa och starta processer. I Luxemburg deklARATIONEN talar man om att främja aktiv medverkan och uppmuntra till personlig utveckling (Luxemburg deklARATIONEN 2007). Barajas et al. (2006) tar upp betydelsen av ett arbetssätt där alla haft möjlighet att vara delaktiga och uppmuntras att tänka kritiskt och tänka nytt under ett interventionsprojekt. Medarbetarna ökade på detta sätt sin handlings- och förändringsberedskap och påverkade sin egen organisation i riktning mot en hälsofrämjande arbetsplats. Likaså Larsson (2010, 71) betonar vikten av en lärande kultur inom organisationen. Även god arbetsplanering och fördelning betonas i litteraturstudien. Detta innebär att som chef vara tillgänglig och närvarande, men att kunna delegera arbetsuppgifter och uppmuntra till personligt an-

svar. Larsson (2010, 71) poängterar både betydelsen att som chef vara synlig i organisationen och att ge medarbetarna ansvar och befogenheter och att visa humanitet och förtroende.

Mål-orientering betonades starkt i litteraturstudien dvs. att sätta upp tydliga och synliga mål för verksamheten. I tidigare forskning betonar WHO (2007) att ett gott ledarskap handlar om att ge riktning mot vilken man arbetar. Enligt Hansson (2010, 27) är ledarens utmaning idag den samma som den alltid varit, dvs. att få människor och verksamhet att fungera så att olika mål kan uppnås. Menckel & Österblom (2000, 10) poängterar att det behövs ett ledarskap som även styr ”mot målet” god hälsa. Svedberg (2012, 188-191) däremot tar upp att genom att synliggöra målsättningarna på olika nivåer, underlättar det för den enskilda individen och för teamet att finna sin identitet i organisationen, för att inte riskera att förlora sig i en organisatorisk dimma. Det bidrar till en känsla av delaktighet, vilket är en förutsättning för levande mål. Gruppmedlemmarnas aktivitet syftar ytterst till att finna mening. Klara och uppföljningsbara mål och en känsla av delaktighet underlättar denna meningsskapande process.

7.1.4 Hälsofrämjande arbetskultur

En viktig faktor som även inverkar på ett hälsofrämjande ledarskap enligt litteraturstudien är en hälsofrämjande arbetskultur. I litteraturstudien betonades ett värdebaserat ledarskap där ledaren genom normer, beteenden och genom att vara rollmodell för de anställda utvecklar en positiv arbetskultur. Utvecklandet av traditioner och att kommunicera värderingar inom organisationen betonades även i litteraturstudien. Menckel och Österblom (2000, 32; 10) poängterar att hälsofrämjande i hela dess positiva betydelse innebär ”förbättrad hälsa hos medarbetarna samt beaktande av såväl fysiska som psykosociala faktorer, ledarskapet och företagskulturen”. Larsson (2010, 85-86) har i sin doktorsavhandling kommit fram till de slutsatser att ett ledarskap som integrerar ledarskapsvärderingar, beteenden och ledarskapsverktyg har ett positivt samband med kvalitet, effektivitet och de anställdas hälsa.

Det som betonades i litteraturstudien som inte så starkt kommit upp i bakgrund eller teorin var betydelsen av att ledaren bär ansvar för det etiska klimatet på arbetsplatsen och att skapa förutsättningar för medarbetare att i sin tur ta etiskt ansvar. Ledarens etiska

kompetens och etik betonas i litteraturstudien för att skapa tillit, trygghet, förtroende och respekt hos ledaren samt på arbetsplatsen. Endast Grönlund & Stenbock-Hult (2014) betonar i tidigare forskning att ett hälsofrämjande ledarskap bygger på en tydlig etisk grund som innefattar omsorg, mod och etiskt bemötande. Den etiska grunden, speciellt mod, framkom klart i Grönlunds och Stenbock- Hults studie. Detta antyder enligt dem på att vårdledarna borde få möjligheter att utveckla sig som etiska personer för att de skall kunna fungera som hälsofrämjande ledare.

Det betonades även i litteraturstudien att det är viktigt att se den anställda som en enskild individ och att ta i beaktande de personliga resurserna och behoven. I tidigare forskning enligt Hansson (2010, 28) ger det salutogena synsättet, ledarskapet en värdegrund och en inriktning. Både Antonovsky (1991, 27) och Hansson (2010) betonar detta i det salutogena ledarskapet och synsättet, vilket innebär att se på de tillgångar och de värden som varje människa har. Salutogenes innebär att man tar till vara det som fungerar och har värde, både för människan och den verksamhet hon arbetar i.(Hansson 2010, 41-42; 57-58) Även i detta samband betonades vikten av rimliga arbetsförhållanden. Vilket tidigare diskuterats i studien.

För att skapa ett positivare socialt klimat och arbetsgemenskap samt ökad trivsel och hälsa hos de anställda betonas i litteraturstudien betydelsen av uppskattning eller feedback. Även ökad belöning, erkännande och respekt betonas. I tidigare forskning tar Kanste (2011) upp betydelsen av erkännande och feedback. Marmot däremot (2006, 178-180) poängterar betydelsen av feedback genom att betrakta stress på arbetsplatsen med krav-kontroll modellen utifrån balansen mellan ansträngning och belöningsmodellen. Enligt modellen bör människor belönas på tre sätt, med pengar, uppskattning och karriär möjligheter. Ansträngnings-belöningsmodellen innebär att brist på belöning betyder brist på fullt deltagande. Brist på korrekt belöning för ens ansträngningar orsakar känslomässig stress och aktiverar biologiska stressmekanismer, vilket får följder för hälsan. Det kan även enligt Svedberg (2012, 187) innebära att feedback-processer är väsentliga för att få en rättvisande bild av verksamhetens innehåll och resultat. Den information man då får är en förutsättning för lärande och för att kunna vidta åtgärder och organisera sig efter situationens verkliga krav och verksamhetens mål.

I litteraturstudien betonas även en öppen och ärlig kommunikation samt tid för dialog med de anställda. I tidigare forskning betonas även Kanste (2011, 30) och Larsson (2010) betydelsen av en god kommunikation. Angelöw (2013, 145) tar upp betydelsen av öppenhet och bra kommunikation. Sandahl et. al. (2011, 104) och Angelöw (2013, 145) sammanfattar att den mesta forskning pekar på att chefens sätt att utöva ledarskapet har betydelse för medarbetarnas hälsa. Medarbetarnas hälsa påverkas i positiv riktning av en chef som är relationsorienterad, som är intresserad av sina medarbetare och därmed fångar upp och lyssnar till känslouttryck, visar omtanke, och samtidigt ger intellektuell stimulans, tydlig vägledning och är inriktad på att tillsammans med medarbetarna genomföra det uppdrag man har. Detta kommer även upp i litteraturstudien. Naumanen (2006), Eriksson (2011), Dellve et al. (2007) betonas att tid för reflektion och dialog med anställda underlättar arbetsförhållandena och speciellt en öppen diskussion och arbetsnärvaro har en positiv relation, d.v.s. att en bra ledare diskuterar arbetsrelaterade frågor med sin personal och lyssnar till dem. Larsson (2010) betonas i tidigare studier vikten av medarbetardiskussioner.

I litteraturstudien poängteras även starkt att en hälsofrämjande ledare skall uppmuntra de anställda att delta i viktiga beslut eller att vara delaktiga. I tidigare forskning betonas både Kanste (2011) och Barajas et al. (2006) betydelsen av delaktighet. I social- och hälsovårdspolitiska strategin, Ett socialt hållbart Finland 2020, är ett av målen att delaktigheten skall säkerställas. Menckel & Österblom (2000, 32, 10) betonas vikten av att medarbetarna skall våga och erbjudas vara delaktiga och engagerade, våga satsa och starta processer. Även Hultberg (2007) tar upp betydelsen av delaktighet. Viktiga kriterier för ett hälsopromotivt arbete enligt henne är att fokus skall ligga på främjande, att man bör ha ett arenatänkande och utgå från att varje arbetsplats är unik, sträva efter delaktighet samt processinriktat arbetssätt. Enligt Hultberg har cheferna en nyckelroll när det gäller att öka medarbetarnas delaktighet.

Sist men inte minst betonas i litteraturstudien betydelsen av ett gott samarbete och medarbetarskap både inom organisationen och med samarbetspartners. Detta betonas även starkt inom tidigare forskning. Angelöw (2013, 147) påpekar att det inte räcker med ett hälsofrämjande ledarskap, utan det behövs också ett hälsofrämjande medarbetarskap. En hälsofrämjande arbetsplats kan utvecklas först när ledare och medarbetare hjälps åt. Enligt Ottawa dokumentets tre grundläggande strategier för hälsofrämjande; så krävs det

samordnade åtgärder från alla berörda för att förmedla de hälsofrämjande åtgärder. Europeiska unionen uppmuntrar att sätta hälsofrämjande högt upp på sin agenda och att inkludera hälsofrågor i all politik på arbetsplatsen. Enligt Luxemburgdeklarationen för hälsofrämjande på arbetsplatser i Europeiska unionen är hälsofrämjande på arbetsplatser ”en gemensam insats av arbetsgivare, arbetstagare och samhället för att förbättra hälsa och välbefinnandet för människor i arbetslivet” och kan endast bli framgångsrikt om alla nyckelpersoner tar sitt ansvar. (WHO 1986; Luxemburgdeklarationen 2007; ENWHP 2013) Även på nationell nivå i regeringsprogrammet poängterar man ett gott samarbete mellan olika parter. (Statsrådet 2011) I policyn för arbetsmiljön och välbefinnande i arbetet till år 2020 poängterar man att kunskap, vilja och kompetens uppnås genom samarbete. (Social och hälsovårdsministeriet 2011a) Även Nyberg (2009) poängterar vikten av att få de anställda att samarbeta bra. Larsson (2015, 62) tillägger att hälso- och arbetsmiljöarbetet är beroende av ett aktivt och kontinuerligt arbete och inte kan betraktas som en given och etablerad praktik.

7.2 Metod diskussion

I varje studie anpassas metoden för att möta den specifika studiens syfte och problemställning (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 149). Studerande har i denna studie valt att genomföra en litteraturstudie. Resultaten ur litteraturstudien har sedan i resultatdiskussionen jämförts med tidigare forskning och teorin om hälsofrämjande.

Författaren hade önskat inkludera så ny forskning som möjligt, men på grund av att det inte fanns så mycket forskning inom just detta område, blev forskaren tvungen att även ta med lite äldre studier. Sökprocessen efter artiklar var tidskrävande eftersom ett stort antal artiklar och abstrakt lästes igenom. I analyskedet översattes största delen av artiklarna från engelska till svenska och eftersom engelska inte är forskaren modersmål kan det ha påverkat tillförlitligheten. Vad även gäller tillförlitligheten kunde analysen ha fått ytterligare djup om den gjorts av två av varandra oberoende personer.

Bristfälligt i studien är eventuellt mängden artiklar som slutligen återstod i litteraturstudien. Det förvånade även författaren, eftersom författaren hade väntat sig ett mycket större antal artiklar som resultat efter kvalitets-granskningen och värderingen. Det visade sig att inkluderingskriterierna eventuellt borde ha varit annorlunda.

Ursprungligen hade författaren haft som avsikt att presentera frågeställningarna var för sig men detta visade sig inte vara möjligt. Eftersom det visade sig att forskningsfrågorna inte kunde svaras skilt för sig väcker det en tanke att forskningsfrågorna eventuellt borde ha formulerats annorlunda eller mera skiljt sig från varandra. Eller kunde andra texter ha valts? Speglar texterna verkligen det fenomen som undersöks? Är texterna för få eller för många? (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 216) Däremot anser studerande att forskningsfrågorna kunde besvaras.

Forsberg och Wengströms (2013) bok, Att göra systematiska litteraturstudier har varit värdefull och gett riktlinjer för studiens upplägg. Kvalitetsgranskningen av forskningsartiklarna, som gjordes med hjälp av riktlinjer av Forsberg och Wengström, lämnade mycket utrymme för personlig bedömning och värdering och påverkar eventuellt resultatens tillförlitlighet i denna litteraturstudie. I detta skede hade det med tanke på tillförlitligheten eventuellt varit bra att vara två forskare som gjort kvalitetsbedömningen. Kvalitetsbedömningen är dock gjord efter bästa förmåga med tanke på att forskaren var ensam och oerfaren.

Författaren anser att en systematisk litteraturstudie som metod funkade bra och följer ett systematiskt mönster. Såsom Forsberg & Wengström (2013; 30) säger är en systematisk litteraturstudie ett arbete i flera steg som innefattar att motivera varför studien görs, formulera frågor som går att besvara samt en plan, bestämma sökord och sök strategi, identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar och rapporter.

Nackdelen med en systematisk litteraturstudie och att arbeta ensam är att metoden är krävande. Dessutom innebär en systematisk litteraturstudie enligt Forsberg & Wengström (2013; 30-31) att kritiskt värdera, kvalitets bedöma och välja den litteratur som skall ingå samt analysera och diskutera resultat, sammanställa och dra slutsatser. Även beskrivning, analys och tolkning kan ses som den stora utmaningen i kvalitativ forskning. Utmaningen innebär att göra stora mängder data förståeliga, att minska volymen av information och att identifiera mönster. På detta vis byggs ett ramverk för att man ska kunna kommunicera och presentera kärnan i resultaten. (Forsberg & Wengström 2013, 150)

7.3 Studiens trovärdighet

I många skeden i Master arbetet hade det varit till stor hjälp att vara två för att handskas med de olika stegen och för att styrka trovärdigheten. Det som studerande ansåg som svårast gällande trovärdigheten var att välja artiklarna som skulle ingå i litteraturstudien. Kvalitetsbedömningen är en krävande och långprocess, men endast genom en kvalitetsbedömning och genom att välja studier av hög kvalitet blir resultatet pålitligt och rätt. (Kontio & Johansson, 2007) Även skapandet av kategorier och grupperingen av dem var inte alltid så enkelt, men intressant. Graneheim & Lundman (2003, 109) tar upp att första frågan gällande trovärdigheten uppstår när man gör ett beslut om fokus på studien, val av sammanhang, deltagare eller sätt att samla data. Även mängden data och att välja ut de mest betydande meningsenheterna är ett kritiskt problem med tanke på trovärdigheten. Trovärdighet gällande undersökningens resultat har att göra med om kategorierna täcker den data de innehåller och att besluta likheten och olikheten mellan kategorierna.

Krävande men givande var även att så tydligt och enkelt som möjligt beskriva alla processer i studien för att inte trovärdigheten skulle bli lidande. Forsberg & Wengström (2013, 166) tillägger att ett krav är att analysen presenteras så att det är möjligt att följa med processen. Viktigt är att skapa en struktur för den nya helheten eller resultatet, för utan struktur och logik blir litteraturstudiens resultat obegripligt för läsaren och eventuellt trovärdigheten lidande. Även en noggrann beskrivning av analysarbetet är nödvändigt för att stärka resultatens tillförlitlighet (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 198).

Eftersom kraven är höga på systematiska litteraturstudier underlättar det för läsaren att bedöma relevans och trovärdighet i de slutsatser som dras utifrån analyserade artiklar (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, 204).

7. 4 Etisk diskussion

Författaren anser att god etik är en mycket viktig aspekt i all vetenskaplig forskning. Forsberg & Wengström (2013, 69-70;145) anser att etiska överväganden vid systematiska litteraturstudier bör göras beträffande urval och presentation av resultat. Det är viktigt att välja studier där etiska överväganden har gjorts. Det är även viktigt att redo-

visa alla artiklar som ingår i litteraturstudien samt att presentera alla resultat som stöder respektive inte stöder hypotesen. Det är även oetiskt att presentera endast de artiklar som stöder forskarens egen åsikt.

Författaren har under arbetets gång följt Arcadas etiska riktlinjer, god vetenskaplig praxis i utbildning och forskning vid Arcada. Dessutom har Forskningsetiska delegationens anvisningar tagits i beaktande. Forskningsetiska delegationen i Finland har år 2012 utgett riktlinjer för ”God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland”. Arcada, liksom de flesta andra högskolor och universitet i Finland, har förbundit sig att följa dessa GVP-riktlinjer. (Arcada 2015)

I studien har författaren iakttagit de förfaringssätt som forskningssamfundet erkänt, dvs. hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen och i dokumenteringen och presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. (Forskningsetiska delegationen 2012, 18)

I studien tillämpas även dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara. Vid publiceringen av undersökningsresultaten tillämpas den öppenhet och den ansvarsfulla kommunikation som karakteriserar vetenskaplig verksamhet. (Forskningsetiska delegationen 2012, 18)

Författaren har i sin egen forskning och när resultaten av den publicerats tagit hänsyn till andra forskares arbete och resultat och hänvisar till deras publikationer på ett korrekt sätt så att deras arbete respekteras och deras resultat tillmäts det värde och den betydelse som tillkommer dem. (Forskningsetiska delegationen 2012, 18)

7.5 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan man säga att den hälsofrämjande ledarens mål är att uppnå hälsa och välbefinnande hos de anställda. Eftersom hälsa är en kvalitet eller tillgång som behövs för att människor och samhällen ska fungera väl (Hansson 2004, 31). Hälsa skapas och upplevs av människor i deras vardag, där de lär, arbetar osv. Hälsa skapas genom att ta hand om sig själv och andra, genom att kunna fatta beslut och ha kontroll

över sina omständigheter i livet samt genom att se till att samhället skapar förutsättningar som gör det möjligt för alla att uppnå hälsa. (WHO 2007)

En hälsofrämjande ledare enligt litteraturstudien främjar välbefinnande på arbetsplatsen genom ett stödjande och motiverande ledarskap. Viktiga faktorer som inverkar på ett hälsofrämjande ledarskap är ledarens egen hälsa och ledarens inställning till hälsofrämjande. Dessutom inverkar ledarens sätt att agera och hur han bemöter de anställda. Även vikten av evalueringen av den hälsofrämjande verksamheten betonades.

En hälsofrämjande ledare utövar ett ledarskap som betonar en hälsofrämjande arbetsmiljö och -kultur. Det är ledarens roll att se till att arbetsuppgifterna är rimliga, meningsfulla och i balans med de personliga resurserna. Andra faktorer som stöder ett hälsofrämjande ledarskap är att ge personalen möjligheten till personlig utveckling och kompetensutveckling. Även god arbetsplanering och fördelning betonas i litteraturstudien. Detta innebär att som chef vara tillgänglig och närvarande, men att kunna delegera arbetsuppgifter och uppmuntra till personligt ansvar. Därtill är det som ledare viktigt att sätta upp tydliga och synliga mål för verksamheten samt att styra ”mot målet” god hälsa.

För att uppnå en hälsofrämjande arbetskultur betonades ett värdebaserat ledarskap där ledaren genom normer, beteenden och genom att vara rollmodell för de anställda utvecklar en positiv arbetskultur. Enligt litteraturstudien bär även ledaren ansvaret för det etiska klimatet på arbetsplatsen och att skapa förutsättningar för medarbetaren att i sin tur ta etiskt ansvar. Ledarens etiska kompetens och etik betonas i litteraturstudien för att skapa tillit, trygghet, förtroende och respekt hos ledaren samt på arbetsplatsen.

Det betonades även i litteraturstudien att det är viktigt att ledaren kan se den anställda som en enskild individ och tar i beaktande de personliga resurserna och behoven. Därtill poängterades betydelsen av uppskattning eller feedback samt en öppen och ärlig kommunikation. Det som betonades starkt var betydelsen av att ledaren skall uppmuntra de anställda att delta i viktiga beslut eller vara delaktiga. Dessutom betonades betydelsen av ett gott samarbete. Det som betonas starkt är att en hälsofrämjande arbetsplats kan utvecklas först när ledare och medarbetare hjälps åt samt att det är ett kontinuerligt arbete.

KÄLLOR

- Angelöw, Bosse. 2013, *Ledarskapshandboken*. Att utveckla och stärka ledarskapet, Stockholm: Natur & Kultur, 334 s.
- Antonovsky, Aaron. 1991, *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur, 253 s.
- Arcada, *God vetenskaplig praxis i utbildning och forskning på Arcada*. Tillgänglig: https://my.arcada.fi/sv/webfm_send/1563 Hämtad 16.4.2015
- Barajas, Josefin; Gustavsson Maria; Ekberg Kerstin. 2006. Hälsofrämjande arbetsplats – att skapa möjligheter för lärande och hälsa. IHS Rapport 2006:2. Institutionen för hälsa och samhälle. Linköpings universitet.
- Dellve, Lotta; Skagert Katrin; Vilhelmsson, Rebecka. 2007. Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 5, s. 471-476.
- Dellve, Lotta; Andreasson, Jörgen; Jutengren, Göran. 2013. Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården?. *Socialmedicinsk tidsskrift* 6/2013. s. 866-877. Tillgänglig <http://socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/view/1075/873> Hämtad 23.3.2015
- Denscombe, Martyn. 2004. Forskningens grundregler: Samhällsforskarens handbok i tio punkter. Lund: Studentlitteratur, 265 s.
- ENWHP. 2013. *European Network for Workplace Health Promotion*. Tillgänglig: http://www.enwhp.org/fileadmin/user_upload/pdf/ENWHP-image_brochure-final.pdf Hämtad 9.1.2015
- Eriksson, Andrea; Jansson, Bjarne; Haglund, Bo J. A; Axelsson, Runo. 2008. Leadership, organization and health at work: a case study of a Swedish industrial company. *Health Promotion International*. Vol. 23, No. 2. 2008. s. 127-133
- Eriksson, Andrea; Axelsson, Runo; Bihari Axelsson, Susanna. 2011. Health promoting leadership – Different views of the concept. *Work* 40. 2011. s. 75-84
- Eriksson, Andrea. 2011. *Health-Promoting Leadership: A study of the concept and critical conditions for implementation and evaluation*. Doctoral thesis at the Nordic School of Public, Gothenburg. Sweden 2011.
- Eriksson, Andrea; Skagert Katrin; Dellve, Lotta. 2013. Utveckling av hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap – Erfarenheter av att arbeta med interventioner utifrån ett arbetsmaterial. *Socialmedicinsk tidsskrift* 6/2013. s. 793- 798. Tillgänglig <http://socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/view/1082/876> Hämtad 23.3.2015
- Eriksson, Katie. 2000, *Hälsans ide*. 2 upplagan av 5, Stockholm: Liber, 146 s.

- Ewles, Linda och Simnett, Ina. 2005, *Hälsoarbete*, 2 upplagan, Lund: Studentlitteratur, 354 s.
- Falkenström, Erica. 2013. Värdet av chefers etiska kompetens. *Socialmedicinsk tidskrift* 6/2013. S. 857- 865. Tillgänglig: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1068/870> Hämtad 19.3.2015
- Forsberg, Christina & Wengström Yvonne. 2013. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 3 upplagan. Stockholm: Natur & Kultur, 219 s.
- Forskningsetiska delegationen*. 2012, God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Tillgänglig: www.tenk.fi Hämtad 10.01.2015.
- Finlex*. 2002, *Arbetarskyddslag 23.8.2002/738*. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> Hämtad 19.1.2015
- Graneheim & Lundman. 2003. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today* 24/2004, s. 105-112
- Granskär, Monica & Höglund-Nielsen, Birgitta. 2012, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. uppl. 2:1, Lund: Studentlitteratur AB, 249 s.
- Green, Jackie & Tones, Keith. 2010, *Health Promotion – planning and strategies*. 2nd edition, London: Sage, 576 s.
- Grönlund, Anu & Stenbock-Hult, Bettina. 2014, Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Vård i Norden* 1/2014. s. 36-41. Tillgänglig: i *Vård i Norden* 1/2014. Hämtad 25.09.2014
- Haglund, Bo J A & Tillgren, Per. 2009, *Forskning i hälsofrämjande arbete- ett intensivt forskningsområde med syfte att bidra till större social rättvisa*. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2009. Tillgänglig: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/23/23> Hämtad 10.10.2014
- Hansson, Anders. 2004, *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur 2004.
- Hansson, Anders. 2010, *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB.
- Hoert, Jennifer Woloszyk. 2014. Employee work and health behaviors: the role of leadership support for health promotion and organizational health climate. *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 624.
- Hultberg, Annemari. 2007, Ett hälsosammare arbetsliv- Vägledning för goda psykosociala arbetsförhållanden. *Socialmedicinsk tidskrift* 2/2007. Tillgänglig

<http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/613/433> Hämtad 6.11.2014

- Jacobsen, Dag Invar. 2012. Förståelse, beskrivning och förklaring. Upplaga 2:1, Lund: Studentlitteratur
- Jönsson, Sten & Strannegård, Lars. 2009, *Ledarskapsboken*. Malmö: Liber.
- Kanste, Outi. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 9 (2) 2011.
- Kontio, Elina & Johansson, Kirsi. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja* A:51/2007, s. 101-108
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1999, Sisällön analyysi, *Hoitotiede*, Vol. 11, nr 1/99, s. 3- 12.
- Larsson, Johan; Landstad, Bodil; Vinberg, Stig. 2009. To control with health: From statistics to strategy. *Work* 32. 2009. s. 49-57
- Larsson, Johan. 2010. Leadership for Quality, Effectiveness and Health in organisations. Doctoral Thesis. Mittuniversitetet. Östersund 2010.
- Larsson, Robert. 2015. Managing workplace health promotion in municipal organizations. Mälardalen University Press Dissertations No.172.
- Lindqvist, Margaretha & Wärnå-Furu, Carola. 2009. Hälsofrämjande ledarskap i vården. *Vård i Fokus* 2/2009. S. 9-15
- Luxemburg deklARATIONEN*. 2007, Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Tillgänglig: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf Hämtad 9.1.2015
- Marmot, Michael. 2006. Status syndromet- Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur & Kultur, 416 s.
- Medin & Alexandersson. 2000, *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Menckel, Ewa & Österblom, Lars. 2000, *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen- om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 147 s.
- Naumanen, Paula. 2006, The health promotion of aging workers from the perspective of occupational health professionals. *Public Health Nursing* Vol. 23 No.1 2006. s. 37- 45.

- Nutbeam, Don. 1998, health promotion glossary, Health Promotion International: Vol, 13. n. 4. *Oxford University Press*. Tillgänglig: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF> Hämtad 2.2.2015
- Nyberg, Anna. 2009. The impact of managerial leadership on stress and health among employees. Karolinska Institutet. Stockholm 2009. ISBN 978-91-7409-614-9
- Sandahl, Christer; Erica Falkenström & Mia von Knorring. 2010, *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*, Stockholm: Natur & Kultur
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2001, *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:4. Edita Prima Oy. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7169.pdf Hämtad 9.1.2015
- Social och hälsovårdsministeriet. 2011a, *Policy för arbetsmiljön och välbefinnande i arbete till år 2020*, Social- och hälsovårdsministeriets publikation 2011:13. Juvenes Print. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16255.pdf Hämtad 10.01.2014
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2011b, *Ett socialt hållbart Finland 2020 Strategi för social- och hälsovårdspolitiken*, Social- och Hälsovårdsministeriets publikationer 2011:5. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15325.pdf Hämtad 9.1.2015
- Statsrådet. 2007, Regeringens politikprogram. *Politikprogrammet för hälsofrämjande*. Tillgänglig: <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/sv.jsp> Hämtad 13.10.2014
- Statsrådet. 2011. *Regeringsprogrammet*. Tillgänglig: <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/katainen/hallitusohjelma/pdf/sv.pdf> Hämtad 13.1.2015
- Svedberg, Lars. 2012, *Grupp-psykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap*. Upplaga 5:1. Studentlitteratur
- Sydänmaanlakka, Pentti. 2006, *Älykäs itsensä johtaminen – näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun*. Helsinki: Talentum
- Tones, Keith & Tilford, Sylvia. 2001, *Health Promotion, effectiveness, efficiency and equity*, 3rd edition, Cheltenham: Nelson Thornes, 524 s.
- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 182 s.

- Työterveyslaitos. 2012, Työ ja Terveys suomessa 2012, *Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki*. Tillgänglig: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf. Hämtad 22.1.2015
- Vinberg, Stig; Larsson, Johan; Landstad, Bodil; Malmqvist Claes. 2012. Hur påverkas verksamhetens effektivitet och lönsamhet av satsningar på de anställda? –En studie av ledarskap och hälsofrämjande processer i två glesbygdskommuner. Mittuniversitetet 2012.
- Vinberg, Stig & Landstad, Bodil. 2013, Kvinnliga ledares arbetsvillkor i en glesbygds-kommun – oglamorösa och hindrande för hälsofrämjande insatser?. Social medicinsk tidskrift 6/2013. s. 838-847. Tillgänglig: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1070/871> Hämtad 19.3.2015
- Yukl, Gary. 2012, Ledarskap i organisationer. Harlow: Prentice hall, 678 s.
- Åkerlind, Ingemar; Larsson, Robert; Ljungblad, Cecilia. 2013. Ledarskap, social klimat, hälsofrämjande åtgärder och sjukfrånvaro- en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner. Socialmedicinsk tidskrift 6/2013. s. 799- 807. Tillgänglig <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1067/865> Hämtad 20.3.2015
- WHO - Världshälsoorganisationen. 1948, *Constitution*. New York: 1948 WHO Tillgänglig: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Hämtad 13.1.2015
- WHO - Världshälsoorganisationen. 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986. WHO. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Hämtad 25.9.2013
- WHO - Världshälsoorganisationen. 1991, *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*, 1991. WHO. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- WHO - Världshälsoorganisationen. 2007, *Building leadership and management capacity in health*. WHO. Tillgänglig: <http://www.who.int/management/FrameworkBrochure.pdf>. Hämtad 14.10.2014

Tabell över databassökningen i följande databaser.
(åren 2005-2015)

Bilaga 1

Databad SveMed+

Datum	Sökord	Träffar	Pga rub. utesluten	Pga abstr. uteslutna	Ej artikel	Rel. artiklar	Dubletter
19.3.2015	"leadership"+"workplace"	21 6	10 6	3		8 0	
19.3.2015	"leadership"+"health" "health promotion"	6				6	4
Databas SwePub							
19.3.2015	"ledarskap"+"hälsa"+ "hälsofrämjande"	10			6	4	3
19.3.2015	"ledarskap"+"hälsa"+ "hälsofrämjande"	7	2		4	1	1
Databas PubMed							
19.3.2015	"leadership"+"workplace"+ "health promotion"+ "health" + Europe	11	6			5	2
Databas Academic search Elite EBSCO							
23.3.2015	"health promotion" leadership or HP leadership health or wellbeing or work (Europe)	1	1			0	

Databas Ebsco Host Cinahl

19.1.2015 "health promotion"+ "leadership"+ " or HP leadership health or wellbeing or work (Europe)	34	31			3	3
Databas Medic						
23.3.2015 leadership + leader + manager health + work "health promotion"	24	20	3		1	
Databas Google scholar						
23.3.2015 ledarskap + hälsofrämjande	17	13		2	2	3
	137	89	6	12	30	16

Kvar totalt	14 st
-------------	----------

Dessa 14 stycken artiklar granskades systematiskt & kvalitetsvärderades	Kvar totalt 10 st
--	-------------------------

Bilaga 2

Checklista för kvalitativa artiklar* * C. Forsberg & Y. Wengström, 2003.

A. Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja ☐ Nej ☐

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.) Ja ☐ Nej ☐

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

☐ Strategiskt urval ☐ Snöbollsurval

☐ Teoretiskt urval ☐ Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja ☐ Nej ☐

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling) Ja ☐ Nej ☐

Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:

☐ ostrukturerade intervjuer ☐ halvstrukturerade intervjuer ☐ fokusgrupper ☐ observationer ☐ video-/bandinspelning ☐ skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? Ja ☐ Nej ☐

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om: ☐ teman är utvecklade som begrepp ☐ det finns episodiskt presenterade citat ☐ de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna ☐ svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja ☐ Nej ☐

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja ☐ Nej ☐

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja ☐ Nej ☐

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? Ja ☐ Nej ☐

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja ☐ Nej ☐

Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja ☐ Nej ☐

Har resultaten klinisk relevans? Ja ☐ Nej ☐

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja ☐ Nej ☐

Finns risk för bias? Ja ☐ Nej ☐

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna? Ja ☐ Nej ☐

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas? Ja ☐ Nej ☐

Bilaga 3

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasi-experimentella studier*

* C. Forsberg & Y. Wengström, 2003.

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna? Ja ☐ Nej ☐

Är designen lämplig utifrån syftet? Ja ☐ Nej ☐

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

☐ Randomiserat urval ☐ Obundet slumpmässigt urval ☐ Kvoturval ☐ Klusterurval ☐ Konsekutivt urval ☐ Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ? Ja ☐ Nej ☐

Var genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad? Ja ☐ Nej ☐

Var validiteten diskuterad? Ja ☐ Nej ☐

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? Ja ☐ Nej ☐

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys? Ja ☐ Nej ☐

Var den statistiska analysen lämplig? Ja ☐ Nej ☐

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja ☐ Nej ☐

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population? Ja ☐ Nej ☐

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja ☐ Nej ☐

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja ☐ Nej ☐

Motivera varför eller varför inte!

Bilaga 4.

Forsberg & Wengströms (2013) tabell, kriterier för kvalitetsvärdering (s.117)

Hög kvalitet, 1	Medelkvalitet, 2	Låg Kvalitet, 3
<i>Randomiserad kontrollerad studie</i> Större, väl genomförd multicenterstudie med tydlig beskrivning av studieprotokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet är tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.		<i>Randomiserad kontrollerad studie</i> Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många interventioner, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfällig materialbeskrivning, stort bortfall av patienter.
<i>Kvasi-experimentell studie</i> Väldefinierad frågeställning, tillräckligt stort patientmaterial och adekvata statistiska metoder, reliabilitets- och validitetstestade instrument.		<i>Kvasi-experimentell studie</i> Litet patientmaterial, ej reliabilitets- och validitetstestade instrument. Tveksamma statistiska metoder.
<i>Icke-experimentell studie</i> Stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet. Lång uppföljning.		<i>Icke-experimentell studie</i> Begränsat patientmaterial, otillräckligt beskrivet och analyserat med tveksamma statistiska metoder.