

Reflekterande kollegiala arbetsgrupper

ETT SAMARBETSPROJEKT MELLAN SKL OCH
LINNÉUNIVERSITETET 2018-09-19



Innehåll

Innehåll	2
Förord	4
Inledning	5
Bakgrund	6
Stress, krav och resurser	6
Burnout och utmattningssyndrom	8
Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003):	10
Att förebygga stress och burnout	11
Reflekterande kollegial samtalsgrupp	14
Varför reflekterande kollegiala samtalsgrupper?	14
Deltagare	16
Miljö	17
Gemensamma regler.....	17
Problembaserad metod (PBM).....	18
Arbetsätt	19
1. VÄLJA TEMA	21
Handledarrollen i reflekterande kollegial samtalsgrupp	21
Metod	23
Design och genomförande	23
Handledarutbildning	25
Urval och deltagare	25
Enkäten	27
Dataanalyser	29
Forskningsetik	29
Resultat	30
Krav i arbetet	30
Effekt avseende utmattning och distansering	30
Effekt avseende depressiva symtom och ångest.....	32
Skillnader mellan deltagar- och kontrollgrupp.....	33
Teman vid gruppträffarna.....	35
Deltagarnas erfarenheter	35
Organisatoriska förändringsmål	39
Handledarnas upplevelse av att leda en reflekterande samtalsgrupp	39

Sammanfattning och diskussion	41
Slutsatser	44
REFERENSER	45
BILAGA 1	50
BILAGA 2	51

Förord

Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Sverige. För den som varit sjukskriven för psykisk ohälsa tar det också betydligt längre tid att komma tillbaka till arbetet, jämfört med genomsnittet av alla diagnoser.

Att försöka hitta förebyggande insatser är mot denna bakgrund en angelägen uppgift. I föreliggande projekt testas en intervention – kollegiala reflekterande samtalsgrupper - som syftar till att förebygga utveckling av stress/utmattning bland anställda i kommuner och landsting.

Resultaten är uppmuntrande – andelen som bedömdes vara i riskzon för stress/utmattning reducerades från 100 procent till 26 procent efter gruppdeltagande, jämfört med kontrollgruppen där 74 procent fortfarande var i riskzon. Slutsatserna från studien pekar på att deltagande i en reflekterande kollegial samtalsgrupp medför lägre grad av utmattning, mindre depressiva symtom och ångest samt mindre stress.

Vi är glada över de positiva resultaten och hoppas att fler anställda i kommuner och landsting får möjlighet att ta del av kollegiala reflekterande samtalsgrupper – som ett komplement till andra insatser som görs inom organisationen/på arbetsplatsen för att främja hälsa och förebygga stress och utmattning.

Huvudansvarig forskare för studien är Ulla Peterson som är verksam vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet.

Stockholm, 2018-09-18

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef, Uppdrag Psykisk Hälsa, Avdelningen för Vård och omsorg

Inledning

Enligt Försäkringskassan (2017) utgör andelen pågående sjukfall med en psykisk diagnos 46 procent av alla sjukfall i Sverige, och de två största diagnosgrupperna är Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress samt Depressiv episod.

Sjukskrivning med psykisk diagnos innebär mer långvariga sjukfall jämfört med övriga diagnosgrupper (Afa försäkring, 2018; Försäkringskassan, 2013). Den långa sjukfrånvaron kan medföra ett stort och onödigt lidande för den enskilde drabbade individen, men kan också ge negativa konsekvenser för såväl arbetsplatser som för samhället bl.a. i form av ökade kostnader. Att hitta adekvata preventiva strategier är därför angeläget. Det ligger också i linje med den avsiktsförklaring som gemensamt beslutats av parterna inom kommun- och landstingssektorn där det bland annat framgår att avsikten är att ”gemensamt utveckla och genomföra åtgärder för att säkerställa ett förebyggande arbetsmiljöarbete” (Sveriges kommuner och landsting, 2016, s. 1). Den förebyggande ansatsen i arbetsmiljöarbete framkommer även i den föreskrift som började gälla i mars 2016 där syftet är ”att främja en god arbetsmiljö och förebygga risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön” (Arbetsmiljöverket; AFS 2015:4).

I föreliggande projekt testas en intervention som syftar till att förebygga utveckling av stress/utmattning bland anställda i kommuner och landsting. Anställda som kan tänkas vara i riskzon för stress/utmattning erbjuds deltagande i en reflekterande kollegial samtalsgrupp och vänder sig således till individen men kan även ge återverkningar för arbetsplatsen/organisationen.

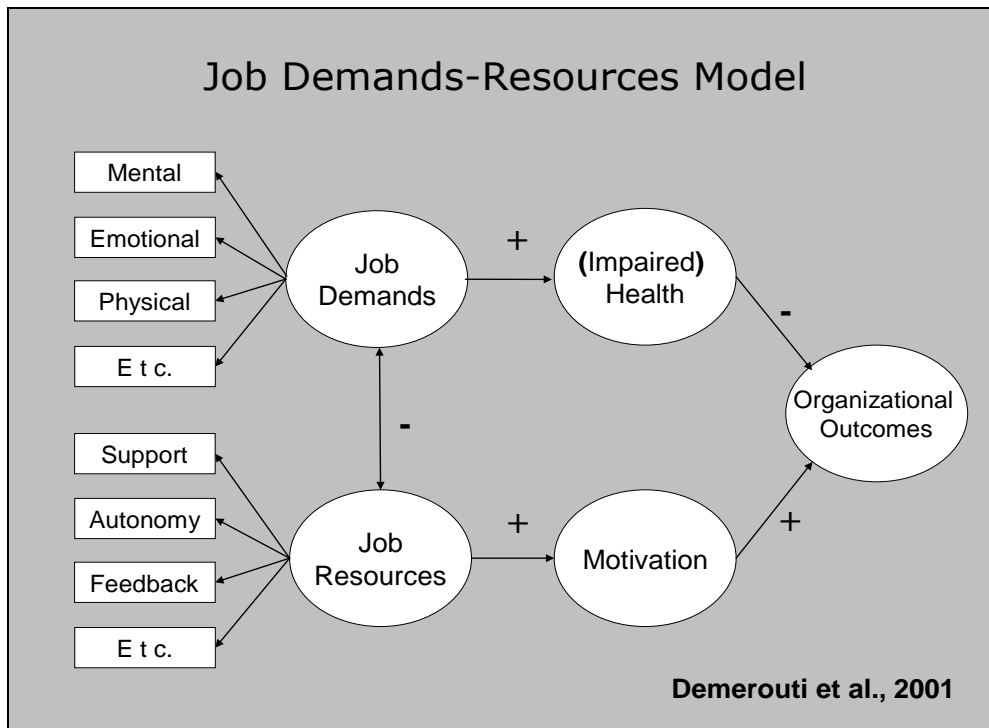
Bakgrund

Stress, krav och resurser

Det förekommer flera olika definitioner av stress men det verkar finnas en konsensus om att det bland annat innefattar en obalans mellan upplevda krav och resurser för att hantera kraven (European foundation for the improvement of living and working conditions, 2010). Ett exempel på definition är: "People experience stress when they perceive that there is an imbalance between the demands made of them and the resources they have available to cope with those demands. Although the experience of stress is psychological, stress also affects people's physical health" (European foundation for the improvement of living and working conditions, 2010).

Demerouti, Bakker, Nachreiner och Schaufeli (2001) har formulerat en modell; The Job Demand Resources Model (J D-R) som beskriver samband mellan krav och resurser i arbetet (Figur 1). För en översikt se också Bakker och Demerouti (2017). Krav i arbetet relaterar till de fysiska, psykiska, sociala eller organisatoriska aspekter av arbetet som kräver ihållande fysisk och/eller psykisk (kognitiv och emotionell) ansträngning och kan ha ett samband med vissa fysiologiska och/eller psykologiska kostnader. Arbetskrav kan till exempel vara hög arbetsbelastning, övertid, inlärnings krav och en ogynnsam fysisk och/eller psykosocial arbetsmiljö.

Resurser i arbetet avser fysiska, psykiska, sociala eller organisatoriska aspekter i arbetet som antingen/eller: (1) är funktionella för att uppnå arbetets mål (2) kan minska kraven i arbetet och därmed minska fysiologiska och psykologiska kostnader (3) kan stimulera personlig tillväxt och utveckling. Resurser i arbetet kan till exempel vara lön, karriärmöjligheter, socialt stöd i arbetet från chefer och kollegor, deltagande i beslutsprocesser, självständighet och återkoppling, feed-back i arbetet (Demerouti et al., 2001).



Figur 1. The Job Demand Resources Model (Demerouti et al., 2001)

Enligt J D-R modellen kan å ena sidan höga krav i arbetet utarma de anställdas mentala och fysiska resurser vilket kan leda till utmattning och hälsoproblem. Å andra sidan kan resurser i arbetet ha en motiverande potential, medan otillräcklig tillgång till resurser kan orsaka att arbetets mål är svårt att uppnå vilket i sin tur kan skapa frustration hos den anställde. Båda processerna kan ge återverkningar för organisationen. Demerouti et al. (2001) har också formulerat en skattningsskala som avser mäta burnout; Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Skalan består av två dimensioner; utmattning (exhaustion) och distansering (disengagement). Flera tidigare studier har visat samband mellan höga krav i arbetet och utmattning, samt mellan bristande resurser i arbetet och oengagemang, minskad motivation (t.ex. Demerouti et al., 2001; Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008; Peterson, Demerouti, Bergström, Åsberg & Nygren, 2008a).

Bakker, Demerouti och Euwema (2005) studerade interaktionen mellan fyra olika typer av krav, fyra olika resurser i arbetet och burnout bland 1 012 anställda vid ett stort institut för högre utbildning i Nederländerna. De fann att höga krav i arbetet t.ex. hög arbetsbelastning, emotionella och fysiska krav *inte* medförde hög grad av burnout *om* den anställde samtidigt upplevde autonomi

samt fick socialt stöd och feedback i arbetet. Att nå en balans mellan krav och resurser i arbetet är därför viktigt, vilket också betonas i den föreskrift från Arbetsmiljöverket (AFS 2015:4) som trädde i kraft i mars 2016.

Burnout och utmattningssyndrom

Burnout är inget nytt fenomen, men kom under 1970-talet att bli mer synliggjort framför allt av Freudenberg (1974), som utifrån sin erfarenhet i arbetet som psykiater vid behandlingshem för drogmissbrukare beskrev syndromet burnout mer detaljerat. Han märkte hur personalen gradvis tappade energi och motivation inför arbetet och detta gav så småningom upphov till olika fysiska och psykiska symtom. Ungefär samtida med Freudenberg började Maslach, socialpsykologisk forskare, att på ett mer vetenskapligt sätt använda begreppet burnout bl.a. utifrån sina studier av coping i stressfyllda arbeten (Schaufeli & Enzmann, 1998). Maslach var även en av skaparna till det mätinstrument, Maslach Burnout Inventory (MBI) som introducerades i början av 1980-talet och som idag är det internationellt mest använda för kartläggning av burnout (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Det förekommer ett antal olika definitioner av burnout i litteraturen och vissa av dessa är ibland motsägelsefulla. Några pekar på att det enbart förekommer inom människovårdande yrken medan andra menar att det även förekommer inom andra yrkesområden och även bland de icke yrkesverksamma.

Schaufeli och Enzmann (1998, s 19) fann vid en genomgång av olika studier 132 olika symtom som associerats med burnout, och sammanfattade *“the concept can easily be expanded to mean anything, so that there is the danger that in the end it does not mean anything at all”*. De anser att det är omöjligt att ge en generell beskrivning av vad burnout är, men menar att det är att betrakta som en speciell typ av utdragen arbetsrelaterad stress som är ett resultat av interpersonella krav i arbetet. De beskriver tre återkommande teman som förekommer i teoretiska beskrivningar av ”burnout”:

1. Stark initial motivation hos individen
2. Associeras med ogynnsam arbetsmiljö
3. Burnoutprocessen vidmakthålls på grund av felaktiga copingstrategier

Maslach och Goldberg (1998 s. 64) beskriver burnout utifrån en multidimensionell modell och definierar det som *“a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment”*. Burnout ska ses som ett svar på långdragna emotionella och

interpersonella stressorer i arbetet, där individens stressreaktioner måste ses i en integrerad kontext; person och situation.

Maslach, Schaufeli & Leiter (2001 s. 399) beskriver burnout som

”a psychological syndrome in response to chronic interpersonal stressors of the job. The three key dimensions of this response are an overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment”.

I Sverige har termen ”utbrändhet” använts som översättning av det amerikanska ordet burnout. ”Utbrändhet” kan ge associationer till en oåterkallelig skada, och har ansetts vara en olämplig metafor (Socialstyrelsen, 2003). Därför föreslog Socialstyrelsens expertgrupp (2003) att termen utmattningssyndrom skulle användas och diagnostiska kriterier för detta presenterades. *”Diagnosen utmattningssyndrom innebär ett antagande om etiologin, som tänks vara långvarig stress, men den innebär inte något ställningstagande till om stressen är relaterad till arbete eller ej”* (Socialstyrelsen, 2003 s. 6).

Det finns dock några skillnader mellan burnout och utmattningssyndrom:

(1) Utmattningssyndrom är ett medicinskt tillstånd (ICD-10 kod F 43.8).

Burnout förekommer också som en kategori i det medicinska klassificeringssystemet, men inte som en sjukdom. Det klassificeras bland "problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen" (ICD-10 kod Z 73.0).

(2) Burnout definieras ofta med de tre komponenterna; utmattning, cynism/ tillbakadragande/distanserande och minskad professionell prestation, medan utmattningssyndrom diagnosticerar utifrån fysiska och psykiska symtom på utmattning, särskilt extrem trötthet, sömnstörningar och kognitiv dysfunktion.

(3) De diagnostiska kriterierna för utmattningssyndrom fokuserar på fysiska och psykiska symtom på utmattning på grund av en eller flera identifierbara stressorer, dvs. inte enbart arbetet som den enda källan till stress, vilket är fallet för burnout.

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2003):

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor:
 - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4) Sömnstörning
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypotyreos, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

För att bedöma graden av symtom vid utmattningssyndrom finns en självskattningsskala framtagen; Karolinska Exhaustion Disorder Scale – KEDS (Besèr, Sorjonen, Wahlberg, Peterson, Nygren, & Åsberg, 2014).

Att förebygga stress och burnout

Preventiva insatser för att förhindra och minska förekomst av stress och burnout kan vara primära, sekundära eller tertiära. Syftet med **primärprevention** är att reducera riskfaktorer för samtliga anställda och kan på individnivå vara t.ex. att verka för en hälsosam livsstil eller undervisning i stresshantering. På organisationsnivå kan det t.ex. vara att förbättra tidsplaneringen, att förbättra arbetsinnehåll och arbetsmiljö, se över och förbättra karriärmöjligheter.

Sekundärprevention riktas till dem som är i riskzonen och kan på individnivå vara t.ex. avspänning, arbeta med kognitiv beteendeteknik, och på organisationsnivå t.ex. konflikthantering, organisationsutveckling och kommunikation. Sekundärprevention som fokuserar på individ och organisation kan t.ex. vara karriärplanering, kollegiala stödgrupper och handledning.

Tertiärprevention kan jämföras med behandling (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Schaufeli & Enzmann (1998) menar att det fortfarande saknas en allomfattande teoretisk förklaringsmodell av vad burnout är, och att det med tanke på begreppets komplexitet kanske heller aldrig kommer att finnas. Utifrån en genomgång av de olika förklaringsmodeller som finns, beskriver de fyra olika teoretiska ansatser, perspektiv att se på fenomenet burnout:

(Fri bearbetning av texten)

Individperspektivet

Burnout som:

- Ett misslyckande att bibehålla sin idealiserade självbild. Burnout uppstår vid upplevelsen av att man inte erhåller den förväntade belöningen i arbetet.
- En progressiv desillusion, frustration i arbetet. Initialt idealistiska förväntningar i arbetet förbyts efterhand till frustration genom fyra stadier: Entusiasm, stagnation, frustration och till slut apati.
- Ett mönster av felaktiga förväntningar på arbetet som sedan inte överensstämmer med den verkliga arbetssituationen.
- Förlust eller hot om förlust av resurser som individen värderar vara viktiga (arbetslöshet, pengar, socialt nätverk, oklara roller mm.)
- En narcissistisk störning. I valet mellan att ge upp sin ”illusion om grandiositet” och att uttömma sina resurser så väljs det senare och detta kan förorsaka burnout.

- En obalans mellan individens personlighet och arbetet/yrket. Jungiansk förklaringsmodell ("feeling types" och "thinking types") som menar att burnout utvecklas olika beroende på vilken personlighetstyp man är.
- Individens djupt rotade förväntningar av och mål med arbetet uppnås inte i det aktuella arbetet.

De menar dock att de olika förklaringsmodellerna i ett individperspektiv måste betraktas som spekulativa eftersom det fortfarande saknas tillräcklig empirisk evidens för dessa.

Interpersonellt perspektiv

Burnout som:

- Upplevd brist på social kompetens i interpersonella relationer.
- Emotionell överbelastning som en följd av olika krav i arbetet där de interpersonella relationerna ingår som en del.
- Brist på ömsesidighet. Obalans i "input" och "outcome" i relationen patient och vårdgivare och/eller i relationen anställd och arbetsgivare, dvs. hur mycket man ger i relationen och hur mycket man får tillbaka.
- Emotionell smitta. Burnout tycks sprida sig i en arbetsgrupp
- Emotionell ansträngning. Det finns vissa normer för när och hur känslor uttrycks både i yrket och inom organisationen (t.ex. sjuksköterskor förväntas visa medkänsla, psykoterapeuter förståelse och lärare förväntas visa entusiasm). Ibland överensstämmer inte de känslor man "borde" känna med hur man känner och man får en emotionell dissonans. Ibland blir känslorna å andra sidan överväldigande.

De emotionella ansträngningarna i den dagliga kontakten med patienter ansågs från början vara den grundläggande orsaken till burnout. Detta påstående har emellertid inte fått stöd fullt ut i empirisk forskning.

Organisationsperspektiv

Burnout som:

- ”Verklighetschock”. Ideal, intentioner och förväntningar som nyanställda har med sig överensstämmer inte med hur det verkligen ser ut i organisationen och de tappar gradvis ”glöden” för både arbetet och patienterna.
- En ”elakartad” process. Burnout uppstår pga av stressorer på arbetet och leder i sin tur till fysiska symtom, minskad prestationsförmåga och reducerad produktivitet. Det får negativa konsekvenser både för individen och organisationen.
- Obalans mellan individen och arbetet. Överbelastning av arbetsuppgifter, brist på kontroll, brist på uppskattning, belöning, värdekonflikter, upplevd brist på rättvisa.

Teorin om ”verklighetschock” bygger bl.a. på kvalitativa intervjustudier av personer som nyanställts inom människovårdande yrken och som intervjuats vid ytterligare ett tillfälle 12 år senare. Teorin om en ”elakartad” process bygger på resultat från mer än 80 kvantitativa studier omfattande tusentals anställda i över 30 länder.

Samhällsperspektiv

Burnout som:

- Alienation. Enligt marxismen orsakat av det kapitalistiska samhället.
- Diskrepans mellan organisationens uttalade funktion och den funktion som finns men är dold.
- En kulturell produkt.

Sett till ovanstående teoretiska förklaringsmodeller behöver de preventiva insatser som görs för att förhindra utveckling av arbetsrelaterad stress och utmattningssyndrom omfatta såväl samhälls-, organisations- som individperspektiv.

Med reflekterande kollegiala samtalsgrupper riktas interventionen mot individ och organisationsnivå och den bör ses som sekundär preventiv. Metoden ska ses som ett komplement till övriga organisatoriska insatser som redan idag genomförs på arbetsplatser för att minska/förhindra stress.

Reflekterande kollegial samtalsgrupp

Den intervention som testades i föreliggande projekt var deltagande i reflekterande kollegial samtalsgrupp.

Syftet med en reflekterande kollegial samtalsgrupp är att:

- Ge tid och möjlighet till reflektion med fokus på stress, burnout och utmattningssyndrom med utgångspunkt från sin egen situation (arbete/fritid), sin egen person och sina egna erfarenheter
- Ge möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan kollegor från olika arbetsplatser
- Ge möjlighet till att både få ge och få ta emot stöd och uppmuntran från kollegor
- Ge en möjlighet att genom att arbeta med individuella förändringsmål kunna finna andra, nya hanterandestrategier för de situationer som upplevs stressande
- Deltagarna bidrar, utifrån sin erfarenhet, med värdefull information om och förslag på hur stress, burnout och utmattningssyndrom kan förebyggas i framtiden, såväl på individ- som på organisationsnivå.

Mål med de kollegiala samtalsgrupperna är att:

- Deltagarna ska hitta strategier för att förebygga stress och utmattningssyndrom
- Gruppen väljer att fortsätta träffas – fungera som ett kollegialt nätverk.

Varför reflekterande kollegiala samtalsgrupper?

Deltagande i kollegiala samtalsgrupper kan ge återverkningar både för individen och för organisationen. Med den problembaserade metod (PBM) som används för arbetet i gruppen, där det ämne som diskuteras väljs utifrån deltagarnas önskemål, ligger det i sakens natur att man inte på förhand kan veta vilka frågeställningar som kommer att fokuseras. Men det är högst troligt att utöver individperspektivet, kommer även organisations-perspektivet att vävas in i diskussionerna, eftersom deltagarna utgår från sin upplevda situation som ju omfattar ”hela livet”, där såväl arbetet som fritiden finns integrerat.

Det kan framkomma förslag på organisatoriska förbättringar och förändringar som i förekommande fall nedtecknas av handledaren och redovisas för

arbetsledare och andra personer i ledande ställning. De eventuella individuella förändringar, ändrade hanterandestrategier som på sikt kan ske i gruppen kan också få en indirekt återverkan i organisationen.

Genom att använda en problembaserad metod, där utgångspunkten är att de frågeställningar som diskuteras och arbetas med är formulerade av deltagarna själva, så ges varje individ en möjlighet att reflektera kring sin egen situation och ta upp det som känns mest angeläget att diskutera. Ansatsen blir då ett "bottom-up" perspektiv jämfört med ett "top-down" perspektiv där utgångspunkten, innehållet förutbestämts av någon annan. Sandberg och Targama (1998) menar att man ofta hamnar i den rationalistiska fällan när man i ett top-down perspektiv utgår från att det är ledningens förståelse som utgör grunden för vilka företeelser som är intressant att studera. I de reflekterande kollegiala samtalsgrupperna som testas i föreliggande studie är deltagarnas perspektiv (bottom-up perspektiv) utgångspunkten och det kan ge upphov till såväl individuella förändringar, som till konkreta förslag på kollektiva/organisatoriska förändringar som anses nödvändiga.

Arbetet i gruppen utgår dock från en övergripande frågeställning/ett problem som ska ses som en fråga för vilken det inte finns något givet svar. Problem (som i Problembaserat lärande) kan kanske uppfattas som något negativt och att man genom att använda metoden enbart fokuserar på just problem. Men sett till Svenska Akademiens Ordlistas definition: "vansklig fråga, spörsmål, svårigheter, uppgift att lösa" så får begreppet mer karaktären av en fråga som det finns många olika sätt att besvara, och som kan ge underlag till diskussion, erfarenhetsutbyte som är ett av syftena med de kollegiala grupperna.

Det är viktigt att betona att det är en arbetsgrupp och inte en terapigrupp. Ansatsen är genom valet av metoden som används (PBM) pedagogisk och inte terapeutisk, och handledarfunktionen har mer karaktären av "facilitator". Att de reflekterande kollegiala samtalsgrupperna består av deltagare med samma eller liknande yrkestillhörighet och är ett forum där personerna kan mötas utanför arbetsplatsen och utan arbetsledare närvarande, reducerar risken för maktpåverkan i diskussionerna. De kan mer förutsättningslöst diskutera utifrån sin egen situation, sina värderingar och övertygelser (beliefs). Deltagarna kommer från olika arbetsplatser, har förmodligen gemensamma yrkesrelaterade problem och erfarenheter men samtidigt olika infallsvinklar och lösningar (både kollektiva och individuella). Man kan ta del av varandras erfarenheter genom diskussion, argumentation och granskar och värderar sedan det "nya" man hört. "Dialogen mellan erfarna människor kan också initiera ett ifrågasättande av etablerade föreställningar" (Sandberg & Targama, 1998). Detta kan också leda till att man förändrar och utvecklar sin förståelse av sin "verklighet" och utifrån

detta väljer att t.ex. pröva ett nytt förhållningssätt eller att söka ytterligare kunskaper kring något specifikt problemområde.

Deltagarna i en reflekterande kollegial samtalsgrupp ges även möjlighet att både få ta emot och att ge socialt stöd, som visat sig vara en viktig faktor för att motverka att drabbas av burnout. Enligt Maslach and Goldberg (1998 s. 67) kan kollegiala grupper ge ett känslomässigt stöd, nya insikter och medföra att deltagarna känner igen sig själva i de andra deltagarna, och även vara “a much needed source of humor, optimism, and encouragement when the going gets tough”.

Det sociala stöd de kollegiala grupperna erbjuder innehåller oftast:

- Erfarenhetsutbyte, man känner igen sig själv genom andras beskrivningar
- Någon som lyssnar – ”provide a shoulder to cry on”
- Hjälpa med förslag till problemlösning från kollegor
- Lära av andra – Hur hanterar andra liknande problem?
- Att träffas och diskutera angelägna frågor stärker även de interpersonella banden (Schaufeli & Enzmann, 1998).

En utvärdering av effekterna efter deltagande i reflekterande kollegial samtalsgrupp med problembaserad metod har tidigare genomförts i en randomiserad kontrollerad studie bland hälso- och sjukvårdspersonal (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008b). Resultatet visade en statistiskt signifikant skillnad där deltagarna upplevde bättre hälsa och mindre krav/stress i arbetet efter deltagandet jämfört med kontrollgruppen. De beskrev ökad delaktighet och ökade utvecklingsmöjligheter i arbetet och att stödet på arbetsplatsen hade ökat, och även här var skillnaden jämfört med kontrollgruppen statistiskt signifikant. De beskrev även att deltagandet hade medfört symtomlindring, en känsla av tillhörighet, gett ett ökat självförtroende, att de fick ökad kunskap om stress och en förståelse för komplexiteten. Att träffa andra i liknande situation upplevdes vara viktigt och det gav perspektiv på deras egen situation. Gruppdeltagandet hade också medfört att de genomfört förändringar i syfte att minska stress.

Deltagare

Varje grupp består av 6-8 personer som utifrån enkätsvar identifierats vara i riskzonen för utmattning. De har blivit tillfrågade om intresse av att delta i samtalsgrupp och har tackat ja till detta. De har dels fått skriftlig information om vad det innebär och dels får de ytterligare muntlig information av handledaren vid första gruppträffen.

I mesta möjliga mån består gruppen av kollegor dvs. personer ur samma eller närliggande yrkeskategori. Deltagarantalet i samtalsgrupperna bör vara 6-8 personer för att det ska finnas utrymme och tid för alla att kunna yttra sig och att också hinna få feedback från gruppen. Med mindre antal deltagare begränsas interaktionen och gruppen tenderar att bli ledarfokuserad.

Miljö

Det rum där gruppträffarna sker bör ligga i nära anslutning till respektive arbetsplatser för att öka tillgängligheten. Det bör vara ett rum utan störande moment, det ska upplevas som en lugn ”oas” där man kan känna sig avspänd, och i lugn och ro kunna fokusera på gruppsamtalen. Rummet bör innehålla ett bord med stolar där deltagarna kan placera sig så att alla kan ha ögonkontakt. Gruppträffen får genomföras på arbetstid och det är viktigt att deltagaren kan kopplas helt fri från att bli nådd i arbetet.

Gemensamma regler

Vid första träffen informerar handledaren om vissa gemensamma regler som gäller för deltagande i samtalsgruppen:

1. Gruppträffarna ska ligga på samma veckodag och vid samma tidpunkt under alla 10 veckor. Detta underlättar för deltagarna att kunna planera in det i det övriga arbetet och gör det lättare att komma ihåg.
2. Påtala vikten av att alla håller tider och att om man av någon anledning kommer sent, får vänta med att gå in i rummet tills avspänningen är avslutad.
3. Att alltid meddela handledaren om man är förhindrad att komma till någon gruppträff. Detta för att inte skapa oro för övriga i gruppen.
4. Deltagande får ske på betald arbetstid och efter överenskommelse med respektive arbetsledare.
5. Lugn musik spelas med början 10 min innan överenskommen starttid för gruppträffen.
6. Deltagarna skriver kontrakt / en överenskommelse under första sessionen. I överenskommelsen utformar gruppdeltagarna själva de förhållningsregler, ordningsregler som ska gälla för de fortsatta gruppträffarna. Detta bidrar till att gruppdeltagarna känner trygghet i att veta vilka regler som gäller och bidrar till att skapa en grupp känsla redan från början. Det ger även en trygghet att noga ha diskuterat vad man lägger in i begreppet sekretess och vilka regler för det som ska gälla i just den här gruppen. Det kan också vara ett bra hjälpmedel för

handledaren att återkomma till om det uppstår störningar i gruppdynamiken längre fram.

Problembaserad metod (PBM)

Den pedagogiska metoden som används i de reflekterande kollegiala samtalsgrupperna bygger på en metod som utarbetats av Ekberg (1995), som använt den i rehabilitering av personer med besvär från rörelseapparaten. Metoden har utvecklats med hjälp av en problembaserad inlärningsmodell. *”Metodiken syftar till att ge strategier för utveckling av psykiska och sociala resurser. Här inkluderas en förbättrad självuppfattning och ett starkare självförtroende, ökad förmåga att hantera påfrestningar och att värdera om orsakerna till de problem man har kan påverkas eller inte (locus of control)”* (Ekberg & Svedin, 1998 s. 2474). De betonar att det är en pedagogisk och inte en psykoterapeutisk modell som används i arbetet i rehabiliteringsgrupperna, och att det visat sig ha flera fördelar att tänka i pedagogiska banor i rehabiliteringsarbetet. *”Att tänka i pedagogiska banor istället för terapeutiska har visat sig ha flera fördelar”* (Ekberg & Svedin, 1998, s.2474). Deltagarna blir engagerade och aktivt medverkande snarare än passiva mottagare av information. De arbetar, med stöd av handledare, mot egendefinierade förändringsmål som ska vara konkreta och välavgränsade (Ekberg & Svedin, 1998).

Att använda PBM i de reflekterande kollegiala samtalsgrupperna ger flera fördelar och erbjuder:

- ramar för gruppträffarna
- en struktur åt arbetet i gruppen
- ett målinriktat arbetssätt
- tillfälle till reflektion
- erfarenhetsutbyte och stöd mellan kollegor
- fokus på deltagarnas perspektiv (”bottom-up perspektiv”)
- en metod som ger möjlighet att pröva och att lägga till nya hanterande-strategier i olika situationer.

Den problembaserade metoden har även använts i rehabilitering av patienter med olika sjukdomstillstånd, i hälsofrämjande arbete och som hälsofrämjande intervention på arbetsplatser (Göransson *et al.* 1997; Tingström *et al.*, 2002; Skillborg *et al.*, 2003; Medin *et al.*, 2003; Arnesson & Ekberg, 2005). Metoden används också i patientutbildningar för personer med långvariga

sjukdomstillstånd vid Nyckeln kurscenter, Kalmar (Nilsson, Samuelsson & Sjöde, 1999; Perseius & Peterson 2001). Denna metod, något modifierad, har testats i en randomiserad kontrollerad studie med reflekterande kollegiala samtalsgrupper som syftade till att förebygga stress och utmattning (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008b).

Arbetsätt

Arbetsättet och de olika momenten under gruppträffarna finns utförligt beskrivet i en manual (Peterson, 2016). Grupperna träffas två tim/vecka under tio veckor med en uppföljande träff efter ca fyra veckor. Alla gruppträffar (sessioner) inleds med kort sittande avspänning under 10 minuter, och avslutas med att man går ”varvet runt” där varje deltagare utvärderar dagens träff utifrån frågor som: ”Hur tycker Du att arbetet i gruppen har fungerat idag ?” ”Hur ser Du på Din medverkan i gruppen idag?”.

Session 1 innehåller presentation av handledare och deltagare, samt kontraktsskrivning. Introduktion av samtalsgrupperna där syfte och mål presenteras, och metoden man ska arbeta efter beskrivs. Definition av stress och utmattningssyndrom presenteras.

Under *session 2* arbetar gruppen via brainstorm/tänka fritt med att hitta faktorer utifrån den förutbestämda övergripande frågan: ”Vad tror Du ger stress/utmattningssyndrom?” (Samhälls-, organisations- och individnivå).

Dessa faktorer sorteras / grupperas och utgör sedan underlaget för teman att diskutera under de kommande sessionerna (”meny”). Att ”brainstorma”/tänka fritt kring ett tema / en frågeställning, gör associationer synliga för alla i gruppen dvs. man sätter ord på sina ”övertygelser” (beliefs) utifrån hur man förstår och uppfattar frågan. Man utgår från den egna personen, från hur man uppfattar verkligheten och från de egna erfarenheterna. *”Beliefs are the blueprint from which we construct our lives and intermingle them with the lives of others and they arise from the lives that one is living”* (Wright, 2000). Detta är en kreativ fas där deltagarna uppmuntras att skriva ner allt de kommer att tänka på, allt de känner och alla associationer till frågeställningen som man kommer på.

Under *session 3-10* arbetar gruppen med brainstorm/tänka fritt utifrån ett tema som väljs från ”menyn”, har ett erfarenhetsutbyte och väljer individuella förändringsmål/ kunskapsmål utifrån det som diskuterats, och här följs arbetsgången som presenteras i Figur 2.

Genom *erfarenhetsutbytet* visas på lika/olika uppfattningar och sätt att förhålla sig till det tema man kommit överens om att diskutera. Detta ger diskussion,

argumentation och man granskar och värderar det ”nya” man hört. ”*Dialogen mellan erfarna människor kan också initiera ett ifrågasättande av etablerade föreställningar*”. (Sandberg&Targama,1998).

Varje session innehåller ett moment där var och en formulerar ett förändringsmål, som i sig kan vara ett kunskapsmål dvs. att söka nya kunskaper kring ett specifikt område som diskuteras. Utifrån det tema som diskuterats funderar varje deltagare tyst en kort stund - man ställer sig frågor som t.ex.: ”Vad innebär det vi pratat om för mig?”, ”Är det något jag kan/vill förändra?” och ”Hur skulle jag vilja att det var?”. ”Är det här något jag skulle vilja lära mig mer om?” Hur går jag tillväga då?” Var och en formulerar därefter ett individuellt förändringsmål/kunskapsmål som man berättar om för de övriga i gruppen. Det finns då utrymme för att kunna få tips, idéer, hjälp och stöd från de övriga med att konkretisera sitt mål. Efter diskussionen i gruppen kan även ”nya” tankar dyka upp som gör att man kan se på ett problem på ett annorlunda sätt och som medför att man vill pröva ett nytt sätt att förhålla sig i någon speciell situation.

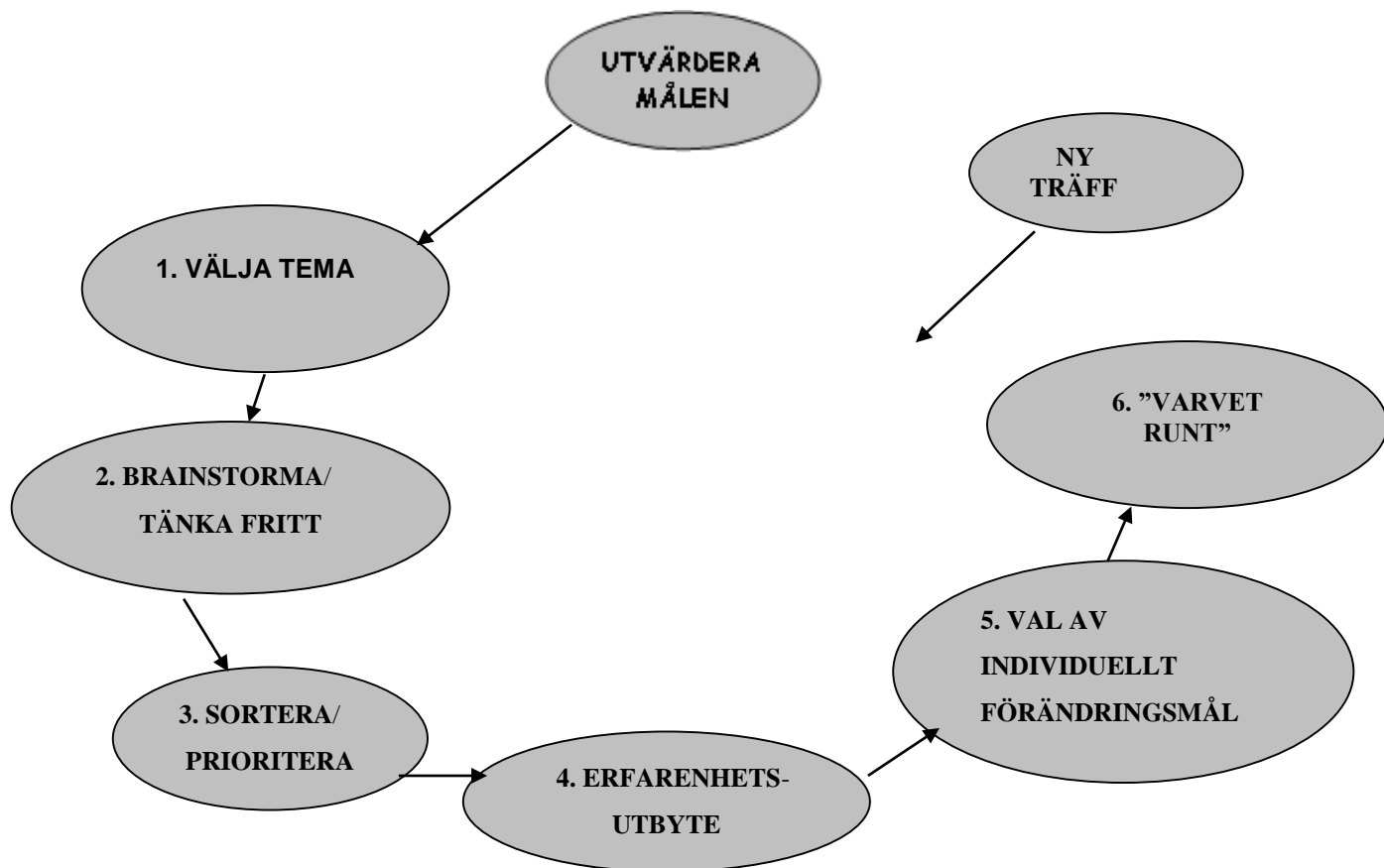
Handledaren spelar här en viktig roll för att underlätta för deltagaren att nå fram till ett litet, konkret mål som ska vara rimligt för deltagaren att kunna hinna prova på tills man träffas nästa gång, dvs. under en vecka. Deltagaren ska kunna beskriva och precisera målet utifrån:

VAD som ska göras?

NÄR det ska göras alt. **NÄR** börjar man?

HUR ska man gå tillväga?

Session II är en uppföljningsträff, och för de grupper som inte kommer att fortsätta träffas är det under den här träffen viktigt att arbetet i gruppen avslutas; gruppen löses upp.



Figur 2. Problembaserad metod (Fritt efter Ekberg&Svedin,1998)

Handledarrollen i reflekterande kollegial samtalsgrupp

För handledarrollen i den problembaserade metod (PBM) som används i de kollegiala samtalsgrupperna gäller i stort den roll som beskrivs av Ekberg och Svedin (1998). Arbetsättet de beskriver bygger till stor del på samma förhållningssätt som gäller vid problembaserat lärande (PBL). Neufeld och Barrows (1974) brukar betraktas som förgrundsgestalter till PBL och de beskriver handledarens roll i det problembaserade arbetet som mycket betydelsefull. De menar att handledarrollen i första hand inte innebär att vara ”expert” på området, utan funktionen är mer inriktad på att underlätta och stödja gruppdeltagarnas egen läroprocess, att vara ”facilitator”. De pekar på några viktiga förutsättningar för handledaren i PBL:

- vara väl insatt i hur rollen är utformad

- kunna hantera interaktionerna i gruppen
- uppmuntra och hjälpa deltagarna att gradvis ta mer ansvar för sina studier
- kontinuerligt utvärdera studieresultaten.

Var och en sätter dock sedan sin personliga prägel på rollen (Neufeld & Barrows, 1974).

Handledarens uppgift är att se till att arbetsmetodens steg följs och att det hinns med inom tidsramen. Metoden ger gruppdeltagarna en känsla av fortskridande och förhindrar rundgång i kommunikationen.

Det är viktigt att konstatera att de kollegiala samtalsgrupperna är arbetsgrupper och inte terapigrupper. Handledaren har således ingen behandlarroll i de problem som diskuteras, utan rollen ska primärt inriktas på att underlätta så att processen i gruppens arbete startas upp och fortskrider.

Det blir därför viktigt att handledaren under den första sessionen beskriver sin roll i gruppen. Detta så att alla blir medvetna om att handledarens funktion primärt inte är ”expertens” utan att stödja och underlätta så att gruppens arbete fortskrider. Handledaren poängterar också att hen omfattas av tystnadsplikt och att inget av det som diskuteras i gruppen förs vidare. Det som dokumenteras är alltid på gruppnivå och kan aldrig härledas till någon person.

Handledarens insatser är fokuserade på att **metoden följs** och hur **gruppdynamiken fungerar. Innehållet** i gruppträffarna dvs. vad som diskuteras ägs däremot av deltagarna och handledaren bör vara mycket återhållsam med kommentarer kring detta, då det annars lätt kan uppfattas som att det är ”rätt eller fel” saker som diskuteras.

Metod

Design och genomförande

Studien är kvasi-experimentell och innefattar en interventionsgrupp som erbjöds deltagande i en reflekterande kollegial samtalsgrupp, och en väntelistkontrollgrupp.

Initialt skickades en inbjudan till en konferens på Sveriges Kommuner och Landsting till HR-chefer i kommuner, landsting och regioner. Konferensen erbjöd föreläsningar kring stress, utmattning, hälsoekonomi och kostnader för sjukfrånvaro, samt information om det planerade pilotprojektet med handledarutbildning för att kunna leda reflekterande kollegiala samtalsgrupper. I samband med konferensen erbjöds kommuner, landsting och regioner att delta och erbjudandet omfattade:

- handledarutbildning, där kravet var att deltagaren har erfarenhet av att leda grupper och förbinder sig att starta upp minst två grupper.
- planeringsmöte; HR-chef, fackliga företrädare och representant från projektet.
- enkätundersökning bland ett urval anställda inom ett arbetsområde som definieras av respektive kommun/landsting/region, med återkoppling av resultatet på aggregerad nivå.
- grupphandledningsstöd fyra timmar/handledare när de startat upp sin grupp.

Deltagande kommuner/landsting/regioner å sin sida skulle förbinda sig att avsätta resurser så att de som ska leda eller delta i reflekterande kollegial samtalsgrupp har möjlighet att göra det under arbetstid. De skulle också hantera så att information om projektet nådde ut till samtliga anställda, samt att det förankrades bland chefer/arbetsledare. De skulle även bekosta deltagarens logi och resa i samband med handledarutbildning.

När HR-chef anmält intresse att delta i projektet bokades en tid för fysisk träff/telefon-/Skype-möte där HR-chef, fackliga företrädare och någon representant från projektet deltog. Under mötet diskuterades förutsättningar som gällde specifikt för den enskilda kommunen, regionen och landstinget; vilken yrkesgrupp alternativt vilka/ vilket arbetsområde anser de ska omfattas av enkätundersökningen? Antalet anställda inom arbetsområdet behöver vara minst 150 personer. Finns resurser avsatta så att handledare och deltagarna i

samtalsgruppen kan gå ifrån under arbetstid? Antal handledare de vill utbilda? Vem ska ge information till de anställda om att kommunen/landstinget/regionen valt att delta i projektet – och hur informeras de? Hur förankras projektet bland chefer/arbetsledare?

Efter mötet sammanställde HR-chef detta i en plan för projektet som stämdes av med forskargrupp och SKL. HR-chefen förmedlade e-post-adresser till de anställda som ska ingå i projektet till företaget Health Navigator. Därefter genomförde Health Navigator via mail ett utskick av länk till ehälsostudieplattformen där deltagare fick logga in och svara på enkätfrågor, med deadline efter två veckor och därefter en påminnelse.

Deltagaren skulle anmäla sig som studiedeltagare på studiehemsidan. Därefter öppnades en dialog-ruta där studieinformation presenterades, inklusive studiens syfte, risker, hantering av personuppgifter, kontaktuppgifter för frågor till ansvarig forskare samt övriga villkor för att delta i studien tydligt framgick. I texten specificerades att deltagande i studien var helt frivilligt och kan avbrytas när som helst. Efter att ha tagit del av informationen gavs individen möjlighet att tacka ja eller nej till att delta i studien, för att tacka ja krävdes att individen bekräftade att denne läst samtlig information på sidan genom att klicka i en ruta. Efter att individen bekräftat att man läst och tagit del av informationen och att man önskade delta i studien öppnades automatisk en elektronisk legitimeringsförfrågan där individen legitimerade sig med BankID eller Telia E-legitimation och lämnade därmed samtycke till att delta i studien.

Enkätsvaren avidentifierades av Health Navigator genom att personnumren ersattes med ett löpnummer. Lista med löpnummer kopplat till personnummer förvaras inlåst hos Health Navigator. Enkätsvaren transformerades till en Excel datafil av Health Navigator och skickades till forskare vid Linnéuniversitetet (Ulla Peterson) för bearbetning. Datafilen, där personnummer ersatts med ett löpnummer, innehöll utöver data kontaktuppgifter (namn, e-post-adress och telefonnummer) för de svarande. Samma procedur upprepades med uppföljande enkätutskick både till kontrollgruppen och till de som deltagit i samtalsgrupp när gruppen avslutas samt efter sex månader.

Resultatet från den initiala enkäten bearbetades och sammanställdes på aggregerad nivå fördelat på respektive kommun/landsting/region av Ulla Peterson och återkopplades till HR-chef/motsvarande.

Handledarutbildning

Den reflekterande samtalsgruppen leds av en i den problembaserade metoden (PBM) utbildad handledare. Kursplan för utbildningen presenteras i Bilaga 1. Kravet för att bli handledare är att man är intresserad av att pröva på att arbeta med PBM förhållningssättet för handledare, men också att man har tidigare erfarenheter av att ha arbetat med grupper. I föreliggande studie utbildades 36 handledare under våren 2017 som rekryterades i tolv kommuner, ett landsting och en region. Handledarna utbildades under två dagar i Stockholm och utbildningen leddes av Ulla Peterson och Bo Vinnars.

Ulla Peterson är leg sjuksköterska, med.dr. och lektor vid Linnéuniversitetet i Kalmar och har tidigare i en randomiserad kontrollerad studie (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008b) prövat metoden med reflekterande kollegiala samtalsgrupper, samt utarbetat en manual där arbetssättet och de olika stegen i metoden beskrivs utförligt (Peterson, 2016).

Bo Vinnars är leg psykolog, leg psykoterapeut och med.dr. Han har varit gruppchef för psykologgruppen vid Huddinge sjukhus psykiatriska klinik under en 20-års period. Sedan fem år arbetar han på Karolinska Institutets psykoterapeutprogram, som programdirektor och lärare. Han har genomfört en omfattande och uppmärksam randomiserad psykoterapistudie med en svårbehandlad patientgrupp inom psykiatri.

Utbildningen omfattade en genomgång av den teoretiska bakgrunden till metoden och av det praktiska genomförandet som bland annat tränades i rollspel för att få en möjlighet att pröva på att arbeta efter metodens olika steg. Deltagarna fick även en manual vid utbildningstillfället. Efter avslutad handledarutbildning erbjöd forskargruppen fyra timmars handledningsstöd per deltagare när de startat upp en grupp.

Urval och deltagare

Flödesschema för urvalet presenteras i Bilaga 2. Utskicket av länk till ehälsostudieplattformen gick till 6095 anställda i tolv kommuner, en region och ett landsting. Svarefrekvensen var 22% (n=1322). De personer som utifrån svar på enkäten hade 2,6 poäng eller mer på den dimension av Oldenburg Burnout Inventory som mäter utmattning bedömdes vara i riskzon för stress och utmattning. Valet av 2,6 poäng gjordes med referens till en tidigare studie bland 3719 personer anställda inom hälso- och sjukvård (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008b) där 2,6 poäng utgjorde 75:e percentilen. Det blev i föreliggande studie totalt 485 personer som identifierades vara i riskzon och dessa fick via mail inbjudan till att delta i reflekterande kollegial samtalsgrupp. Med inbjudan följde ett informationsbrev där syfte och

genomförande av studien presenterades och frivillighet att delta samt sekretess rörande insamlad data beskrevs. Det poängterades också att de behövde ha tillåtelse från sin chef att delta i samtalsgrupp innan de tackade ja. Av de 485 personerna i riskzon tackade 192 (40%) ja till att delta i samtalsgrupp. Två kommuner och en region valde att inte starta grupper och det blev 164 personer som randomiserades till att antingen delta i samtalsgrupp (n= 108) eller till väntelist-kontrollgrupp (n=56). De senare erbjöds att delta i samtalsgrupp när den andra uppföljningen sex månader efter grupp Slut avslutats. Efter avhopp i samtalsgrupper blev det slutligen 97 personer som deltog i samtalsgrupp och 56 utgjorde väntelist-kontrollgrupp.

Deltagande kommuner och landsting fick en lista över de personer som tackat ja till att delta från Ulla Peterson (forskare Linnéuniversitetet). Ansvarig handledare för gruppen kontaktade sedan de personer som randomiserats till samtalsgrupp för ytterligare information om bland annat tid och plats för träffarna.

Demografiska data för deltagare och kontrollgrupp presenteras i Tabell 1. Majoriteten (95%) av deltagarna i såväl samtals- som kontrollgruppen arbetade i kommuner. Flera olika arbetsområden har deltagit i studien och de största representerade områdena inom kommunerna var Utbildning och arbetsmarknad, Vård och äldreomsorg och Social omsorg. Bland de som deltog i samtalsgrupp var majoriteten förskollärare, barnskötare, socialsekreterare och undersköterskor, och i kontrollgruppen var de flesta förskollärare och barnskötare. Inom landstinget arbetade de flesta inom slutenvården.

Tabell 1. Demografiska data för samtals- och kontrollgrupp.

	Samtalsgrupp n = 97	Kontrollgrupp n = 56
Ålder år medelvärde (SD)	46.2 (10.1)	46.9 (9.4)
Kvinnor (%)	94	98
Utbildning (%)		
<i>Grund-, real-/folkhögskola</i>	3.1	7.1
<i>Yrkeskola/2-årigt gymnasium</i>	12.4	5.4
<i>3-4-årigt gymnasium</i>	13.4	14.3
<i>Högskola/Universitet</i>	68.0	69.6
<i>Annat</i>	3.1	3.6
Arbetsledare (%)		
- <i>med personalansvar</i>	20.6	33.5
- <i>utan personalansvar</i>	9.3	19.6

Enkäten

Nedan presenteras samtliga områden som innefattas i enkäten som skickades ut i form av en webbenkät.

Bakgrundsdata; ålder, kön, skolutbildning, yrke, arbetstid, arbetsområde.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) används för att mäta graden av burnout (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001). Skalan består av två dimensioner; utmattning och distansering (eng. disengagement) och varje subskala består av åtta påstående med fyra svarsalternativ (från Stämmer inte alls till Stämmer precis). Den svenska översättningen av skalan är validerad i en population bestående av hälso- och sjukvårdspersonal (Peterson, Bergström, Demerouti, Gustavsson, Åsberg & Nygren, 2011). Cronbach´s alfa i hela gruppen för dimensionen utmattning var i föreliggande studie 0,87 och för distansering 0,81.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) är ursprungligen utarbetad för att mäta förekomst av ångest och depression bland icke-psykiatriska patienter (Zigmond & Snaith, 1983). En litteraturoversikt av Bjelland, Dahl, Tangen Haug och Neckelmann (2002) visade att den optimala balansen mellan sensitivitet (ett sant positivt värde för de som har en depression) och specificitet (ett sant negativt svar för de som inte har depression) var åtta poäng. Över åtta poäng på depressionsskalan i HAD innebär emellertid inte att vederbörande har en klinisk egentlig depression, för diagnos krävs även en sjukhistoria och en klinisk bedömning. En sådan poängsumma innebär dock förekomst av besvärande depressionssymtom. Skalan består av 14 frågor varav sju avser ångest och sju depression, och varje fråga har fyra svarsalternativ. HAD är validerad i en svensk population (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997) och har tidigare bl.a. använts i en studie bland hälso- och sjukvårdspersonal (Peterson, Demerouti, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008c). Cronbach´s alfa i hela gruppen för dimensionen som mäter depression var 0,86 och för ångest 0,80.

För att mäta graden av utmattning används *Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS)*. Skalan består av nio frågor med sju svarsalternativ (0-6) och totalsumman går från 0-54 poäng där höga poäng indikerar utmattning. Den mäter graden av följande symtom; koncentrationsförmåga, minne, kroppslig uttrötthet, uthållighet, återhämtning, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelser av krav samt irritation och ilska. KEDS är validerad i ett svenskt urval bestående av en grupp som uppfyllde kriterierna för ett utmattningssyndrom och en grupp som utgjordes av friska kontroller (Besèr, Sorjonen, Wahlberg, Peterson, Nygren & Åsberg, 2013). Av den studien framgår att 19 poäng eller mera indikerar symtom på utmattning hos individen. Cronbach´s alfa för hela gruppen var 0,91.

Ett urval av frågor hämtade från *the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPS Nordic)* används för att undersöka krav i arbetet (Dallner m. fl., 2000). QPS Nordic är ett validerat och reliabilitetstestat mätinstrument och består av 118 frågor grupperade i 13 olika områden. I den här studien används fyra frågor som mäter kvantitativa krav i arbetet, med fem svarsalternativ från mycket sällan/aldrig till mycket ofta/alltid. Skalan är validerad med data som samlats in från fyra nordiska länder.

De personer som deltagit i reflekterande kollegial samtalsgrupp ombads efter gruppens slut att ta ställning till elva förutbestämda påstående gällande hur de tyckte att deltagandet påverkat dem. Påståendena hade fyra svarsalternativ; Stämmer inte alls, Stämmer inte särskilt bra, Stämmer ganska bra samt Stämmer precis.

Efter att gruppen avslutats svarade deltagarna även i en öppen fråga på hur de tyckte det var att delta i samtalsgruppen samt vad det medfört för dem.

Dataanalyser

För att jämföra skillnader avseende ålder, utmattning, distansering, depressiva symtom och ångest *inom* och *mellan* deltagargrupp respektive kontrollgrupp användes Students t-test. Avseende skillnader i upplevda krav i arbetet före och sex månader efter deltagande jämfördes andelen svarande som ansåg att kraven förekom ganska ofta eller mycket ofta/alltid. Skillnaden testades med 95% konfidensintervall. Den interna konsistensen i OLBI, KEDS och HAD mättes med Cronbachs alfa. Analyserna genomfördes i IBM SPSS Statistics, version 24.

Vid analys av deltagarnas svar på den öppna frågan *Hur tycker du att det varit att delta i samtalsgruppen? Vad har det medfört för dig?* användes manifest kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Genom manifest analys inriktar man sig på att finna likheter och skillnader i textens innehåll. Texten lästes igenom upprepade gånger för att få kunskap om materialets innehåll. Därefter identifierades meningsbärande enheter som svarade på frågan och dessa markerades med färgpenna och sattes in i en Word tabell. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att texten sammanfattades samtidigt som det väsentliga i texten behölls. Nästa steg var att koda de kondenserade enheterna för att belysa det specifika i texten. Kod kan beskrivas som ett samlingsnamn för den reducerade meningsenheten och kan uttryckas i några få ord men även i ett enda ord (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter identifierades likheter och skillnader som fanns mellan koderna och koder som liknade varandra sammanfördes och bildade kategorier. Resultatet av analysen gav sex kategorier.

Forskningsetik

Studien är granskad och godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping med Dnr 2017/12-31.

Resultat

Totalt startades 15 grupper med 97 personer fördelat på tio kommuner och ett landsting. Väntelistkontrollgruppen utgjordes av 56 personer. Majoriteten av deltagarna var kvinnor i såväl samtalsgrupperna (94%) som i kontrollgruppen (98%). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i ålder mellan grupperna, men det var fler deltagare i samtalsgrupperna som var arbetsledare med personalansvar jämfört med kontrollgruppen. Sammansättningen av deltagare varierade mellan samtalsgrupperna och fem av dem bestod av deltagare med olika yrken, medan det i de övriga tio ingick deltagare med samma/liknande yrkestillhörighet.

Vid uppföljning efter att gruppen avslutats uppgav 80 av de 85 svarande (94%) deltagarna att de skulle rekommendera en kollega att delta i en reflekterande kollegial samtalsgrupp.

Efter gruppens slut hade 23 deltagare fortsatt att träffa någon/några i ”sin” grupp, och lika många hade fortsatt träffas vid uppföljningen efter sex månader.

Krav i arbetet

Resultatet visar att det var färre av deltagarna i samtalsgrupp som upplevde att de ganska ofta eller mycket ofta/alltid måste arbeta i mycket högt tempo vid uppföljningen efter sex månader (47,4%) jämfört med före deltagande (65,0%), Skillnaden (Δ) med konfidensintervall (KI) var 17,6% (15,4; 32,5). I kontrollgruppen fanns det ingen statistiskt signifikant skillnad före (66%) jämfört med efter sex månader (65%) Δ 1,0% (-17,0; 20,0).

På frågan om de har för mycket att göra svarar 60,8% av deltagarna före gruppdeltagande att de ganska ofta eller mycket ofta/alltid har det. Efter sex månader var det 42,4% som uppgav det, Δ 18,4 (23,2; 33,3). Motsvarande andel för kontrollgruppen var 58,9% innan gruppstart och 45,0% efter sex månader, Δ 13,9 (-6,1; 32,5).

Effekt avseende utmattning och distansering

Uppföljningar avseende effekten av deltagande i en reflekterande kollegial samtalsgrupp genomfördes efter gruppstart och efter ytterligare sex månader för både deltagare och kontrollgrupp. Effekter som studerades var utmattning (mätt med både OLBI och KEDS), distansering (eng. disengagement), depressiva symtom och ångest (mätt med HAD).

Då svarsfrekvensen varierade mellan mättillfällena dvs. alla svarade inte vid de två uppföljningarna, analyserades skillnader *inom* deltagargrupp respektive kontrollgrupp på två olika sätt. Tabell 2 visar resultat där samtliga svarande vid de tre mättillfällena inkluderats och i Tabell 3 har endast de som svarat vid alla tre mättillfällena inkluderats.

Tabell 2. Skillnader *inom* deltagargrupp respektive kontrollgrupp avseende utmattning, distansering, depressiva symtom och ångest före (T0) och efter gruppdeltagande (T1) samt efter sex månader (T2). Resultatet baseras på *samtliga svarande* vid alla tre mättillfällena.

Samtalsgrupp	T0 n=97	T1 n=85	T2 n=59	T0-T1 p-värde	T0-T2 p-värde
OLBI utmattning m (SD)	2.92 (.33)	2.52 (.24)	2.68 (.48)	< .001	< .001
OLBI distansering m (SD)	2.26 (.49)	2.33 (.47)	2.31 (.54)	ns	ns
HAD depressiva symtom m(SD)	7.30 (3.49)	6.24 (3.68)	6.50 (3.98)	.04	ns
HAD ångest m (SD)	8.76 (4.20)	7.03 (3.64)	7.57 (4.06)	.01	ns
KEDS m (SD)	23.5 (8.4)	21.2 (7.5)	21.2 (8.8)	ns	ns
Kontrollgrupp	T0 n=56	T1 n=46	T2 n=40		
OLBI utmattning m (SD)	3.03 (.32)	2.82 (.42)	2.90 (.45)	.01	ns
OLBI distansering m (SD)	2.31 (.47)	2.42 (.46)	2.40 (.48)	ns	ns
HAD depressiva symtom m (SD)	7.57 (3.88)	7.67 (3.85)	7.60 (3.64)	ns	ns
HAD ångest m (SD)	7.95 (4.40)	7.62 (4.57)	7.97 (3.63)	ns	ns
KEDS m (SD)	25.3 (7.6)	24.8 (8.6)	25.7 (8.9)	ns	ns

Resultatet där *samtliga svarande vid de tre mättillfällena* inkluderades visade att både de som deltagit i samtalsgrupp och kontrollgruppen hade lägre grad av utmattning vid uppföljning efter gruppslut jämfört med mätningen före gruppstart, och skillnaden var statistiskt signifikant för båda grupperna. Vid uppföljningen efter sex månader kvarstod den statistiskt signifikanta skillnaden i utmattning för de som deltagit i samtalsgruppen, vilket den inte gjorde för kontrollgruppen. Deltagarna hade något lägre grad av utmattning mätt enligt KEDS vid uppföljningen jämfört med första mättillfället, medan kontrollgruppen låg kvar på samma poäng. Det framkom inga skillnader avseende distansering varken för deltagar- eller kontrollgrupp.

I analysen där endast *de som svarat vid alla tre mättillfällena* inkluderades framkom samma resultat som ovan avseende utmattning och distansering (Tabell 3).

Effekt avseende depressiva symtom och ångest

Deltagarna i samtalsgrupp hade lägre grad av ångest och depressiva symtom vid uppföljningen efter grupp Slut jämfört med första mättillfället, och skillnaden var statistiskt signifikant. För kontrollgruppen framkom ingen statistiskt signifikant skillnad. Analysen där endast *de som svarat vid alla tre mättillfällena* inkluderades visade samma resultat som ovan avseende depressiva symtom och ångest (Tabell 3).

Tabell 3. Skillnader *inom* deltagargrupp och kontrollgrupp avseende utmattning, distansering, depressiva symtom och ångest före (T0) och efter gruppdeltagande (T1) samt efter sex månader (T2). Resultatet baseras på *de som svarat* vid alla tre mättillfällena.

Samtalsgrupp	T0 n=59	T1 n=59	T2 n=59	T0-T1 p-värde	T0-T2 p-värde
OLBI utmattning m (SD)	2.91 (.32)	2.66 (.39)	2.68 (.48)	< .001	.01
OLBI distansering m (SD)	2.22 (.49)	2.29 (.48)	2.31 (.54)	ns	ns
HAD depressiva symtom m(SD)	7.44 (3.78)	5.86 (3.29)	6.50 (3.98)	.02	ns
HAD ångest m (SD)	8.69 (4.50)	6.64 (3.10)	7.57 (4.06)	.01	ns
KEDS m (SD)	23.8 (8.9)	21.2 (6.5)	21.2 (8.8)	ns	ns
Kontrollgrupp	T0 n=40	T1 n=40	T2 n=40		
OLBI utmattning m (SD)	2.98 (.29)	2.82 (.39)	2.90 (.45)	.04	ns
OLBI distansering m (SD)	2.24 (.47)	2.41 (.44)	2.40 (.48)	ns	ns
HAD depressiva symtom m (SD)	7.22 (3.69)	7.98 (3.54)	7.60 (3.64)	ns	ns
HAD ångest m (SD)	7.76 (3.85)	7.81 (4.42)	7.97 (3.63)	ns	ns
KEDS m (SD)	24.7 (7.0)	25.3 (8.3)	25.7 (8.9)	ns	ns

Skillnader mellan deltagar- och kontrollgrupp

Vid jämförelse *mellan* deltagar- och kontrollgrupp framkom inga skillnader vid mättillfället före gruppstart avseende utmattning, distansering, ångest och depression (Tabell 4). Däremot hade kontrollgruppen en högre grad av utmattning jämfört med deltagargruppen såväl efter grupp slut som efter sex månader. Vid mättillfället före gruppdeltagande var samtliga (deltagare i samtalsgrupp och kontrollgrupp) i riskzon för att drabbas av utmattning enligt enkätsvar på Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Vid uppföljning efter grupp slut var det färre bland de som deltagit i samtalsgrupp som fortfarande var i riskzon (26%), jämfört med kontrollgruppen (74%). Vid uppföljningen efter sex månader var det 47% av deltagarna i samtalsgrupp som bedömdes vara i riskzon, jämfört med 80% i kontrollgruppen.

Vid första mättillfället var det 75% av deltagarna och 78% av kontrollgruppen som hade 19 poäng eller mera på KEDS-skalan, vilket indikerar symtom på utmattning hos individen. Vid uppföljningen efter sex månader hade andelen utmattade minskat till 56% bland deltagarna medan andelen i kontrollgruppen var oförändrad (78%).

Vid uppföljningen efter grupp slut hade deltagarna lägre grad av depressiva symtom jämfört med kontrollgruppen. Det fanns även en skillnad efter sex månader men den var inte statistiskt signifikant. Vid första mättillfället var det 53% av deltagarna som hade 8 poäng eller mer på HAD-skalan dvs. förekomst av besvärande depressionssymtom, och motsvarande andel i kontrollgruppen var 40%. Vid uppföljning efter grupp slut hade andelen minskat till 27% i deltagargruppen, medan den ökat till 65% av de svarande i kontrollgruppen. Det bör emellertid poängteras att över åtta poäng på depressionsskalan i HAD inte innebär att vederbörande har en klinisk egentlig depression, för diagnos krävs även en sjukhistoria och en klinisk bedömning.

Tabell 4. Skillnader *mellan* deltagargrupp (IG; n=59) och kontrollgrupp (CG; n=40) avseende utmattning, distansering, depressiva symtom och ångest före (T0) och efter (T1) gruppdeltagande samt efter sex månader (T2). Resultatet baseras på *de som svarat vid alla tre mättillfällena*.

	T0	T1	T2
OLBI utmattning m (SD)			
<i>IG</i>	2.91 (.32)	2.66 (.39)*	2.68 (.48)*
<i>CG</i>	2.98 (.29)	2.82 (.39)*	2.90 (.45)*
OLBI distansering m (SD)			
<i>IG</i>	2.23 (.49)	2.29 (.48) 2.42	2.31 (.54) 2.40
<i>CG</i>	2.24 (.47)	(.44)	(.48)
HAD depressiva symtom m(SD)			
<i>IG</i>	7.44 (3.78)	5.86 (3.29)**	6.50 (3.98)
<i>CG</i>	7.22 (3.69)	7.97 (3.54)**	7.60 (3.64)
HAD ångest m (SD)			
<i>IG</i>	8.70 (4.51)	6.64 (3.10)	7.58 (4.06)
<i>CG</i>	7.76 (3.85)	7.81 (4.42)	7.97 (3.63)
KEDS m (SD)			
<i>IG</i>	23.8 (8.9)	21.2 (6.5)**	21.2 (8.8)**
<i>CG</i>	24.7 (7.0)	25.3 (8.3)**	25.7 (8.8)**

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$

Teman vid gruppträffarna

De teman som diskuterades vid gruppträffarna valdes av deltagarna och omfattade såväl individ- som organisations-/arbetsplatsfaktorer. Exempel på teman som förekom presenteras i Tabell 5.

Tabell 5. Exempel på teman som diskuterades i grupperna.

Återhämtning	Chef- ledarskap
Sätta gränser	Kollegor
Dåligt samvete	Kommunikation
Stressymtom	Ekonomi
Egen hälsa	Konflikter – samarbetsproblem
Vad kan jag göra för att må bättre?	Attraktiv arbetsplats
Känsla av ensamhet	Positiv känsla för arbetet
Otillräcklighet	Psykosocial arbetsmiljö
Relationer	Lösningar – utvägar - förebyggande
Balans – räcka till för alla	Acceptans

Deltagarnas erfarenheter

Upplevda förändringar

Deltagarna i samtalsgrupperna ombads efter grupp slut och efter sex månader att ta ställning till elva påståenden om hur deltagandet påverkat dem. Påståendena hade fyra svarsalternativ; Stämmer inte alls, Stämmer inte särskilt bra, Stämmer ganska bra samt Stämmer precis. Svarsalternativen har dikotomiserats och resultatet för de som svarat Stämmer ganska bra/Stämmer precis presenteras i Tabell 6.

Deltagarna upplevde att de efter gruppdeltagandet bättre kunde analysera sin situation och även bättre förstå andras situation. Deltagandet hade även hjälpt dem att formulera mål och ta initiativ till förändring, och 79% instämde i att samtalsgruppen gett dem större tilltro till framtiden.

Tabell 6. Deltagarnas beskrivning av hur deltagande i reflekterande kollegial samtalsgrupp påverkat dem. Resultatet visar andel (%) som svarat Stämmer ganska bra/Stämmer precis vid uppföljning efter gruppslut (T1) samt efter 6 månader (T2).

Påstående	T1 (%) n=85	T2 (%) n=59
Bättre analysera min situation	92	86
Bättre förstå andras situation	91	83
Hjälpt mig att ta initiativ till förändring	86	81
Jag har större tilltro till framtiden	79	71
Hjälpt mig formulera mål	79	55
Hjälpt mig sätta tydliga gränser i arbetet	73	71
Hjälpt mig att hämta stöd från arbetskamrater	67	66
Hjälpt mig att hämta stöd från min familj	67	63
Hjälpt mig hämta stöd från vänner	66	59
Hjälpt mig sätta tydliga gränser i mitt privatliv	61	76
Hjälpt mig att hämta stöd från min närmaste chef	38	53

Hur upplevde deltagarna det varit att delta i gruppen?

Efter gruppens slut fick deltagarna även med egna ord besvara frågorna: Hur tycker du att det varit att delta i samtalsgruppen? Vad har det medfört för dig?

Resultatet analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) och resulterade i sex kategorier (Tabell 7).

Tabell 7. Deltagarnas erfarenheter efter att ha deltagit i reflekterande kollegial samtalsgrupp.

Kategorier
Ökad medvetenhet - Insikt
Tid för reflektion
Dela erfarenheter med andra
”Stärkt mig som person” - Utvecklande
Symtomlindring - Kunskap
Arbets sättet i gruppen - Metoden

Ökad medvetenhet och insikt

Deltagarna beskriver att deltagande i samtalsgruppen varit ett uppvaknande som har medfört en ökad medvetenhet och insikt t.ex. gällande den egna arbetssituationen, behov av att förändra sitt förhållningssätt till arbetet och också medvetenhet om hur viktigt det är att inte glömma bort att ta hand om sig själv.

De har fått belyst vissa aspekter som de inte sett förut, och att det blivit tydligare *”vad som är mitt ansvar och vad som inte är mitt ansvar, och släppa det som inte är mitt ansvar”*. Det har tydliggjorts vad som går att påverka *”Insett att jag kan påverka (på olika sätt och olika mycket) min situation mer än vad jag trodde/upplevde tidigare”*, men också tydliggjorts att det finns en hel del som är svårt/omöjligt att påverka.

Tid för reflektion

Deltagarna beskriver att det varit viktigt att ha fått tid avsatt för regelbunden reflektion och att det är tid som de inte tar eller finns annars. De anser att gruppdeltagandet har gett tid för återhämtning och varit en andningspaus för att reflektera över arbetet och det egna måendet. *”Reflektera över sig själv, sitt liv är nyttigt – om man ska hålla behöver man fundera på vad man gör”*. De beskriver också att deltagandet medfört att de i större utsträckning efter att gruppen avslutats reflekterar över hur de mår och vad de kan förändra än vad de gjorde innan, och att deltagandet har blivit starten på en process.

Dela erfarenheter med andra

Flera beskriver att det varit intressant att få prata och dela erfarenheter med personer från andra arbetsplatser, se att de har liknande problem och få veta hur man löser saker på andra ställen som man sedan haft användning av i det egna arbetet. *”Som chef är det viktigt med olika typer av forum för att ventilera och få stöd i de problem man brottas med - denna samtalsgrupp har varit mycket bra”*. Det har varit skönt att få berätta vad man känner, att diskutera med några som befinner sig i samma situation och att både få ge och ta emot tips och idéer, och att känna att man inte är ensam om att ha problem. De beskriver att de har fått möjlighet att träffa flera bra kollegor och tror även att de kan vara till stöd för varandra i fortsättningen. Deltagarna skriver också att det varit en trevlig grupp där de känt trygghet och gemenskap och att det väckts mycket bra diskussioner och tankar i gruppen. De anser vidare att de känt stort stöd i gruppen och att de fått insikt i att de, trots att det varit olika yrkesgrupper som ingått i gruppen, ändå kan ha liknande känslor. Att både få ta emot och att få ge

stöd till kollegor upplevdes positivt, och det betonas att det varit viktigt att det de samtalat om har stannat inom gruppen.

"Stärkt mig som person" - Utvecklande

Deltagarna tycker att gruppdeltagandet varit givande, har stärkt dem och gett dem bättre självförtroende *"Jag står upp mer för mig själv efter den här kursen"*. Flera menar att deltagandet fått dem att våga säga vad de tycker och att också säga nej i större utsträckning både privat och i arbetet.

Deltagandet har också medfört att de kan se positivt på sin arbetsinsats och *"tänka att jag gör mitt bästa"*. De beskriver att de fått utvecklas tillsammans med gruppen och att deltagandet *"har medfört väldigt mycket positivt, det har fört mig framåt och fått mig att utföra saker som jag dragit på"*. De anser att gruppdeltagandet fått dem att bli bättre på att sortera *"vad är viktigt, vad är bråttom?"* och att sortera bort sådant som tar kraft och energi. De beskriver också att de blivit *"bättre på att bena upp problemet"*.

Symtomlindring - Kunskap

Deltagarna beskriver att gruppträffarna har gett ny energi och att de lärt sig lyssna på kroppen och känna igen stressymtomen/varningsklockorna. Flera deltagare beskriver också att de fått bättre hälsa, blivit lugnare, njuter mer av livet nu och blivit bättre på att vara här och nu. *"Kombinationen att få ösa ur sig och att få reflektera har gjort att jag känner mig allmänt lugnare"*. De anser att de lärt av andra, fått många tips och förslag på strategier under diskussionerna och också fått verktyg för att kunna hantera vissa situationer både på arbetet och hemma. De beskriver att de fått inspiration till förbättring och att de kommer fortsätta att arbeta med de frågor de talat om i gruppen. Några beskriver att de lärt sig saker om sig själva och att deltagandet fått dem att påbörja en egen förändring vad gäller gränsdragning mellan arbete och fritid, och även lärt sig att det är viktigt att skapa en meningsfull fritid. *"Tack för att jag fick gå denna kurs! Det har förändrat mitt liv privat och på jobbet."*

De menar att de fått lättare att *"lämna kvar jobbet på jobbet"*, och deltagandet har även medfört att de kan se det positiva i arbetet och uppskatta det.

Arbetsättet i gruppen - Metoden

Flera beskriver att det varit ett roligt och positivt arbetsätt för att resonera om den egna stressen, och att det är ett bra komplement till andra åtgärder. Avspänningsmomenten som inleder gruppträffen har upplevts positivt. Att träffas varje vecka gav en kontinuitet, och det upplevdes positivt att träffas utanför arbetet. Det framkom även att några ansåg att träffarna kunde varat mer

än två timmar och legat varannan vecka så att de skulle hinna påverka förändringsmålen mer och djupare. Någon grupp hade också önskat få föreläsningar om stress. Några beskriver att de två första träffarna upplevdes som ”sega” men att de därefter längtat till träffarna, och flera påtalar att de hoppas på en fortsättning ”*Många fler skulle ha nytta av dessa grupper*”, ”*Hoppas att vi kan fortsätta träffas*”. Det framkommer förslag på att det skulle vara bra med uppföljning från arbetsgivaren terminen efter gruppträffarna för att bibehålla effekter. Metoden har upplevts vara inspirerande och bra och flera menar att det är ett arbetssätt som kan användas i den egna arbetsgruppen när olika saker behöver diskuteras. Deltagarna beskriver att det har funnits ett öppet klimat och en öppenhet i gruppen och alla har fått komma till tals, men samtidigt varit viktigt att det som diskuteras stannar inom gruppen, vilket ingav en trygghet. Det påtalas också att det varit bra att det ”*inte är en ”teori” som ska lösa vår situation utan att vi skapat tankar och arbetssätt tillsammans*”.

Flera påtalar att handledaren har varit kunnig och bra, och att det hade varit svårt om någon inte hade ”styrts upp” samtalen.

Organisatoriska förändringsmål

De förslag på organisatoriska förändringsmål som framkommer under diskussionerna på gruppträffarna sammanfattas av handledarna och presenteras, efter deltagarnas medgivande, för arbetsledare och andra personer i ledande ställning i respektive kommun och landsting.

Handledarnas upplevelse av att leda en reflekterande samtalsgrupp

Handledarnas erfarenheter efter gruppens slut har inte specifikt efterfrågats i föreliggande projekt. Dock har spontana kommentarer skickats och de exemplifieras här med citat från sju handledare efter gruppens slut:

Jag saknar redan gruppen! Det var otroligt givande att få hålla i en sån här grupp. Så engagerade deltagare!

Som handledare har det varit fantastiskt att fått möjlighet att arbeta med en grupp utifrån detta arbetssätt. Jag har även lärt mig massor om deras verksamheter och vad som bidrar/skapar ohälsa. Jag har fått lära mig att lyssna och att lita på att de bär processen, vilket har varit nyttigt att både se och känna. Jag har blivit stärkt och jag känner att jag vill arbeta mera på detta sätt. Jag tror att det verkligen är en hälsofrämjandeprocess för de som deltar, stärkande i roll och en känsla av att man inte är ensam. Viktigt att skapa tid för reflektion och lärande. Träffarna har bidragit till återhämtning för de som har

deltagit. Det har känt så bra när de vid flera tillfällen har uttryckt att de längtar till träffarna och att träffarna/gruppen har haft en positiv effekt på deras hälsa.

Det har varit spännande och lärorikt. Är glad över att ha fått lära mig metoden. Den är strukturerad och lätt att använda i många olika sammanhang.

Vilket spännande projekt vi är med i. Jag har nu påbörjat kontrollgruppen och det blir fjärde gruppen som får ta del av denna metod. Jag gjorde en liten utvärdering med de två andra grupperna och de var mycket nöjda. Jag undrar om det är ok att jag använder denna metod utanför detta projekt, dvs skulle använda den på andra kommuner eller företag? Jag tror verkligen på den och den är rolig att arbeta med. Men ville höra med dig/er först.

Då det varit väldigt positiva reaktioner skulle jag vilja pröva detta i en ny grupp i höst som ligger utanför projektet? Eller "får" vi inte det?

Det har varit väldigt intressant att följa gruppen och deras utveckling och höra vad de har tagit med sig och till sig och att det faktiskt verka ha gjort skillnad att delta i samtalsgruppen.

Metoden fungerar väl! Bra struktur, lätt att använda, tycker dock att träffen skulle kunna vara lite längre, ca 30 min, framförallt fasen för erfarenhetsutbytet som jag upplever ibland blev lite forcerat (eller så var det bara jag som höll koll på klockan som upplevde det så). Att förlänga får dock konsekvenser, både tidsmässigt och ev. ekonomiskt.

Manualen är gedigen och genomarbetad, en bra hjälp för samtalsledaren, framförallt i början.

Sammanfattning och diskussion

Resultatet visade att deltagarna i en reflekterande kollegial samtalsgrupp upplevde lägre grad av utmattning, mindre depressiva symtom och ångest samt mindre stress jämfört med kontrollgruppen. Det var även en lägre andel som ansåg att de behövde arbeta i mycket högt tempo eller att de ganska ofta/alltid hade för mycket att göra vid uppföljningen efter sex månader. Deltagarna upplevde att de efter gruppdeltagandet bättre kunde analysera sin situation och även bättre förstå andras situation. Det hade även hjälpt dem att formulera mål och ta initiativ till förändring. Flertalet (79%) instämde i att samtalsgruppen gett dem större tilltro till framtiden, och majoriteten (94%) skulle rekommendera en kollega att delta i en kollegial samtalsgrupp. Deltagarna anser att det varit bra att de fått tid avsatt för regelbunden reflektion och deltagandet hade blivit starten på en process. De beskriver vidare att det varit skönt att få berätta vad man känner, att diskutera med några som befinner sig i samma situation och att både få ge och ta emot stöd från kollegor upplevdes positivt. De beskriver att gruppträffarna hade gett ny energi och att de lärt sig lyssna på kroppen och känna igen stressymptomen/varningsklockorna.

Flera deltagare beskriver också att de fått bättre hälsa, blivit lugnare, njuter mer av livet nu och blivit bättre på att vara här och nu. De anser att de lärt av andra, fått många tips och förslag på strategier under diskussionerna och också fått verktyg för att kunna hantera vissa situationer både på arbetet och hemma. De beskriver att de fått inspiration till förbättring och att de kommer fortsätta att arbeta med de frågor de talat om i gruppen. Några beskriver att de lärt sig saker om sig själva och att deltagandet fått dem att påbörja en egen förändring vad gäller gränsdragning mellan arbete och fritid, och även lärt sig att det är viktigt att skapa en meningsfull fritid.

Andelen som enligt enkätsvar bedömdes vara i riskzon för stress/utmattning reducerades från 100% till 26% efter gruppdeltagande, jämfört med kontrollgruppen där 74% fortfarande var i riskzon. Minskningen av stress/utmattning efter gruppdeltagandet är i linje med en tidigare studie som utvärderade deltagande i reflekterande kollegial samtalsgrupp (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren, 2008b). Resultatet är positivt såtillvida att tidigare longitudinella studier visat samband mellan stress/utmattning och sjukfrånvaro (Peterson et al., 2011; Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Väänänen, Kalimo & Jäppinen, 2005). Vid uppföljning efter gruppens slut hade både deltagarna i

reflekterande kollegial samtalsgrupp och de som utgjorde kontrollgruppen lägre grad av utmattning.

Emellertid kvarstod den lägre graden av utmattning för deltagarna i samtalsgrupp vid uppföljningen efter sex månader, vilket det inte gjorde för kontrollgruppen. En tänkbar förklaring kan vara att kontrollgruppen, samtidigt som deltagarna, fick information om att deras resultat på den första enkäten indikerade att de kunde tänkas vara i riskzon för att drabbas av utmattning och skulle erbjudas deltagande i samtalsgrupp efter sex månader (väntelistkontrollgrupp). Det kan ha medfört att de själva i väntan på att få delta i samtalsgrupp initierade förändringar för att motverka stress och utmattning. En tidigare studie där deltagarna randomiserades antingen till kognitiv gruppterapi, psykodynamisk gruppterapi eller till en kontrollgrupp visade att kontrollgruppen under uppföljningsperioden på eget initiativ hade sökt liknande psykoterapeutisk behandling (Sandahl et al., 2011).

Vid uppföljningen efter gruppslut hade deltagarna i samtalsgrupp lägre grad av depressiva symtom och ångest jämfört med före gruppstart, medan nivån för kontrollgruppen var densamma. Den kliniska signifikansen för de lägre poängen avseende depressiva symtom och ångest är svår att bedöma. Dock visar svaren på den öppna frågan där deltagarna beskrev hur de upplevt deltagandet i samtalsgruppen bl.a. att det gett ny energi, att de känner sig lugnare och blivit bättre på att vara ”här och nu”.

Ett syfte med reflekterande kollegial samtalsgrupp är att ”Ge tid och möjlighet till reflektion med fokus på stress, burnout och utmattningssyndrom med utgångspunkt från sin egen situation (arbete/fritid), sin egen person och sina egna erfarenheter”. Av resultatet framgår att det varit viktigt att ha fått tid för regelbunden reflektion, och majoriteten av deltagarna (92%) anser också att deltagandet bidragit till att de bättre kan analysera sin situation. Ett annat syfte är att ”Ge möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan kollegor från olika arbetsplatser”. Resultatet visar att deltagarna uppskattat att dela erfarenheter med personer från andra arbetsplatser. De har i diskussionerna fått förslag på strategier, verktyg för att kunna hantera olika situationer både på arbetet och hemma. De anser också att deltagandet medfört att de bättre kan förstå andras situation. Deltagarna beskriver att de känt trygghet och gemenskap i gruppen och att det varit skönt att få berätta vad man känner. De har upplevt det positivt att både få ge och ta emot stöd i gruppen, vilket också är ett av syftena med samtalsgruppen. Det finns en del begränsningar med studien. Majoriteten (94%) av deltagarna var kvinnor vilket kan förklaras av att de utgör majoriteten av anställda i de

arbetsområden som inkluderats i studien. Det gör det förstås svårt att generalisera resultatet till män och ytterligare studier där fler män inkluderas rekommenderas därför. Vid uppföljningen efter gruppstart var svarsfrekvensen 88% för deltagarna i samtalsgrupp och 82% för kontrollgruppen. Motsvarande siffror för uppföljningen efter sex månader var 61% respektive 71%. Jämförelse såväl inom som mellan grupperna gjordes därför i en analys där samtliga som svarat på den första enkäten (innan gruppstart) och alla som svarat vid de båda uppföljningarna inkluderades. Därefter gjordes en analys som inkluderade enbart dem som svarat vid alla tre tillfällena (n=59 respektive n=40). De olika analyserna visade dock helt överensstämmande resultat dvs. att deltagarna upplevde lägre grad av utmattning, mindre depressiva symtom och ångest.

Slutsatser

Andelen pågående sjukfall med en psykisk diagnos utgör närmare hälften av alla sjukfall i Sverige, och de två största diagnosgrupperna är Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress samt Depressiv episod. Sjukskrivning med psykisk diagnos innebär mer långvariga sjukfall jämfört med övriga diagnosgrupper. Den långa sjukfrånvaron kan medföra ett stort och onödigt lidande för den enskilde drabbade individen, men kan också ge negativa konsekvenser för såväl arbetsplatser som för samhället bl.a. i form av ökade kostnader. Att försöka hitta förebyggande insatser är därför angeläget, vilket också betonas i Arbetsmiljöverkets föreskrift (2015).

Deltagande i en reflekterande kollegial samtalsgrupp med en problembaserad metod har visat sig medföra lägre grad av utmattning, mindre depressiva symtom och ångest samt mindre stress jämfört med en kontrollgrupp. Deltagarna beskriver också att det gett en ökad medvetenhet och att de fått möjlighet att bättre analysera sin aktuella situation och deltagandet har även ”stärkt dem som person”. Vidare beskriver de att de genom erfarenhetsutbytet med kollegor fått många tips och förslag på strategier för att bättre kunna hantera olika situationer. Att både ge och få ta emot stöd från kollegor har upplevts positivt. De förslag på organisatoriska förändringar för att förebygga stress och utmattning som framkommit under gruppdiskussionerna har, av handledarna, förmedlats vidare till ledande personer inom respektive organisation. Det kan på sikt också leda till förändringar i arbetsmiljön som inverkar positivt avseende arbetsrelaterad stress och utmattning.

En reflekterande kollegial samtalsgrupp kan därför vara en relativ enkel och kostnadseffektiv insats för att lindra och förhindra utveckling av stress och utmattning. Den bör ses som ett komplement till andra insatser som görs inom organisationen/på arbetsplatsen för att förebygga stress och utmattning.

REFERENSER

Afa försäkring (2018). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*.

Hämtad 2018-06-14

https://www.afaforsakring.se/globalassets/nyhetsrum/f7060_arbets-skaderapport-2018.pdf

Arbetsmiljöverket (2015). *Organisatorisk och social arbetsmiljö. AFS 2015:4*.

Hämtad 2018-06-14, från Arbetsmiljöverket

https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf

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

Bakker, A. & Demerouti, E. (2017). Job Demands-Resources Theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22, 273-285.

Bakker, A., Demerouti, E. & Euwema, M. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.

Besèr, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren. Å., Åsberg, M. (2013). Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 72-82.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Tangen Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.

Dallner, M., Elo, A-L., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., Lindström, K., Skogstad, A. & Örhede, E. (2000). *Validation of the General Nordic*

Questionnaire (QPS–Nordic) for Psychological and Social Factors at Work.
Copenhagen : Nordic Council of Ministers.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.

Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5 (4), 253-269.

Ekberg, K., Svedin, L. (1998). Rehabilitering som en problembaserad förändringsprocess. *Läkartidningen*, 95, 2473-2478.

European foundation for the improvement of living and working conditions (2010). Hämtad 16-10-19
http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf

Freudenberger, H. Staff burnout. (1974). *Journal of Social Issues*, 30, 159-165

Försäkringskassan (2013). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. Svar på regeringsuppdrag. Hämtad 2016-09-13
https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ff2429b-ced1-4626-a077-fb1b88f63772/regeringsuppdrag_sjukfranvaro_i_psykiska_diagnoser.pdf?MOD=AJPERES

Försäkringskassan (2017). Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning. Hämtad 2018-06-19
<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Göransson, A., Bergdahl, B., Wessman, J., Kärner, A., Tingström, P. (1997) Problembaserad inläring vid rehabilitering av patienter med kranskärslsjukdom. *Vårdadministratören*, 2, 32-37.

Hakanen, J., Schaufeli, W. & Ahola, K. (2008). The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22, 224-241.

Lisspers, J., Nygren, Å. & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96 (4), 281-286.

Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001) Job Burnout. *Annual Reviews Psychol.* 52, 397-422.

Medin, J., Bendtsen, P, Ekberg, K. (2003). Health promotion and rehabilitation: a case study. *Disability and rehabilitation*, 25 (16), 908-915.

Neufeld, V.R., Barrows, H.S. (1974) The McMaster Philosophy: An Approach to Medical Education. *Journal of Medical Education*, 49, 1040-50.

Nilsson, G., Samuelsson, C. & Sjöde, E. (1999) *Nyckelkurser; lärande för hälsomakt*. Landstinget i Kalmar Län: Nyckeln Kurscenter (rapport).

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008a). Work characteristics and sickness absence in burnout and non-burnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, 15 (2), 153-172.

Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008b). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (5), 506-516.

Peterson, U, Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. and Nygren, Å. (2008c). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers.

Journal of Advanced Nursing, 62 (1), 84-95.

Peterson, U., Bergström, G., Demerouti, E., Gustavsson, P., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2011). Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53 (7), 788-793.

Perseus, K-I., Peterson, U. (2001) *Nyckeln kurscenter; "en skola för patienten i centrum"*. Landstinget i Kalmar län: Nyckeln kurscenter (rapport).

Sandahl, C., Lundberg, U., Lindgren, A., Rylander, G., Herlofson, J., Nygren, Å. & Åsberg, M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, 539-555.

Sandberg, J., Targama, A. (1998) *Ledning och förståelse*. Lund: Studentlitteratur.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: A*

critical Analysis. London: Taylor & Francis Ltd.

Skillborg, S., Lindhe Söderlund, L., Ockander, M. (2003). *Deltagarnas upplevelser och erfarenheter av problembaserad rehabilitering*. Rapport 2003:3. Folkhälsovetenskapligt Centrum, Linköping.

Socialstyrelsen (2003). Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Hämtad 161014.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2016). Partsgemensam avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser. Hämtad 2016-09-13
<http://skl.se/download/18.3fa26af2156917472e7236f3/1471599479528/Avsiktsf%C3%B6rklaring+om+%C3%A5tg%C3%A4rder+f%C3%B6r+friskare+arbetsplatser+i+kommuner+och+landsting+19+augusti+2016.pdf>

Tingström, P., Kamwendo, K., Göransson, A., Bergdahl, B. (2002). Validation and feasibility of problem-based learning in rehabilitation of patients with coronary artery disease. *Patient Education and Counseling*, 47, 337-345.

Toppinen-Tanner, S., Ojajarvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absence and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31, 18-27.

Wright, L.M. (2000) *Föreläsningsserie i Family Nursing*. Institutionen för hälsa och beteendevetenskap, Högskolan i Kalmar.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

BILAGA 1

Handledarutbildning för att leda reflekterande kollegial samtalsgrupp

Syfte

Utbildningen syftar till ge deltagarna kunskaper och färdigheter i att leda reflekterande kollegiala samtalsgrupper enligt PBM metodik för att motverka stress på arbetsplatser.

Mål

Kunskap och förståelse

Efter genomgången kurs förväntas deltagarna:

- Känna till och kunna tillämpa PBL metodik.
- Känna till och kunna tillämpa manualen för kollegiala samtalsgrupper.
- Förstå betydelsen av att upprätthålla en struktur i samtalsgruppen.
- Förstå betydelsen av att gruppen är självlärande.
- Förstå rollen som gruppleddare/facilitator.
- Förstå betydelsen av interpersonella relationer.
- Förstå betydelsen av att ha ett individ-, grupp-, organisations- och samhällsperspektiv.

Förmågor och färdigheter

Efter genomgången kurs förväntas deltagarna:

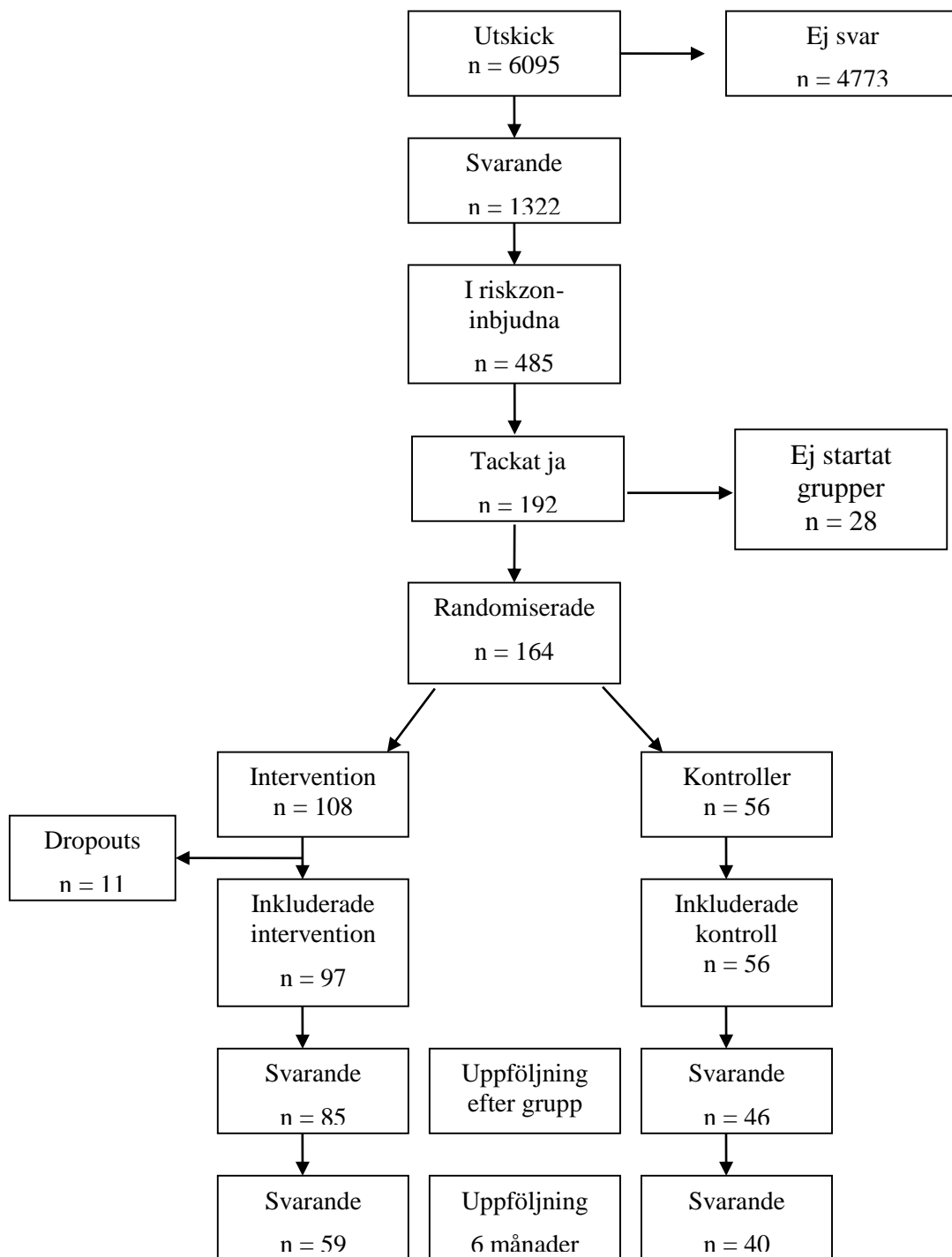
- Kunna tillämpa PBL strukturen i gruppen.
- Ha förmåga att veta hur man dels lämnar utrymme för men även kan begränsa deltagarnas aktivitet, med syfte att få hela gruppen att samverka.
- Visa förmåga att underlätta erfarenhetsutbyte mellan gruppmedlemmar.
- Visa förmåga att stödja självreflektion.

Värderingar och förhållningssätt

Efter genomgången kurs förväntas deltagarna:

- Kunna anpassa sitt förhållningssätt efter gruppens emotionella klimat.
- Kunna bedöma nivån på det egna stödet till gruppen och göra detta på ett respektfull

BILAGA 2



Reflekterande kollegiala arbetsgrupper

Ett samarbetsprojekt mellan SKL och Linnéuniversitetet 2018-09-19

Upplysningar om innehållet

Rickard.bracken@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018

ISBN/Beställningsnummer: Ange nummer

Text: Ulla Peterson, Med Dr, Lektor, Linnéuniversitetet

Illustration/foto: Ange namn

Produktion: Ange namn

Tryck: Ange namn

ISBN XXX-XX-XXXX-XXX-X

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Post: 118 82 Stockholm | **Besök:** Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | www.skl.se