



Slutrapport till AFA för arbetet i projektet

”Nya samarbetsformer för strategisk företagshälsovård? Nyckeln till framgång för förebyggande och hälsofrämjande arbete” (Dnr 130186) 2016-11-25.



Ewa Wikström ¹
Annemarie Hultberg ³
Roy Liff ¹
Jan Winroth ²
Gunnar Ahlberg ³
Ingibjörg Jonsdottir ³

¹ Handelshögskolan, Göteborgs Universitet

² Högskolan Väst, Trollhättan

³ Övriga Institutet för Stressmedicin

I projektgruppen har även ingått Anna Cregård, Per Thilander, Niklas Rydbo, Mats O Eriksson, Lisa Björk och Marica Heimdahl.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Syfte och förväntat resultat	4
2. Projektets genomförande.....	5
Olika förutsättningar/kontext	5
Reflektionsgrupper med processtöd	5
Beskrivning av utvecklingsprocesserna samt utvärdering av resultatet.....	6
Kommunikationsplan och spridning av resultat.....	7
Frågor som behövts adresseras som ligger utöver projektplanen	7
3. Resultat.....	8
Organisatoriska förhållanden, strategiskt partnerskap och tillitsfulla relationer.....	8
Kunskapsbehovet är stort	8
Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland	9
Expertgruppers samarbete med linjechefer – om samarbete som identitetsskapande processer.....	10
Fånga svaga signaler: Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa	12
Reflektionsgrupper med processtöd – erfarenheter från ett förändringsarbete	13
Att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande arbete och värdera nyttan av FHV som strategisk resurs	14
Olika utgångspunkter vid utvärdering.....	15
4. Publikationer och presentationer inom projektets ram.....	17
Hälsofrämjande och förebyggande insatser genom nya samarbetsformer – en antologi.....	18
Strategic partnership between line managers and experts: Identity work in occupational health services	18
Attending to Weak Signals: The Prevention of Work-Related Illnesses	19
Inter-occupational cooperation and boundary work in a hospital setting	19
Scanning and processing weak signals in occupational health service teams – a tool for successful health prevention?.....	20

Sammanfattning

Kan företagshälsovården (FHV) bli en strategisk resurs i verksamheternas förebyggande och hälsofrämjande arbete? Vilka nya samarbetsformer och arbetssätt krävs i så fall?

Syfte; att följa, stödja och utvärdera ett förändringsarbete utifrån Västra Götalandsregionens nya riktlinjer för FHV.

Genomförande; Processtöd i reflektionsgrupper med chefer, Human Resources (HR) och FHV i sex förvaltningars förändringsarbete. Enskilda & fokusgruppsintervjuer i början och slutet.

Resultat; Det är ett stort steg att ändra perspektiv från rehabilitering till hälsofrämjande och arbetssätt från individ till organisation. Det krävs samarbetsmodeller för strategiskt partnerskap och en tillitsfull relation chef-HR-FHV. Verksamheterna "äger" processen. FHV har stark legitimitet i rehabilitering, mera sällan i förebyggande, nästan aldrig i hälsofrämjande. Informella gränser sätter käppar i hjulet. Samarbetet måste vara meningsfullt för kärnverksamheten. Metoder behövs för att fånga och arbeta förebyggande utifrån svaga och tidiga signaler. Utvärdering bör ske i dialog, med helhetsperspektiv utifrån kvalitet/produktivitet/strukturer samt individ/grupp/organisation.

Spridning; Resultatet har återkopplats kontinuerligt i dialog med deltagande förvaltningar och FHV, via Institutet för Stressmedicins nyhetsbrev/hemsida och konferenser. En antologi med stöd för praktisk tillämpning tas fram. Tre artiklar är inskickade till vetenskapliga tidskrifter.

Nyckelord; samarbete, gränser, strategiskt partnerskap, svaga/tidiga signaler, processtöd, utvärderingsmodell.

1. Syfte och förväntat resultat

AFA beviljade ett anslag till projektet med 3.873 mnkr för perioden 20130901 – 20160901. Medelsförvaltare var Institutet för Stressmedicin (ISM) inom Hälsan och Stressmedicin, Västra Götalandsregionen (VGR)

Projektet ingick i AFA:s program för Företagshälsovård - Forskningsbaserad kunskap för praktisk tillämpning. Projektet gav stöd åt arbetet med att implementera VGR:s nya riktlinjer för företagshälsovård, som började gälla 2014. Västra Götalandsregionens interna företagshälsovård Hälsan & Arbetslivet¹ (H&A) bildar tillsammans med ISM en gemensam förvaltning, Hälsan och Stressmedicin. Projektet har genomförts inom Västra Götalandsregionen som förutom hälso- och sjukvård även bedriver verksamhet inom områdena kultur, utbildning, kollektivtrafik och regional utveckling. Totalt omfattas VGR av ca 50 förvaltningar och bolag av olika storlek och ca 50 000 anställda. Projektet startade i september 2013 och har pågått i tre år. Deltagande förvaltningar är Alingsås lasarett, Folktandvården, Kungälv's sjukhus, Regionteater Väst, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Skaraborgs sjukhus (SkaS). Viktiga kriterier för de förvaltningar och det bolag som deltog var att man ville utveckla samarbetet eller bygga vidare på ett redan gott samarbete, mellan de deltagande förvaltningarnas HR- specialister/strateger, linjechefer och med H&A utifrån projektets syfte.

Projektets övergripande syfte var att följa, stödja och utvärdera nya samarbetsformer och arbetssätt för en intern FHV i en stor offentlig organisation med avseende på medverkan i de olika verksamheternas förebyggande och hälsofrämjande arbete på organisations- (strategisk), enhets- och individnivå.

Specifika frågeställningar:

- Hur kan en intern FHV involveras som en strategisk resurs för både ledning och medarbetare i en stor offentlig organisation med många olika typer av verksamheter som vill utveckla sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete?
- Hur kan FHV och HR i en sådan organisation samarbeta när det gäller förebyggande och hälsofrämjande åtgärder på organisations-, enhets- och individnivå?
- Hur kan nyttan av en intern FHV:s medverkan i verksamheternas förebyggande och hälsofrämjande arbete mätas?

Projektets förväntades resultera i modeller där FHV fungerar som strategisk resurs i en regions utveckling av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och där samspelet mellan FHV, linjechefer och HR upplevs av samtliga parter som välfungerande och till nytta för verksamhet och anställda. Hinder och framgångsfaktorer samt förslag till metoder för att utvärdera nyttan av sådan samverkan kommer också att presenteras.

¹ Hälsan & Arbetslivet (H&A) är VGRs interna FHV med inte fullt 90 medarbetare placerade på fyra enheter. Organisationskonsulter är den största professionsgruppen, därefter företagsläkare, företagssköterskor, ergonomer/företagssjukgymnaster, arbetsmiljöingenjörer och hälsopedagoger.

2. Projektets genomförande

Projektplanen följdes när det gäller tidsåtgång, resursförbrukning och ekonomi. Nedan följer en beskrivning av de aktiviteter som genomfördes i projektet.

Projektet har bedrivits i två parallella delar, där:

1. Utvecklingen och implementeringen av nya samarbetsformer enligt nya förutsättningar styrdes i interaktion mellan FHV-HR-linjechefer med processtöd från interna FoU-resurser (ISM).
2. Beskrivning av utvecklingsprocesserna samt utvärdering av resultatet utifrån de tre frågeställningarna ovan – utfördes av forskarna i projektet.

Olika förutsättningar/kontext

Det finns stora skillnader i förutsättningar mellan de olika förvaltningarna i att utveckla samarbetet mellan företagshälsovården, HR och chefer. De sex förvaltningar/bolag som har ingått i FHV NySam har alla olika utgångspunkter och förutsättningar utifrån storlek, uppdrag och tidigare erfarenhet av samverkan med FHV.

- Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), 17 331 medarbetare. Har bland annat verksamhet på Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset. Dessutom är Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus en del av SU. Organiserat i sex områden med en HR-enhet i varje område samt en HR-strategisk enhet, som arbetar övergripande. (Totalt ca 100 HR-specialister och strateger.)
- Skaraborgs sjukhus (SkaS), 4 461 medarbetare. Finns i Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad. (25 HR-strateger och konsulter)
- Kungälvssjukhus, 1 609 medarbetare. (7 HR-specialister)
- Alingsås lasarett, 723 medarbetare. (3 HR-specialister)
- Folktandvården, 3 114 medarbetare. Kliniker spridda över hela regionen, vilket bl.a. innebär att man samarbetar med FHV på samtliga fyra enheter. (14 HR-strateger, specialister och konsulter)
- Regionteater Väst, 60 medarbetare, producerar scenkonst för barn och unga. Bolaget som till 91 % ägs av VGR har sitt säte i Uddevalla, men finns även i Borås. (Ingen HR-specialist etc.)

Reflektionsgrupper med processtöd

Processtöd för utveckling och implementeringen av nya samarbetsformer enligt nya förutsättningar, genomfördes i reflektionsgrupper med cirka 30 deltagare. Processtödet strukturerades i olika faser, där deltagarna träffades varje kvartal, sammanlagt tio gånger och cirka 30 timmar under två och ett halvt år. Genom att bilda reflektionsgrupper med de representanter som deltagande förvaltningar och FHV, skapades ett forum för erfarenhetsutbyte, dialog och reflektion. Initialt (fas 1) bildades två chefsgrupper, en HR-grupp och en FHV-grupp med koppling till de deltagande förvaltningarna. Skälet till att man till en början träffades i separata grupper utifrån projektets tre nyckelroller, var att starta utifrån en trygg bas med likartade referenser, för att därifrån bygga vidare på en gemensam plattform att samverka utifrån. Efter ett år mixades grupperna så att det blev ett mer samverkans- och förvaltningsorienterat perspektiv på arbetet (fas 2). Grupperna bestod i första fasen (1 år) av 8-11 deltagare/grupp, men i fas 2 och 3 (1 ½ år) blev grupperna större för att både hålla samman respektive förvaltning, men också erbjuda erfarenhetsutbyte över förvaltningsgränserna.

För att utveckla tänkandet och finna nya strategier och arbetssätt där det hälsofrämjande arbetet hade en mer framträdande roll, räckte det inte att erbjuda ett forum för erfarenhetsutbyte. Det behövde även tillföras ny kunskap. Idén bakom den form vi valde för att tillföra kunskap var arbetsintegrerat lärande (AIL). Det innebär att erfarenhetsbaserad kunskap kombineras med teoribaserad. För att åstadkomma ett sådant lärande leddes reflektionsgrupper av två processtödjare från projektgruppen, vars uppgift var att dels synliggöra den kunskap som finns i gruppen och medverka till att man sätter ord på den, så att den blir möjlig att kommunicera, dels tillföra teoretisk kunskap om förebyggande och hälsofrämjande arbete som stöder den förändring man vill åstadkomma.

Vägledande principer för träffarna har därför varit:

- Processtänkande där relationen mellan historia, nuläge och framtid är centralt. Att se frågorna i ett sammanhang är en annan del i processtänkandet.
- Fokus på dialog och erfarenhetsutbyte – ta till vara gruppens resurser.
- Verksamhetskopplingar genom exempel och case.
- Inspel med teori och forskningsanknytning – för att få gemensamma verktyg för tanke och handling som sedan kan användas i samarbetet och när man kritiskt skall granska olika frågor eller att det kan fungera som stöd och vägleda handling.

Beskrivning av utvecklingsprocesserna samt utvärdering av resultatet

Forskningsstudien genomfördes i enlighet med projektplanen. Den första intervjustudien genomfördes 2013 och 2014 och omfattade 40 personer inom FHV, HR, och Linjechefer. Den uppföljande intervjustudien som genomfördes 2015 och 2016 omfattade 30 personer inom FHV, HR, och Linjechefer. Intervjuerna transkriberades och forskargruppen analyserade intervjumaterialet och mötesanteckningarna från reflektionsgrupperna samt de handlingsplaner som samlades in från de deltagande förvaltningarna och bolaget.

Vi genomförde också två delstudier med fokusgrupper som skedde utöver det som ingick i projektplanen. Anledningen till att de fördjupande studierna genomfördes var att resultaten från de planerade studierna visade på betydelsen av att i samarbetet systematiskt uppmärksammar svaga och tidiga signaler för att kunna arbeta förebyggande. Det medförde att vi behövde komplettera det insamlade materialet med beskrivningar av hur man arbetar med att fånga tidiga eller svaga signaler dels inom FHV och dels i samarbetet mellan FHV, HR och linjechefer.

Den första delstudien genomfördes inom VGR:s interna FHV. Här användes en kvalitativ ansats med semistrukturerade fokusgruppsintervjuer där samtliga yrkeskategorier inom FHV inkluderades (företagssköterskor, ergonomer, hälsovetare, beteendevetare/-organisationskonsulter, arbetsmiljöingenjörer, läkare samt företagshälsovårdssekreterare). Dessa fokusgruppsintervjuer utgick från en intervjuguide som baserades på resultaten från de genomförda studierna i projektet. Totalt genomfördes 6 fokusgruppintervjuer med mellan 3-14 deltagare och en individuell intervju.

Den andra fördjupande delstudien om tidiga och svaga signaler genomfördes via 3 fokusgrupper där FHV, HR och linjechefer deltog. Syftet för denna delstudie var att beskriva hur man identifierar svaga och tidiga signaler, om det sker något samarbete runt dessa och vilka typer av insatser som sker baserat på dessa.

Kommunikationsplan och spridning av resultat

Vi genomförde styrgruppsmöten i enlighet med kommunikationsplanen. Frekvensen på dessa möten har skett enligt planen, d.v.s. att projektledaren träffat styrgruppen en gång per halvår.

Vi har haft interna projektmöten en gång per månad. Fokus i det interna projektarbetet har varit att skapa bryggor mellan förvaltningsledningsseminarium, reflektionsgrupper (stödjämbdelen i projektet) och forskningsresultat (forskningsdelen i projektet). I det interna arbetet skedde en pendling mellan beskrivning, analys och slutsatser.

Vi har också gjort muntliga rapporteringar till Arbetsmiljödelegationen i VGR. Vi har genomfört ett flertal seminarier och workshops både med de deltagande organisationerna och med två av de andra delprojekten i AFA's strategiska satsning på företagshälsovård.

Frågor som behövt adresseras som ligger utöver projektplanen

- personalförändringar och organisations- och institutionsförändringar i projektet

Vi utökade projektgruppen under projektet: Roy Liff (GRI, Göteborgs universitet), Jan Winroth (Högskolan Väst), Per Thilander (Handelshögskolan, Göteborgs universitet), Niklas Rydbo (Psykologiska inst. Göteborgs universitet), Mats Eriksson (Högskolan Väst), Lisa Björk (ISM och Göteborgs universitet), Ingibjörg Jonsdottir (ISM och Göteborgs universitet) och Marica Heimdahl (ISM). Syftet har varit att stärka kompetensen och säkerställa att frågeställningarna i projektet belyses ur olika perspektiv. Annemarie Hultberg har arbetat i projektet mer än de 10 % som är synliga i ekonomibilagan. Hennes insatser i projektet har skett inom ramen för hennes tjänst på ISM. Gunnar Ahlborg, Per Thilander, Lisa Björk och Ingibjörg Jonsdottir har deltagit på projektmöten, läst och kommenterat de erfarenheter och kunskap som genererats under projektiden. Det har skett inom ramen för deras tjänster och har därför inte belastat projektet ekonomiskt.

Implementeringen av nya riktlinjer för FHV i VGR försenades något, vilket gjorde att t.ex. insamlandet av handlingsplanerna och frågeställningen om mätning av nyttan i viss mån försenades. Det har dock inte påverkat resultatet som genererats i projektet.

Ekonomisk redovisning (se separat bilaga)

3. Resultat

Resultaten som presenteras nedan är slutresultaten från hela studien. De har presenterats vid muntlig återkoppling till företagshälsovården, deltagande förvaltningar/bolag, chefer och regionens HR-forum, i enlighet med kommunikationsplanen.

Organisatoriska förhållanden, strategiskt partnerskap och tillitsfulla relationer

Resultaten visar att arbetsplatsen och organisatoriska förhållanden och förutsättningar är av kritisk betydelse för att företagshälsovården kommer att användas som en strategisk resurs i förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete. En central utmaning i utvecklingen av ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete är att det integreras med verksamhetsstyrningen. Detta förutsätter samarbetsmodeller som kännetecknas av strategiskt partnerskap mellan chefer, FHV och HR. Förutsättningar för samarbete och strategiskt partnerskap mellan chefer, FHV och HR är tillitsfulla relationer mellan parterna samt att det finns chefer i verksamheterna som uppfattar sig "äga" processen när det gäller att utveckla arbetsmiljön. Steget att utveckla FHV att omfatta inte enbart rehabiliterande och förebyggande insatser utan även hälsofrämjande insatser förefaller dock vara mycket stort. En sådan förändring handlar om ett perspektivskifte och inte att gradvis utveckla ett hälsofrämjande arbete utifrån det arbete man genomför inom rehabiliterande insatser.

Förebyggande och hälsofrämjande arbete motverkas av informella gränsdragningar mellan linjechefer, HR och FHV. Det finns svårigheter med att fånga upp och ge legitimitet åt svaga och tidiga signaler av risk för ohälsa. Resultaten från studien belyser vikten av att arbeta med svaga och/eller tidiga signaler för att kunna arbeta förebyggande med arbetsmiljön i verksamheterna. Chefer, HR och FHV behöver arbeta med att omdefiniera sina olika organisatoriska gränser. Ledningen måste ha kapacitet att tidigt identifiera och hantera risker och ha kunskap om vilka faktorer som är gynnsamma ur ett helhetsperspektiv, d.v.s. både frisk- och riskfaktorer i arbetslivet samt på individ-, enhets- och organisationsnivå. Integrerat arbetsmiljöarbete måste utgå från verksamheterna, dess chefer och strategiskt partnerskap mellan chefer och expertgrupper (HR och FHV).

Kunskapsbehovet är stort

Det finns ett påtagligt kunskapsbehov, hos alla aktörer, vad gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöarbete, både som begrepp och praktisk handling. Det finns behov av att diskutera och definiera vad som menas med hälsa och ha kompetens kring vad som påverkar hälsa och hur man på olika sätt kan främja eller förbättra hälsan. Ett hinder i det hälsofrämjande arbetet är svårigheter att kunna utvärdera effekter. Metoder för att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande arbete behöver omfatta att mäta och utvärdera effekter som en pågående dialog i det strategiska arbetet, utifrån ett helhetsperspektiv där man både uppmärksammar verksamhetens kvalitet, produktivitet, strukturer samt individ, grupp och organisation. Om arbetsmiljöfrågor är strategiska och viktiga för verksamheten, så måste de vara synliga i organisationens lednings- och styrsystem. Man behöver ge stöd för att utveckla ett strategiskt partnerskap på förvaltningsnivå, så att det får genomslag även för övriga chefsnivåer.

Sammanfattning av resultaten från projektet görs i det följande i fem teman:

1. Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland,
2. Expertgruppers samarbete med linjechefer – om samarbete som identitetsskapande processer
3. Fånga svaga signaler: Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa
4. Reflektionsgrupper med processtöd – erfarenheter från ett förändringsarbete
5. Att utvärdera nyttan av förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland

Projektet belyser att arbetsmiljöarbetet där FHV används som strategisk resurs kräver samarbete mellan yrkesgrupper och kommunikation över yrkesgruppernas arbetsområden. Men många gånger kommunicerar man alltför mycket i stuprör – vilket bottnar i djup specialisering. Specialiseringen gör aktörerna och grupper kunskapsstarka, men också svårstyrda och det är inte ovanligt att olika specialiseringar har svårt att förstå varandras olika synsätt på verksamheten. Det gäller också inom arbetsmiljöområdet. Samarbete kring arbetsmiljöfrågorna kan behandlas utifrån perspektivet att organisationer består av gränser, professioner och auktoritetsstrukturer. Exempel på det är att olika yrkesgruppers gemensamheter gentemot andra grupper i organisationen skapar gränser som informerar om vilka som ingår i yrkesgruppen och inte. Gränserna indikerar också vilka andra grupper som är viktiga samt om de ska betraktas som över- eller underordnade den egna gruppen. Genom att använda teoretiska begrepp kring gränsarbete är det möjligt att betrakta organisationens olika yrkesgruppers arbete med att åstadkomma verksamhet trots skilda uppfattningar om hur ett bra samarbete ser ut. Projektets resultat visar vad det är som gör att det i vissa verksamheter förefaller vara så svårt att åstadkomma ett gott samarbete inom arbetsmiljöområdet. Våra resultat visar också att förebyggande och hälsofrämjande arbete motverkas av informella gränsdragningar mellan linjechefer, HR och FHV, och svårigheter att fånga upp och ge legitimitet åt svaga signaler av risk för ohälsa.

Resultaten påvisar två grundläggande auktoritetsstrukturer som påverkar samarbetet runt arbetsmiljön i verksamheterna. Den ena utgår ifrån den formella hierarkin och informerar om hur olika yrkesgrupper ska agera i relation till varandra enligt formellt fattade beslut. Den andra auktoritetsstrukturen är professionell auktoritet vilken baseras på yrkestillhörighet, utbildning och professionell status. Resultaten uppmärksammar organisatoriska effekter av professionaliseringssträvanden eller hur förväntade samarbeten över yrkesgränserna påverkas av den professionella auktoritetsstrukturen. I det implementeringsarbete som vi följt i projektet med de nya riktlinjerna för företagshälsovård i Västra Götalandsregionen ser vi att de professionella yrkesgrupperna uppfattar att riktlinjerna kring förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete innehåller många icke önskvärda arbetsuppgifter just för att de inte räknas som kärnverksamhet. Det kan resultera i att starka professioner motarbetar eller ignorerar förebyggande och hälsofrämjande insatser.

De empiriska beskrivningarna av samarbeten inom implementeringsarbetet med de nya riktlinjerna belyser att tre olika arbetsmiljöområden utkristalliserade sig med olika mycket samarbete: rehabilitering, ohälsoprevention och hälsopromotion. Områdena engagerade olika aktörer och gavs olika mycket status. Rehabilitering innehöll väldefinierade roller, tydliga gränser och var styrt av läkarperspektivet på sjukdom. Det fanns en överensstämmande bild av rehabiliteringsprocessen och vems ord som vägde tyngst. Prevention och promotion delade en problematik bestående av otydliga arbetsområden, svårdefinierade roller och olika perspektiv från aktörer. Jämförs promotion och prevention föreföll det ännu svårare för hälsopromotion att generera samarbeten.

Särskilt inom de undersökta, större sjukhusen var samarbetet inom prevention och promotion litet. Det förklaras med att gränserna inom sådana organisationer vanligen är starka och stabila mellan olika yrkesgrupper, och deras respektive status och auktoriteter. Tongivande aktörer i de undersökta organisationerna prioriterade inte arbetsmiljöområdet utan ville hellre lägga fokus på kärnverksamhet. Men samarbetet fungerade inte illa inom prevention och promotion i alla av de beskrivna organisationerna. I en organisation – den som i det empiriska materialet beskrivs som det lilla sjukhuset – möttes de inblandade aktörerna i olika konstellationer. Det fanns överenskomna arbetsuppgifter, definierade problemområden och aktörerna såg varandra som resurser, samt hade förståelse för varandras situation.

Hur kommer det sig att samarbetet fungerade på det lilla sjukhuset, trots att denna verksamhet också kännetecknas av stark professionalisering och förväntade gränsdragningar? Det kan förklaras med att på det lilla sjukhuset fanns närhet och synlighet mellan yrkesgrupper. Det är inte förvånande att hälsopromotion och ohälsoprevention uppfattas som mindre akut och avgörande än kärnverksamhet inom hälso- och sjukvårdssektorn. Varje satsad resurs (i vid bemärkelse) jämförs med den nytta den skulle kunna ha gjort i direkt patientkontakt. För att arbetsmiljöarbetet ska prioriteras krävs att det kan matcha andra potentiella landvinningar. Samarbetet måste upplevas som meningsfullt, och uppfattas kunna leda till effektivare vård, bättre omhändertagande och mer liv.

[Expertgruppers samarbete med linjechefer – om samarbete som identitetsskapande processer](#)

Resultaten i projektet belyser också hur experter i företagshälsovården kan agera för att uppnå en strategisk partnerroll i relation till linjecheferna i de verksamheter som de har kontakt med för att ha inflytande på beslut och insatser i ett strategiskt partnerskap. Resultaten är baserade på den kvalitativ studie som genomförts i projektet och utgår från intervjudata och dokumentstudier under de två första åren i projektet, där chefer och medarbetare inom samtliga företagshälsovårdsteam verksamma inom VGR har intervjuats samt chefer och HR-strategier involverade i VGR's huvudverksamheter. Studien visar att strategiskt partnerskap innebär ett kontinuerligt samarbete mellan dessa aktörer, samt mellan chefer på olika nivåer. Två viktiga förutsättningar för detta partnerskap är en tillitsfull relation mellan parterna samt att det finns chefer i verksamheterna som uppfattar sig "äga" processen när det gäller att utveckla arbetsmiljön. Detta medan HR och FHV ses som stödjande resurser. För att samarbetet ska kunna fungera som ett strategiskt partnerskap behöver de samarbetande parterna kunna anförtro sig åt varandra, samordna sina aktiviteter och visa tillit till varandra. Kommunikationen mellan parterna behöver t.ex. kunna innefatta vilka mål de har och hur de planerar sina åtgärder för att nå dessa. Härigenom ökar parternas förmåga att se den andra partens perspektiv och underlättar att överbrygga ansvarsfördelning.

Våra resultat visar att mer behovsanpassad användning av FHV förutsätter långsiktiga relationer mellan FHV och klientorganisationerna (linjechefer, HR och fackliga företrädare) på flera organisatoriska nivåer, inte minst på strategisk nivå. Vi anser att vi kan förklara viktiga komponenter i vad som brister för att åstadkomma strategiskt partnerskap som i sig är den nivå av tillit som behövs för att kunna göra utomstående expertkunskap gällande. Här belyses de erfarenheter berörda experter (FHV och HR) och chefer har av de tjänster som företagshälsovården erbjuder inom rehabilitering, förebyggande hälsovård och hälsofrämjande åtgärder, enligt den gängse indelningen av tjänster för företagshälsovård som bedrivs inom landet.

Resultaten är baserade på jämförelser mellan de olika tjänsterna och av hur utfall av de strategiska tjänsterna uppfattades. Härigenom ser vi betydelsen av olika förutsättningar för olika arbetssätt i dessa tjänster och hur FHV lyckas att positionera sig i en strategisk partnerroll, som innebär att vara en proaktiv rådgivare som försöker länka expert-strategier i linje med verksamhetsstrategier. Det som fokuseras är hur experter i företagshälsovården kan bli en strategisk partner till såväl första linjens chefer som till sjukhusdirektörer och deras ledningsgrupp.

Våra resultat visar att för rehabiliteringstjänsten uppnådde företagshälsovården en position som strategisk partner medan för hälsofrämjande insatser detta inte alls uppnåddes. För preventionsarbetet utgjorde man i viss mån en strategisk partner, d.v.s. ett mellanläge mellan dessa ytterligheter. Resultatet förklaras av att det är nödvändigt för att uppnå ett strategiskt partnerskap att FHV-experterna uppnår en hög grad av både likhet, avseende länkning till den operativa verksamhetens processer och strategier (att man arbetar i linje med frågor och processer som finns i verksamheten), och skillnad avseende distinkt annorlunda koncept och problemlösningsmetoder och professionella attribut, samtidigt i relation till cheferna.

Till skillnad från många tidigare studier visar resultaten från projektet att svårigheten för experter att göra sin kompetens gällande inte ligger i att skapa likhet utan skillnad – företagshälsovården har svårt att positionera sig så att cheferna uppfattar att de tillför något distinkt annorlunda vad gäller t.ex. koncept, metoder eller attribut. Denna svårighet visade sig främst när det gäller det hälsofrämjande arbetet men också när det gäller det förebyggande arbetet. Från det mest framgångsrika fallet i att skapa strategiskt partnerskap, rehabilitering, kan vi lära oss hur skillnad skapas. FHV-experterna använder facktermer för att beskriva sin rehabiliteringstjänst. De använder också ”materiella” redskap, såsom psykologiska tester, specifika formulär och protokoll för sammanställning av individers status. Dessa instrument skapar distinktioner av FHV-experternas verktyg för att utföra sin tjänst som inte chefer är förtrodda med men som de accepterar är grundad på vedertagen kunskap. På det sättet definierar FHV-experterna - genom vad verktygen symboliserar - sitt uppdrag, sin hierarkiska kunskapsposition och mer precist vilka tjänster de erbjuder.

Det minst framgångsrika fallet avseende att uppnå en strategisk position, hälsofrämjande insatser, kan tolkas som att FHV-experterna har vare sig har en identitet av att ha distinkt andra kunskaper inom området hälsofrämjande åtgärder, eller har en identitet som förknippas med tidigare erfarenheter eller kunskap om generella organisatoriska frågeställningar, d.v.s. saknar likhet, eller har, som är fallet med rehabilitering. Till detta kommer att i den miljö FHV-experterna till största delen ska bistå inom, sjukhusorganisationer, råder en mycket dominerade medicinsk logik. Det är därför inte realistiskt att med nuvarande förutsättningar med en vag begreppsapparat om hälsofrämjande och outvecklade uppfattningar om organisatoriska frågeställningar hävda en skillnad som berättigar att göra sin kunskap gällande. Vi drar slutsatsen att såväl självidentiteten som den identitet cheferna tilldelar FHV-experterna inom det hälsofrämjande området är låg både avseende likhet och skillnad.

Fånga svaga signaler: Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa

Projektet visar också samarbete runt tidiga och svaga signaler från verksamheterna, angående förhållanden som kan skapa arbetsrelaterad ohälsa, är centralt för att en intern FHV skall involveras som en strategisk resurs (för både ledning och medarbetare med syfte att utveckla sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete). Tidiga och svaga signaler är tecken på att något kan vara på gång, det kan handla om en händelse på arbetsplatsen eller ett beteende hos en anställd. Företagshälsovårdens förmåga att fånga upp tidiga och svaga signaler kan ses som ett verktyg för att i större utsträckning kunna föreslå tidiga interventioner innan problem egentligen har uppstått, så kallad primär prevention.

Vi har i en delstudie speciellt fokuserat på hur verksamhetsledning och experter inom FHV samlar in och utvärderar svaga signaler som på ett tidigt stadium pekar på att ohälsa kan uppstå och om så undersöka vilken betydelse sådan information har för att preventiva åtgärder genomförs. Datainsamlingen utgjordes av professionsvisa fokusgruppsintervjuer inom Hälsan & Arbetslivet också med HR och linjechefer närvarande. Studien visar en rad olika källor till svaga signaler, hur de registrerades och på olika metoder att fånga svaga signaler. Närhet till medarbetare av första linjens chefer ger möjlighet att upptäcka svaga signaler. I de goda exemplen har operativa chefer etablerat arbetsformer för sitt ledarskap som gör det möjligt för dem att tidigt utifrån svaga signaler upptäcka en förändring i medarbetares välbefinnande som kan utvecklas till ohälsa. Studien visar också att svaga signaler diskuterades på möten där speciella syften etablerats. Svaga signalers orsaker kopplas ofta till individperspektiv då de alternativ som erbjuds för första linjens chefer i samarbete med HR och FHV i stort sett alltid handlar om individriktade åtgärder.

FHV har dock goda förutsättningar för att upptäcka svaga signaler kopplade även till organisationsperspektiv, men verkar ha svårigheter vad gäller att kanalisera sina iakttagelser för att göra dessa gällande i en beslutsprocess med överordnade chefer. Enbart i de fall där första linjens chef har en direkt koppling till sin chef involveras personer med möjlighet att verka på organisationsnivå. FHV knyts till problem på individnivå medan annan kompetens hos FHV som rör organisationsfrågor är okänd eller osynlig. Istället anser sig sjukvårdsscheferna ha den kunskapen inom sin egen organisation; problem inom sjukvårdens organisation ska lösas med sjukvårdskompetens personal.

Resultaten visar att ett förebyggande arbetsmiljöarbete kräver att ledningen har förmåga att i ett tidigt skede identifiera och hantera risker. Förutsättningar för att möta utmaningar är dels att det finns förtroende och legitimitet både inom och i relation till organisationens sammanhang och att det finns ledare och medarbetare som uppfattar att de äger kommunikationsfrågan när det gäller att utveckla verksamheterna. Det betyder att ha en dialog och berätta om viktiga frågor för varandra och att lyssna efter svaga signaler är viktigt för att kunna agera tidigt.

Det behövs en grundläggande kompetens kring frågor som har med hållbar organisation att göra, ett gemensamt språk och gemensamma uppfattningar behöver utvecklas hos såväl chefer som experter inom HR och FHV. Det behöver också för dessa inblandade skapas forum för att de ska kunna mötas och diskutera kring signaler från verksamhet, organisation och omvärld som gör det möjligt för dem att analysera vilka svaga signaler som behöver föranleda åtgärder. För att sedan tidigt kunna initiera organisatoriska förändringar behövs det en förändring av kommunikationen mellan första linjens chefer och chefer som ingår i förvaltningens ledning med möjlighet att initiera organisatoriska förändringar och experter där berättelser om svaga signaler är i fokus.

Reflektionsgrupper med processtöd – erfarenheter från ett förändringsarbete

Den metod vi valde för att stödja förändringsarbetet utifrån VGR:s nya riktlinjer har beskrivits under genomförandeavsnittet. Det vi valt att fokusera lite extra på är att vidareutveckla idén kring processtöd i form av ett indirekt stöd då det är de medverkande som i många stycken själva är processtödjare på respektive förvaltning som är involverad. Valet av metod bygger på erfarenheter och teoretiska utgångspunkter för hur man lyckas i ett förändringsarbete. Exempel på detta är ett starkt stöd uppifrån, en hög grad av delaktighet av berörda i hela genomförandeprocessen, att det finns en tydlig koppling mellan driftsfrågor och utvecklingsfrågor, att nödvändiga resurser avsätts för utvecklingsarbetet och att det finns en kompetent projektledning/strategisk grupp/arbetsgrupp som driver arbetet. Andra viktiga framgångsfaktorer är att det finns en tydlig idé och en samsyn hos berörda kring mål och förväntat resultat, samt inte minst ett gemensamt språk.

Reflektionsgrupperna med processtöd genomfördes utifrån ett antal vägledande principer, som beskrivs i avsnitt 2. Här följer några reflektioner utifrån hur det blev i praktiken och vad vi kan lära av det.

Processtänkande (historia, nuläge och framtid samt att se frågorna i ett sammanhang), I Fas 1 träffades deltagarna i reflektionsgrupper utifrån sin roll (chef/HR/FHV). Det innebar en möjlighet att tillsammans med deltagare med liknande roller, men ändå så olika erfarenheter utifrån kontext, göra en nulägesanalys att ha med i de samtal kring roller och förväntningar som utspelade sig i respektive förvaltning. Grupperna var visserligen inte så homogena som vi trodde utifrån deras tre roller. Detta till trots var det en trygghet att först kunna bli tydlig i att beskriva sin egen roll och därefter tillsammans formulera vilka förväntningar man har på de man skall samverka med. Detta för att bättre förstå det förändringsarbete som bedrevs i respektive förvaltning med stöd av projektet. Utöver att vi har förändrat i gruppindelning, så har det skett en rad förändringar som att personer som är aktiva i processen har slutat, nya har börjat, man har fått en ny roll etc. Dessa nya villkor har ställt krav på omställning och anpassning av processtödet utformning.

Verksamhetskopplingar genom case. Att låta deltagarnas berättelser utgöra en central del är en drivkraft och framgångsfaktor generellt sett. Dels har det bidragit till utvecklad samverkan och samarbete inom flera av förvaltningarna, men även till att vi kunnat följa olika former av förändringsprocesser i respektive förvaltning/bolag.

Dialog och erfarenhetsutbyte (ta vara på gruppens resurser) Om vi ser till processerna i de två grupperna som bildades i Fas 2, har såväl processen som dynamiken utvecklats på olika sätt. I grupp 1 har ett påtagligt erfarenhetsutbyte och dialog utvecklats medan i grupp 2 så har ett något annorlunda mönster framträtt. I denna grupp hade en av förvaltningarna kommit långt i sina samverkansprocesser och haft mycket tydliga mål, planer och strategier i sitt FHV NySam-arbete (här har man arbetat med dessa frågor även före FHV NySam kom in i bilden), medan de två andra har haft svårt att få en bra ingång i arbetet och varit tvungna att göra olika former av omstarter i processen. Dessa olikheter i var man befann sig i processen, samt att det saknades chefer från två av tre förvaltningar i denna grupp, påverkade kvalitén i den dialog som följde på presentationerna. Att ha verksamheten som utgångspunkt har varit centralt i vårt upplägg. Vi menar att delaktiga chefer utgör en förutsättning för att arbetsmiljöarbetet skall bli en linjeifråga/verksamhetsfråga.

Inspel med teori och forskningsanknytning för att få gemensamma verktyg för tanke och handling. Dessa inspel skedde i huvudsak under fas 1, men under Fas 2 återkom vi i reflektionsgrupperna ofta till dessa verktyg och ställde också frågan om vad som varit mest användbart i deras utvecklingsarbete. Det man framförallt tryckte på var systemverktyget som redskap för att sortera på olika organisatoriska nivåer och i viss mån mellan olika perspektiv: rehabiliterande/ förebyggande/hälsofrämjande. Man betonade även redskapet att arbeta med tidsdimensionerna, t.ex. genom att vara noggrann med nulägesanalysen och ta hänsyn till kontexten, samtidigt som man medvetet fokuserar på det önskade läget, för att få till stånd en förändring. På vilket sätt man tillämpade dessa verktyg i praktiken varierade från förvaltning/bolag till annan, men var ändå en röd tråd att återvända till i berättelser, reflektioner och erfarenhetsutbyte utifrån de olika processerna.

Utifrån de processer vi kunnat följa i reflektionsgrupperna kan vi konstatera att det på många håll skett en förbättrad samverkan, men att det kommit olika långt. Däremot har det inte skett någon nämnvärd förskjutning vad gäller perspektiv. Insatserna har i huvudsak planerats/genomförts på individ och gruppnivå och varit av förebyggande karaktär. Hindrande faktorer för att åstadkomma den förändring som riktlinjerna syftar till är kultur, traditioner och befintlig kompetensprofil hos stödfunktionerna FHV och HR. Det finns många enskilda medarbetare i stödfunktionerna som har bra grundkompetens kring det hälsofrämjande sättet att tänka och arbeta men det är ingen självklarhet att detta får något större utrymme i det praktiska vardagsarbetet utifrån det som ovan nämnts. En annan kritisk fråga är ledningens stöd. Vi kan konstatera att det funnits olika former av stöd i ingående förvaltningar/bolag. I vissa fall har utvecklingsarbetet som stöttats av FHV NySam varit en strategisk fråga i andra mer perifer, vilket påverkar legitimiteten för pågående utvecklingsarbete. Inslag av gemensamt språk har visat sig i dialogerna, men det kräver fortsatt utveckling.

VGR som arbetsgivare har med de nya riktlinjerna för den interna företagshälsovården tydligt visat att man önskar en förskjutning mot ett mer proaktivt arbetssätt, en perspektivförskjutning från rehabilitering till förebyggande och hälsofrämjande och från individfokus till att arbeta med de organisatoriska förutsättningarna. Men för att lyckas med en så stor förändring räcker det inte med styrdokument och riktlinjer. Vi anser att det behövs kompetensutveckling kring dessa frågor både bland chefer och stödfunktioner så att en större samsyn utvecklas inom det hälsofrämjande kunskapsfältet. Detta gäller både hälsofrämjande som idé, vilken teoribildning som ger stöd och hur man kan arbeta hälsofrämjande på olika systemnivåer. Detta inte minst för att kunna uppnå resultat och värdera dessa på ett reflekterat sätt.

Att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande arbete och värdera nyttan av FHV som strategisk resurs

Detta projekt syftade till att följa, stödja och utvärdera nya samarbetsformer och nya arbetssätt med speciellt fokus på den interna företagshälsovården. Av tidigare avsnitt framgår att ett strategiskt partnerskap förutsätter tillitsfulla relationer och att det finns tydlighet vad gäller roller och ansvar. I processtödet för utveckling och implementering av nya samarbetsformer har det varit tydligt att det är linjen eller verksamheterna som "äger" frågorna men där HR och FHV utgör viktiga stödresurser. Resultatet visar att det i ett fall finns ett strategiskt partnerskap som även omfattar det förebyggande och till viss del det hälsofrämjande arbetet. Där finns forum och strukturer kring hur samarbetet sker och vilka frågor som behandlas i dessa forum. I de övriga förvaltningarna så har samarbetet och samverkan utvecklats påtagligt men är ännu inte i det läge att man kan säga att ett strategiskt partnerskap har utvecklats inom

det förebyggande arbetet, och än mindre vad gäller det hälsofrämjande. Om vi med detta som grund skall besvara frågan kring nyttan av FHV som strategisk resurs, så blir därför svaret mer en kritisk reflektion. För det första måste FHV få tillträde till de forum och sammanhang där strategiska frågor avhandlas vilket på ett generellt plan inte förekommer. Om detta skulle bli fallet i en framtid så är det de personer som är ansvariga för de strategiska frågorna och sitter i dessa forum som kan värdera mervärdet och nyttan av att FHV finns med som resurs. Ytterligare en kritisk reflektion är frågan om vem eller vilka aktörer inom FHV är intresserade av eller lämpade för att gå in i denna roll?

En förändring från ett starkt fokus på rehabilitering till att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete handlar bland annat om att gå från starkt individfokus kring hälsa och hälsoarbete till ökat fokus på organisatoriska faktorer. Detta ligger också i linje med den nya förskriften ”Organisatorisk och social arbetsmiljö” (AFS 2015:4). En annan del handlar om ökad satsning på förebyggande och hälsofrämjande arbete. Vi har tidigare beskrivit detta som ett perspektivskifte. Ett annat sätt att uttrycka det är att det finns ett behov att komplettera befintliga perspektiv och strategier med ett hälsofrämjande perspektiv. Här har vi konstaterat att kompetensen kring det hälsofrämjande perspektivet är bristfälligt hos chefer, HR och FHV – även om undantag finns. Detta har visat sig bl.a. genom en granskning av förvaltningarnas och bolagens handlingsplaner och genom de insatser de olika förvaltningarna valt att prioritera. Det har även framkommit i dialogerna med de grupper som ingått i processtödet.

Olika utgångspunkter vid utvärdering

När ett projekt eller ett processinriktat förändringsarbete skall genomföras så är det många som är intresserade av hur det gick och vad resultatet blev. Sammansättningen och kompetensen i en strategisk grupp eller en operativ grupp avgör vad som prioriteras och vad som värderas. Här finns olika intressenter som de som fattat beslutet och avsatt pengar, de som varit målgruppen för insatsen och de som varit ansvariga för genomförandet. Detta utgör en viktig utgångspunkt för frågan kring utvärdering – vem som sitter i juryn när det gäller att avgöra om insatsen varit framgångsrik eller inte. En annan viktig utgångspunkt utgörs av vilken idémässig och teoretisk referensram som används. När det gäller hälsoinriktat arbete så skiljer sig en patogen utgångspunkt jämfört med en salutogen. Detta får konsekvenser även när det gäller att värdera och utvärdera resultat. Det är utifrån denna bakgrund vi väljer att uttrycka oss i termer av att mäta effekter (mer den naturvetenskapliga traditionen) och värdera resultat (en mer samhälls- och humanvetenskaplig tradition). En slutsats är att en utvärdering inte är värdeneutral.

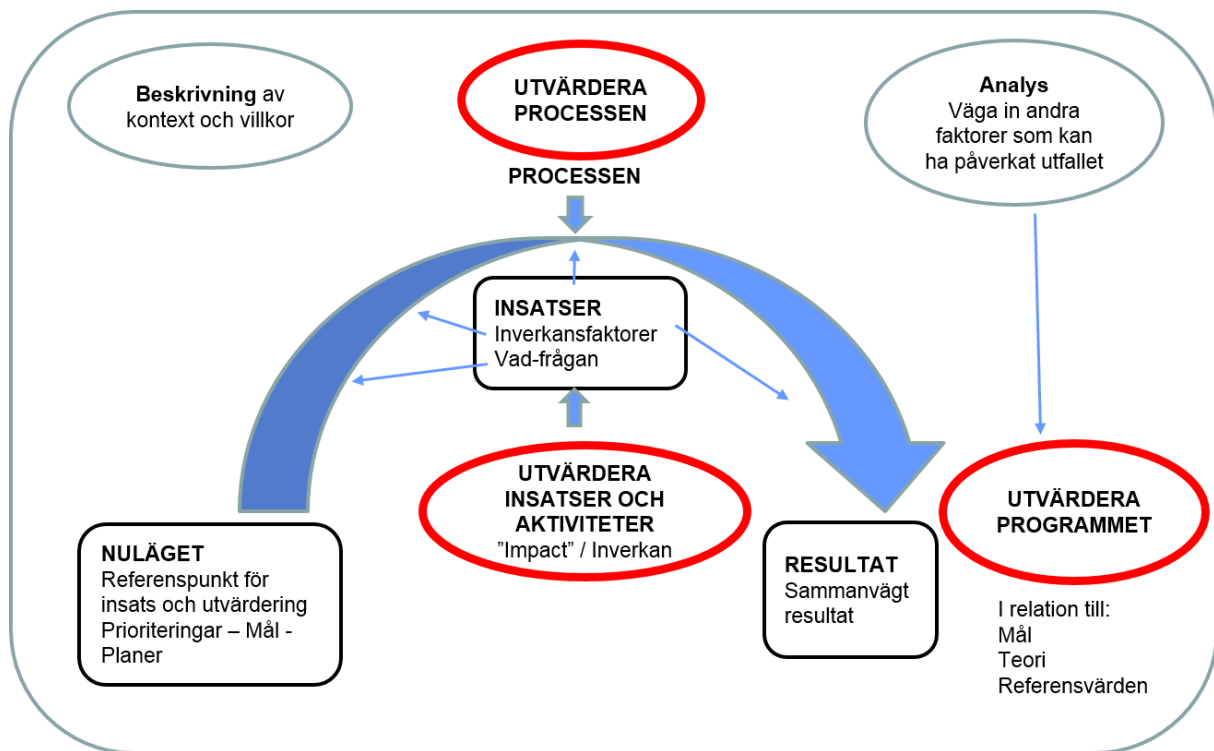
”Evaluation is by no means neutral, technical activity – it is saturated with values, ideological debate and, sometimes, vitriolic argument concerning what should be regarded as evidence of success and the means of assessing it”(Green et.al, 2015, s 479).

Om man väljer att arbeta förebyggande innebär det att man identifierat riskfaktorer som man vill eliminera så att ohälsa inte uppstår. Tidiga signaler är en variant på detta då de kan ge incitament för att vidta åtgärder i ett tidigt stadium för att förhindra att ohälsa uppstår. Skall man utvärdera förebyggande arbete så utgör utgångspunkten för detta arbete att konstatera att man förhindrar att något skall inträffa – med andra ord ickehändelse. Metoderna man använder sig av är statistik som beskrivs på kollektiv nivå och där man ser till förändringar över tid – exempelvis x antal minskade olyckor efter en insats gjorts som syftar till att minska just dessa olyckor. Oftast handlar förebyggande arbete att man fokusera på specifika frågor och områden.

För att arbeta och utvärdera hälsofrämjande insatser så förutsätter det:

1. En tydlig definition av innebörden i begreppet hälsa som vilar på en idémässig och teoretisk grund (om man skall främja hälsa måste referenspunkten för vad hälsa är vara tydlig).
2. En teoretisk och forskningsbaserad referensram kring vad som påverkar hälsan och vad som främjar hälsa.
3. En idémässig och teoretisk referensram kring hälsofrämjande arbete – vägledande principer för tanke, handling och utvärdering (hälsopromotion – salutogenes).

Utifrån dessa tre delar kan modellen nedan utgöra ett stöd när det gäller att utvärdera hälsofrämjande arbete.



Figur 1. Modell för att utvärdera hälsofrämjande arbete.

Att utvärdera hälsofrämjande arbete innebär för det första att beskriva och värdera processen utifrån grundläggande kriterier för hälsofrämjande arbete (utvärdera processen). För det andra att beskriva och utvärdera de insatser som gjorts för att främja hälsa på olika systemnivåer utifrån givna kriterier för hälsofrämjande arbete (utvärdera insatser och aktiviteter). Den tredje delen i utvärderingen omfattar att mäta effekter och värdera resultat relaterat till de insatser som är genomförda (sammanvägt resultat). Slutligen krävs att man väger in andra faktorer som kan ha påverkat utfallet, utvärdering av såväl inverkansfaktorer som process och sammanvägt resultat (utvärdera programmet). Utvärderingen kan också relateras till de mål som exempelvis finns formulerade för projektet eller det processinriktade förändringsarbetet. Även teori kan utgöra referenspunkt för att värdera ett resultat. Här kan statistik, registerdata och andra data utgöra ett bra referensmaterial. Utifrån ett av kriterierna för hälsofrämjande arbete - berörds delaktighet – utgör självvärdering en viktig form för att utvärdera hälsofrämjande arbete. Självvärderingen skall vara kopplad till en tydlig struktur.

4. Publikationer och presentationer inom projektets ram

- spridning av kunskap och aktiviteter som genomförts

Kommunikationsplan (se separat bilaga)

Spridningen av kunskap har skett enligt projektets kommunikationsplan som finns i bilaga till denna slutrapport. Kommunikationsplanen visar vilka aktiviteter som genomförts. Vi vill särskilt poängtera följande aktiviteter:

- Återkoppling och dialog har skett två gånger per år till ledningen för medverkande förvaltningar och FHV, sammanlagt sex träffar.
- Återkoppling inom VGR har genomförts gentemot FHV, HR och nu även chefer.
- Vi har hållit en hög ambitionsnivå, när det gäller att berätta om projektet både externt på ISMs hemsida och Nyhetsbrev, som går till nästan 1000 prenumeranter, samt internt inom Hälsan och Stressmedicin, för att nå alla medarbetare inom FHV. Öppenhet har varit ledordet och med detta har vi lagt grunden för fortsatt spridning, dialog och användning av resultatet.
- Deltagit på FALF, Forum för Arbetslivsforskning. samt HFS-nätverkets temagrupp för hälsofrämjande arbetsplatser.
- Deltagit på forskningskonferensen NOVO den 10-11 november 2016, 10th NOVO symposium Sustainable healthcare through professional collaboration across boundaries
- Vi planerar att delta på forskningskonferens: 25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services to be held in Vienna, Austria, from April 12-14, 2017.
- Antologi – kunskapsspridning (se nedan)

De kunskaper som producerats i projektet håller på att sammanställas i en antologi på svenska. Syftet är att på ett tillgängligt sätt presentera de kunskaper som genererats genom FHV NySam, och möjliggöra för kunskapsspridning och väl underbyggda samarbetsprojekt i såväl Västra Götalandsregionen som annan, liknande verksamhet. Målgruppen för antologin är i första hand personer som arbetar med arbetsmiljörelaterade frågor där personalens hälsa fokuseras i ett hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vi vill särskilt rikta oss till linjechefer, HR-funktioner och företagshälsovård inom offentliga verksamheter. Antologin ska vara färdig våren 2017.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser genom nya samarbetsformer – en antologi

Antologin har en inriktning mot hur implementering ska ske av ett organisatoriskt samarbete för att påverka medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa genom ökat fokus på förebyggande och hälsofrämjande. Kapitlen i antologin är strukturerade så att de inledningsvis speglar ett övergripande perspektiv på uppdraget att bedriva företagshälsovård som är problematiserande och speglar svårighetsgraden i företagshälsovårdens uppdrag mot att senare delar ha ett aktörsperspektiv som speglar möjligheter att kunna utveckla ett arbetssätt som gör det möjligt att uppfylla FHV NySam-projektets intentioner.

Antologin kommer att innefatta följande kapitel:

1. Introduktion. Definition av centrala begrepp, beskrivning av organisationens kännetecken (för relevans för andra organisationer) och metod samt introduktion av kommande kapitel.
2. Sammanfattning och slutsatser om statliga reformförsök inom företagshälsovård i Sverige de senaste decennierna.
3. Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland
4. Expertgruppers samarbete med linjechefer – om samarbete som identitetsskapande processer
5. Att praktiskt vidareutveckla samarbete: gräns- och identitetsarbete: Implementeringsmaterial i form av vinjetter till kap. 3 och 4.
6. Fånga svaga signaler: Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa.
7. Implementeringsmaterial för arbete med svaga signaler
8. Reflektionsgrupper med processtöd – erfarenheter från ett förändringsarbete
9. Vägledning för processtöd som metod i förändringsarbete
10. Om utvärdering. Att mäta effekter och värdera resultat. Med fokus på förebyggande och hälsofrämjande arbete.

När det gäller spridning av kunskap genom vetenskaplig forskningspublicering så har vi tre artiklar som är inskickade och en som senare i höst kommer att skickas in för publicering i vetenskapliga tidskrifter. Nedan sammanfattas dessa fyra artiklar:

Strategic partnership between line managers and experts: Identity work in occupational health services

Roy Liff and Ewa Wikström

This article addresses two basic questions: (1) How can experts achieve greater decision-making influence in the organisations they serve? (2) What role, if any, does identity work play in this process? In addressing these questions, we undertook a qualitative interview and document study in order to examine the way influence is wielded in strategic partnerships, through identity work processes. Large differences in tools and professional attributes and similarities in process alignment and strategy alignment emerged as independent elements that are both possible and necessary for upholding accepted positioning acts in establishing a strategic partnership. This study demonstrates that the key condition for achieving strategic partnership is the ability to demonstrate differences in jargon and professional attributes. Keywords: strategic partnership, identity work, similarities, differences, occupational health services, experts, managers. Highlights:

- Experts' and line managers' strategic partnerships, via differences and similarities
- Experts need to demonstrate similarities in both process and strategy alignment.
- Experts need to demonstrate differences in jargon and professional attributes.

[Attending to Weak Signals: The Prevention of Work-Related Illnesses](#)

Roy Liff, Ann-Charlotte Eriksson, and Ewa Wikström

It is a challenging assignment for organizations that provide occupational health services to work with the prevention of work-related illnesses in addition to their traditional activities of rehabilitation for ill or injured individuals. This article, which investigates the work relationship between a Swedish occupational health service organization (OHS) and several Swedish hospitals, is based in a theoretical framework in which the prevention of work-related illnesses is analogous to crisis management. We examine how hospital personnel discover, interpret, and attend to 'weak signals' that predict the onset of work-related illnesses. This is a qualitative study in which individual and focus group interviews were conducted with OHS specialists, hospital operations managers, and hospital HR experts. Because the operations managers work closely with hospital co-workers, they are best situated to discover, interpret, and attend to the 'weak signals' in cooperation with the OHS specialists. The study concludes that an organization-oriented perspective is needed in addition to the individual-oriented perspective for the prevention of work-related illnesses. Unlike the literature on crisis management, the study shows that the main difficulty in preventing crises is not in identifying the 'right' weak signals but rather in communicating these signals to upper hospital management who may initiate the necessary organizational changes before co-worker stress leads to serious illnesses requiring extensive sick leave. **KEY WORDS:** Occupational health services / prevention / sensemaking /weak signals.

[Inter-occupational cooperation and boundary work in a hospital setting](#)

Anna Cregård

The study seeks to add a little piece to the puzzle of boundary work and inter-occupational cooperation by responding to a two-part question: How do the actors perform boundary work in a project that seeks to improve the personnel health work in a hospital setting; and what impact does the boundary work have on cooperation in this case? The study is based on individual in-depth interviews and participative observations of focus group discussions conducted at a regional municipal organization in Sweden. Respondents are line managers and professionals at the HR departments and the internal occupational health services at four hospitals. The investigation fills the theoretical concepts of boundary work strategies with empirical illustrations. The cooperation runs smoothly within rehabilitation because of an agreed upon process in which the jurisdictions are preserved through closing strategies. Illness prevention and health promotion are not areas of cooperation because strong actors use closing strategies that hinder prioritizing these areas. Weaker actors, who try to cooperate, use opening strategies but are excluded and demarcated. There has been no previous study of boundary work and cooperation in a hospital setting that have investigated the selected occupational groups, despite the frequency of this practical arrangement. **Keywords:** boundary work; cooperation; collaboration; occupation; profession; exclusion; usurpation; rehabilitation; prevention; health promotion; jurisdiction.

Scanning and processing weak signals in occupational health service teams – a tool for successful health prevention?

Niklas Rydbo

Företagshälsovårdens förmåga att fånga upp svaga signaler – det som ligger under ytan men ännu inte syns tydligt – kan ses som ett verktyg för att i högre grad kunna föreslå tidiga interventioner innan svårigheter egentligen har uppstått, så kallad primär prevention. Databasinsamlingen har skett genom professionsvisa fokusgruppsintervjuer inom Hälsan & Arbetslivet. Fokusgruppsintervjuerna har haft två syften. Det ena syftet har varit att samla in data om hur medarbetarna inom FHV ser på svaga signaler, sin förmåga att fånga upp dem, hur de behandlas och processas i FHV-teamen, hur resultaten och förslag på insatser presenteras tillbaka till uppdragsgivarna och hur rollfördelningen i teamen påverkar teamets förmåga att fånga upp och processa svaga signaler. Utifrån materialet kan sedan förslag och strukturer för hur FHV-teamen kan öka sin förmåga att fånga upp och processa svaga signaler tas fram. Det andra syftet är att – med fokusgruppsintervjuer som intervention – väcka tankar och reflektioner i de olika yrkesgrupperna inom FHV runt fenomenet svaga signaler i förhållande till samarbetet mellan FHV, HR och linjechefer angående primära preventionsinsatser inom arbetsmiljön hos uppdragsgivarna. Artikeln baseras på fokusgruppsintervjuerna som genomförts med ergonomer, arbetsmiljöingenjörer, psykolog/beteendevetare, företagssköterskor, företagsläkare, hälsovetare och FHV-sekreterare.

Göteborg 2016-11-25

**Ewa Wikström
Projektledare**