

# 1. Introduktion

*Roy Liff och Ewa Wikström*

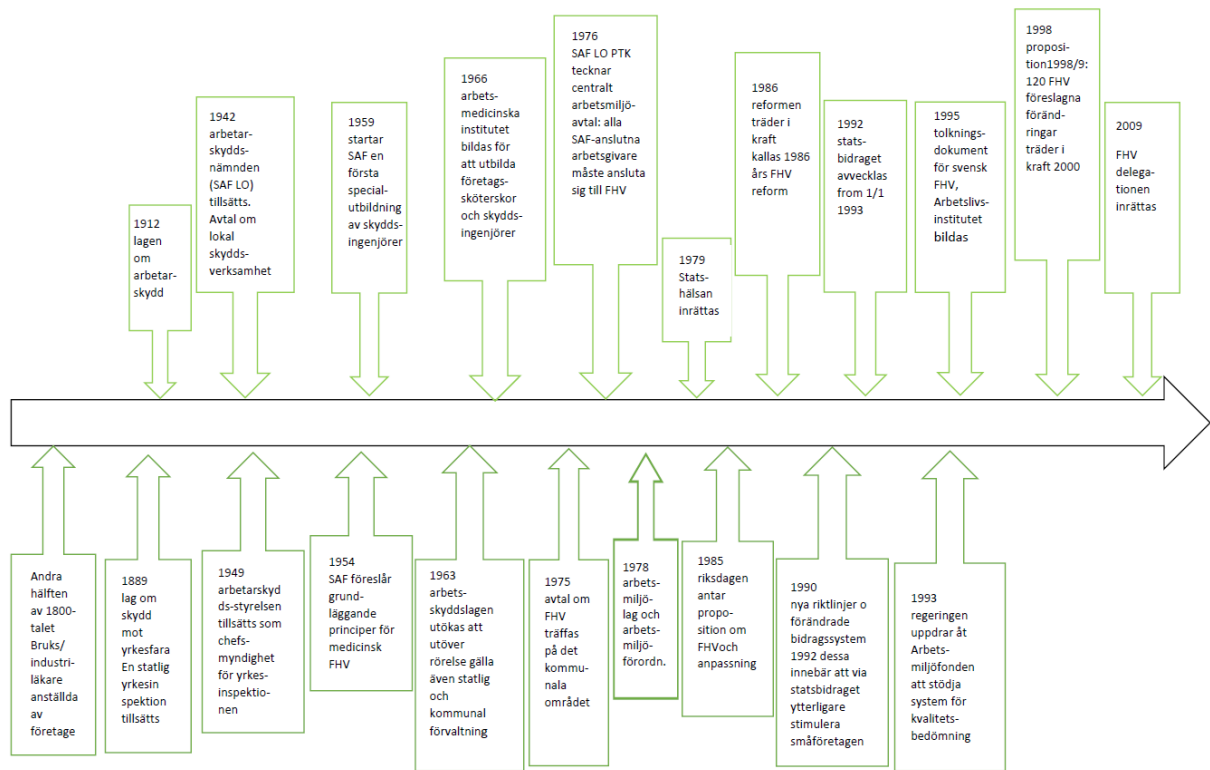
## Problem och syfte

Arbetsplatsen och organisatoriska faktorer är av kritisk betydelse för den stigande arbetsrelaterade ohälsan i Sverige (Arbetsmiljöverket, 2015; Vingård, 2015; Ahlborg, 2016). Utvecklade former för integrerat arbetsmiljöarbete gynnar både anställda och verksamhet, och kan öka arbetstillfredsställelse och prestationsförmåga samt minska sjukfrånvaro (SOU 2011; Bergström, 2015; Lohela-Karlsson, 2015).

Företagshälsovården (FHV) borde kunna bidra mer i fråga om förebyggande insatser (SOU 2007) och även bidra till att göra arbetsmiljön inte bara mindre skadlig utan också utvecklande (Regeringsskrivelse, 2009). Trots det är intern FHV i stora, offentliga organisationer främst inriktad på återskapande, rehabiliterande aktiviteter. Det saknas ofta ett organisationsperspektiv på hållbarhet, hos både FHV och deras kundorganisationer, relaterat till arbetsmiljö och hälsa (det vill säga skiljt från individ- och samhällsperspektiven). Ett sådant perspektiv utgör en förutsättning för utvecklandet av ett hållbart arbetsliv (se till exempel Wikström & Arman, 2013; Arman et al., 2012; Wikström & Dellve, 2011).

För att kunna utveckla ett hållbart arbetsliv behöver chefer på alla nivåer utveckla ledningsmodeller som beaktar organisatoriska aspekter på arbetsmiljön. På motsvarande sätt behöver FHV:s ledning och medarbetare vinna insikter i vilka åtgärder som krävs – organisatoriska och kompetenspåverkande – för att en ny ledningsmodell ska kunna fungera. Det är cheferna i kundorganisationerna som har ansvaret för beslut om verksamheten enligt arbetsmiljölagens tredje kapitel, paragraf 2a: ”Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.” Arbetsmiljöverkets nya föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) tydliggör det organisatoriska perspektivet på detta. Det samlade budskapet omfattar en ledningsmodell där ett samarbete mellan chefer, externa stödfunktioner som FHV och interna HR-experter gör det möjligt att tidigt identifiera behov och genomföra tidiga förebyggande och hälsofrämjande organisatoriska insatser. En sådan ledningsmodell behöver också inkludera en metod för utvärdering av effekter av sådana insatser.

## Sammanfattning och reflektioner om statliga reformförsök inom företagshälsovård i Sverige de senaste decennierna



Figur 1. Tidslinje över statliga reformförsök inom företagshälsovården (Marica Heimdahl). Se bilaga 1–3.

FHV:s roll i Sverige har vuxit fram ur den svenska modellen och de arbetsmiljölagar och centrala avtal som följde i dess spår. Under 1940- och 1950-talet fördjupades kunskapen om sambandet mellan arbete och hälsa. Klassiska yrkessjukdomar som silikos ("dammlunga"), kvicksilverförgiftning, blyförgiftning och bensolförgiftning uppmärksammades. Även samband mellan hälsoeffekter och luftföroreningar och fysikaliska faktorer, som buller, klimat och vibrationer studerades. FHV bestod fram till början av 1950-talet av ett antal industriläkare som i brist på utbyggd allmän sjukvård gav nödvändig sjukvård till de anställda hos de allra största arbetsgivarna inom industrin. Under 1960-talet utvecklades FHV till att bli en medicinsk och tekniskt förebyggande verksamhet med uppmärksamhet mot långtidseffekter av arbetsmiljön och mot cancerrisker och neurologiska effekter. Företagssjuksköterskor och skyddsingenjörer utvecklade en yrkesmässig profil och utgjorde tillsammans med företagsläkarna den tidens företagshälsovård. Den moderna FHV, i många större organisationer en inbyggd sådan, grundlades under 1960-talet och innehåller medicinsk, ergonomisk, psykosocial och teknisk kompetens.

Förebyggande insatser integrerades i planeringen av arbetet. Under denna tid växer arbetsmiljö fram som begrepp. I den nya arbetsmiljölagen som började gälla 1978 betonades individens välfärd snarare än direkt arbetarskydd: "Arbetsförhållandena

### Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Det skall eftersträvas att arbetet anordnas så, att arbetstagaren själv kan påverka sin arbetssituation." Statens Arbetsgivarverk och de fackliga organisationerna träffade 1980 avtal om företagshälsovård. Statshälsan inrättas 1986 och statsbidrag för företagshälsovård infördes. Under 1980-talet betraktades företagshälsovård som arbetstagarens rättighet, "företagshälsovård för alla" och 1988 täcktes 86 procent av arbetskraften av FHV, en siffra som sedan från mitten av 1990-talet sjunker.

Under 1980-talet vidgade lagen om arbetsskadeförsäkring definitionen av vad som kunde godkännas som arbetsskada/arbetssjukdom till att, förutom specifika diagnoser som till exempel dammlunga och bullerskada, även inkludera belastningsrelaterade besvär i nacke, armar och rygg. Till exempel uppmärksammades belastningsskador i samband med monteringsarbete. Fler fick sina skador/sjukdomar godkända som arbetsskada och kostnaderna för arbetsskadeförsäkringen sköt i höjden.

1990-talet inleddes med ytterligare ansträngningar för full utbyggnad av FHV, men samtidigt ökade kritiken mot att man i stor utsträckning bedrev medicinsk behandling och rehabilitering och för lite förebyggande arbete. Som en konsekvens av den ekonomiska krisen i början på 1990-talet togs statsbidragen bort (1993). Det skedde också i samband med det en avreglering av FHV-branschen. Statshälsans "monopol" avskaffades 1993 och Statshälsan ombildades till Previa, som landets största FHV-företag. Det innebar att marknadsmekanismer infördes och att FHV-organisationer, "hälsor", fick anpassa sitt utbud till vad som var möjligt att sälja. Det blev ett nytt innehåll i "hälsornas" utbud. Nya konsultföretag inom området bildades på många håll, med smalare kompetens och utan egna resurser för en sammanhållen verksamhet. Priskonkurrensen tilltog vilket för många ledde till lönsamhetsproblem. Även branschhälsor fick svårigheter och avvecklades. Det blev ändå en tillväxt och en omstrukturering genom sammanslagningar av små "hälsor". De FHV-utredningar som gjordes under denna tid förordade alla obligatorisk företagshälsovård, vilket dock aldrig vann gehör hos regeringen.

Under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet ökade sjukskrivningarna kraftigt vilket föranledde tillsättandet av flera utredningar. Ett inslag i dessa utredningar var ett ifrågasättande av nyttan med företagshälsovården och en uppfattning att den borde kunna utnyttjas bättre. Företagshälsovården förväntades kunna använda sin unika kombination av kunskaper om specifika arbetsmiljöförhållanden och hälsostatus hos medarbetarna i kundorganisationerna för att få inflytande även på organisatoriska frågor. Ett sådant inflytande är avgörande för att åstadkomma de förändringar som krävs för att minska problemet med ökande sjukfrånvaro.

### Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

I lagtexterna för arbetsmiljö anges att FHV särskilt ska ”arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa” (AML kap. 3, § 2b). Under de senaste 40 åren har företagshälsovården vid upprepade tillfällen ställts inför – och misslyckats med – att uppfylla liknande krav (SOU 2004: 113) från staten, arbetsgivarorganisationer och fackföreningar. Nya politiska prioriteringar (SOU 2011: 63) återspeglar uppfattningen att företagshälsovården bör bli mer inflytelserik i sitt samarbete med verksamhetschefer inom sina kundorganisationer. Specifikt i de nya prioriteringarna och i Västra Götalandsregionens nya riktlinjer för FHV är att kundorganisationerna uppmanas att bedriva mer förebyggande och hälsofrämjande arbete och involvera FHV i detta. Hälsan & Arbetslivet (H&A), den interna företagshälsovården inom Västra Götalandsregionen, uppmuntras på så sätt att engagera sig i hälsofrämjandefrågor snarare än att begränsa sig till den traditionella rollen att bistå vid förebyggande insatser och rehabilitering. För att nå dessa intentioner har man inom FHV-forskningen koncentrerat sig på att utveckla evidensbaserade metoder. FHV-organisationerna i samverkan med sina kundorganisationer har dock haft problem med att implementera dessa metoder som en naturlig del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Detta har i sin tur lett till att många evidensbaserade metoder stannat vid att vara ”forskningsmetoder” och inte till fullo utnyttjats i praktisk verksamhet. Företagshälsovården har således fortfarande inte infriat de förväntningar som finns från staten och arbetsmarknadens parter.

Utvecklingen av metoder inom företagshälsovården har som nämnts varit starkt inriktad mot evidensbaserade metoder. Dock har man inte fokuserat relationerna med kundorganisationerna och samarbeten i någon större utsträckning. Det som sker med metodutvecklingen är en professionalisering av företagshälsovården, men samarbetet med andra aktörer har varit otillräcklig för att åstadkomma förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöinsatser. I de privata företag som har ett bra samarbete med företagshälsovården tydliggörs vikten av FHV som en strategisk partner, integrerad i företagets verksamhet. Här framgår betydelsen av kontinuerlig kommunikation mellan FHV och företagets linjeorganisation och dess chefer, kring exempelvis vilka modeller som kan användas för att identifiera problem, vilka åtgärder som bör vidtas och vilka resurser som behöver avsättas för att lösa problemen. FHV anses särskilt viktiga när det gäller det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Samarbetet bygger också på en medvetenhet om att det är företaget som ”äger” processen när det gäller att utveckla arbetsmiljön, medan FHV:s roll är att vara expertresurs i denna process (Schmidt et al., 2011). FHV är utan tvekan en viktig resurs, men i dagsläget utnyttjas den huvudsakligen för återskapande, rehabiliterande aktiviteter. En av nycklarna till en mer behovsanpassad användning av FHV är att skapa förutsättningar för mer långsiktiga relationer mellan FHV, arbetsgivaren och fackliga företrädare, inte minst på strategisk nivå. HR-funktionen är ofta en central verksamhetsintern resurs i detta sammanhang, då de samspelar med såväl FHV som fackliga parter och linjechefer.

## **Företagshälsovården – en fallbeskrivning**

I Sverige, där denna studie genomfördes, säger arbetsmiljölagen att företagshälsovård bör fungera som en oberoende expertresurs (AML, kapitel 3, § 2c) och att dess experter ska kunna erbjuda en multiprofessionell kompetens för att kunna identifiera risker och finna lösningar på svåra arbetsmiljöfrågor på individ-, grupp- eller organisationsnivå inom tre huvudkategorier av insatser: rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande.

Offentlig och privat företagshälsovård arbetar både externt och internt i förhållande till sina kundorganisationer. En företagshälsovårdsorganisation består vanligtvis av företagsläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster/ergonomer, organisationskonsulter/psykologer/beteendevetare, hälsopedagoger/hälsoutvecklare och ingenjörer. Den FHV-organisation som vi inom ramen för FHV NySam-projektet har studerat, Hälsan & Arbetslivet (H&A), är en enhet inom Västra Götalandsregionen. H&A tjänar främst organisationer inom regionen, såsom sjukhus, tandvårdskliniker och regionala kulturinstitutioner. H&A finansierar sin verksamhet genom avtalade ersättningar främst av interna kundorganisationer inom regionen. Hittills har kundorganisationerna främst beställt tjänster från H&A som syftar till att rehabilitera medarbetare som har drabbats av arbetsrelaterade hälsoproblem. Denna andel utgör cirka 80 procent av H&A:s tjänster mätt i intäktsvolym.

Nyligen har dock den politiska ledningen för Västra Götalandsregionen tydligt betonat att förebyggande och hälsofrämjande insatser behöver ges ett ökat utrymme. För att H&A ska kunna göra ett så bra arbete som möjligt förutsätts deras experter kunna få delta ”nära” verksamheten, i samtal som rör planering och utförandet av den dagliga verksamheten. Ändå är det så att H&A i sina nuvarande avtal ofta saknar tydliga mål för samarbetet eller så saknas angivna metoder som krävs för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser. Kontrakten fastställs årligen, baserat på en uppskattad volym av olika deltjänster för det kommande året, särskilt för rehabilitering men också genom avtal som ingås från fall till fall. Kundorganisationerna har sina egna HR-expert, som alla arbetar i tandem med en linjechef i kundens organisation, och det är detta par som samarbetar med H&A.

H&A-enheter arbetar i team gentemot deras tilldelade kundgrupp, vilket anses vara en av nycklarna till en behovsbaserad utformning av företagshälsovårdstjänster. Detta i sin tur anses vara väsentligt för att skapa långsiktiga relationer mellan H&A, arbetsgivare och fackföreningar. Kundorganisationens enhet som beställer arbetsmiljötjänster fungerar oftast som kontaktpunkten med H&A. I den beställande enheten ingår ofta HR-expert som interagerar med fackliga parter och linjechefer inför att en beställning görs. HR-expert hjälper linjechefer i rekrytering och systematiskt miljöarbete och söker rollen som strategiska rådgivare till chefer på alla nivåer. HR stödjer ofta linjechefer i deras arbetsmiljöaktiviteter, även om linjechefer har det övergripande ekonomiska och administrativa ansvaret för arbetsmiljöfrågor.

## Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

Under de senaste åren har Sveriges företagshälsor infört nya servicekrav. Nya politiska prioriteringar (Statens offentliga utredningar [SOU 2011 – Svenska Statens offentliga utredningar: 63]) återspeglar uppfattningen att företagshälsovården bör bli mer inflytelserik i sitt samarbete med verksamhetschefer inom sina kundorganisationer. Specifikt i de nya kraven är att H&A uppmuntras att engagera sig i hälsofrämjande frågor snarare än att begränsa sig till den traditionella rollen att bistå vid förebyggande insatser och rehabilitering. Företagshälsovården förväntas använda sin unika kombination av specifika arbetsmiljöförhållanden och hälsostatus hos medarbetare i kundorganisationen (och därmed ha inflytande på organisatoriska frågor som är nödvändiga för förändring, i syfte att minska det pågående problemet med ökande sjukfrånvaro). Under de senaste 40 åren har företagshälsovården vid upprepade tillfällen ställts inför och misslyckats med att uppfylla liknande krav (SOU 2004: 113) från staten, arbetsgivarorganisationer och fackföreningar. Uppgiften har uppenbarligen varit alltför svår, men varken forskare eller statliga utredare har erbjudit en teoretisk förklaring till varför man misslyckats.

Vi har analyserat de experter som arbetar inom H&A, där ett nittiototal personer arbetar. H&A är en verksamhet i Västra Götalandsregionen, som är en organisation med drygt 50 000 personer anställda. H&A fungerar som en intern enhet inom kundens organisation och de tjänster man erbjuder – rehabiliterande verksamhet, förebyggande insatser och hälsofrämjande åtgärder – köps in på kontraktbasis. H&A har en lång tradition av insatser när det gäller individuell rehabilitering inriktad mot att minska sjukfrånvaron. Under de senaste åren har H&A strävat efter att utveckla hälsofrämjande och förebyggande tjänster på grupp- och organisationsnivå.

## Tidigare resultat

De senaste åren har många HR-avdelningar förändrat arbetssätt genom så kallad HR-transformation (Ulrich, 1995). Det används som ett samlingsbegrepp för skapandet av ett mer strategiskt, effektivt och värdeskapande personalarbete (Ulrich & Brockbank, 2005). En utgångspunkt är då att man delar in HR-funktionen i tre delar, där en del fungerar som ett slags service/callcenter som besvarar enklare rutinmässiga frågor och en annan del fungerar som expertstöd för exempelvis rekrytering och systematiskt arbetsmiljöarbete. Den tredje funktionen innehåller så kallade HR-partners som agerar strategiska rådgivare till chefer ute i linjen. Utvärdering av det nya arbetssättet visar att om verklig förändring/HR-transformation ska ske, krävs förändring av samspelet mellan HR-funktionen och linjecheferna (Thilander, 2013). Förändringen av samspelet ställer i sin tur stora krav på förändring av linjechefernas funktion och/eller en förändring av linjechefernas chefskap. Även linjechefernas funktion inom offentlig sektor har genomgått stora förändringar de senaste tjugo åren. Detta har fört med sig ökat ansvar för många medarbetare, alltmer administrativa uppgifter och stränga ekonomiska styrsystem (Björk et al., 2011).

Schmidt et al. (2011) menar att en god, tillitsfull relation mellan kundorganisationen och FHV är avgörande för att etablera arbetsformer som gör det möjligt för FHV att identifiera risk- och friskfaktorer. De menar att tillit till FHV bygger på att FHV:s experter förstår kundernas behov och utifrån det förmår utforma anpassade tjänster. En slutsats vi kan dra är att en mer behovsanpassad företagshälsovård kräver nära, långsiktiga relationer mellan FHV, arbetsgivaren och fackliga företrädare på flera organisatoriska nivåer, inte minst strategisk nivå. Våra egna forskningsresultat visar att FHV som strategisk partner kan vinnas genom att FHV-experten i sitt identitetsarbete uppnår en hög grad av likhet med kundorganisationens aktörer i vissa avseenden, och en hög grad av skillnad i andra avseenden (Liff & Wikström, 2015a). Men våra resultat hittills visar också att förebyggande och hälsofrämjande arbete försvåras av informella gränsdragningar mellan linjechefer, HR och FHV (Cregård, 2015). Dessa gränsdragningar gör det också svårare att omsätta slutsatser som kan dras av svaga signaler på risk för ohälsa till organisatoriska konsekvenser som förebygger ohälsa (Liff & Wikström, 2015b).

## **Hur kan en intern företagshälsovård användas som strategisk resurs?**

Om en fråga är strategisk och viktig för verksamheten så måste den vara synlig i organisationens lednings- och styrsystem. Hur kan en intern företagshälsovård användas som en strategisk resurs i linjechefernas och HR:s ledningsmodell och arbetsmiljöarbete? Förändring av ledningsmodeller ställer krav på förändring av linjechefernas funktion, vilken också har genomgått stora förändringar under de senaste tjugo åren. Detta har fört med sig ökat ansvar för många medarbetare, alltmer administrativa uppgifter och stränga ekonomiska styrsystem (Björk et al., 2011). Trots förtydligt ansvar för arbetsmiljö och fler kontrollsysteem har ohälsan inte minskat. Nya ledningsmodeller för att hantera det hållbara arbetslivet måste med andra ord bygga på annan slags kunskap än tidigare, och andra åtgärder.

En sådan förändring av ledningsmodell som bygger på annan slags kunskap fokuserar ledning genom partnerskap mellan linjechefer, HR och FHV. En central utmaning i utvecklingen av ett hållbart arbetsliv är skapandet av ett *strategiskt partnerskap* som ledningsmodell – som främjar ett kontinuerligt samarbete mellan chefer och personalexperten såsom HR och FHV, samt mellan chefer på olika nivåer (Wikström & Arman, 2013; Arman et al. 2012). Ett hållbart arbetsliv kräver att en sådan ledningsmodell har kapacitet att tidigt identifiera risker och också förmår hantera dem. Vi anser att vi kan förklara viktiga komponenter i vad som brister för att åstadkomma ett strategiskt partnerskap, som i sig är den nivå av tillit som behövs för att kunna göra utomstående expertkunskap gällande. Vi menar exempelvis att en viktig förutsättning är att chefer i verksamheterna uppfattar sig ”äga” processen när det gäller att utveckla arbetsmiljön, medan HR och FHV är stödjande resurser (Schmidt et al., 2011).

### Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

FHV ska i en sådan ledningsmodell utgöra en strategisk resurs eller expert för att upptäcka signaler eller informell information som kan ha strategisk betydelse för chefer och ledning. Inflytelserika experter kan påverka en organisations strategiska inriktning och därigenom bidra till effektiviteten i organisationen. Men experter måste konkurrera om chefers uppmärksamhet. Dutton et al. (2001) har funnit att experters arbete med att "sälja in" frågor och kunskap till chefer omfattar förpackning, engagemang och timing. Att "förpacka" frågor och kunskap innebär att anpassa budskapet till organisationens och verksamhetens planer och presentera fakta i rätt ordning och form. Engagemang handlar om att samordna liknande mål av intresse bland rätt personer. Timing, slutligen, handlar om att vänta på rätt tillfälle att ta upp en fråga; Dutton et al. (1997) hävdar att valet av tidpunkt är avgörande för resultatet av att "sälja" en strategisk fråga till högsta ledningen. Denna ligger i de inledande skedena av beslutsfattandet. Dutton et al. (2001: 733) sammanfattar sina resultat på följande sätt: Framgångsrika experter använder dessa förmågor att sälja in frågor tillsammans med en mängd olika åtgärder för att kunna bli en strategisk resurs för chefer och skapa ett strategiskt partnerskap, knuten till viktiga organisatoriska mål och prioriteringar. Då de gör det innefattar det ett brett spektrum av andra aktörers handlingar, tidigt i processen, med särskild inriktning på att involvera dem på deras nivå eller högre. De håller sina chefer informerade, och de framhårdar i sina frågor och sin kunskap. De ger också förslag på insatser samtidigt som de drar nytta av timing att avgöra när de ska sälja och när de ska hålla tillbaka.

För att förklara hur experter samarbetar med chefer utvecklar Hall, Mikes och Millo (2014) idén om frågeförsäljning. De undersöker hur experter använder ett riskperspektiv när de försöker övertyga chefer att använda deras metoder för att utvärdera risker i sitt operativa beslutsfattande. Hall, Mikes och Millo belyser vikten av att experter och chefer använder sig av en gemensam verktygstillverkning (det vill säga kollektivt konstruerade metoder såsom scenarier) för att utöva inflytande i chefers beslutsfattande. De hävdar att det inte är "noggrannheten i riskinformation per se" som är avgörande för att utöva inflytande utan snarare "smittsamhet" och experternas "personliga engagemang". Enligt deras studier blir experterna en strategisk resurs, och en inflytelserik sådan, i relation till chefer genom formella procedurer såsom möten och genom informella förfaranden såsom mellanmänskliga, förtroendefulla relationer. Deras studie visar att experter måste ansluta till chefer behov och frågor, samt visa vilja och förmåga att anpassa sina metoder på ett sätt som cheferna kan förstå och använda. Experterna behöver med andra ord utgå från chefernas kunskap och från de frågor som är angelägna för dem i deras organisatoriska miljö för att kunna bli en strategisk resurs värd namnet. Experter måste göra sin kunskap och sina verktyg synliga och läsbara för chefer genom att visa sin unika kompetens i relation till chefernas "problemdefinition". På detta sätt kan chefer kommunicera på samma nivå av kompetens som experterna och experterna kan contextualisera skillnader i sin kunskap i förhållande till chefernas frågor, bekymmer och problem.



## Vari består utmaningen?

Utmaningar och svårigheter att uppnå ett hälsofrämjande arbete tycks omfatta följande aspekter:

- a. *Hälsofrämjande* som begrepp är oklart, liksom innebörden av multidisciplinärt samarbete mellan chefer, företagshälsovård och HR. Det finns också behov av att konkretisera vad som krävs för att utveckla ett strategiskt partnerskap på förvaltningsledningsnivå på ett sätt som gör att arbetsmiljöarbetet integreras med verksamhetsstyrningen och också att visa hur det berör olika strukturella nivåer.
- b. I debatten hävdas ofta att det saknas evidens för hälsofrämjande arbetsmiljöarbete. Det hör delvis samman med att det är svårt att mäta effekter av och utvärdera sådant arbete. Det medför detta att det är svårt att legitimera hälsofrämjande insatser.
- c. Ett mer integrerat arbetsmiljöarbete med fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser innebär ett perspektivskifte – utgångspunkten är då inte längre individen och hur hon fungerar (biologiska modeller) utan organisationen och hur den fungerar, vilket är en annan vetenskapsdisciplin.
- d. Individperspektivet dominerar inom de ”kliniska” professioner (psykologer, läkare, sjuksköterskor etc.) som dominerar antals- och kompetensmässigt inom företagshälsovården.
- e. Att låta hälsa och förebyggande arbete ta lika stor plats som sjukdom och rehabilitering är att ändra synsätt; där hälsa och sjukdom inte är två poler i ett kontinuum utan representerar två olika dimensioner. Sålunda innebär ett skifte från rehabilitering och förebyggande till hälsofrämjande ett byte av dimension och inte en förflyttning på en axel. Dessa båda dimensioner är komplementära.
- f. Det saknas signaler för åtgärder i ett perspektiv, men det finns starka behovssignaler i ett efterhandsperspektiv.

En förklaring till att det är svårt för företagshälsovården att uppnå avsedda resultat, särskilt på det hälsofrämjande området, är att detta delvis kräver en annan kompetens än den som traditionellt finns inom FHV. Lindholm hävdade redan 1985 i sin bok *Kunskap – från fragment till helhetssyn* att vi behöver ”integrationsexperter”. Hälsofrämjande arbetsmiljöarbete handlar om att förstå hur saker hänger ihop och vad som kan göras för att utveckla verksamhet, arbetsmiljö och hälsa (multidisciplinärt). Det är som nämnts ovan en utmaning att utvärdera effekterna av ett sådant arbete. Det uppstår frågor om hur man ska mäta nyttan av FHV som strategisk resurs i ett integrerat arbetsmiljöarbete och hur man kan mäta nyttan av att investera i hälsofrämjande arbete.

### Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

I föreliggande projekt har vi utgått från att utvecklandet av ett strategiskt partnerskap, där arbetsmiljöarbetet är integrerat med verksamhetsstyrningen, innebär att effekterna av olika insatser mäts och utvärderas i en kontinuerlig dialog. Det bygger på ett helhetsperspektiv där man uppmärksammar både verksamhetens kvalitet, produktivitet och strukturer samt individ, grupp och organisation.

Tidigare studier belyser att kunskapen om hälsofrämjande som fenomen behöver utvecklas. Det betyder att begreppet och dess praktiska användning kan ges en stabilare och mer gemensam grund, särskilt om kunskapsutvecklingen omfattar såväl verksamheter inom regionen som HR och kanske även i viss mån FHV. Det finns ett påtagligt kunskapsbehov, både teoretiskt och praktiskt, hos alla aktörer när det kommer till hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöarbete. Från att fokus i dag ligger på individen och det rehabiliterande hälsoarbetet är intentionen i Arbetsmiljöverkets nya föreskrift *Organisatorisk och social arbetsmiljö*, AFS 2015:4 att det ska ske en förskjutning mot organisatoriska faktorer, förebyggande och hälsofrämjande. Begreppet hälsofrämjande har sitt ursprung i det engelska uttrycket "health promotion". En idémässig utgångspunkt skrevs fram i The Ottawa Charter for Health Promotion från 1986, som rymmer den mest använda definitionen: "Hälsopromotion handlar om den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen att öka kontrollen över faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den". En bärande tankegång är att man gör en beskrivning och analys av nuläget på exempelvis en arbetsplats, och med den analysen som utgångspunkt gör prioriteringar och insatser – på individ-, grupp- eller organisationsnivå – som på olika sätt främjar hälsan.

Ska vi arbeta framgångsrikt med hälsofrämjande innebär det att vi inte bara måste definiera vad som menas med hälsa, vi måste ha kompetens kring vad som påverkar människors hälsa och hur man på olika sätt kan främja eller förbättra hälsan. En övergripande referensram som kan utgöra ett underlag för att definiera hälsa är som klinisk status, funktionsförmåga och välbefinnande. En god, tillitsfull relation mellan chefer, HR och FHV verkar vara avgörande för att etablera arbetsformer som gör det möjligt att identifiera risk- och friskfaktorer. Tillit bygger enligt tidigare studier på att experterna förstår chefernas behov och utifrån det förmår utforma anpassade tjänster. I privata företag där det här samarbetet är lyckosamt kan expertgrupper (HR och FHV) fungera som en form av strategisk partner. En sådan expertgrupp är då integrerad i företagets verksamhet och det förs en ständig dialog om problem, åtgärder och om vilka resurser som krävs för att lösa problemen. För att bidra kring forskning om integrerat arbetsmiljöarbete i verksamhetsstyrningen bygger vi vidare på forskning om strategiskt partnerskap mellan chefer och expertgrupper (Mohr & Spekman, 1994).

## **Presentation av kapitlen**

### **Kap. 2: Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland**

Anna Cregård diskuterar i kapitel 2 hur det samarbete över yrkesgränser som arbetsmiljöarbete förutsätter påverkas av professionella auktoritetsstrukturer. Hon visar att tongivande professioner inom sjukhusorganisationer inte prioriterar arbetsmiljöfrågor då sådana insatser, särskilt arbete med förebyggande och hälsofrämjande, inte ligger centralt inom dessa professioners väldefinierade yrkesområden. Men i kapitlet visas också att FHV-experternas närhet och synlighet på det lilla sjukhuset modererade samarbetet över professionsgränser till det bättre.

### **Kap. 3: Expertgruppers samarbete med linjechefer – om samarbete som identitetsskapande processer**

I kapitel 3 behandlas hur företagshälsovårdens experter ska agera för att deras synpunkter och åtgärdsförslag ska påverka linjechefers operativa beslutsfattande Roy Liff och Ewa Wikström drar slutsatsen att ett strategiskt partnerskap är möjligt om experterna kan uppvisa en hög grad av både likhet och olikhet med linjechefernas förmågor. I kapitlet visas att företagshälsovården uppnår en sådan situation för rehabiliteringstjänsten, men i liten utsträckning för det hälsofrämjande arbetet.

### **Kap. 4: Att praktiskt vidareutveckla samarbete – gräns- och identitetsarbete**

Kapitel 4 består av två delar. I den första delen beskriver Anna Cregård en tillämpning av resultaten från kapitel 2, om samarbete över yrkesgränser. I den andra delen beskriver Roy Liff och Ewa Wikström en tillämpning från slutsatserna i kapitel 3, om experters identitetsarbete. Syftet med kapitlet är att konkretisera hur man skulle kunna förbättra samarbetet mellan FHV, HR och chefer i arbetet med förebyggande och hälsofrämjande.

### **Kap. 5: Fånga upp svaga signaler – att förebygga arbetsrelaterad ohälsa**

Roy Liff, AnnCharlotte Eriksson och Ewa Wikström visar i kapitel 5 betydelsen av att kunna fånga upp och tolka svaga, tidiga signaler för att kunna förebygga arbetsrelaterad ohälsa. Kapitlet ger exempel på hur linjechefer i samarbete med FHV- och HR-experters agerar för att uppnå individorienterade förebyggande insatser. Men det visas också att aktörerna i stor utsträckning förefaller se sin handlingsrepertoar avgränsad från organisationsinriktade insatser. Det leder till att sådana förebyggande insatser i mindre utsträckning kommer till stånd.

### **Kap. 6: Förebyggande hälsoarbete – att arbeta med svaga och tidiga signaler**

Kapitel 6 anknyter teoretiskt till föregående kapitel. Här beskriver Niklas Rydbo ur ett teamperspektiv hur medarbetarna i FHV-teamen i det interna arbetet söker efter svaga signaler i kundorganisationerna, skapar mening av dessa samt hur de diskuterar resultaten med linjechefer och HR-experters i sina kundorganisationer för att kunna agera i förebyggande syfte.

## Detta är ett utdrag ur ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö-insatser genom nya samarbetsformer  
Metoder och resultat från FHV NySam-projektet, Roy Liff och Ewa Wikström (red.) 2017

### Kap. 7: Reflektionsgrupper med processtöd – erfarenheter från ett förändringsarbete

Jan Winroth och Annemarie Hultberg beskriver i kapitel 7 den intervention i form av processtöd som riktades till sex förvaltningar inom ramen för FHV NySam-projektet. "Processtödjare" och representanter för de olika förvaltningarna/bolagen i form av chefer, HR- och FHV-expertter ingick i reflektionsgrupper som träffades tio gånger under två och ett halvt år. Utgångspunkten för dialogen och kunskapsutbytet i grupperna var förvaltningarnas förändringsarbete utifrån projektets syfte. Kapitlet avslutas med en reflektion kring processtöd som metod och resultatet av det pågående förändringsarbetet.

### Kap. 8: Vägledning för processtöd som metod i förändringsarbete

Jan Winroth och Annemarie Hultberg ger i kapitel 8 en vägledning för den som vill använda processtöd som metod för att stödja ett hälsofrämjande förändringsarbete. Liksom i det föregående kapitlet ligger fokus på själva förändringsarbetet/caset, vilket gör att det kan beskrivas som en handledning på organisatorisk nivå. Här presenteras idémässiga och teoretiska utgångspunkter för ett sådant stöd, samt en vägledning för praktisk tillämpning.

### Kap. 9: Om utvärdering – att mäta effekter och värdera resultat: med fokus på förebyggande och hälsofrämjande arbete

I detta kapitel ställs frågorna: Vad innebär strategiskt partnerskap? Och hur kan man utvärdera nyttan av FHV som strategisk resurs? I kapitlet presenterar Jan Winroth två modeller kring utvärdering.

### Kapitel 10: Övergripande slutsatser och rekommendationer.

Roy Liff och Ewa Wikström summerar utifrån hela FHV NySam-studien. Vissa figurer återkommer från tidigare kapitel, medan andra enbart finns med här.

Bilagor: Sammanfattning och slutsatser om statliga reformförsök inom företagshälsovård i Sverige de senaste decennierna.

I bilaga 2-3 ger Lisa Björk en översikt av företagshälsovårdens utveckling i Sverige, vilket summeras i en illustrerande figur av Marica Heimdahl, bilaga 1, längst bak i rapporten. Utifrån statliga utredningar (och ett betänkande) på området sedan 1960-talet, har översikten därefter delats upp i två delar. Den första delen (bilaga 2) består i en tidslinje (från 1881 till nutid) som i punktform beskriver för företagshälsovårdens utveckling centrala årtal, händelser och skrivelser, liksom övergripande tendenser för respektive period. Bilaga 3 består av tabeller där olika utredningar och betänkanden beskrivs utifrån utredningens sammansättning, bakgrund, förslag och resultat. Du når dem via länk i pdf-versionen på [www.vgregion.se/stressmedicin](http://www.vgregion.se/stressmedicin) eller kan beställa via [stressmedicin@vgregion.se](mailto:stressmedicin@vgregion.se)

## Referenser

Ahlborg, G., Hultberg, A., Hadžibajramović, E., Pettersson, S., Ottosson, E., Björk, L., Lindegård, A., Andersson, A., & Jonsdottir, I. (2016). KART-studien: Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004–2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser, *ISM-rapport 17*. Göteborg, Institutet för stressmedicin.

Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsmiljöverkets författningssamling, *AFS 2015:4*, Stockholm.

Bergström, G. (2015). Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Rapport 1: 2015. Stockholm, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Dellve, L., & Wikström, E. (2006). Hållbart ledarskap i sjukvården. Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv. Göteborg.

Langley, A., & Denis, J. L. (2011). Beyond evidence: the micropolitics of improvement. *BMJ Quality & Safety*, 20, 43-46.

Lohela-Karlsson, M. (2015). Production loss among employees perceiving work environment problems. *Int Arch Occup Environ Health*, 88(6), 769–777.

Mohr, J., & Spekman, R. (1994). Characteristics of partnership success: partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. *Strategic Management Journal*, 15(2), 135-152.

SOU (2011). Framgångsrik företagshälsovård - möjligheter och metoder, *SOU 2011:63*.

Wikström, E., & Arman R. (2013). Verksamhetsutveckling och chefsarbete. I red. Eriksson, N., Holgers, K. M., & Müllern, T. (2013). *Att utveckla vården: Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Studentlitteratur.

Vingård, E., Ekselius, L., Järvalho, B., Hogstedt, C., Lindberg, P., Karlsson, T., & Johansson, B. (2015). En kunskapsöversikt. *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: FORTE. Stockholm.