

ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer

Metoder och resultat från FHV NySam-projektet

Roy Liff och
Ewa Wikström (red)



ISM-rapport 19

Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljö- insatser genom nya samarbetsformer

Metoder och resultat från FHV NySam-projektet

Roy Liff och Ewa Wikström (red.)

Följande personer har varit författare eller
medförfattare i denna rapports olika kapitel:

Lisa Björk¹

Anna Cregård²

Anncharlotte Eriksson³

Marica Heimdahl¹

Annemarie Hultberg¹

Roy Liff⁴

Niklas Rydbo⁵

Ewa Wikström⁴

Jan Winroth⁶

¹ Institutet för stressmedicin

² Högskolan i Halmstad

³ Karolinska Institutet, magisterprogram

⁴ Handelshögskolan, Göteborgs universitet

⁵ Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

⁶ Högskolan Väst

ISM-rapport är en vetenskaplig rapportserie från ISM som utkommer oregelbundet. I rapportserien presenteras kunskapssammanställningar och forskning som ISM varit involverad i, men också relevant forskning som bedrivits av våra samverkanspartners inom områdena stress, organisation och ledarskap, medarbetarskap, arbetsmiljö och hälsa. För innehållet ansvarar författarna. (Institutet ger även ut en publikationsserie under benämningen ISM-häfte.)

Kopior av rapporten för personligt bruk kan hämtas på www.vgregion.se/stressmedicin

Utgivna ISM-rapporter:

1. Skagert K., Dellve L., Eklöf M., Ljung T., Pousette A., Ahlborg G. jr. (2004). *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.*
2. Ahlborg G. jr, Ljung T., Swan G., Glise K., Jonsdottir I., Hadžibajramović E., Währborg P. (2006). *Stressrelaterad ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götalands län. Delrapport 1 – enkätundersökning i maj–juni 2004.*
3. Hultberg A., Dellve L., Ahlborg G. jr. (2006). *Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter.*
4. Ahlborg G. jr, Hadžibajramović E., Hultberg A. (2007). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 2: Tvåårsuppföljning maj–juni 2006.*
5. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ahlborg G. jr (2009). *Stressrelaterad psykisk ohälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan i Västra Götaland. Delrapport 3: Fyraårsuppföljning maj–juni 2008.*
6. Lindegård Andersson A. (2009). *Sambandet mellan psykosociala faktorer, upplevd stress och muskulära smärttillstånd – Praktisk handledning för kartläggning och interventioner i arbetslivet.*
7. Eklöf M., Pousette A., Dellve L., Skagert K., Ahlborg G. jr. (2010). *Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. Slutrapport.*
8. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ahlborg G. jr (2010). *KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 4: Fördjupad analys avseende ålder och kön samt yrkesgrupper 2008.*
9. Hultberg A., Skagert K., Ekbohm Johansson P., Ahlborg G. jr (2010). *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser.*

10. Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Skagert K., Ahlborg G. jr. (2011). *KART-studien. Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Delrapport 5: Uppföljning utifrån organisations-, yrkesgrupps- och individperspektiv 2008 – 2010.*
11. Eklöf M., Ahlborg G. jr, Grill C., Grimby-Ekman A., Lindgren E-K., Wikström E. (2011). *Dialogträning på vårdarbetsplatser. En studie av interventionseffekter och processer med användning av kvantitativ och kvalitativ metodik.*
12. Stengård J., Berntson E., Dellve L., Härenstam A., Skagert K., Pousette A., Wallin L. (2013). *Chefers rörlighet i offentlig sektor.*
13. Stengård J., Härenstam A., Ahlborg G. jr, Allard K., Bejerot E. et.al. (2013). *Chefskap, hälsa, effektivitet, förutsättningar i offentlig sektor. Teknisk rapport från CHEFiOS-projektet, Göteborgs universitet.*
14. 1: Härenstam A. och Östebo A. (red.) (2014). *Chefskapets förutsättningar och konsekvenser – Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 1.*
2: Härenstam A. och Östebo A. (red.) (2014). *Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS-projektet – slutrapport del 2.*
15. Forsberg Kankkunen T., Bejerot E., Björk L. och Härenstam A.(2014). *New Public Management i kommunal praktik. En studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna Vatten, Gymnasium och Äldreomsorg.*
16. Skagert K., Bergman C., Dellve L., Hultberg A. och Ahlborg G. jr. (2015). *Hälsofrämjande i praktiken. Lättare sagt än gjort!*
17. Ahlborg G. jr, Hultberg A., Hadžibajramović E., Pettersson S., Ottosson E., Björk L., Lindegård Andersson A. och 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.*
18. Bååthe F., Ahlborg G. jr, Lindgren Å., Norbäck LE. (2016). *Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården. Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik.*
19. Liff R. och Wikström E. (red.) (2017). *Hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser genom nya samarbetsformer. Metoder och resultat från FHV NySam-projektet.*

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslag: Gullers grupp AB

Tryck: Bording AB

ISSN 1652-7089

ISBN 978-91-979247-9-5

Förord

Föreliggande antologi handlar om implementering av ett organisatoriskt samarbete som syftar till att påverka medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa genom ökat fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser. De inledande kapitlen speglar ett övergripande perspektiv på uppdraget att bedriva företagshälsovård (FHV) och samarbeten mellan FHV, linjechefer och HR. Dessa kapitel är problematiserande och speglar svårighetsgraden i uppdraget. De kapitel som därefter följer har ett aktörsperspektiv som speglar möjligheter att kunna utveckla ett arbetssätt som gör det möjligt att uppfylla förebyggande och hälsofrämjande intentioner.

Antologin bygger på ett forskningsprojekt benämnt FHV NySam ("Nya samverksansformer för strategisk företagshälsovård – nyckeln till framgång för förebyggande och hälsofrämjande arbete?"). Inom projektets ramar har den interna företagshälsovården inom Västra Götalandsregionen, Hälsan & Arbetslivet (H&A), prövat att utveckla samarbetsformer med kundorganisationer (linjechefer och HR). Syftet med det samarbetet har varit att förskjuta fokus från de traditionellt individriktade rehabiliterande insatserna till ohälsöförebyggande, både på individ- och organisationsnivå, och inte minst till organisatoriskt inriktade hälsofrämjande insatser.

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 regionen av cirka 50 förvaltningar och bolag av olika storlek och cirka 50 000 anställda. Projektet startade i september 2013 och avslutades december 2016. Deltagande förvaltningar är Alingsås lasarett, Folk tandvården, Kungälv's sjukhus, Regionteater Väst, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs sjukhus. 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.

Det övergripande syftet med projektet har varit att följa, stödja genom ett praktiskt processtöd till linjechefer från utvalda kundorganisationer 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 har varit:

- 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 presenteras i boken. Projektet har bedrivits i två parallella delar, där:

1. Utvecklingen och implementeringen av nya samarbetsformer enligt nya förutsättningar styrdes i interaktion mellan FHV, HR och 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.

Processtödet, enligt punkt 1, genomfördes i reflektionsgrupper med cirka 40 deltagare, där deltagarna träffades varje kvartal, sammanlagt tio gånger under två och ett halvt år. Datainsamlingen för att beskriva och analysera processerna genomfördes genom individuella intervjuer vid två tidpunkter (39 intervjuer vid första tillfället och 30 intervjuer vid andra tillfället) och sju fokusgruppsintervjuer, samt genom dokumentanalyser och seminarier och workshops med linjechefer och HR-expert¹ från de deltagande organisationerna och med FHV-expert². Vi vill tacka de deltagande förvaltningarna. Vi vill också tacka Arbetsmiljödelegationen för finansieringen av antologin, och AFA Försäkring för finansieringen av projektet.

I projektgruppen för FHV NySam ingick följande personer i tvärvetenskaplig samverkan mellan olika institutioner vid Göteborgs universitet, ISM och Högskolan Väst: Ewa Wikström, Roy Liff, Annemarie Hultberg, Jan Winroth, Gunnar Ahlberg, Ingibjörg Jonsdottir, Anna Cregård, Per Thilander, Niklas Rydbo, Mats O Eriksson, Lisa Björk och Marica Heimdahl.

¹ Med begreppet HR-expert avses HR-specialist, HR-strateg eller HR-konsult.

² Ett begrepp som täcker samtliga medarbetare från FHV, oavsett profession.

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	6
1. INTRODUKTION	9
PROBLEM OCH SYFTE	9
SAMMANFATTNING OCH REFLEKTIONER OM STATLIGA REFORMFÖRSÖK INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD I SVERIGE DE SENASTE DECENNIERNA	10
FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN – EN FALLBESKRIVNING	13
TIDIGARE RESULTAT	14
HUR KAN EN INTERN FÖRETAGSHÄLSOVÅRD ANVÄNDAS SOM STRATEGISK RESURS?	15
VARI BESTÅR UTMANINGEN?	17
PRESENTATION AV KAPITLEN	19
REFERENSER	21
2. FÖRBÄTTRAD ARBETSMILJÖ GENOM SAMARBETE I GRÄNSLAND	22
SAMMANFATTNING.....	22
PROFESSIONELLA GRUPPER, GRÄNSER OCH AUKTORITET	23
ETT SÄTT ATT SE PÅ SAMARBETE I GRÄNSLAND	26
SAMARBETE INOM REFORMEN.....	27
VARFÖR BLEV DET SÅ OLIKA?.....	29
<i>Samarbetet fungerar väl inom rehabilitering.....</i>	<i>30</i>
<i>Samarbetet fungerar väl inom förebyggande och hälsofrämjande</i>	<i>30</i>
<i>Samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande är mycket litet.....</i>	<i>31</i>
<i>Påbörjat samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande</i>	<i>32</i>
NÅGRA KOMMENTARER KRING SAMARBETE FÖR FÖRBÄTTRAD ARBETSMILJÖ.....	33
REFERENSER	35
3. EXPERTGRUPPERS SAMARBETE MED LINJECHEFER	37
– OM SAMARBETE SOM IDENTITETSSKAPANDE PROCESSER.....	37
SAMMANFATTNING.....	37
INLEDNING	38
EXPERTER OCH DERAS INTERAKTION MED CHEFER.....	40
IDENTITETSARBETE.....	42
OPERATIVA BEGREPP FÖR EXPERTERS IDENTITETSARBETE	43
FORSKNINGSMETODER.....	45
ANALYS OCH PRESENTATION AV DATA	46
DE TRE HUVUDTJÄNSTERNA OCH FORMERNA FÖR STRATEGISKT PARTNERSKAP.....	48
<i>Rehabiliteringsinsatser</i>	<i>48</i>
<i>Förebyggande insatser</i>	<i>50</i>
<i>Hälsofrämjande insatser</i>	<i>51</i>
RESULTAT AV POSITIONERINGSHANDLINGAR.....	53
DISKUSSION OCH SLUTSATS.....	55
REFERENSER	58
4. ATT ARBETA MED FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE GENOM SAMARBETE	61
SAMMANFATTNING.....	61
DEL 1. ATT ÖKA SAMARBETET I GRÄNSLAND.....	62
<i>Vilka situationer är föremål för åtgärd?</i>	<i>63</i>
<i>Öppnande av gränser</i>	<i>64</i>
<i>Fem områden för att skapa handling.....</i>	<i>65</i>

<i>Men det är inte lätt</i>	68
DEL 2. ATT NÅ EXPERTIDENTITET I DET FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET	69
<i>Skapa likhet</i>	69
<i>Skapa olikhet</i>	72
REFERENSER	74
5. FÅNGA UPP SVAGA SIGNALER	75
ATT FÖREBYGGA ARBETSRELATERAD OHÄLSA.....	75
SAMMANFATTNING.....	75
INLEDNING	76
<i>Svaga signaler och meningsskapande</i>	79
<i>Meningsskapande</i>	81
METOD	83
RESULTAT	84
<i>Källor till svaga signaler</i>	84
<i>Förebyggande som process</i>	87
<i>Meningsskapande från svaga signaler</i>	89
<i>Förebyggande som process – en analys</i>	92
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	95
REKOMMENDATIONER.....	97
REFERENSER	98
6. FÖREBYGGANDE HÄLSOARBETE – ATT ARBETA MED SVAGA OCH TIDIGA SIGNALER	101
SAMMANFATTNING.....	101
INLEDNING	102
TEAMS BETYDELSE FÖR ATT SKAPA MENING AV SVAGA SIGNALER	103
INTERVJURESLTAT	105
<i>Söka efter svaga signaler</i>	105
<i>Skapa mening av svaga signaler</i>	107
<i>Utforska och agera utifrån meningsskapande av svaga signaler</i>	109
DISKUSSION.....	111
REKOMMENDATIONER.....	112
<i>Att fånga upp signaler i FHV-arbetet</i>	112
<i>Fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV</i>	113
<i>Tolka signaler inom FHV-teamet</i>	114
<i>Tolka signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV</i>	114
<i>Kunna dra slutsatser och åstadkomma förändring i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV</i>	115
REFERENSER	116
7. REFLEKTIONSGRUPPER – EN FORM AV PROCESSTÖD I ETT FÖRÄNDRINGSARBETE.....	117
SAMMANFATTNING.....	117
INLEDNING	119
<i>Tidigare erfarenheter och teoretiska utgångspunkter</i>	119
<i>Vad krävs för att lyckas med ett förändringsarbete?</i>	120
<i>Förändring och lärande – pedagogiska frågor relaterade till förändringsarbete</i>	122
<i>Så här tänkte vi inför val av metod för processtöd</i>	123
GENOMFÖRANDE	123
<i>Vägledande principer</i>	124
<i>Rollen som processtödjare</i>	124
<i>Fas 1</i>	125
<i>Fas 2</i>	127

<i>Fas 3</i>	128
REFLEKTION	129
<i>Processtöd i reflektionsgrupper som metod</i>	129
<i>Kritisk analys och reflektion kring niofältaren – om förebyggande och hälsofrämjande</i>	130
<i>Att lyckas med förändringsarbete</i>	133
REFERENSER	134
8. PROCESSTÖD SOM METOD I FÖRÄNDRINGSARBETE	135
SAMMANFATTNING.....	135
INLEDNING	136
SYFTET MED PROCESSTÖD	136
PROCESSTÖD SOM METOD I HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE – IDÉMÄSSIGA OCH TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	137
<i>Hälsofrämjande – värdemässig utgångspunkt</i>	138
<i>Vägledande principer för tanke och handling</i>	138
ROLLEN SOM PROCESSTÖDJARE	140
VÄGLEDANDE STRUKTUR FÖR PROCESSTÖDET – EN ARBETSMODELL	141
<i>Förarbets- och planeringsfas</i>	141
<i>Genomförande-, uppföljnings- och utvärderingsfas</i>	142
VÄGLEDNING FÖR PRAKTISK TILLÄMPNING	142
<i>Initiativ</i>	142
<i>Fas 1: Förarbete – analys – planering</i>	143
<i>Fas 2: Implementering och genomförande</i>	145
<i>Fas 3: Utvärdering</i>	147
REFERENSER	149
9. ATT UTVÄRDERA NYTTAN AV FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	150
SAMMANFATTNING.....	150
INLEDNING	151
OM UTVÄRDERING.....	151
ATT UTVÄRDERA FÖREBYGGANDE – ATT FÖREBYGGA OHÄLSA	154
ATT UTVÄRDERA HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE	156
<i>Värdemässig och teoretisk referensram för hälsofrämjande arbete – översikt</i>	157
<i>Att utvärdera hälsofrämjande arbete – vägledning och modeller</i>	158
REFERENSER	162
10. ÖVERGRIPANDE SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	163
DET ÄR ETT STORT STEG!	163
DET KRÄVS SAMARBETSMODELLER FÖR STRATEGISKT PARTNERSKAP	164
FÖREBYGGANDE INSATSER UTIFRÅN SVAGA OCH TIDIGA SIGNALER	165
VÄGLEDANDE PRINCIPER FÖR PROCESSTÖD	168
ATT UTVÄRDERA I DIALOG UTIFRÅN HELHETSPERSPEKTIV	169
ÖVERGRIPANDE REKOMMENDATIONER	170
<i>Att utveckla ett strategiskt partnerskap på förvaltningsnivå</i>	170
<i>Det behövs kompetensutveckling för att ändra perspektiv</i>	171
<i>För att gå från svaga signaler till proaktiva insatser krävs kommunikation</i>	172
UTBLICK.....	172
BILAGOR	173
BILAGA 1 TIDSLINJE	174

1. Introduktion

Roy Liff och Ewa Wikström

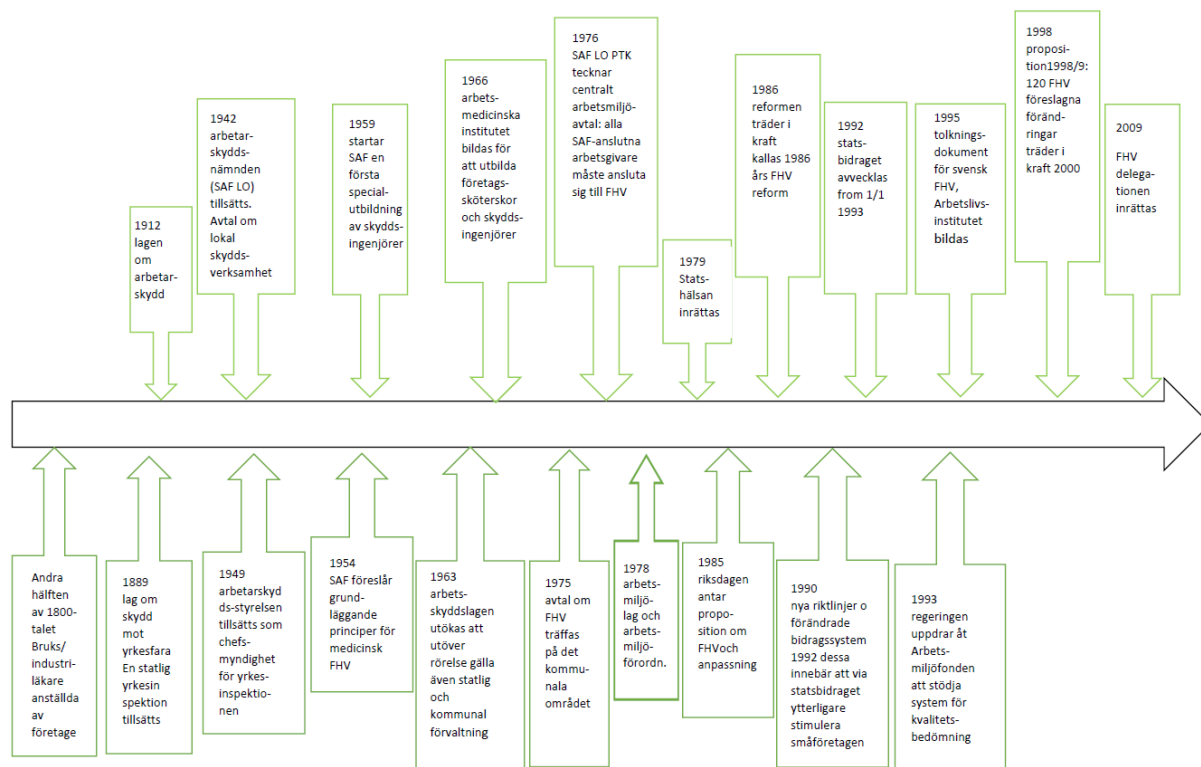
Problem och syfte

Arbetsplatsen och organisatoriska faktorer är av kritisk betydelse för den stigande arbetsrelaterade ohälsan i Sverige (Arbetsmiljöverket, 2015; Vingård, 2015; Ahlberg, 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 industri-läkare 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 skall anpassas till människans förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Det skall eftersträvas att arbetet anordnas så, att arbetstagaren själv kan påverka sin arbetsituation." 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.

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-experter, 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-experter som interagerar med fackliga parter och linjechefer inför att en beställning görs. HR-experter 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.

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 innehas av 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-experterna 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 kontrollsystem 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 personalexperter 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).

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 framhärdar 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 mellanmänniska, 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 kontextualisera 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.

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-experter 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-experter i sina kundorganisationer för att kunna agera i förebyggande syfte.

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-experten 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 eller kan beställa via 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., Järholm, B., Hogstedt, C., Lindberg, P., Karlsson, T., & Johansson, B. (2015). En kunskapsöversikt. *Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm: FORTE. Stockholm.

2. Förbättrad arbetsmiljö genom samarbete i gränsland

Anna Cregård

Sammanfattning

Detta kapitel utgår från att förbättrat arbetsmiljöarbete kräver samarbete mellan olika yrkesgrupper. Det är en tanke som har fått alltmer fäste inom organisationslitteraturen – särskilt den som berör offentlig sektor – där många organisationer är starkt kunskapsberoende och kraftigt specialiserade inom sina fält samtidigt som verksamheterna berör människor med komplexa och svåröverskådliga problem eller förutsättningar (se till exempel Noordegraaf, 2015). Många har talat om att organisationerna alltför mycket kommit att kommunicera i stuprör eller i silos (Bevc et al., 2015), trots att flera av deras uppgiftsområden kräver kommunikation över sådana gränser – samtidigt som specialisering och kunskapsdjup är nödvändiga självklarheter. I kapitlet förutsätts arbetsmiljö vara ett sådant uppgiftsområde – här krävs både gott samarbete över gränser och utifrån olika yrkesgruppers specialiserade kunskaper om man på sikt ska kunna bidra till lägre sjukskrivningar och ökad hälsa (Baker et al., 2011).

I det här kapitlet behandlas samarbete kring arbetsmiljöfrågor utifrån ett perspektiv på organisationer som bestående av gränser, professioner och auktoritetsstrukturer. Perspektivet fokuserar hur olika yrkesgrupper i organisationer har olika gemensamheter gentemot andra grupper (såsom rutiner och metoder, men också kunskapssyn och identitet), vilket skapar gränser mellan dem. Gränserna informerar om vilka som tillhör yrkesgruppen och vilka som står utanför, och om vilken relation de som står utanför har till gruppen. Exempelvis ger gränserna indikationer på vilka andra grupper som är viktiga (eller oviktiga), om de betraktas som över- eller underordnade den egna gruppen (vilket exempelvis har att göra med vem som uppfattas ska bestämma mest), och hur andra grupper i organisationen bör agera på olika impulser. Gränser kan låta negativt, och kan också komma att leda till kommunikationssvårigheter och konflikter, men de är samtidigt nödvändiga. Gränserna visar på ansvarsområden, arbetsområden och kommunikationsstrukturer, och kan leda till effektiva processer och väl genomförd verksamhet (Welsh et al., 2014).

Teoretiska begrepp kring gränsarbete kan fungera som utgångspunkt när vi betraktar organisationens olika yrkesgruppers arbete med att hantera varandra, det vill säga hur de agerar för att åstadkomma verksamhet trots skilda uppfattningar om hur ett bra samarbete ser ut. I kapitlet besvaras följande fråga: Vad är det som gör att det i vissa verksamheter förefaller vara så svårt att åstadkomma ett gott samarbete inom arbetsmiljöområdet?

Professionella grupper, gränser och auktoritet

I alla organisationer finns auktoritetsstrukturer som informerar om vem som ska besluta om vad och när, samt hur andra ska respondera på det. En del auktoritetsstrukturer är formellt beslutade och kan beskrivas med hjälp av delegationsordningar, bilder över organisationen med olika boxar och pilar, och genom beslutsprotokoll av olika slag. Andra är mer informella och informerar vanligen uttalat om grupper eller individers kunskapsövertag, om hur ”vi brukar göra här” och vilket beteende och språk som gör att någon betraktas som en person att räkna med alternativt en som är oduglig eller irrelevant. De olika auktoritetsstrukturerna kan förstärka varandra inom vissa områden, men kan också kollidera med eller försvaga varandra (Cregård, 2007; Evetts, 2013). Det är inte ovanligt att en del saker som sker/görs, och som gör att organisationen fungerar, inte skulle betraktas som rätt enligt något formellt organisationsschema, och hålls mer uttalande för att kunna fortsätta. Det behöver inte alls vara medvetet. Annat kan vara svårt att uttala högt utan att låta otrevlig, till exempel att någon visserligen har formell rätt att utföra en intressant arbetsuppgift men aldrig i praktiken skulle få tillåtelse att utföra den eftersom hon eller han inte uppfattas ha rätt yrkesutbildning, kön eller socialt nätverk. De informella auktoritetsstrukturerna består av en mängd olika grunder för över- och underordning, men i de organisationer som fokuseras här är yrkesutbildning och yrkestillhörighet starkt dominerande – även om också andra grunder vanligen kan samvariera med dem, och exempelvis påverka våra bilder av och förväntningar på hur en bra person inom en viss yrkesgrupp ska se ut, låta eller uppföra sig. Just utbildning som grund för uteslutning på delar från arbetsmarknaden eller arbetsområden betraktas som relevant och riktigt, och är ibland lagstadgat, till exempel genom yrkeslegitimation. Men också andra, illegitima uteslutningsgrunder, kan ha stor effekt, vilket exempelvis genus- och etnicitetslitteraturen behandlar (Eriksson-Zetterquist & Styhre, 2007).

Två grundläggande auktoritetsstrukturer tas upp här som båda berör yrkesgrupper (Cregård, 2007), se figur 2. Den ena utgår från den formella hierarkin och visar på hur olika yrkesgrupper ska agera i relation till varandra enligt formellt fattade beslut. I en sådan auktoritetsstruktur är det chefer som beslutar och medarbetare som genomför, och stödpersonal stödjer främst chefer med expertinformation och underlag. Yrkesgrupper och individer får inflytande genom organisatorisk auktoritet. Den andra auktoritetsstrukturen som beskrivs här är professionell auktoritet, vilken baseras på yrkestillhörighet, utbildning och professionell status. Den som tillhör en yrkesgrupp som uppfattas ha arbetsuppgifter som är komplexa; djupa och viktiga kunskaper; lång, svår och forskningsanknuten utbildning; samt ett språk att räkna med, erhåller hög social status och stort organisatoriskt inflytande (Freidson, 1988).

	Professionell auktoritetsstruktur	Organisatorisk auktoritetsstruktur
Legitimitet erhålls genom ...	den egna yrkesgruppen	anställning
Status erhålls genom ...	djup och komplex kunskap	formell hierarki
Styrmekanismer	kollegialitet och autonomi	rutiner och organisatoriska procedurer
Exempel på inflytelserik aktör	läkare	chef

Figur 2: Auktoritetsstrukturer.

I den professionella auktoritetsstrukturen är de yrkesgrupper som genom åren fått professionell status mest tongivande. I den tidiga organisationslitteraturen beskrivs tre professioner: läkare, jurister och präster (Hellberg, 1978). Dessa yrkesgrupper har haft inflytande på samhället under lång tid, men om man ser på inflytandet i dag ser det annorlunda och olika ut, och exempelvis präster har visserligen ett stort inflytande inom kyrkan som organisation och tankemönster, men kyrkan i sig har minskat i betydelse vilket också har påverkat prästerna. Läkare och jurister är fortfarande mycket inflytelserika. Läkarna har möjligheter att påverka hur vården ser ut och fungerar – både i stort och i smått (Battilana & Casciaro, 2013).

Organisationsförändringar exempelvis, som inte stöds av läkarkåren är svåra att implementera (Powell & Davies, 2012), även om hälso- och sjukvården består av långt många fler människor och yrkesgrupper än enbart läkare. Läkarkårens uppfattning och perspektiv är många gånger avgörande för hur också andra yrkesgrupper reagerar på olika händelser och styrningsförsök.

Att tillhöra en profession är positivt (se till exempel Abbott, 1988 eller Brante, 2009): som individ får man tillhöra en grupp med inflytande, arbetsområdet betraktas vanligen som eftersträvansvärt och yrket i sig är respektingivande. Självbilden är vanligen också positiv. Därför är professionaliseringssträvanden hos olika ickeprofessionella yrkesgrupper vanliga, och maktkamper mellan olika yrkesgrupper en följd. Tänk exempelvis på hur sjukvården har utvecklats de senaste femtio åren vad gäller yrkesgruppers inflytande, explosionen i specialiseringar och växlingen av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. I huvudsak kämpar professioner och halv- eller semiprofessioner om olika sociala territorier och jurisdiktioner, vilket i praktiken innebär att de eftersträvar autonomi i yrkesutövningen och monopol på arbetsområden och uppgifter. Det kallas för *exklusion* (Hollenberg, 2006) – yrkesgruppen har monopol på ett särskilt arbetsområde och utestänger andra, vilket motiveras med att det är ett effektivt sätt att organisera, eller att man alltid gjort så, eller att det är det enda riskfria sättet. Men det är inte nödvändigtvis alla delar av arbetsområdet som är eftersträvansvärda – vissa arbetsuppgifter lämnar professionen gärna över till någon annan.

Det kan handla om sådana arbetsuppgifter som uppfattas som mer rutinartade och enkla än andra, som är av mer administrativ karaktär och som betraktas som något annat än kärnan av kompetensen. Strävan efter att få arbetsområden och uppgifter som sina egna kallas *inklusion* eller *inkludering* (Stichweh, 1977). När yrkesgrupper försöker avskilja delar av den egna gruppen, till exempel för att den inte uppfattas lika homogen längre eller för att en viss del inte är tillräckligt framgångsrik i sina professionaliserings-strävanden, kallas det för *demarkation* – en slags utestängning i sidled (Cant & Sharma, 1996). Det som är i fokus i detta kapitel är inte om en yrkesgrupp bör kallas profession eller inte, utan de organisatoriska effekterna av professionaliseringssträvanden och hur förväntade samarbeten över yrkesgränser påverkas av den professionella auktoritetsstrukturen. Många formella förändringsprojekt planeras utifrån en organisatorisk auktoritetsstruktur: officiella beslut är fattade, implementeringsplaner är framarbetade, och mötesstrukturer, ansvar och kostnadsställen är definierade. Vilka som ska samarbeta, hur detta ska gå till i övergripande termer och förhoppningar om goda effekter är redan fastställda, och alltihop ska bara ”rullas ut”. Men utrullningen möter också en professionell auktoritetsstruktur, där de olika yrkesgruppernas relativa professionalitet förhandlas (se vidare Evetts, 2013). Frågor som ibland medvetet men inte sällan omedvetet förhandlas är: Vem ska göra vad? Vad händer med professionaliteten om vi tar på oss detta? Vilket inflytande får andra i detta förändringsprojekt och är det bra för oss?

Samarbete mellan yrkesgrupper i verksamheter som är starkt professionaliserade är med andra ord inte en enkel sak, utan berör själva kärnan i professionaliseringssträvanden: önskvärda och icke-önskvärda arbetsområden, status och inflytande (Apeoa-Varano, 2013). Professionernas monopoliserade arbetsområden och självklara autonomi är något starkt rotat inom yrkesgrupperna, och berör sådana grundläggande saker som individens grupp tillhörighet och uppfattningar om vad som är rätt och riktigt – ja, till och med identitet (för en fördjupad diskussion kring identitet och arbetsmiljöarbete, se kapitel 3 av Liff & Wikström i denna bok). I organisationer med flera mer och mindre professionaliserade yrkesgrupper märks maktkamper vanligen särskilt av när organisatoriska förändringar ska genomföras (se vidare Hall, 2005). Då ruckas balansen mellan yrkesgrupperna, och särskild förhandling dem emellan sker. Gränssarbete mellan yrkesgrupper är sällan medvetet (Smets & Jarzabkowski, 2013), utan pågår naturligt och genom förhandlingar som är så vanliga att de är osynliggjorda. Gränserna kan metaforiskt beskrivas som att de stängs och öppnas, förstärks och läggs om i det vardagliga arbetet. Gränser som är tydliga, överenskomna och som hakar i varandra, kan göra att verksamheten fungerar smidigt även i komplexa sammanhang (Powell & Davies, 2012). Men starka och tydliga gränser kan också betyda att yrkesgrupper saknar förmåga att förstå varandra och därmed inte lyckas åstadkomma samarbete. Gränser som är diffusa, irrelevanta eller saknar kontakt med varandra kan göra att arbetsuppgifter inte blir utförda eller att yrkesgrupperna inte kan samarbeta. Då krävs ett öppnande av gränser, och nya förhandlingar. Dessa sker dock inte på lika villkor.

Ju starkare och mer professionaliserad en yrkesgrupp är, desto starkare gränser och större inflytande på de andra yrkesgruppernas gränsdragning (se vidare Apeso-Varano, 2013; Quick och Feldman, 2014).

Ett sätt att se på samarbete i gränsland

I detta kapitel rapporteras om resultat från intervjuer som genomförts inom forskningsprojektet FHV NySam, där samarbete mellan HR (både specialister och strateger), första linjens chefer och intern företagshälsovård (från olika nivåer) har studerats. Intervjuerna har genomförts med företrädare från samtliga tre grupper inom flera organisationer. Gemensamt för organisationerna är bland annat att de har i uppdrag att genomföra en reform som innebär att öka och förbättra samarbetet inom arbetsmiljöområdet; och att öka fokus på förebyggande, hälsofrämjande och organisationsperspektiv, samtidigt som rehabilitering och individperspektivet nedtonas.

FHV NySam-projektet rör mycket olika branscher. Man kan förvänta sig att arbetet med att skapa och pröva nya sätt att samarbeta för att åstadkomma förbättrad arbetsmiljö ser olika ut i olika organisationer, särskilt om man betraktar projektet ur ett gränsarbetsperspektiv. I professionaliserade branscher eller verksamheter kan man förvänta sig att reformer i stil med FHV NySam-projektet av de professionaliserade yrkesgrupperna betraktas som innehållande förhållandevis många icke önskvärda arbetsuppgifter – just för att uppgifterna inte betraktas som kärnverksamhet. Det innebär att reformen inte med säkerhet finner villiga genomförare utan kanske till och med starka professioner som motarbetar dess utrullning – åtminstone om de själva förväntas delta i genomförandet. Det betyder att FHV NySam är ett projekt med förväntad ökad gränsaktivitet.

För att kunna uttala sig om samarbete kring arbetsmiljöfrågor i gränsland som beroende av professionalitet, behöver olika aspekter av professionaliteten beaktas. Det betyder att olika slags organisationer måste undersökas. Med utgångspunkt i diskussionen ovan används följande kategorier som kan tänkas ha betydelse för gränsaktivitet och därmed för hur samarbete inom arbetsmiljöområdet fungerar:

A) Professionaliseringsgrad: Starkt professionaliserade yrkesgrupper kan tänkas vara mindre intresserade av att delta i samarbete i reformer som medför arbetsuppgifter som inte betecknas som kärnverksamhet, medan mindre professionaliserade yrkesgrupper till viss del kan förväntas vara intresserade av att öka sitt samarbete med andra, mer professionaliserade yrkesgrupper kring sådana arbetsuppgifter om det uppfattas leda till ökad professionaliseringsgrad.

B) Aspekter av arbetsmiljöarbete: Det omfattande fältet arbetsmiljö kan förväntas innehålla mer och mindre attraktiva arbetsuppgifter sett ur ett professionaliseringsperspektiv. En enkel och ofta använd indelning görs i begreppen rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande.

C) Distans respektive närhet: Organisationer med närhet mellan olika yrkesgrupper och individer kan förväntas ha lättare att samarbeta över gränser, eftersom det är större sannolikhet att de kommunicerar med varandra och har förståelse för varandras arbetsuppgifter.

Gränsaspekt	Operationalisering	Val av organisationer/verksamheter/ yrkesgrupper
A) Professionaliseringsgrad	1. Organisationer som är mer respektive mindre professionaliserade 2. Yrkesgrupper som är starkt respektive svagt/inte alls professionaliserade	1. Sjukhus och teater 2. Exempel: läkare respektive organisationskonsulter
B) Arbetsmiljö som mer respektive mindre överenskommet och attraktivt arbetsområde	1. Rehabilitering 2. Förebyggande 3. Hälsofrämjande	Förväntas ingå i reformen generellt
C) Distans respektive närhet mellan individer, yrkesgrupper och deras arbetsområden	1. Organisationer som är små respektive stora 2. Organisationer med olika mycket åtskillnad mellan arbetsområden	1. Stora respektive små sjukhus 2. Sjukhus, tandvård, teater

Figur 3: Hur val av organisationer har gått till.

De organisationer som utgör underlag för de resultat som presenteras i detta kapitel är två större sjukhus, två mindre sjukhus, en tandvårdsorganisation och en teaterverksamhet. Två intervjuomgångar genomfördes för att mäta hur reformen kring ökat samarbete och nya samarbetssätt fortskred. Intervjuomgångarna (mätning 1 och 2) utfördes med knappt två års mellanrum.

Samarbete inom reformen

Den första mätningen visade att samarbetet såg mycket olika ut i de olika organisationerna (se vidare kapitel 7 av Hultberg och Winroth i denna bok). Det gavs olika utrymme, och fick ta olika plats. Redan då utkristalliserades de tre områdena *rehabilitering*, *förebyggande* och *hälsofrämjande* som olika i fråga om vem eller vilka de engagerade och vilken status de erhöll. Rehabilitering innehöll väldefinierade roller, och förhållandevis tydliga arbetsområden med gränser som var överenskomna och som gav aktörerna guidning i hur de skulle agera för att genomföra ”rehabiliteringsprocessen”. Denna styrdes i stora delar av ett läkarperspektiv på sjukdom, och passade väl in i det medicinska språkets begreppsapparat kring sjukdom, diagnos, sjukskrivning och uppföljning/återbesök. Det var inte bara företagshälsovårdens läkare som var inblandad, utan dennes agerande stöttades av såväl HR och linjechefer som Försäkringskassan.

Även om rehabiliteringsprocessen fungerade olika väl i de undersökta organisationerna, så var det ändå tydligt att samtliga hade en överensstämmande bild av hur den skulle se ut och vems ord som vägde tyngst. Företagshälsovården spelade här en viktig roll i förstärkandet av det medicinska perspektivet på arbetsmiljöarbete, och andra yrkesgrupper inom FHV (såsom beteendevetare och organisationskonsulter) spelade en undanskymd roll. En operativ chef på en avdelning där det fanns ett misstänkt rehabiliteringsbehov tog ansvar genom att, vanligen med expertstöd från en HR-specialist, initiera ett ärende till företagshälsovårdens läkare och sedan delta enligt redan uppställda krav.

De båda andra områdena inom arbetsmiljöområdet – förebyggande och hälsofrämjande – delade i stort samma problematik: arbetsområdena var otydliga, rollerna var svårdefinierade, några aktörer föreföll helst inte alls vilja medverka i förebyggande och hälsofrämjande, och olika aktörers perspektiv på områdena bekräftades sällan. Jämförs förebyggande och hälsofrämjande med varandra föreföll det vara ännu svårare för hälsofrämjande att generera samarbete mellan linjechefer, HR och FHV än det var förförebyggande. Jämförs de olika organisationerna i undersökningen med varandra var skillnaderna också stora. I de större sjukhusmiljöerna var både förebyggande och hälsofrämjande endast sporadiskt förekommande, och samarbeten över gränser likaså. Inom teaterverksamheten genomfördes flera preventiva åtgärder naturligt i verksamheten, exempelvis vid kontroll av uppförande av scener och installation av utrustning. Här var dock inte FHV vanligen inblandad, utan det sköttes enligt andra rutiner och avtal. Främst på ett av de mindre sjukhusen föreföll samarbete ha tagit fart, medan tandvården visserligen hade en del samarbete, men i mindre omfattning.

I de organisationer där samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande framstod som problematiskt fanns ett visst utbud av åtgärder och aktiviteter, vilket respondenterna hade uppmärksammat – åtminstone till vår andra mätning (intervjuomgång 2). Men efterfrågan var både tveksam och sällan ihopkopplad med företagshälsovårdens utbud. Vidare var varken arbetsområden eller roller förhandlade, vilket skapade osäkerhet kring vem som skulle göra vad och vad som var det rätta. En fråga var exempelvis vem som hade rätt att bedöma, godkänna och rättfärdiga olika insatser. Inom rehabilitering var det enkelt: det är läkaren, men inom både förebyggande och hälsofrämjande är det osäkert och här var läkaren inte inkopplad. I intervjuerna (särskilt i intervjuomgång 2) påpekade flera respondenter att de möttes för att prata förebyggande och hälsofrämjande – i en del fall FHV och HR, och i en del fall också tillsammans med linjechefer, eller också var det linjechefer som träffade företagshälsovården – men att de var så osäkra på varandras roller och hade så svårt att förstå varandra att all tid gick åt till att berätta hur de såg på sina egna roller i samarbetet och vad de förväntade sig av varandra. Dessa möten hade visserligen lett till att dessa aktörer kunde förstå vad tidigare konflikter bestått i, men de hade inte genererat något vidare samarbete.

I de organisationer där samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande fungerade väl och blev till en välkänd och uppskattad verksamhet, har HR, FHV och linjechefer mötts ofta och i olika konstellationer. De kom överens om särskilda arbetsuppgifter mellan mötena, och de definierade problemområden som de satte igång förändringsprojekt kring. Här diskuterade aktörerna inte i första hand problematik kring samarbete, utan snarare hur de skulle kunna bevisa att projektet var framgångsrikt – för det var problematiskt enligt respondenterna att det inte gick att se i sjukskrivningsstatistiken. Mätning beskrevs således som lika önskvärd som problematiskt. Vidare fanns en önskan om att komma längre i det gemensamma arbetet, att förlänga FHV NySam-projektets effekter och samarbetsätt till fler åtgärder. Det var en positiv anda och intervjupersoner sa sig se goda effekter på för det första samarbetet mellan HR, linjechefer och FHV; för det andra på legitimiteten för arbetsmiljöarbetet på alla nivåer i organisationen; och för det tredje på de specifika problemområden som man tagit tag i. Aktörerna såg varandra som resurser att ta tillvara, och föreföll ha förståelse för varandras situation. Tabell 3 sammanfattar resultaten. Här används tre indelningar för att beskriva hur samarbetet utkristalliserats: välfungerande samarbete; påbörjat samarbete; och mycket lite samarbete; samt av å ena sidan rehabilitering och å den andra förebyggande och hälsofrämjande. De studerade organisationerna kategoriseras.

	Välfungerande samarbete	Påbörjat samarbete	Mycket lite samarbete
Organisationer	De två mindre sjukhusen	Tandvården Teaterverksamheten	De två större sjukhusen
Rehabilitering			
definierad process	X	X	X
definierade roller	X	X	X
Förebyggande och hälsofrämjande			
känt utbud av tjänster	X	X	(X)*
definierade roller	X	(X)*	
gemensamt definierade problemområden	X		

Figur 4: Samarbete i gränsland - sammanfattning av resultat.

* Vid intervjuomgång 2 hade kunskapen om åtgärder och tjänster inom arbetsmiljöområdet ökat något och aktörerna hade påbörjat diskussioner kring roller och arbetsområden.

Varför blev det så olika?

Det finns förstås en mängd olika förklaringar till varför samarbetet kommit att se så olika ut i de organisationer som ingått i undersökningen – och varför det fungerar så olika beroende på om det är rehabilitering eller förebyggande och hälsofrämjande det handlar om. Varför, exempelvis, har det inte gått att kopiera ansvar och handlingskraft från rehabilitering till de andra två arbetsmiljöområdena?

Försöken att svara på så komplicerade frågor som ovan kan vara mer och mindre bra, och bara för att man har många förklaringar är det inte säkert att man lyckas få fram de viktigaste. Här kan teorier om gränsarbete, professioner och auktoritet hjälpa till att finna intressanta förklaringar. När organisationens formella auktoritetsstruktur aktiverar styrning och beslutar att rulla ut krav på att arbeta med arbetsmiljöfrågorna genom samarbete mellan olika yrkesgrupper kan detta mötas på flera sätt – det visar beskrivningen ovan. Samarbetet fungerar väl generellt sett inom rehabilitering, liksom i de små sjukhusens förebyggande och hälsofrämjande arbete. Samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande är mycket litet inom de större sjukhusen och har påbörjats inom teaterverksamheten och tandvården, det vill säga diskussioner kring roller och eventuella behov har inletts. I detta avsnitt kommenteras vart och ett av sätten att möta kraven på ökat samarbete.

Samarbetet fungerar väl inom rehabilitering

Aktörernas arbetsområden och uppgifter är väldefinierade och alla vet vad de ska göra. Aktörernas rutiner passar väl ihop med varandra och ett effektivt nyttjande av varandras resurser är möjlig. Arbetsområdena är med andra ord kompatibla. Detta är en situation som skulle kunna beskrivas som ett ideal där olika yrkesgrupper bidrar med sina specifika expertkunskaper och lyckas hantera verksamheten väl gemensamt men ändå åtskilt. Inom rehabiliteringsarbetet är det tydligt vem som har mandat att aktivera de övriga aktörernas jurisdiktioner i olika situationer: chefen initierar ett ärende, vilket vanligen får HR att kontakta företagshälsovården, och där kopplas ärendet ihop med en läkare vars bedömningar får ärendet att flyta vidare. Aktiverade aktörer har arbetsuppgifter som de tycker att de bör utföra, och de bekräftar varandras kunskaper och tolkningar av situationen (det kan naturligtvis ändå uppstå problem – men processen finns där).

Samarbetet fungerar väl inom förebyggande och hälsofrämjande

På de små sjukhusen är samarbetet jämförelsevis långt framskridet, och arbetsområdena mellan aktörer (HR-experten, operativa linjechefer och olika yrkesgrupper inom företagshälsovården) har varit under förhandling en längre tid. Dessa aktörer har funnit arenor där arbetsområdena kunnat närma sig varandra och gränserna kunnat öppnas. Tidsaspekten bör inte underskattas – detta arbete startade långt innan reformen inleddes, och har drivits på av tongivande individer inom såväl företagshälsovården som på olika nivåer inom chefsstrukturen och HR. Flera av dessa individer har funnit varandra, och i sig själva bildat grindar i gränserna. De har aktivt arbetat i gränsland för att skapa förståelse för olika perspektiv på arbetsmiljöarbete och de olika aktörernas arbetsområden. Tid och tongivande individer i yrkesgrupperna är således viktiga, men det är också arenorna i sig. Företagshälsovården befinner sig nära sjukhuset – aktörerna kan se varandras huskroppar, vilket är en talande symbol för närhet. Den distansering, specialisering och fördjupning inom professionsutövning som sker på de större sjukhusen, förefaller ha svårare att få fäste i det lilla.

Genom att i de små sjukhusen träffas på specifika arenor har arbetsmiljöarbetet å ena sidan lyfts ut från den vardagliga verksamhetens akuthantering, å andra sidan fokuserat på denna verksamhets orsaker till problem i akuthanteringen. Arbetsmiljöarbetet har alltså fokuserats på att avhjälpa sådant som har upplevts som störande i de professionellas vardag. Arenorna beskrivs i intervjuerna som både nära och synliga. En bidragande orsak till att samarbetet kommit att fungera väl kan alltså vara avvägningen mellan närhet och distans, både geografisk och idémässig. Det handlar om att aktörerna gemensamt har skapat förståelse för och handling kring kärnverksamhetens problem, samtidigt som de har lyckats skapa förutsättningar för förhandling av arbetsområden utan att detta upplevts som hotfullt för den egna professionen. Gränsarbetet har varit aktivt.

Samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande är mycket litet

Inom de större sjukhusen fungerar samarbetet i princip inte alls, och aktörerna är inte intresserade av att delta i något samarbete: gränserna är stängda och aktörerna är inte benägna att ta sig an arbetsuppgifter som ligger utanför dessa. I de två större sjukhusmiljöerna förefaller tongivande aktörer inte se behov av att prioritera arbetsmiljöarbete i form av förebyggande och hälsofrämjande, och motiverar det exempelvis med att det finns alldeles för lite tid för att hinna med ett sådant arbete, eller att det är tveksamt om det finns evidens för att förebyggande arbetsmiljöarbete skulle ha några effekter på sjukskrivningarna, eller att det är viktigare att lägga knappa resurser på sådant som har med den livsviktiga kärnverksamheten att göra.

I den mån det finns aktörer som vill ta sig an dessa arbetsmiljöområden, såsom företagshälsovårdens organisationskonsulter/psykologer/beteendevetare, är intresset hos övriga aktörer svalt. Dessa FHV-expertter får inte fäste för sina arbetsområden med efterfrågade och genomförbara uppdrag. Här är det intressant att fundera över de starka professionernas genomslag på verksamheten. Hälsofrämjande skulle mycket väl kunna hanteras genom ett flitigt samarbete mellan företrädare för HR och FHV, om linjecheferna legitimerade arbetet med tid och resurser – vilket också syns på det mindre sjukhuset. Men på de större är gränsarbetet traditionellt och genomsyras av läkarkårens syn på evidens, bota det redan sjuka, akutvård och fokus på kärnverksamheten – vilket också passar linjechefernas syn. De är i huvudsak skolade inom vårddyrket som också är inriktat på att bota och vårda det sjuka men även att stödja läkarkåren och dess perspektiv på verksamheten. Det blir därför problematiskt för andra aktörer som skulle vilja ta sig an arbetsområdena att få genomslag – de efterfrågas inte och stämmer dåligt in i det regerande perspektivet. Det finns risk för att de i huvudsak tolkas som kostnader eller organisatoriskt prål som man inte har råd att unna sig. Det handlar inte om att linjecheferna tycker att arbetsmiljö är oviktigt, bara att det inte fokuseras på detta sätt – och heller inte prioriteras när det finns annat som ses som mycket mer akut.

En träffande metafor är att i det medicinska huset är andra yrkesgrupper gäster, och måste förhålla sig till de socialt överenskomna regler som gäller för sådana: man är artig, tackar för maten och ifrågasätter inte värden. Det är förstås en hårdragen bild, och i det specifika fallet behöver det inte alls vara så. Men det som metaforen visar är just att de normer som gäller i det medicinska huset är förgivettaganden som är svåra att ifrågasätta eftersom de vanligen inte ens är något man tänker på – de sitter i husets väggar och bärs av så många aktörer, inte bara av fadern i huset – och skulle de ifrågasättas är de inte många ifrågasättanden som kan mäta sig med motiveringar till ordningen som gäller liv och död (det vill säga att resurser inte bör läggas på annat än kärnverksamheten).

Påbörjat samarbete inom förebyggande och hälsofrämjande

Inom teaterverksamheten och tandvården har aktörerna inte funnit formerna för samarbete, men de för diskussioner med varandra. De har öppnat upp gränserna något men respektive aktörs arbetsområden stödjer inte de övrigas, och de har svårt att förstå varandra. Aktörerna förefaller dock kunna tänka sig (eller känner sig tvungna) att utföra fler eller andra arbetsuppgifter än de redan gör, och det förekommer en hel del gränsaktivitet. Arbetsområdena förhandlas, vilket aktörerna gör genom att visa upp sina nuvarande arbetsområden och arbetssätt, beskriva sin syn på verksamheten och hur de tolkar det som behöver göras, och dela med sig av idéer de har för att ta sig an (delar av) det aktuella förändringsprojektet. Gränsarbetet visar ofta vilka arbetsuppgifter som är önskvärda och vilka som inte är det. Hittills har reformen inneburit att aktörerna har öppnat upp grindar i gränserna, men eftersom deras arbetsområden står så långt från varandra har de varit tvungna att lägga mycket tid på att definiera hur de egna arbetsområdena ser ut, och klargöra hur de tolkar varandras arbetsområden och gränser. Detta gränsarbete kanske inte resulterar i så mycket praktisk aktivitet i arbetsmiljöarbetet, men är viktigt för eventuellt framtida samarbete.

Grindarna möjliggör ett närmande mellan aktörerna, och de kan tillfälligt och lite åt gången lämna sina förgivettagna perspektiv på ”den andre”, och därigenom få förståelse för vad denne gör och varför. För att samarbete ska kunna uppstå krävs emellertid att arbetsområdena i sig närmas varandra, och det kan bara ske genom fortsatt kommunikation och en vilja till specifika insatser. Det kräver i sin tur att det finns ett upplevt behov och kapacitet att matcha detta. Figur 5 sammanfattar resonemangen ovan. Hur reformen om ökat samarbete inom arbetsmiljöområdet tas emot har att göra med professionaliseringsgraden hos olika yrkesgrupper inom organisationen, om närhet/distans mellan yrkesgrupperna och om vilka arbetsuppgifter det handlar om. I det studerade materialet har de verksamheter med starka professioner varit mest framgångsrika både i att stå emot reformen och i att genomföra den. Det var förväntat att motståndet skulle vara hårdast i en starkt professionaliserad verksamhet. Trots det har de små sjukhusen, som också är starkt professionaliserade, lyckats bäst i att genomföra reformen i enlighet med dess intentioner.

Gränser till olika yrkesgruppers arbetsområden har öppnats och aktörerna ser till att försöka sammanjämka de respektive arbetsområdena så att de stämmer överens utan att överlappa eller konkurrera med varandra. Här förklaras det med närheten mellan olika yrkesgrupper och individer, som skapar förutsättningar för att lättare förstå varandras arbetsområden, kärnverksamhetens behov och lämpliga arenor.

	Stängda gränser	Öppnade gränser
Närhet	1. Samarbetet fungerar, förhandling ej nödvändig. Rehabilitering inom samtliga studerade organisationer.	3. Samarbetet fungerar, förhandling genomförd (och pågår). Förebyggande och hälsofrämjande inom de små sjukhusen.
Distans	2. Samarbetet fungerar ej, aktörerna är inte intresserade av området eller av varandra. Förebyggande och hälsofrämjande inom de större sjukhusen.	4. Aktörernas arbetsområden är under förhandling. Förebyggande och hälsofrämjande inom teaterverksamheten och tandvården.

Figur 5: Fyra situationer av samarbete i gränsland.

Några kommentarer kring samarbete för förbättrad arbetsmiljö

De beslut som fattas av chefer i offentliga organisationers formella auktoritetsstrukturer är vanligen tydliga och transparenta. Troligen har underlagen för besluten diskuterats i olika fora i flera omgångar, och analyserats med avseende på kostnader och potentiella vinster, relevanta implementeringsstrategier och förväntat motstånd. Trots det är det inte enkelt att veta hur ett beslut om en reform tas emot av dem som förväntas genomföra besluten. Själva mottagandet är vanligen alls inte lika tydligt och transparent. Särskilt i organisationer med starka, alternativa auktoritetsstrukturer är mottaganden svåra att förutsäga. Men organisationer med stark professionell auktoritetsstruktur brukar inte med liv och lust ta emot reformer som uppfattas som varande av perifer karaktär. Reformerna som dessutom uppmuntrar eller förutsätter samarbete mellan olika yrkesgrupper kan vara extra svåra att få genomförda. Det är därför särskilt intressant att studera hur samma reform kring samarbete utvecklas i olika slags organisationer.

Att förstå orsaker till hur samarbete mellan olika aktörer ter sig är komplext, och olika perspektiv och teorier erbjuder olika fokus. Också ett medvetet perspektiv – som här i teori kring gränsarbete, professioner och auktoritetsstrukturer – erbjuder en mängd förklaringar. Särskilt betydelsefullt är olika yrkesgruppers styrka i gränsarbetet och deras vilja att förändra sitt sätt att arbeta. Varför, exempelvis, skulle en person tillhörande en profession med högt anseende och arbetsuppgifter som rör liv och död vilja lägga tid och resurser på arbete som varken är statushöjande eller räddar liv?

Gränsarbete tar tid, särskilt i verksamheter där gränserna är tydliga, viktiga och sedan länge överenskomna, och ju mer monopoliserade arbetsområden desto starkare gränser. Det krävs mycket av de starkt professionaliserade yrkesgrupperna att delta i samarbete som av dem själva upplevs som perifert. Det bottnar inte i en ovilja att samarbeta. Snarare handlar det om att deras identitet som tillhörande en specifik profession ifrågasätts – ja till och med professionens specificitet ifrågasätts, och deras grundläggande uppfattningar om vad man som professionell bör lägga tid på. Hur mycket resurser i vid mening ska en läkare lägga på annat än det hon eller han är utbildad för? Ur ett gränsarbetsperspektiv kan man förvänta sig att svaren ser olika ut beroende på vilken aktör som svarar. Det som är särskilt intressant i denna studie är att det ändå förefaller kunna hända – på de små sjukhusen sker något utöver det förväntade. Möjligheten för aktörerna på de större sjukhusen att distansera sig till varandra (också geografiskt och fysiskt – inte bara idémässigt) är ett sätt att förklara avsaknad av samarbete. Ett annat sätt att beskriva och förklara är att fokusera på avsaknad av distanseringsmöjligheter: närhet mellan aktörer gör att förståelsen för varandra kan öka, gränserna definieras och kanske till och med öppnas. Men centralt är att samarbetet måste upplevas som meningsfullt – också ur kärnverksamhetens perspektiv. I sjukhusmiljön måste alltså samarbetet uppfattas kunna leda till effektivare vård, bättre omhändertagande och mer liv. Det kan bara ske genom att kärnverksamhetens problematiker inom arbetsmiljöområdet fokuseras av samtliga parter men utifrån deras olika perspektiv och kunskaper – med förhoppning om att finna lösningar.

Arbetsmiljöarbetet är ett bra exempel på att samarbete i professionaliserade verksamheter uppstår och fortlever i och med hjälp av gränsland. I samarbeten som funnits länge och där aktörerna har väldefinierade arbetsområden angränsande till varandra, såsom inom rehabilitering, behövs inget öppnande av gränser – det fungerar väl just på grund av gränsernas tydlighet och avsaknad av öppningar. I samarbeten som inte finns, men som förväntas uppstå, behövs ett omfattande gränsarbete där aktörerna förhandlar med varandra med utgångspunkt i deras relativa styrka. Förhandling uppstår i gränsland mellan olika aktörers arbetsområden. Gränsarbetet består till stora delar i att definiera egna och andras gränser, att tolka vad de andra menar och därigenom eventuellt vara villig att öppna grindar i de gränser som finns.

För att samarbete ska åstadkommas krävs också att arbetsområdena omförhandlas och därigenom närmar sig varandra. Omständigheter som är av betydelse är i vilken kontext samarbetet ska uppstå och hur stark professionaliseringen är. Sjukvård är här ett tydligt exempel – kanske det tydligaste vi har. Detta kapitel har erbjudit en förklaring till varför det förefaller vara så svårt att åstadkomma ett gott samarbete inom arbetsmiljöområdet inom vissa organisationer – och mindre svårt inom andra. Professionaliseringsgrad, arbetsområde och närhet/distans har betydelse och ger i olika kombinationer också olika utfall.

Kapitlet säger dock lite om hur man kan hantera upplevda samarbetsvårigheter i dylika verksamheter. Det har bara snuddat vid sådant som: behov av arenor som uppfattas som något annat men ändå nära kopplade till vardagens arenor och problematiker; värdet av tongivande aktörer på olika nivåer och inom respektive yrkesgrupp som inte bara uppfattas som ledande av den egna gruppen utan också av de andra; och betydelsen av att organisera fram fysisk närhet. Frågan om hur man kan arbeta med samarbete i gränsland vidareutvecklas i kapitel 4.

Referenser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Apesoa-Varano, E. C. (2013). Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital. *Sociological Perspectives*, 56(3), 327–349.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98–104.
- Battilana, J., & Casciaro, T. (2013). Overcoming resistance to organizational change: Strong ties and affective cooptation. *Management Science*, 59(4), 819–836.
- Bevc, C. A., H. Retrum, J., & M. Varda, D. (2015). New perspectives on the “silo effect”: initial comparisons of network structures across public health collaboratives. *American journal of public health*, 105(2), 230–S235.
- Brante, T. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. *Vetenskap för profession*, 15–34.
- Cant, S., & Sharma, U. (1996). Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge. A strategy of professionalization. *Social Science & Medicine*, 42(4), 579–588.
- Cregård, A. (2007). Att styra sin chef: disciplinering från centrum till periferi, ur Siverbo, Sven (red.) *Demokratisk och effektiv styrning*, Lund: Studentlitteratur, 469–488.
- Eriksson-Zetterquist, U. & Styhre, A. (2007). *Organisering och intersektionalitet*. Stockholm: Liber.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5–6), 778–796.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*, 19(1), 188–196.

- Hellberg, I. (1978). Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, 62(3), 731–744.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2 (2), 187-206.
- Powell, A. E., & Davies, H. T. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science & Medicine*, 75(5), 807–814.
- Smets, M., & Jarzabkowski, P. (2013). Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. *Human Relations*, 66(10), 1279–1309.
- Stichweh, R. (1997). Professions in modern society. *International Review of Sociology*, 7(1), 95–102.
- Quick, K. S., & Feldman, M. S. (2014). Boundaries as junctures: collaborative boundary work for building efficient resilience. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24 (3), 673-695.
- Welsh, V. K., Sanders, T., Richardson, J. C., Wynne-Jones, G., Jinks, C., & Mallen, C. D. (2014). Extending the authority for sickness certification beyond the medical profession: the importance of ‘boundary work’. *BMC Family Practice*, 15(1), 1–11.

3. Expertgruppers samarbete med linjechefer

– om samarbete som identitetsskapande processer

Roy Liff och Ewa Wikström

Sammanfattning

Kapitlet belyser hur företagshälsovårdens experter ska agera för att uppnå en strategisk partnerroll i relation till linjecheferna för att ha inflytande på beslut och insatser. Här presenteras resultaten av en kvalitativ studie baserad på intervjudata och dokumentstudier under 2014–15. Chefer och medarbetare inom samtliga företagshälsovårdsteam verksamma inom Västra Götalandsregionen intervjuades, liksom chefer och HR-strateger involverade i regionens huvudverksamheter. Analysen av det insamlade materialet har väglett av en teoretisk föreställning om hur FHV-experter söker skapa sin yrkesidentitet för att vinna nödvändigt erkännande bland chefer så att deras synpunkter och förslag beaktas. Studien har utgått från de erfarenheter som berörda experter 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. Genom jämförelser av framgång i utfall av hur strategiska tjänsterna uppfattas har betydelsen av olika förutsättningar för arbetssättet och arbetssättet i sig analyserats.

Resultatet av studien visar att för rehabiliteringstjänsten uppnådde företagshälsovården en position som strategisk partner medan detta för hälsofrämjande tjänster/insatser inte alls uppnåddes. För det förebyggande arbetet uppnåddes ett mellanläge mellan dessa ytterligheter. För att uppnå ett strategiskt partnerskap måste FHV-experterna uppnå en hög grad av *likhet* i relation till cheferna avseende länkning till den operativa verksamhetens processer och strategier. De måste samtidigt uppnå en hög grad av *skillnad* avseende koncept och problemlösningsmetoder och professionella attribut. Olikt många tidigare studier visas här att svårigheten inte ligger i att skapa likhet, utan i att skapa skillnad. I fallet rehabilitering, där man varit som mest framgångsrik när det kommer till att utveckla ett strategiskt partnerskap, 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. FHV-experterna använder dessa instrument i sitt arbete, för att utföra sina uppgifter. Cheferna är inte förtrogna med verktygen men accepterar dem som grundade 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.

Minst framgångsrik i vad avser att uppnå en strategisk position har man varit när det kommer till hälsofrämjande insatser. Det kan tolkas som att FHV-experterna inte har någon tydlig, känd identitet eller kunskap om generella organisatoriska frågeställningar. De saknar med andra ord likhet, men de särskiljer sig heller inte på ett påtagligt sätt. Chefer och andra aktörer har ingen klar bild av FHV-experternas specifika kompetens inom det hälsofrämjande området. Till detta kommer att i den miljö FHV-experterna till största delen ska bistå inom, sjukhusorganisationer, råder en mycket distinkt medicinsk logik. Det är därför inte realistiskt att med nuvarande förutsättningar – med en vag begreppsapparat kring hälsofrämjande och organisatoriska frågeställningar – hävda en skillnad som berättigar FHV-experterna att göra sin kunskap gällande. Vi drar slutsatsen att vare sig cheferna eller FHV-experterna själva upplever en hög grad av likhet eller skillnad inom det här området. Även om denna studie avser FHV-experter och endast i en specifik organisatorisk kontext anser vi att det är möjligt att göra analytiska generaliseringar som gäller HR-strategier och andra miljöer där semiprofessionella experter söker öka sitt strategiska inflytande över beslut i chefers operativa beslutsfattande.

Inledning

Föreliggande kapitel fokuserar hur experter i företagshälsovården kan uppnå en strategisk partnerroll i relation till linjecheferna i de verksamheter som de har kontakt med för att ha inflytande på beslut och insatser genom ett strategiskt partnerskap. Vi använder oss av Caldwell's (2003) definition av HR:s strategiska partnerroll, som innebär att vara en proaktiv rådgivare som försöker länka expertstrategier med affärsstrategier. Den strategiska partnerrollen är med denna definition möjlig att knyta till experters samarbete med linjechefer oavsett deras hierarkiska position. Vår forskning fokuserar på hur inflytande utövas i ett strategiskt partnerskap genom hur parterna i ett sådant söker framställa sin identitet och söker få acceptans för denna hos motparten. Många expertgrupper i stora organisationer försöker utöva inflytande över beslut och insatser i verksamheterna. Ett exempel på detta är HR-experter som framhäver sin expertkunskap i syfte att bli strategiska partners med linjechefer. Det har varit mycket diskussion om de ansträngningar som HR-experter gör i det avseendet, men det finns få liknande studier om FHV-experters motsvarande ansträngningar. HR-experterna är normalt verksamma inom samma organisation som de linjechefer de söker utveckla ett strategiskt partnerskap med. FHV-experterna däremot tillhör möjligen samma koncern, men inte samma organisation. Denna skillnad kan tänkas påverka förutsättningarna för FHV att skapa ett strategiskt partnerskap. Vi återkommer i slutet av kapitlet med reflektioner kring på vilket sätt denna skillnad kan tänkas försvåra eller underlätta för FHV-experterna i deras strävanden. Pritchard (2010) har analyserat de dilemman som uppstår när olika faktorer hämmar eller förstärker möjligheterna att uppnå ett strategiskt partnerskap mellan chefer och expertgrupper.

Förhållandet mellan HR-experter å ena sidan och första linjens chefer, mellanchefer och chefer på den högsta ledningsnivån å andra sidan är en viktig fråga i diskussionen om vad som påverkar organiseringen av verksamheter: Är en positiv relation mellan experter och chefer avgörande för strategiskt partnerskap? Purcell och Hutchinson (2007) uppmärksammar att en ökning av första linjens chefers personalledningskompetens och av HR-cheferns förmåga att kommunicera strategiska organisatoriska mål bland de anställda skulle kunna stärka relationen. Pritchard (2010) konstaterar att tidigare försök att undersöka de ansträngningar som experter gör i syfte att bli strategiska partners med chefer oftast har haft ett rollperspektiv, det vill säga har utgått från HR-cheferns uppgifter såsom dessa har definierats i arbetsbeskrivningar. Hon föreslår att expertens sätt att få inflytande i stället skulle kunna betraktas som vad hon benämner ett aktivt identitetsarbete snarare än som en fråga om förändrad rollbeskrivning eller som nya uppgifter inramade i nya arbetsbeskrivningar. Pritchard konstaterar vidare att experters identitetsarbete återspeglas i deras samtal och interaktion i det dagliga arbetets aktiviteter. Hon föreslår ett alternativt perspektiv som fokuserar på den sociala konstruktionen av identitet snarare än på förändringar i rolldefinitioner eller befattningsbeskrivningar. I vår diskussion om hur experter – såsom FHV och HR – försöker bli strategiska partners till linjechefer utgår vi från Pritchards identitetsarbetsperspektiv. Vi lyfter det strategiska partnerskapet genom att fokusera på expertkunskap och ledningskunskap i strategiskt beslutsfattande. Vi har två grundläggande frågeställningar: (1) Hur kan FHV:s experter uppnå större inflytande i de verksamheter/kundorganisationer de tjänar; och (2) vilken roll, om någon, spelar identitetsarbete i denna process? De data som studien baseras på samlades in genom intervjuer med: (1) FHV-experter, (2) HR-personal i Västra Götalandsregionen och (3) linjechefer i en beställarorganisation.

Kapitlet är disponerat på följande sätt: Först finns en genomgång av litteraturen om tidigare resultat från studier om experter och deras växelverkan med chefer, inklusive vilka undersöknings- och analysmetoder experterna utvecklar tillsammans med linjechefer för att passa till de problem som linjechefer ska lösa. Därefter presenteras det teoretiska ramverk som vi har använt för att analysera våra data från fältstudien. Detta ramverk inkluderar allmänna teorier om social identitet och utmynnar i operativa begrepp för experters identitetsarbete. Vi presenterar sedan studiens organisatoriska sammanhang och forskningsmetoden, följt av en redovisning av de viktigaste resultaten av intervjuerna och observationerna. Resultatet analyseras med hjälp av den teoretiska referensramen avseende hur FHV-experterna försöker skapa sin identitet genom att uppvisa likhet respektive olikhet med de linjechefer som de ska samarbeta med, samt hur linjechefer uppfattar FHV-experternas positioneringshandlingar i deras identitetsarbete. Kapitlet avslutas med en diskussion om konsekvenserna av vår forskning för förståelsen av ett strategiskt partnerskap där både experter och chefer söker framställa sin identitet och få acceptans för denna hos motparten.

Experter och deras interaktion med chefer

En traditionell utgångspunkt i organisationslitteratur är att det i organisationer finns två huvudkategorier befattningshavare – chefer och experter – som interagerar i de beslutsprocesser som rör hur organisationen ska styras. Experter har omfattande kunskap eller förmåga inom ett visst område som är baserat på forskning, yrkeserfarenhet eller professionsutövande, och de utgör en del av den miljö som linjechefer verkar i. Interaktionen mellan dessa två kategorier, som har olika positioner och kompetens, förefaller dock problematiskt enligt många studier (McGuire, Stoner & Mylona, 2008; Thilander, 2013).

Experternas största svårighet tycks vara bristande förmåga att påverka linjechefernas operativa och strategiska beslutsfattande, och chefernas största svårighet är kontroll över eller samarbete med experter så att deras kompetens kan komma till användning för chefernas uppdrag. Några förklaringar till dessa svårigheter är förknippade med centralisering: En uppfattning är att ju mer centraliserad en organisation är desto mer isolerade är chefslinjen ofta från sina experter (som är placerade i centrala staber), och desto mindre inflytande har experterna över det operativa beslutsfattandet (Cacciatori & Jacobides, 2005). En annan förklaring antyder att experternas oklara roller gör det svårt för dem att få uppmärksamhet och erkännande. Procter och Currie (1999) hävdar att denna problematik för till exempel HR-experters roller hänger samman med att dessa roller inte kan fastställas baserat enbart på krav definierade utifrån personalfunktionen; snarare måste de definieras i samverkan med chefer och andra. Om HR-experter eller FHV-experter ska bli strategiska partners till chefer, och inte enbart en kraft för yttlig förändring, måste de förstå hur andra aktörer ser dem och deras tolkningar av händelser som inträffar i förändringsarbetet. Caldwell (2003) drar slutsatsen att HR:s roll som strategisk partner visas som en mer proaktiv roll som rådgivare och som fokuserar på att anpassa HR-strategier och affärsstrategier. Truss (2009) frågar varför så många forskare har funnit att det är svårt för HR-avdelningar att uppnå en strategisk roll. Hon hävdar att rollen som HR-expert formas i en medskapandeprocess, tillsammans med individer och grupper utanför HR och genom informella och framväxande arbetssätt. Således, enligt Truss, är resultatet av HR-avdelningars rollpositionering oförutsägbart; även om det är möjligt för dem att uppnå strategiska positioner, så gör de sällan det. En kategori av experter uppfyller kriterier för att benämnas professionsutövare. När man ska definiera vad som menas med experter och professionsutövare så märker man att dessa har mycket gemensamt. Experter är personer som inom ett område förväntas kunna göra bedömningar av en kommande utveckling eller scenario, exempelvis vädermeteorologer, medan professionsutövare definieras som personer som använder speciell formell kunskap, ofta evidensbaserad kunskap och praktik, i sitt arbete och att denna kunskap har tillägnats genom en standardiserat utbildningsprogram (se t.ex. Brint, 1994). Det innebär att professionsutövare är experter, men att det omvända inte nödvändigtvis gäller.

En annan förklaring kommer från professionslitteraturen. De professionella gruppernas övertygelse om att de har exklusiv kunskap och kompetens gör att de tenderar att utöva "professionell dominans" över aktörer utanför sin profession (Freidson, 1970). Samarbete över yrkesgränserna blir svårare om de professionella är ovilliga att överväga vad andra aktörer ger uttryck för. Dessa förklaringar framställer professionella experter som annorlunda och olika jämfört med andra organisatoriska aktörer (såsom chefer), vilket skapar en del av experters svårigheter att utöva inflytande utanför sina specialområden. Ett annat forskningsfält – som också understryker vikten av likhet – handlar om hur experter söker påverka beslutsprocessen genom "sakfrågeförsäljning" (Dutton, Ashford, O'Neill & Lawrence, 2001).

Detta handlar enligt Dutton et.al. om att experter förpackar sakfrågor med lösningsförslag, vilket innebär att de riktar ett meddelande som passar in i företagets affärsplan, eller i annat beslutsunderlag, och presenterar detta underbyggt med ordnade fakta i ett format som passar in i affärsplanen. För en framgångsrik sakfrågeförsäljning betonar Dutton et al. också deltagande, där sakfrågesäljaren söker samordna sina insatser med aktörer som har mål och intressen som liknar de egna, och dessutom visar förmåga till timing, det vill säga väntar på rätt tillfälle att ta upp en fråga på företagsledningens agenda. Dutton et al. (2001) menar att framgångsrik sakfrågeförsäljning bygger på relationsbyggande med beslutsfattare inom organisationen, samt på kunskap om vad dessa beslutsfattare anser vara gångbart (normativ kunskap) och av strategisk betydelse för att organisationen ska kunna nå sina mål (strategisk kontextuell kunskap). För att kunna åstadkomma detta anser Dutton et al. att experten behöver använda en mängd olika åtgärder. De behöver bland annat hålla sina chefer informerade och framhärda i sina försäljningsinsatser, och samtidigt tänka på timing för att avgöra när de ska sälja och när de ska hålla tillbaka. I Hall, Mikes och Millo 2015) studie vidareutvecklas idén om experters sakfrågeförsäljning. Det är inte riktigheten i experters information i sig som är avgörande för om de ska ha inflytande eller inte, hävdar de, utan snarare deras "kommunikationsförmåga" och deras "personliga engagemang" (s. 19). Således blir experter inflytelserika genom sådana formella procedurer som möten och sådana informella procedurer som skapas i tillitsfulla relationer.

Dessa förklaringar riktar uppmärksamheten mot att experter ansluter/anpassar sig till linjecheferns organisatoriska kunskap, gör sina metoder synliga men också visar sin unika kompetens i en relation till chefernas problemdefinition. Chefer kan sedan kommunicera på samma nivå som denna unika expertkompetens och experter kan samtidigt betona både sina likheter och olikheter i förhållande till chefernas bekymmer och problem, i syfte att uppnå ett erkännande och inflytande (Czarniawska, 2006).

Med detta kommer vi fram till att expertens sätt att nå inflytande, såsom Pritchard (2010) framförde, kan betraktas som ett aktivt identitetsarbete. Ett antal grundläggande frågor kan då ställas: Dominerar experterna cheferna (eller tvärtom), eller är det ett samspel mellan de två identiteterna? Har FHV-experterna lika mycket inflytande över cheferna som HR-experterna har? Anser experterna att deras kompetens tillvaratas och inverkar på linjechefernas beslutsfattande, och anser linjecheferna att experterna ägnar sig åt att försöka lösa de problem de möter i sitt arbete? För att finna svar på dessa frågor kan experters identitetsarbete studeras som en social konstruktion av identitet så som det återspeglas i deras samtal och interaktion i det dagliga arbetet tillsammans med linjechefer. I vår studie diskuteras vad som påverkar vilken identitet experterna söker skapa i sin arbetsrelation till linjecheferna, och vilken identitet cheferna uppfattar att experterna har. Diskussionen förs utifrån hur experterna söker bygga sin identitet med hjälp av likhet och olikhet i sitt arbete i förhållande till linjecheferna.

Identitetsarbete

Som Jenkins (2008) hävdar är likhet och olikhet de dynamiska principerna för en individs ansträngningar att skapa sin identitet. Det antas ske i en ständigt pågående process och har definierats som det självidentitetsarbete som "formar, reparerar, underhåller, förstärker eller reviderar själv/jag-konstruktionerna som skapar en känsla av sammanhang och egenart" (Sveningsson och Alvesson, 2003, s 1165).

Det kan antas att det finns en inneboende spänning hos individen i strävan efter både likhet och olikhet (Lewis, 2000; Jenkins, 2008). Identitetsarbete är således primärt knutet till självidentitet, det vill säga till individens uppfattning om sig själv. Det är dock möjligt, hävdar Watson, att ge mer analytisk kraft till begreppet identitetsarbete om det också handlar om hur individen arbetar på sin yttre identitet, det vill säga hur individen söker framställa sig själv inför andra. I själva verket har identitetsarbete ansetts som en kamp mellan att "hantera motsättningar och konflikter mellan självbilden och externa krav och villkor" (Alvesson, 2010, s 199). Det exemplifieras i tidigare studier där manövrering mellan motstridiga krav har undersökts bland präster (Kreiner, Hollensbe & Sheep, 2006) och chefläkare (Andersson, 2015).

Diskurs, det vill säga sättet att tala om andra och deras arbetsmetoder, är ett verktyg som kan användas för att påverka andra individers sätt att forma sin identitet. Det fungerar också som en "identitetsbegränsning", som när chefer försöker påverka de anställdas självidentiteter genom att ange vilka motiv de bör ha för sitt agerande, och vilken moral och värderingar de ska ansluta sig till (Alvesson & Willmott, 2002). Identitetsarbete kan påverkas av diskursiva konstruktioner men även av materiella arrangemang. Pratt och Rafaeli (1997) har hävdats att den klädsel som anställda bär (utifrån exemplet sjuksköterskor) visar på deras identitet – deras uppdrag, deras hierarkiska position och de tjänster som de tillhandahåller. En viss klädsel vid yrkesutövandet innebär ett användande av symboler med identitetskonsekvenser.

Ett annat materiellt arrangemang som bidrar till identitetsskapande är själva arbetsplatsen. Brown och Humphrey (2006) hävdar att människor använder berättelser om "arbetsplatsen" för att kommunicera och tilldela centrala särdrag om deras organisation och tillskriva mening åt de organisationer de arbetar i, för att på så sätt konstruera sin egen identitet. När människor försöker skapa förutsättningar för sitt handlande formar de arbetssätt som blir en del i deras identitetsarbete (Giddens, 1991). Således konstruerar arbetsmiljön de arbetsrelaterade identiteterna, de professionella och ledningsrelaterade identiteterna, som utgör människors sociala identiteter på arbetsplatsen (Crafford, Adams, Saayman & Vinkenburg, 2015).

I vår analys av FHV-experters identitetsarbete, antar vi i likhet med Kreiner et al. (2006) att människor både vill skapa likhet i relation till andra på sin arbetsplats (man strävar efter "att tillhöra", för att använda Kreiners ord) och samtidigt framhålla sin olikhet i exempelvis i sin kompetensprofil ("att framstå som unik") jämfört med andra. Både formandet av likhet och olikhet förhandlas fram i de sociala strukturer som finns i en organisation, exempelvis inom en arbetsgrupp eller i relation mellan olika avdelningar, eller mellan olika organisatoriska nivåer i en verksamhet. Följaktligen fokuserar vi på hur identitetsarbete konstruerar motsatsförhållanden och komplementaritet mellan expertgruppen och andra grupper, genom att experterna söker framhålla både olikhet och likhet i förhållande till andra. För att analysera FHV-experters identitetsarbete måste vi utveckla ett teoretiskt ramverk med operativa begrepp för experters identitetsarbete.

Operativa begrepp för experters identitetsarbete

I denna studie kombinerar vi Duttons (2001) begrepp och idéer om sakfrågeförsäljning och Hall et.al. (2014) begrepp om gemensam verktygstillverkning. Två dimensioner av likhet kan konstrueras: *strategisk länkning* och *processlänkning*.

Strategisk länkning kan indelas i två underkategorier: paketering och kommunicerbarhet /meningsskapande. Med paketering avses att expertens budskap länkas till organisationens strategiska arbete och presenteras i rätt skede och rätt form, exempelvis relaterat till konkreta situationer eller frågor som finns i verksamheten och som är av intresse för chefer (analys av handlingar relaterat till ett sammanhang). Med kommunicerbarhet och meningsskapande avses tillvägagångssätt för att övertyga chefer om att använda experternas metoder. Chefer ska hjälpas att förstå de förutsättningar som råder för deras verksamhet genom att de använder sig av experternas metoder. Processlänkning innebär att rätt personer involveras i de processer experten vill starta för att göra sin kompetens gällande. Det handlar också om timing, om att experterna engagerar sig personligen, samt om att de synliggör sina handlingar och prestationer. Utifrån teorier om professioner (Freidson, 1970, 2001), kan vi skapa två dimensioner av olikhet: *differentiering genom verktyg* och *professionella attribut*.

Differentiering genom verktyg avser exponering av teoretiskt grundade modeller och konceptualisering av kunskaper, som visas i arbetsmetoder (evidensbaserade metoder). Professionella attribut, med subkategorier, avser användningen av professionell jargong (ett institutionaliserat fackspråk) och yttre markörer (undersökningslokaler, klädkoder och åberopande av formella positioner som till exempel medicinskt ansvar). För att avgöra hur chefer uppfattar balansen mellan likhet och olikhet använder vi Czarniawskas (2013) benämning på aktörernas identitetsarbete: positioneringshandlingar. Czarniawska menar att förhandlingarna om ”jaget” beror på två huvudtyper av positioneringshandlingar.

Den ena typen av positioneringshandlingar är attributiv positionering, som hänvisar till hur aktörerna (exempelvis linjechefer) tillskriver andra aktörer deras position (exempelvis experter). Den andra är självpositionering, som hänvisar till hur aktörerna (experter i detta fall) positionerar sig själva. De två viktigaste utfallen av en individs positioneringshandlingar är att positionen accepteras av omgivningen eller ifrågasätts/förkastas. Vi betraktar i analysen en kombination av accepterad attributiv positionering och accepterad självpositionering som den situation i vilken aktörerna har lyckats balansera likhet och olikhet i sitt identitetsarbete.

Sammanfattningsvis, vi fokuserar i studien experters arbetsidentitet (social identitet). Det gör vi med hjälp av dimensioner för skapandet av likhet genom strategisk länkning, med de två underkategorierna paketering samt kommunicerbarhet/meningsskapande, och processlänkning. Vi gör det också med dimensioner för skapandet av olikhet genom differentiering av verktyg och användande av professionella attribut, med de två underkategorierna professionell jargong och yttre markörer (se Dutton, 2001; Hall et al., 2014). Vi har också analyserat i vilken utsträckning en balans har uppnåtts mellan självpositionering och attributiv positionering (Czarniawska, 2013).

Likhet	Olikhet
Strategisk länkning - Paketering - Kommunicerbarhet/meningsskapande	Differentiering genom verktyg
Process- Länkning	Professionella attribut - Professionell jargong - Yttre markörer

Figur 6. Betydelsen av likhet och olikhet i samarbeten mellan experter och linjechefer.

Forskningsmetoder

I det inledande kapitlet beskrivs den företagshälsovård (H&A) som är föremål för vår fallstudie samt de HR-funktioner som finns i de olika kundorganisationerna. Där beskrivs även relevanta förändringar i förväntningarna på företagshälsovården i Sverige i allmänhet och i Västra Götalandsregionen i synnerhet. 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.

Vi har använt en kvalitativ metod med en tolkningsanalys. Tolkningarna har gjorts utifrån förståelsen om experters samarbete med chefer och utifrån teorier om identitetsarbete. Intervjudeltagarna var FHV-experter, verksamma inom Västra Götalandsregionens interna enhet H&A, samt linjechefer i kundorganisationer inom regionen med ansvar för sina anställdas arbetsmiljö. Vi intervjuade också HR-experter med en strategisk inriktning (organisationskonsulter – ofta psykologer – och hälsoutvecklare), eftersom de ofta är inblandade i interaktion mellan H&A:s experter och linjecheferna.

Studien bygger på uppgifter som inledningsvis samlades in från fyra fokusgruppsintervjuer på H&A (Silverman, 2013), en med ledningsgruppen och tre med grupper bestående av en mix av de professionella grupper som finns på H&A. Dessa grupper antogs ha den bästa överblicken över alla de metoder som H&A tillämpar i samtliga de organisationer inom Västra Götalandsregionen där de är verksamma. Dessa intervjuer gav preliminära data för vägledning av de individuella intervjuerna, men gav också tillfälle till observationer av interaktionen mellan de intervjuade (Morgan, 1997).

Vi genomförde därefter 40 individuella kvalitativa intervjuer: 17 med FHV-experter, 8 med linjechefer och 15 med HR-personal i kundens organisation. Datainsamlingen avslutades med en fokusgruppsintervju med ledningsgruppen för H&A, som en form av uppföljningsintervju för att vidareutveckla specifika delar av analysen av intervjurens resultat, exempelvis resultat med beskrivningar av händelseförlopp som kunde analyseras som en förebyggande insats men där vi saknade specifik data om varje del i sådana händelseförlopp. De inledande fokusgruppsdiskussionerna och de individuella intervjuerna uppmärksammade det sätt på vilket experter och linjechefer väljer att beskriva och förstå verksamheten och hur de uppfattar sitt samarbete med varandra. Vi bad också båda kategorierna av deltagare, FHV-experter som servicelämnare och HR-personal/ linjechefer som kunder, att reflektera över personliga erfarenheter av samarbetssituationen. Det gjordes med öppna frågor följda av frågor som syftade till att uppmuntra rika, detaljerade svar och för att minska allmänna och teoretiska utvecklingar. Syftet var att samla material om deltagarnas egna upplevda erfarenheter och sådana händelser som de bevittnat.

Vid de inledande fokusgruppsintervjuerna verkade deltagarna ibland förvånade över varandras svar och det förekom att de korrigerade varandras svar. Intervjuerna gav således både beskrivningar och uppvisningar av pågående identitetsarbete och identitetskamp. Deltagarna angav vad de betraktade som ideala situationer i sin egen praktik, hur de agerade i olika situationer, vad de ville uppnå genom sitt agerande, och vad de uppfattade som hinder. I den avslutande fokusgruppsintervjun, som igen var med ledningsgruppen för H&A, ägde rum två år efter den första, presenterades den ovan beskrivna teoretiska referensramen med de angivna operationaliserade begreppen för analysen. Uppgiften till deltagarna var att generera exempel på uttryck för hur de arbetar för att skapa likhet respektive olikhet, vägleda av teorins begrepp. På det sättet berikades studiens empiriska resultat.

Vidare ombads fokusgruppsdeltagarna att göra en samlad bedömning för vardera av de tre tjänsterna ur vilka de lyckas skapa olikhet och olikhet och ställt i relation till hur de uppfattar att dessa positioneringsförsök bemöts av de linjechefer/HR-experter som de samarbetar med. Resultatet av denna del av fokusgruppsintervjun kommenteras i anslutning till figuren nedan. Fokusgrupperna användes således inledningsvis i ett explorativt syfte, och avslutningsvis som en metod för att pröva och bekräfta tolkningar vi gjort under studiens gång (Stewart, Shamdasani & Rook, 2007).

Analys och presentation av data

Efter datainsamlingen utvecklade vi ett teoretiskt ramverk, med utgångspunkt i litteraturen, som introducerade nya begrepp i analysen. Vi var särskilt intresserade av om datan påvisade en strukturering av arbetssätt som skulle kunna tolkas som processer där parterna söker framställa sin identitet och söker få acceptans för denna hos motparten. Det andra steget var en analys av intervjudata med hjälp av det teoretiska ramverket om likhet och olikhet som vår guide. De tidigare beskrivna begreppen strategisk länkning och processlänkning användes för att analysera likhet, och begreppen differentiering genom verktyg och professionella attribut användes för att analysera olikhet.

Det tredje och sista steget innebar en sammanställning av experternas positioneringshandlingar och ansträngningar att bli en strategisk resurs och partner till linjecheferna. Under detta steg uppmärksammades dessa ansträngningar för vardera de tre verksamhetsgrenarna; rehabiliteringsarbete, förebyggande insatser och hälsofrämjande åtgärder. Egenskaperna hos positioneringshandlingarna analyserades med hjälp av Czarniawskas (2013) duala positioneringshandlingar: attributiv positionering och självpositionering. Slutligen identifierades ett urval av intervjuutsagor som exempel och kommentarer för att illustrerar våra tolkningar.

Figur 7 ”Insatser, identitetsarbete och empiriska exempel”, ger en översiktsbild av resultatet från analysarbetet. I avsnittet som följer efter tabellen ges en utförligare beskrivning av resultaten från studien.

Insatser	Likhet		Olikhet		Exempel
	Strategisk länkning ³	Processlänkning	Differentiering genom verktyg	Professionella attribut ⁴	
Rehabilitering	I relation till chefers ansvar och lagstiftningen Ex. Rehabiliteringsplan för den anställda	Chefer, företagsläkare, sköterskor, och HR-specialister	Rehabiliteringsplan, särskilda diagnosverktyg (ADA, Luxus)	Arbetsförmågebedömning Medicinsk terminologi Klädkod	Chefer initierar kontakt direkt med HR: "Frågor som rör arbetslag-stiftning och att göra det rätta i rehabilitering av en anställd." Chefer initierar kontakt direkt med FHV: "Frågor som rör att ordna ett möte med en anställd och göra det rätta i rehabiliteringen av en anställd."
Förebyggande	I förhållande till linjechefer ansvar beträffande arbetsmiljön och linjechefer formella arbetsuppgifter med förebyggande verksamhet	Processanpassning bland linjechefer, HR-strategier, och FHV-chefer	Ergonomisk genomgång och justering, hälsoprofiler föreläsning om livsstil och ledarskap, Vaccination Metodik för konfliktlösning (org. konsulter)	Medarbetarenkäter, Eget språk kopplat till arbetsmiljö (ergonomer, och hälsoutvecklare)	Förebyggande: "Ergonomisk anpassning av arbetsplatsen", "Fruktkorgar och promenader under raster", "Vinlådor och helgrutiner", och personalfrågor från ett finansiellt perspektiv: "Argumentera i linje med ett finansiellt perspektiv och se medarbetarnas hälsa som en kostnadsminskning."
Hälsofrämjande	Få empiriska exempel, Deltar i särskilda satsningar, projekt, punktinsatser som rör hälsofrämjande	Få empiriska exempel, dock genom utbildning, soppluncher	Få empiriska exempel på specifika koncept	Referenser till begreppet salutogent. Anknäpning till ISM, som är VGR:s kunskapscentrum i dessa frågor. Ny yrkesgrupp - hälsoutvecklare	Handledning av chefer i hälsofrämjande ledarskap Kontinuerlig dialog med chefer om värderingar och hur trivsel på en arbetsplats kan skapas.

Figur 7: Insatser, identitetsarbete och empiriska exempel

³ Ex. Paketering, kommunicerbarhet/meningsskapande

⁴ Ex. Professionell jargong, yttre markörer

De tre huvudtjänsterna och formerna för strategiskt partnerskap

Vi använder de tre huvudsakliga arbetsmiljöinsatserna – rehabiliterande, förebyggande och främjande – för att beskriva och analysera former av strategiska partnerskap, med fokus på processlänkning, strategisk länkning och att skapa olikhet genom verktyg, professionella attribut, och språkliga uttryck/terminologi.

Rehabiliteringsinsatser

Den närmaste chefen leder det första steget i rehabiliteringsprocessen:

”Jag initierar kontakt med en sjuksköterska eller läkare vid företagshälsovården när en anställd i min enhet har varit sjukskriven under en längre tid. Först försöker jag att arbeta med den anställde själv ett tag, men om jag ser att det kan bli en lång sjukskrivning tar jag kontakt med min HR-partner och kontaktar Försäkringskassan. Därefter tar jag en inledande kontakt med företagshälsovården.”
(Första linjens chef⁵)

Om linjeföraren bedömer sina egna insatser som varande otillräckliga engageras således en sjuksköterska eller psykolog från FHV för att upprätta en rehabiliteringsplan. Experterna från FHV inleder sitt arbete med att göra en så kallad arbetsförmågebedömning av den långtidssjukskrivna medarbetaren. En sådan, som sker enligt arbetsmarknadsavtal, måste involvera en företagsläkare, vars bedömning är grunden för Försäkringskassans beslut om sjuksättning.

Vår studie ger ett antal exempel på denna typ av strategiskt partnerskap. Linjeförare tar ofta kontakt direkt med H&A och HR. Det handlar om (1) att ansluta insatsen till arbetslagstiftning för en anställds rehabilitering genom att arrangera ett möte med den anställda, tillsammans med denna planera för rehabiliteringsinsatsen, och sedan genomföra denna insats enligt beprövad erfarenhet; och (2) att samarbeta med HR, främst i utvärderingen av arbetsförmågebedömningar. Chefen har vanligtvis kontakt med H&A och beställer deras tjänster.

Rehabiliteringsplanen och utvärdering av arbetsförmågan återspeglar en medicinsk logik som syftar till en effektiv rehabilitering av medarbetare och att minska sjukskrivning. Våra resultat tyder på att likhet skapas genom en samarbetspraktik – där en medicinsk grund för legitimering av en rehabiliteringsplan sker – det strategiska partnerskapet omfattar chefer, företagsläkare, företagssjuksköterskor och HR-experter.

⁵ Vårdenhetschefer eller avdelningschefer

H&A-experter har etablerat sina sociala identiteter genom sina insatser för anställdas rehabilitering, och det finns ett tydligt samband mellan socialt tillgängliga diskurser inom rehabilitering som medicinsk-, sjukfrånvaro- och arbetsförmågediskurser och tydliga bilder av aktörernas unika kompetens, ansvar och positioner.

Processlänkning uppnås genom ett delvis standardiserat samarbete mellan HR, verksamhetsansvarig, Försäkringskassan och FHV-experter, med ett individuellt ansvar steg-för-steg. H&A-kostnader fastställs årligen genom avtal med kundorganisationerna. Insatsen bygger på användningen av beprövade medicinska kunskaper i de anställdas rehabilitering. Den länkar det professionella expertkunnandet till chefers problem genom att sättas in i ett verksamhetssammanhang. Användandet av erkänd, allmänt känd kunskap är alltså en positioneringshandling, vilket visar att H&A kan ansluta till och komplettera andra yrkesgrupper. Det är ett annat exempel på att H&A:s experter länkar sina självidentiteter till tillgängliga diskurser som använder ett delvis standardiserat samarbete och gemensam medicinsk kunskap. Kopplingen av självidentiteter till tillgängliga diskurser skapar sociala identiteter som grund för strategisk länkning mellan experter och chefer tillhöriga olika organisationer (Watson, 2008).

Rehabiliteringsexemplen visar att FHV genom paketering och kommunicerbarhet skapar strategisk länkning i förhållande till cheferna, genom att ta hänsyn till chefernas lagstadgade uppdrag och deras ansvar för att förbereda anställdas rehabiliteringsplaner. Genom sin interaktion med H&A och HR angående utvärdering av anställdas arbetsförmåga och deras rehabilitering uppfyller cheferna sitt juridiska ansvar. H&A och HR etablerar således strategisk länkning i rehabiliteringsarbetet, i enlighet med chefernas formella uppdrag.

Olikhet skapas på flera sätt, bland annat genom att H&A använder sin professionella jargong. Rehabilitering definieras då som en professionell aktivitet med specifika tillvägagångssätt för samtalsterapi såsom psykologiska tester, formulär och protokoll. Härigenom uppnås olikheten genom differentiering av verktyg, varvid det skapas en bro mellan självidentiteter och tillgängliga diskurser. Detta är en viktig förutsättning i byggandet av sociala identiteter genom strategisk länkning med andra aktörer (Watson, 2008). Olikhet skapas också genom att rehabiliteringsplanen och bedömningen av den anställdes arbetsförmåga återspeglar differentiering av professionella attribut och deras specifika språkliga uttryck (professionell jargong) och som används av legitimerade professionsutövare samt att undersökningar sker på en läkarmottagning.

Likhet		Olikhet	
Strategisk länkning - Paketering - Kommunicerbarhet/ meningsskapande	Väl utvecklad avseende både paketering och kommunicerbarhet/ meningsskapande	Differentiering genom verktyg	Väl utvecklad
Processlänkning	Väl utvecklad	Professionella attribut Ex. professionell jargong och yttre markörer	Väl utvecklad avseende både professionell jargong och yttre markörer

Figur 8. Resultat för rehabilitering validerat genom uppföljande fokusgruppsintervju.

Förebyggande insatser

Det är vanligt för de anställda att vartannat år genomgå läkarundersökningar som omfattar konditionstester, blodprover och diskussion om hälsosamma vanor. Dessa undersökningar, ofta hälsoprofilanalyser, upphandlas från H&A av chefer i kundorganisationerna. Anställda med ohälsosamma vanor, eller som befinner sig i riskzonen för sjukdom, kan samtala med en hälsoutvecklare från H&A om fysiska och psykosociala faktorer. Som en första linjens chef berättade:

"Vi genomför hälsoanalyser och hälsoprofiler, tillsammans med FHV. Vi tittar på de anställdas stressnivå och välbefinnande, främst avseende medicinskt tillstånd: blodtryck och blodfetter, till exempel."

Dessa analyser registreras för uppföljning. Tjänsten omfattar ergonomiska justeringar av arbetsplatser, rekommendationer om fruktkorgar och promenader under arbetspauser, diskussioner om de negativa medicinska aspekterna av vissa levnadsvanor och finansiella argument för att stödja fördelarna med en sund personalgrupp. Det utökade paradigmet kräver samverkan mellan chefer, HR och H&A. Likhet skapas genom *processlänkning* då hälsoprofiler ingår i det årliga avtalet och budgeten enligt överenskommelsen med HR-chefer från kundens organisation eller med förvaltningschefer. Vidare skapas likhet genom att H&A gör en *strategisk länkning*, det vill säga paketerar och kommunicerar tjänsten på ett sätt som tar hänsyn till chefernas ansvar för arbetsmiljön, inklusive anställdas förebyggande aktiviteter, när de preventiva insatserna har delegerats till H&A. Olikhet skapas genom att H&A använder sig av *differentiering genom verktyg* genom testprotokoll, medicinsk diagnosteknik, analyser av hälsoprofiler, ergonomiska behandlingar, föreläsningar om levnadsvanor och sådana strukturerade behandlingar som olika former av stödsamtal. De använder också *professionella attribut* och professionell jargong som yttre markörer när de anställda möter företagsläkare och sjuksköterskor i en medicinsk professionell miljö. H&A konstruerar broar mellan självidentiteter och tillgängliga diskurser i sitt förebyggande arbete, som använder noggranna verktyg, professionella attribut och yrkesspråk (Watson, 2008).

Likhet		Olikhet	
Strategisk länkning - Paketering - Kommuniserbarhet/ meningsskapande	I viss mån utvecklad avseende både paketering och kommuniserbarhet/ meningsskapande	Differentiering genom verktyg	Väl utvecklad
Processlänkning	Väl utvecklad	Professionella attribut Ex. professionell jargong och yttre markörer	I viss mån utvecklad avseende både professionell jargong och yttre markörer

Figur 9. Resultat för förebyggande insatser validerat genom uppföljande fokusgruppsintervju.

Hälsofrämjande insatser

Denna studie rymmer relativt få exempel på arbete och samarbete när det kommer till hälsofrämjande insatser. Exempel som rör rehabilitering och förebyggande insatser är inriktade på enskilda medarbetare och ofta ur ett medicinskt perspektiv.

Hälsofrämjande insatser handlar däremot ofta om åtgärder som berör arbetsorganisationen, organisationsstrukturer och arbetsmiljöplanering (till exempel layout för vårdavdelningar och sjukhusbyggnader). HR uppvisar att de arbetar med aspekter på arbetsorganisationen genom att samarbeta med H&A, som förbinder H&A:s kompetens och expertkunskap med chefer om de frågor som tas upp i medarbetarenkäter.

”Ett exempel är arbetet med medarbetarundersökningen. Vi kan behöva börja med en dialog, men inte nödvändigtvis med någon från H&A. Jag vill att alla chefer ska känna att de har en HR-konsult för att diskutera sina svar med. Vi behöver också ha möjlighet att vända oss till H&A för komplexa situationer. Då behöver vi andra färdigheter. Så vi bestämde att erbjuda ’soppluncher’, där ledningspersonal kan träffas för att diskutera medarbetarundersökningar.” (HR-chef)

Hälsofrämjande insatser kan inkludera förändring av organisationsstruktur och arbetssätt. Det kan röra sig om att strategiska beslut fattas som ändrar strukturer eller rutiner för att hantera organisationens uppgifter: god patientvård, organisations logik som syftar till hållbart arbete, och skapandet av hälsosamma arbetsorganisationer. Ett projekt som uppmärksammade medicinska sekreterare (minskning av sjukfrånvaron och förbättrade arbetsvillkor) är ett av få exempel som vi har hört talas om där man betraktade H&A som en resurs i ett projekt som eventuellt skulle få konsekvenser för organisationsstrukturen. En HR-chef föreslog omorganisation – från en central avdelning till den ursprungliga strukturen, där medicinska sekreterare var kopplade till avdelningarna direkt och organisatoriskt. Två förberedande möten hölls innan vi anlände. Vid det första diskuterade HR-chefer syftet med projektet och sätt att arrangera förändringsarbetet.

Vårdenhetschefer inbjöds till det andra mötet. Under sex månader skulle medicinska sekreterare inbjudas att delta i projektgrupper för att analysera problem på arbetsplatsen och diskutera möjliga lösningar. Vi frågade på vilket sätt de diskuterande var tänkt att vara engagerad och då svarade HR-strategen:

"Jag tycker det är en bra idé att engagera de diskuterande tidigare i processen. De erbjuder olika ingångar. Nu kommer de in i ett mycket sent skede, när det kan vara för sent att rädda situationen eller lösa konflikten."

Denna studie har härutöver visat exempel på hur H&A medverkat i ett antal stora förändringsprocesser som kan ha börjat med nya byggnadsplaner, ändringar i rutiner eller nya ledningsmodeller. H&A har dock i dessa fall haft en än mer marginell roll än i exemplet med läkarsekreterarna.

Vårt övergripande intryck är att H&A har svårt att åstadkomma likhet genom processlänkning när det gäller hälsofrämjande insatser. H&A har svårt att komma in i chefernas processer när de försöker bygga sina insatser på organisatoriska eller psykologiska metoder. Det tycks som att cheferna uppfattar sådana insatser, som inte handlar om att ta itu med problem när de uppstår, som problematiska. Processlänkning i det hälsofrämjande arbetet kan inte uppnås genom överenskomna arbetssätt eller rutiner, som i rehabilitering; eller genom accepterade kontrakt där man sätter sina priser, som när det rör sig om förebyggande insatser. När det gäller hälsofrämjande arbete uppnås inte heller strategisk länkning med chefer. Användningen av H&A för att lösa organisatoriska problem verkar sporadisk och splittrad. Det verkar som om H&A ibland plötsligt "upptäcks" som en potentiell resurs. Chefernas diskussioner om medarbetarundersökningar och informella händelser såsom soppluncher kan emellertid förstås som en önskan att skapa processlänkning och strategisk länkning genom att sätta handlingar i ett sammanhang.

Ur ett identitetsarbetsperspektiv när det gäller hälsofrämjande insatser har FHV-experterna inte några sociala identiteter, och det finns diffusa diskurser om hälsofrämjande, vilket skulle kunna vara en orsak till deras svårigheter att skapa en processlänkning och strategisk länkning till cheferna. H&A kan inte skapa tydliga broar mellan socialt tillgängliga diskurser (diskurser om organisation, hälsofrämjande och hållbara organisatoriska metoder) och självidentiteter (tydliga bilder av sin unika kompetens, ansvar och positioner). Vidare har H&A svårt att skapa olikhet eftersom H&A saknar särskiljande verktyg som definierar hälsofrämjande som en yrkesverksamhet. Vissa chefer som vi intervjuade uttryckte att de särskilt skulle vilja arbeta med hälsofrämjande insatser och markerade områden som H&A skulle kunna utforska: strategiska beslut, organisatoriska strukturer och organisatoriska uppdrag, till exempel. Inte heller har chefer eller H&A- och HR-experterna några professionella attribut förknippade med själva arbetet; här saknas både en professionell jargong och yttre markörer som kan användas i kommunikationen om hälsofrämjande insatser.

Följaktligen saknar H&A nyckelvillkor – differentiering genom verktyg och professionella attribut – för att bygga sociala identiteter utifrån olikhet när det gäller hälsofrämjande insatser (Watson, 2008).

Likhhet		Olikhet	
Strategisk länkning - Paketering - Kommunicerbarhet/meningsskapande	Saknas, utom sporadiskt	Differentiering genom verktyg	Svagt utvecklade
Processlänkning	Saknas, utom sporadiskt	Professionella attribut Ex. professionell jargong och yttre markörer	Svagt utvecklad professionell jargong, och yttre markörer saknas

Figur 10. Resultat för hälsofrämjande insatser validerat genom uppföljande fokusgruppsintervju.

Resultat av positioneringshandlingar

I detta avsnitt, med hjälp av våra analyser av de tre typerna av tjänster, analyseras aktörernas positioneringshandlingar som identitetsarbete. Två viktiga dimensioner i identitetsarbetets positioneringshandlingar är attributiv positionering och självpositionering (Czarniawska, 2013). Attributiva positioneringshandlingar är en slags identitetspositionering som aktörer (organisationens linjechefer) uppfattar hos andra aktörer (H&A-expert). Självpositioneringshandlingar utgör den typ av identitetspositionering som aktörer uppfattar hos sin egen grupp.

Den attributiva positioneringen är den som speglas i föregående avsnitt genom kommentarer från chefer och HR-expert rörande H&A:s insatser. Den attributiva positioneringen då det rör sig om rehabiliteringsarbete kännetecknas av både hög grad av likhet och hög grad av olikhet. H&A accepterar och anpassar sig till chefernas positionering. Chefer och HR-expert som begär företagshälsovård förväntar sig att H&A samarbetar med dem i deras arbete med efterlevnaden av rehabiliteringslagstiftningen. När H&A vidtar åtgärder för att etablera sig som en strategisk resurs och partner i rehabiliteringsarbetet uppmärksammar de chefer på etablerad medicinsk kunskap och på evidensbaserad praktik, liksom på sin förmåga att samarbeta med HR.

I det förebyggande arbetet är den attributiva positioneringen av åtgärder inte lika stark som i rehabiliteringsarbetet. Det finns ingen lagstiftning som fastställer förfarandet för beslutsprocesser i det förebyggande arbetet eller fastställer kompetenskrav för dem som ska fatta beslut, som det gör för rehabiliteringsarbetet. Många frilansande experter, som redan är kända bland chefer i kundorganisationen, ger råd i hälsofrågor. I sin självpositionering verkar H&A ha en liten ambition att öka olikheten med de beställande cheferna. H&A strävar snarare efter en större länkning i processen.

Utfallet av den attributiva positioneringshandlingen av det förebyggande arbetet förefaller också accepterat, även om det förekommer på en lägre nivå av likhet och olikhet än för rehabiliteringsarbetet. Den attributiva positioneringen av hälsofrämjande arbete påvisar att H&A uppfattas ha en brist på både likhet och olikhet. Linjechefer, HR-experter och H&A-experter kan inte gemensamt ansluta till hälsofrämjande arbete. H&A-experter som vill bli bättre länkade strategiskt tar ibland initiativ tillsammans med HR-chefer, exempelvis till att arrangera soppluncher med linjechefer. H&A förefaller ha svårt att acceptera den positionering som andra gör av deras hälsofrämjande arbete (tillskriven positionering). Men vi finner ingen indikation på initiativ som har lyckats öka olikheten i det hälsofrämjande arbetet. Figur 11 sammanfattar analysen av olika positioneringshandlingar.

Typ av positionering Typ av situationer	Tillskriven positionering	Egen positionering	Resultat av positionering
Rehabilitering	Rehabiliteringsplaner	Medicinskt paradig	Accepterad positionering – som ett resultat av en kombination av olikhet och likhet
Förebyggande	Ergonomisk genomgång Hälsoprofiler Hälsoaktiviteter Föreläsningar om livsstil och ledarskap	Utvidgat medicinskt paradig	Accepterad positionering – som ett resultat av en kombination av olikhet och likhet. Men olikheten är inte så tydlig som i rehabiliteringsarbetet
Hälsofrämjande	Möjliga professionella attribut: strategiska beslut, organisatoriska strukturer, organisationens uppdrag, prioriteringar	Möjlig egenpositionering Organisatoriskt paradig	Ej accepterad positionering – som ett resultat av att det inte finns någon kombination av olikhet och likhet. Varken chefer eller experter kan koppla sitt arbete till hälsofrämjande

Figur 11. Positioneringshandlingar mellan experter och linjechefer.

Sammanfattningsvis, i det framgångsrika exemplet – rehabiliteringsarbete – kännetecknas den attributiva positioneringen av både likhet och olikhet. Den attributiva positioneringen och självpositioneringen är här nästan identiska, och konsekvensen av det är en accepterad positionering. Analyserna av förebyggande insatser påvisar positioneringshandlingar med både mindre likhet och olikhet jämfört med för rehabiliteringsinsatser. För denna tjänst är inte heller den attributiva positioneringen och självpositioneringen identiska. Den attributiva positioneringen visar inte lika hög grad av likhet som självpositioneringen gör. Men totalt sett belyser även de förebyggande insatserna en accepterad positionering. I motsats till rehabilitering och förebyggande åtgärder belyser analyser av hälsofrämjande insatser att vare sig den attributiva positioneringen eller självpositioneringen visar likhet eller olikhet.

Denna studie visar att de ansträngningar som FHV-expert gör för att bli en strategisk resurs i samarbetet med chefer involverar identitetsarbete med olika kombinationer av likhet (processlänkning och strategilänkning) och olikhet (differentiering genom verktyg och professionell jargong). Dessutom, när ett strategiskt partnerskap håller på att etableras med chefer, får de olika kombinationerna av likhet och olikhet konsekvenser för det strategiska partnerskapet. Ett framgångsrikt strategiskt partnerskap kännetecknas både av likhet och olikhet. Vi fann också att positioneringen är framgångsrik när experter och chefer accepterar positioneringshandlingar.

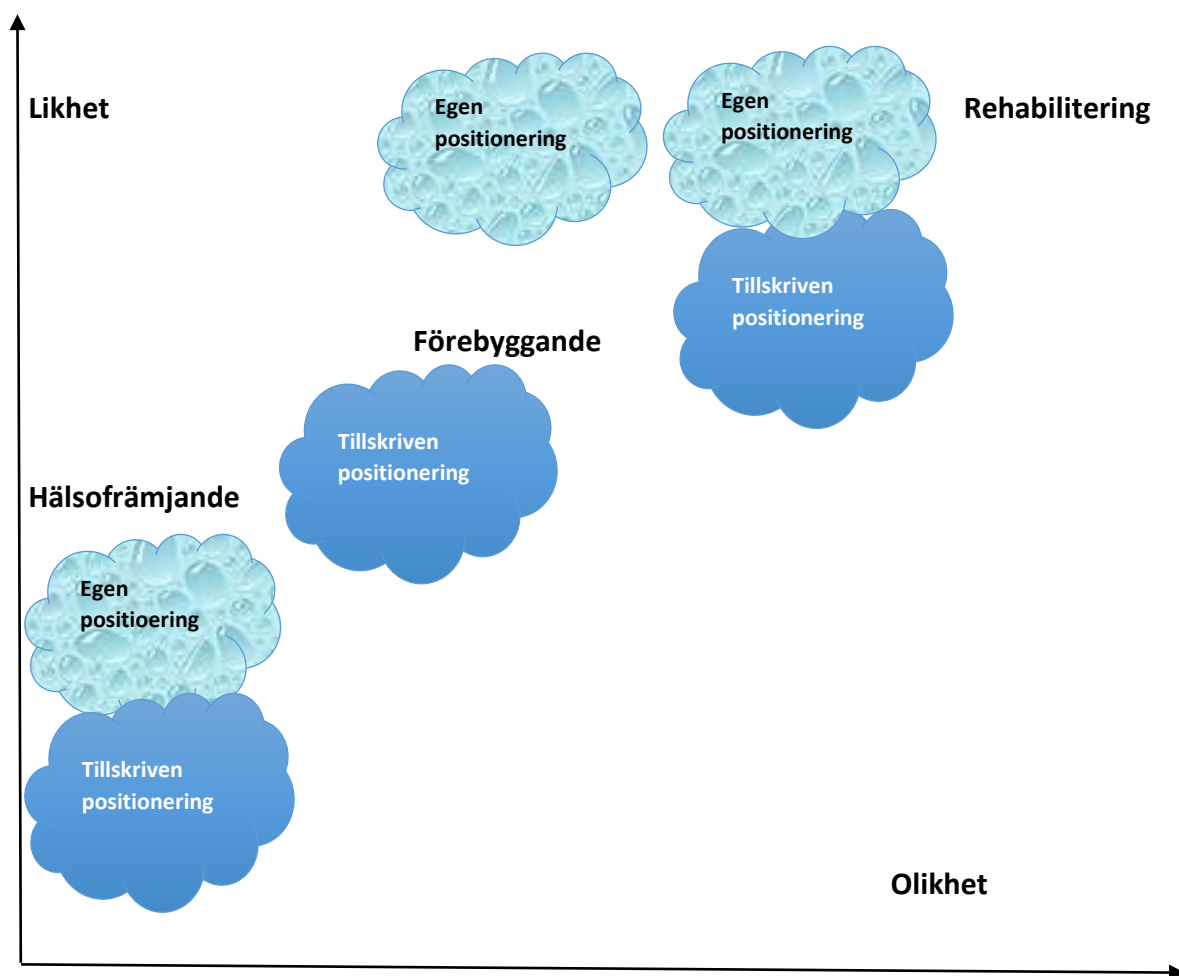
Diskussion och slutsats

Föreliggande kapitel har fokuserat två frågor: (1) Hur kan FHV:s experter uppnå större inflytande i de verksamheter som de har kontakt med; och (2) vilken roll, om någon, har identitetsarbete i denna process? Stora olikheter (differentiering genom verktyg och professionella attribut) och likhet (processlänkning och strategisk länkning) visade sig vara delar av accepterade positioneringsakter i upprättandet av ett strategiskt partnerskap. Vi hävdar att experternas interaktioner med första linjens chefer i deras rehabiliteringsarbete är ett uttryck för strategiskt partnerskap. Det överensstämmer med Caldwell's (2003) syn på HR:s strategiska partnerroll, som han menar handlar om att vara en mer proaktiv rådgivare som länkar HR-strategier med affärsstrategier. H&A-expert har fastställt nödvändiga organisatoriska samband med första linjens chefer i rehabiliteringsarbetet, och har lyckats inlemma sina rutiner som en del av chefernas ledarskap. Pritchard (2010) anser att detta är nödvändiga förutsättningar för ett strategiskt partnerskap. Det är värt att notera att "strategisk" inte för rehabiliteringstjänsten nödvändigtvis hänför sig till högsta ledningens frågor enligt Caldwell's definition, eller enligt vår analys av H&A och chefer. Vår analys belyser att det behövs både hög grad av likhet och hög grad av olikhet för att uppnå strategiska partnerskap. De tre exemplen visar hur strategiskt partnerskap kan uppnås, och vad svårigheterna består i.

Experters svårigheter att nå inflytande förklaras många gånger med att de uppvisar för stora olikheter med chefer och andra aktörer inom en organisation. Vår studie visar närmast på det motsatta. Experter har problem att etablera ett strategiskt partnerskap i både det hälsofrämjande och det förebyggande arbetet för att de inte uppvisar tillräcklig olikhet. Samma sak gäller sannolikt för många interna halvprofessionella expertgrupper, såsom HR-experter.

Interna HR-experter är i sitt hälsofrämjande arbete benägna att visa stor likhet med linjechefer och kan spela en underlättande roll, medan H&A:s arbetsmiljöexperter, som uppvisar varken likhet eller olikhet, blir irrelevanta eller överflödiga. H&A-experterna misslyckas med att skapa legitimitet för sitt expertkunnande och visar att det förekommer en identitetskamp i det hälsofrämjande arbetet. Förklaringen skulle kunna vara att det saknas diskurser för experterna, med konsekvensen att de inte kan bygga upp tillräcklig olikhet i förhållande till chefer för att kunna utveckla ett strategiskt partnerskap med dessa (Watson, 2008). Experterna har inte någon självidentitet som bygger på erfarenhet eller kompetens, och inte heller finns några tydliga tillgängliga diskurser om hälsofrämjande metoder. Det bör dock noteras att självidentitet kopplad till hälsofrämjande arbete kan skilja sig mellan de olika yrkesgrupperna inom företagshälsovården. Till exempel inom yrkesgruppen hälsoutvecklare kan det finnas hälsofrämjande metodkunskap som gör att den yrkesgruppen kan ha en självidentitet inom detta område. Med en brist på samband mellan självidentiteter och tillgängliga diskurser kan inte experterna konstruera sociala identiteter som grund för ett strategiskt partnerskap. Studien visar också att tillgängliga diskurser om rehabilitering och förebyggande arbete används som legitimeringsbas. Dessa diskurser är konstruerade utifrån en uppfattning om den enskilde medarbetaren eller ur ett medicinskt perspektiv, vilket skulle kunna tolkas som en identitetsreglering (Wieland, 2010) för de inblandade aktörerna.

Från det framgångsrika exemplet – rehabilitering – är det möjligt att lära sig hur olikhet kan ökas. H&A-experter använder diskursiva strategier, det vill säga som sätt att i samtal definiera de problem och lösningsalternativ som anses vedertagna för det organisatoriska sammanhanget. Det innebär att man använder en terminologi specifik för FHV, och verktyg som exempelvis rehabiliteringsplaner och särskilda fysiologiska tester, formulär och protokoll, för att uppnå differentiering. Verktyg eller specifik terminologi blir distinktioner som kan betraktas som symboler – liknande vad som kan uppnås med arbetskläder och klädkoder på en arbetsplats (Pratt & Rafaeli, 1997). Distinktioner eller att skapa olikhet genom verktyg avslöjar eller kommunicerar ett expertuppdrag, hierarkiska positioner och att det är experttjänster som erbjuds. Inte heller bör vikten av platsen försummas i skapandet av olikheten när det gäller rehabilitering; FHV-experter diagnostiserar och behandlar anställda i sjukvårdsmiljö i sina öppenvårdslokaler i sin egen professionella miljö. Denna atmosfär kan tillskriva mening till de anställdas arbete i både experternas och de anställdas ögon, och göra olikheten mer synlig (Brown & Humphrey, 2006).



Figur 12. Positioneringshandlingar och identitetsarbete – balansering av likhet och olikhet validerat genom uppföljande fokusgruppsintervju.

Olikhet tycks kunna skapa en oönskad gräns eller åtskillnad mellan olika aktörer. Botemedlet är då ett sökande efter likhet. Skicklighet i att skapa likhet är i kulturella förklaringar förklaringen till experternas framgång i att utöva inflytande utanför sina specialområden. Likhet uppnås inte genom att undvika olikhet. *Vårt huvudsakliga bidrag är insikten om att det är möjligt och nödvändigt att upprätthålla likhet och olikhet samtidigt.* Experter som inte kan uppvisa vare sig likhet eller olikhet blir irrelevanta i kundorganisationen. För att bli mer inflytelserika inom det hälsofrämjande området behöver H&A-experterna i större utsträckning skapa kontakter med förvaltningsledningen och försöka relatera de hälsofrämjande insatserna till de frågor som behandlas på denna nivå. Detta för att åstadkomma en bättre processlänkning, men också för att få insikter om hur de på bästa sätt kan åskådliggöra vad de kan bidra med. Det leder till en ökad strategisk länkning. Det mest avgörande förefaller dock vara förmågan att utveckla koncept utifrån teoretiska begrepp, med stöd i organisationsforskning och i internationella referenser för hälsofrämjande arbete. Lärdomarna från gemensam ”verktygstillverkning” (Hall et.al., 2015) är i hög grad relevanta.

För att uppnå en bättre strategisk länkning är det viktigt att uppmärksamma att det inte är en utveckling som handlar om en gradvis förändring i förhållande till det individorienterade synsätt som reha tjänster bygger på. Det är skillnad på hur reha tjänster och hälsofrämjande tjänster kan erbjudas. Detta väcker frågan om det kan finnas en svårighet att utveckla hälsofrämjande insatser i en organisatorisk miljö som traditionellt är så starkt förknippad med det individorienterade synsättet. Detta synsätt förutsätts i såväl reha tjänster som i ohälsöförebyggande tjänster och kan tänkas vara vad beställare i kundorganisationerna förknippar H&A-experter med. Det handlar om att överbrygga både en kognitiv svårighet och en kulturell svårighet. Vi har betraktat organisationen (chefer och HR-experter) som den ena av två komponenter i en dyad, där då H&A:s arbetsmiljöexperter är den andra delen. En mer sofistikerad och nyanserad analys av detta sätt att organisera skulle se de tre grupperna som en triad. Studien belyser inte denna svårighet. Förhoppningsvis erbjuder denna studie en ram för en sådan utökad analys.

Referenser

- Alvesson, M. & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control. *Journal of Management Studies*, 39, 619–644.
- Alvesson, M. (2010). Self-doubters, strugglers, storytellers, surfers and others: images of self-identities in organizations. *Human Relations*, 63, 193–217.
- Andersson, T. (2015). The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership in Health Services*, 28(2), 83–99.
- Ashforth, B.E. and Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14, 20–39.
- Brint, S.G. (1994). *In an age of experts: the changing role of professionals in politics and public life*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Cacciatori, E. & Jacobides, M.G. (2005). The dynamic limits of specialization: Vertical integration reconsidered. *Organization Studies*, 26(12), 1851–1883.
- Caldwell, R. (2003). The changing roles of personnel managers: Old ambiguities, new uncertainties. *Journal of Management Studies*, 40(4), 983–1004.
- Crafford, A., Adams, B.G., Saayman, T. & Vinkenburgh, C.J. (2015). The process of identity work: Negotiating a work identity. In P.G.W. Jansen & G. Roodt (eds.), *Conceptualizing and Measuring Work Identity: South-African Perspectives and Findings*, Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Currie, G. & Procter, S. (2001). Exploring the relationship between HR and middle managers. *Human Resource Management Journal*, 11(3), 53–69.
- Czarniawska, B. (2006). Negotiating selves: Gender at work. *Tamara Journal for Critical Organization Inquiry*, 11(1), 59–72.

- Dutton, J.E., Ashford, S.J., O'Neill, K. & Lawrence, K. (2001). Moves that matter: Issue selling and organizational change. *Academy of Management Journal*, 44(4), 716–734.
- Freidson, E. (1970/2007). *Professional dominance*. New Brunswick, NJ and London, England: Aldine Transaction.
- Freidson, E. (2001/2004). *Professionalism*. Oxford, England: Blackwell Publisher Ltd.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hall, M., Mikes, A. & Millo, Y. (2015). How do risk managers become influential? A field study of toolmaking in two financial institutions. *Management Accounting Research*, 26, 3–22.
- Jenkins, R. (2008). *Social identity*. (3. ed.) London: Routledge.
- Kreiner, G.E., Hollensbe, E.C. & Sheep, M.L. (2006). Where is the “me” among the “we”? Identity work and the search for optimal balance. *Academy of Management Journal*, 49, 1031–1057.
- Lewis, M.W. (2000). Exploring paradox: towards a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25, 760–776.
- McGuire, D., Stoner, L. & Mylona, S. (2008). The role of line managers as human resource agents in fostering organisational change in public services. *Journal of Change Management*, 8(1), 73–84.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage publications.
- Pratt, M. & Rafaeli, A. (1997). Organizational dress as a symbol of multi-layered organizational identities. *Academy of Management Journal*, 40(4), 862–898.
- Pritchard, K. (2010). Becoming an HR strategic partner: tales of transition. *Human Resource Management Journal*, 20(2), 175–188.
- Procter, S. & Currie, G. (1999). The role of the personnel function: roles, perceptions and processes in a NHS trust. *International Journal of Human Resource Management*, 10(6), 1077–1091.
- Purcell, J. & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 27(1), 3–20.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London, England: Sage.

Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. & Rook, D.W. (2007). *Focus groups: theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

4. Att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande genom samarbete

Anna Cregård, Roy Liff och Ewa Wikström

Sammanfattning

Kapitel 2 och 3 behandlade utifrån två olika teoretiska referensramar vad som påverkar samarbetet mellan företagshälsovårdens experter, linjechefer och HR-experter i deras gemensamma arbete med förebyggande och hälsofrämjande. Kapitel 2 fokuserade på gränser mellan yrkesgrupper och kapitel 3 på identitetsarbetets betydelse för samarbetet. I detta kapitel diskuteras konkreta åtgärder i form av rekommendationer om hur samarbete kan förbättras utifrån dessa respektive utgångspunkter.

Första delen av kapitlet utgår från att gränser mellan olika yrkesgrupper och deras arbetsområden är särskilt viktiga i starkt professionaliserade verksamheter. För att samarbete ska komma till stånd krävs gränsarbete, det vill säga att tongivande personer från olika yrkesgrupper arbetar för att medvetandegöra och skapa öppningar i gränserna, men ibland också förtydliga och förstärka dem. Ett konstruktivt gränsarbete kan åstadkommas om professionerna uppfattar att samarbetet kan leda till nytta för kärnverksamheten. Men det krävs också att de aktörer som förväntas samarbeta har förståelse för varandra, samt att man lyckas skapa gemensamma uppfattningar om vad som behöver lösas, hur och varför. Det underlättas av närhet – såväl i geografi som i synsätt och logik.

I kapitlet diskuteras fem områden för att skapa ett konstruktivt närmande och ett gränslandsarbete, som i sin förlängning möjliggör samarbete: möten i vardagen; tillskapande av specifika arenor; access till beslutande organ; allianser mellan individer; och tillvaratagande av evidens och berättelser. Kapitlet visar också på fyra olika samarbetssituationer: från ointresse och icke-fungerande samarbete till välfungerande och institutionaliserat sådant. De olika situationerna innebär olika förutsättningar för och behov av gränslandsarbete, och kräver därmed olika slags insatser.

Den andra delen av kapitel 4 bygger på analysen i kapitel 3, som visar att företagshälsovårdens experter behöver utveckla en identitet som visar på stor likhet i vissa aspekter med de chefer som de ska samarbeta med, och stor olikhet i andra avseenden. Likhet skapas genom processlänkning och strategilänkning, och olikhet genom särskiljning med hjälp av verktyg och andra tecken på expertkunnande. Ett framgångsrikt strategiskt partnerskap utmärks både av tydlig likhet och av tydlig olikhet i dessa avseenden.

Analysen visar vidare att de stora utvecklingsbehoven rör det hälsofrämjande arbetet både vad gäller att skapa likhet och olikhet, men också på ett visst utvecklingsbehov för det förebyggande arbetet främst kring att större olikhet behöver åstadkommas. I denna andra del ges förslag på vad som kan leda till större likhet genom bättre processlänkning och strategilänkning samt hur förslagen kan realiseras. På motsvarande sätt ges förslag på vad som behövs inom det hälsofrämjande arbetet för att skapa olikhet. Dessa förslag omfattar att arbeta med verktyg såsom teoretiska modeller, evidensbaserade metoder, att utveckla teknisk skicklighet i att utföra insatser och förmåga att anknyta till alla kompetenser inom ett FHV-team, liksom att betydelsen av attribut såsom yrkesjargong, legitimeringsbevis, ackrediteringsbevis, klädkoder och titlar uppmärksammas.

Del 1. Att öka samarbetet i gränsland

Anna Cregård

Detta delavsnitt riktar sig till den som vill arbeta med och öka samarbete kring arbetsmiljöarbetets preventiva och hälsofrämjande uppgifter tillsammans med andra yrkesgrupper. Avsnittet bygger vidare på de lärdomar som avrapporteras i kapitel 2 i denna bok, det vill säga på arbetsmiljöarbete som samarbete i gränsland mellan olika yrkesgruppers arbetsområden eller jurisdiktioner, samtidigt som det också tar i anspråk andra kunskaper kring hur man kan skapa engagemang för och ledning i nya arbetssätt inom offentlig sektor.

Vilka situationer är föremål för åtgärd?

Kapitel 2 redogjorde för fyra situationer där samarbete mellan olika yrkesgrupper inom arbetsmiljöområdet fungerade väl respektive mindre väl eller inte alls. Figur 13 sammanfattar resonemangen.

	STÄNGDA GRÄNSER	ÖPPNADE GRÄNSER
NÄRHET	1. Samarbetet fungerar, förhandling ej nödvändig. <i>Rehabilitering inom samtliga studerade organisationer.</i>	3. Samarbetet fungerar, förhandling genomförd (och pågår). <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom det lilla sjukhuset.</i>
DISTANS	2. Samarbetet fungerar ej, aktörerna är inte intresserade av området eller varandra. <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom de större sjukhusen.</i>	4. Aktörernas arbetsområden är under förhandling. <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom teaterverksamheten och tandvården.</i>

Figur 13: Fyra situationer av samarbete i gränsland.

Samarbetet i de fyra situationerna i figuren är olika långt framskridet, där ruta 2 är det minst fungerande, medan ruta 1 är ett samarbete som har blivit institutionaliserat, det vill säga införlivat i yrkesgruppernas jurisdiktioner. Ruta 4 visar ett samarbete i sin linda medan ruta 3 innefattar samarbete som fungerar men som inte är institutionaliserat. I diskussionen nedan ges förslag på åtgärder för att åstadkomma förbättrat samarbete inom arbetsmiljöområdet, men det ska samtidigt påpekas att skillnaden mellan ruta 2 och 1 är stort. Det är stor skillnad mellan att en hel yrkesgrupp kollektivt uppfattar att samarbete varken är viktigt eller givande, och individuell prövning, förhandling och hantering av mikrokonflikter (Finn, 2008), och kollektivt införlivande av nya arbetssätt och förändrade gränser mellan arbetsområden. Ruta 1 kräver med andra ord att yrkesgrupper har införlivat samarbetet i sin grundläggande syn på vad och hur de ska agera i organisationen. Men det betyder inte att samarbete i ruta 3 inte har potential att fungera väl, det har bara inte institutionaliserats i yrkesgruppens identitet.

Öppnande av gränser

Om yrkesgruppers gränser är stängda, och aktörerna inte redan samarbetar med varandra, är utsikterna små för att de ska kunna mötas i ett samspel. Det har att göra med att de inte uppfattar att det behövs något samarbete, eller kanske med att de inte ens uppfattar att det finns något att samarbeta kring. För att samarbete då ska kunna åstadkommas behöver alltså gränsernas betydelse luckras upp, och som beskrevs i kapitel 2 kan grindar behöva öppnas där enskilda individer kan förhandla om hur gränserna (båda egna och andras) ska förändras – förstärkas, försvagas, förflyttas och så vidare. Men det kräver mycket av aktörerna, särskilt av dem som är starkt professionaliserade, eftersom deras arbetsområden inte bara innefattar vad de förväntas arbeta med (det vill säga arbetsuppgifter) och hur (såsom rutiner och metoder), här ingår också en särskild kunskapssyn och identitet. För starkt professionaliserade yrkesgrupper informerar alltså gränserna om själva arbetsområdets uppgifter, liksom ansvarsområden i stort och kommunikationsstrukturer.

För att ett öppnande av gränser ska kunna åstadkommas i professionaliserade verksamheter krävs mer och annorlunda implementeringsarbete än i andra organisationer. För det första krävs att tongivande individer inom professionerna uppfattar att både själva samarbetet och det som implementeringen rör är viktigt och relevant för den egna verksamheten. Samarbetet måste med andra ord uppfattas vara till nytta för kärnverksamheten. För det andra krävs en förståelse för "den andra" inom samarbetet. Det betyder att de aktörer som förväntas samarbeta måste ha uttryckt vilka förväntningar de har på varandra, och vilken roll de själva uppfattar att de bör ha i ett samarbete kring någon viss fråga. För det tredje krävs att aktörerna har någorlunda korresponderande uppfattningar om hur problemen ser ut, och hur dessa eventuellt skulle kunna lösas (eller åtminstone delar uppfattningen att de skulle kunna hanteras i ett samarbete, eller är överens om vad som fungerar väl). Dessa tre krav kan låta grundläggande, men kan vara svåra att uppnå. De är själva kärnan i ett gränslandsarbete, och är särskilt besvärliga när organisationer styrs av både organisatorisk och professionell auktoritetsstruktur.

Gränslandsarbete innebär med andra ord att arbetsområdets innehåll förhandlas, liksom frågan om vem som ska göra vad, och att aktörerna försöker förstå varandra. Det kräver att de kommunicerar. Kapitel 2 redogjorde för hur olika verksamheter tar emot och agerar i förhållande till reformen om arbetsmiljöarbete där HR, intern företagshälsovård och linjechefer förväntas samarbeta mer kring förebyggande och hälsofrämjande insatser. Precis som förväntat åstadkoms mycket lite samarbete i de starkt professionaliserade verksamheterna (de två större sjukhusen). Men samarbete visade sig uppstå i annan starkt professionaliserad verksamhet (i de små sjukhusen) vilket förklarades med den närhet som fanns mellan aktörerna och därmed också i viss mån deras arbetsområden.

Närhet är med andra ord en nyckelfaktor för att åstadkomma samarbete i professionella verksamheter, som annars vanligen kännetecknas av distans mellan olika aktörer och av starka gränser. Både närhet och distans kan vara fysisk, det vill säga synlig. I det empiriska materialet var exempelvis de små sjukhusen just små, vilket medförde att ett mindre antal individer befann sig på en mindre yta och därmed hade möjlighet att få kännedom om varandra. Olika aktörer kunde också se var någonstans de andra aktörerna hade sina arbetsplatser. Det var således svårare att ignorera övriga aktörer. Närhet kan också bestå i att aktörernas arbetsuppgifter ligger nära varandra, medan distans kännetecknas av att aktörerna varken delar problemformulering, begrepp eller logiker. Närhet respektive distans kan således också ha att göra med aktörernas självuppfattning och syn på världen, deras sätt att kommunicera samt deras förståelse av organisationen som sådan.

Fem områden för att skapa handling

Det finns en uppsjö tips kring och modeller för hur man som chef eller annan ledare ska agera för att åstadkomma förändring i organisationer. Det kanske mest välkända exemplet är *Leading Change* av Kotter (1996/2012) där åtta steg utgör grunden för all slags organisatorisk förändring – och där alla steg måste tas för att organisationen ska komma fram till något nytt. Exempelvis framhålls vikten av att skapa en känsla av att en förändring är viktig (och på så vis skapa engagemang); av att formera en potent grupp som tar ledning i ett inkluderande förändringsarbete; och av att definiera och eliminera hinder som upplevs störande i utvecklingen av förändringsarbetet. Stegen är viktiga vid förändringsprocesser, men de är samtidigt mycket allmänna (de tar till exempel inte hänsyn till professionalisering), och förutsätter till viss del att förändringsprocesser kan genomföras och beskrivas sekventiellt (steg för steg, i tur och ordning). En annan modell som har tagits fram för svenska, offentliga organisationer innehåller inga steg, utan fokuserar i stället på nio faktorer som främjar en god förändringsprocess (se Lindgren, 2014). De nio faktorerna poängterar snarare samtidighet och kontinuerlig förändring än ordningsföljd och avgränsbart förlopp i tid och rum. Båda dessa modeller, liksom lärdomarna om närhet respektive distans från studien som rapporteras i kapitel 2, utgör underlag för de fem åtgärdsområden för att åstadkomma ökat samarbete mellan olika yrkesgrupper som diskuteras nedan.

1. Möten i vardagen

En förutsättning för att olika yrkesgrupper ska kunna samarbeta är att de möts i kärnverksamhetens vardag för att diskutera konkreta händelser, fall och situationer. Det är i det konkreta som olika yrkesgrupper kan förhandla om tolkning av problem och dess lösningar, och aktörerna har också möjlighet att ge sin syn på saken samtidigt som de kan rättfärdiga sin medverkan och ett ökat samspel. Det är genom sådan förhandling som olika yrkesgruppers gränser kan upptäckas och definieras (Apeso-Varano, 2013). Genom att i särskilda fall överskrida gränserna kan också samarbete främjas och småkonflikter hanteras (Finn, 2008).

När specifika problem hanteras gemensamt finns förutsättningar för att reformen ska uppfattas som viktig, relevant och brådskande, vilket enligt Kotter (2012) är ett första steg mot att åstadkomma ett förändrat förhållningssätt. Legitimitet för både reformen (att den inte endast är en administrativ pålaga utan syftar till att lösa kärnverksamhetens problem) och för reformens bärare (att de förstår kärnverksamheten och har för avsikt att stödja de mer professionella yrkesutövarna) är en grundförutsättning. Uppfattar betydelsefulla företrädare för starka professioner att det finns en intresseallians mellan dem och andra yrkesgrupper kan det legitimera och stödja fortsatt samarbete. Saknas denna legitimitet har varje förändring svårt att få fäste, och risken är stor att starkare professioner exkluderar (Hollenberg, 2006) andra aktörer från arbetsområdet och ignorerar de arbetsuppgifter som är förknippade med reformen.

2. Skapande av specifika arenor

För att stödja ökad närhet mellan olika yrkesgrupper och deras arbetsområden behövs inte bara möten i vardagen utan specifika arenor. Dessa arenor ska visa på att reformen sanktioneras genom organisatorisk auktoritet, och möjliggöra att den fokuseras specifikt utifrån sina mål och utgångspunkter. Lärdomar från de möten som sker i vardagen kan behandlas mer generellt på sådana specifika arenor, där olika problemanalyser aggregeras och handlingsplaner skapas. Både i projektets empiriska studie och i Kotters (2012) och Lindgrens (2014) framkommer vikten av att tongivande och viljekraftiga aktörer ges möjlighet att driva på förändringsarbetet. Dessa personer bör då också få möjlighet och mandat att arbeta för att hinder av olika slag undanröjs, det gäller både hinder mot fortsatt samarbete och sådana som har att göra med reformen i sig.

I studien av arbetsmiljöreformen framkom att det särskilt i en organisation inte alls var tydligt vem som skulle göra vad, och att olika förväntningar på varandra hade skapat onödiga friktioner. Ett tillskapande av specifika arenor för att prata om just roller och förväntningar kan vara ett sätt att förbättra förutsättningarna för ett eventuellt samarbete när möten i vardagen av en eller annan anledning inte förekommer.

Vilka individer bör bjudas in till en specifik arena? Olika arenor kan fylla olika syften, varför följande frågor kan behöva ställas:

- Vad vill vi uppnå?
- Vilken organisatorisk nivå är mest relevant?
- Vem ska få mandat att föra vår och andras talan?

I de större sjukvårdsorganisationer som ingick i undersökningen var nivåerna många, och det var inte enkelt att tolka vilken nivå som hade bäst genomslagskraft i organisationen. Distansen mellan olika enheter, nivåer och områden gjorde att det var svårt att åstadkomma dialog och god informationsspridning.

I teaterverksamheten (en liten organisation) fanns inte alla poster representerade vilket gjorde organisationen sårbar, även om avsaknaden av distans gjorde kommunikationen enklare. Det betyder att det inte är enkelt att formera de specifika arenorna, trots att syftet kanske är välformulerat.

3. Access till beslutande organ

Organisationens beslutade struktur ger möjlighet att koppla reformen till arenor där organisatorisk auktoritet uttrycks formellt. I ledningsgrupper av olika slag har chefer på olika nivåer möjlighet att ge bärare av reformen (såsom HR-strateger och HR-experter samt den interna företagshälsovården) access till beslutande organ. Att reformen får uppmärksamhet i beslutande organ fyller en betydelsefull symbolisk funktion. Det kan ge den ökade legitimitet och spridning, på motsvarande sätt som i punkt 2 ovan, med den skillnaden att beslutsfattare också har att prioritera mellan den aktuella reformen och annat som kräver resurser i form av pengar, tid och engagemang. Den formella strukturens företrädare kan skapa ett brett processägande (Lindgren, 2014), där många individer känner sig berörda av reformen och är villiga att implementera den. Detta är viktigt för att få reformen att fästa organisatoriskt. Beslutsfattare på olika nivåer har även de informationskanaler som behövs för att sprida goda effekter, och mandat att förändra strukturer och policys som inte stämmer överens med reformens innehåll.

4. Allianser mellan individer

I de små sjukhusen framhölls hur viktiga vissa personer och deras relationer med varandra hade varit för att skapa samarbete mellan olika yrkesgrupper. De allianser som hade skapats mellan dessa eldsjälar skapade starka kopplingar mellan HR och intern företagshälsovård och i sin förlängning också med linjechefer. I Lindgrens (2014) termer skulle man kunna tala om starka lokala processledare och ett betydelsefullt processtöd, där just det lokala är ett nyckelord. Det gränssarbete som måste åstadkommas för att stängda och icke-kompatibla gränser ska kunna öppnas och förhandlas kan bara bäras av individer inom de berörda yrkesgrupperna. Dessa personer måste också stödjas brett av sina egna yrkesgrupper och delorganisationer. Det betyder att chefer bör underlätta för dessa allianser, och stärka det samarbete som uppstår självmant och många gånger med entusiasm.

5. Evidens och berättelser

De lyckade exemplen i undersökningen var alla förhållandevis kända på så vis att de var omtalade inom organisationen (och i några fall även utanför). De berättades på ungefär samma sätt av många olika individer. Kotter (2012) framhåller vikten av att visa på vinster med att implementera förändringen – det underlättar för fortsatt arbete i förändringens anda. I sjukvårdsorganisationer, liksom i många andra forskningsbaserade verksamheter, är evidens för metoder och handlingar centralt. Det gäller även inom sådan verksamhet som ligger utanför kärnverksamheten.

I undersökningen framkom att reformens företrädare uppfattade att det var viktigt att objektivt kunna visa att det förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbetet hade effekt. Men att använda sig av statistik var inte möjligt – det fanns helt enkelt inte siffror som kunde visa att sjukskrivningarna minskade. Detta förklarades med att sjukskrivning är ett alltför trubbigt mått och en alltför komplex företeelse med alldeles för många påverkande variabler. Alternativ till statistisk evidens återfanns då i berättelser av olika slag, vilket kan förklara varför berättelserna var kända och väl spridda. Dock förekom andra typer av mätningar, till exempel gällande satsade resurser och antal personer som deltagit i förebyggande arbetsmiljöinsatser.

Evidens, liksom även mindre objektiva mätningar och berättelser, bör inte underskattas. Professionella yrkesgrupper behöver känna sig säkra på att de resurser de satsar (tid, kompetens, etc.) är väl investerade, och inte inkräktar negativt på kärnverksamheten. Det är därför viktigt att både mätningar och berättelser är trovärdiga och sprids såväl inom som utanför organisationen. Lindgren (2014) menar att spridning kan leda till ökat handlingsutrymme och större effekt av de handlingsplaner som arbetas fram inom reformen.

Men det är inte lätt

De fem åtgärdsområdena ovan är ingen handlings- eller processplan. De är enbart ett stöd i diskussionen kring utveckling av samarbete inom arbetsmiljöområdet i offentlig sektor, och något att ha i åtanke när man önskar att en dylik reform bara skulle vara att rulla ut. Organisationer är komplexa. Exempelvis är beskrivningen ovan inomorganisatorisk, och omvärldens påverkan exkluderas från resonemangen. Inte heller tas andra försök till förändring i beaktande – av beskrivningen ovan skulle man kunna tro att yrkesgrupper bara möts av en impuls att förändra dem en åt gången. Det är förstås en utopi. Dessutom möts yrkesgrupper av en mängd andra impulser som kräver deras uppmärksamhet. Det behöver inte alls vara aktörer i organisationens formella auktoritetsstruktur som försöker åstadkomma förändring.

Det kan exempelvis handla om förespråkare för nya, framforskade metoder för att utföra olika arbetsuppgifter och om fackliga representanters förväntningar om att de ska agera på vissa sätt. Kanske är den viktigaste lärdomen att reformer av det här slaget är komplexa – de berör en mängd grundläggande värderingar och överenskomna samspel, både inom och mellan yrkesgrupper. Tålamod och tid, samt ett hälsosamt och lätt kritiskt förhållningssätt till såväl egna som andras sätt att förhålla sig till reformer av dylika slag kan alltid rekommenderas.

Del 2. Att nå expertidentitet i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet

Roy Liff och Ewa Wikström

Det föregående avsnittet om samarbete i gränsland belyser bland annat vikten av likhet – exempelvis betydelsen av aktörernas närhet till varandra och värdet av arenor där man kan lyfta viktiga frågor och diskutera hur man gemensamt hanterar dem. Föreliggande avsnitt fokuserar hur aktörer kan stärka sitt identitetsarbete för att underlätta samarbetet med andra. Här framgår att FHV-experter för att bli en strategisk resurs behöver utveckla en identitet som i vissa avseenden påvisar större likhet och i andra avseenden större olikhet med de chefer de ska samarbeta med. Som framgick tidigare i kapitlet skapas likhet genom processlänkning och strategilänkning, och olikhet genom differentiering med hjälp av olika verktyg och attribut. Ett framgångsrikt strategiskt partnerskap kännetecknas av både påtaglig likhet och påtaglig olikhet. Analysen påvisade att det finns stora utvecklingsbehov inom det hälsofrämjande området både när det gäller att skapa likhet och olikhet. Därutöver påvisades ett visst behov avseende det förebyggande arbetet, och då främst av att uppnå större olikhet. Det kan ske genom att utveckla evidensbaserade metoder, som vi dock inte går in på i detta kapitel.

Skapa likhet

Statusen för det hälsofrämjande arbetet avseende likhet sammanfattas i figur 14.

Likhet	
Strategisk länkning - Paketering - Kommunicerbarhet/meningsskapande	Saknas, utom sporadiskt
Processlänkning	Saknas, utom sporadiskt

Figur 14. Resultat för hälsofrämjande insatser avseende likhet.

Vad innebär det då att inom det hälsofrämjande arbetet utveckla likhet? Exempel på svar kan ges utifrån en generell föreställning att det ska handla om följande aspekter av processlikhet respektive strategisk likhet.

Processlikhet

- Anknyta till rätt personer
- Timing
- Visa personligt engagemang
- Tydliggöra steg i procedurer (handlingsscheman)
- Anknyta till pågående processer i kundförvaltningarna
- Anknyta till processer där företagshälsovården med tjänster inom rehabilitering och ohälsöförebyggande arbete redan är inkopplad.

Strategisk likhet

- Förpackning (skriftlig och muntlig presentation avseende ordningsföljd och format relaterat till kundförvaltningarnas strategiska arbete)
- Kommunikationssätt; anknyta till vad chefer behöver i form av metoder/verktyg för att förstå sin kontext, tydliggöra vilka drag i kontexten som är av intresse för chefen i fråga, för att han eller hon ska lyckas. Gemensamt utveckla arbetsplaner, analysmetoder, metoder för organisatoriska förändringar.

Förslag som kan leda till bättre processlänkning och bättre strategilänkning:

Processlänkning

Förslaget är att använda befintliga arenor; 1) då resultat från medarbetarenkäter sammanställs och analyseras, 2) statistiksammanställningar för sjukfrånvaro/ personalomsättning/vakansgrad/rekryteringsarbete analyseras för att uppnå en timing med förvaltningens processer och för att identifiera de personer som är drivande i hälsofrämjande arbete inom förvaltningen samt de nyckelpersoner som kan avgöra om hälsofrämjande insatser ska initieras.

Strategilänkning

- Delta som observatör på ledningsgruppsmöten och söka tillfällen till eftersnack
- Söka etablera informella kontakter
- Skapa nya arenor, typ soppluncher/frukostmöten
- erbjuda presentationer av resultat av FHV:s arbete, från Västra Götalandsregionen, nationellt och internationellt, för att stimulera till diskussioner som tydliggör vilka problem ledningen intresserar/oroar sig för
- Använda tillfällen då resultat från FHV presenteras till att fråga om behov av fortsatta insatser
- Ansluta till möten där grupper träffas som bedriver strategiskt inriktade utvecklingsinsatser som exempelvis värdebaserad vård, värdebaserad organisation och värdebaserat ledarskap.

En kedja av händelser skulle då kunna se ut på följande sätt: FHV-representanten för vid något tillfälle som nämnts ovan fram att FHV sannolikt skulle kunna bidra till att ett diskuterat problem kan mildras eller mer eller mindre avhjälpas. Det skulle också kunna handla om att FHV-representanten för fram ett hälsofrämjande perspektiv, med fokus på det som redan fungerar och som man önskar utveckla. Motfrågan är då hur det skulle gå till.

FHV-representanten kan förtydliga att man för att besvara den frågan måste veta mer om förutsättningarna i den specifika kontexten och att sådan kunskap kan nås genom samtal med medarbetare inom förvaltningen. Om detta initiativ bejakas har en process startat som involverar medarbetare. Resultatet kan sedan skriftligen rapporteras till uppdragsgivaren för en avstämning av frågan, och för att få bekräftat att beskrivningen av förutsättningarna är korrekt. Med feedback på dessa frågor har en process inletts med uppdragsgivaren. En arbetsplan som uppdragsgivaren önskar se är på väg att ta form. Förslagen handlar således om en ökad grad av socialisering för att uppnå likhet, vilket även ingår i förslagen som återfinns under avsnittet om samarbete i gränsland där betydelsen av närhet beskrivs som en central processaspekt. Vikten av likhet stärks i det hälsofrämjande arbetet och det motiverar behovet av socialisering.

Hur kan förslagen realiseras?

En påtagligt underlättande förutsättning för att etablera processlikhet är möjligheten att närvara vid möten och sammanträden inom kundförvaltningen. utan att FHV debiterar för detta. FHV behöver inom sin finansieringsmodell ha åtminstone någon del som en fast grundersättning för planeringsarbete tillsammans med berörda chefer inom kundorganisationen. I den mån övriga tjänster genererar ett finansiellt överskott för FHV kan även detta behöva användas för att etablera processlikhet inom det hälsofrämjande arbetet. Länkning kan också underlättas av att nyckelpersoner i kundförvaltningen erbjuds att vid specifika tillfällen få information om vad hälsofrämjande arbete på organisatorisk nivå innebär.

Dessa personer kan sedan förväntas uppmärksamma FHV på tillfällen då deras närvaro kan vara önskvärd/behövd. En central aspekt för att nå likhet är att utveckla samarbetsformerna med HR när det gäller hälsofrämjande insatser. HR-experter har en kontextkunskap och kännedom om informationskällor och är kanske den personalgrupp som från början kompetensmässigt ligger närmast FHV:s experter. HR-experterna har sannolikt bättre möjligheter till främst processlänkning än vad FHV-experter någonsin kan få, men kan också vara intresserade av en förbättrad strategisk länkning, vilket ett samarbete med FHV kan erbjuda.

Skapa olikhet

Statusen för det hälsofrämjande arbetet avseende olikhet sammanfattas i figur 15.

Olikhet	
Differentiering genom verktyg	Svagt utvecklade
Professionella attribut - Professionell jargong - Yttre markörer	Svagt utvecklad professionell jargong Yttre markörer saknas.

Figur 15. Resultat för hälsofrämjande insatser avseende olikhet

Vad behöver göras inom det hälsofrämjande arbetsområdet för att skapa olikhet?
Några exempel:

Verktyg

- Evidensbaserade metoder
- Teoretiska modeller/koncept
- Teknisk skicklighet i att kunna utföra insatser
- Förmåga att anknyta till alla kompetenser/alla verktyg som är tillgängliga inom FHV-teamet

Attribut

- Jargong/fackuttryck
- Legitimation
- Ackreditering
- Klädkod
- Lokal
- Titlar
- Nyhetsbrev/webbplats
- Konferenser/utbildningar/gästföreläsare

De åtgärder som behövs för att uppnå större olikhet kan associeras till professionalisering. Om det finns tecken på problem i en organisation men ingenting görs kan det få allvarliga följder – och detta faktum kan fungera som en utgångspunkt i det hälsofrämjande arbetet. Här är det viktigt att FHV på olika sätt kan påvisa att det kan få negativa konsekvenser att nonchalera sådana tecken. Det innebär då att man behöver utveckla verktyg för alla steg i den processen. Mer precist måste man exempelvis a) identifiera indikatorer på att ett hälsofrämjande arbete skulle vara viktigt att starta, b) utveckla metoder för att analysera den organisatoriska kontexten för att fastställa vilken typ av hälsofrämjande åtgärder som behövs, samt c) utveckla metoder för att utforma åtgärdsförslag. För att påvisa förekomsten av indikatorer behöver sekundärdata i form av statistik (exempelvis frånvarostatistik) analyseras, liksom resultat från medarbetarenkäter, och protokoll från hälsoronder behöver utvärderas. För att påvisa relevansen av utpekade indikatorer för ett långsiktigt förlopp kan referensexempel vara till nytta, liksom simuleringsmodeller och scenarioteknik.

En annan utgångspunkt kan vara att en organisation som är inne i ett uttalat, starkt negativt förlopp kan behöva hjälp med att bryta trenden, och med att öka sin organisatoriska resiliens. Det kan handla om att den strategiska ledningen proaktivt arbetar med systematiskt förebyggande och hälsofrämjande insatser – med fokus på hur verksamheten organiseras, på vilka värderingar och prioriteringar som påverkar arbetsförhållanden och på vilka strukturella förutsättningar som stödjer möjligheterna för en hållbar verksamhet både utifrån ett medarbetarperspektiv och patientperspektiv. Att göra en insats för att uppnå organisatorisk resiliens kan ses som analogt med att en individ i samtalsterapi lär sig strategier för att hantera stressfulla situationer bättre. För organisationens del kan en sådan stressande situation uppkomma till följd av en ökad tillströmning av patienter, direkt eller genom ökad remissvolym till följd av befolkningsökning eller till följd av ökade krav på tillgänglighet. Om tillströmningen ökar utan att några åtgärder vidtas för att hantera detta kan en överbelastningssituation uppstå som leder till sjukskrivningar och till att medarbetare väljer att sluta.

En annan ofördelaktig situation kan uppstå genom koncentration av uppgifter och medarbetare till organisatoriska enheter som utgör resurspooler för övriga verksamheter, med kända nackdelar för medarbetarnas motivation och arbetstillfredsställelse. För att inte de negativa effekterna med att söka uppnå ökad tillgänglighet och jämnare kvalitet i serviceproduktion, som ett motiv för samlad serviceproduktion, ska dominera behövs en annan organisatorisk motståndskraft, som FHV i sitt hälsofrämjande organisatoriska arbete kan bidra med. Det kan handla om att i samarbete med linjechefer och HR analysera och initiera förebyggande och hälsofrämjande insatser. Exempel på sådana hälsofrämjande insatser är knutna till hälsoutvecklare som verkar som konsulter och processtödjare till HR och förvaltningschef med fokus på att utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Det inkluderar längre utbildningsinsatser för ledningsgrupp och administrativ personal i "hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap" med sikte mot riktade insatser till respektive chef/enhet med utgångspunkt i handlingsplanerna för det systematiska hälso- och arbetsmiljöarbetet. Det kan också inkludera att hälsoutvecklare anlitas som konsulter av centralt placerad HR-organisation för att stödja och utbilda chefer och personal i strategiskt hälsofrämjande arbete, samt för att se över och omorganisera/samordna organisationsövergripande hälsoinsatser.

En tredje utgångspunkt kan vara att en organisation som står inför en större förändring kan behöva vidta åtgärder för att mildra den stress detta innebär. Det kan precis som i exemplet ovan handla om att FHV i samarbete linjechefer och HR utformar processer under analyskedet, utvecklar sätt att implementera nya organisatoriska lösningar och sätt att bemanna en ny organisation.

Referenser

- Apesoa-Varano, E. C. (2013). Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital. *Sociological Perspectives*, 56(3), 327–349.
- Finn, R. (2008). The language of teamwork: reproducing professional divisions in the operating theatre. *Human Relations*, 61(1), 103–130.
- Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, 62(3), 731–744.
- Lindgren, H. (2014) Processtudien – en studie av Chefiosinterventionens förändringsprocesser, ur Härenstam, A & Östebo, A (red.) Förändringsprocesser och utvärderingar av interventioner i kommunala förvaltningar. Metoder och resultat från CHEFiOS projektet – slutrapport del 2. *ISM-rapport 14(2)*. Västra Götalandsregionen.
- Kotter, J.P. (1996). *Leading change*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

5. Fånga upp svaga signaler

Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa

Roy Liff, Ewa Wikström och Ann-Charlotte Eriksson

Sammanfattning

Svaga signaler är vaga tecken på att något kan vara på gång. Det kan handla om att en medarbetare uttrycker oro eller missnöje, eller uppvisar symptom på att inte må bra. Företagshälsovårdens förmåga att fånga upp sådana signaler kan ses som ett verktyg för att föreslå tidiga interventioner innan problem egentligen har uppstått, ett förebyggande arbete som brukar benämnas primär prevention.

Syftet med studien var att undersöka om verksamhetsledningarna och FHV-experter noterar och utvärderar svaga signaler på att ohälsa kan uppstå, samt att undersöka vilken betydelse sådan information i så fall har för att förebyggande åtgärder vidtas. Datainsamlingen skedde genom professionsvisa fokusgruppsintervjuer inom Hälsan & Arbetslivet (den interna företagshälsovården inom Västra Götalandsregionen), med HR och linjechefer närvarande.

Studien visar en rad olika källor till svaga signaler, hur de registrerades och på olika metoder att fånga upp dem. Studien visar att första linjens chefers närvaro och närhet till sina medarbetare ger möjlighet att upptäcka svaga signaler. I de goda exemplen har operativa chefer etablerat arbetsformer för sitt ledarskap, exempelvis mötesrutiner, som gör att de tidigt kan upptäcka en förändring i en medarbetares välbefinnande som kan utvecklas till ohälsa. Studien visar också att svaga signaler diskuterades på möten med HR och FHV.

Svaga signaler kopplas ofta till enskilda individer och till de insatser som görs för att en viss person ska få hjälp och stöd. FHV har dock goda förutsättningar att upptäcka svaga signaler ur ett organisationsperspektiv, men verkar ha svårt 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 överordnad chef involveras personer med möjlighet att verka på organisationsnivå. FHV knyts till problem på individnivå medan den kompetens hos FHV som rör organisationsfrågor är okänd eller osynlig.

Studien 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 det är angeläget att man för en dialog och berättar om viktiga frågor för varandra, och lyssnar efter svaga signaler, för att man ska kunna agera tidigt.

En grundläggande kompetens behöver utvecklas kring frågor som har att göra med en hållbar organisation. Vidare behöver ett gemensamt språk och gemensamma uppfattningar utvecklas hos de chefer och experter inom HR och FHV som ska ansvara för utvecklingsarbetet. Det behöver också skapas forum för att aktörerna ska kunna mötas och diskutera signaler från verksamhet, organisation och omvärld. För att tidigt kunna initiera organisatoriska förändringar behövs det också en förändring i kommunikationen mellan chefer och experter, där berättelser om svaga signaler är i fokus.

Inledning

I detta kapitel uppmärksammas svårigheter och möjligheter att på ett framgångsrikt sätt arbeta för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa. Förebyggande arbetsmiljöarbete anses ofta handla om att reducera faktorer som kan framkalla ohälsa, och då omfattas både individuella och strukturella förhållningssätt och metoder för ökad hälsa eller välbefinnande (Rootman, 2001). Individuella faktorer kan relateras till individens levnadsvanor, såsom mat-, dryckes- och motionsvanor. Förebyggande arbete riktat mot strukturella arbetsmiljöfaktorer kan handla om att identifiera och eliminera risker hänförliga till kemiska, fysikaliska och biomedicinska faktorer samt ohälsosamma organisatoriska och sociala förhållanden i arbetslivet. Det senare kan röra individens interaktion med kolleger/chefer liksom organisatoriska förutsättningar i stort.

I företagshälsovården dominerar arbete med rehabilitering av anställda framför förebyggande insatser. Rehabiliteringsinsatser omfattar 80 procent av de resurser som tilldelats arbetsmiljöarbete (Axelsdotter, Hök & Tegle, 2009). Detta trots att man i Sverige från myndighetshåll har uppmanat företagshälsovården att ändra fokus i sitt arbete – från rehabilitering till att förebygga arbetsrelaterad ohälsa.

Orsaken till denna uppmaning är att rehabilitering handlar om att sätta in åtgärder mot arbetsrelaterad ohälsa där negativa konsekvenser, för den enskilde liksom för arbetsplatsen, redan har inträffat. Förebyggande insatser har traditionellt ofta utformats som generella åtgärder – som hälsoundersökningar, rådgivning och vaccination – riktade till alla anställda på en arbetsplats.

Förebyggande insatser har dock kritiserats för att sakna evidens och för att vara ineffektiva ur kostnadssynpunkt (Grooten et.al., 2014; Ahnmé Ekenryd et.al., 2012; SOU, 2011). En utgångspunkt i vår studie är föreställningen att svårigheter med förebyggande arbetsmiljöarbete påminner om svårigheter generellt sett med att förebygga att en kris uppstår. Förebyggande arbetsmiljöarbete handlar då om att på ett tidigt stadium upptäcka information såsom svaga signaler, avvikande detaljer och rykten som indikerar att det skulle kunna uppstå ohälsa bland de anställda på en arbetsplats. Detta motsvarar definitionen av sekundär prevention som den beskrivs i SOU 2004:113; ”en förebyggande verksamhet som företas för att förebygga sjukdom eller ohälsa”. Det första stadiet, primär prevention, handlar om att eliminera de faktorer som kan orsaka sjukdom eller ohälsa innan ohälsa har uppkommit. Ett tredje stadium av prevention, tertiär prevention, handlar om att försöka begränsa de hälsorisker som trots allt finns och de konsekvenser de kan få, i syfte att förhindra ytterligare försämring eller återinsjuknande hos någon som redan drabbats av sjukdom. Förebyggande insatser, generellt och inom arbetsmiljöarbete enligt innebörden av sekundär prevention, handlar om att kunna hantera oväntade situationer.

När det gäller en organisations förmåga att hantera oväntade situationer och förebygga kriser menar Weick och Sutcliffe (2006, 2007) att den är relaterad till chefers förmåga att uppmärksamma svaga signaler och avvikande detaljer och deras medvetenhet om betydelsen av detta, samt på deras förmåga att agera utifrån sådan information. Weick och Sutcliffe baserar dessa slutsatser på studier av tillförlitlighet i organisatoriska system, såsom flygtrafikledningssystem, effektgenereringssystem och ledning av hangarfartyg som prototyper för hög- tillförlitlighetssystem. Denna form av system finns i organisationer där det inte är möjligt att använda planeringsverktyg eller strategier för att pröva sig fram och korrigera utifrån den kunskap man då får – det vill säga det vi brukar prata om som "trial and error". Det är inte möjligt med "trial and error" i vissa organisationer eftersom konsekvenserna av fel är katastrofala (Weick, 1987). Weick och Sutcliffe belyser att det i sådana organisationer finns en större medvetenhet om betydelsen av avvikande detaljer jämfört med i andra organisationer. Det handlar om en förmåga att “avslöja tidiga tecken på att förväntningarna inte kommer att uppfyllas” (Ibid. s 23). Dessa tidiga tecken är små händelser och ledtrådar om att något oönskat är på väg att ske, som är lätta att med framgång agera på i ett tidigt skede men svåra att behandla när de har utvecklats fullt ut. De svaga signalerna kanske inte är något mer än en känsla av att något inte står rätt till, och då är det viktigt att motstå frestelsen att försöka få händelsen att framstå som normal innan den har utvärderats.

Huvudargumentet som vi lyfter fram i föreliggande kapitel är att förebyggande företagshälsovårdsarbete kräver att man i organisationer och på arbetsplatser fångar upp tidiga och svaga signaler samt har förmåga att handla baserat på dessa signaler. Rehabiliteringsarbete kräver i stället av företagshälsovårdens en förmåga att agera på starka signaler det vill säga där ohälsa har blivit något konkret och synligt och något som måste åtgärdas.

Eriksson (2016) framför att FHV:s förmåga att tidigt fånga upp och agera på signaler av en kunds behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser skulle kunna öka om de lägger vikt på följande för att mobilisera sig till handling: a) utvecklande av strategier för att samla in samt dokumentera även svaga signaler, b) avsatt tid avsedd enbart för kundanalys där medlemmar i team tillsammans kan delge varandra de signaler de har fångat upp för att gemensamt pussla ihop en helhetsbild och urskilja mönster, c) mod, stort driv och idoghet – för att orka driva en fråga vidare trots att den är känslig, d) möjligheter för FHV:s medarbetare att få möta kunden med behovsanpassade tjänster utan krav på färdigpaketerade tjänster, e) utvecklande av metoder att kunna påvisa affärsnyttan för kund.

Problemet är att vi inte riktigt vet varför hälsoundersökningar av anställda och andra undersökningar av arbetsplatsförhållanden inte tycks ge data som kan fungera vägledande i det förebyggande arbetet. Det saknas kunskap om vad som krävs för att chefer inom en operativ verksamhet i samverkan med företagshälsovård ska mobilisera sig till handling (Eriksson, 2016). Analogt med krisförebyggande arbete antar vi att informella uppgifter, såsom svaga signaler på avvikelser, spelar en mycket viktig roll i ett meningsskapande om behov av förebyggande insatser, bland verksamheternas ledningar och bland experter på företagshälsovård.

Syftet med denna studie är att undersöka om verksamhetsledningarna och FHV-experterna samlar in och utvärderar tidiga svaga signaler på att ohälsa kan uppkomma, och om så är fallet, att undersöka vilken relevans sådan information har för att preventiva åtgärder vidtas.

Artikeln inleds med en genomgång av de koncept och teorier om förebyggande krishantering som väglett oss i vår datainsamling och i den analys vi har gjort. Kortfattat presenteras sedan den metod vi har använt specifikt för denna delstudie. I ett relativt omfattande resultatavsnitt redovisas och analyseras intervjuvar som påvisar hur svaga signaler upptäcks och analyseras dels i en beslutsprocess inom förvaltningarna, dels i en beslutsprocess i förvaltningarna tillsammans med företagshälsovården. Det samlade förloppet som vi har sammanställt analyseras därefter med hjälp av nämnda teorier för krisförlopp. I det avslutande avsnittet summeras studien med en slutsats om vad som krävs för en ökad mobilisering av förebyggande insatser.

Svaga signaler och meningsskapande

Ansoff (1975) beskriver svaga signaler med följande mening "tidigt i 'tillkomsten av ett hot', när informationen är vag och dess framtid är oklar" (s. 23). Svaga signaler kan mycket väl komma från både informella och formella informationskanaler. Signalerna kan vara ofullständiga, ostrukturerade och fragmenterade (Rossel, 2011) och de försummas kanske trots att de kan vara viktiga (Rossell, 2011; Holopainen & Toivonen, 2011) eftersom de kan vara svåra att skilja från irrelevanta signaler (Cunha & Chia, 2007). Svaga signaler är vaga indikationer på ett möjligt uppkommande arbetsmiljöproblem. Den svaga signalen kan vara en händelse eller ett beteende. Eftersom ledningen i organisationer ofta fokuserar på det som uppfattas som centrala verksamhetsfrågor och mål, finns en risk att händelser och frågor som finns i de mer perifera delarna av organisationen, och som kan rymma både hot och möjligheter, förbises (Cunha & Chia, 2007; Mendonça et al., 2012).

Varningssignaler identifieras ofta först i efterhand, i samband med utredningen efter att något har inträffat, exempelvis en olycka. Enligt Turner (1978) är kriser orsakade av kedjor av avvikande information som ofta uppträder många år innan uppkomsten av en kris, men ignoreras eller misstolkas vid den tidiga tidpunkten. Weicks (1988) begrepp "retrospektivt meningsskapande" och konstaterandet att krisen är en process av gradvis ackumulering av svagheter (Roux-Dufort, 2009, s 5) visar också den möjliga betydelsen av svaga signaler för att undvika krisen.

Roux-Dufort (2009) har föreslagit en processuell kristeori, varvid en kris beskrivs som att den utvecklas längs en väg i flera steg.

- I etapp 1 förekommer avvikelser, men dessa betraktas som så nära det normala att de är närmast osynliga och ännu inte störande för den vanliga verksamheten.
- I etapp 2 byggs anomalier upp, och dysfunktioner kan börja upptäckas.
- I etapp 3 inträffar en utlösande händelse som avslöjar de tidigare anomalierna och sårbarheterna. Ledningen förlorar kontrollen, och det uppstår ett avbrott i verksamheten.
- I etapp 4 har en komplett destabilisering av organisationens miljö skett; krisen är ett faktum och kan eskalera.

Enligt Roux-Dufort (2009) uttrycks obalanser och sårbarheter i etapp 2 som "enskilda konflikter, ihållande rykten, driftstopp, tidningsartiklar, aktier under tryck ..." (s. 5). I detta skede ackumuleras sårbarheter om ledningen inte agerar på dem. Det är i denna etapp som en grogrund för en kris skapas. Kriser genomgår en inkubationsfas (Turner, 1976; Pidgeon & O'Leary, 2000), och sårbarheterna är föregångare till oväntade störningar, eller vad Reason (1990) refererar till som "den fundamentala överraskningen".

Med denna syn på en kris som en process som fortsätter i flera steg, är det viktigt att betona betydelsen av chefers förmåga att identifiera början av en kris, hur svårt detta än kan vara (Roux-Dufort, 2003). Enligt Roux-Dufort (2009) har chefer en tendens att bortse från komplexiteten i den annalkande situationen, och är benägna att förbise konsekvenserna av de kumulativa effekterna av anomalier och sårbarheter, och därmed driver de sig själva in i en okontrollerbar situation. Det verkar som om möjligheten för chefer att förhindra att incidenter utvecklar sig till en kris beror på deras kollektiva förmåga att tolka svaga signaler i krisens etapp två, och tillskriva dem till orsaker som finns inom den egna verksamheten, samt att skapa en beredskap att agera innan krisen är ett faktum.

Att man inte reagerar på svaga signaler kan bero på att dessa filtreras bort i olika steg (Ansoff, 1975; Rossel, 2011; Mendonça et al., 2012). Enligt Rossel (2011) är det fråga om tre typer av filter. Det första, varseblivningsfiltret, utgår från människans förmåga att övervaka och hämta upp dessa signaler. Eftersom det kan finnas en stor mängd signaler, av både relevant och irrelevant karaktär, kommer en del inte att upptäckas, de "misslyckas" med att ta sig genom detta första filter. En signal som uppmärksammas kan sedan fastna i mentala filter om den inte kan tolkas och göras meningsfull. Detta kan lätt hända om den inte passar in i individens referensramar och den rådande organisationskulturen. Svaga signaler tenderar nämligen att bli avvisade om de är konstiga eller onormala och strider mot de dominerande förväntningarna på framtiden och det vedertagna/traditionella sättet att se på saker och ting. När vi människor tolkar något utgår vi från våra egna erfarenheter, och dessa innefattar även olika fördomar, bias, som påverkar vår tolkning. Dessa bias kan enligt Rossel (2011) uppstå genom "förgivettagande" av viss kunskap, normativt tänkande, egna ambitioner och attityder. Även om signalen lyckas passera det andra filtret kan den komma att fastna i det tredje och sista filtret, maktfiltret. Signalens innebörd kan uppfattas som ett hot mot vissa inom organisationen, vilket kan resultera i att nödvändiga beslut inte fattas för att göra resurser tillgängliga (Rossel, 2011, Mendonça et al., 2012).

Day och Schoemaker (2004) hävdar att svårigheten ligger i att känna av svaga signaler och söka ägna sig åt relevanta signaler utan att bli alltför distraherad från den aktuella uppgiften. Det handlar om att gallra ut "rätt" svaga signaler och bestämma hur mycket uppmärksamhet som bör ägnas åt sökandet och utvärderandet av dessa över tiden. Haeckel (2004) hävdar att en adaptiv organisation, som måste agera i en omvärld som är oförutsägbar och osäker, behöver göra stora ansträngningar att utforska perifera och svaga signaler. En sådan organisation, konstaterar han, måste institutionalisera en kärnkompetens i fråga om att identifiera och skilja ut svaga signaler från ovidkommande signaler, som är som brus.

FHV:s förmåga att bidra i det förebyggande arbetet handlar således delvis om att kunna fånga upp svaga signaler som tyder på att det finns faktorer exempelvis i samarbetet mellan chefer och medarbetare eller i organisationen i stort som kan leda till att ohälsa uppstår.

Men för att kunna skilja svaga signaler från ”brus” måste det i organisationen finnas förutsättningar för meningsskapande och pusselläggande, för att det ska vara möjligt att skapa sig en helhetsbild. Enligt Cunha och Chia (2007) är problemet med svaga signaler inte främst att de är svårupptäckta, utan att det kan vara svårt att separera dem från irrelevant information. FHV behöver medverka i ett meningsskapande av informell information (som svaga signaler) i ett sammanhang av formell information (som resultat av hälsoundersökningar, medarbetarenkäter, frånvarostatistik och annat ofta kvantitativt underlag som beskriver medarbetarstatusen).

Meningsskapande

Det kan antas att formell information från olika ekonomi- och redovisningssystem inte är de enda informationskällorna för linjechefers beslutsfattande (Jönsson, 1998). Det kan också antas att formell information från personalredovisningssystem och resultat av enkätundersökningar (som medarbetarenkäter) inte utgör den enda grunden för beslut i organisations- och ledningsfrågor. I stället kan det antas att sådan (ofta kvantitativ) information från formella källor leder till att frågor väcks som kräver närmare analyser om vad som har orsakat vad. Formell information är i den meningen delvis förvirrande (Hedberg & Jönsson, 1978). Det kan antas att beslutsfattande förutsätter att formell information kompletteras med information från andra källor för att det ska vara möjligt att fatta beslut, och att både formell och informell information kan innefatta muntlig kommunikation (Jönsson, 1998; Hall, 2010). Chefer kan tänkas använda informell information för att tolka den formella informationen (Preston, 1986), men också använda den formella informationen för att undertrycka den informella. Konsekvensen av det kan bli att relevanta, tidiga signaler på behov av ändring negligeras (Hedberg & Jönsson, 1978). Detta innebär att betydelsen av tidiga signaler som ännu inte har påverkat den formella informationen behöver diskuteras och analyseras av chefer för att de ska kunna få en mer fullständig bild av vad som händer inom den egna organisationen.

En föreställning är att den informella informationen gör det möjligt att tolka den formella informationen (Hopwood, 2009). Direkt kommunikation mellan människor, face-to-face, är det bästa sättet att få rik information som kan rymma svaga signaler, eftersom den även innehåller visuell information såsom ansiktsuttryck och kroppsspråk (Weick, 1987). Att samarbeta i team och nätverk där det finns olikheter i vad avser bakgrund och kunskaper hos medlemmarna skapar bättre förutsättningar för att identifiera svaga signaler, eftersom de kan uppmärksamma och även leta efter olika saker (Weick, 1987). Innan chefer kan fatta beslut utifrån svaga signaler måste de härleda betydelsen av signalerna för att se om ett beslut är nödvändigt. Weick och Sutcliffe (2007) beskriver det som att chefer kan behöva ge starka svar på svaga signaler för att hantera det oväntade.

För att de ska kunna agera på ett sådant sätt behöver de ha en bred repertoar av handlingsalternativ för att kunna bli varse fler svaga signaler och för att kunna agera på fler svaga signaler (Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 1999, 2005). Weick och Sutcliffe (2007) hävdar att en medveten organisation

- a) har förmåga att spåra små problem, som vart och ett påvisas av svaga signaler;
- b) är tveksam till att "förenkla" svaga signaler så att det ytligt sett framstår som om det finns likheter mellan tidigare situationer och den nuvarande; och
- c) förblir känslig för verksamheten genom att vara uppmärksam på vad experter och frontlinjens aktörer framför, snarare än att bara lyssna till chefer som sitter långt från verksamheten och till vad som framförs av myndigheter.

I synnerhet den andra punkten, motviljan mot att förenkla, verkar kopplad till frågan om hur "rätt" svaga signaler upptäcks: det vill säga hur man avgör vilka signaler som ska ignoreras och vilka som bör uppmärksammas. Weick, Sutcliffe och Obstfeld (1999; 2005) ger flera exempel på att organisationer internt kan skapa tillräckligt goda förutsättningar för att kunna matcha den väldiga floran av signaler. Det kan handla exempelvis om att söka motsägande information till den som brukar ligga till grund för ledningens beslut. Det kan också handla om att införa olika isärgående perspektiv, om att anlita personal med icke-typiska erfarenheter jämfört med vad som redan finns representerat i organisationen, och om att inta ett skeptiskt förhållningssätt. Ett exempel på det senare är när en berättelse eller rapportering från verksamheten möts med skepsis, och skeptikern gör ett oberoende försök att pröva den. Då finns det två observationer där det ursprungligen fanns en. Annorlunda uttryckt kan sådan skepsis leda till att svaga signaler tolkas på ett annat sätt, utifrån andra erfarenheter och analytiska perspektiv och modeller. Enligt Weick (1987) är meningsskapande förmodligen en kollektiv process. Eftersom det inte rör sig om en enda svag signal utan flera, och eftersom dessa signaler kan upptäckas av fler personer än en, så måste signalerna diskuteras av en grupp. Det behövs en direktkommunikation, face-to-face, i gruppmöten för att bearbeta och skapa mening av de svaga signaler i både formell och informell information.

Metod

Data för denna delstudie insamlades i samband med huvudstudiens intervjuer med hjälp av en delfråga om huruvida tidiga upptäckter föranleder preventiva insatser. Vid speciellt några intervjuer togs intressanta exempel upp på hur tidiga signaler hade fångats upp och analyserats. De personer som hade egen erfarenhet av sådana händelser ("episoder") sammankallades senare till tre fokusgruppsintervjuer (första linjens chefer, FHV- och HR-experter). Under dessa beskrev deltagarna händelserna närmre, och de hjälptes åt att dra sig till minnes detaljer i de förlopp som börjat med någon indikation på en svag signal och som till följd av det resulterat i att man beslutat om att vidta en åtgärd. Härigenom fick vi så fullständiga beskrivningar som möjligt av hur svaga signaler har behandlats.

Vi genomförde sedan ytterligare tre fokusgruppsintervjuer med andra deltagare, men även nu med representanter för de tre ovan nämnda grupperna (första linjens chefer, FHV specialister och HR-experter), efter att vi givit dem en kort presentation av teorin om svaga signaler. På så vis framkallades hos deltagarna minnesbilder av hur de hade arbetat med svaga signaler. Fokusgruppsintervjuerna tog två timmar och de bandades och transkriberades.

Intentionen var att identifiera så fullständiga episodbeskrivningar som möjligt. Det ligger dock i sakens natur att det är svårt att få fram kompletta berättelser. Därför har det transkriberade materialet från de individuella intervjuerna och fokusgruppsintervjuerna, i de delar som avsåg tidiga indikationer, analyserats utifrån ett kodningsschema enligt följande:

Källor till svaga signaler, med subkoderna "registrering av svaga signaler" och "metod för att fånga upp svaga signaler",

Behandling av svaga signaler som en process, med subkoderna "sätt att diskutera svaga signaler" och "det förebyggande arbetet som process",

Meningsskapande från svaga signaler, med subkoderna "meningsskapande för beslut om åtgärder", "svårigheter med meningsskapande för att komma till beslut", samt "samspel mellan användande av formell och informell information (svaga signaler)".

(För en utförligare beskrivning av kontext och generell metod, se kapitel 1).

Resultat

Källor till svaga signaler

Studien påvisar en rad olika källor till svaga signaler, olika sätt som dessa signaler registreras på, och olika metoder för att fånga upp dem. Det första steget i ett förebyggande arbete kan bestå i att första linjens chefer – genom tydlig närvaro i verksamheten och genom att "vara nära" sina medarbetare, som de uttrycker det – kan iaktta tecken på att allt i en medarbetares situation inte är helt bra. Ett sätt är att i samband med morgonmöten lyssna och känna av stämningen, observera och reagera på medarbetarnas tonfall, mimik och kroppsspråk samt ställa frågor.

”Jag försöker därför vara på plats när nattpersonalen slutar och är med på första morgonmötet för att stämma av och redan där känna av småsignaler. Till exempel om någon ser bekymrad ut, så frågar jag. Det kan ha varit något strul med en patient och vederbörande får inget stöd av läkare.” (Första linjens chef på sjukhus)

Chefen får genom att vara närvarande reda på mycket, och får möjlighet upptäcka svaga signaler på att något inte står rätt till privat eller på arbetsplatsen, genom förtroligheten medarbetare och kollegor emellan.

Vårdenhetschefer följer sjuksköterskorna i deras arbete, särskilt de nyutexaminerade, och ser hur de praktiskt hanterar sina uppgifter och om de ser ut att klara av det utan att det blir övermäktigt. Vårdenhetschefer lyssnar också på samtal på avdelningen när medarbetarna pratar med varandra om sina privata situationer och är då uppmärksamma på tonfall. Här betonas betydelsen av att vara fysiskt nära för att kunna fånga upp signaler på att någon exempelvis befinner sig i en besvärlig situation hemma som påverkar vederbörandes förmåga att klara av sitt jobb.

”För att uppfatta om de nyanställda sjuksköterskorna har balansen mellan arbete och övrigt liv i sin situation som helhet hos individen handlar det om att vara jättenära, fysiskt. Så jag kan höra hur de berättar om sina liv. Jag är nära. Jag hör ju på ljud, röstnivåer och liksom. Känna av hela tiden.” (Första linjens chef på sjukhus)

Andra metoder som första linjens chefer använder är att kontrollera tidkort för att upptäcka om medarbetare arbetar för mycket och gör för långa dagar.

Vårdenhetschefer noterar därmed om nya sjuksköterskor stämplat ut väldigt sent, har mycket flextid och inte tar ut sina raster. Om det finns sjuksköterskor som har problem att få ihop sin arbetsdag tas detta upp av vårdenhetschefen som försöker hjälpa dem att hitta en struktur, och samtalar med dem om hur de kan minska sitt kontrollbehov och ha en realistisk inställning till sitt ansvar.

Även vid reflektionsmöten med FHV kan det komma fram hur de yngre upplever sin arbetssituation, och vårdenhetschefen ges då möjlighet att få veta om medarbetare har sökt få samtalsstöd på FHV för stress i arbetet, (dock utan att få veta vem medarbetaren är, han eller hon har rätt att söka FHV utan att chefen får reda på det). Vårdenhetschefen kan också hjälpa medarbetaren att få den tidiga kontakten då detta har påvisats ha en tydlig effekt.

”Som signaler hos de nyexaminerade är att det man ser tidigt är ju att de inte kommer hem i tid till exempel, att de stämplar ut väldigt sent och har mycket flexitid. Och tar inte ut sina raster, hinner, känner att de inte hinner med att göra allt de behöver göra. Så det är ju tidiga signaler.” (Första linjens chef på sjukhus)

Vidare finns inom mindre verksamheter exempel på att även högre chefer söker få direkt information från samtliga medarbetare om hur de upplever sin arbetssituation. Dessa chefer poängterar att för att kunna handla krävs impulser från medarbetarna, exempelvis signaler om att någon mår dåligt eller att det finns skäl för oro kring någon medarbetare. Utan information kan cheferna inte agera. I en av verksamheterna som ingick i studien hade man därför infört en policy om så kallade bekymringssamtal.

”Vi har vad vi kallar bekymringssamtal där syftet är att ta upp saker till ytan innan de blir stora problem – man ska vända sig till sin chef om man oroar sig för sin arbetskamrat, och man kan också själv ställa en fråga till personen: ’Hur mår du?’. Vi har varit överens om allihop att det är okej att närma sig en kollega. Så kanske den blir arg när man frågar, men då får man säga: ”Ja du, men vi var ju överens om att här på vår arbetsplats så gör vi så här.” (Vd för teater)

En aspekt som kan tänkas bidra till att chefer inte alltid är så tidigt ute är att uppföljningssamtal kan upplevas vara integritetskränkande, vilket framgår av intervjusvaren. Om man frågar: "Hur står det till i dag?" Och får svaret: "Det är bra", så ställer man inte därefter en ifrågasättande fråga: "Är det verkligen så?" För då har man gått över en artighetsgräns. Medarbetare som har haft väldigt få korta sjukskrivningsperioder skulle kunna tänkas uppleva uppföljningssamtal som lite överrumplande och nästan chockande.

En fråga som upplevs som svår är att veta vilka svaga signaler bland alla signaler som är de ”rätta”, och hur man urskiljer dessa från bruset av alla andra signaler: Vilka signaler behöver beaktas och vilka kräver någon form av insats? Första linjens chefers närvaro och närhet till medarbetarna är därför mycket viktig. Svårigheterna växer dock med storleken på arbetsgrupperna eftersom det påverkar möjligheten för medarbetarna att vara sedda. Men just de här tidiga signalerna, att hitta det allvarliga bruset från det andra bruset.

”Det är svårt. Det gäller ju lite också hur stora arbetsgrupper du har, att administrera över, hur pass långt ifrån du är. Det handlar ju lite om det, se, se personen och det tror jag många är i behov av. Jag tror många vill bli sedd att jag mår dåligt.”(Första linjens chef på sjukhus)

Men det är genom detta arbetssätt som det blir möjligt att upptäcka när en enskild individs beteende förändras, och då inte i förhållandet till ett genomsnittligt beteende hos medlemmarna i en grupp. Det kan handla om att medarbetare har mer frånvaro än normalt för just dem, men inte i sådan omfattning att det klassas som "mycket korttidsfrånvaro".

”Vi hade efter förra sommaren flera undersköterskor och sköterskor med plötslig korttidsfrånvaro vid några tillfällen, lite yngre tjejer med höga krav på sig själva, men som ändå inte hade haft de här frånvaroepisoderna vid sju tillfällen för att kunna klassas in som orsak för rehabsamtal. Så såg vi att här behövdes någon extern hjälp att gå in och titta på hur du kan hantera ditt arbetsliv så du klarar det över tid.” (Första linjens chef på sjukhus)

De svaga signaler som främst första linjens chefer fångar upp är, som cheferna själva uppfattar det, indikationer på problem utifrån ett individorienterat perspektiv. Det är svaga signaler som genereras av individen och som behöver hanteras för att förebygga behov av rehabiliterande insatser. Utifrån ett sådant synsätt förefaller första linjens chefer vara de som är mest lämpade att upptäcka svaga signaler när det handlar om enskilda medarbetare.

Svaga signaler kan också tyda på att det är arbetsplatsen som är ohälsosam. Här skulle FHV kunna vara en lämplig instans för att upptäcka signaler på ohälsosamma arbetsplatser genom mönsteridentifiering. Den information som har framkommit är kanske är en stark signal på att något bör göras på individnivå, men kan utgöra en svag signal i ett organisationsperspektiv som behöver behandlas genom förändringar på arbetsplatsen för att förhindra nya fall av ohälsa.

*”Det är cheferna på sina egna mottagningar, avdelningar, som fångar upp svaga signaler och om det är högt vatten där, och där funkar det bra. Vi har diskuterat att från oss från Hälsan att har vi tre till fyra fall från en avdelning, att vi då sambandsanalyserar och lyfter det tillbaka på ett strukturerat sätt, så att vi inte tappar det då. ’Hallå där! Nu har vi tre här från din avdelning.’”
(Organisationskonsult, FHV)*

Det kan exempelvis handla om att en sjuksköterska på FHV tar emot telefonsamtal från nya sjuksköterskor som berättar att de är stressade och ansträngda. Sjuksköterskan bokar då samtal med psykolog, och psykologen förklarar att det kommer individer med liknande problem men från olika kliniker. Samma "story" kommer med andra ord från flera håll. Då kan pusselbitarna läggas ihop av FHV tillsammans med linjechefer och HR.

Förebyggande som process

Studien visar också på ett flertal olika sätt att diskutera svaga signaler och att behandla svaga signaler i det förebyggande arbetet som en process. Ett av de tydligaste exemplen är när mötesformer som har en till synes ad hoc-karaktär har institutionaliserats. Frukostmöten och soppluncher är sådana exempel, där FHV, HR, första linjens chefer och verksamhetschefer deltar. Dessa återkommer regelbundet 4–6 gånger per termin, vilket med andra ord innebär ett gemensamt möte varje eller varannan månad.

Agendan är tydlig, med vissa stående punkter och genomgång av status kring pågående projekt. Samtal förs även i smågrupper kring frågor som till exempel rör hur man kan arbeta mer proaktivt i gruppform.

*En viktig framgångsfaktor med dessa möten som lyfts fram gäller vikten av en tydlig agenda och ett tydligt strukturerat fokus. Så vi har haft en väldigt tydlig agenda på våra frukostmöten. Och HR:s representant, var väldigt duktig på att sammanställa det på PowerPoint det vi har pratat om tidigare då. Så vi har haft väldigt strukturerat och gått igenom de olika områdena och lyft.
(Första linjens chef på sjukhus)*

Det framgår av exemplen att företagshälsovården i detta skede i högre grad är delaktig när det kommer till att diskutera och analysera svaga signaler än när det handlar om att identifiera dem.

*Det börjar med att chefer ser en signal och reagerar på den och tar en kontakt. För jag ser ju det först i nästa led, när de kommer hit och börjar lägga ihop från olika verksamheter, att nu kommer det ganska nya sjuksköterskor, ganska ofta ändå.
(Företagssköterska)*

Sedan dessa möten infördes har samarbetet, förståelsen och relationen mellan FHV och HR stärkts. Parterna har möjlighet att jämföra sina iakttagelser, för att se om båda ser samma bild och behov av åtgärder. Man ser det också som positivt att det överhuvudtaget finns någon att diskutera sina iakttagelser med, vilket framförallt FHV säger sig sakna. Genom att jobba mot samma mål spar man dessutom resurser.

Mellan FHV och HR så har vi ju haft det i lite olika frekvens och så, men ändå möten sinsemellan där vi pratar lite om: vad händer hos er, vad händer hos oss, ser vi några trender? Att vi har lite sådant 'spånar-möte': vi ser fortfarande det här? Och vi såg: Här kan vi inte sitta och jobba med en individ efter en individ alltså samma sak. Det blir liksom lite slöseri med resurser. (HR-expert på sjukhus)

Första linjens chefer poängterar i sin tur vikten av att de, och inte enbart HR, är med på möten, eftersom det ser det dagliga arbetet och kan fånga upp svaga signaler som gäller medarbetarna.

Det är också cheferna som kan se eventuella möjligheter med eller konsekvenser av nya planerade åtgärder eller projekt, vilket är något som HR kan riskera att förbise eftersom de sitter längre bort från den dagliga verksamheten.

”Det är ju Hälsan och HR som sitter tillsammans med oss fyra första linjens chefer och det är vi chefer som många gånger har kommit med verkligheten till projekten. Man måste ha cheferna med, annars så blir det ju HR som sitter och hittar på ett koncept. Och det tror jag inte riktigt på.” (Första linjens chef på sjukhus)

Det förefaller centralt att de svaga signalerna fångas upp från flera håll, och bekräftas av att flera personer har sett samma sak och talar med varandra om det. Det är då signalerna visar på ett mönster som tyder på ett problem, vilket ökar sannolikheten för att andra indikationer på samma problem uppmärksammas.

Det blir då möjligt och nödvändigt att beskriva det i termer av ett bekymmer. Nya liknande iakttagelser kan hänföras till samma kategori. Helt plötsligt kan man uppfatta att de svaga signalerna tillsammans ger en stark indikation på att något måste göras, vilket till slut gör att man drar slutsatsen att det är nödvändigt att agera. Även i detta analyserande skede har dock de deltagande aktörerna i vår studie ett individperspektiv, även om ett mer organisationsorienterat perspektiv efterfrågas.

FHV förefaller sakna kanaler för att föra fram sina iakttagelser och analyser till den högre ledningen inom verksamheterna. När FHV-medarbetare ser ett mönster, till exempel att flera individer ringer från samma verksamhet, så finns inga självklara kanaler för att förmedla det de ser. Problemet upplevs handla om att det inte finns någon överenskommelse med mottagaren om att de ska lägga ned arbete på att identifiera mönster, och därmed inte heller att de har i uppdrag att arbeta fram åtgärdsförslag och handlingsplaner.

”Men vi har inte en överenskommelse med mottagaren: Det här ska vi göra. Det kommer inte från mottagaren det vill säga HR eller från SU [sjukhusledningen för Sahlgrenska universitetssjukhuset] som säger: ’OK! Nu är vi nyfikna vad ni har fångat upp?’ Och så: ’Aha, är det det? Oh shit! Det här behöver vi jobba med.’ Utan det är ju någonting som vi uppfattar som ett uppdrag men inte riktigt är överenskommet att det är det här vi ska göra. Och då finns ju inte mottagaren riktigt.” (Organisationskonsult, FHV)

FHV upplever därmed att det saknas intresse på strategisk nivå eftersom det inte finns en utarbetad överenskommelse parterna emellan kring ett strategiskt samarbetsätt.

”Hur vill kunden att vi återför information som vi har fångat upp? Hur vill de att vi ska föra dialogen? Vilka parter ska vara med i den? För att sen göra en adekvat bedömning: Hur hanterar vi det på bästa sätt och vem hanterar det på bästa sätt? Det finns inte intresse uppe på strategisk nivå: ’vad kan vi, när vi har det perspektivet, ta med oss från det här för att se hur vi ska utveckla verksamheten?’ Utan det är liksom bara nåt som sker här nere. Det tycker jag är den största bristen.” (Organisationskonsult, FHV)

Meningsskapande från svaga signaler

Det finns positiva exempel som visar att det är möjligt att få insikter om behov av åtgärder på grupp- och organisationsnivå utifrån iakttagelser om enskilda fall. Det kan röra gruppnivån som citatet nedan.

”Det här med att upptäcka de här småsignalerna hos medarbetarna. Och så när man suttit och pratat om det på något möte, och så sitter vi där och så känner jag helt plötsligt att bara: ’ja men’. Men då kopplar vi det vidare till att: ja man kanske någonstans skulle använda sig av hela arbetsgruppen just för att liksom kunna lyfta vissa frågor.” (Första linjens chef på sjukhus)

Det kan också handla om organisatorisk nivå. Några av de intervjuade nämner att man under de senaste två åren har arbetat med att utveckla tvärprofessionella team där både läkare och övriga professioner ingår. Målet är att förenkla för alla och undvika onödiga arbetsmoment – i syfte att göra skillnad för patienten.

Intrycket är ändå att horisontella kontakter mellan vårdenhetschef, HR-specialist och medarbetarna på FHV tas på ett naturligt och okomplicerat sätt. Dessa kontakter stannar dock vid problem som rör individer och grupper. I en av verksamheterna hade ett mentorprogram skapats som tillförde en hälsofrämjande dimension till det redan existerande rehabiliterande och preventiva arbetet. Det sedan tidigare goda samarbetet i dessa konstellationer verkar med FHV NySam ha utvecklats ytterligare. Den organisatoriska dimensionen har emellertid fortfarande inte inkluderats i FHV:s uppdrag.

”Man skulle absolut kunna göra lite mer organisatoriska och hälsofrämjande insatser som följd av det individinriktade mentorprogrammet, men den typen utav länkning sker inte.” (Första linjens chef, sjukhus)

Det förefaller än så länge avlägset att FHV skulle ta egen direktkontakt med verksamhetschef/sjukhusdirektör gällande organisationsinriktade utvecklingsinsatser. FHV har dock möjlighet att göra det via vårdenhetschefen, efter att tillsammans med denne ha utarbetat ett förslag. FHV upplever dock att de mest gör punktinsatser här och där, i stället för att se över helheten.

De poängterar att om de skulle arbeta på ett annat sätt, så skulle det kunna innebära en ”risk” för att de ska upptäcka något som blir dyrt att ta itu med.

”Man gör lite punktinsatser här och där, och det hjälper till en viss del, och det håller hoppet uppe på något sätt. Men egentligen kanske man skulle behöva se över det på annat sätt, men det skulle ha väldigt stora ekonomiska konsekvenser. För risken är ju att vi ser något och tycker att man måste åtgärda någonting som blir kostsamt att åtgärda.” (Organisationskonsult FHV)

Att fokus ligger på det individorienterade och lokala poängteras även av vårdenhetschefer som påtalar att kulturen för att diskutera organisationsfrågor saknas.

”Jag tror också att det finns en kultur i att se ganska mycket på individnivå, och sen gruppnivå om det inte är individ. Men väldigt långt till att det skulle vara på nåt system- eller organisationsnivå. Jag hör sällan att man pratar om det på organisationsnivå.” (Första linjens chef, sjukhus)

En annan typ av hinder kan kopplas till hur man ser på sin egen och andras kompetens. FHV-experter och chefer på sjukhuset kan sägas ha liknande kompetens när det kommer till att upptäcka och agera på enskilda anställdas problem. Eftersom cheferna ofta sent, i ett akut skede, ser att medarbetare har problem och utifrån sin kompetens då knyter det just till individen (inte organisationen), hamnar fokus även för FHV på individen.

Annan kompetens hos FHV, som rör organisationsfrågor, är okänd eller osynlig beställare av FHV´s tjänster. I stället anser sig sjukvårdchefer ha denna typ av sakkunskap inom sin egen organisation; problem inom sjukvårdsorganisationen ska lösas med sjukvårdskompetent personal.

Vårdutvecklare, som är sjuksköterskor eller har andra vårdyrken som sin grundprofession, är därför naturliga att engagera i organisationsförändringar, till exempel vid utformning av nya vårdavdelningar, fysiskt och arbetsorganisatoriskt. Därmed finns i förväg definierade procedurer för att arbeta internt med organisationsproblem, efter invanda mönster.

”Vi är så inne i vår egen värld. Och vi använder någon person från oss att göra förändringen, och vi tror själva att vi är expert på varje område. Säg att vi ska införa någon typ av organisationsförändring då är verksamhetsutvecklarna inkopplade och man gör sin PDS-cykel och man har en riskanalys och så jobbar man. Det är så förprogrammerat. Och det där att bjuda in någon externt, det vet jag inte. Vi löser allt! Inte bara sjukdomarna, utan vi är experter på det mesta.” (Första linjens chef, sjukhus)

Ett annat hinder är den strukturella ordningen i beslutsprocessen. Beslutsfattandet i samband med att organisationsfrågor behandlas är en top-down-process som gör att det kan vara svårt att hitta rätt läge eller rätt tajming och rätt nivå för en utomstående att komma in. Om det har börjat "sippra" uppifrån och ned, när ska man då komma in i det? Ska man vänta tills det sipprat färdigt? Ska man vara inne innan det börjar? Finns det en stab som redan är där och ska bevaka detta? Hur ska man förhålla sig till den i så fall? Ska man alliera sig med den, eller ska man bortse från den?

Formerna för hur FHV ska ersättas ekonomiskt kan också vara ett hinder. FHV-experterna liknar i detta avseende externa organisationskonsulter. För chefer inom sjukvården på lägre nivåer än sjukhusdirektörsnivå finns inte några resurser avsatta för att upphandla externa konsulter, Sahlgrenska Universitetssjukhuset undantaget. Det blir då enklare att vända sig internt och få en redan anställd resursperson tilldelad till ett utvecklingsprojekt.

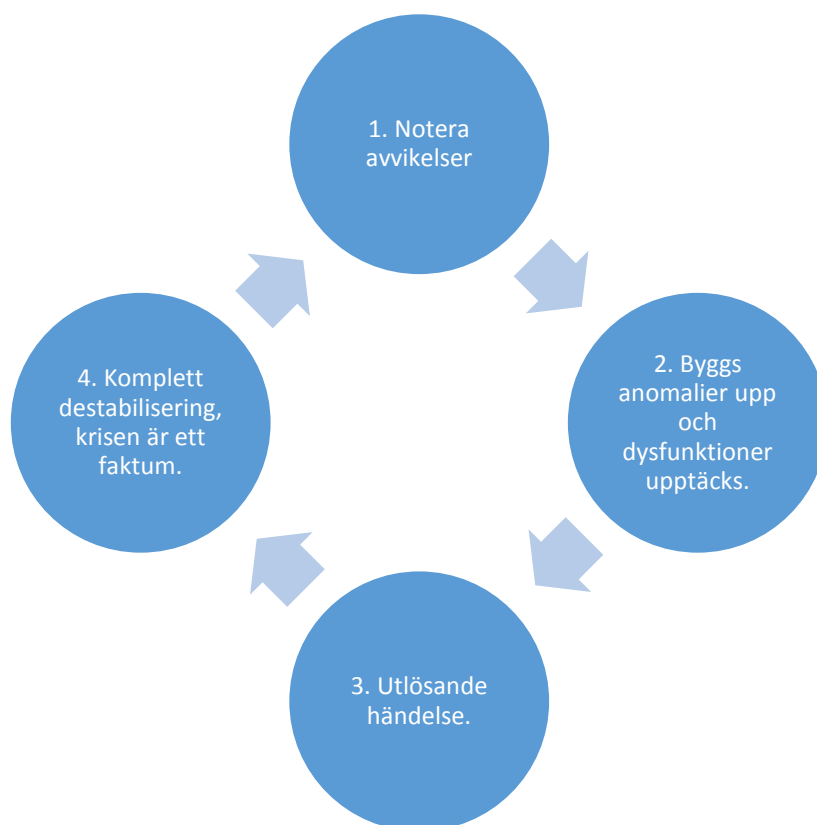
En tolkning är att hela proceduren med anslagstilldelning till den egna HR-avdelningen gör köp av externa tjänster till något extraordinärt. Detta kan ha bidragit till en tradition av att alla problem ska lösas med redan anställd personal. Samma svårigheter som externa konsulter har att komma in har då även FHV-experterna. Hur avtal sluts med kundorganisationer blir då en avgörande fråga att reda ut, om FHV ska kunna arbeta i mer specifika, lite större organisationsorienterade uppdrag.

Sammanfattningsvis kan vi se följande hinder för att arbeta med arbetsmiljöfrågor ur ett organisationsperspektiv:

- ett individorienterat synsätt
- avsaknad av naturliga kommunikationskanaler mellan FHV och förvaltningsledningen för att kommunicera svaga signaler som rör arbetsmiljö
- aktörernas syn på sin egen och andras kompetens
- den strukturella ordningen i beslutsprocessen
- ersättningsformerna för FHV:s tjänster.

Förebyggande som process – en analys

Utifrån det krisförlopp Roux-Dufort (2009) introducerade kan förebyggande arbetsmiljöarbete som process beskrivas i fyra steg. Först noteras avvikelser, sedan byggs anomalier upp och dysfunktioner upptäcks. Därefter sker en utlösande händelse, som leder till fullständig destabilisering av verksamheten (kris).



Figur 16. Processbild för förebyggande händelseförlopp där krisförlopp hindras.

I det första steget i ett krisförlopp noterar första linjens chefer i bästa fall, i "de framgångsrika exemplen", signaler från sina medarbetare genom att ofta vara närvarande i den operativa verksamheten, och genom att vara "nära" i sitt lyssnande under informella samtal och ställa personliga frågor om medarbetarnas välbefinnande. I detta steg uppmärksammar chefer också i bästa fall vad som Roux-Dufort benämner som osynliga signaler. Inget behöver egentligen ha hänt, men det kan ändå finnas skäl att ta reda på mer, som då en medarbetare som inte förväntas ha ens enstaka dagar i frånvaro ändå har det.

I det andra steget i ett krisförlopp blir signalerna tydligare, mer uttalade och påtagliga. Medarbetare som känner sig stressade och otillräckliga i sitt arbete nämner detta själva för sina chefer och de tar kontakt med företagssköterskan för samtal på FHV.

Fortfarande har det inte resulterat några långtidssjukskrivningar, och det ställs ännu inte krav på att rehabiliteringsinsatser ska utredas. I det tredje steget sker något som ger en insikt om att situationen på arbetsplatsen är ohållbar. De som intervjuats i samband med denna studie ger exempel på sådana händelseförlopp, där nyutexaminerade sjuksköterskor under sitt första år "bryter ihop" och tvingas sjukskrivas akut. När flera sådana sjukskrivningar inträffar på samma sjukhus eller på närliggande vårdenheter väcker det en insikt hos ansvariga chefer, HR och FHV om att det krävs åtgärder. I dessa exempel är sådana åtgärder i huvudsak inriktade mot att ge stöd åt enskilda individer, som exempelvis samtalsterapi, handledning och att delta i mentorprogram.

I det fjärde steget har verksamheten "destabiliserats", det vill säga förutsättningar i verksamheten har påverkats – det har uppstått stora bemanningssvårigheter till följd av sjukfrånvaro och uppsägningar, och det är svårt att ersätta vakanser med nyrekryteringar. I de beskrivna exemplen ägnar sig första linjens chef i detta utvecklingssteg i huvudsak sin arbetstid åt bemannings- och rekryteringsproblem. (Att problem inom ett flertal verksamheter har utvecklats mot steg fyra bekräftas i vår huvudstudie, men uppmärksammas inte i denna delstudie av hur svaga signaler behandlas.)

Exemplen från studien belyser att man på ett framgångsrikt sätt klarar det första steget, det vill säga att notera svaga signaler, under förutsättning att man har direktkontakt med eller närhet till medarbetarna, face-to-face-kontakter, som ger en rikare och tidigare information för tolkning av om något är avvikande (Weick, 1987) i en medarbetares situation. Det är dock, som Roux-Dufort påpekar, steg två som är det mest kritiska för att förhindra en utveckling mot destabilisering. I steg två behöver chefer kunna tolka de sammanlagda svaga signalerna och utifrån dem dra slutsatser som gör att de kan agera. I detta skede är "vänta och se" en olycklig strategi (Pidgeon & O'Leary, 2000; Reason, 1990).

En förutsättning för att kunna fatta beslut utifrån svaga signaler är att "rätt" signaler kan urskiljas. Vår studie visar att den metod som de operativa cheferna använder sig av är att samtala med ett antal personer i olika nätverk; chefskollegor, HR-experter inom den egna organisationen och FHV-experter. På det sättet förefaller de komma i kontakt med individer med olikheter i bakgrund och kunskaper och som kan leta efter olika saker (Weick, 1987). Cheferna i de verksamheter där man varit framgångsrik i att uppfatta och agera på svaga signaler, har således inte blivit alltför distraherade från den huvudsakliga uppgiften, i detta fall att leda en vårdenhets arbete, som Day och Schoemaker (2004) befarar kan vara en avgörande svårighet för att kunna ägna tillräcklig uppmärksamhet åt svaga signaler. Här har i stället arbetet med att lyssna av och tolka svaga signaler snarare institutionaliserats, det har blivit en del av kärnkompetensen, något som Haeckel (2004) hävdar är ett kännetecken på organisationer som framgångsrikt behandlar svaga signaler i ett krisförebyggande arbete.

Svagheten i steg två, även i de framgångsrika exemplen, förefaller ligga i föreställningar hos både chefer, HR och FHV om att det finns en begränsad repertoar av möjligheter för att agera (jämför med Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 1999, 2005). Aktörerna förefaller i hög grad känna sig inrutade i hur organisationsstrukturer och rutiner ska vara utformade, och även i hur procedurer för att förändra dessa ska gå till.

I de studerade fallen kopplas orsaker till problem i huvudsak till den enskilda medarbetaren (inte gruppen/organisationen), eftersom de handlingsalternativ som står till buds för första linjens chefer i sitt samarbete med HR och FHV i stort sett alltid är individinriktade. Här finns också en risk att den individinriktade, upparbetade handlingsrepertoaren gör att svaga signaler tolkas på ett visst sätt, så att det ytligt sett framstår som om det finns likheter mellan tidigare, väl kända situationer och den nuvarande (Weick & Sutcliffe, 2007). De nämnda begränsningarna i åtgärdsarsenalen förefaller således gälla även för den kompetens linjechefernas stödpersoner inom HR och FHV traditionellt besitter.

Svaga signaler tolkas genomgående i de empiriska exemplen som problem hos individen, aldrig som att förutsättningarna för att utföra arbetet har passerat en gräns för vad som är rimligt att hantera för en medarbetare som är normalt inskolad. Det innebär att i steg två kan en obalans uppstå mellan individorienterade och organisationsorienterade förebyggande insatser, även i de framgångsrika exemplen. De avvikelser som studien visar från detta är när första linjens chefer har en stark direktkoppling till sin överordnade chef. I dessa fall involveras personer med tillgång även till en organisationsorienterad handlingsrepertoar. Det är då läkarna i verksamheten involveras i att utveckla ett mer välfungerande tvärprofessionellt samarbete, som i hög grad kan påverka arbetsförutsättningarna för övrig personal, och det är då gemensamma mål och prioriteringar för att definiera och begränsa arbetsbördan för nyutexaminerade sjuksköterskor kan utvecklas inom verksamhetsledningen.

Studien belyser dock att FHV har samma goda förutsättningar att se svaga signaler ur ett organisationsperspektiv som linjechefer har. FHV verkar dock också ha en begränsning i sin åtgärdsrepertoar i detta avseende och även avseende hur de ska kunna kanalisera sina iakttagelser och göra dessa gällande i en beslutsprocess med överordnade chefer involverade. En svårighet i steg två förefaller vara att koppla samman den informella informationen, som kommer till uttryck i de svaga signalerna och tolkningarna av dessa, och den formella, som kommer till uttryck till exempel i enkätresultat och hälsoanalyser. Denna form av sammankoppling verkar inte ske i någon större utsträckning. Inte heller förefaller en koppling ske mellan någon form av information, formell eller informell, som rör medarbetarnas hälsostatus, och formell information som beskriver verksamhetens produktionsresultat. Hopwoods (2007) föreställning, att den informella informationen formar den formella informationen, verkar inte realiseras i de exempel denna studie har tagit del av.

Det innebär att tolkningen av tidiga signaler inte bidrar till att ge en mer fullständig bild av vad som händer inom den egna organisationen än vad endast den formella informationen ger. Arbetet med att fånga upp och tolka svaga signaler stannar i de beskrivna exemplen på lokal nivå och resulterar i stort enbart i individorienterade åtgärder. I de framgångsrika exemplen innebär det att en utveckling mot steg tre och fyra, enligt Roux-Defourts modell, kan bromsas och mildras. Huvudaktörerna i det lokala arbetet, som kan fånga upp och tolka svaga signaler, saknar dock den nödvändiga organisationsorienterade handlingsrepertoaren. Dessa aktörer har i för liten utsträckning kanaler där de kan föra informell information vidare till överordnade chefer, på ett sätt som gör denna gällande på samma sätt som den formella informationen. Det leder till att det ohälsöförebyggande arbetet får otillräckliga effekter, även i framgångsexemplen. FHV bidrar dessvärre inte mycket till att förändra denna situation.

Diskussion och slutsatser

Studien har syftat till att undersöka om chefer, HR-experter och FHV-experter på ett tidigt stadium samlar in och utvärderar svaga signaler som indikerar att ohälsa kan uppkomma, och om så, undersöka vilken relevans sådan information har för att preventiva åtgärder vidtas. Vi har påvisat att i de framgångsrika exemplen har operativa chefer institutionaliserat arbetsformer i sitt ledarskap som gör det möjligt för dem att tidigt, utifrån svaga signaler, upptäcka avvikelser i medarbetares välbefinnande som kan utvecklas till ohälsa. De operativa cheferna i exemplen är då beredda att sätta in individorienterade åtgärder om en negativ utveckling hos medarbetare kan förutses. FHV bidrar i analyskedet till beslut om vilka åtgärder som ska vidtas och sedan framförallt till att genomföra dessa, till exempel genom samtalsterapi.

Betydelsen av FHV:s insatser påverkas av i vilken grad FHV-representanter ingår i nätverk med operativa chefer och förvaltningarnas HR-experter där svaga signaler på uppkommande ohälsa diskuteras. Denna slutsats ligger i linje med tidigare resultat (Eriksson, 2016). Vår studie visar dock att effekterna av preventiva åtgärder är begränsade. De aktörer som uppmärksammar svaga signaler upplever sig ha en handlingsrepertoar som fokuserar individen, inte verksamheten/organisationen. De anser sig också sakna kanaler till överordnade chefer med möjlighet att ta initiativ till eller besluta om organisationsförändringar. Detta gäller särskilt för FHV:s experter, trots att de har bättre möjligheter än lokalt verksamma chefer att upptäcka organisatoriska ohälsöframkallande mönster. Vidare visar försöken som operativa chefer, HR- och FHV-experter har gjort att påverka överordnade chefer att de har svårt att få dessa att använda den informella, lokala informationen för att påverka den bild av hur verksamheten förlöper i stort som bygger på formell information.

FHV förefaller sakna en handlingsrepertoar för att nå fram med organisationsorienterade, ohälsöförebyggande åtgärder till de beslutsnivåer som kan vidta sådana åtgärder. Resultatet av vår studie visar att FHV för att stärka sin roll i det preventiva arbetet behöver sikta högre än en generellt bättre samverkan på ett lokalt plan. Det är inte tillräckligt med en bättre horisontell samverkan, med bättre ”kunddialog” med HR-experter och berörda operativa chefer, utan det krävs också en utvecklad vertikal samverkan med verksamhets- och förvaltningschefer.

Ett alternativt synsätt på metod – med fokus på organisation och förebyggande åtgärder samt kunddialog och samverkan mellan FHV, HR och chefer – är att man i samverkan behöver arbeta gemensamt med svaga signaler. Studien visar att den information som dessa signaler ger behöver sättas samman i meningsskapande berättelser som innehåller relevanta detaljer.

Vår studie belyser också att det är centralt att chefen visar tillit till HR och FHV för att gemensamt kunna bygga dessa berättelser på svaga och tidiga signaler samt på att förmedla dessa berättelser så att den gemensamma förmågan att kunna hantera det oväntade ökar. Vidare ser vi att chefens uppgift är att kunna identifiera den ”rätta” informella informationen, exempelvis i form av svaga signaler, och skapa mening av denna i en komplex blandning av formell och informell information. Detta ligger i linje med en studie av Preston (1986) som uppmärksammar hur chefer på ett bättre sätt kan hantera sitt chefsuppdrag genom att använda sig av en sammanvävning av formell information och informell i form av exempelvis rykten och skvaller, på alla beslutsnivåer. Formell information ges en meningsfull innebörd med hjälp av informell. En svårighet ligger dock som vi tidigare betonat i att identifiera den rätta informella informationen, men också i att kunna tolka den med tillräcklig säkerhet så att den kan få ligga till grund för att genomföra åtgärder (Weick & Sutcliffe, 2007).

Centralt för förmågan att fokusera svaga signaler för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa är vilken betydelse som informell information ges i förhållande till formell information. Den informella informationen bidrar som tidigare nämnts till att forma en förståelse för den formella. För att kunna agera på informell information krävs tillit mellan chefer, medarbetare och expertgrupper, såsom HR och företagshälsovård. Denna studie visar att ett förebyggande och främjande arbetsmiljöarbete kräver att ledningen har kapacitet att tidigt identifiera och hantera risker.

Rekommendationer

Chefer behöver tillsammans med HR och FHV med andra ord ha kapacitet att tidigt identifiera och hantera svaga signaler, risker och uppkomna frågor som kan få stor betydelse. En viktig förutsättning för att kunna möta utmaningar är att det finns förtroende och legitimitet både inom en organisation och i relation till organisationens kontext. En annan viktig förutsättning är att det finns ledare och medarbetare i verksamheterna som uppfattar sig ”äga” kommunikationsfrågan när det gäller att utveckla verksamheterna.

Det betyder bland annat ett ökat fokus på kommunikativ rationalitet – att man för en dialog med varandra, tar upp angelägna frågor och lyssnar efter ”berättelser om svaga signaler” för att kunna agera tidigt. I en föränderlig omvärld, där mängden information är så stor som i dag, är de gemensamma berättelserna hotade. Det handlar om berättelser som säger något om de sammanhang vi finns i, hur utmaningar ser ut och hur vi kan hantera dem. Berättelser om tidiga och svaga signaler ska åstadkomma flera saker – de ska göra det lättare att hantera osäkerhet, och de ska göra de åtgärder som planeras begripliga och legitima. Genom att lyssna till sådana berättelser, och genom att lyssna efter svaga signaler och tala om dem, får allt fler också del av beskrivningar av vad som har skett, vad som sker, vad som ska ske (åtgärder) och varför. En gemensam beskrivning skapar tillit till ledarskapet. Denna form av kommunikation i organisationer gör med andra ord världen mer begriplig, hanterlig och (någorlunda) säker.

Föreliggande studie indikerar också att för att utveckla det förebyggande arbetsmiljöarbetet behöver man utgå från organisationskunskap och vad som krävs för att uppfatta (svaga) signaler från verksamheten. Det innebär att man behöver utveckla en grundläggande kompetens kring hållbara organisationer, och också utveckla gemensamma föreställningar och ett gemensamt språk hos de chefer och experter (såsom HR och FHV) som ska vara ansvariga för ett utvecklingsarbete. Det behöver också utvecklas former för att mötas och kommunicera kring verksamhets-, organisations- och omvärldssignaler som möjliggör för sambandsanalyser som är begripliga och meningsfulla för de involverade. Här fyller berättelser om svaga signaler en viktig funktion.

Det går inte att agera tidigt utifrån de traditionella informations- och beslutsunderlag som våra system plockar fram. För att kunna göra det fordras en förändring av kommunikationen mellan chefer och experter, där icke standardiserade berättelser om svaga signaler är centrala. Dessa berättelser om svaga signaler kan komma från medarbetare, anlitade experter likaväl som chefer.

De verksamheter som vi har studerat som har organiserat sitt kommunikationsarbete – exempelvis i form av frukostmöten och soppluncher – i syfte att fånga upp tidiga och svaga signaler genom att skapa processer som möjliggör för experter (såsom HR och FHV) att kunna relatera och anpassa sin information och kompetens till chefernas berättelser om frågor och förhållanden i det vardagliga arbetet. Då har experternas information, verktyg och kompetens blivit begriplig och meningsfull för ledarna och en tillgång för ledarskapet.

Att experterna anpassar sitt budskap till ledarnas berättelser, i meningen till deras uppfattningar om verksamheten och organisationens utveckling, är en nödvändig förutsättning för att ett strategiskt partnerskap ska kunna utvecklas. Det bidrar också till att experternas information får ett sammanhang, vilket i sin tur gör att kompetensen hos expertgruppen blir synlig och meningsfull.

En central slutsats från föreliggande studie är att chefer behöver skapa meningsfullhet för sina medarbetare genom att lyssna på svaga signaler (som kan komma från FHV- eller HR-experter) och utvärdera dem, så att de beslut som fattas och de åtgärder som vidtas bygger också på informell information. Möjligheterna att skapa meningsfullhet utifrån enbart formell information är uttömda. Det måste i organisationen finnas utrymme för att lyfta fram och diskutera även informell information. Det handlar då bland annat om att se över formerna för kommunikation. Det kan till exempel handla om att delar av möten har en icke förutbestämd agenda, som öppnar för diskussioner kring svaga signaler och andra frågor av betydelse. Det kan också vara viktigt att det finns möjlighet att träffas i korridorer eller fikarum, den fysiska närheten är av betydelse och kan möjliggöra för personliga möten.

Referenser

- Ahnmé Ekenryd, C., Nylund, K., Jensen, I., Eklund, J. (2012). *Forskning och utveckling inom företagshälsovården: behov och förutsättningar*. Stockholm: Karolinska Institutet & KTH.
- Författningssamling, S. (2015). Arbetsmiljölag 1977: 1160.
- Ansoff, H.I. (1975). *Managing strategic surprise by response to weak signals*. California Management Review, 18(2): 21–33.
- Axelsdotter Hök, Å., & Tegle, S. (2009). *En intervjubaserad nulägesbeskrivning av Företagshälsovården hösten 2008*, Humla konsult: Tegle Jansson och Partners AB
- Cunha, M., & Chia, R. (2007). Using teams to avoid peripheral blindness. *Long Range Planning*, 40, 559–573.
- Day, G. & Schoemaker, P. (2004). Peripheral vision: sensing and acting on weak signals. *Long Range Planning*, 37, 117–121.

- Eriksson, A-C. (2016). Vad bubblar under ytan? En intern företagshälsovårds upplevelse av sin förmåga att tidigt kunna fånga upp och agera på signaler av en kunds behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser. *Magisteruppsats*. Karolinska Institutet.
- Grooten W., Kader M., Bergström G., Hermansson U., Kwak L., Schäfer Elinder L., Wåhlin C., Jensen, I. (2014). *Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar: vad säger den vetenskapliga evidensen?* Stockholm: Karolinska institutet.
- Haeckel, S.H. (2004). Peripheral vision: sensing and acting on weak signals making meaning out of apparent noise: the need for a new managerial framework. *Long Range Planning*, 37, 181–189.
- Hall, M. (2010). Accounting information and managerial work. *Accounting, Organizations and Society*, 35, 301–315.
- Hedberg, B., & Jönsson, S. (1978). Designing semi-confusing information systems for organizations in changing environments. *Accounting, Organizations and Society*, 3, 47–64.
- Holopainen, M. & Toivonen, M. (2011). Weak signals: Ansoff today. *Futures*, 44, 198–205.
- Hopwood, A. (2009). The economic crisis and accounting: implications for the research community. *Accounting, Organizations and Society*, 34 (6–7), 797–802.
- Jönsson, S. (1998). Relate management accounting research to managerial work! *Accounting, Organizations and Society*, 23(4), 411–434.
- Mendonça, S., Cardoso, G. & Caraça, J. (2012). The strategic strength of weak signal analysis. *Futures*, 44, 218–228.
- Pidgeon, N. & O'Leary, M. (2000). Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34 (1–3), 15–30.
- Preston, A. (1986). Interactions and arrangements in the process of informing. *Accounting, Organizations and Society*, 11(6), 521–540.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge university press.
- Rootman, I. (Ed.). (2001). Evaluation in health promotion: principles and perspectives (No. 92). WHO Regional Office Europe.
- Rossel, P. (2011). Beyond the obvious: examining ways of consolidating early detection schemes. *Technological Forecasting & Social Change*, 78, 375–385.
- Roux-Dufort, C. (2009). The devil lies in details: how crisis builds up within organizations. *Journal of Contingencies & Crisis Management*, 17(1), 4–11.
- SOU 2011:63. *Framgångsrik företagshälsovård: möjligheter och metoder*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU 2004:113, Utveckling av god företagshälsovård: ny lagstiftning och andra åtgärder. Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Turner, B.A. (1976). The organizational and interorganizational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 378–397.

Turner, B. (1978). *Man-made disasters*. London: Wykeham Publications.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the unexpected: resilient performance in and age of uncertainty*, 2nd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2006). Mindfulness and the quality of organizational attention. *Organization Science*, 17(4), 514–524.

Weick, K.E. (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *California Management Review*, 29(2), 112–127.

Weick, K.E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situations. *Journal of management studies*, 25(4), 305–317.

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. & Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. In B.M. Staw & L.L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*, (81–123). Greenwich, CT: JAI Press, Inc.

Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409–421.

6. Förebyggande hälsoarbete – att arbeta med svaga och tidiga signaler

Niklas Rydbo

Sammanfattning

Detta kapitel anknyter teoretiskt till föregående kapitel ”Fånga upp svaga signaler: Att förebygga arbetsrelaterad ohälsa”. I kapitlet beskrivs 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-experter för att de ska kunna agera i sitt förebyggande arbete.

I kapitlet diskuteras hur arbetet med att fånga upp svaga signaler och skapa mening av dem kan utvecklas, både inom FHV-teamet och i samarbetet mellan teamet och första linjens chefer och HR-experter.

Studiens resultat pekar mot att FHV-medarbetare generellt sett både har en medvetenhet om svaga signalers betydelse ur ett förebyggande perspektiv och en god förmåga att genom många olika nätverk och kanaler – formella såväl som informella – fånga upp svaga signaler på begynnande ohälsa på olika arbetsplatser. Det lyfts fram exempel på hur FHV-team används av medlemmarna för att undersöka om andra har fångat upp samma signaler, men också för att pröva olika perspektiv och skapa en vidare och mer mångfacetterad bild genom olika professioners inspel och åsikter.

Det som lyfts upp som svårigheter är att medarbetarna inte vet hur de ska förvalta och föra informationen vidare inom FHV-nätverket. Det verkar som att FHV-experternas förmåga att upptäcka svaga signaler är stor, men att deras förmåga att ta hand om signalerna försämras ju längre vi kommer i den meningsskapande processen. Deras förmåga att förmedla sitt resultat/ budskap till kundorganisationerna är mer begränsad, både i form av analys och förslag på anpassade insatser och åtgärder.

I kapitlet föreslås en modell för att kunna öka meningsskapandet av svaga signaler genom att tidigt lyfta in kundorganisationerna, då i form av linjechefer och HR-experter, i processen. På så sätt kan FHV fungera som den organisation som detekterar svaga signaler, och den meningsskapande processen i teamen kan inledas med att förstärka de svaga signaler som är intressanta. Vid lämpligt tillfälle under förstärkningsprocessen lyfts frågan vidare till det teamet, som fortsätter processen med att utforska vidare och också ta fram hur man ska agera.

Kapitlet avslutas med praktiska rekommendationer som sammanfattar implikationerna av slutsatserna i detta kapitel och föregående kapitel. Det handlar dels om att utveckla nya förutsättningar, dels om att undanröja hinder för att arbeta med förebyggande arbetsmiljöarbete.

De praktiska implikationerna fokuserar på hur arbetet med preventiva insatser utifrån svaga och tidiga signaler kan utvecklas utifrån fem teman. Dessa teman är 1) att fånga upp signaler i FHV-arbetet, 2) att fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV, 3) att tolka signaler inom FHV-teamet, 4) att tolka signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV samt 5) att kunna dra slutsatser och uppnå förändring i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV.

Inledning

I det föregående kapitlet påvisades den viktiga roll FHV kan spela när det gäller preventivt arbete inom arbetsmiljöområdet genom interaktionen med första linjens chefer och HR-experter i kundorganisationerna. En viktig uppgift för FHV är att identifiera risker i arbetsmiljön och att förebygga arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar samt besvär som kan utvecklas till allvarliga sjukdomar (SOU 2011:63). Kerfoot (2004) framför att förmågan att upptäcka och agera på svaga signaler – som mer ingående har beskrivits i föregående kapitel – kan knytas till förmågan att skapa organisationskulturer där det är en central del av agerandet för både chefer och medarbetare att läsa svaga signaler och handla utifrån dem. Ett liknande resonemang när det gäller FHV och förebyggande skulle bli att FHV:s förmåga att initiera och utföra förebyggande arbete kan betraktas som avhängig av FHV-organisationens förmåga att fånga upp och processa svaga signaler på begynnande ohälsa. Tesen i detta kapitel är att förmågan att bidra till kundorganisationernas förebyggande arbete i den externa interaktionen kan ökas genom att FHV utnyttjar det faktum att man är en teamorganisation. Genom ett välutvecklat teamarbete inriktat på att upptäcka och inom teamet diskutera betydelsen av tidigt upptäckta svaga signaler kan FHV återföra sina iakttagelser och resultaten av sina analyser till motsvarande diskussioner i respektive kundorganisation i en extern interaktion.

Detta kapitel beskriver ur ett teamperspektiv med hjälp av intervjudata från FHV hur medarbetarna i teamen i det interna arbetet söker efter svaga signaler i kundorganisationerna, skapar mening av dessa samt diskuterar resultaten med linjechefer och HR-experter i sina kundorganisationer för att de ska kunna agera i sitt förebyggande arbete. Organisationskonsulter, företagssköterskor, kanslisters, läkare, arbetsmiljöingenjörer, ergonomer och hälsoutvecklare intervjuades i fokusgruppsintervjuer professionsvis, exempelvis så samlades företagssköterskor från flera team ihop i en fokusgruppsintervju. Deltagarna fick först en kortfattad presentation av teorin om svaga signaler för att väcka deras tankar och reflektioner över och hur de hanterar svaga signaler i ett förebyggande perspektiv. De övergripande frågorna som sedan ställdes var: Finns exempel på när FHV har fångat upp svaga signaler? När svaga signaler har fångats upp, hur hanteras de i teamet? Vad blir det för resultat av teamdialogen? Hur tas resultaten tillbaka till kunden?

Kapitlet är disponerat så att det inleds med teorier rörande vilka förutsättningar ett multiprofessionellt team har för att bedriva förebyggande arbete baserat på svaga en analys av vad som förutsätts av det multiprofessionella FHV-teamets arbete för att kunna bidra till det förebyggande arbetet. Då detta är ett tillämpningskapitel diskuteras därefter hur FHV kan arbeta med svaga signaler. Kapitlet avslutas med rekommendationer kring hur såväl den interna som den externa interaktionen kan utvecklas.

Teams betydelse för att skapa mening av svaga signaler

Då det förebyggande arbetet baseras på tidiga tecken på ohälsa, eller ännu hellre på svaga signaler som indikerar att ohälsa *kan* uppstå, behöver ledare och medarbetare inom FHV utveckla attityder som välkomnar förändring, acceptans för okända risker i beslutsfattandet och en problemlösande inställning. För att gynna nytt lärande behöver detta gå före att förlita sig på erfarenhet. Kerfoot (2004) framför att goda ledare till stor del ägnar sig åt att hantera det oförutsedda, de potentiella överraskningarna och det oväntade i organisationen. Förmågan att upptäcka, uppmärksamma och agera på svaga signaler blir en ledarskapskompetensfråga. Att lära en organisation att både upptäcka och reagera på svaga signaler blir en ledaruppgift (Kerfoot, 2004).

En grundförutsättning är att ledaren tillsammans med sina medarbetare kan skapa en kultur som värdesätter svaga signaler (Weick & Sutcliffe, 2007). Weick och Sutcliffe (2007) beskriver en sådan kultur som mönster av gemensamma föreställningar och förväntningar, tillsammans med handlingsförmågor, som formar hur individer upptäcker, hanterar och lär av det oväntade – en kultur som skapar en tillräcklig likhet i uppfattningar som möjliggör för individer att agera gemensamt och uthålligt. En sådan kultur motverkar också det som Weick och Sutcliffe (2007) har beskrivit som normalisering av det onormala ("normalization of abnormalities") det vill säga tendensen att notera avvikelser men "göra dem normala" i stället för att inse att de är tecken på att det finns problem. I en sådan kultur uppskattas personer som larmar även om det skulle visa sig vara falsklarm, i stället för att straffas. Vidare finns här en ovilja att acceptera förenklingar, och man försöker medvetet skapa en komplett och nyanserad bild av vad man har framför sig, medveten om att världen är komplex, instabil och oförutsägbar.

Som framhållits i föregående kapitel så finns det en risk att organisationer förbiser händelser och frågor som finns i de mer perifera delarna av organisationen. Day och Schoemaker (2004) ser en parallell mellan perifer syn och svaga signaler, och drar likheter mellan "organisatorisk perception" och det mänskliga ögats förhållande mellan det vi fokuserar skarpt på och det som finns i synfältets periferi. I likhet med ögats struktur kommer organisationens perifera syn – som kan beskrivas som "där uppmärksamheten inte är" – alltid vara otydlig och också avslöja var fokus i själva verket ligger. Det finns också risk att organisationens fokus skapar blinda fläckar.

Cunha och Chia (2007) pekar på hur organisationer och chefer ofta strävar efter att ha fokus på organisationens mål, utmaningar och affärsmässiga kärnfrågor. Det kan innebära att frågor och händelser i det perifera förbises eller negligeras och att perifer blindhet skapas. Periferin är viktig – för att den rymmer information om hot för organisationens överlevnad – men främst för att den innehåller information om möjligheter till utveckling och innovation. För att undvika perifer blindhet och blinda fläckar kan team spela en viktig roll för att öka organisationens perifera seende och medvetenhet. Genom att sätta ihop delar av information eller se på svaga signaler från en annan vinkel eller ram blir det möjligt att skapa meningsfulla informationsmönster. Olikhet i förståelse och perspektiv hos teamets olika medlemmar bidrar till mindre sårbart för att drabbas av blinda fläckar, givet att dessa olikheter kommuniceras mellan medlemmarna. Genom kommunicerad olikhet i perspektiv kan teamets förmåga att hantera det perifera – som är mångtydigt, vagt och svårfångat – överträffa samma förmåga hos varje enskild teammedlem (Cunha & Chia, 2007). Utifrån ett sådant perspektiv blir det viktigt att de tvärprofessionella teamen inom FHV ser sig som interprofessionella (Thylefors, 2013) där resultat endast kan nås genom gemensamma ansträngningar som bygger på samarbete och samspel. Där kommunikationen är riklig och medlemmarna ägnar tid åt ömsesidiga konsultationer, och man tar hänsyn till samtliga medlemmars bidrag.

Organisationsklimat definieras som den gemensamma synen på organisationens policys, metoder och procedurer (Reichers & Schneider, 1990). Denna definition är också gångbar för att beskriva övergripande teamklimat. En förutsättning för att team ska ägna sig åt att fånga upp och skapa mening av svaga signaler blir då att teamets medlemmar gemensamt uppfattar att organisationen värdesätter att sådant arbete och att teamets medlemmar förmår skapa ”ett proximalt teamklimat”, det vill säga att det i teamet finns ett tydligt definierat syfte, hög delaktighet och trygghet, hög uppgiftsorientering och stöd för förnyelse och innovationer (Anderson & West, 1998).

Intervjuresultat

Redovisningen av intervjuresultatet följer den indelning Schoemaker och Day (2009) tillämpar för att dela in processen att arbeta med svaga signaler i tre faser; 1) att söka efter svaga signaler, 2) att skapa mening av svaga signaler, samt 3) att utforska och agera utifrån meningsskapande av svaga signaler.

Söka efter svaga signaler

Schoemaker och Day (2009) menar att i den första fasen, i sökandet efter svaga signaler, behöver organisationen i hög grad använda sig av den lokala kunskapen hos medarbetarna inom sin egen organisation och den information de har från sina olika sociala nätverk av samarbetspartners, kunder och andra som finns i organisationens ekosystem. Nätverken blir organisationens förlängda ögon och öron och medlemmarna kommer också att ”söka av” olika områden på olika sätt. På så sätt ökar mängden svaga signaler som tas emot. Dock krävs förmåga att sovra bland signalerna, och avgöra vilka signaler som ska uppmärksammas. Det gäller också att hålla sig inom organisationens verksamhetsgränser och att ta hänsyn till vilka resurser som finns. Schoemaker och Day (2009) menar också att förmågan att fånga upp svaga signaler kan öka genom att skapa ”sökgrupper” inom organisationen. Dessa grupper har till uppgift att söka av olika områden och dela sina insikter med ledningen. I sökarbetet har grupperna ett ansvar att se bortom organisationens befintliga sätt att arbeta samt befintliga arbetsförhållanden och strukturer.

I intervjumaterialet ges det uttryck för en medvetenhet hos FHV-personalen om att man fångar upp svaga signaler genom att vara ute i verksamheterna.

”Många verksamheter har ju lagt in morgonmöten liksom, där man då tittar lite hur det var i går, vad står vi inför i dag. Där kommer ju redan de där första signalerna, ser man trender och så vidare. Att vara med på de arenor som man skapat i verksamheterna.” (Organisationskonsult, FHV)

I sökande efter svaga signaler blir det centralt för FHV att skapa möjligheter att närvara i kundorganisationens verksamhet på flera nivåer för att kunna fånga upp svaga signaler.

”Man måste komma utanför FHV:s lokaler, för de som kommer till FHV är ju redan sjuka. Utan vi måste vara ute i verksamheterna och liksom vara med på ronder, hälsoanalyser och så vidare. Sitta ner och fika, sitta i en utbildning, sitta och prata med chefer, lite informellt. Det är ju där man kan – eller skyddsombudet – det är ju där man kan fånga in de tidiga signalerna.” (Organisationskonsult, FHV)

Vidare ges det i intervjuerna uttryck för att det är viktigt att etablera goda kontakter, både formella och informella, med olika nätverk i kundorganisationerna – som till exempel med linjechefer, HR och skyddsombud och andra fackliga företrädare.

”Det är inte svaga signaler när folk kommer in och är sjukskrivna, det är starka signaler. De svaga signalerna är de man får, när man är ute, eller man har kontaktytor som gör att man pratar med HR, arbetsgivare och arbetstagare och fack och sådant, lite informellt eller på regelbundna möten eller så när man lär känna folk och det tycker jag.” (Medicinsk personal, FHV)

Det finns med andra ord flera olika sätt att lokalt upptäcka svaga signaler för att kunna vidta förebyggande åtgärder och förbättra arbetsmiljön i verksamheterna. Våra studier belyser att man kan arbeta med flera olika kanaler. Det som starkast framträder är vikten av att medarbetare inom olika yrkeskategorier rör sig utanför FHV:s lokaler och träffar samarbetspartners, kunder och andra. Genom dessa kontakter, där de vidare nätverken utnyttjas, fångas svaga signaler upp. Nära kontakter och informella kontakter med kunderna lyfts fram som viktiga förutsättningar för att kunna fånga upp svaga signaler. Man kan arbeta med formella strukturer för en ökad närvaro i kundorganisationen. Våra studier belyser att här finns en outnyttjad potential för att kunna arbeta förebyggande. En medveten strategi för att aktivt röra sig ute i kundorganisationerna och medvetet söka efter svaga signaler skulle kunna gynna FHV:s sekundärpreventiva arbete (även om sådan aktivitet inte alltid är debiterbar).

Våra studier visar också att FHV-sekreterarna kan fylla en viktig roll när det gäller spontana kontakter med medarbetare inom kundorganisationerna. Genom telefontider och spontana uppringningar fångar sekreterarna upp svaga signaler vilket belyses av nedanstående citat.

*”Och då blir det det då kanske, att man ringer på vår telefon bara för att fråga: ’kan man komma till er när det gäller detta och detta?’ Alltså, ’jag, vi tycker att det är så här och så här hos oss eller så här va’. Det är ju de sakerna som vi får i luren. Det är ju inte att nå drar ett ett ett ... väldigt dilemma så, utan det är mer bara: ’får vi vända oss till er alltså?’, ’Kan vi ta hjälp eller, har ni, kan man?’”
(FHV-sekreterare)*

Det som dock behövs är forum där sekreterarna kan förmedla den information de får till övrig operationell personal. Att den information som de fångar upp betraktas som viktig och tas om hand i teamen blir ett angeläget utvecklingsområde. Citaten nedan belyser att det verkar variera mellan olika enheter i vilken mån som strukturerade forum finns.

”Jo men det har jag nog tagit upp i så fall. Om det kommer flera som har ringt. För då hade man tagit upp det kanske i fikarummet till exempel snabbt, ’men nu har jag fått ett sånt samtal igen’. Vi är ju inte, jag är ju inte med på de här teammötena med individ, så jag vet ju inte om de kanske redan vet det.” (FHV- sekreterare)

”Vi brukar gå laget runt för frågor så här. Både individärende och sen fall det är nånting med nån kund, så att alla får reflektera och säga nånting och så diskuterar man utifrån det. Så att man känner sig väldigt delaktig. Alla ska vara med och tänka och fundera, även på individnivå.” (FHV- sekreterare)

FHV-läkarna är en yrkesgrupp som anser sig ha få möjligheter att fånga upp svaga signaler. En anledning till det är de inte har de kanaler som behövs; de befinner sig oftast inom FHV:s lokaler vilket innebär både geografisk distans och att de i låg grad är ute i kundernas verksamheter. En egen idé hos läkarna är att företagsjournalerna skulle kunna fungera som ett verktyg för att fånga upp och systematisera svaga signaler som samlas in av de kollegor som är ute i kundorganisationerna. Även andra yrkesgrupper lyfter liknande tankar. Dock uttrycks det att journalerna är lätta att skriva i men svåra att läsa på ett systematiskt sätt. Journalerna behöver i så fall utvecklas så att de både blir mer lättlästa och så att det skapas bättre möjligheter att i journalerna systematisera den information som finns.

Skapa mening av svaga signaler

Det finns en risk att organisatoriskt meningsskapande drivs mot en enda förklaring och att ny information tvingas in i redan existerande mentala modeller. För att undvika den fällan, och fastna i en lösning som är fel, behöver organisationen medvetet utveckla och pröva flera olika alternativa hypoteser. Detta även när det finns ett begränsat tålamod med osäkerhet, och då det finns tidspress. För att motverka grupptänkande - av Janis (1982, p.9) beskrivet som (egen översättning) "en form av tänkande som människor engagerar sig i när de är djupt involverad i en grupp med hög kohesion, när medlemmars strävan efter enhällighet överskuggar deras motivation att realistiskt värdera alternativa handlingar" - är det meningsfullt att lyssna till vad andra i och utanför organisationen har att säga och att samla ihop den kollektiva kunskapen inom organisationen, av Schoemaker & Day (2009) uttryckt som söka gruppens kunskap ("Canvass the wisdom of the crowd"). Till sist behöver flera olika möjliga händelseförlopp diskuteras, detta för att utmana den syn eller åsikt som dominerar i organisationen. Genom att ta överväga flera olika scenarier samtidigt kan organisationen undvika att låsa sig i en enda syn på hur framtiden kommer att se ut och ändå dela en gemensam ram i diskussionen om nya signaler (Schoemaker & Day, 2009).

Till processen att förstärka intressanta svaga signaler kan kopplas det som Weick och Sutcliffe (2007) benämner som "en motvilja mot att förenkla". För att på ett framgångsrikt sätt kunna koordinera olika aktiviteter och fokusera måste vi människor visserligen förenkla. Men om vi inte förenklar i fullt lika stor utsträckning ser vi fler alternativ och facetter. I organisationer som uppskattar motvilja mot förenklingar vidtas steg för att skapa en större och mer nyanserad bild av vad man har framför sig och vem man är i förhållande till bilden.

I en organisation där man förstår och accepterar att världen är komplex, instabil och oförutsägbar försöker man vara öppen för nya perspektiv, för att se så många nyanser som möjligt. Här välkomnas olika erfarenheter, även skepticism mot ”sanningar” och erkänd kunskap. Man uppskattar också förhandlingsstrategier som förenar olika åsikter utan att förstöra nyanserna i det som olika medlemmar upptäcker. När man känner igen ett fenomen som något man har stött på och ”förstått” tidigare, blir det igenkännandet snarare en källa till oro än till trygghet. De slutsatser som var rätt förra gången, är kanske inte det nu.

Våra studier tyder på att det finns FHV-team som har erfarenhet av att arbeta med olika perspektiv och reflektera kring olika möjliga händelseförlopp med syfte att arbeta förebyggande.

”Hjälpt oss att komma lite längre i teamet. Få mer perspektiv då. Och sen har vi kunnat jobba vidare på allt det här vi har fått in. Och då i stället för att se så här, så kanske vi ser så här, och så tänker vi att det är dit vi ska kanske, så. Så det har vi gjort några gånger. Men är det förebyggande eller främjande eller insatser då? Det här har varit lite olika.” (Organisationskonsult FHV)

”Ett sätt kan vara att ventilera signaler i sitt team som jobbar med samma kund. Äh, då kan man säga: ’jag har hört detta. Är det någon annan?’. Och ibland kommer det ju upp att det är flera som har hört, det är ju teamets styrka om man säger att man jobbar i team mot en kund eller två eller vad man nu jobbar med. Och då har vi ofta en tanke på hur, vad kan vi göra, vad gör vi med den här informationen. Det känns mycket bättre att ha flera som kan tänka kring hur man ska komma vidare, då har vi alla professioner där. Det tycker jag är en styrka i det hela, om man säger.”(Medicinsk personal, FHV)

Viktiga områden i processen att skapa mening och förstärka intressanta svaga signaler blir för FHV:s del att strategiskt utveckla ett jämställt klimat där den samlade tekniska, psykologisk/beteendevetenskapliga och medicinska kompetensen tillåts och uppmuntras föra fram sin syn på och sina hypoteser kring de svaga signaler som har fångats upp – ett klimat där medlemmarna ser värdet av olika infallsvinklar, och där inget enskilt paradigms förhärskar eller där en viss kompetens eller profession har tolkningsföreträde.

”Läkaren har en viktig roll men i och med att det är ett litet team så behöver vi andra också komma med synpunkter: ’Hallå, det här händer nu, vad kan vi göra där? Vad kan jag göra? Kan vi göra någonting gemensamt?’ Så man kan säga att det kräver ju ett moget och, moget och prestigelöst team och att alla gör sina roller. För vi märker alltså att så fort någon yrkeskategori fallerar, då hackar det direkt.” (Organisationskonsult, FHV)

Vidare belyser resultaten i våra studier att blir det angeläget att tidigt involvera kundorganisationen i den meningsskapande processen.

”Vi har diskuterat om man får tidiga signaler och man känner att det här borde vi ta kontakt med den ansvariga i verksamheten, chefen, diskuterar vi också: är det någon som har ett bra förhållande, förtroende, alltså en bra relation, tillit till den chefen som, och så är man överens om att den personen tar den kontakten med den. För det är också ett förtroende när du liksom ska ta upp en känslig situation, så man har en viss diskussion. Är det någon som har haft en bra relation och jobbat i den verksamheten och har en bra relation till den chefen. Så har vi i vissa fall ringt och sagt: ’du vi har hört det här, ligger det någon sanning i det? Hur ser du på det?’ Så man har den diskussionen under .//. Men då har vi diskussionen internt också. Vem som har en bra relation till den.” (Organisationskonsult, FHV)

Utforska och agera utifrån meningsskapande av svaga signaler

Organisationen och dess medlemmar behöver söka ny information för att utmana den rådande uppfattningen om verkligheten (Shoemaker & Day, 2009), så att möjligheten att upptäcka förändrade behov i omgivningen inte försummas, och så att man inte utan vidare förklarar viktiga förändringar som kan få långtgående konsekvenser som tillfälliga. I processen att utforska och agera utifrån svaga signaler blir det viktigt att uppmuntra konstruktiva konflikter för att fastställa och tolka fakta som de är. Konflikterna måste dock bli mellan idéer och inte mellan människor, och hållas på en rimlig nivå. Moderata konflikter, i motsats till små eller extrema konflikter, verkar leda till de bästa besluten (Schoemaker & Day, 2009). En utmaning för FHV blir då att både utveckla förmågan att skapa konstruktiva konflikter inom organisationen och att engagera sig i konstruktiva konflikter i dialogen med kundorganisationerna.

”Men där känner vi oss lite vilsna sen, för vi vet inte, vi har inte samma möjlighet, tycker jag, att gå vidare. Det känns mycket tuffare för oss, så vi står där ibland och så vet vi inte om vi ska ta det på HR nästa gång, och ibland så kan det vara svårt på HR att ta upp det. Någon gång tog jag upp det, och då kan det vara känsligt liksom, det det är inte självklart hur man tar det här. Och vi har inte tagit det till vår chef direkt och, jag vet att NN har ju haft flera gånger in det på något annat: ’Hur gör vi? För nu har vi fått massor med signaler.’ Så det där är faktiskt en frustration för oss.” (Organisationskonsult, FHV)

En förutsättning för att kunna skapa mening av svaga signaler är, enligt (Kerfoot, 2007), att våga och vara beredd att engagera sig i en ”hård konversation” där deltagarna inte gömmer sig bakom sig själva utan i stället går in i samtalet och gör det verkligt. I stället för den ”gemensamma nickningen” som förekommer i konversationer som inte är verkliga innebär ”våldsamma” samtal att verkligheten undersöks och att allas verklighet läggs fram så att den kan undersökas. Arbetet med att uppmärksamma och arbeta med svaga signaler undergrävs av den gemensamma nickningen och av rädsla för repressalier.

För att skapa mening av svaga signaler måste deltagarna i konversationen känna att det spelar roll att de deltar och engagerar sig (Kerfoot, 2007). Vidare blir det viktigt att våga lita till sin intuition. Enligt Schoemaker och Day (2009) har ledare och medarbetare ofta mer kunskap än vad de själva inser och behöver därför lära sig när och hur de ska lita på sina förningar. "Förvärvad intuition" kan ses som förmåga att vara uppmärksam på svaga signaler, och "pålitlig intuition" kräver många års erfarenhet tillsammans med god feedback. Intuitiva aningar bör betraktas som värdefulla inspel i bedömningsprocessen, tillsammans med mer analytiska processer. En viktig punkt för FHV är i vilken utsträckning förslag till insatser ska anpassas till befintliga produktpaket. Utifrån teori om svaga signaler och processuell kriteori kan trycket på att anpassa insatser till de rådande produkter/tjänster som FHV tillhandahåller motverka organisationens förmåga att fånga upp svaga signaler och att konfrontera sin befintliga uppfattning om verkligheten. Därmed kan förmågan hos FHV-experterna att uppmärksamma förändrade behov i kundorganisationerna försvåras och också möjligheten att arbeta med förebyggande insatser.

"Vi ska produktpacka allting liksom. Och det är ju livsfarligt tänker jag. För det är kanske inte alls det som kunden behöver, att slänga fram en folder: att 'detta har vi att erbjuda – That's it!' Utan vi måste ju lyssna på kunden: vad är det kunden verkligen behöver för att sen kunna, vi är ju ett kunskapsföretag, eller vad vi ska kalla det för, och den förmågan finns tyvärr inte. Ja och det är väldigt liksom att vi måste förpacka våra saker och: vad är det vi har? Och försöka packa hälsofrämjande arbete när vi ska möta kunden och behoven är olika överallt. Det är ju en utmaning kan man ju säga. Det går ju inte, så att, och just att man är så låst i det, då tappar man ju också det här perspektivet att lyssna: Vad är det kunden har för att kunna se dom här signalerna emellan och lyssna så, då tappar man ju det. Men då är det ju införsäljning." (Organisationskonsult, FHV)

I en del fall kommer följderna av de svaga signaler som fångas upp och processas att kunna hanteras inom ramen för de befintliga tjänster som FHV tillhandahåller. I andra fall krävs innovationer, engagemang och dialog med kunderna för att möta deras nya behov.

"Och då är det ju samtal med de olika parterna som gör att man till slut kommer fram till någonting. Jag tror att det är så vi jobbar. Vi är väldigt, alltså det som är vårt varumärke är väl att vi försöker få till en dialog med kunden. Jag tycker att vi skissade det bra, att man försöker tänka ut: vad kan vi bidra med? Och sen har man en dialog med kunden, och så säger du att ibland så tar inte kunden emot, men många gånger tar kunden emot det och då kanske man har en dialog så förändras produkten. Så att det är inte bara så att nu ger vi ett förslag och så är det nej eller ja. Utan vi gör någonting tillsammans ... utvecklar det tillsammans, det är så att vi skulle kunna utveckla mycket mer." (Medicinsk personal, FHV)

Diskussion

Generellt sett verkar FHV ha en god förmåga att fånga upp svaga signaler på begynnande ohälsa. Det som medarbetarna lyfter upp som en svårighet är att de inte vet hur de ska förvalta och föra informationen vidare inom FHV-nätverket. De uttrycker frustration över att inte veta hur de svaga signaler som fångats upp kan samlas ihop, hanteras och processas tillsammans med andra signaler, då det finns ett behov av att undersöka giltigheten hos de uppfångade signalerna. Det finns exempel på att FHV-medarbetare tar upp svaga signaler med sitt team, för att se om andra har fångat upp samma signaler. Vissa enheter har strukturerade möten som inte syftar till att diskutera individärenden, utan kundernas organisationer. Sådana möten kan vara ett forum för att lyfta upp svaga signaler. När det gäller att utnyttja teamet för att pröva olika perspektiv på de signaler som fångats upp beskrivs det som en fördel att behandla frågorna i teamet för att få en vidare och mer mångfacetterad bild genom olika professioners inspel och åsikter. Samtidigt framhålls att det är en process som kräver både mycket tid och förberedelser och att energin inte alltid räcker för ett sådant arbete.

Att skapa en kultur som värdesätter svaga signaler ur ett förebyggande perspektiv blir en viktig grundförutsättning för att skapa team som vill skapa mening av svaga signaler. Teamet blir en förutsättning för en gemensam analys av svaga signaler, och att fånga upp och skapa mening av svaga signaler blir en del av teamets uppdrag. För att teamet ska lyckas med ett sådant uppdrag krävs att medlemmarna interagerar med varandra. Det behöver finnas någon form av gemensamt mål som motiverar till gemensamt agerande, och att det finns tillräckligt ömsesidigt beroende i uppdragets genomförande för att tillsammans utveckla gemensam förståelse.

Som beskrivits tidigare verkar det, sett till det totala intervjumaterialet, som att FHV:s förmåga att ta hand om svaga signaler ur ett förebyggande perspektiv avtar ju längre in i den meningsskapande processen de kommer. Det kan beskrivas som en tratt med en stor och vid öppning som smalnar av allteftersom processen fortgår. FHV:s förmåga är som nämnts begränsad när det kommer till att lämna tillbaka resultaten till kundorganisationerna, både i form av analys och förslag på anpassade insatser och åtgärder. Ett förslag till modell för att kunna öka meningsskapandet av svaga signaler är att tidigt lyfta in kundorganisationerna i processen, då i form av HR och linjechefer.

På så sätt kan FHV fungera som en organisation som detekterar svaga signaler och i de respektive FHV-teamen påbörja processen med att förstärka och skapa mening av de intressanta svaga signalerna. Samtidigt pågår samma processer inom HR och inom chefsorganisationen. Vid lämpligt tillfälle under förstärkningsprocessen lyfts då signalerna vidare till det gemensamma meningsskapande FHV/HR/linjechefsteamet som fortsätter processen med att utforska frågan vidare och också ta fram hur organisationerna ska agera i nästa steg.

Rekommendationer

De praktiska rekommendationerna kring hur man kan utveckla arbetet med förebyggande insatser utifrån svaga och tidiga signaler utgår från fem teman. Det första temat handlar om hur FHV kan utveckla sitt sätt att fånga upp signaler i det egna interna arbetet. Det andra handlar om att utveckla sättet att fånga upp tidiga och svaga signaler i samarbetet mellan linjechefer, HR och FHV. Det tredje temat omfattar tolkning eller meningsskapande av signaler inom FHV-team. Det fjärde handlar om tolkning eller meningsskapande av signaler i samarbetet mellan linjechefer, HR och FHV. Till sist, det femte temat omfattar vad som behövs för att genomföra förebyggande insatser och åstadkomma förändring genom samarbetet mellan linjechefer, HR och FHV. Dessa fem teman kan sammanfattas i följande punkter:

- A. Fånga upp signaler i FHV-arbetet.
- B. Fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV.
- C. Tolka signaler inom FHV-teamet.
- D. Tolka signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV, och
- E. Dra slutsatser och åstadkomma förändring genom samarbetet mellan linjechefer, HR och FHV.

Dessa rekommendationer handlar dels om att utveckla nya förutsättningar och dels om att undanröja hinder för att arbeta med förebyggande arbetsmiljöarbete. I avsnittet som nu följer utvecklar vi de fem rekommendationerna.

Att fånga upp signaler i FHV-arbetet

För det första behöver man bestämma hur det externa kontaktsökandet ska utformas. Det kan handla om att vara ute i verksamheterna och vara med på hälsoronder, om att genomföra hälsoanalyser och så vidare. Andra exempel är att vara med på morgonmöten och på andra arenor som man har skapat i verksamheterna. Vår studie visar sammantaget på många exempel på betydelsen av att FHV samtalar med HR, arbetsgivare, arbetstagare och fackliga representanter, både informellt och formellt vid regelbundna möten.

Det som starkast framträder är vikten av att FHV-medarbetare tillhörande olika yrkeskategorier rör sig utanför FHV:s lokaler och träffar samarbetspartners, kunder och andra aktörer inom organisationens ekosystem. Genom dessa kontakter, där de förlängda nätverken utnyttjas, fångas svaga signaler upp. Nära kontakter och informella kontakter med kunderna lyfts fram som viktiga förutsättningar för att kunna fånga upp svaga signaler. Man kan arbeta med formella strukturer för en ökad FHV-närvaro i kundorganisationen. Våra studier belyser att här finns en outnyttjad potential för att kunna arbeta förebyggande.

En medveten strategi för att i hög grad aktivt röra sig ute i kundorganisationerna och medvetet söka efter svaga signaler skulle kunna gynna FHV:s förebyggande arbete (även om sådan aktivitet inte alltid är debiterbar). Våra studier belyser också hur exempelvis FHV-sekreterare och FHV-läkare kan ha viktiga funktioner när det kommer till att fånga upp tidiga och svaga signaler. Det kan ske genom telefonsamtal och spontana uppringningar. Den information som exempelvis sekreterarna fångar upp betraktas som viktig och tas om hand i teamen. "Företagsjournaler" skulle också kunna fungera som ett verktyg för att fånga upp och systematisera svaga signaler som samlas in av de medarbetare som är ute hos kundorganisationerna, och relatera dessa signaler till signaler som företagsläkarna fångar upp genom sina kontakter med medarbetare från olika verksamheter.

Fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV

Ett sätt att arbeta med att fånga upp signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV är att hitta systematiserade sätt att fånga upp impulser från medarbetare som tidigt uppmärksammar tecken på begynnande ohälsa, eller som påvisar att det kan finnas skäl för oro kring någon kollega. Utan sådan typ av information kan det vara svårt att agera. Ett exempel på att systematisera sådant arbete är verksamheter som infört en policy om så kallade bekymringssamtal. Vid sådana samtal med berörda medarbetare kan första linjens chefer upptäcka signaler hos den enskilda individen som indikerar att allt inte står rätt till. Som exempel gavs medarbetare vars frånvaromönster skilde sig från deras normala, utan att för den saken skulle klassas som mycket korttidsfrånvaro. Det är svaga signaler som genereras av individen och som behöver hanteras för att förebygga behov av rehabiliterande insatser.

Första linjens chefer blir då de som har störst möjlighet att upptäcka svaga signaler på begynnande ohälsa, eller på risk för begynnande ohälsa, hos enskilda medarbetare. När det däremot gäller att fånga upp signaler på att arbetsplatsen kan vara ohälsosam tycks FHV ha en roll att fylla.

I materialet beskrivs hur FHV-medarbetare fångar upp svaga signaler genom sin närvaro i kundorganisationerna, informella, avspända möten och kontaktytor, samt genom arenor utanför själva arbetsplatsen som till exempel utbildningar där också informella dialoger uppstår. Det beskrivs också hur FHV får sonderande samtal – bland annat till FHV-sekreterarna – med frågor om vad FHV kan hjälpa till med och hur det går att använda sig av dem, i en del fall kopplat till beskrivningar av situationen på arbetsplatsen. Det som framkommer i sådana samtal motiverar kanske inte en insats på individnivå, men är tecken på att något behöver behandlas i ett organisationsperspektiv. FHV:s roll blir då att identifiera mönster som indikerar att en arbetsplats är ohälsosam och diskutera dessa mönster med berörda linjechefer. Andra arenor för att i samverkan fånga upp svaga signaler är möten som till synes har en ad hoc-karaktär men som är institutionaliserade.

Frukostmöten och soppluncher är som tidigare nämnts exempel på sådana möten, där FHV, HR, första linjens chefer och verksamhetschefer deltar. Dessa återkommer regelbundet, 4–6 gånger per termin, vilket med andra ord innebär ett gemensamt möte varje eller varannan månad. Agendan är tydlig med vissa stående punkter och genomgång av status kring pågående projekt.

Tolka signaler inom FHV-teamet

Generellt omfattar arbetet med att tolka signaler inom FHV-team att uppmuntra allas kompetenser att bidra till tolkningar i intensiva diskussioner. Det handlar om att samla ihop den kollektiva kunskapen inom organisationen. En viktig del i detta arbete är utmana den syn eller åsikt som dominerar i organisationen. Det är också centralt att skapa möjligheter för att den samlade kompetensen (psykologisk/beteendevetenskaplig, teknisk och medicinsk) ska kunna tillåtas och uppmuntras föra fram sin syn och sina hypoteser i förhållande till de svaga signaler som har fångats upp. Det behövs ett klimat där medlemmarna ser värdet av olika infallsvinklar och där inte ett paradigm råder eller där en kompetens eller profession har tolkningsföreträde.

Tolka signaler i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV

När det gäller tolkningsarbetet i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV så behöver man utveckla mer systematiska sätt diskutera och analysera svaga signaler. Det kan generera en möjlighet för parterna att jämföra iakttagelser med varandra, för att se om man ser samma bild och behov av åtgärder. Man behöver också se till att det överhuvudtaget finns en mottagare, någon att diskutera sina iakttagelser med, vilket framförallt FHV säger sig sakna. Genom att jobba mot samma mål så sparar man dessutom resurser. När FHV-medarbetare ser mönster, till exempel noterar att flera individer ringer från samma verksamhet, är det inte självklart vem de ska rapportera detta till. Problemet upplevs handla om att det inte finns någon överenskommelse mellan FHV och kundorganisationen om att FHV ska lägga ned arbete på att identifiera mönster, och därmed finns heller inget uppdrag att arbeta fram åtgärdsförslag och handlingsplaner. Det behövs ett intresse på strategisk nivå i kundorganisationen eftersom det inte finns en utarbetad överenskommelse parterna emellan kring ett strategiskt samarbetsätt.

Kunna dra slutsatser och åstadkomma förändring i samverkan mellan linjechefer, HR och FHV

För att man ska genomföra förebyggande insatser behöver ett antal potentiella hinder som beskrivs i föregående kapitel undanröjas. Till exempel behöver FHV och HR utveckla en samverkan med linjechefer som omfattar organisationsfrågor, så att det inte enbart omfattar frågor relaterade till enskilda individer och deras problem. Genom sådan samverkan kan kompetens hos FHV när det gäller organisationsfrågor göras både synlig och känd. Det kan också tydliggöras hur FHV kan bidra till den kompetens som organisationen redan anser sig ha, både med kompletterande kompetens och med ett externt perspektiv. Sådan utvecklad samverkan skulle kunna eliminera eller minska omfattningen av några av de hinder som beskrivs i föregående kapitel, och bidra till att FHV i högre utsträckning betraktas som en partner, som en aktör som kan bidra med något i frågor som rör organisationen, i stället för en konkurrent.

Våra studier belyser att för att kunna arbeta förebyggande bör man vara försiktig med produktpaket. FHV-medarbetare kan känna sig pressade att anpassa insatser till de produkter/tjänster som man redan tillhandahåller. Detta kan försämra förmågan att uppmärksamma förändrade behov i kundorganisationernas. I en del fall kommer FHV:s redan existerande tjänster att passa bra och vara rätt väg att gå, i andra fall kommer det att krävas kreativitet, innovativt tänkande och engagemang av FHV för att kunna möta kundens behov.

Referenser

- Anderson, N.R. & West, M.A. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235–258
- Day, G.S. & Schoemaker, P.J.H. (2004). Driving through the fog: managing at the edge. *Long Range Planning*, 37, 127–142
- Day, G. & Schoemaker, P.J.H. (2004). Peripheral vision: sensing and acting on weak signal. *Long Range Planning Journal*, 37, 116–122.
- Janis, I. L. (1982) *Groupthink: Psychological studies of policy decisions and fiascos* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Kerfoot, K. (2004). On leadership: attending to weak signals – the leader challenge. *Pediatric Nursing*. 30 (1).
- Pina e Cunha, M. & Chia, R. (2007) Using teams to avoid peripheral blindness. *Long Range Planning*, 40, 559–573.
- Reichers, A.E. & Schneider, B. (1990). *Climate and culture: an evolution of constructs*. *Organizational Climate and Culture*, Jossey-Bass, San Francisco
- Shoemaker, P.J.H. & Day, G.S. (2009). How to make sense of weak signals. *MITSloan Management Review*, 50(3).
- Thyefors, I. (2013). *Babels torn: om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & kultur.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the unexpected: Resilient Performance in a Age of Uncertainty, 2nd Edition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- West, M. A., Anderson, N. R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*, 81, 680–93

7. Reflektionsgrupper – En form av processtöd i ett förändringsarbete

Annemarie Hultberg, Jan Winroth

Sammanfattning

Den förändringen man ville åstadkomma inom Västra Götalandsregionen genom att ge FHV rollen av strategisk resurs med uppgift att agera mer proaktivt, var att i större utsträckning fokusera på organisationsnivån samt det förebyggande och hälsofrämjande perspektivet. Metoden som valdes för att bidra till förändringen var att via processtöd stödja de utvecklingsarbeten som pågår i respektive förvaltning/bolag.

FHV NySam syftar till att åstadkomma en förskjutning från individ- till organisationsperspektiv och från rehabiliterande till hälsofrämjande insatser. Detta är snarare ett perspektivskifte än en förskjutning av nuvarande synsätt och utgör enligt systemteorin en så kallad förändring av andra ordningen. Systemteorin användes som teoretisk utgångspunkt för att öka förståelse för hur de olika delarna hänger ihop, hierarkiska nivåer och skillnader mellan öppna och slutna system.

Processtöd är en indirekt form av förändringsstöd som här riktade sig till processtödjare från deltagande förvaltningar i form av HR-experter och chefer samt representanter från FHV. Processtödet gavs i reflektionsgrupper. Den pedagogiska idén bakom processtöd som metod bygger på arbetsintegrerat lärande, dialogpedagogik och ett aktions- och utvecklingsinriktat lärande.

Ett lyckat förändringsarbete kräver ett starkt stöd från ledningen, en hög grad av delaktighet, en tydlig koppling mellan driftsfrågor och utvecklingsfrågor, avsatta resurser för utvecklingsarbetet, en kompetent strategisk grupp som driver arbetet, en tydlig idé, en samsyn hos berörda och ett gemensamt språk. Dessa aspekter påverkar resultatet av förändringsarbetet, villkoren och kontexten, hur förändringsarbetet genomförs och kompetens i att genomföra ett förändringsarbete. För att åstadkomma en så kraftig förändring som riktlinjerna syftar till krävs även att man utvecklar ett gemensamt språk samt bygger en gemensam kompetens kring det som förändringsarbetet handlar om – i detta fall att chefer, FHV och HR ska utveckla en gemensam begreppsapparat kring verksamhet, arbetsmiljö och hälsa.

Genom reflektionsgrupperna skapades forum för erfarenhetsutbyte, dialog och reflektion. Processtödet strukturerades i olika faser, där deltagarna träffades varje kvartal, sammanlagt tio gånger, cirka 30 timmar under två och ett halvt år.

Två chefsgrupper, en HR-grupp och en FHV-grupp med koppling till deltagande förvaltningar träffades initialt i separata grupper. Efter ett år mixades grupperna och ny kunskap tillfördes med idén om arbetsintegrerat lärande. Processtöd gavs till nyckelpersoner som blev processtödjare inom sina verksamheter.

Processtödetets tre faser:

Fas 1: Nulägesanalys för att förstå tidsdimensionerna historia, nuläge och önskat läge, systemteori som verktyg för förståelse av öppna och slutna system, perspektiv på hälsa och hälsobegrepp samt förändringsarbete och kunskapsutveckling, gemensamt språk och teorier och verktyg. Presentation av förvaltningarnas förändringsarbete/case.

Fas 2: I fas 2 skapades grupper, där representanter från tre förvaltningar ingick i varje grupp. Syftet var att utgå från förvaltnings- eller bolagsperspektivet då de utgör exemplet för de nya riktlinjerna, samt att skapa förutsättningar för att utveckla samverkan mellan första linjens chefer, HR och FHV kopplat till förvaltning. Fokus under fas 2 var framgångsrikt förändringsarbete utifrån handlingsplaner, processtöd relaterat till arbete och kompetensutveckling.

Fas 3: Två träffar med samtliga deltagare. Fokus låg på att värdera resultat och mäta effekter, på teori och erfarenhetsbaserad kunskap kring förändring och lärande, samt på hur den fortsatta processen ska se ut. Här gjordes även analyser och teoretiska inspel från processledarna samt reflektion över inverkansfaktorer och arbete med att identifiera dem i det egna förändringsarbetet.

Utifrån processerna i reflektionsgrupperna kan konstateras att det har skett en förbättrad samverkan, men inte 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. Enskilda medarbetare har en grundkompetens kring frågorna men det är ingen självklarhet att de får något större utrymme i vardagsarbetet. Ledningens stöd och prioriteringen av utvecklingsarbetet påverkade legitimiteten för utvecklingsarbetet. Inslag av gemensamt språk har visat sig i dialoger men behöver utvecklas.

För att lyckas med förskjutningen mot ett mer proaktivt arbetssätt, en perspektivförskjutning från rehabilitering till hälsofrämjande arbete och från individfokus till att arbeta med de organisatoriska förutsättningarna behövs kompetensutveckling kring dessa frågor bland chefer och stödfunktioner så att större samsyn utvecklas.

Inledning

I detta kapitel beskrivs den interventionsinsats som gjordes inom FHV NySam, utifrån projektets syfte att följa, stödja och utvärdera nya samarbetsformer och arbetssätt. Det handlade om att uppnå en bättre samverkan mellan chefer, HR och FHV, för att i större utsträckning använda FHV som en strategisk resurs i förebyggande och hälsofrämjande arbete. Den förändring som vi ville stödja inom ramen för projektet, utgick i sin tur från Västra Götalandsregionens nya riktlinjer för sin interna företagshälsovård.

Orsakerna till att starta ett förändringsarbete kan vara många. Det kan vara att det finns ett problem som exempelvis hög sjukfrånvaro, att nya riktlinjer eller en ny föreskrift kommer som kräver anpassning, eller att man vill utveckla exempelvis organisatorisk arbetsmiljö eller organisationshälsa. Den förändring av roller, perspektiv och kompetens som de nya riktlinjerna syftade till var mer omfattande än bara en anpassning. Det handlade snarare om att utveckla ett helt nytt förhållningssätt. Om den hälsofrämjande idén är vägledande så handlar det om att från ett givet nuläge formulera mål och strategier som på något sätt bidrar till ökad hälsa. Detta kan ske på individ-, grupp-, organisations- eller samhällsnivå. Den förändring man ville åstadkomma genom att ge FHV rollen av strategisk resurs med uppgift att agera mer proaktivt, var att i större utsträckning fokusera på organisationsnivån samt det förebyggande och hälsofrämjande perspektivet. Metoden vi valt att använda för att bidra till en sådan förändring var att via processtöd stödja de utvecklingsarbeten som pågår inom respektive förvaltning/ bolag. I detta kapitel beskrivs våra grundantaganden utifrån erfarenheter och teori, hur vi gick tillväga samt vilka erfarenheter vi gjorde av denna metod utifrån vad vi ville åstadkomma.

Tidigare erfarenheter och teoretiska utgångspunkter

På en övergripande nivå finns det en teori (systemteori) som förklarar skillnaden mellan en förändring av första och andra ordningen (Watzlavick, 1984). En förändring av första ordningen innebär att förändringen mer handlar om justeringar och förbättringar och inte ändrar något i systemet medan en förändring av andra ordningen just innebär förändring av själva systemet eller ett nytt sätt att tänka och agera (Watzlavick, 1984; Ahrenfelt, 2001). FHV NySam syftar till att åstadkomma en förskjutning från individ- till organisationsperspektiv och från rehabilitering till hälsofrämjande arbete. Detta är snarare ett perspektivskifte än en förskjutning av nuvarande synsätt, det vill säga en förändring av andra ordningen.

Systemteori handlar här om att förstå hur olika delar hänger ihop, att förstå att olika hierarkiska nivåer har olika logiker och olika teoretiska referensramar och att man förstår skillnaden mellan öppna och slutna system. I ett slutet system kan man styra processen så att man med säkerhet vet vad utfallet blir – exempelvis programmera en dator eller att en produkt blir likadan varje gång. Logiken i det fallet bygger på idén orsak–verkan, och är ett linjärt tänkande (naturvetenskapens logik).

I ett öppet system interagerar man med omgivningen, vilket gör att samma input kan ge olika utfall på grund av yttre omständigheter och händelser. Människor och organisationer är öppna system (samhälls- och beteendevetenskapens logik).

Vad krävs för att lyckas med ett förändringsarbete?

För att ett utvecklingsarbete ska få önskad effekt säger forskningen att det bland annat krävs:

- ett starkt ”stöd” uppifrån – ledare, ägare, politiker
- en hög grad av delaktighet av berörda i hela genomförandeprocessen
- en tydlig koppling mellan driftsfrågor och utvecklingsfrågor
- att nödvändiga resurser avsätts för utvecklingsarbetet
- en kompetent projektledning/strategisk grupp/arbetsgrupp som driver arbetet.

(Svensson, 2007)

Vi skulle här vilja lägga till att det också krävs:

- en tydlig idé som omvandlas till mål, strategier och genomförande, där process och resultat följs upp och utvärderas
- en samsyn hos berörda kring mål och förväntade resultat
- ett gemensamt språk, vilket här innebär att det krävs en viss kompetens kring exempelvis hälsofrämjande arbete – en gemensam definition av vad som menas med hälsa, vad som påverkar hälsa, vad som utgör friskfaktorer i arbetslivet eller vad man på olika systemnivåer kan göra för att främja hälsa – för att man ska kunna kommunicera kring frågorna och för att minimera missförstånd.

På ett övergripande plan kan vi se att följande delar påverkar resultatet av förändringsarbetet:

- villkoren och kontexten
- hur förändringsarbetet genomförs
- kompetens i förändringsarbete – erfarenheter i kombination med verktyg för tanke och handling.

Villkoren och kontexten kan handla om verksamhetens art och hur många som är berörda eller involverade. I ett strategiskt inriktat arbete kan hela organisationen vara involverad medan det i andra fall kan handla om en avgränsad arbetsplats, om vi här väljer organisationsnivån som utgångspunkt. Vi har i detta sammanhang konstaterat att en framgångsfaktor för att lyckas är ledarskapets engagemang och berördas delaktighet.

Vi vet att den enskilde individen är organisationens minsta aktiva enhet (Ahrenfelt, 2001), vilket gör att attityder och inställning till förändringen hos de enskilda intressenterna kommer att påverka utfallet. Vissa är positiva och nyfikna, andra är passiva, och några är troligen ifrågasättande. Detta är exempel på hur enskilda individer skapar en jordmån för förändringsarbetet, men det finns också skäl till att identifiera hur förändringen berör vissa grupper eller olika intressenter. Det kan handla om yrkesgrupper, om speciell professionella intressen eller om partsintressen. Här kan vi ha nytta av att ta hjälp av Bolman och Deals ”politiska perspektiv” i vår analys – som handlar om hur olika intressen och intressenter vill argumentera för sin sak (Bolman & Deal, 2012).

Att genomföra själva förändringsarbetet innebär att det på ett övergripande plan finns en planeringsfas, en genomförandefas och utvärderingsfas som sedan går in i en fortsatt process utifrån det nya nuläget. Framgångsfaktorer här, är att det finns en tydlig målbild som bryts ned till mål, strategier och genomförande. Ska förändringsarbetet lyckas så krävs det att de som är mest berörda delar verklighetsuppfattning, och att det har skapats en gemensam målbild och gemensamma mål. Det krävs med andra ord någon form av delaktighet och förankringsprocess, och att det i viktiga delar finns en gemensam förståelse för det förändringen fokuserar – ett gemensamt språk. Med denna ”värdemässiga utgångspunkt” i form av samsyn och gemensamt språk, utgör kunskapsutveckling en viktig drivkraft i allt förändringsarbete. Det räcker med andra ord inte med ett ordbyte utan det handlar om att utveckla ett nytt sätt att tänka och arbeta – i vårt fall att utveckla ett sätt att tänka kring hälsofrämjande.

Ytterligare en framgångsfaktor när det gäller genomförandet är att det finns en tydlighet när det gäller roll- och ansvarsfördelning. Är förändringen av lite större dignitet krävs någon form av strategisk grupp som har legitimitet, makt och mandat att driva processen. I det mindre förändringsarbetet kan en arbetsgrupp med mandat vara tillräckligt. Olika funktionella roller kan vara beslutsfattare, processansvarig, deltagare, genomförare, koordinator och expert (Wynne, 1997).

Kompetensbegreppet hänvisar till att en person är kvalificerad i vidare mening:

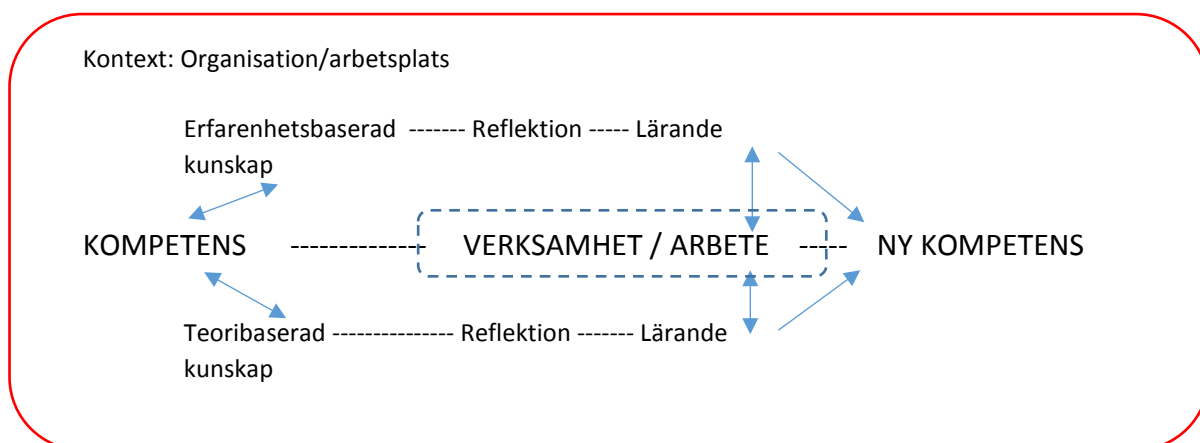
”Det handlar inte bara om att personen behärskar ett yrkes- eller ämnesområde, utan också om att personen kan tillämpa denna ämneskunskap. Och mer än så: tillämpa i förhållanden till de krav som ligger i situationen som kanske till på köpet är osäker och oförutsägbar. I kompetensbegreppet ingår därmed även en persons bedömningar och attityder – och förmågan att dra nytta av sina personliga förutsättningar” (Jørgensen, i Illris, 2007, s 160).

Kompetens som processtödjare handlar i första hand om pedagogisk kompetens och kompetens kopplad till förändringsarbete. Dessa två kunskapsfält är mycket intimt förknippade med varandra då förändring ofta leder till lärande genom att man får nya erfarenheter, och lärande leder till möjligheten att tänka och agera på ett nytt sätt.

Förändring och lärande – pedagogiska frågor relaterade till förändringsarbete

Här handlar det om vuxnas lärande kopplat till arbetslivet. Den pedagogiska idén bakom processtöd som metod bygger på arbetsintegrerat lärande, dialogpedagogik och ett aktions- och utvecklingsinriktat lärande. Det arbetsintegrerade lärandet tar sin utgångspunkt i arbetet/verksamheten. Genom att reflektera över erfarenheter man gör i det dagliga arbetet kan ett lärande uppstå som betyder att man kan utveckla sitt sätt att tänka och arbeta. Man kan också genom att ta till sig nya kunskaper som bygger på teori och forskning förändra sitt sätt att tänka och handla, men även här krävs reflektion och bearbetning så att de nyvunna kunskaperna kan integreras i arbetet. Utgångspunkten utgörs av befintlig kompetens som på olika sätt kan utvecklas.

Följande modell beskriver hur man kan se mönstret i de olika komponenterna som ovan beskrivits:



Figur 17. Modell för arbetsintegrerat lärande med fokus på kompetensutveckling.

Som framgår är reflektion centralt för lärandet. Genom att reflektera över något man gjort eller läst kan man infoga eller utveckla den egna tankestrukturen så att nya tankemönster uppstår. Piaget kallade detta ”schemata” som skulle kunna sägas utgöra den referensram vi har att utgå från när vi tänker och handlar (Egidius, 2000). I vissa sammanhang kallas detta för mindset. Om vi vill utveckla ett sätt att tänka och arbeta hälsofrämjande så måste vi utveckla en fungerande tankestruktur för detta. Hur vi ser på kunskap och lärande blir sedan avgörande för vilken pedagogik vi väljer. Om vi anser att delaktighet och reflektion är centrala delar i en lärprocess så utgör dialogpedagogik ett naturligt val (Maltén, 1986). Dialogpedagogiken bygger i hög grad på en ömsesidighet där alla involverade kan bidra och lära av varandra, vilket lämpar sig bra i arbetslivet där det finns mycket kunskaper och erfarenheter. I linje med ovanstående ligger också ett utvecklingsinriktat lärande som syftar till ett reflektivt handlande. Som komplement till detta kan läggas ett reproduktivt lärande som fungerar bra när det handlar om rutinbaserat handlande, alternativt ett metodstyrt lärande när det handlar om regelbaserat handlande (Ellström, 1996).

Komponenterna i ett aktionsinriktat lärande innebär att man provar och gör (aktion), och reflekterar över detta, vilket bidrar till ett lärande. Pedagoger som inspirerar till detta sätt att tänka och arbeta är Dewey och Kolb (Granberg & Ohlsson, 2009).

Så här tänkte vi inför val av metod för processtöd

Vi har båda erfarenheter av att arbeta med förändringsarbete av olika slag och inte minst förändringsarbete som varit processinriktat. Dessa erfarenheter utgör en viktig utgångspunkt för val av upplägg och innehåll när det gäller hur vi i FHV NySam-projektet arbetat med processtöd via reflektionsgrupper. Det vi har valt att fokusera lite extra på är att vidareutveckla idén kring processtöd som metod i förändringsarbete. Här blir det mer i form av ett indirekt processtöd, eftersom de medverkande i många stycken själva är processtödjare på respektive förvaltning.

Med vårt planerade upplägg ville vi bidra till att utveckla nya samarbetsformer mellan linjen (förvaltningarna), HR och FHV. Vi ville synliggöra hur det fungerar i dag, ta tillvara goda erfarenheter och utveckla nya utifrån önskat läge hos uppdragsgivare och andra intressenter. Vi ville även bidra med att utifrån deltagande förvaltningar ta fram olika modeller som stöd för hur detta skulle kunna se ut och fungera även i andra verksamheter.

För att åstadkomma en så kraftfull förändring som Västra Götalandsregionens nya riktlinjer syftade till, krävs att man utvecklar ett gemensamt språk samt bygger upp en gemensam kompetens kring det som förändringsarbetet handlar om. I vårt exempel handlar det om att chefer, FHV och HR ska utveckla en gemensam begreppsapparat kring verksamhet, arbetsmiljö och hälsa och hur man kan arbeta med dessa frågor i sina respektive förvaltningar. I upplägget ingick även att synliggöra hur man på olika sätt kan mäta och värdera resultat. Hörnstenarna i det valda upplägget är reflektion, erfarenhetsutbyte och processtöd.

Genomförande

Detta är en indirekt form av förändringsstöd, som riktar sig till processtödjare från deltagande förvaltningar i form av HR-experter och chefer samt representanter från FHV. Dessa driver förändringsarbetet på hemmaplan, ofta med någon från HR som ansvarig. Processtödet gavs i reflektionsgrupper, för att ge möjlighet till och skapa ett forum för eftertanke och erfarenhetsutbyte såväl inom den egna yrkesrollen och förvaltningen som utanför.

Reflektionsgrupperna, med representanter som deltagande förvaltningar och FHV utsåg, träffades en gång i kvartalet, vilket innebar tio gånger à två–tre timmar per gång under två och ett halvt år. Vi startade med två timmar, men då önskemål fanns från deltagarna om mer tid utökades tiden för samtliga grupper redan efter första tillfället, med undantag för en chefsgrupp.

Initialt bildades två chefsgrupper, en HR-grupp och en FHV-grupp med koppling till de deltagande förvaltningarna. Sammanlagt deltog drygt 30 personer. Skälet till att man till en början träffades i separata grupper utifrån projektets tre nyckelroller, var att starta utifrån en relativt 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. Grupperna bestod i första fasen (1 år) av 8–11 deltagare/grupp, men i fas 2 och 3 (1½ år) blev grupperna större för att både hålla samman respektive förvaltning, men också erbjuda erfarenhetsutbyte över förvaltningsgränserna.

Vägledande principer

För att utveckla tänkandet och finna nya strategier och arbetssätt där det hälsofrämjande arbetet har en mer framträdande roll räckte det inte att erbjuda ett forum för erfarenhetsutbyte. Vi bedömde att det även behövde 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 FHV NySam. Deras uppgift var att dels synliggöra den kunskap som fanns i gruppen och medverka till att man satte ord på den, så att den skulle bli möjlig att kommunicera, dels tillföra teoretisk kunskap som stöder den förändring man vill åstadkomma.

Vägledande principer för träffarna har därför varit:

- processtänkande, där relationen mellan historia, nuläge och framtid är central. 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 ska granska olika frågor, eller som kan fungera som stöd och vägleda handling.

Rollen som processtödjare

Processtödet i dessa reflektionsgrupper kan ses som ett indirekt stöd till de sex förvaltningar som ingick i FHV NySam-projektet och deras förändringsarbete utifrån projektets syfte. Processtödet gavs till de nyckelpersoner som förvaltningarna och FHV hade utsett. Dessa förvaltningar tillsammans utgjorde en form av pilotverksamhet avseende införandet av de nya riktlinjerna för FHV, samt för hur nya samverkansformer kan se ut mellan linjen, HR och FHV. Man kan därmed säga att det rörde sig om ett processtöd till processtödjare.

Utifrån de vägledande principerna har vi med processtödet velat:

- möjliggöra dialog för att bidra till ökad samverkan mellan chefer, HR och FHV.
- utmana deltagarna till att bryta det egna perspektivet och förstå varandras
- ge stöd i att gå vidare i vad avser att driva processen i den egna förvaltningen
- ge verktyg/ledstänger i form av teorier och modeller att använda i det arbetet.

Fas 1

I denna fas, som sträckte sig över ett år, träffades deltagare i separata grupper utifrån sin roll (chefer/HR/FHV).

Fokus under fas 1:

- Nulägesanalyser – exempelvis intressenternas syn på roller och ansvar
- Kunskapsutveckling kring hälsoarbete i förvaltningarna och på arbetsplatserna
- Lägga grunden för ett gemensamt språk kring dessa frågor
- Teorier och modeller som verktyg för tanke och handling

Sista punktsatsen tar upp teorier och modeller. Dessa var tänkta att utgöra en grund för att utveckla ett gemensamt språk samt syftade till att underlätta de olika förvaltningarnas interna förändringsarbete. Här följer en något utförligare beskrivning av det som behandlades i fas 1.

Inspel och dialog i fas 1:

Ordvalet ”inspel” antyder att det var korta inlägg och inga längre föreläsningar.

Verktyg 1. Här handlade det om att få deltagarna att förstå tidsdimensionerna "historia", "nuläge" och "önskat läge", och hur dessa är relaterade till varandra.

Utifrån denna grundstruktur valde vi att låta deltagarna göra en nulägesanalys – med koppling till historien – hur de ser på den egna rollen (chef, HR eller FHV) och också hur de ser på de andra två intressenternas roller i relation till den egna. Deltagarna fick också med sig en uppgift hem där vi bad dem reflektera kring hur man exempelvis disponerade tiden på ett möte – hur mycket tid ägnades åt att tala om sådant som redan skett, åt läget som det ser ut just nu, respektive åt framtidsinriktade frågor. Att förstå tidsdimensionerna och hur dessa är relaterade till varandra utgör fundamentet för processinriktat arbete och processtöd.

Verktyg 2. Systemteori som verktyg: Detta handlar i grunden om ett helhetstänkande. Att se hur den förändringsprocess som deltagarna ska leda på hemmaplan utifrån FHV NySam hänger ihop med andra processer. Det handlar även om att definiera vilken arena/organisationsnivå man valt att arbeta på, relaterat till andra hierarkiska och logiska nivåer, och att förstå systemgränser med villkor och spelregler för respektive system.

För att nå framgång i det hälsofrämjande arbetet bör man arbeta brett med olika perspektiv (hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande) och på olika systemnivåer (se figur 18).

	REHABILITERANDE	FÖREBYGGANDE	HÄLSOFRÄMJANDE
INDIVID			
GRUPP			
ORGANISATION			

Figur 18. Modell över systemnivåer och perspektiv för att arbeta med hälsa på arbetsplatsen, "niofältaren" (AMM, 2008).

En annan viktig del i systemteorin som vi berörde var skillnaden mellan öppna och slutna system, där ett hälsofrämjande arbete är att betrakta som ett öppet system, där det sker en ständig interaktion, vilket innebär att man påverkar samtidigt som man påverkas. I motsats till det linjära tänkandet kan man i ett öppet system inte förutse utfall och resultat, men genom att låta beprövad erfarenhet, teori och forskning vara vägledande kan man följa och förstå resultat på kort och lång sikt.

Uppgiften som deltagarna fick var att välja något arbete man håller på med och se hur man kan analysera detta med hjälp av systemtänkandet, eller att se till de metoder och verktyg man arbetar med och på samma sätt analysera dessa utifrån systemtänkandet, gärna med modellen ovan som stöd.

Perspektiv på hälsa: Här fördjupade vi oss i hälsobegreppet och vad rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande arbete innebär och hur man kan se resultat relaterat till de olika formerna. Skälet till att vi tog upp dessa frågor var att få ett mer nyanserat tänkande med relevans för de nya riktlinjerna.

Förändringsarbete på olika systemnivåer och lärandets roll kopplat till detta: Här låg vårt fokus vid fjärde träffen. Detta tema motiverades av att det i fas 2 skulle vara ett fokus på förändringsarbete.

Case och berättelser – erfarenhetsbaserad kunskap – har också utgjort inslag vid träffarna, då deltagarna beskrev var de stod i sitt förändringsarbete och utbytte erfarenhet utifrån olika verksamheters historia.

Fas 2

Under den andra fasen, som även den varade ett år, genomfördes fyra träffar i två mixade grupper, sett utifrån de tre rollerna chefer/HR/FHV. Varje grupp var sammansatt av tre förvaltningar/bolag. Den första gruppen bestod av Folkvandvården, Kungälv's sjukhus samt Skaraborgs sjukhus. Den andra gruppen bestod av Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Alingsås lasarett samt Regionteater Väst. Idén med denna nya indelning var att nu utgå från förvaltnings- bolagsperspektivet då detta varit utgångspunkten i de nya riktlinjerna. Ett annat syfte var att skapa förutsättningar för att utveckla samverkan mellan linjen, HR och FHV kopplat till respektive förvaltning/bolag.

Fokus under fas 2:

- Hur man bedriver ett framgångsrikt förändringsarbete: Här utgjorde handlingsplanerna och den eller de frågor som respektive förvaltning/bolag prioriterat utgångspunkten för dialog och reflektion vid träffarna.
- Processtöd relaterat till detta arbete – utmana och kritiskt granska.
- Kompetensutveckling i form av teoribaserad kunskap som kan kopplas till förändringsarbetet.

Grundprincipen för upplägget under fas 2 var följande:

- Kort inledning för att återkoppla till tidigare träff, samt att göra kopplingen till aktuell träff.
- Respektive förvaltning redogör för och reflekterar kring det egna utvecklingsarbetet som relaterar till FHV NySam.
- Indelning i grupper med deltagare från olika verksamheter, där olika frågeställningar diskuteras och där det också finns utrymme för erfarenhetsutbyte.
- Återkoppling i storgrupp där vi tillsammans analyserar och reflekterar kring det som tagits upp.

Korta inspel med teorianknytning – med förändringsarbete som huvudsakligt fokus. Deltagarna reflekterar kring frågan: *Varför förändring?* Exempel på motiv kan vara att det finns ett problem som man vill åtgärda, att villkor har förändrats på ett sätt som kräver anpassning, eller man har en idé som fokuserar på att utveckla eller förbättra något. Vi har också konstaterat vad som krävs för att lyckas med ett förändringsarbete och visat på modeller som kan ge ett stöd i själva förändringsarbetet.

Fas 3

Fas 3 omfattade två träffar där vi valde att låta alla förvaltningar och bolag träffas samtidigt. Fokus under fas 3:

- Värdera resultat och mäta effekter – utvärderingsfrågor.
- Teori- och erfarenhetsbaserad kunskap kring förändring och lärande.
- Hur den fortsatta processen ska se ut?

Vid det första tillfället valde vi som processtödjare att återföra våra tankar kring processen så här långt dels för varje förvaltning, dels generellt. Vi gjorde också analyser och teoretiska inspel kopplat till detta (bland annat utifrån våra erfarenheter från fas 2). Att på detta sätt få en spegling av den egna processen var mycket uppskattat av deltagarna, och i de flesta fall instämde de i den bild vi presenterade. Deltagarna gav också kompletterande information som vävdes in i den skriftliga dokumentationen. En av förvaltningarna beskrev en mer positiv bild av förändringen mot ökad samverkan mellan HR och FHV än vad vi hade gjort.

Inför den andra och sista träffen i denna fas hade vi bitt deltagarna att utvärdera den egna processen, och reflektera över vilka inverkansfaktorer som skulle kunna vara aktuella för deras del, det vill säga vilka omständigheter eller förutsättningar som skulle krävas för att nå det uppsatta målet. Vid redovisningen av deras utvärderingar av den egna processen framgick att det i många fall hade skett större förändringar än vad de hade trott, eftersom de fokuserat på de hinder som bromsat den egna processen. Man befann sig alla i olika skeden, så utmaningen i processtödet denna gång var att lotsa deltagarna i arbetet med att identifiera vilka dessa inverkansfaktorer skulle kunna vara, och hur man bäst säkerställer viktig information för utvärdering av både process och resultat. Träffen avslutades med att deltagarna gav synpunkter på processtödet samt förslag till vad som skulle kunna förändras eller förbättras vid en eventuell fortsättning.

Reflektion

Processtöd i reflektionsgrupper som metod

Här följer några reflektioner kring arbetet med processtöd i reflektionsgrupper 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 tre olika reflektionsgrupper – chefer i en grupp, HR-personal i en annan och FHV-representanter i en tredje. Det gav deltagarna en möjlighet att göra en nulägesanalys tillsammans med andra med liknande roller men andra erfarenheter. Denna analys fungerade sedan som en av utgångspunkterna i de samtal kring roller och förväntningar som fortgick i respektive förvaltning/bolag. Grupperna var visserligen inte så homogena som vi trodde. Detta till trots var det en trygghet för deltagarna att först kunna beskriva sin egen roll och därefter tillsammans med andra formulera vilka förväntningar man har på dem man ska samverka med. Detta för att bättre förstå det förändringsarbete som bedrivs i respektive förvaltning utifrån FHV NySam:s syfte. Under arbetets gång ändrade vi inte bara gruppindelningen, det skedde dessutom en rad andra förändringar, som att personer som haft en aktiv roll i processen slutade, nya började, roller förändrades etc. Att villkoren förändrades på detta sätt ställde 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 ökat samarbete inom flera av förvaltningarna, men även till att vi har kunnat följa olika former av förändringsprocesser i respektive förvaltning/bolag.

Dialog och erfarenhetsutbyte – att tillvarata gruppens resurser

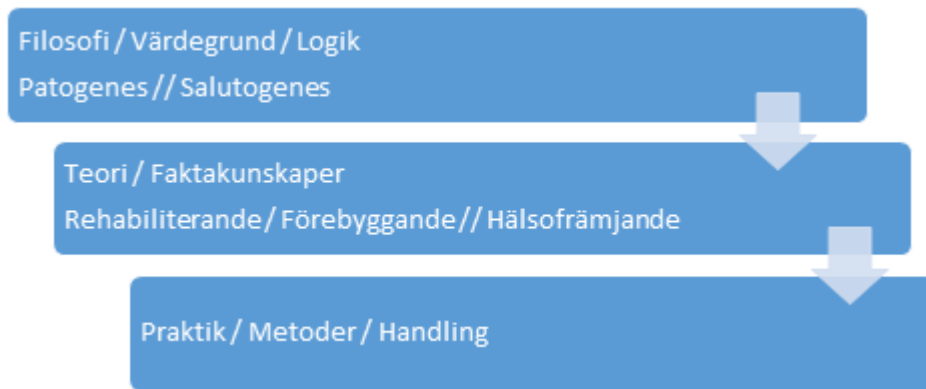
Om vi ser till processerna i de två mixade grupperna som bildades i fas 2, utvecklades såväl processen som dynamiken på olika sätt. I grupp 1 skedde ett påtagligt erfarenhetsutbyte och deltagarna förde en dialog. I grupp 2 framträdde ett något annorlunda mönster. I denna grupp hade en av förvaltningarna 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). De två andra hade 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 i denna grupp saknades chefer från två av de tre förvaltningarna, påverkade kvalitén i den dialog som följde på de kortfattade presentationerna av teorin om svaga signaler.

Vid sista tillfället uttryckte sig en av cheferna från den förvaltning som hade en tydlig plan att de kände att de gav mer än de fick tillbaka. Å andra sidan ledde olikheter i erfarenheter, uppdrag och förvaltningens/bolagets storlek till många spännande samtal och till en förstärkt insikt i kontextens betydelse, inte minst i utformandet av stödjande insatser. Att ha verksamheten som utgångspunkt har varit centralt i vårt upplägg. Vi menar att delaktiga chefer utgör en förutsättning för att arbetsmiljöarbetet ska bli en linjefråga/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 med den så kallade niofältaren (figur 18) som redskap för att sortera mellan olika organisatoriska nivåer och i viss mån mellan olika perspektiv(rehabiliterande/ förebyggande/hälsofrämjande). Man betonade även redskapet att arbeta med tidsdimensionerna, till exempel 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.

Kritisk analys och reflektion kring niofältaren – om förebyggande och hälsofrämjande

Vid träffarna i reflektionsgrupperna tog deltagarna vid flera tillfällen upp att de använder sig av niofältaren som verktyg (figur 17). Styrkan med denna modell är att den visar på olika idéer med hälsoarbete (rehabiliterande, förebyggande, hälsofrämjande) i kombination med att hälsoarbetet kan ske på olika nivåer (individ, grupp, organisationsnivå). Problematiken uppstår när man försöker sortera in olika aktiviteter i de olika fälten. Verkligheten är ofta mer nyanserad, och en insats kan handla om både flera nivåer som en mix av olika idéer. Ytterligare en problematik, och som är mer fundamental, är att det mellan ett efterhjälpande och förebyggande perspektiv respektive ett hälsofrämjande perspektiv inte endast handlar om gradskillnader utan här handlar det om artskillnader (ett annat sätt att tänka och handla). Det förstnämnda bygger på den patogena logiken med naturvetenskapen som grund. Det hälsofrämjande bygger på den salutogena logiken där det helhetsorienterade synsättet utgör en utgångspunkt och där relationen mellan samverkande faktorer utgör en viktig förståelsegrund. Om vi ska lyckas med en perspektivförändring i det framtida hälsoarbetet så måste vi lyckas med att få en förståelse för dessa olika sätt att tänka och arbeta med hälsofrågor. Här följer ett utkast som stöd för denna intention.



Figur 19. Olika idémässiga utgångspunkter för hälsoarbete.

Patogenes – bygger på naturvetenskaplig grund. Utgår från ett linjärt tänkande och betonar vikten av evidens vid val av metoder (filosofi/värdegrund/logik, se figur 20).

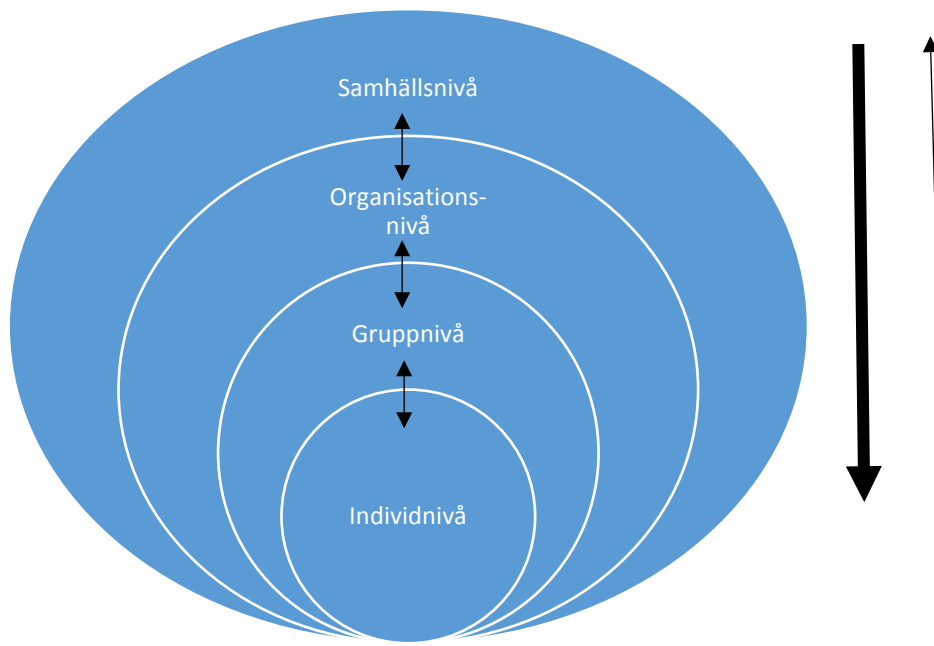
Salutogenes – bygger på samhälls- och beteendevetenskaplig grund. Utgår från ett cirkulärt tänkande (systemteori) och har en evidensbaserad praktik som utgångspunkt för metodval (Antonovsky, 1991; Öhqvist, 2008; Nilsen, 2014; Ericsson 2015).

De tre perspektiven i hälsoarbetet som beskrivs i den så kallade niofältaren tar olika utgångspunkter utifrån dessa båda filosofier.

Rehabiliterande– bygger på patogenes: Insatsen sätts in när något redan hänt. Målet är att återfå hälsa (praktik/metod/handling, se figur 20).

Förebyggande – bygger likaså på patogenes: Insatsen bygger på känd risk. Målet är att ohälsa inte ska uppstå eller att bibehålla hälsan.

Hälsöfrämjande – tar sin utgångspunkt i salutogenes: Frågorna sätts i ett sammanhang och utifrån nuläget görs en insats för att främja hälsa. Målet är att bidra till att bibehålla eller att förbättra hälsan.



Figur 20. Hälsoarbete på olika systemnivåer.

- Systemtänkandet: "Allt hänger ihop".
- Individ, grupp, organisation och samhälle som system.
- Vilken systemnivå utgör "figur" respektive "bakgrund".
- Öppna system påverkar och påverkas av omgivande miljö – interagerar.

Det första som vi vill lyfta fram är nödvändigheten av att utgå från det organisatoriska perspektivet för att möjliggöra en förskjutning av det hälsoinriktade arbetet – från individfokus till organisationsfokus. Det är på organisationsnivå villkoren skapas och detta ligger också i linje med den tidigare nämnda nya föreskriften *Organisatorisk och social arbetsmiljö* (AFS, 2015:4). Några viktiga faktorer här utgörs av att det finns en balans mellan krav och resurser och att det finns ledning och styrning som premierar det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Det andra handlar om den önskvärda förskjutningen från att det mesta fokus i dag ligger på rehabiliterande insatser till att utveckla former för att det i framtiden i större utsträckning handlar om att förebygga ohälsa och att främja hälsa.

Att lyckas med förändringsarbete

För att åstadkomma en så kraftfull förändring som Västra Götalandsregionens nya riktlinjer syftade till, krävs att man utvecklar ett gemensamt språk samt bygger upp en gemensam kompetens kring det som förändringsarbetet handlar om. Detta är som vi beskrivit i tidigare avsnitt snarare ett perspektivskifte än en förskjutning av nuvarande synsätt; det rör sig om en förändring av andra ordningen. Utifrån de processer vi kunnat följa i reflektionsgrupperna kan vi konstatera att det på många håll skett en förbättrad samverkan, även om man 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, eller i vissa fall brist på stöd. Vi kan konstatera att det har funnits olika former av stöd i de ingående förvaltningarna/bolagen. I vissa fall har utvecklingsarbetet som stöttats av FHV NySam varit en strategisk fråga, i andra fall en mer perifer angelägenhet, vilket påverkar legitimiteten för pågående utvecklingsarbete. Inslag av gemensamt språk har visat sig i dialogerna, men även på detta område krävs fortsatt utveckling.

Västra Götalandsregionen 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.

I nästa avsnitt ger vi förslag på upplägg för ett processtöd i hälsofrämjande arbete. Där har vi utgått både från de erfarenheter vi har gjort i FHV NySam-projektet och från tidigare erfarenheter av processtöd och annat stöd för förändringsarbete.

Referenser

- Ahrenfelt, B. (2001). *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- AMM (2008). *Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap: ett arbetsmaterial*. Göteborg: Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & kultur.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2000). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur & kultur.
- Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande: förutsättningar och hinder för lärande i det dagliga arbetet*. Arbetslivsinstitutet.
- Eriksson, M. (red.) (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung: från forskning till praktisk tillämpning*. Stockholm: Liber.
- Granberg, O. & Ohlsson, J. (2009). *Från lärande loopar till lärande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Maltén, A. (1986). *Vad är kunskap?* Malmö: Liber.
- Nilsen, P.R. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups.
- Svensson, L. (2007). *Hållbart arbetsliv: projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- Watzlavick, P., Weakland, J. & Fish, R. (1984). *Förändring: att ställa och lösa problem*. Stockholm: Natur & kultur.
- Wynne, R. (1997). *A manual for training in workplace health promotion*. Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Work research Centre: Dublin.
- Öhqvist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och uppnå resultat*. Stockholm: Gothia förlag.

8. Processtöd som metod i förändringsarbete

Annemarie Hultberg, Jan Winroth

Sammanfattning

Det övergripande syftet med processtöd är att ge stöd i ett planerat eller pågående förändringsarbete (case). Rollen som processledare liknar individuell handledning men då caset är utgångspunkten, är det snarare en handledning på organisatorisk nivå. För att få ett givande erfarenhetsutbyte är det en fördel om det finns mer än två case att samtala om.

Vi utgår från verksamheten, när vi ställer den grundläggande frågan: *Vad är det som kan göra att vi bibehåller hälsan eller kan förbättra den?* För att gå vidare är det en fördel att försöka enas om en gemensam definition av "hälsa". Det krävs även en viss kunskap om vilka faktorer som påverkar hälsan, så att vi kan göra en nulägesanalys där vi ser till helhet och sätter den egna arbetsplatsen i sitt sammanhang utifrån ett systemorienterat synsätt. Att verksamheten är utgångspunkten, betyder att analys och planerade insatser behöver utgå från kunskap om den egna arbetsplatsen/verksamheten. Därför är en kontextanalys viktig, där man även blickar framåt mot önskat läge. Att värdera resultat sker genom självvärdering gjord av en målgrupp med involverade personer, där man särskilt ställer frågor utifrån inverksfaktorer och genomförda insatser. I allt detta arbete är delaktighet central, från nulägesanalys till genomförande och värdering av resultat.

Utöver delaktighet är ledarskapets engagemang centralt för att lyckas med ett förändringsarbete. Att ha gemensamma mål och ett gemensamt språk samt vid större förändringar en strategisk grupp som har legitimitet och makt samt mandat att driva processen, är andra nyckelfaktorer för att lyckas. Det krävs även kompetens i att genomföra ett gott förändringsarbete. Den pedagogiska idén vid processtöd bygger på arbetsintegrerat lärande, dialogpedagogik och ett aktions- och utvecklingsinriktat lärande.

Stödet bygger på dialog med komplement av reflektion. Strukturen i processtöd bygger på en förarbete- och planeringsfas, en genomförandefas och en uppföljnings- och utvärderingsfas. Förarbete och planeringsfas: Det en process som går från initiativ till förändringsarbete, formulering av idéutkast, en nulägesanalys, formulering av mål och handlingsplan där resurser och tydlig organisering ingår.

Genomförande, uppföljnings- och utvärderingsfas: Nu startar det systematiserade förändringsarbetet. Förändringen ska kunna kopplas till verksamhetsutveckling. En viktig del är att se hur saker görs för att se hur det påverkar utfallet. Man behöver både identifiera drivkrafter och hinder i processen samt utarbeta handlingsstrategier.

Inledning

Vi har nu skaffat oss ytterligare erfarenheter av att fungera som processtödjare i ett förändringsarbete. Dessa och tidigare erfarenheter utgör en viktig grund för den vägledning vi här ska utforma för processtöd som metod. Vi kommer också att formulera viktiga idémässiga och teoretiska utgångspunkter för detta sätt att tänka och arbeta. Processtöd som metod kan fungera i alla former av förändringsarbete – när problem behöver lösas, när det handlar om att arbeta förebyggande eller när syftet är att utveckla något (som det handlar om i det hälsofrämjande arbetet). Här lägger vi fokus på det sistnämnda, och vi avgränsar oss också till att det primärt handlar om organisatorisk nivå som utgångspunkt men berör även grupp- och individnivå.

Förutsättningarna är att det finns något man vill förändra eller utveckla, ett konkret case. Detta case utgör sedan utgångspunkten för processtödet. Förändringsarbetet kan vara av mer strategisk och långsiktig karaktär eller mer avgränsat till ett område eller tema. Vi anser däremot inte att det har något större värde att använda processtöd som metod för att driva en enskild fristående aktivitet. Processtöd kan vara en bra metod exempelvis vid utvecklingen av ett strategiskt inriktat hälsoarbete med fokus på hållbart arbetsliv eller organisationshälsa. Likaså vid införandet av nya riktlinjer, som i vårt fall nya riktlinjer kring företagshälsovård, eller implementeringen av en föreskrift som *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Processtöd kan vara en bra metod även vid arbete med värdegrundsfrågor som kan handla om organisationskultur eller mer verksamhetsnära spelregler på arbetsplatsen.

Syftet med processtöd

Det övergripande syftet är att ge stöd i ett planerat eller pågående förändringsarbete. Referenspunkten för förändringen och dialogen kring denna utgörs av de berättelser som ansvariga och berörda delger processtödjarna. Berättelserna handlar om caset eller det förändringen handlar om och de förutsättningar som föreligger. Rollen som processtödjare påminner till stor del om rollen som individuell handledare (som professionell handledare alternativt handledare kopplat till akademiskt skrivande) eller vägledare (exempelvis yrkes- och studievägledare).

Skillnaden är att processtödet har fokus på själva förändringsarbetet och caset, och är därför snarare en handledning på organisatorisk nivå. Nuläget är avgörande för vad nästa steg i processen är för att man ska närma sig målet:

Nuläge ----- Önskat läge *eller* Från ----- Till.

Vi kan se tre former av processtöd:

- 1) Rent processtöd, där caset utgör navet.
- 2) Processtöd med inslag av kunskapsuppbyggnad, där syftet är att bidra till deltagarna själva förstår och analyserar det fortsatta förändringsarbetet (det som utgjort utgångspunkten i FHV NySam).
- 3) Processtöd kombinerat med mer systematisk kompetensutveckling kring förändringsarbete och det förändringen handlar om. Här är syftet att utveckla kompetens så att den finns kvar i den egna organisationen. I det här fallet handlar det då även att gå in i en roll som utbildare.

Att få tillgång till andras erfarenheter och kompetens kan utgöra ett stort mervärde i ett processinriktat förändringsarbete. Detta innebär att det kan vara en fördel att det finns med två, gärna tre case i processtödsarbetet, då erfarenhetsutbytet kan bli ett viktigt verktyg som komplement till det mer teoribaserade stödet.

Processtöd som metod i hälsofrämjande arbete – idémässiga och teoretiska utgångspunkter

I grunden bygger metodiken på det hälsofrämjande sättet att tänka och arbeta. En del i detta perspektiv är att frågorna sätts in i ett sammanhang. Här utgörs sammanhanget av organisationen eller arbetsplatsen (arenaidén – organisationen som system). Med andra ord utgör verksamheten en viktig utgångspunkt. Detta avgör i hög utsträckning villkoren för förändringsarbetet. En annan del handlar om att de som berörs av förändringen själva ska vara delaktiga och medansvariga både när det gäller att göra nulägesanalysen och när det kommer till genomförandet och hur resultaten ska värderas.

Tanken bakom detta är att alla kan bidra med sina resurser och att de som bäst känner verksamheten är de som är bäst lämpade att analysera nuläget och formulera målsättningen. Även om det finns mycket resurser hos ledare och medarbetare så kanske det saknas en del erfarenheter och kunskaper om vad som är framgångsfaktorer och hinder i ett förändringsarbete. Det är här processtödjarna utgör ett komplement och stöd. Detta sätt att tänka och arbeta kan jämföras med ett expertperspektiv där experten gör analysen, bestämmer strategi för genomförande och avgör om resultatet blev som förväntat. I vissa sammanhang är detta sätt att tänka och arbeta det mest relevanta – om frågorna som det handlar om kräver expertkunskap.

Hälsofrämjande – värdemässig utgångspunkt

Den definition vi utgår från när vi diskuterar hälsofrämjande arbete är den som lyftes fram redan i introduktionen till den här boken. Den bygger som nämnts på Ottawa Charter (WHO, 1986) och modifierades något på 1998 års nordiska forskningskonferens kring hälsopromotion. Hälsofrämjande arbete (eller hälsopromotion), handlar då om ”den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen att öka kontrollen över faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den”.

Grundfrågan vi då ställer oss är: *Vad är det som gör att vi kan bibehålla hälsan eller till och med kan förbättra den?* Det handlar om hur vi kan främja hälsan på olika systemnivåer, där frågan eller individen sätts in i ett sammanhang (ett så kallat arenatänkande). Referensramen vi utgår från:

- Definition av hälsa (en nödvändig utgångspunkt om vi säger oss vilja främja eller förbättra hälsan – och för att värdera resultat)
- Vilka faktorer som påverkar hälsan? Vad är påverkbart? Vad kan göras för att främja hälsa?
- Hur vi kommit fram till hur utgångspunkten för vårt arbete ser ut – nulägesbeskrivning och nulägesanalys (referenspunkt för insatser och utvärdering).

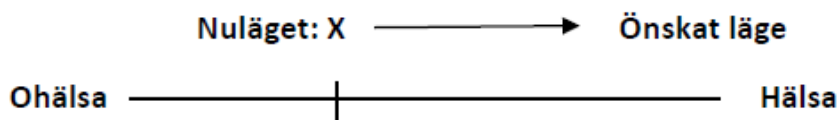
När det gäller den teoretiska referensramen för hälsofrämjande arbete hänvisar vi till kapitel 7.

Vägledande principer för tanke och handling

Här handlar det om att betrakta individen eller frågan i ett sammanhang (ett holistiskt och systemorienterat synsätt). Vilket sammanhang handlar det då om? Ligger fokus på en mer övergripande organisationsnivå – som i vårt fall förvaltningsnivå – eller ligger fokus på det mer lokala planet som här skulle kunna vara arbetsplatsnivå? Oavsett vilket kallar vi detta för ”arena” eller ”system” och det utgör ett gränssnitt mellan inre och yttre faktorer. Det handlar sedan om att beskriva och analysera de villkor och förutsättningar som gäller för det förändringsarbete som är aktuellt – det vill säga att göra en kontextanalys.

Fokus på främjande och ett salutogent förhållningssätt

Det vi utgår från här är vad forskningen och teorin säger om faktorer som främjar hälsa på olika systemnivåer. I nulägesanalysen fokuserar vi initialt på resurser och det som fungerar, för att i steg två synliggöra problem och brister. Då det handlar om att utveckla något så riktar vi blicken framåt mot önskat läge, där vi vill göra en förflyttning mot hälsopolen i ett så kallat kontinuumtänkande:



Figur 21. Struktur för arbetsprocessen utifrån "hälsans kontinuum" (Antonovsky, 1991).

Detta kan jämföras med ett dikotomt tänkande kring hälsa som handlar om att värdera något som antingen eller, som sjuk/frisk. I det praktiska hälsoarbetet bör båda perspektiven finnas med i referensramen för hälsa och hälsoarbete.

Process

En grundläggande idé i det hälsofrämjande tänkandet handlar om "den process som möjliggör ...". Process innebär att det är något som sker över tid – något pågående – och att man bygger vidare på det som har gjorts och de villkor som gäller i varje aktuellt läge. Processtöd handlar här om att utgå från de berättelser som återges av de berörda eller av dem som ansvarar för förändringsarbetet, och med detta som utgångspunkt kommentera och ge stöd i relevanta delar. Process innebär att man har en klar målbild som vägleder tanke och handling. Med denna målbild/vision som utgångspunkt formuleras sedan mål och delmål som kan följas upp och utvärderas. I ett processinriktat arbetssätt är man alltid beredd på att nya villkor uppstår som kan innebära att mål och planer måste revideras. Processtänkandet ligger också i linje med det utvecklingsinriktade lärandet.

Om att uppnå resultat – om att värdera resultat

Förbättrat hälsoläge kan konstateras på olika sätt. Ett sätt är att utgå från upplevd hälsa, ett annat kan vara att se till kliniska värden eller statistiska mått som antal sjukdagar eller antal rehabiliteringsfall. Vi kan således använda oss av både kvalitativa och kvantitativa metoder för att värdera resultat. Eftersom vikten av delaktighet hos de berörda betonas i ett hälsofrämjande arbete följer av detta att även utvärderingsfrågorna bör göras i denna anda. Därför blir så kallad självvärdering och värdering gjord av målgruppen central. Att värdera processen blir också naturligt, liksom att lägga stor vikt vid att reda ut vilka olika former av insatser (inverkansfaktorer) som kan bidra till det övergripande syftet eller till att uppfylla den målbild som formulerats. Exempel på detta kan vara nöjda medarbetare och brukare/patienter (kunder), fler med balanserad närvaro, "empowerment" (egenmakt) eller god/bättre hälsa. I linje med processtänkandet blir den formativa utvärderingen den mest relevanta formen, som syftar till att vägleda det framtida arbetet. Men den kan kompletteras med den summativa utvärderingen, som tar ett mer tillbakablickande perspektiv. (Mer om detta i utvärderingskapitlet.)

Rollen som processtödjare

Som begreppet antyder fokuserar processtödjaren på att just *stödja* – huvudansvaret ligger fortfarande hos dem som driver och är ansvariga för förändringsarbetet. Stödet bygger i hög grad på dialog som kompletteras med reflektion kring det som har gjorts, det som görs och det som ska göras. Det finns ofta ett stort behov av att ventilera olika dilemman för att med hjälp av processtödjaren komplettera ”självklara” handlingsstrategier med andra möjliga. Det ingår också i rollen som processtödjare att utmana och ställa kritiska frågor, men också att hjälpa till att sortera och erbjuda verktyg i form av teorier och modeller som kan behövas i förändringsarbetet.

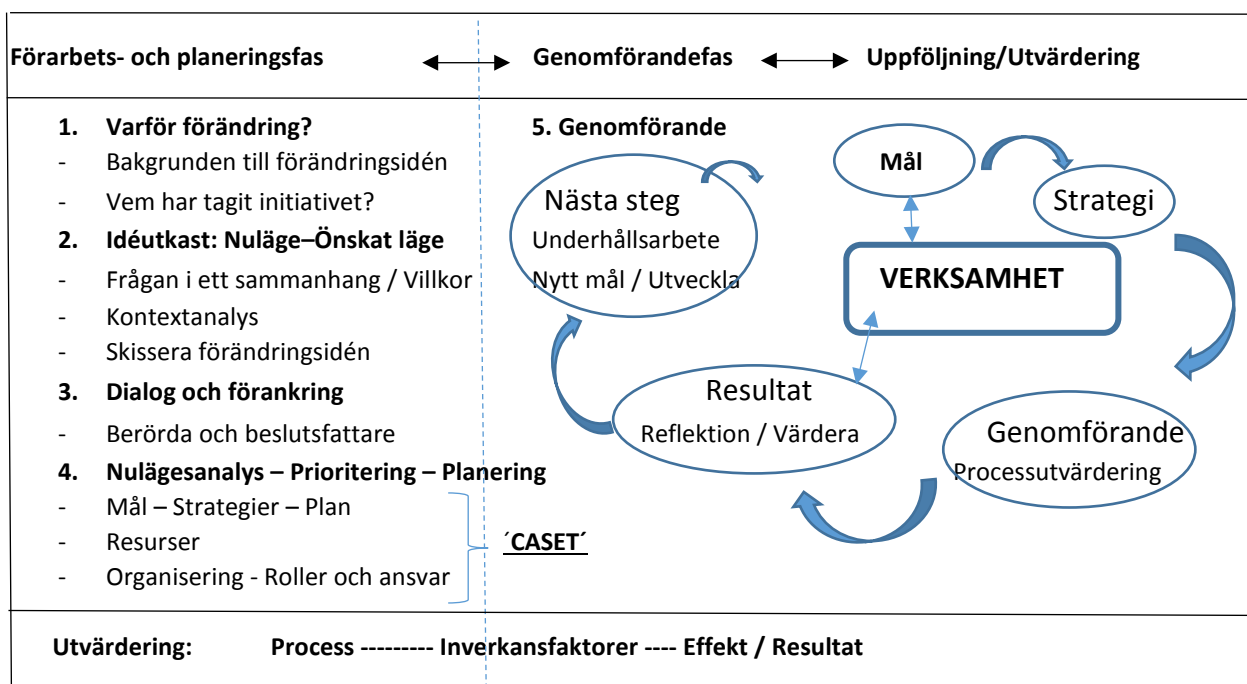
När det gäller förhållnings- och arbetssätt kan följande vara vägledande (Egan, 1994). Processtödjaren ska:

- mötas – hitta dem man vägleder där de befinner sig i tanke och handling
- använda frågan som strategi
- lyssna in – vara närvarande – här och nu
- sammanfatta – utmana
- tydliggöra ansvarsfördelningen
- medvetandegöra, motivera, inspirera, stötta, uppmuntra ...

Processtödjaren bör vara väl bevandrad i förändringsarbete i både teori och praktik. Det är positivt om hen har egen erfarenhet av förändringsarbete. Även pedagogisk kompetens är viktig, inte bara för upplägg och genomförande utan mer generellt; lärande är en mycket viktig ingrediens i allt förändringsarbete. Sedan finns ett värde i att processtödjaren även har kunskaper och kompetens kring de frågor förändringen handlar om – i vårt fall hälsofrämjande arbete. Sådan kunskap är dock inte alltid nödvändig eftersom det ofta finns tillräcklig kompetens i gruppen som driver förändringsarbetet. Slutligen ser vi det som en fördel att vara två processtödjare, enligt våra erfarenheter är detta mycket värdefullt både för processtödjarna själva och för övriga involverade.

Vägledande struktur för processtödet – en arbetsmodell

Strukturen bygger på en förarbets- och planeringsfas, en genomförandefas och en uppföljnings- och utvärderingsfas där de två sistnämnda är mycket starkt integrerade. Denna huvudstruktur illustreras i nedanstående modell och vidareutvecklas senare i en beskrivning av ett möjligt upplägg för processtöd.



Figur 22. Övergripande struktur för processtöd.

Förarbets- och planeringsfas

Här tas initiativ till ett förändrings- och utvecklingsarbete. Det kan vara ett problem som ligger som grund, det kan vara nya villkor som kräver anpassning eller det kan vara frågor som bygger på tanken om att man vill utveckla något. Nästa steg handlar om ta ett steg mot handling genom att göra ett idéutkast där konturerna på förändringsarbetet börjar ta form. Här sätts frågan i ett större sammanhang, man ser till kontexten och vilka förutsättningar som råder och man formulerar idén så att den blir möjlig att kommunicera med olika intressenter. Detta utgör en förutsättning för att kunna förankra och därmed lägga grunden för nästa steg, som handlar om att göra en mer genomarbetad nulägesanalys, göra prioriteringar och utifrån dessa formulera mål och plan. Här skapas även viktiga ramfaktorer för att driva förändringsarbetet, såsom resurser och en tydlig organisering. Nu finns det ett konkret case att arbeta med. Ser vi till processtöd som metod och processtödjarrollen så kan det i vissa fall handla om att det startar upp redan vid förarbets- och planeringsfasen medan det i andra fall är först i genomförandefasen processtödet inleds, beroende på kontext och tajming.

Erfarenheterna från den genomförda interventionen som beskrivs i tidigare avsnitt visar att det i vissa fall hade varit önskvärt med ett stöd i själva förarbetet, för att skapa bättre förutsättningar för förändringsarbetet.

Genomförande-, uppföljnings- och utvärderingsfas

I genomförandefasen startar det systematiserade förändringsarbetet där man valt mål och strategier för att nå önskvärda resultat. En viktig aspekt relaterat till organisationsperspektivet är att förändringen kan kopplas till att den bidrar till någon form av verksamhet och verksamhetsutveckling. Hur inverkar insatsen på verksamhet, arbetsmiljö och hälsa? Detta kommer att utgöra en viktig del i utvärderingsfasen, att kunna värdera hur olika insatser bidrar till det övergripande målet som väglett förändringsinsatsen. En annan viktig del handlar om att se till processen – hur saker och ting görs – för att se hur detta påverkar utfallet. Det är i denna fas processtödjaren lyssnar in berättelser om vad som görs och hur utfallet blir av olika insatser. Med detta som underlag gäller det att ställa frågor som kräver reflektion och som bidrar till lärande. Här handlar det också om att identifiera drivkrafter och hinder i processen och att ge utrymme för att reflektera kring olika dilemman som uppstår samt att få hjälp så att man får tillgång till en bredare arsenal av handlingsstrategier för att möta dessa. Beredskap för oförutsägbara händelser och nya villkor utgör en viktig del i genomförandefasen. Då det handlar om process så måste det tydliggöras hur ofta avstämningar ska göras och när det ska göras någon form av mer genomgripande utvärdering av resultat – efter två år ... efter tre år ... Detta sagt med tanke på att process är något pågående – att jämföra med ett projekt som har en tydlig början och ett tydligt slut. Värt att notera här är att processtöd som metod fungerar även i projekt, om arbetssättet är processinriktat.

Vägledning för praktisk tillämpning

Här följer nu en exemplifiering av hur ett processtöd skulle kunna se ut i praktiken. Förslaget bygger även här i hög grad på de erfarenheter vi gjort i FHV NySam-projektet men även på andra erfarenheter vi har av att arbeta med denna metodik.

Initiativ

Varför förändring? Vad är det önskade läget? Vem har tagit initiativet?

Dessa fundamentala frågor och andra liknande ska alltid sättas i ett sammanhang – historiskt och kontextuellt. Vad har lett fram till att ett initiativ har tagits? Även om motivet var att lösa ett visst problem, som exempelvis hög sjukfrånvaro eller hög personalomsättning, så kan strategin för att lösa problemet vara av både förebyggande och hälsofrämjande natur. I en mer renodlad "utvecklingsidé", exempelvis att förbättra organisationshälsan eller den organisatoriska arbetsmiljön, blir det hälsofrämjande perspektivet mer framträdande.

Fas 1: Förarbete – analys – planering

- Beskrivning och analys av kontext och villkor
- Nulägesanalys av de frågor som förändringsarbetet fokuserar
- Prioriteringar – relaterat till ramfaktorer och resurser
- Formulering av mål – strategier – utarbeta en plan
- Tydliggöra organisering – tydliggöra roller och ansvar

Om förändringsarbetet handlar om ett mer strategiskt och långsiktigt arbete kan denna första fas vara ganska omfattande, medan ett mer avgränsat förändringsarbete kräver en kortare startsträcka. Avgörande faktorer för framgång är hur villkoren ser ut, såsom ledarskapets engagemang och medarbetarnas delaktighet. Tydliga mål utgör också en framgångsfaktor vilket även gäller organiseringen av arbetet. Det måste finnas en grupp som har kompetens, mandat och legitimitet att driva processen – en ”motor”.

Förslag till upplägg och genomförande av processtödet i fas 1

Detta rör sig om ett grundförslag som kan varieras:

Omfattning: Fyra halvdagsträffar, gärna med 3–6 case med 3–5 representanter per case. Om det gäller ett mer omfattande förändringsarbete kan det finnas anledning att betrakta det som ett eget, separat förändringsarbete med eget processtöd. Tidsram 3–6 månader. Om frågorna har hög prioritet så kan heldagar vara att föredra (gäller alla faser).

Inför träff nummer ett: Deltagarna ombeds beskriva bakgrunden till det förändringsarbete man planerar att genomföra. De uppmanas också att formulera vad det övergripande syftet är och hur de ser på "önskat läge" efter ett år ... två år ... Detta utgör underlag för dialog på första träffen.

Träff nummer ett:

- Inledning – mötas – syfte – upplägg
- Inspel om förändringsarbete – grund för gemensam referensram plus verktyg för tanke och handling
- Berättelser – redovisning av casen
- Dialog och reflektion
- Inspel om verksamheten som utgångspunkt – organisationsfokus (koppling till casen)

Inför träff nummer två: Till denna gång ska deltagarna beskriva villkor och förutsättningar i sina respektive organisationer som kan kopplas till förändringsarbete – kontextanalys och analys av villkor. De ska också ta fram ett underlag så att de har någon form av referenspunkt gällande sitt case – göra en nulägesanalys.

Om möjligt bör berörda involveras i denna analys. Utifrån dessa utgångspunkter ombeds deltagarna skissera ett utkast till plan för sin förändringsprocess där mål och strategier finns formulerade. De ombeds också beskriva hur de tänker organisera och driva processen – vem eller vilka har huvudansvaret för processen? Vilka resurser avsätts eller finns tillgängliga?

Träff nummer två:

- Återkoppling från träff nummer ett – viss komplettering av verktyg i förändringsarbete
- Berättelser – hur ser deltagarnas utkast ut?
- Inspel om systemteori – förstå hur saker och ting hänger ihop och vilka systemnivåer som är involverade
- Dialog och reflektion med utgångspunkt från deltagarnas case med koppling till ett systemtänkande

Inför träff nummer tre: Utifrån förra träffens reflektioner och dialoger ombeds deltagarna revidera och uppgradera sin handlingsplan, och då identifiera viktiga intressenter (även del i kontextanalysen) och förankra sina idéer och sin plan. De ombeds också reflektera kring vad de tror kan vara drivkrafter och hinder i just sitt förändringsarbete.

Träff nummer tre:

- Återkoppling från första och andra träffen – hur ser referensramen ut så här långt när det gäller att driva ett förändringsarbete?
- Berättelser om hur förändringsarbetet gått och vad deltagarna ser som drivkrafter och hinder i sina case
- Dialog och reflektion
- Inspel om pedagogiska frågor – forum för dialog, upplägg och genomförande av möten, behov av kompetensutveckling, gemensamt språk ... som viktiga ingredienser i ett förändringsarbete

Inför träff nummer fyra: Deltagarna uppmanas att göra en summering av hur den egna förändringsprocessen avlöpt så här långt – några resultat, något de lärt sig ...? De ombeds också fundera över hur de tänker kring att arbeta hälsofrämjande och vilka kopplingar de ser mellan verksamhetsfrågor och hälsofrågor, och koppla detta till sina respektive case. Deltagarna får också ägna lite tid åt att fundera över hur de tänker utvärdera resultaten av sin förändringsprocess.

Träff nummer fyra:

- Återkoppling från första, andra och tredje träffen – repetera referensramen
- Berättelser om kopplingen verksamhet – hälsa och deltagarnas case
- Inspel från processtödjaren om denna koppling. Extra fokus på att förstå vad det innebär att tänka och arbeta hälsofrämjande
- Dialog och reflektion kring deltagarnas berättelser och processtödjarens inspel
- Introduktion till fas 2

Fas 2: Implementering och genomförande

- Omsätta mål och strategier till handling för att uppnå resultat
- Ta tillvara drivkrafter – eliminera hinder
- Beredskap för nya villkor – kan kräva revidering av mål och strategier
- Utvärdera processen och inverkansfaktorer

Förändringsarbetet kan sägas ha påbörjats redan under fas 1. Det som är utmärkande för fas 2 är att det är här mål och strategier ska omvandlas till handling för att nå de resultat som förändringsarbetet syftar till. Troligen handlar det om flera olika insatser som var och en på sitt sätt bidrar till det önskade resultatet. Här kan det vara viktigt att kunna argumentera för hur de olika insatserna hänger ihop, så att de som berörs ser värdet av att satsa tid och energi på dem. Det kan finnas skäl att arbeta med både kortsiktiga och långsiktiga mål, där de kortsiktiga syftar till att hålla uppe motivationen, att man ser att något händer.

Processutvärdering utgör ett viktigt inslag i denna fas, liksom att peka på syftet med vissa insatser och hur de kan utgöra ett viktigt led för att nå slutmålet (inverkansfaktorer). Det kan exempelvis handla om en utbildningsinsats, där ny kompetens och nya sätt att agera utgör det långsiktiga målet. Det kan också handla om att kompetensutveckla chefer och ledare i hur de kan arbeta för att bidra till ökad organisationshälsa.

Förslag till upplägg och genomförande i fas 2

Detta grundförslag kan varieras:

Omfattning: 4–6 halvdagar, där exempelvis två av dessa träffar sker enskilt med varje grupp direkt kopplat till det enskilda caset. Tidsintervallen kan variera beroende på form av förändring men som en riktlinje skulle det kunna handla om två träffar första halvåret medan man sedan mer anpassar efter behov de övriga träffarna. Tidsramen 1–2 år (max 2 år) för att kunna hålla processtödet levande.

Inför träff nummer ett (fas 2): Deltagarna ombeds beskriva hur uppstarten på genomförandefasen har fungerat – vilka erfarenheter och frågeställningar de har kring detta arbete. Vilka systemnivåer har utgjort fokus för de insatser som gjorts och hur kan insatsen ses utifrån idén att den bidragit till att främja hälsa?

Träff nummer ett (fas 2):

- Berättelser kring deltagarnas erfarenheter och eventuella frågeställningar
- Dialog, erfarenhetsutbyte och reflektion kring berättelserna och deltagarnas analyser
- Inspel kring hälsofrämjande arbete och systemtänkande (fortsättning)

Inför träff nummer två (fas 2): Deltagarna får öva sig på att göra en processutvärdering. Här ligger fokus på *hur*-frågorna och hur genomförandet påverkat utfallet. Här handlar det också om vilka erfarenheter deltagarna gjort och vad de har lärt sig av detta – en formativ utvärdering.

Träff nummer två (fas 2):

- Berättelser om vad processutvärderingen gett för resultat
- Frågor som uppstått i de olika casen – dialog och erfarenhetsutbyte
- Inspel om styrkor och svagheter med att arbeta processinriktat och kring processutvärdering

Träff nummer tre (fas 2):

- Enskilt möte med respektive case (om möjligt)
- De som har ansvaret för processen ansvarar för agendan vid denna träff

Inför träff nummer fyra (fas 2): Deltagarna ombeds skriva en minirapport kring det egna förändringsarbetet – om förarbetet, om förankringsarbetet, om mål, strategier och resultat så här långt – och att reflektera och analysera med hjälp av de verktyg de arbetat med under processen. Denna uppgift skickas in.

Träff nummer fyra (fas 2):

- Processtödjarna kommenterar innehållet i rapporterna och hur de ser på resultatet så här långt.
- Dialog och reflektion kring det som presenterats samt aktuella frågor
- En sammanfattning av gemensam referensram så här långt

Inför träff nummer fem (fas 2): Deltagarna ombeds reflektera kring de insatser de har valt att prioritera och hur dessa påverkat verksamhetsfrågor och hälsoläget. Hur ser nuläget ut om man jämför med starten (för cirka ett år sedan)? Har villkoren förändras på något avgörande sätt?

Träff nummer fem (fas 2):

- Dialog kring reflektionerna runt kopplingen verksamhetsfrågor – hälsofrågor relaterat till deltagarnas eget förändringsarbete
- Inspel med teoriansknytning kring dessa frågor (fortsättning)
- Dialog kombinerat med inspel om att mäta effekter och värdera resultat – utvärderingsfrågor
- Om insatser och utvärdering av inverkansfaktorer

Träff nummer sex (fas 2):

- Enskilt möte med respektive case (om möjligt)
- De som har ansvaret för processen ansvarar för agendan vid denna träff

Fas 3: Utvärdering

- Att mäta effekter – värdera resultat
- Om processutvärdering – inverkansfaktorer – effekter och resultat (långsiktigt)
- Vem sitter i juryn?

En viktig grundprincip att förstå när det gäller utvärdering av hälsofrämjande insatser är att det är många samverkande faktorer som påverkar utfall av förändringsprocesser. Detta bygger på insikten att människor, grupper och organisationer är öppna system som påverkas och påverkar av villkor och händelser (Öhqvist, 2008). I vårt förändringsarbete är vår utgångspunkt känd kunskap som forskning, teori och beprövad erfarenhet, som vi vet har avgörande inverkan på det vi vill åstadkomma. Det kan på policynivå handla om nya riktlinjer eller om en ny föreskrift.

När det gäller stödjande miljöer vet vi att ett gott arbetsklimat är en av de mest avgörande faktorerna för att bibehålla eller främja hälsa. Här kan det också handla om att det finns fysiska ytor för formella och informella möten, men också forum för dialog och erfarenhetsutbyte. När det gäller att utveckla resurser så kan det handla om en friskvårdssatsning som fokuserar på den fysiska kapaciteten eller om att utveckla kompetens.

Förslag till upplägg och genomförande av första träffen i fas 3

Grundförslag som kan varieras:

Omfattning: två halvdagsträffar med 3–6 månaders mellanrum.

Inför träff nummer ett (fas 3): Deltagarna ombeds beskriva sin förändringsprocess utifrån följande rubriker: Mål – strategier – resultat; Genomförande med fokus på processer; Organiseringen – hur roll och ansvarsfördelning sett ut och fungerat; Lärande – vad har ni som ansvarat för förändringsarbetet lärt er?

Träff nummer ett (fas 3):

- Deltagarna redovisar sina resultat
- Dialog och reflektion

Inför träff nummer två (fas 3): Deltagarna ombeds göra en samlad utvärdering av den egna processen så här långt – av processen, inverkansfaktorer och effekter/resultat. De utgår då från den egna referenspunkten (caset) och de egna målen och gör en kritisk reflektion utifrån teori. De uppmanas att involvera berörda i detta arbete.

Träff nummer två (fas 3):

- Redovisning av gemensam dialog om vilka resultat som uppnåtts i förändringsarbetet och vad som varit framgångsfaktorer och hinder i det egna caset
- Nästa steg ... Underhållsarbete ... Vidareutveckla ... Avsluta

Ovanstående förslag till upplägg och genomförande bygger på idén om processtöd med utbildningsinslag, där utbildningsinslagen kan modifieras efter önskemål och möjligheter. Vår erfarenhet säger oss att det blir ett mer reflekterat och kraftfullt förändringsarbete med teorianknytningen. Om vi systematiserar utbildningsinslagen ytterligare innebär det att kompetensen kring att driva förändringsprocesser i den egna organisationen ökar.

Referenser

- Ahrenfelt, B. (2001). *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & kultur.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Egan, G. (1994). *The skilled helper: a problem-management approach to helping*. California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Egidius, H. (2000). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur & kultur.
- Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande: förutsättningar och hinder för lärande i det dagliga arbetet*. Arbetslivsinstitutet.
- Granberg, O. & Ohlsson, J. (2009). *Från lärande loopar till lärande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Maltén, A. (1986). *Vad är kunskap?* Malmö: Liber.
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Genève: WHO.
- WHO (2011). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. . Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Wynne, R. (1997). *A manual for training in workplace health promotion*. Foundation for the improvement of living and working conditions. Work research Centre, Dublin.
- Öhqvist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och uppnå resultat*. Stockholm: Gothia förlag.

9. Att utvärdera nyttan av förebyggande och hälsofrämjande arbete

Jan Winroth

Sammanfattning

I kapitlet ställs frågorna: Vad innebär strategiskt partnerskap? Och hur kan man utvärdera nyttan av FHV som strategisk resurs? Två modeller kring utvärdering presenteras. I den ena utgörs kontexten av organisationen och villkoren som råder där. En central faktor för att verksamheten ska fungera på ett önskvärt sätt är medarbetarnas arbetsförmåga. Modellen visar hur olika faktorer påverkar denna förmåga på ett negativt sätt (destruktiva faktorer) eller på ett positivt sätt (stödjande faktorer). Som komplement till modellen kopplas de förebyggande strategierna till destruktiva faktorer och de hälsofrämjande strategierna till de stödjande faktorerna.

Förebyggande arbete innebär en identifiering av riskfaktorer som man vill eliminera så att ohälsa inte uppstår. Vid utvärdering av förebyggande arbete är utgångspunkten att man fastslår att man förhindrar att något ska hända. Vid hälsofrämjande arbete krävs en definition av begreppet hälsa som är tydlig och vilar på en idémässig och teoretisk grund. Det innebär att det fordras en teoretisk referensram kring vad som påverkar hälsan, en teoretisk och forskningsbaserad referensram kring vad som främjar hälsa samt en idémässig och teoretisk referensram kring hälsofrämjande arbete.

Att utvärdera hälsofrämjande arbete innebär att beskriva och värdera processen utifrån grundläggande kriterier för hälsofrämjande arbete. Det handlar om att beskriva och utvärdera de insatser som gjorts för att främja hälsa på olika systemnivåer utifrån givna kriterier för hälsofrämjande arbete. Det handlar också om att mäta effekter och värdera resultat relaterat till de insatser som är genomförda. Så kallad självvärdering är en viktig form för att utvärdera hälsofrämjande arbete, den ska vara kopplad till en tydlig struktur. Utvärderingen kan också relateras till mål för projektet eller det processinriktade förändringsarbetet. Teori kan utgöra referenspunkt för att värdera ett resultat så även en sammanvägd utvärdering som innefattar processutvärderingen, utvärdering av de olika insatser som gjorts (inverkansfaktorer) och hur det sammanvägda resultatet blivit. Den andra modellen som presenteras i kapitlet kan utgöra ett stöd när det gäller att utvärdera hälsofrämjande arbete.

Inledning

När ett projekt eller ett processinriktat förändringsarbete ska genomföras är det många som är intresserade av hur det gått och vad resultatet blivit. Här finns olika intressenter, exempelvis de som fattat besluten 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 från 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 i linje med den naturvetenskapliga traditionen) och värdera resultat (i linje med en mer samhälls- och humanvetenskaplig tradition). En slutsats blir 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).

Vi kommer här att inleda med ett mer generellt resonemang kring utvärdering för att sedan utveckla en modell och referensram kring att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Om utvärdering

”Att lägga upp eller designa en utvärdering är en konst och varje design måste väljas på nytt i varje utvärdering” (Cronbach, 1991, i Jerkedal, 2005 sid 22). Det finns med andra ord inte någon enkel manual som går att följa, utan det krävs att man anpassar utvärderingsdesignen till det utvärderingen handlar om. Även om det inte går att formulera en manual så finns det generella ledstänger och verktyg som kan vara till hjälp. Följande frågor kan utgöra en utgångspunkt:

Varför? Varför ska vi utvärdera? Ett motiv är att vi vill se om vi har uppnått de mål vi satte upp för vårt förändringsarbete. Här blir fokus på effekt och resultat, och vi vet hur det gått först när projektet är avslutat eller vid en bestämd avstämningsspunkt i processen. Då rör det sig om ett tillbakablickande och en summering av det som har genomförts (summativ utvärdering). Syftet med en utvärdering kan också vara att vi utifrån gjorda erfarenheter vill ta tillvara det vi har lärt oss hittills, så att vi kan dra nytta av dessa nya kunskaper i nästa steg. Den här formen av utvärdering kan vi göra när vi befinner oss mitt i ett projekt eller en process, för att se om något måste justeras. Här ligger fokus på lärande, utveckling och framtid (formativ utvärdering).

Vad? Vad är det vi ska utvärdera? Ett fokus kan vara att utvärdera processen eller hur genomförandet har gjorts och hur det fungerat. Ett annat fokus kan vara att se till de insatser som har genomförts (inverkansfaktorer) för att åstadkomma det resultat som förändringsarbetet syftar till. Här kan det handla om olika former av aktiviteter (kopplade till olika systemnivåer) som alla på något sätt bidrar till att nå det övergripande målet.

Vi kan också utvärdera det genomförda projektet eller programmet som helhet. Här handlar det mer om att väga samman olika insatser och se till olika delmål och relatera detta till ett mer övergripande projektmål eller programmål.

Följande struktur ger en sammanfattning av det som diskuterats ovan:

Aktiviteter	Process	Delmål	Resultat
	Vägledande principer	Inverkansfaktorer	Sammanvägt

Figur 23. Fritt översatt utifrån struktur för utvärdering (WHO, 2011).

Ett projekt eller program kan syfta till att exempelvis förbättra hälsan eller skapa en hållbar organisation (detta blir då en form av övergripande slutmål, "ultimate outcome"). För att bli mer konkret formuleras då ett antal delmål som kan handla om att ta fram policys och styrdokument, skapa stödjande miljöer eller utveckla resurser (det rör sig då om att skapa olika former av verktyg och förutsättningar i syfte att nå slutmålet, "instrumental outcomes"). Dessa delmål måste sedan omvandlas till insatser– inverkansfaktorer – för att resultat och effekter ska uppnås. Processen handlar om på vilket sätt det hela genomförts.

Hur? Här handlar det om vilka metoder som lämpar sig för de frågor och de insatser som förändringsarbetet gäller. Om den värdemässiga utgångspunkten är att resultatet ska vara generaliserbart och kunna återupprepas med samma resultat så handlar det om en kvantitativ ansats. Här handlar det inte sällan om stora mängder data som ofta samlas in via enkäter som sedan bearbetas och analyseras med statistiska metoder. Det är utifrån denna värdegrund evidensbegreppet tar sin utgångspunkt. Om intresset däremot mer handlar om hur resultatet blev i just det här fallet och i det här projektet så kan enkäter kombineras med intervjuer och observationer för att komma bakom de statistiska måtten. Här handlar det om att mer fokusera kvalitativa metoder som kräver andra former av förståelse och analys. Att läsa policydokument och styrdokument kräver någon form av tolkning för att det ska vara möjligt att omsätta det som uttrycks här till praktisk handling.

När man skall välja metod för sin utvärdering, så handlar det om samma metoder som används inom forskningen, men med skillnaden att forskningen kräver mer precision och exakthet än vad man rimligen kan kräva av en utvärdering. Forskningen är också mer fokuserad på en forskningsfråga som ska besvaras medan det i utvärderingsarbete handlar om att mäta effekter och se till resultat utifrån målen med förändringsarbetet.

Inom forskningen pratar man om triangulering vilket innebär att man använder sig av olika metoder och olika former av data för att få en högre trovärdighet i resultaten – hög validitet. Detta är att rekommendera även när det gäller utvärderingsarbete. En forskningsmetod som lämpar sig väl när det gäller förändrings- och utvecklingsarbete är aktionsforskning och ”participatory research” (Reason & Bradbury, 2001; Jakobsson, 2013). En bärande idé här är att forskarna tillsammans med dem som är berörda av förändringen är medansvariga i hela processen: från nulägesanalys – till prioriteringar och mål – till planer och genomförande – till utvärdering och resultat.

När? En diskussion kring utvärdering ska föras redan i planeringsfasen, då frågor som *Vad ska utvärderas?* och *Hur ska detta ske?* besvaras. Om formen för projektet eller programmet anses viktig kan det vara aktuellt att granska hur genomförandet har skett, med andra ord att göra en processutvärdering. Om olika delinsatser gjorts så kan det vara lämpligt att göra utvärderingen i direkt anknytning till just den insatsen, för att sedan göra en mer sammanvägd utvärdering av hela projektet eller programmet direkt kopplat till den planerade processens slut. Detta kan sägas handla om det kortsiktiga perspektivet. Om man är intresserad av vad som har hänt efter ett år, eller efter tre år (medium och lång sikt), bör man lägga in uppföljande utvärderingar i en mer långsiktig plan. Här måste man då vara observant på att många andra faktorer över tid påverkar utfallet.

Vem? Om man har den objektiva idén som ideal ska utvärderingen göras av en extern och oberoende aktör. Detta för att undvika onödiga felkällor, som att man själv har varit en del av processen. Med ett annat perspektiv kan det faktum att man själv deltog betraktas som en styrka, eftersom man då vet vad som har hänt och har en egen upplevelse av resultat och effekter. Om de som varit inblandade – beslutfattare, berörda deltagare och projekt-/programansvariga – ansvarar för utvärderingen så handlar det om självvärdering. Detta kan vara ett bra sätt som grund, men här krävs en tydlig struktur och tydliga kriterier som stöd för att självvärderingen ska bli så trovärdig och korrekt som möjligt. Det kan vara mycket lärorikt att göra en mer reflekterad självvärdering. Med en sådan som utgångspunkt kan man sedan mycket väl göra en kompletterande utvärdering med hjälp av extern aktör.

Att mäta effekter och värdera resultat: Det finns ingen motsättning mellan dessa två former av utfall av ett förändringsarbete. Vissa insatser och frågor lämpar sig för att mäta och kvantifiera, andra lämpar sig bättre för att värdera utifrån referensramar som även beaktar andra värden. Resultaten kan relateras till mål, till värdemässiga och teoretiska utgångspunkter eller till referensvärden som man kan använda som jämförelsetal för att se förändring över tid.

Ett konstaterande som görs i litteraturen om utvärdering är att om inte utvärderingen används till något så finns det ingen anledning att göra någon utvärdering (Green & Kreuter, 2012; Jerkedal, 2005). Ett sätt att använda resultatet är att sprida den kunskap och de erfarenheter som genererats av förändringsarbetet och vad utvärderingen kommit fram till. Ett annat sätt är att låta resultatet ligga till grund för ett fortsatt arbete. På så vis har utvärderingen ett eget värde, den bidrar till att öka värdet av projektet eller programmet som helhet, och på sikt. Om syftet med utvärderingen däremot bara är att kontrollera och granska för att säkra kvalitet och resursanvändning, så kan den till och med få motsatt effekt. Om verksamheterna – främst inom offentlig sektor – får allt större krav på sig att dokumentera och utvärdera det arbete som genomförts så tar det av de resurser som annars skulle kunna användas till det man har som uppdrag – att bedriva en verksamhet (Matsson, 2014). Kanske skulle man hellre lägga mer tid på eleven i skolan eller på ett samtal med ensamboende äldre. I vissa system ses dessa aktiviteter som möjliga att tidsätta för att uppnå större effektivitet. Slutsatsen blir att det inte räcker med att mäta. Man måste även värdera.

Att utvärdera förebyggande – att förebygga ohälsa

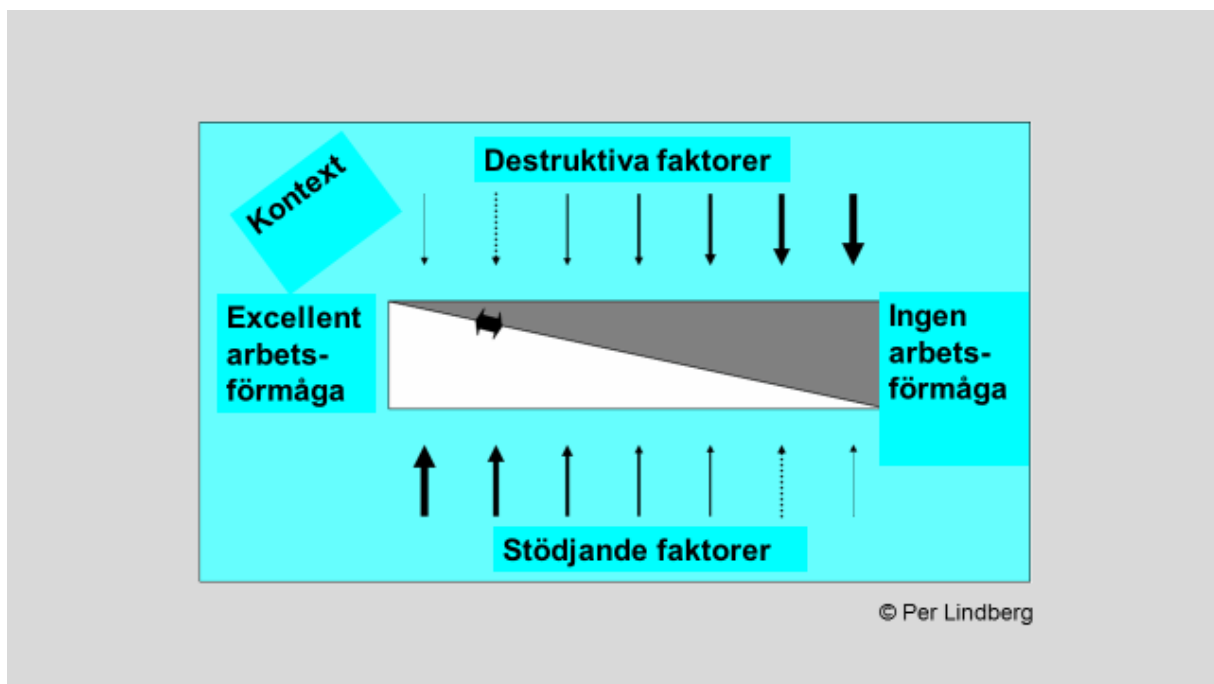
Att förebygga handlar om att genom olika insatser bidra till att något *inte* händer. När vi diskuterar hälsofrågor blir då målet att undvika olyckor och ohälsa. Att utvärdera denna form av insatser innebär då att med hjälp av statistik över tid konstatera något, exempelvis att ett vaccinationsprogram inneburit att x procent färre insjuknat jämfört med en kontrollgrupp eller jämfört med innan man satte in programmet. Den vanligaste utgångspunkten för det förebyggande arbetet är medvetenheten om att det finns riskfaktorer som man på olika sätt kan eliminera – med andra ord oftast något specifikt och avgränsat. Här utgör utgångspunkten för tänkandet att det råder ett kausalsamband mellan riskfaktor och utfall i ohälsa. Det innebär att om riskfaktorn elimineras så uppstår inte ohälsa orsakat av denna faktor. Här utgör det patogena paradigmet ramverket för tänkandet och handlandet. Den teoretiska grunden bygger på medicinsk vetenskap.

Att arbeta förebyggande i arbetslivet handlar ofta om den fysiska arbetsmiljön, där vi har arbetsmiljölagen som sedan kompletteras med en mängd föreskrifter för att minimera risker. Det kan handla om gränsvärden för kemikalier, buller med mera, men det kan också handla om hur många timmar man får arbeta utan rast och återhämtning. Utifrån dessa utgångspunkter kan man nog säga att det finns en hel del erfarenheter och lång tradition av att arbeta förebyggande, och troligen då också av hur man kan utvärdera effekter och resultat. Ett sätt att värdera och mäta det förebyggande arbetet skulle utifrån ovanstående resonemang kunna vara att kontrollera att man uppfyller alla krav som är ställda utifrån kända risker. Ett annat sätt skulle kunna vara att se till statistik av olika slag som kan spegla hälsoläget/ohälsoläget i organisationen.

Detta sker då över tid, där man med utgångspunkt från ett aktuellt nuläge sätter upp mål och strategier som syftar till förhindra att ohälsa uppstår. Utfallet skulle då kunna vara exempelvis x antal färre sjukdagar eller rehabfall. Viktigt att vara medveten om när det gäller att utvärdera förebyggande insatser är att detta arbete aldrig kan mätas eller värderas i "bättre hälsa" utan endast i "mindre ohälsa". Ett annat viktigt konstaterande när det gäller att utvärdera förebyggande insatser är att ett lyckat resultat innebär att något *inte* inträffar – det rör sig om en ickehändelse. Vi har här pekat på riskfaktorer och/eller lagar och regelverk som utgångspunkt för det förebyggande arbetet. Ytterligare en indikator skulle kunna vara svaga eller tidiga signaler. Här kan det handla om att mönster framträder som antyder att något inte fungerar helt bra, och som kan leda till ohälsa om det får fortgå. Om man utifrån dessa signaler vidtar förebyggande åtgärder så kan kanske detta undvikas.

Följande modell kan utgöra ett stöd när det gäller att se till hälsofrämjande och förebyggande arbete på ett övergripande plan:

Riskfaktorer – Förebyggande strategier



Friskfaktorer – Hälsöfrämjande strategier

Figur 24. Modifierad version av *The work ability continuum* (Lindberg, 2006).

Kontexten utgörs av organisationen (se figuren) och dess villkor, och medarbetarnas arbetsförmåga utgör en nyckelfaktor för att verksamheten ska fungera på ett önskat sätt. Det modellen sedan visar är hur olika faktorer påverkar denna förmåga på antingen ett negativt sätt – "destruktiva faktorer" – eller på ett positivt sätt – "stödjande faktorer". Pilarnas olika tjocklek indikerar att det kan vara viktigt att vara tydlig i vad som ska prioriteras.

Som komplement till denna modell kopplar vi de förebyggande strategierna till de destruktiva faktorerna, och de hälsofrämjande strategierna till de stödjande faktorerna. Vi kommer nedan att föra ett mer utvecklat resonemang kring att utvärdera hälsofrämjande arbete, och kopplat till detta också presentera några modeller som utgör ett stöd i detta arbete.

Att utvärdera hälsofrämjande arbete

”Utvärdering innebär att beskriva och värdera ett program:

- | | |
|---------------|---|
| Förutsättning | 1.a. En utvärderings uppgift är att ge information. |
| | 1.b. Om denna information inte kommer till användning är utvärderingen värdelös. |
| Förutsättning | 2.a. All utvärdering kräver professionalitet. |
| | 2.b. Denna professionalitet ska variera med utvärderingens komplexitetsgrad.” (Jerkedal, 2005, s 22). |

I vårt fall handlar det om att värdera hälsofrämjande program, projekt eller processer. För att kunna göra det måste det finnas en uttalad idé och uttalade mål som syftar till att främja hälsa (eller något annat övergripande mål i samma anda). Med andra ord förutsätter såväl planering som utvärdering kompetens vad avser hälsofrämjande arbete.

Vi inleder här med att sammanfatta några viktiga delar och vägledande principer för det hälsofrämjande arbetet, för att sedan beskriva några modeller som kan vara vägledande för både programgenerering som utvärdering av hälsofrämjande arbete.

Värdepåsig och teoretisk referensram för hälsofrämjande arbete – översikt

Den grundläggande frågan vi ställer oss är: *Vad är det som gör att vi kan bibehålla hälsan eller till och med förbättra den?* För att kunna besvara den måste vi initialt definiera innebörden i hälsobegreppet och också tydliggöra vilka faktorer som påverkar hälsan. Utifrån denna utgångspunkt kan vi sedan identifiera vilka frågor vi ska prioritera för att främja hälsa. Om vi sedan vill arbeta med den hälsofrämjande idén måste vi även föra in kontexten och villkoren som en avgörande faktor i vårt arbete. De vägledande principerna för det hälsofrämjande perspektivet är:

Sätta individen eller frågan i ett sammanhang

Kontexten har en avgörande betydelse för vad som är möjligt och vilka villkor som gäller. Här handlar det om att förstå innebörden i ett arenatänkande (setting approach) eller systemtänkande. Detta innebär att vi alltid gör en beskrivning och analys av kontexten och de villkor som gäller för vårt program.

Fokus på främjande och ett salutogent förhållningsätt

Här handlar det om att ha kunskap om vad som bidrar till bättre hälsa på olika systemnivåer (individ-, grupp-, organisations- och samhällsnivå). I nulägesanalysen fokuserar vi i första hand på de resurser som finns tillgängliga och på det som fungerar bra, för att i steg två fokusera på brister och problem. Nuläget utgör referenspunkten för vårt förändringsarbete, där vår uppfattning om "önskat läge" vägleder oss i prioriteringar och insatser.

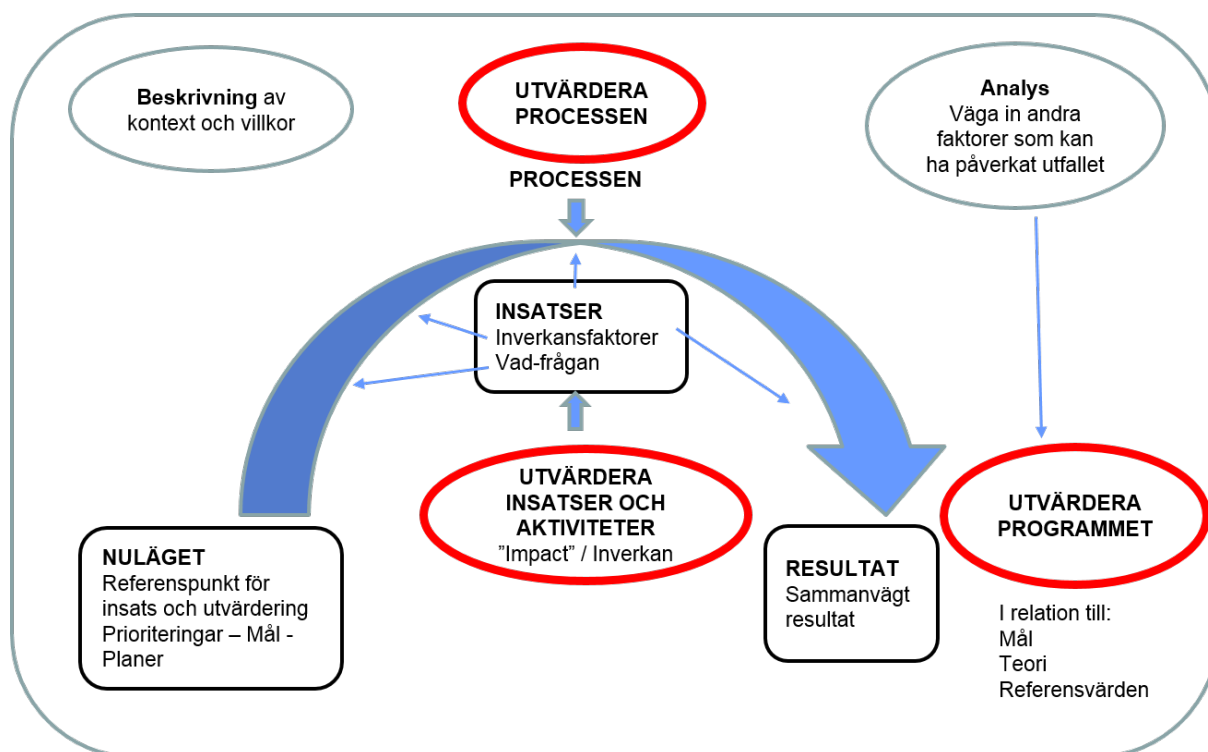
Fokus på den process som möjliggör

Processstänkandet här bygger på att vi sätter in vårt program i en tidsmässig dimension. Det finns saker som har gjorts och görs, och det finns utifrån denna bakgrund saker vi vill utveckla – ett önskat läge. Det är samma idé som finns i ett utvecklingsinriktat lärande, där vi utgår från vår förförståelse och våra befintliga kunskaper som vi sedan på olika sätt vidareutvecklar. Detta får konsekvenser för en pedagogisk ansats där sammanhang och helhetssyn betonas (Lindholm, 1985). Här handlar det också om att berörda ska vara delaktiga i processen – de ska ges möjlighet att vara delaktiga, och de ska *vilja* vara delaktiga och ta ett medansvar. En avgörande del av processen är hur man får förändringsarbetet att gå framåt och generera resultat. Den kanske mest avgörande frågan här, är att det finns en tydlig organisering för genomförandet där det framgår tydligt vilka som har huvudansvaret, och att de har både kompetens och legitimitet för detta.

Övergripande mål (sammanvägt resultat) för det hälsofrämjande arbetet är hållbar organisation, bättre hälsa, empowerment. Om vi med vårt program eller våra insatser bidrar till att närma oss dessa mål så innebär det att vi har arbetat hälsofrämjande, där det "främjande" utgör en viktig del.

Att utvärdera hälsofrämjande arbete – vägledning och modeller

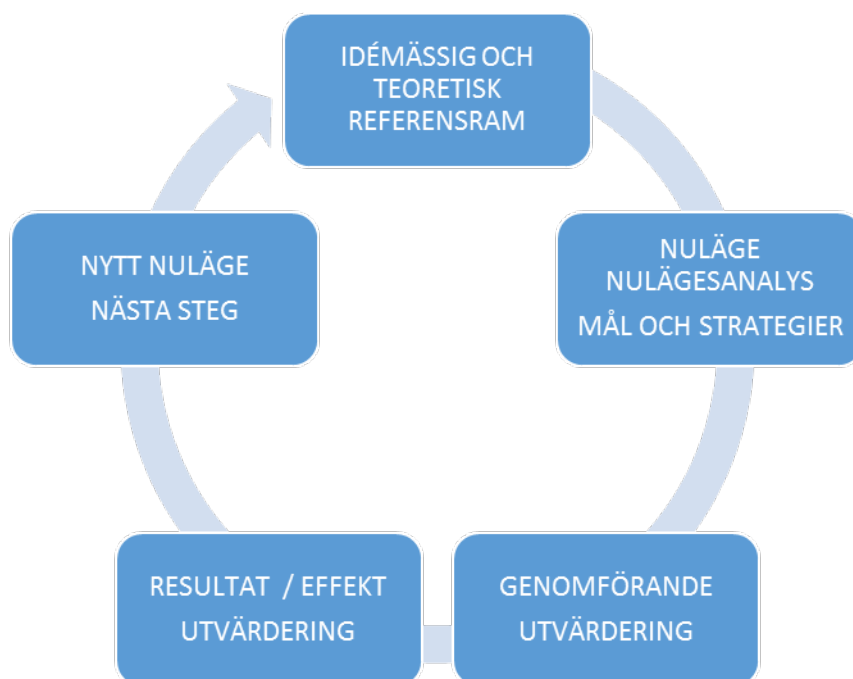
Följande modell kan utgöra ett stöd när det gäller att utvärdera hälsofrämjande arbete.



Figur 25. Arbetsmodell för att planera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande arbete med organisationsfokus.

På ett övergripande plan kan vi identifiera följande motiv till att göra en utvärdering, vilka var och en kräver sina metoder, men där sammanvägningen är av särskild vikt om man avser att utvärdera helheten.

- Det kan finnas anledning att beskriva och värdera kontexten och villkoren som en form av bakgrund till att utvärdera de resultat som uppnåtts
- Det kan finnas anledning att utvärdera själva processen – det vill säga hur arbetet har genomförts i praktiken
- Det kan finnas anledning att utvärdera olika genomförda insatser och aktiviteter– Inverkansfaktorer – delresultat
- Det kan finnas anledning att utvärdera ett helt projekt eller program (helheten) – villkoren, processen, insatserna, delresultat, sammanvägt resultat. Detta värderas utifrån mål, teori eller referensvärden.



Utvärdering: Process -----Inverkansfaktorer -----Resultat

Figur 26. Systematik kring processorienterat arbete med arbetsmiljö och hälsa.

Det finns en uttalad idé kring att arbeta hälsofrämjande som bygger på salutogen grund. Detta innebär bland annat att hälsa och hälsofrämjande arbete preciserats och definierats så att den värdemässiga utgångspunkten kan kopplas till utvärderingsarbetet. Det finns en uttalad teoretisk referensram som utgör en form av vägledning för både det praktiska genomförandet som för utvärderingsarbetet. Sammantaget handlar det om att det finns en grundläggande kompetens kring hälsofrämjande arbete – för att kunna planera, genomföra och utvärdera insatser och resultat utifrån denna idémassiga utgångspunkt.

Nuläge och nulägesanalys

En av utgångspunkterna i ett hälsofrämjande perspektiv handlar om att förstå och sätta individen eller en fråga i ett sammanhang. Här utgör organisationen eller arbetsplatsen sammanhanget vilket innebär att första steget handlar om att beskriva och analysera de villkor som utgör jordmånen för förändringsarbetet. Denna kontextanalys bör belysa verksamhetens art och förutsättningar, vilket kan innefatta arbetsvillkor, vad som sägs i policydokument och vilka former av ledning och styrning som är mest framträdande. Då belyser man frågorna utifrån ett strukturellt perspektiv (Bolman & Deal, 2012).

Det kan också finnas anledning att säga något om hur organisationskulturen ser ut. Det kan då handla om värderingar, normer, attityder och beteende. Sist men inte minst handlar det om ledningens inställning till förändrings- och utvecklingsarbetet – ”leadership commitment” (WHO, 2010). Finns inte legitimitet för frågorna, och saknar man ledningens stöd, är förutsättningarna små att lyckas på ett organisationsplan med ett förändringsarbete. Ovanstående kontextanalys ger en bra grund för att avgöra hur mottagligheten och jordmånen ser ut för i vårt fall ett hälsofrämjande utvecklingsarbete (Green & Kreuter, 2005).

Vilken form av nulägesanalys som måste göras avgörs av vilken eller vilka frågor förändringsarbetet handlar om. På ett övergripande plan kan det handla om att ”möjliggöra” på strukturell nivå, vilket kan handla om vidareutveckla policydokument eller lednings- och styrningsformer som ger stöd till ett hälsofrämjande perspektiv. Här handlar då nulägesanalysen om en kritisk granskning av hur förutsättningarna ser ut i dag genom dokumentanalys och granskning av de lednings- och styrningsformer som används i dagsläget.

Det kan också handla om att skapa stödjande miljöer – fysiska och mellanmänniska. Även här måste vi då ta fram ett nuläge och utifrån detta formulera vad det önskade läget är som vi sedan använder som referensram för våra prioriteringar, målformuleringar och val av strategier. Här kan enkäter, fokusgrupper och intervjuer användas. Om det handlar om att utveckla resurser – personliga, sociala, kulturella etc. – måste strategierna anpassas till detta. Om det exempelvis handlar om kompetens som resurs så gäller samma logik som ovan – att beskriva och analysera nuläget för att utifrån det önskade läget formulera mål och strategier. Detsamma gäller exempelvis hälsa som utgör en strategisk resurs i en organisation. Fokus i analysarbetet ligger i första hand på de resurser som finns och det som fungerar för att i nästa fas se till problem och utmaningar. En tanke som de ansvariga för förändringsarbetet hela tiden ska bära med sig är hur det går att skapa förutsättningar för att få de berörda så delaktiga som möjligt i processen. Den avslutande delen på fasen för nulägesanalys utmynnar i en handlingsplan för genomförande, där även frågor om hur arbetet ska utvärderas finns med. En fråga som också måste diskuteras är hur förankringsarbetet ska hanteras i detta skede och i senare delar av processen.

Genomförande

Vi har nu formulerat mål och upprättat en plan för genomförandet där vi också har tydliggjort vilka resurser som finns att tillgå. Vi har även en tydlig roll- och ansvarsfördelning – med speciellt fokus på huvudansvaret för att driva processen. För att åstadkomma resultat är berördas delaktighet och medansvar en avgörande faktor. Här sker nu det konkreta förändringsarbetet, vilket kan handla om en speciell fråga eller om ett mer sammansatt program med olika insatser på olika systemnivåer (inverkansfaktorer). Frågor vi kan ställa oss under genomförandefasen är vilka drivkrafter som finns eller vilka hindrande krafter vi kan identifiera. *Hur kan vi minimera de hindrande krafterna och hur kan vi maximera drivkrafterna?* Vi måste också under denna fas vara uppmärksamma på nya villkor. Förändrade villkor kan innebära att vi måste revidera de mål och den plan som utgjorde vår ursprungliga utgångspunkt. För utvecklingsarbete som pågår under längre tid går det nästa inte att undvika denna form av revidering. Genomförandet – *hur*-frågorna – bör genomsyras av ett hälsofrämjande synsätt och arbetssätt för att få största möjliga trovärdighet. Under denna fas sker också processutvärderingen.

Resultat/effekt

Om vi under genomförandet har utvärderat själva processen, och även utvärderat olika delinsatser (inverkansfaktorer), har vi redan nu en bra bild av vad som har uppnåtts. Vi kan utifrån detta göra en sammanvägd värdering av de resultat som har uppnåtts och relatera dem till de mål vi utgick från. Vi kan också relatera resultaten till de mer övergripande målen – som bättre hälsa, hållbar organisation och empowerment. Hur kan vi säga att de insatser vi har gjort har bidragit till dessa mål?

Så långt kan vi säga att vi har gjort en form av summativ utvärdering som visar på ett resultat här och nu – på kort sikt. Utifrån detta kan vi besluta om vi ska se på effekterna på längre sikt och, om vi är intresserade av den frågan, upprätta en plan för mer långsiktig utvärdering.

Vi kan också använda oss av resultatet som en form av ny erfarenhet och betrakta insatsen, projektet/programmet och utvärderingen som delar i en lärprocess. Med nya insikter och lärdomar tar vi nästa steg i vår process. I detta fall blir vår utgångspunkt formativ utvärdering.

Vi kan också använda oss av referensvärden för att se om någon förändring i dessa kan förklaras utifrån de insatser som gjorts. Metodval och analys måste anpassas till det som utvärderingen handlar om. Detta innebär att såväl kvantitativa som kvalitativa metoder kan vara aktuella. Tre olika former av utvärdering kan användas – självvärdering, kollegial utvärdering och extern utvärdering. Det är här det blir skarpt läge när det handlar om att mäta effekter och värdera resultat. Vilka värdemässiga utgångspunkter utgår vi från? Vem sitter i juryn?

Som tidigare nämnts ska utvärderingen användas på något sätt – annars finns det ingen anledning att lägga resurser på detta arbete. Ett sätt att använda resultaten är att sprida kunskapen om det som har gjorts och vilka resultat detta genererat.

Nytt nuläge

Om vi har använt oss av den formativa utvärderingsansatsen innebär det att vi bygger vidare på det som har uppnåtts, och vi formulerar ett nästa steg i processen, utifrån samma logik som tidigare. I vissa delar och eventuellt nya frågor eller områden krävs kanske en förnyad analys.

Referenser

- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. (4. ed.) New York: McGraw-Hill.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (red.) (2015). *Health promotion: planning & strategies*. London: SAGE.
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health Promotion Planning and Strategies*. London: SAGE.
- Jacobsson, L. (red.) (2013). *Aktionsforskning i vård och omsorg*. Malmö: Gleerups.
- Jerkedal, Å. (1999). *Utvärdering – steg för steg: om projekt- och programbedömning*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Lindberg, P. (2006). *The work ability continuum: epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Lindholm, S. (1985). *Kunskap: från fragment till helhetssyn*. Stockholm: Liber förlag.
- Mattsson, K. (2014). *Välfärdsfabriken: om arbetets mening och gränslös kontroll*. Stockholm: Leopard.
- Reason, P. & Bradbury, H. (red.) (2001). *Handbook of action research: participative inquiry and practice*. London: SAGE.
- World Health Organization (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2010). *Healthy Workplace: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

10. Övergripande slutsatser och rekommendationer

Roy Liff och Ewa Wikström

Det är ett stort steg!

Steget att utveckla företagshälsovården till att omfatta inte enbart individorienterade rehabiliterande och förebyggande insatser utan även organisationsorienterade förebyggande insatser och hälsofrämjande insatser, förefaller vara mycket stort. En sådan förändring handlar om ett perspektivskifte, inte om att gradvis utveckla ett hälsofrämjande arbete utifrån de insatser man gör inom rehabiliteringsområdet. I inledningen till boken talades om ett skifte från begreppsparat sjukdom–rehabilitering och förebyggande till hälsa–hälsofrämjande; där hälsa och sjukdom inte är två poler i ett kontinuum utan representerar två olika komplementära dimensioner. Studiens resultat bekräftar i hög grad den bilden - att ett skifte från ett rehabiliterings- och förebyggande perspektiv till ett hälsofrämjande perspektiv inte är en förflyttning på en axel.

Resultaten visar vidare att företagshälsovårdens specialister, mer precist H&A:s experter, inte har svårt att uppnå likhet med klientorganisationen och dess representanter, exempelvis då det kommer till att "tala samma språk" som cheferna, vara lyhörda för deras behov och arbeta i linje med frågor och processer som finns i verksamheten. Likhet har annars i tidigare studier av hur experter uppnår inflytande ansetts vara den svåraste av de två dimensionerna att uppnå. Experter anses ha en tendens att bilda subgrupper inom en organisation och odla sin särart. Svårigheterna för H&A:s experter ligger i stället i att för förebyggande och hälsofrämjande tjänster utveckla en tillräckligt hög grad av olikhet i relation till cheferna, i form av distinkt annorlunda koncept och problemlösningsmetoder och professionella attribut. Det förefaller saknas en konkret beskrivning av vad som ingår i ovan nämnda tjänster, särskilt när de ska knytas till organisationsperspektiv. Därmed bekräftas andra antaganden i inledningen, som att det saknas kunskap om vad "hälsofrämjande" som begrepp konkret innebär, sett som ett multidisciplinärt samarbete mellan chefer, FHV och HR. Även antagandet att det organisationsorienterade perspektivet inte tillräckligt understöds av teorier, exempelvis om hur människan fungerar. Likaså att det faktum att "kliniska" professioner (psykologer, läkare, sjuksköterskor etc.) antals- och kompetensmässigt dominerar inom FHV får konsekvenser, eftersom deras perspektiv i första hand är individorienterat.

Den förebyggande och hälsofrämjande verksamheten ska dessutom till stor del ska utföras inom sjukvården, som är en organisationsmiljö starkt förknippad med ett individorienterat synsätt. H&A-experterna har således inte bara själva svårt att ge konkret innebörd åt den organisationsorienterade dimensionen utan möter företrädare för en kundorganisation som kanske inte ser denna dimension som särskilt angelägen i sin egen praktik.

Det krävs samarbetsmodeller för strategiskt partnerskap

Syftet för FHV-experterna med att uppnå en strategisk partnerroll i relation till linjecheferna i de verksamheter som de har kontakt med är att kunna stödja dessa verksamheter med sin kompetens. 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. Parterna behöver till exempel kunna kommunicera vilka mål de har, och hur de planerar sina åtgärder för att nå dessa. Härigenom ökar förmågan att se den andra partens perspektiv och underlättar att överbrygga ansvarsfördelning.

Det är som tidigare nämnts nödvändigt att FHV-experterna uppnår en hög grad av likhet med linjecheferna, men också en hög grad av olikhet (se figuren nedan). Om FHV lyckas positionera sig i en strategisk partnerroll kan det skapa samarbeten med linjechefer som innebär att FHV blir en proaktiv rådgivare som kan länka expertstrategier med verksamhetsstrategier. Vi har också diskuterat betydelsen av att FHV-experter kan bli en strategisk partner inte bara till första linjens chefer utan även till sjukhusdirektörer och deras ledningsgrupp. Vi fokuserar i studien experters arbetsidentitet (social identitet). Det gör vi med hjälp av dimensioner för skapandet av likhet genom strategisk länkning, med de två underkategorierna paketering samt kommunicerbarhet/ meningsskapande, och processlänkning. Vi gör det också med dimensioner för skapandet av olikhet genom differentiering av verktyg och användande av professionella attribut, med de två underkategorierna professionell jargong och yttre markörer. I figuren nedan från kapitel 3 visas de principiellt olika tillvägagångssätten för att uppnå likhet och olikhet.

Likhet	Olikhet
Strategisk länkning <ul style="list-style-type: none"> - Paketering - Kommunicerbarhet/meningsskapande 	Differentiering genom verktyg
Process- Länkning	Professionella attribut <ul style="list-style-type: none"> - Professionell jargong - Yttre markörer

Figur 6⁶. Betydelsen av likhet och olikhet i samarbeten mellan experter och linjechefer.

⁶ Se även sid 44

Chefer inom kundorganisationen uppfattar således inte att FHV-experterna, i det här fallet H&A-representanter, har skapat en identitet som kan ligga till grund för ett strategiskt partnerskap inom organisationsorienterat förebyggande eller hälsofrämjande arbete, men däremot när det gäller rehabilitering. Det sätt på vilket rehabiliteringsexperterna skapar både likhet och olikhet skulle kunna fungera vägledande för hur de andra två tjänsternas identiteter kan skapas.

Förebyggande insatser utifrån svaga och tidiga signaler

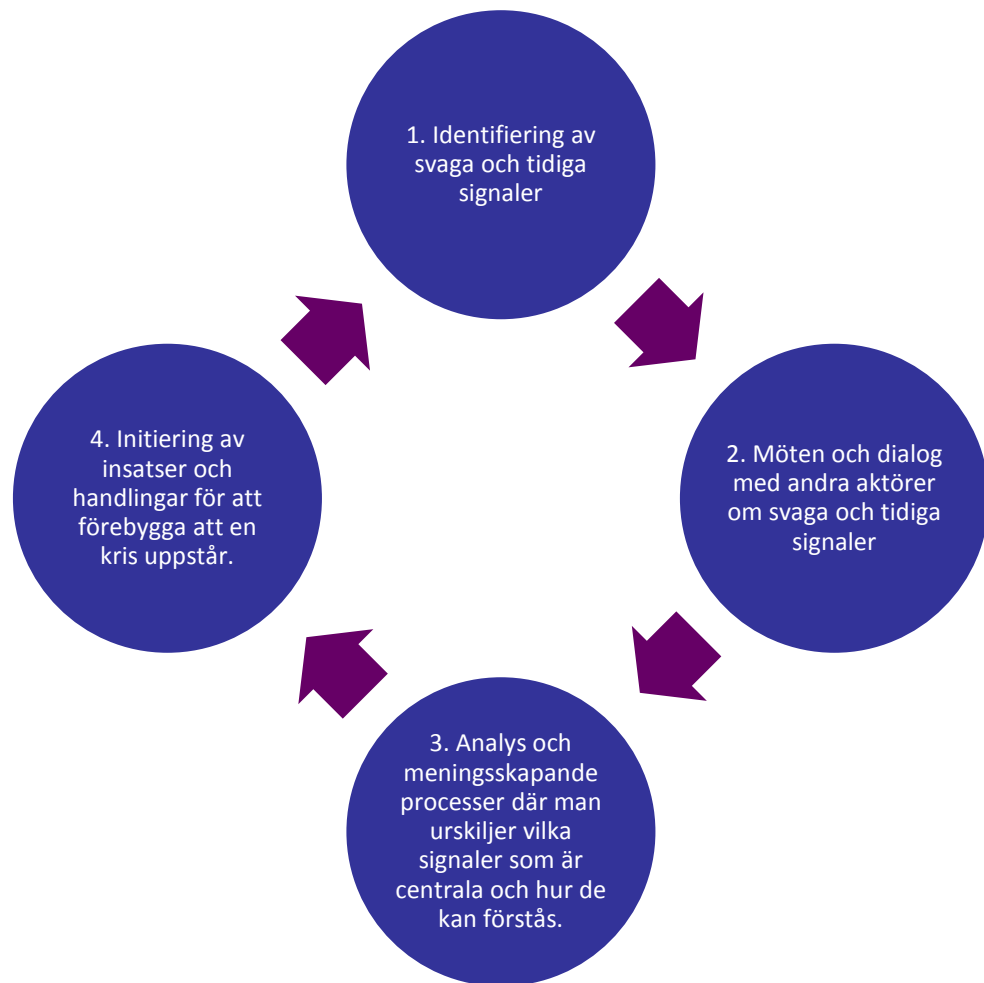
Det är angeläget att inkludera detaljerad information från fältet i det förebyggande arbetet. Medarbetare och chefer måste vara mottagliga för svaga signaler, tecken på att något kan vara på gång, oavsett källa. Det kan exempelvis röra sig om en händelse på arbetsplatsen eller ett beteende hos en anställd. För att en FHV-representant, en HR-specialist eller en linjechef ska kunna identifiera de svaga signalerna krävs en närhet till de personer som sänder dem. Uppfångandet och tolkandet av svaga signaler handlar om att behandla informell information, sådan som sannolikt inte är känd eller spridd av ledningen, och som inte heller tillåts ligga till grund för beslut fattade högre upp i organisationen. Sådan information kan dock förmodas ha betydelse för ledningen när formell information, exempelvis i form av statistik och enkätresultat, ska tolkas.

Första linjens chefer, FHV- och HR-experter fångar upp och tolkar sådana svaga signaler på uppkommande ohälsa, men i stort sett enbart ur ett individperspektiv. Organisationslösningar som skapar ohälsa anpassas inte efter de insikter som informell information ger. Förklaringen till att det är svårt att förbättra det preventiva arbetet ur organisatorisk synpunkt är att det är den högre ledningen som fattar beslut och tar initiativ i sådana frågor, och ledningsgruppen litar till formell information och har svårt att ta till sig och använda informell information. Informell information skulle kunna "överföras" (kommuniceras) till ledningen i form av berättelser, men det förutsätter välfungerande och förtroendefulla relationer mellan FHV/HR/första linjens chefer å ena sidan och mellan dem och den högre ledningen å den andra.

FHV:s förmåga att fånga upp tidiga och svaga signaler kan ändå ses som ett verktyg för att i högre utsträckning kunna föreslå tidiga interventioner innan problem egentligen har uppstått, så kallad primär prevention.

I kapitel 6 introducerades en modell utifrån krisförlopp Roux-Dufort (2009) med vars hjälp förebyggande arbetsmiljöarbete som process kan beskrivas i fyra steg (Se figur 27 nedan). Först noteras avvikelser. I det andra steget i krisförloppet blir signalerna tydligare, mer uttalade och påtagliga. Medarbetare som känner sig stressade och otillräckliga i sitt arbete nämner detta själva för sina chefer och de tar kontakt med FHV för att få samtalsstöd.

Fortfarande har det inte resulterat i några långtidssjukskrivningar, och det ställs ännu inte krav på att rehabiliteringsinsatser ska utredas. I det tredje steget sker något som ger en insikt om att situationen på arbetsplatsen är ohållbar. I det fjärde steget har verksamheten ”destabiliserats”, det vill säga förutsättningar i verksamheten har påverkats – det har uppstått stora bemanningssvårigheter till följd av sjukfrånvaro och uppsägningar, och det är svårt att ersätta vakanser med nyrekryteringar. Vår studie påvisar betydelsen av att agera i det andra steget, men inte minst svårigheterna i det tredje steget att i meningsskapandet av de svaga signalerna kunna mobilisera organisationens högre ledning till att vidta organisatoriska förändringar.



Figur 27. Förebyggande händelseförlopp där krisförlopp hindras, utifrån studiens resultat.

I studien över samarbete i gränsland visar exempel från det lilla sjukhuset att det är möjligt att åstadkomma detta, det vill säga att över hierarkiska gränser och professionsgränser det går att skapa förståelse för olika perspektiv på arbetsmiljöarbete.

Aktörerna har utnyttjat att de är geografiskt nära varandra och har skapat arenor där de träffas för att informellt diskutera just arbetsmiljöarbetet, inte den vardagliga verksamhetens akuta problem, och vad som i denna verksamhet uppfattas som störande i de professionellas vardag och som kan orsaka arbetsmiljöproblem. Genom att umgås och kommunicera i arenor vid sidan om verksamheten, exempelvis i samband med soppluncher, blir det möjligt att överföra informell information till verksamhetens högre ledning.

Helhetsintrycket är att förebyggande och hälsofrämjande arbete motverkas av informella gränsdragningar mellan högre linjechefer och FHV. Organisatoriska förhållanden hos kundorganisationen – och FHV:s förmåga att bygga på dessa förutsättningar – är av kritisk betydelse om målsättningen är att FHV ska användas som en strategisk resurs i organisatoriskt förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete. Chefer, HR och FHV behöver arbeta med att omdefiniera sina olika yrkesmässiga gränser, vilket kan underlättas av geografisk närhet mellan FHV:s experter och kundorganisationens företrädare, oavsett storleken hos denna. Gränserna indikerar bland annat vilka grupper som är viktiga och om de ska betraktas som överordnade eller underordnade den egna gruppen. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet kan motverkas av sådana informella gränsdragningar mellan linjechefer, HR och FHV, och kan skapa svårigheter i att fånga upp och ge legitimitet åt svaga signaler. Gränserna mellan olika yrkesgrupper inom en organisation kan vara starka och stabila, liksom yrkesgruppernas respektive status och auktoriteter. I kapitlet om samarbete i gränsland diskuteras också vikten av närhet och synlighet mellan FHV, linjechefer och HR.

En annan slutsats är att förebyggande och hälsofrämjande inom hälso- och sjukvårdssektorn ofta uppfattas som mindre akut och avgörande än kärnverksamheten. För att man ska prioritera förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete måste samarbetet mellan de olika aktörerna upplevas som meningsfullt, och uppfattas kunna leda till effektivare vård, bättre omhändertagande och mer liv.

	STÄNGDA GRÄNSER	ÖPPNADE GRÄNSER
NÄRHET	1. Samarbetet fungerar, förhandling ej nödvändig. <i>Rehabilitering inom samtliga studerade organisationer.</i>	3. Samarbetet fungerar, förhandling genomförd (och pågår). <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom det lilla sjukhuset.</i>
DISTANS	2. Samarbetet fungerar ej, aktörerna är inte intresserade av området eller varandra. <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom de större sjukhusen.</i>	4. Aktörernas arbetsområden är under förhandling. <i>Förebyggande och hälsofrämjande inom teaterverksamheten och tandvården.</i>

Figur 13 ⁷: Fyra situationer av samarbete i gränsland.

En vision vi har för ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete är att det integreras med verksamhetsstyrningen. Detta förutsätter samarbetsmodeller som kännetecknas av strategiskt partnerskap mellan chefer, FHV och HR.

Vägledande principer för processtöd

Ett annat tema i antologin omfattar erfarenheter av reflektionsgrupper och processtöd. Här följer några centrala principer för att arbeta med processtöd:

A. Processtänkande: Här handlar det om perspektiven historia, nuläge och framtid samt att se frågorna i ett sammanhang. I fas 1 behöver deltagarna träffas i reflektionsgrupper utifrån sin roll (chef/HR/FHV). Det ger deltagare med liknande roller men olika erfarenheter beroende på kontext möjlighet att gemensamt göra en nulägesanalys som kan ligga till grund för de samtal kring roller och förväntningar som utspelar sig i respektive förvaltning.

B. Verksamhetskopplingar genom case: Att låta deltagarnas berättelser utgöra navet är av stor betydelse för att nå framgång och för deltagarnas motivation. Det kan bidra till utvecklad samverkan och utvecklat samarbete inom en förvaltning/ett bolag, men även till att stödja olika former av förändringsprocesser i respektive förvaltning/bolag.

⁷ Se även sid 63

C. Dialog och erfarenhetsutbyte (att ta vara på gruppens resurser): I en reflektionsgrupp kan det finnas behov av erfarenhetsutbyte och dialog. Att ha verksamheten som utgångspunkt är centralt. Delaktiga chefer utgör en förutsättning för att arbetsmiljöarbetet ska bli en linjefråga/verksamhetsfråga.

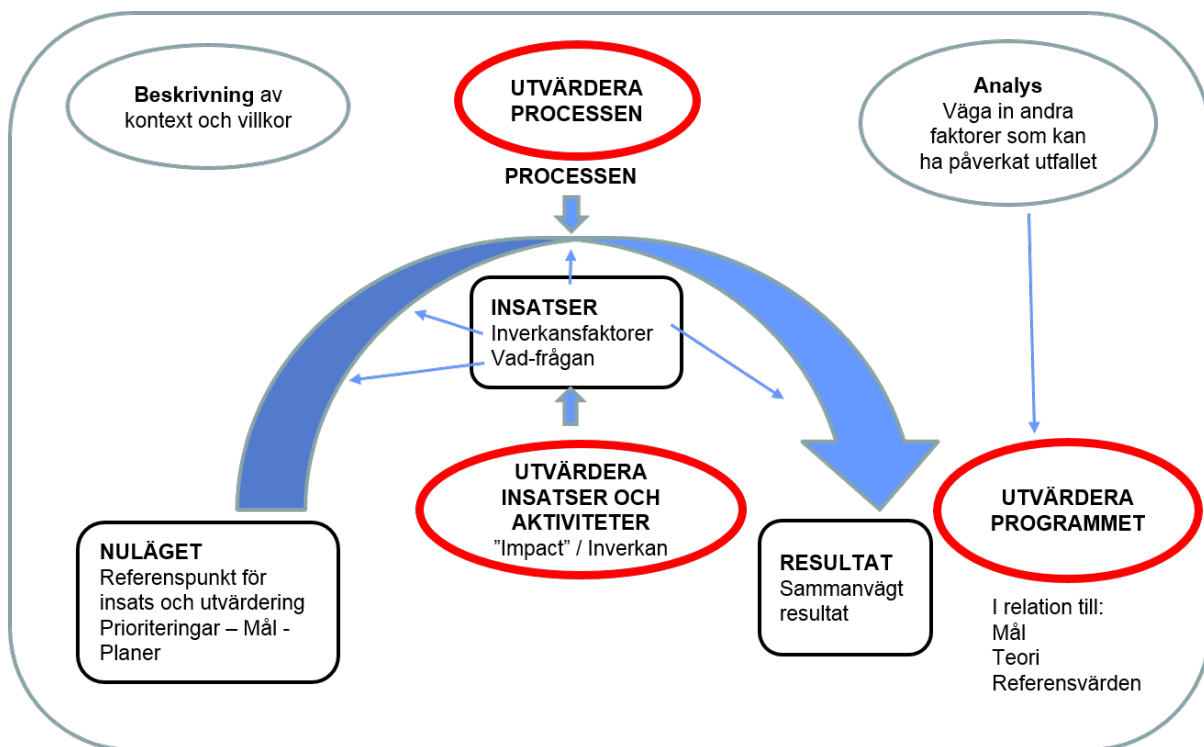
D. Inspel med teori och forskningsanknytning för att få gemensamma verktyg för tanke och handling: Det behövs redskap för att sortera mellan olika organisatoriska nivåer och i viss mån mellan olika perspektiv (rehabiliterande/förebyggande/hälsofrämjande). Det kan vara viktigt att arbeta med tidsdimensionerna, till exempel 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. Dessa verktyg och teorier används i processtödet som en röd tråd att återvända till i berättelser, reflektioner och vid utbyte av erfarenheter.

Att utvärdera i dialog utifrån helhetsperspektiv

Det sista temat för antologin handlar om att utvärdera förebyggande och hälsofrämjande insatser. Här framhålls att om man väljer att arbeta förebyggande innebär det att man har identifierat riskfaktorer som man vill eliminera, så att ohälsa inte uppstår. Tidiga signaler kan ge incitament till att vidta åtgärder i ett tidigt stadium för att förhindra att ohälsa uppstår. Ska man utvärdera förebyggande arbete vill man veta om man har lyckats undvika att något visst inträffar. Metoderna man använder sig av är statistik som beskrivs på kollektiv nivå och där man ser till förändringar över tid – exempelvis x antal färre olyckor efter att man vidtagit en åtgärd som syftar till att minska sådana olyckor. Oftast handlar förebyggande arbete om att fokusera på specifika frågor och områden. Att utvärdera hälsofrämjande insatser förutsätter:

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

Modellen nedan kan utgöra ett stöd när det gäller att utvärdera hälsofrämjande arbete.



Figur 25⁸. Arbetsmodell för att planera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande arbete med organisationsfokus.

Övergripande rekommendationer

Att utveckla ett strategiskt partnerskap på förvaltningsnivå

Att betrakta arbetsmiljö och hälsa ur ett organisationsperspektiv är centralt sett till verksamhetens resultat och kvalitet – vilket också betonas i föreskriften *Organisatorisk och social arbetsmiljö*, AFS 2015:4. Om dessa frågor är strategiska och viktiga för verksamheten, måste de vara synliga i och tillåtas påverka organisationens lednings- och styrsystem. Syftet här är att ge stöd för att utveckla ett strategiskt partnerskap mellan FHV och linjechefer på förvaltningsnivå, så att det får genomslag även på högre chefsnivåer i organisationen.

En förflyttning mot ett mer integrerat arbetsmiljöarbete påverkar även linjechefernas funktion, som har genomgått stora förändringar under de senaste tjugo åren. Många har fått mer ansvar och fler betungande administrativa uppgifter. Dessutom har alltför ineffektiva ekonomiska styrsystem försämrat chefers förutsättningar. Trots förtydligt ansvar för arbetsmiljöfrågor, och trots ytterligare kontrollsystem, har ohälsan inte minskat. Det finns därför anledning att anta att det inte går att vända de ökade ohälsotalen genom att justera formella ansvars- och uppdragsbeskrivningar eller att genom att införa fler kontroll- och rapportsystem.

⁸ Se även sid 158

En genomgång av SOU-rapporter från de senaste tjugo åren visar också ständigt återkommande problem vad gäller att utveckla ett systematiskt arbetsmiljöarbete särskilt avseende förebyggande och hälsofrämjande insatser. Dessa insatser kan i högre grad än de traditionella rehabiliterande insatserna antas kräva ett organisatoriskt perspektiv snarare än ett individperspektiv. Eftersom det är högsta ledningen som normalt beslutar om organisatoriska lösningar och förändringar är den FHV:s experter behöver samarbeta med i betydligt större utsträckning än vad som är fallet i dag. För att det ska kunna ske behöver andra nära samarbetsformer utvecklas, det vi kallar för strategiskt partnerskap. Kunskapen om hur detta ska gå till behöver utvecklas genom praktiska försök att få en sådan samverkan till stånd. Ett strategiskt partnerskap mellan chefer, HR- och FHV-expert på förvaltningsledningsnivå, så att arbetsmiljöarbetet blir integrerat med verksamhetsstyrningen, måste därför bygga på annan slags kunskap än tidigare andra åtgärder än tidigare.

Det behövs kompetensutveckling för att ändra perspektiv

En förskjutning mot ett mer proaktivt arbetssätt innebär som tidigare nämnts en perspektivförskjutning från rehabilitering till förebyggande och hälsofrämjande, samt att fokus skiftar från individen till organisatoriska förutsättningar. För att lyckas med en så stor förändring räcker det inte med styrdokument och riktlinjer. Kompetensen i dessa frågor behöver utvecklas hos både chefer och stödfunktioner så att en större samsyn skapas inom det förebyggande och hälsofrämjande kunskapsområdet. Inte bara för att kunna uppnå resultat, utan för att kunna värdera dessa på ett reflekterat sätt.

Det finns annorlunda uttryckt ett påtagligt kunskapsbehov hos alla aktörer vad gäller förebyggande och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete – kring själva begreppen men också i praktiken. Det finns behov av att diskutera och definiera vad som menas med hälsa, och det saknas hos aktörerna kunskap om och erfarenhet av vad som påverkar hälsa och hur man på olika sätt kan främja eller förbättra hälsan. Ett hinder i det hälsofrämjande arbetet är svårigheten i att 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 man verkligen är av uppfattningen att arbetsmiljöfrågor är strategiska och viktiga för verksamheten så måste de som redan konstaterats vara synliga i organisationens lednings- och styrsystem, och man behöver ge stöd för att utveckla ett strategiskt partnerskap på förvaltningsnivå, så att det får genomslag även på övriga chefsnivåer.

För att gå från svaga signaler till proaktiva insatser krävs kommunikation

Slutligen kan vi konstatera att det finns behov av forum där linjechefer, HR och FHV kan mötas och diskutera verksamhet, organisation och omvärld, och gemensamt analysera vilka svaga och tidiga signaler som motiverar någon form av åtgärd. För att kunna åstadkomma organisatoriska förändringar i tid måste kommunikationen mellan experter, första linjens chefer och chefer som ingår i förvaltningens ledning utvecklas, där berättelser om svaga signaler är i fokus. Det är angeläget att de högre cheferna involveras eftersom de har möjlighet att initiera nödvändiga organisatoriska förändringar. Förebyggande arbetsmiljöarbete kräver att ledningen har förmåga att i ett tidigt skede identifiera och hantera risker. För att kunna möta utmaningar måste det finnas förtroende och legitimitet att arbeta med förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det måste också finnas ledare och medarbetare som uppfattar att de har mandat att utveckla organisationen och verksamheten. För att kunna agera tidigt är det viktigt att lyssna till varandra, föra en dialog om angelägna frågor, och att aktivt lyssna efter svaga signaler och föra upp dem på bordet.

Utblick

Vår slutsats är att det fortsatta arbetet behöver utgå från följande sammanfattning av studiens viktigaste 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.
- 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.

Bilagor

Bilaga 1. Tidslinje över statliga reformförsök inom företagshälsovården, Marica Heimdahl.

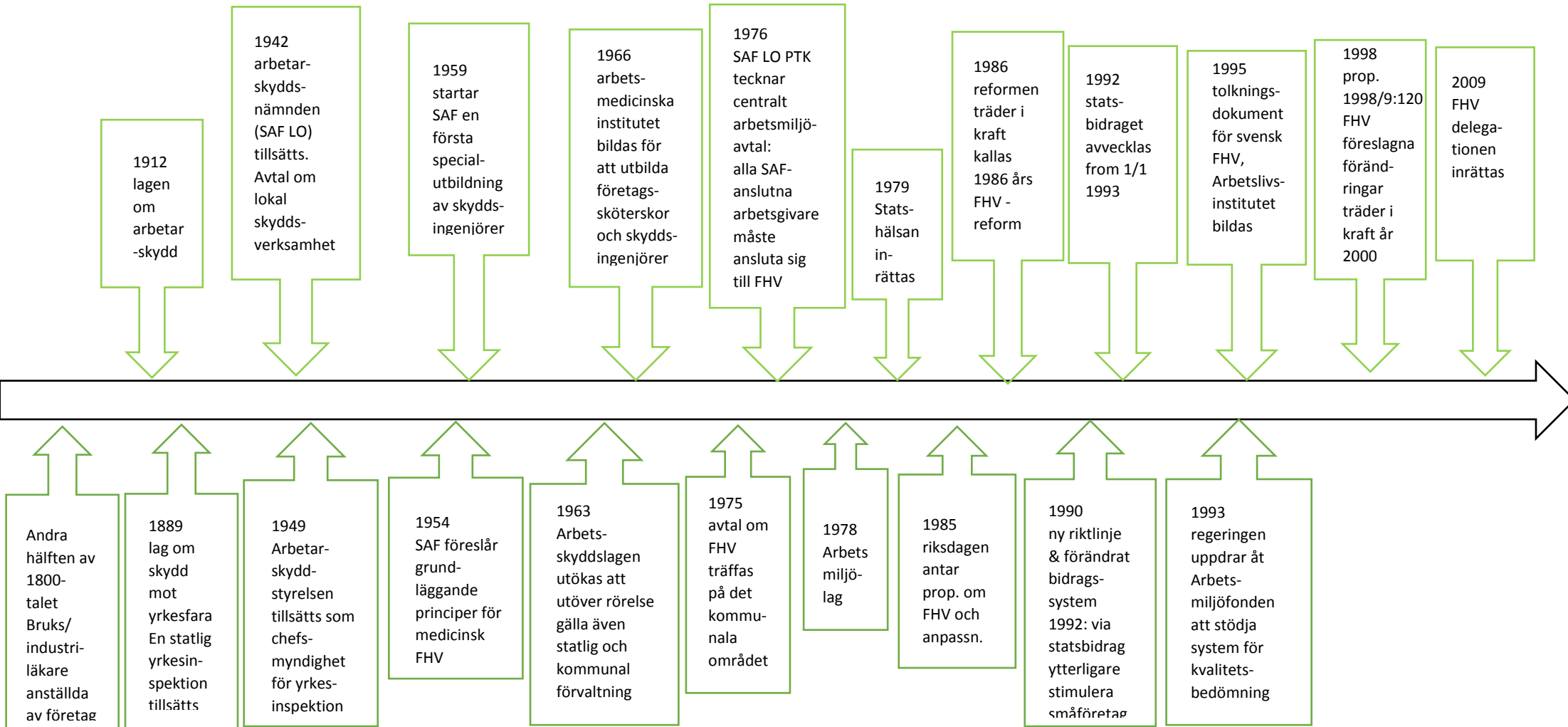
Bifogas med rapporten

Bilaga 2. Den svenska företagshälsovårdens utveckling, Lisa Björk
- förklarande text till tidslinjen

Bilaga 3. Detaljerade redogörelser för utredningar och betänkanden om företagshälsovård 1960-2015, Lisa Björk

Samtliga bilagor nås via länk i ISM-rapport 19, pdf-version på www.vgregion.se/stressmedicin eller beställs via stressmedicin@vgregion.se

Bilaga 1 Tidslinje



Institutets uppdrag är att genom kunskapsbildning och kunskapsspridning bidra till att den stressrelaterade ohälsan minskar. ISM ska även medverka till att göra Västra Götalandsregionen till förebild vad gäller hälsofrämjande arbetsplatser och behandling av stressrelaterade sjukdomar. Syftet med ISM:s rapportserie är förutom kunskapsspridning att stimulera till praktisk tillämpning av resultaten från vårt forsknings- och utvecklingsarbete.