

Stimulerar avtal mellan arbetsgivare
och företagshälsovård till samarbete för
hälsosamma arbetsplatser?
– En genomlysning av avtal och
avtalsprocess

Sofia Åström Paulsson
Marianne Parmsund
Åsa Axelsdotter Hök
Tomas Eriksson
Teresia Nyman
Lisa Schmidt
Margareta Torgén
Magnus Svartengren



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**



**UPPSALA
UNIVERSITET**



**Centrum för
arbets- och miljömedicin**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser?

– En genomlysning av avtal och avtalsprocess

Författare:

Sofia Åström Paulsson

Marianne Parmsund

Åsa Axelsdotter Hök

Tomas Eriksson

Teresia Nyman

Lisa Schmidt

Margareta Torgén

Magnus Svartengren

December 2014

Förord

Företagshälsovård som begrepp, dess inriktning och förutsättningar har diskuterats under decennier. Det finns många intressenter kring företagshälsovårdens verksamhet, där inte minst samhället har att vinna på att arbetsgivarna utnyttjar denna multiprofessionella kompetens i sitt arbetsmiljöarbete. Denna rapport syftar till att belysa på vilket sätt och i vilken utsträckning utformningen av befintliga avtal mellan företagshälsovård och arbetsgivare har sin grund i arbetsplatsens systematiska arbetsmiljöarbete och främjar tidiga, arbetsplatsnära och aktiverande rehabiliterande insatser. Inom projektet har vi också studerat processen som föregår avtalskrivandet för att fördjupa förståelsen kring hur aktörerna ser på samarbetets innehåll och genomförande samt hur det kan utvärderas.

Projektgruppen består av:

Magnus Svartengren, professor, Arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

Sofia Åström Paulsson, doktorand, Arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

Marianne Parmasund, samhällsvetare, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting

Åsa Axelsdotter Hök, MSc, hälsostrateg, Humla konsult

Tomas Eriksson, sjukgymnast/beteendevetare, Arbets- och miljömedicin, Uppsala

Teresia Nyman, Med Dr, forskare, Enheten för ergonomi, Skolan för Teknik och Hälsa, Kungl. Tekniska högskolan/Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet.

Lisa Schmidt, fil mag. ergonomi & rehab/industridoktorand, IVL Svenska Miljöinstitutet/Enheten för ergonomi, Skolan för Teknik och Hälsa, Kungl. Tekniska högskolan

Margareta Torgén, Med Dr, överläkare, Arbets- och miljömedicin, Uppsala

Projektet har genomförts med stöd av Försäkringskassan inom ramen för det Forte-finansierade forskningsprogrammet "Framtidens företagshälsovård – ett forskningsprogram för ständig utvärdering, lärande och förbättring". Programmet är ett samarbete mellan Kungl. Tekniska högskolan, Karolinska Institutet, Uppsala Universitet och IVL Svenska Miljöinstitutet.

Uppsala i december 2014

Magnus Svartengren

Projektledare

Innehåll

Förord.....	
Sammanfattning	
Bakgrund	7
Begrepp och definitioner	7
Hälsosamma arbetsplatser, förebyggande arbetsmiljöarbete och framgångsrik rehabilitering	8
Rehabilitering och tidiga koordinerade insatser	8
Företagshälsovård – en expertresurs	9
Det aktuella projektet.....	10
Metod	11
Urval och datainsamling	11
Analys av avtal och intervjuer.....	8
Bortfall.....	9
Resultat.....	14
Resultat från avtalsgranskningen	14
Avtalens utformning.....	14
Kontaktvägar och fakturering.....	14
Formulering av bakomliggande syfte och mål med samarbetet och avtalet.....	14
Avtalens reglering av tjänsteutförandet – individ och/eller organisationsnivå	15
Avtalstextens förhållande till det systematiska arbetsmiljöarbetet eller andra former av förebyggande arbetsmiljöarbete.....	15
Avtalstextens förhållande till samarbete kring rehabilitering och tidiga insatser	16
Utförande av tvärprofessionellt teamarbete	16
Kvalitet och utvärdering	17
Sammanfattning av avtalsgranskningen	17
Resultat från intervjuerna.....	14
Rutiner och kontaktvägar före avtalsperioden	18
Rutiner och kontaktvägar under avtalsperioden	20
Sammanfattning av intervjuerna.....	24
Diskussion.....	25
Värdet av behovsanalys.....	25
Förutsättningar för samarbete	25

Tidiga koordinerade insatser och statligt stöd	26
Identifierade nyckelfaktorer för gott samarbete	26
Metoddiskussion.....	23
Slutsatser	27
Referenser	29

Sammanfattning

Rapporten syftar till att belysa på vilket sätt och i vilken utsträckning utformningen av befintliga avtal mellan företagshälsovård (FHV) och arbetsgivare stimulerar till samarbete kring att skapa hälsosamma arbetsplatser.

Projektet omfattar en granskning av ett drygt tjugotal FHV-avtal samt intervjuer med representanter från ett urval av arbetsgivare och FHV-enheter om utformningen av avtalen. Intervjuer har också genomförts i fokusgrupper med enhetschefer och skyddsombud kring användningen av FHV.

Resultaten visar att de studerade avtalen sällan stimulerar arbetsgivare och FHV till samarbete kring att skapa hälsosamma arbetsplatser. Nyckelfaktorer för att skapa en god arbetsmiljö är att arbetsgivaren har väl utarbetade system för förebyggande arbetsmiljöarbete och tidig, aktiverande och arbetsplatsnära rehabilitering. Dessa system innefattar rutiner för när och hur man ska anlita externa expertresurser för stöd. En sådan expertresurs är FHV med multiprofessionell kompetens inom arbetsmiljö och hälsa.

Granskningen av avtalen visar att målsättningen och förutsättningarna för samarbetet oftast är vagt och oprecist uttryckta och inte knutna till ett specifikt behov man identifierat, till exempel i det systematiska arbetsmiljöarbetet. De genomförda intervjuerna bekräftar att avtalet sällan är resultatet av en behovsanalys, utan snarare är något man upprättat om och när behov uppstår. Detta synsätt kan vara orsaken till att så kallade grundavtal verkar vara den vanligast förekommande avtalsformen, där man köper tjänster endast vid behov, ofta i individärenden. Sådana avtal leder ofta till outvecklade samarbetsstrukturer och dåliga förutsättningar för FHV att få någon djupare kunskap om den aktuella arbetsplatsen. Det finns också exempel på avtal som är mycket omfattande i sitt innehåll, ofta som ett resultat av strikta upphandlingsregler inom offentlig sektor, men även i dessa fall visar intervjuerna att det inte nödvändigtvis leder till väl utarbetade samarbetsformer, god arbetsplatskännedom eller möjligheter att bidra i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Formuleringarna i FHV-avtalen har således en begränsad betydelse för vilka tjänster som verkligen används och därmed vilka resultat som uppnås. För att kontakter ska tas vid rätt tidpunkt krävs att första linjens chefer är väl förtrodda med i vilka situationer de kan och får kontakta FHV och vilka resultat de kan förvänta sig.

Avtalen anger sällan kvalitets- eller kompetenskrav på FHV-aktören utöver öppettider och att FHV inte är på ekonomiskt obestånd. Parterna avtalar relativt ofta om regelbunden uppföljning av vilka tjänster som utnyttjats, men utvärdering av samarbetet nämns sällan, vilket troligen är en följd av att man inte angivit några specifika mål.

Det finns således en förbättringspotential i avtalen mellan arbetsgivare och FHV att mer specifikt formulera förutsättningar, mål och arbetsätt för ett fungerande samarbete kring hälsosamma arbetsplatser. Exempel på områden där statliga stödsatser skulle kunna stärka det arbetet är stöd till mindre företag vid upphandling av FHV samt stöd till FHV för att utföra vissa insatser på organisationsnivå såsom arbetsplatsbesök, exponeringsutredningar och deltagande vid skyddsronder.

Sammanfattningsvis kan konstateras att för att samarbetet mellan arbetsgivare och externa expertresurser såsom FHV ska leda till hälsosammare arbetsplatser, bör avtalen dem emellan utformas utifrån ett förebyggande och långsiktigt förhållningsätt. Den underliggande behovsanalysen kan grunda sig i vad som framkommit i det systematiska arbetsmiljöarbetet. För att samarbete ska bli framgångsrikt bör avtalet möjliggöra god arbetsplatskännedom, löpande kontakter i arbetsmiljöfrågor och tidiga insatser i individärenden utifrån på förhand kända samarbetsstrukturer.

Bakgrund

Begrepp och definitioner

I rapporten återkommer några centrala begrepp. Här är de beskrivna ur ett arbetsplatsperspektiv:

<u>Arbetsmiljö</u>	inkluderar fysisk, psykisk och social arbetsmiljö, det vill säga den samlade omgivningen som vi arbetar i.
<u>Arbetsmiljö- och hälsoarbete</u>	avser alla insatser som syftar till att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetet samt de insatser som ökar eller återskapar hälsa hos anställda.
<u>Insatser</u>	är ett annat ord för de aktiviteter företagshälsovården genomför.
<u>Systematiskt arbetsmiljöarbete</u>	är en lagstadgad struktur kring arbetsmiljön, som alla företag är skyldiga att följa. Det inkluderar samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare och utgör en fortgående process med analys av nuläge plan för tidsatta åtgärder, genomförande, uppföljning och utvärdering. Processen kan beskrivas som ett hjul och har ingen början eller slut och bör med fördel inkluderas i verksamhetsutveckling.

För att ytterligare beskriva arbetsmiljö- och hälsoarbetet i en organisation är utgångspunkten ofta det perspektiv man utgår ifrån:

<u>Det främjande perspektivet</u> (promotion)	är inriktat på att utveckla hälsa.
<u>Det förebyggande perspektivet</u> (prevention)	är inriktat på att undvika risker för ohälsa och olycksfall.
<u>Det rehabiliterande perspektivet</u> (reaktion)	är inriktat på att behandla och lindra skada och ohälsa som redan finns.

Hälsosamma arbetsplatser, förebyggande arbetsmiljöarbete och framgångsrik rehabilitering

En arbetsplats där man är mån om sina medarbetare och strävar efter att skapa en hälsosam arbetsmiljö är något som inte bara skapar trivsel utan också leder till ökad arbetsförmåga och produktivitet (Roos m.fl., 2005). Hälsosamma arbetsplatser kan skapas bland annat genom att förebygga uppkomst av sjukdom och genom att snabbt ingripa vid tecken till ohälsa. Detta bekräftas i en studie av verksamheter med låg andel långa sjukfall (>90 dagar), som visar att just förekomst av system för hur man hanterar förebyggande arbete och tidig rehabilitering spelar en viktig roll (Ahlberg m.fl. 2008; Stoetzer m.fl., 2014; Stoetzer, Åborg, Johansson & Svartengren, 2014). Systematiskt Arbetsmiljöarbete (SAM), som beskrivs i Arbetsmiljöverkets föreskrift [AFS] 2001:01 och som inkluderar undersökning och riskvärdering med handlingsplan och åtgärder samt uppföljning, pekar på strukturer som underlättar sådana system.

När verksamheten behöver, kan externa expertresurser utnyttjas i denna kontinuerliga process. En sådan expertresurs är företagshälsovården (FHV) med sin kunskap om samband mellan arbete och hälsa. Tillsammans kan verksamheten och FHV samverka för att skapa en balanserad miljö, där det också finns utrymme att beakta faktorer i individens privatliv. För att åstadkomma välbefinnande på arbetet samtidigt med produktivitet och framgång behövs samarbete och integration mellan verksamheten och olika externa aktörer (FHV, organisationskonsulter, säkerhetskonsulter med flera), som idag ofta arbetar isolerat från varandra (Anttonen & Räsänen, 2008)

Rehabilitering och tidiga koordinerade insatser

Det vetenskapliga underlaget för vilka åtgärder som leder till arbetsåtergång efter sjukskrivning, talar relativt entydigt för att det är tidiga, arbetsplatsnära och aktiverande insatser som har störst effekt. Insatserna görs bäst i samarbete mellan berörda aktörer (individ, chef, medicinsk personal vid FHV), så att arbetsförmågan och orsaken till begränsningar i denna kan sättas i relation till kraven i befintligt arbete (Bergström m.fl. 2004, 2008). Med detta som bakgrund infördes 1 januari 2010 *Förordningen om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet* (SFS 2009:1423). Denna syftade till att "öka arbetstagarnas möjlighet att återgå i arbete genom tidiga och anpassade stödinsatser vid sjukfall" (SFS 2009:1423, 1 §). Detta skulle uppnås genom ett arbetsnära stöd till anordnare av sådan FHV som, utöver förebyggande insatser, även kunde tillhandahålla tjänster för att medicinskt förebygga, utreda och behandla arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador.

Bidraget för sådana tidiga koordinerade insatser användes emellertid i mycket begränsad omfattning. För år 2011 användes endast ca 5 % av tillgängliga medel. I de fall insatser med stöd av förordningen har genomförts har de uppfattats som positiva av såväl arbetstagare och arbetsgivare som FHV-personal. FHV har gjort snabbare insatser som i vissa fall lett till förbättrade och breddade insatser och det tvärprofessionella teamarbetet har ökat och breddats, till exempel genom nyanställningar. Förordningen har främst använts av FHV-enheter i samarbete med större arbetsgivare, medan den tycks ha varit okänd bland mindre arbetsgivare.

Stödet hade ingen större inverkan på vilka tjänster arbetsgivaren köpt (Ståhl, Kjellberg, Toomingas, Åborg & Ekberg 2011). Det begränsade utnyttjandet ledde till att stödet reformerades 2014. Det

riktar sig numera direkt till arbetsgivaren och uppgår till maximalt 7000 kr per anställd, under förutsättning att arbetsgivaren satsar motsvarande belopp på tidig rehabiliterande insats.

Företagshälsovård – en expertresurs

Företagshälsovård (FHV) är ett vedertaget begrepp som är reglerat och definierat i arbetsmiljölagen: *”Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.”* (AML, SFS 1977:1160, kap. 3, 2b§). Arbetsgivaren svarar för att den FHV som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. (AML, SFS 1977:1160, kap. 3, 2 b§, första stycket). Utöver den mer allmänna skyldigheten för arbetsgivaren finns också lagar om vilka specifika situationer som kräver medicinsk kontroll, till exempel arbete med hårdplaster och arbete med bly eller kadmium osv.

FHV ska vara en resurs för såväl arbetsgivare som arbetstagare och utformningen av FHV har därmed traditionellt varit en angelägenhet för arbetsmarknadens parter. FHV:s arbete spänner från individ- till organisationsnivå och från förebyggande (ibland också främjande) till rehabiliterande. En styrka blir därmed att man kan utnyttja information från rehabiliterande åtgärder i ett individärende till att arbeta förebyggande för att undvika att någon annan drabbas.

Utöver arbetsgivarens behov av hjälp med förebyggande och rehabiliterande insatser och lagstadgade medicinska kontroller (AFS 2005:6) arbetar FHV i olika stor utsträckning med åtgärder som är av mer sjukvårdande karaktär och också hälsoundersökningar, som förvisso kan ses som förebyggande insats på individnivå, men där de studier som gjorts inom områden haft svårt att påvisa det (Mahmud m.fl. 2010; Grooten m.fl. 2014). Friskvård är främjande insatser som avser att öka i huvudsak den fysiska hälsan hos individen. Friskvård är främst förknippat med varje människas livsstil och egna förutsättningar för att skapa hälsa. Denna typ av verksamhet kan beskrivas som ett folkhälsouppdrag. FHV:s roll för detta är inte reglerat och kopplingen till arbetsmiljö är vanligen svag. Dessa tjänster ses ofta som ett sätt att knyta kontakt med arbetstagarna och arbetsplatsen då de är eftertraktade av arbetstagarna och ses som en typ av förmån.

FHV kan vara organiserad på olika sätt, antingen som en intern/inbyggd enhet vid verksamheten, eller som en extern aktör, från vilken man köper valda tjänster. I det senare fallet har FHV oftast många externa kunder, med vilka man kan ha helt olika avtal.

Det finns några huvudtyper av avtal med avseende på hur de är uppbyggda. En typ av avtal kallas grundavtal och innefattar ett fåtal grundläggande tjänster, såsom fri tillgång för chefer till telefonrådgivning med en kontaktperson. Därtill avropas insatser efter behov, till exempel hjälp vid stick- eller bitskador, vaccinationer eller lagstadgade hälsokontroller. Denna avtalsform närmar sig det som kallas nollavtal, som saknar någon specificerad tjänst, annat än vid behov. Arbetsgivare kan då hävda att ”tillgång till FHV” finns, i enlighet med den lag som kräver att ”FHV ska finnas när så behövs”. Andra avtal är av mer omfattande abonnemangskaraktär, där man mot en årlig avgift får en viss tjänst, exempelvis hälsoundersökningar med ett visst intervall och, i ett fåtal fall, tillgång till sjukvårdande insatser eller deltagande i skyddskommittémöten.

Interna/inbyggda FHV-enheter är numera relativt sällsynta inom privata företag men är något vanligare vid offentliga verksamheter.

Enligt Arbetsmiljöverkets publikationer om arbetsmiljön (2005, 2008, 2010, 2012) uppger två tredjedelar av alla tillfrågade anställda att de har tillgång till FHV, något färre och sjunkande andel kvinnor jämfört med män. Det framgår samtidigt att antalet anmälningar om arbetsolyckor som lett till sjukfrånvaro har ökat med drygt 20 procent för både kvinnor och män under perioden 2009-2012 (Arbetsmiljöverket 2013).

I en opublicerad rapport till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan under 2013, från undersöknings- och analysföretaget Stelacon, framkommer att många arbetsgivare uppger sig vara positiva till arbetsmiljöarbete, men ibland ifrågasätter FHV som samarbetspartner. Rapporten grundar sig på djupintervju- och fokusgruppsundersökningar hos både arbetsgivare som anlitar FHV och de som inte gör det, samt i ett antal FHV-företag. Arbetsgivarna vill kunna köpa de tjänster de anser att de behöver när det behövs och av den aktör de finner lämpligast. Detta tankesätt kan lätt styra mot reaktiva insatser och så kallade nollavtal, som inte innehåller några förutbestämda tjänster utan där varje insats avropas. Arbetsgivarna ser inte FHV som en självklar strategisk samarbetspartner i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Denna slutsats bekräftas i en rapport från Svenskt Näringsliv (Bergsten, Thorburn & Myrén 2014), där det framkommer att arbetsgivare i hög utsträckning ser FHV som en goodwill gentemot medarbetarna snarare än som en resurs i det strategiska arbetet.

Det aktuella projektet

Målet för projektet är att belysa på vilket sätt och i vilken utsträckning utformningen av befintliga avtal mellan FHV och arbetsgivare styr arbetet med att främja tidiga arbetsplatsnära och aktiverande insatser i samarbete mellan berörda aktörer och särskilt vilken betydelse avtalen har för tidig rehabilitering. En viktig utgångspunkt har varit arbetsplatsens systematiska arbetsmiljöarbete.

Metod

Projektet har använt två olika angreppssätt. Det ena är en granskning av innehållet i ett antal avtal om FHV för att skapa en allmän uppfattning om hur sådana avtal är utformade. Det andra är intervjuer med chefer och skyddsombud i utvalda verksamheter samt kundansvariga vid FHV-enheter för att fördjupa förståelsen kring vad som föregår anbudsförfarandet och hur aktörerna ser på genomförandet och samarbetet.

Urval och datainsamling

Urvalet av arbetsgivare och FHV-enheter gjordes för att få representation av såväl privata och offentliga verksamheter som extern och intern FHV. Parternas avtal skulle ha varit i funktion under minst ett år.

Initialt kontaktades ett antal FHV-enheter, som gav tillgång till avtal och kontaktuppgifter till aktuella kunder. Därefter kompletterades materialet genom direktkontakt med arbetsgivare som förmedlade sina avtal samt med avtal som fanns tillgängliga enligt offentlighetsprincipen. När det var möjligt inhämtades även tillhörande dokumentation (upphandlingsunderlag, anbud, presentationsmaterial, arbetsbeskrivningar och motsvarande dokument). Totalt samlades 26 avtal in, varav 15 från privat och 11 från offentlig verksamhet. 24 avtal rörde extern FHV och två intern FHV.

Urvalet av intervjuobjekt gjordes bland de arbetsgivare och FHV-enheter vars avtal granskades. Fem företag, tre kommuner och en myndighet deltog. En av kommunerna har inbyggd FHV medan övriga arbetsgivare har avtal med extern FHV. Verksamheterna uppvisar en god variation såväl storleksmässigt som geografiskt. Arbetsgivarna och FHV-enheterna kontaktades via telefon och/eller e-post och fick skriftlig information om projektet. Vid FHV intervjuades i första hand den som var kontaktperson med kunden. Hos arbetsgivarna valdes den som ansvarade för det aktuella avtalet med FHV. Samma person ombads dessutom sätta samman en fokusgrupp med 5-8 enhetschefer och skyddsombud, som hade erfarenhet av FHV:s service och tjänster.

Totalt gjordes nio intervjuer med representanter för FHV, sex arbetsgivarföreträdare samt fyra fokusgrupper med 2-5 deltagare och två enskilda intervjuer med "användare" (Tabell 1).

Intervjuerna var semistrukturerade och gjordes utifrån en intervjuguide med särskilda på förhand bestämda frågeområden. Intervjuguiderna utvecklades inom projektgruppen utifrån erfarenheter från tidigare forskning (Lie m.fl., 2002; Launis & Gerlander, 2005; Schmidt, Sjöström & Antonsson, 2012, 2014), testades genom provintervjuer och reviderades därefter något.

Intervjuerna genomfördes under perioden december 2013-februari 2014, övervägande av två intervjuare. Varje intervju varade mellan 30 och 60 minuter och genomfördes i anslutning till den intervjuades arbetsplats. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant.

Tabell 1. Genomförda intervjuer

Kund-organisation	Antal anställda	FHV-enheter	FHV-intervjuer	Arbetsgivar-intervjuer	Fokusgrupps-intervjuer ("användare")
Myndighet	5000	Extern rikstäckande	Kundansvarig	HR- specialist	HR-ansvarig på enhet
Kommun	1500	Extern regional	Verksamhetschef	HR- specialist	3 chefer, 1 facklig, 1 skyddsombud
Kommun	2500	Extern regional + extern lokal	-	HR- specialist	a) verksamhetschef, skyddsombud b) enhetschef
Företag	1500	Extern lokal	Kundansvarig	-	-
Företag	Under 100	Extern lokal	Kundansvarig	HR- specialist	-
Företag	600	Extern lokal	Kundansvarig	-	-
Företag	300	Extern	Verksamhetschef + kundansvarig	HR- specialist	5 enhetschefer
Kommun	4000	Inbyggd	Verksamhetschef	Verksamhetschef	3 enhetschefer, arbetsmiljö-intendent, 1 facklig
Företag	300	Extern rikstäckande	Kundansvarig	HR-specialist	3 produktionsledare, 1 skyddsombud

Analys av avtal och intervjuer

För att få en överblick av vad som regleras i avtalen granskades varje avtal, och i förekommande fall associerad dokumentation, utifrån frågeställningarna:

- Vilken typ av avtal är det; vilka tjänster ingår och vilka tilläggstjänster kan beställas?
- Har det bakomliggande syftet med avtalet formulerats? Finns det mål formulerade i avtalet eller i bilagor och är de i sådana fall mätbara?
- Är avtalet inriktat på individ- och/eller organisationsnivå?

- Hur ser de grundläggande förutsättningarna för kontakten ut? Vem/vilka funktioner inom kundverksamheten får kontakta FHV och var i organisationen hamnar fakturan?
- Finns det i avtalet, eller i bilagor, en bild av hur det systematiska arbetsmiljöarbetet skall bedrivas inklusive rollen för FHV? Nämnas annat förebyggande arbetsmiljöarbete (ergonomi, teknik, organisation) i avtalet?
- Finns det i avtalet, eller i bilagor, en handlingsplan för samarbetet kring rehabilitering och tidiga koordinerade insatser?
- Specificeras utförandet av tvärprofessionellt teamarbete i avtalet?
- Har man tagit ställning till att använda tjänster baserade på Försäkringskassans bidrag till koordinerade insatser? Om ja, påverkar det prissättningen?
- Finns det i avtalet angivet hur man ser på kvalitet och hur samarbetet ska följas upp och utvärderas?

Intervjufrågorna handlade om rutiner före upphandling och avtalskrivande, rutiner, kontaktvägar och erfarenheter av samarbete med motparten under avtalsperioden samt egna visioner inför framtida samarbete. En fråga rörde om och på vilket sätt FHV utnyttjat möjligheten att söka bidrag från Försäkringskassan för tidiga koordinerade insatser i samband med rehabilitering. I fokusgrupperna ställdes frågor om vad de kände till om FHV-upphandlingen och avtalets innehåll samt om egna erfarenheter av samarbetet med FHV under avtalsperioden.

Intervjuerna analyserades med hjälp kvalitativ textanalys. Ett dataprogram (NVivo 10) användes för att strukturera materialet. Samtliga intervjuer kodades dels deduktivt utifrån frågorna i intervjuguiden till respektive målgrupp, dels induktivt genom att ytterligare koder togs fram utifrån genomläsningen av intervjuerna. Kodningen kvalitetssäkrades genom diskussioner i forskargruppen. Därefter sammanställdes och sammanfattades materialet under de huvudrubriker som ingick i intervjumallen. Citaten har i texten anpassats något för att öka läsbarheten, till exempel genom ändrad ordföljd eller att utfyllnadsord ("liksom", "ju" etc.) tagits bort.

Bortfall

I flera fall var FHV avvaktande inför att lämna ut avtal, även avidentifierat. Det visade sig även svårt att hitta arbetsgivare och FHV-enheter som accepterade att delta i intervjustudien. Den vanligaste orsaken som uppgavs för att avstå var tidsbrist. Önskemålet om fokusgrupper med 5-8 deltagare tillgodosågs endast i tre kundorganisationer. I ett par fall avbokades intervjuer i så sent skede att det inte var möjligt att finna nya intervjutider.

Resultat

Resultat från avtalsgranskningen

Avtalens utformning

Granskningen av de 26 avtalen visar att kundverksamhetens storlek och karaktär är avgörande för hur omfattande och reglerad avtalstexten blir. I avtal mellan FHV och en större offentlig verksamhet är texten i avtalet och associerade bilagor (uppdragsspecifikationer, upphandlingsunderlag, tjänstelistor) omfattande och detaljerad. Avtal med mindre, privata verksamheter är ofta fåordiga och reglerar mest förhållanden kring till exempel fakturering och den rättsliga gången vid eventuella tvister. Det finns också exempel på avtal där man avsatt en viss summa för varje anställd att nyttja vid behov. Därtill finns verksamheter som har avtal med två oberoende FHV-företag, som nyttjas olika beroende på typ av insats.

Avtalen mellan de privata företagen och FHV löper med relativt korta tidsperioder, 1-2år. För deltagande kommuner och större organisationer är 2-3 årsavtal med möjlighet till förlängning mer vanligt i enlighet med lagen om offentlig upphandling (LOU).

Kontaktvägar och fakturering

Det skiljer sig åt i olika avtal vem i kundföretaget som får beställa tjänster vid FHV. Antingen har varje anställd rätt att beställa ett förutbestämt antal tjänster/besök per år och därutöver krävs rekvisition från chef, eller så måste alla besök godkännas av närmsta chef eller HR-avdelning.

I drygt en tredjedel av avtalen framgår inte klart vem inom kundverksamheten som kan beställa tjänster från FHV. Flertalet av dessa har noll- eller grundavtal. I de fall det framgår vem som är behörig att beställa anges det ofta i själva avtalet och ibland i en bilaga. Det är ofta oklart vilka funktioner som har tillgång till dessa bilagor.

Avtalade tjänster betalas oftast årsvis i förskott medan tilläggstjänster faktureras i efterskott mot gällande prislista.

Formulering av bakomliggande syfte och mål med samarbetet och avtalet

I samtliga offentliga verksamheter FHV-avtal, eller i dess bilagor, är uppdraget definierat i någon mån.

[X] ...använder företagshälsovård för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa, skador och sjukdomar samt hjälpa individer att så tidigt som möjligt återkomma till arbetet och påbörja arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.

[Y] ...eftersträvar ett samarbete med en företagshälsovård som är ett stöd och en aktiv samarbetspartner i vårt strategiska och operativa arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och arbeta effektivt med rehabilitering. Detta i syfte att skapa en god arbetsmiljö som en del i vår strävan att vara en attraktiv och produktiv arbetsplats.

I det senare fallet redovisade också den aktuella avtalspartnern, en extern FHV, sitt mål:

Att utveckla ett samarbete som bidrar till att våra kunder når sina mål samt ökar sin effektivitet, attraktions- och konkurrenskraft.

I de privata verksamheternas FHV-avtal är uppdraget uttalat i ungefär hälften av fallen, men då ofta i mer allmänna ordalag.

Uppdrag: behovsstyrt hälsoarbete, sjukvård samt rehabilitering

Avtalet avser friskvård, hälsoutveckling, arbetsmiljö, rehabilitering samt arbetsrelaterad sjukvård.

I några av avtalen med privata verksamheter är det istället FHV-enheten som definierat syftet med uppdraget och samarbetet.

FHV ska främja god hälsa i arbetslivet genom att i nära samarbete med kunden förebygga ohälsa i arbetet samt spåra och åtgärda risker så att hög produktivitet och goda arbetsförhållanden skapas.

Syftet är att FHV på ett tydligt sätt ska stödja kundens långsiktiga mål med arbetsmiljöarbetet i enlighet med kundens mål. FHV strävar efter att hitta orsaker till ohälsa och förslag på hantering av uppkomna ohälsa- och arbetsmiljöproblem i verksamheten och bland anställda hos kunden. Vi ska tillsammans verka för att öka frisktalet hos kunden med ökat fokus på det hälsofrämjande och förebyggande tjänster.

Ökade frisktal, eller minskade sjuktal, anges alltså ibland som mål eller syfte med samarbetet, men några absoluta tal nämns inte och inte heller hur detta mål ska följas upp.

Avtalens reglering av tjänsteutförandet – individ och/eller organisationsnivå

De flesta avtalen beskriver individinriktade tjänster och ibland också hur de genomförs (hälsoundersökningar, sjukvårdsbesök, rehabiliteringsinsatser osv). Många anbudsunderlag och avtal beskriver också organisationsinriktade tjänster, ofta övergripande formulerat eller i listor över kompetenser och tjänster man ska kunna/kan erbjuda, men inte specificerat hur eller av vem detta ska initieras eller återkopplas:

Ur anbudsunderlag: Leverantören ska medverka inför, under och efter organisationsförändringar för att ge råd och stöd samt även kunna göra uppföljning och utvärdering. Leverantören ska kunna göra hälso- och arbetsmiljökonsekvensbedömningar inför förändringsbeslut.

Avtalstextens förhållande till det systematiska arbetsmiljöarbetet eller andra former av förebyggande arbetsmiljöarbete

I samtliga avtal/bilagor som anger FHV:s uppdrag nämns främjande och förebyggande insatser som del av uppdraget.

I ett avtal uttalas som en tydlig vision att samarbetet med FHV ska styras mot mer förebyggande insatser:

Under avtalsperioden vill [Z] att FHV utvecklas från att bedriva främst individuella, seriella och efterhjälpande insatser till att bedriva främst förebyggande och främjande verksamhet, utan att ge avkall på tillgänglighet och kvalitet på efterhjälpande insatser.

Systematiskt arbetsmiljöarbete eller arbetsmiljölagen nämns i cirka en fjärdedel av de granskade avtalen och i samtliga fall inom offentliga verksamheter. När man definierar hur samarbetet ska förverkligas handlar det oftast om att FHV ska delta i skyddsronder/skyddskommittémöten.

I en offentlig verksamhets anbudsunderlag anges att systematiskt arbetsmiljöarbete är en av de tre punkter som FHV:s tjänster skall inriktas mot. Det anges också på vilket sätt detta skall göras:

I arbetet med systematiskt arbetsmiljöarbete ingår att ge råd och stöd till chefer och skyddsombud vid skyddsronder, arbetsplatsträffar och samverkansgrupper på verksamhets-, driftsenhets- och central nivå; riskbedömningar och utarbetandet av handlingsplaner samt uppföljningar av dessa; ge råd och stöd vid tillbuds- och arbetsskadehantering. I anbudsförfarandet skall anbudsgivaren också beskriva en skydds rond och ange fördelning av kompetenser.

[FHV X] ska vid behov medverka i upprättande av rutiner för verksamhetens arbetsmiljöarbete både centralt och vid de olika enheterna samt möten i samrådsorgan för arbetsmiljöfrågor; att FHV ska bistå vid arbetsmiljöronder/skyddsronder och psykosociala skyddsronder samt medverka vid arbetsmiljöutbildning på svenska och engelska.

Avtalstextens förhållande till samarbete kring rehabilitering och tidiga insatser

I två avtal med offentliga verksamheter nämns möjlighet till statlig subvention för tidiga koordinerade insatser vid sjukfrånvaro. Vid den ena verksamheten beskrivs tillvägagångssättet i en guide, där arbetsgivaren instrueras om hur processen går till och vilka kontakter som ska tas. Det framgår att ersättningen från Försäkringskassan krediteras verksamheten när FHV fått godkännande och utbetalning från Försäkringskassan. Om Försäkringskassan inte skulle godkänna aktiviteten betalas ingen ersättning ut. FHV låter alltså stödet gå vidare till kunden som ett sätt att subventionera priset på tjänsten.

Vid en av de inbyggda enheterna (i offentlig verksamhet) framgår det i avtalet att FHV aktivt ska arbeta för att ansöka om ersättning från Försäkringskassan och AFA Försäkring:

Ersättning för material- och analyskostnader i samband med provtagningar, remisser etc sker tillsvidare genom Försäkringskassans förordning om bidrag till FHV för köp av medicinsk service. I de fall ersättning kan utgå från AFA försäkring och/eller i enlighet med Försäkringskassans förordning om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete, ska FHV aktivt arbeta för detta.

Utförande av tvärprofessionellt teamarbete

I ett fåtal av de granskade avtalen eller dess bilagor anges kortfattat att arbetet skall bedrivas tvärprofessionellt. Samtliga gäller offentliga verksamheter.

För ett optimalt resursutnyttjande **skall** arbetet bedrivas teaminriktat.

Kvalitet och utvärdering

Ungefär hälften av avtalen beskriver olika aspekter av kvalitetskrav som ställs på FHV. Det handlar då oftast om öppettider och att verksamheten inte skall vara på ekonomiskt obestånd. I några avtal specificeras vad som ska anses ingå i en viss tjänst och vilken kompetens som krävs för utförandet. I ett avtal har leverantörens kompetens en framskjuten plats och här krävs bland annat att leverantören ska arbeta evidensbaserat och visa hur medarbetarna fortlöpande uppdaterar sig utifrån nya forskningsrön. I ett avtal står uttryckligen att FHV-enheten snabbt ska ersätta personal som kunden bedömer sakna tillräcklig kompetens för uppdraget.

I merparten av avtalen finns uppgift om någon typ av övergripande återkoppling av genomförda tjänster. De avtal där sådana krav saknas är framför allt kortfattade grundavtal med fast avgift per anställd och år. De övriga avtalen anger oftast redovisning/uppföljning och framtidsplanering 1-2 ggr/år till central nivå inom kundverksamheten.

En årlig uppföljning ska skriftligen redovisas till [XX]... Uppföljningen ska visa på resultat och åtgärder från hälsokontrollerna för dessa grupper. Det ska visa på om vissa symptom t.ex. förslitningsskador, ryggbesvär mm är vanligt återkommande.

Ett fåtal avtal beskriver ett mer omfattande återkopplingsförfarande med frekventa redovisningstillfällen och/eller precis information hur planeringsmöten genomförs.

...anbudsgivaren skall utse en kontaktperson /.../ som skall delta vid ett antal planeringsmöten för att i dialog planera och analysera genomförda tjänster.

Det finns också exempel där uppdragsgivaren vill ha återkoppling av varje enskild utförd tjänst/uppdrag både muntligen per telefon och genom ifyllande av enkät.

Sammanfattning av avtalsgranskningen

- Kundorganisationens storlek och karaktär verkar ha avgörande betydelse för hur avtalets utformas. Ju större kundorganisation, desto större sannolikhet för en mer omfattande, innehållsrik och precis avtalstext.
- Grundavtal där ett fåtal mindre tjänster ingår, såsom rådgivning med kontaktperson, och där tilläggstjänster avropas vid behov, verkar vara den vanligaste avtalsformen. I de flesta av de granskade avtalen framgår inte i själva avtalstexten vem som har rätt att boka besök hos FHV. I de fall det framgår är det lika vanligt att den anställde själv har rätt att boka besök som att det krävs chefs eller HR-avdelningens godkännande. Det varierar huruvida den anställde själv har möjlighet att boka tid hos FHV
- Avtalsperioderna löper vanligen mellan 1 och 3 år
- I samtliga offentliga verksamheter FHV-avtal, eller i dess bilagor, formuleras uppdraget i någon mån och innefattar alltid förebyggande insatser och tidiga rehabiliteringsinsatser. Det specificeras sällan hur man ska förverkliga eller följa upp uppdraget

- Systematiskt arbetsmiljöarbete eller arbetsmiljölagen nämns i ca en fjärdedel av de granskade avtalen.
- Endast i två av de 26 granskade avtalen nämns möjlighet till bidrag för arbetsplatsnära stöd för tidiga koordinerade insatser.
- I hälften av avtalen beskrivs olika aspekter av kvalitetskrav, oftast gällande öppettider och sund ekonomi. I några avtal specificeras kompetenskrav.
- I merparten av avtalen finns krav på någon typ av övergripande återkoppling av genomförda tjänster.

Resultat från intervjuerna

Här redovisas resultat från individuella intervjuer med representanter för FHV och arbetsgivare samt fokusgruppsintervjuer med enhetschefer, skyddsombud och fackliga representanter ("användare").

Rutiner och kontaktvägar före avtalsperioden

De intervjuade personerna har skiftande erfarenhet av tillvägagångssätt och interna processer inför avtalsskrivning. Några av dem har deltagit med att ta fram underlag medan andra varit mer perifert eller inte alls involverade i avtalsprocessen.

Inom kundorganisationerna

Många avtal förlängs per automatik när avtalsperioden löper ut, utan någon djupare analys. I de privata kundföretagen sköts uppgiften i allmänhet av HR-avdelningen och i något fall av ekonomichefen. I offentlig sektor, som styrs av lagen om offentlig upphandling, startas en genomgripande process när avtalstiden går mot sitt slut. I de offentliga verksamheterna samarbetar ofta HR-avdelningen med upphandlingsansvariga. En kommun anlätade inför det senaste FHV-avtalet en konsult för att formulera förfrågningsunderlag och avtalstext.

Betydelsefulla faktorer inför prioritering och val av FHV är enligt de intervjuade kundrepresentanterna både pris, kompetens, tillgänglighet och geografisk närhet.

Priset har alltid betydelse, men självklart var det även frågan om vilka professioner som fanns som vi har grundkrav på. Tillgänglighet är en annan viktig faktor, att de finns på plats, att de finns nära och att vi kan samarbeta varje dag om vi så behöver, så de måste finnas på orten. (HR, kommun)

En av de intervjuade betonar vikten av att det finns en strategisk riktning i arbetet med FHV. I detta fall ombads de olika anbudsgivarna bland annat att beskriva hur de avser att arbeta för att minska korttidsfrånvaron.

Kundföretagens syn på vilka tjänster som ska ingå i avtalet varierar från individuella hälsoundersökningar till mer organisationsinriktade hälsofrämjande insatser.

I vårt kollektivavtal står att vi ska erbjuda företagshälsa, det är ju inget snack om det. Men sen kan vi ju välja vilken nivå vi lägger det på och vilken riktning. (HR, privat företag)

När FHV-avtalet förlängts utan någon särskilt omfattande utvärdering anges bristande tid som en orsak till att man inte gör en mer genomarbetad upphandling av FHV.

Nej, vi överväger inte varje gång. Vi kör på och så försöker man korrigera de grejor som vi inte är helt nöjda med. /.../ Att vi liksom inte har synat marknaden och jämfört mer, det beror på tidsbrist hos oss, vi har inte den tiden. (HR, privat företag)

Enligt de intervjuade vid kundorganisationerna deltar de fackliga organisationerna endast i begränsad utsträckning i diskussionerna om FHV-avtal. I en kundorganisation gavs information om innehållet i FHV-avtalet i skyddskommittéen, i en annan fick facket ta del av avtalsförslaget men avstod från att vara delaktiga och hade svarat att "det där är det ni som kan". En av de intervjuade personerna säger:

Ja, jag lyfte upp det för jag tycker facket är självklara /.../ men de är lite ovana så de köpte ju överenskommelsen på ett bra sätt och ganska enkelt, det måste jag erkänna. (HR, kommun)

En av de intervjuade kommenterar att det är först när man börjar diskutera att ta bort något som betraktas som en förmån, till exempel hälsokontroller, som de fackliga organisationerna reagerar och engagerar sig.

Inom företagshälsovården

FHV:s rutiner inför avtalsskrivning varierar beroende på den presumtiva kundens storlek och ekonomiska betydelse. Vid större företag bokas ofta ett personligt möte mellan FHV:s VD och kundens HR-chef för att utröna kundens intentioner.

Om en kund är lite större åker vi dit och presenterar oss, lyssnar in kunden och ser vad de har för potential och målsättningar med samarbetet, framför allt behov, och försöker titta på en långsiktig planering. /.../ och så måste man sätta sina mål och resultatet "vad ska vi mäta". (Kundansvarig, FHV)

Mindre företag får ett mer standardiserat bemötande, där kommunikationen ofta sköts via telefon eller e-post:

Små och medelstora, det är ju inga förhandlingar där man sitter och lägger pannan i djupa veck över ett bord, utan det sköts många gånger mejlledes och de får kryssa i ett material vi har vad de är intresserade av för typ av avtal och om de vill ha hälsoundersökningar eller inte osv. (Kundansvarig, FHV)

Enligt intervjuade personer från FHV efterfrågar också stora respektive små kunder olika typer av tjänster. Större företag uppges i allmänhet ha bredare kunskap om FHV:s kompetens och efterfrågar såväl förebyggande tjänster som rehabiliteringsinsatser medan mindre företag i större utsträckning efterfrågar hälsoundersökningar och sjukvårdstjänster.

*Ju större kund desto mer kunskap har dom ju och kan förstå på ett bra sätt, ur vårt perspektiv, hur man ska använda företagshälsovård. /.../ Vi har ju även väldigt många små företag som kunder och där är man ju egentligen inte ute efter företagshälsovård utan vill i första hand erbjuda sina medarbetare en hälsoundersökning och kanske sjukvård.
(Kundansvarig, FHV)*

En av de intervjuade personerna från FHV beskriver hur man noggrant följer upp när befintliga avtal löper ut och tar kontakt med kunden i god tid för att stämma av/utvärdera samarbetet. Inför varje nytalsperiod görs en analys av kundens behov, där man erbjuder tjänster som kan motsvara kundens önskemål. Vissa av de intervjuade FHV-företrädarna beskriver kontakten med kunden som "en ständigt pågående process", som kan påverka såväl vad kunden beställer under avtalsperioden som hur nya och omförhandlade avtal kan utformas.

Flera FHV-representanter anser dock att många av deras kunder har relativt låg "beställarkompetens". Detta visar sig exempelvis i hur pass detaljerat kraven formuleras i anbudsfrågan, i avvägningen mellan pris och kvalitet och i hur uppföljningen sker från kundens sida. En av de intervjuade personerna från FHV för ett längre resonemang kring bristande intresse för behovsanalys och uppföljning av tidigare avtal hos såväl större som mindre kundföretag:

Rätt så låg kompetens tycker jag att det finns i efterfrågan i anbud. Man kör på ungefär på samma sätt som vid föregående upphandling. Vanligt är ju 60-70 % pris, 20 % kvalitet och resten tillgänglighet. Har det inte skett någon utveckling på fyra år, är man nöjd eller hur skall man tolka det? Samhällsutvecklingen går så snabbt så det har hänt en hel del på ergonomidelen och det psykosociala. /.../ Där ser jag att man som upphandlare kunde få ut mycket mer av företagshälsovården och liksom klämma oss lite mer: "Kan ni beskriva effekter av det arbete ni gör, kan jag få en referens kopplad till just den här insatsen som ni beskriver?" och sen kan man ju faktiskt göra avdrag eller plussa på priset, beroende på hur duktiga har vi varit. (Verksamhetschef, FHV)

Rutiner och kontaktvägar under avtalsperioden

Inom kundorganisationerna

Hur det färdiga avtalet kommuniceras till chefer, fack och medarbetare skiftar mellan kundorganisationerna. På några håll skickas information om avtalet per e-post och i andra tas avtalet upp på chefsmöten. Avtalens innehåll behandlas även i varierande grad på samverkansmöten, före och efter avtalsskrivning. Det är vanligt att avtalet finns tillgängligt på intranätet, men i något fall anses intranätets uppbyggnad försvåra tillgängligheten till avtalet. Få av de enhetschefer, skyddsombud eller fackliga representanter, som deltog i fokusgruppsintervjuerna, uppger sig ha läst det aktuella avtalet.

Beställning och kostnadsfördelning av FHV-tjänster

Det finns en variation både i vilka funktioner inom kundföretagen som får beställa FHV-tjänster och hur kundföretagen fördelar dessa kostnader internt. Det vanligaste verkar vara att beställningarna

går antingen via närmaste chef eller HR. Ett motiv som anges i intervjuerna med arbetsgivarrepresentanter är att chefen i ett tidigt skede ska ta del av medarbetarens problem för att kunna bedöma om orsaken till besöket är arbetsrelaterat och att ta sitt arbetsgivaransvar. Ofta sker så kallade trepartssamtal med syftet att göra en plan för att finna lösningar i arbetsmiljön.

Jag tycker att när chefen får beställa är också chefen involverad i den enskildes arbetsmiljö och skall vara det, för man kan aldrig delegera bort det ansvaret. (HR, kommun)

FHV är egentligen inte till för medarbetarna utan till för arbetsgivaren. Så fort medarbetare får börja gå anonymt så tappar ju chefen möjlighet att vara med och påverka och hjälpa till. Det vi ska betala som arbetsgivare, det är ju att personen ska kunna utföra ett arbete eller kunna återgå i arbete, det här andra kan ju inte vi ta ansvar för. (HR, kommun)

Även enligt fokusgruppsintervjuerna går de flesta kontakter med FHV och beställningar av FHV-tjänster genom HR-funktionen.

Det är mest min HR-konsult som har kontakter med FHV. Sen är det klart att vi har haft det här som tema på våra chefsmöten, men nej, det ligger mycket arbete hos HR-konsulten och där sker en positiv process tycker jag. (Enhetschef i fokusgrupp, kommun)

Vissa FHV-avtal tillåter att enskilda medarbetare själva tar kontakt och besöker FHV ett begränsat antal tillfällen per år utan arbetsgivarens vetskap. Om FHV bedömer att problemet i grunden är arbetsrelaterat och om medarbetaren vill ha fortsatt kontakt kopplas närmaste chef in, det till säga samma typ av insatser som i de fall där arbetsgivaren har kontroll över alla FHV-kontakter.

Vi försöker ju få personen att själv gå och prata med sin chef så att chefen i nästa steg kan kontakta oss för ett trepartsmöte. Det innebär att om man lämnar öppet för anställda att kunna komma till sin företagshälsovård för ett rådgivande samtal så får man ju själv bestämma om man vill gå till sin chef. Organisationen vet att vi försöker sträva mot att cheferna blir inkopplade. Den konstruktionen bäddar i förlängningen för att vi får till stånd bra processer tillsammans med arbetsgivaren. (Kundansvarig, FHV)

Hälsoundersökningar och andra återkommande gemensamma insatser förefaller generellt belasta den centrala budgeten. Tilläggsbeställningar, exempelvis insatser för en avgränsad del av verksamheten eller enskilda medarbetare, betalas i vissa fall helt och hållet av respektive enhet och i andra fall via en central pott. Där enskilda medarbetare själva får kontakta FHV belastas den centrala budgeten för ett bestämt antal tillfällen. Om kontakten blir längre läggs vanligtvis de fortsatta kostnaderna på den aktuella enheten. En av de intervjuade personerna i ett privat företag anger rättviseskäl till att alla FHV-kostnader läggs centralt och godkänns av HR-chefen:

Det är främst för att det inte skall bli skillnader mellan olika grupper, att vissa chefer skall liksom hålla inne och vissa skall betala mer. Du bollar med HR-chefen och kontrolleras därifrån ifall du skulle gå utöver budget, till exempel om du skulle godkänna vad produktionscheferna önskar mer än vad som står i avtalet. (HR, privat företag)

Kostnader för FHV-tjänster och hur dessa fördelas inom organisationen diskuteras i flera fokusgrupper. Bland enhetschefer varierar bilden av de ekonomiska ramarna för att utnyttja FHV:s tjänster. Vissa känner väl till rutinerna för beställning, i vilken mån kostnaderna belastar den egna budgeten och har kontroll över det aktuella läget:

*Man har väl köpt ett visst antal timmar centralt./.../ Det är väldigt lätt att se, vi betalar ju för timmarna, så det är viktigt att hålla koll på vad vi får ut och vad vi använder dem till.
(Enhetschef i fokusgrupp, kommun med inbyggd FHV)*

Andra konstaterar att situationen är otydlig och är osäkra på om de förväntas reservera medel för sådana kostnader i sin budget eller ej.

*Man vill ju att alla ska må bra och få det stöd de vill ha på olika sätt och vis. Kostnaden för det här samtalsstödet, 5 tillfällen, det rinner ju iväg ganska snabbt och jag har inte avsatt en summa för besök på företagshälsovården i min egen budget. Det har jag faktiskt inte riktigt, vilket man kanske borde ha, så det är klart att det här med pengarna finns med i det hela.
(Enhetschef i fokusgrupp, kommun)*

*Nej, begränsningar skulle jag inte säga att det finns. /.../ Om jag skulle ana att det skulle kunna bli något stort eller lite extraordinärt så skulle jag hålla HR informerad men inte så där att det finns någon ekonomisk gräns som vi vet om eller som vi har behövt använda oss av.
(Enhetschef i fokusgrupp, myndighet)*

Från vissa skyddsombud framförs uppfattningen att arbetsgivaren verkar prioritera ekonomin högre än arbetsmiljön när man köper tjänster från FHV. Exempel som ges är att arbetsgivare avvisat FHV:s rekommendationer utifrån brister som påtalats vid skyddsronder, såsom förbättring av ventilation eller inköp av anpassade verktyg.

Det är oftast ventilation som kommer upp jämt och värme/kyla. Nu har det ju gjorts en hel del grejer här som har förbättrat inomhusklimatet, men det är pengarna som styr väldigt mycket. Då kommer FHV och rekommenderar det här och sen säger HR nej, för att det blir för stor kostnad. (Skyddsombud i fokusgrupp, privat företag)

Samverkan och delaktighet kring FHV

I fokusgruppsintervjuerna framkom i vilken mån enhetschefer, skyddsombud och fackliga företrädare var bekanta med innehållet i FHV-avtalet och vilka erfarenheter de hade av FHV:s tjänster. I ett företag, där FHV deltar i skyddskommittén, avhandlades kommunikationen mellan arbetsgivare och medarbetare.

Jag ser väldigt sällan att det kommer [initiativ] från några andra deltagare i skyddskommittén än skyddsombuden som flaggar upp nya problemområden. Det kommer ingenting från cheferna i regel, och det kommer inte så mycket från företagshälsovården heller. (Skyddsombud i fokusgrupp, privat företag)

Man försöker ju alltid själv, man går ju till en viss gräns, men där "nej, nu fixar jag inte detta längre", så ringer man till facket och frågar hur jag skall göra, och då har man liksom dom med på tåget. Men kan man inte nå någon lösning då måste man ju gå ett steg till och då är det ju beteendevetare eller någon annan som man får ta kontakt med på FHV. (Enhetschef i fokusgrupp, kommun)

I en av kommunerna har parterna i det senaste samverkansavtalet kommit överens om att i högre utsträckning än tidigare utnyttja sin inbyggda FHV, både i förebyggande och efterhjälpande insatser:

Jag kan säga att i det nya samverkansavtalet, där mycket arbetsmiljö ingår, så har vi också en överenskommelse att FHV har mer och mer att göra, då man har konflikthantering, bekymmer i arbetsgrupper, rehabilitering. Jag tycker att företagshälsovården gör större nytta idag än vad det har gjorts tidigare. (Skyddsombud i fokusgrupp, kommun med inbyggd FHV)

Effekter/nyttan av hälsoundersökningar och deras koppling till arbetsmiljön diskuterades i ett par av fokusgrupperna. I ett fall framfördes medarbetarkritik mot att undersökningen "hängde i luften":

När vi går på hälsoundersökning på FHV kan jag reagera på att jag är frisk när jag går dit, men när jag går därifrån så är jag kanske sjuk. Det sätter igång någonting och så får man till sig att jag tycker du skall söka på din vårdcentral. Jag tycker inte sådant är ok, för har de hittat någonting på oss så får de ta hand om det. (Skyddsombud i fokusgrupp, kommun)

En kommunal enhetschef såg hälsoundersökningar som en del i en vidare beställning och menade att den bidrog till förbättrade levnadsvanor hos personalen:

Vi gjorde den här hälsoscreeningen på all personal vid ett tillfälle. Några la ner sin rökning, några har lagt om motionsvanor. Alltså wow, bara av en hälsoscreening, det var inte utifrån ett problemperspektiv vi gjorde det, utan vi ville se hur vi mår egentligen, och därifrån så gick vi ytterligare ett steg vidare, det kändes jättebra. (Skyddsombud i fokusgrupp, kommun med inbyggd FHV)

Inom företagshälsovården

Rollen som kundansvarig vid FHV-enheterna innehas vanligtvis av en företagssköterska. Insatsen varierar beroende på typ av avtal och kundföretagets storlek och kan beskrivas som en balansgång mellan behovsanalys och marknadsföring.

Det är jättesvårt, därför att jag har ju hört från en personalchef som sa, när jag kom med rapporten, att det var rena rama säljmötet. Jag hade inte hunnit jobba så länge, och det var väl någonstans impregnerat med någon form av marknadsföring, men där har jag klivit tillbaka. (Kundansvarig, FHV)

De små företagen vill ha FHV-avtal därför att Arbetsmiljöverket säger det och de tecknar ett grundavtal, betalar 5000 om året och hör aldrig av sig. Jag lägger inte ner så himla mycket tid och kraft på det kan jag säga, inte när jag har över 80 avtal, det funkar liksom inte.

(Kundansvarig, FHV)

Relationen till större kundföretag innebär både tätare löpande kontakter och fler strukturerade möten, till exempel månads- eller kvartalsvis, med statistikuppföljning av sjukfrånvaro, vilka tjänster som utnyttjas och diskussion om hur samarbetet fungerar och kan utvecklas. Det förekommer även att FHV deltar i kundens skyddskommittémöten.

Vi bjuder in till frukostmöten där vi presenterar nya tjänster och sen så handlar det naturligtvis om att i våra kontakter tolka deras behov. Dom vet ju inte allt vad vi kan göra och vi vet inte allt om dom men det gäller att försöka hitta det mellan raderna. (Kundansvarig, FHV)

Intervjuade personer från såväl FHV- som kundföretag framhåller betydelsen av långvarigt samarbete och nära relationer genom regelbunden återkoppling.

Det har vi lärt oss att ju mer vi återkopplar, desto lättare är det för cheferna att förstå att tjänsterna som vi gör har effekt, att det är bra. (Kundansvarig, FHV)

Dialogen är den springande punkten, liksom att hela tiden bolla med dem, använda dem som rådgörande i de frågor där vi inte har den professionen. Det föder ju ett bättre samarbete ju mer vi kan få samarbeta i det dagliga, att det inte blir för långt emellan. (HR, kommun)

Sammanfattning av intervjuerna

- Ju större kund, desto mer engagerad är FHV i behovsanalysen
- HR-funktionen har i allmänhet den mest aktiva rollen både innan avtalet tecknas och som kontaktlänk gentemot FHV under avtalstiden
- Större organisationer väger, utöver priset, in kompetens och tillgänglighet vid valet av FHV
- Budgetfördelningen varierar från att alla kostnader ligger centralt till att respektive enhet debiteras i varje enskilt fall
- Kontaktvägar och rätt att beställa FHV-tjänster varierar: via HR, närmaste chef eller den enskilda medarbetaren
- Utvärdering av samarbetet med FHV görs ibland, men sällan systematiskt.

Diskussion

Denna rapport syftar till att beskriva hur arbetsplatser agerar när de sluter avtal med FHV och vilka förutsättningar avtalen ger för samarbete kring att skapa hälsosamma arbetsplatser. Vi önskade hitta goda exempel på hur avtalen bör utformas för att underlätta ett sådant samarbete, men vi har också kunnat identifiera några problemområden som gör att samarbetet inte alltid fungerar så bra som man skulle önska.

Värdet av behovsanalys

Resultaten av vår undersökning visar att offentliga kunder och stora kunder har stort inflytande på hur FHV-avtalet formuleras via standardiserade upphandlingsprocesser. Dock har upphandlingen sällan föregåtts av någon djupare analys inom verksamheten kring de behov och mål man vill uppnå med sitt samarbete med FHV. Det kan då vara svårt att prioritera bland leverantörerna på annat sätt än via prisskillnader, kompetensgrad och tillgänglighet. I större, väl etablerade organisationer, finns ändå ofta specialkunskap och resurser avsatta inom området hälsa och arbetsmiljö. Där är chansen större att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar och därmed också kunskapen om vilka utmaningar och behov som finns i arbetsmiljön, vilket kan underlätta kravställningen på leverantörerna. I mindre organisationer, utan avsatta resurser, kommer arbetsmiljöarbetet inte sällan långt ner på listan både inom HR-funktionen och ute i verksamheten. Här används ofta FHV:s standardiserade avtal, utan att innehållet anpassas till den aktuella organisationen. Inom mindre verksamheter kan det innebära att man behöver ta in en extern konsult för att analysera behoven inom hälsa och arbetsmiljö, vilket det också finns exempel på inom de intervjuade organisationerna. Det finns också hjälpverktyg framtagna för att underlätta för framförallt mindre företag. Exempel på detta är Arbetsmiljöverkets webbaserade utbildningar inom systematiskt arbetsmiljöarbete (www.av.se/sam/startpaket) och Prevents guide till framtagande av en behovsanalys inför upphandling av FHV (www.prevent.se/Arbetsmiljoarbete/foretagshalsovard).

Exempel på verksamhetens mål med samarbetet skulle kunna vara förbättring av vissa parametrar i medarbetarenkäten, såsom vissa hälsoparametrar eller trivseln på arbetsplatsen. Enligt teorier om den friska arbetsplatsen bör målen uttryckas som förbättring av en positiv parameter, snarare än minskning av en negativ parameter (till exempel bättre att ha som mål att öka upplevd hälsa än att sänka sjukfrånvaron). Vilka aktiviteter och insatser som kan bidra till att nå uppsatta mål bör diskuteras med FHV inför avtal. I intervjuerna ges exempel på hur en kundorganisation ber anbudsgivarna att beskriva hur de avser att arbeta för minskad korttidsfrånvaro.

Förutsättningar för samarbete

Arbetsgivare som vill skapa en hälsosam arbetsplats bör hitta strukturer för att förebygga och tidigt identifiera ohälsa (AFS 2001:01; Svartengren m.fl., 2013). När ohälsa identifierats bör rehabiliteringen ske arbetsplatsnära och i samråd med berörda parter. En förutsättning om man vill använda extern expertkunskap är att dessa ges god kunskap om arbetsplatsen, om dess förutsättningar och om befintliga strukturer för arbetsmiljöarbetet. Om sådana strukturer och rutiner finns och används kan externa leverantörers insatser och kompetens användas förebyggande i både det strategiska och operativa arbetsmiljöarbetet.

Med detta som bakgrund är det intressant att konstatera att det enligt våra resultat verkar som att organisationerna helst vill kunna köpa det de upplever att de behöver, när de behöver, av den aktör de finner lämpligast. Rehabiliteringsinsatser, till exempel, ses som problem som måste lösas och inte som något som kan förebyggas eller som man har en på förhand utarbetad strategi för att hantera. Resultatet av ett sådant reaktivt förhållningssätt blir tecknande av avropsavtal, där organisationen står för behovsanalysen och ofta också för val av lämplig åtgärd som man vill beställa. Detta ger litet utrymme för kontinuerlig kontakt och mer djupgående samarbete. Sådana avtal innebär förvisso att arbetsgivare inte köper mer än vad de absolut upplever sig ha behov av, men också en oförutsedd och svårbudgeterad kostnad. Kostnaden drabbar ofta den enskilda budgetenheten, vilket knappast främjar användandet av tidiga insatser, och av samma skäl inte heller samarbete kring förebyggande insatser. Den externa experten blir inte en strategisk partner och förutsättningarna för att åstadkomma ett strukturerat arbetssätt med kontinuerlig kontakt och kunskap om arbetsplatsen försämras.

Vi har i rapporten presenterat exempel på hur kundorganisationer kan avtala om att FHV medverkar i olika delar av det systematiska arbetsmiljöarbetet och hur parterna kan samverka kontinuerligt kring förebyggande arbete och rehabilitering. Sådana avtal gynnar den typ av samarbete och arbetsmiljöarbete som leder till en frisk arbetsplats och därmed minskad risk för framtida oförutsägbara höga rehabiliteringskostnader.

En förutsättning är att kompetensen för mer förebyggande insatser finns inom FHV och att krav på detta ställs när man sluter avtal. Det bör också avsättas resurser för att analysera effekterna av vidtagna åtgärder som ett led i uppföljning enligt systematiskt arbetsmiljöarbete.

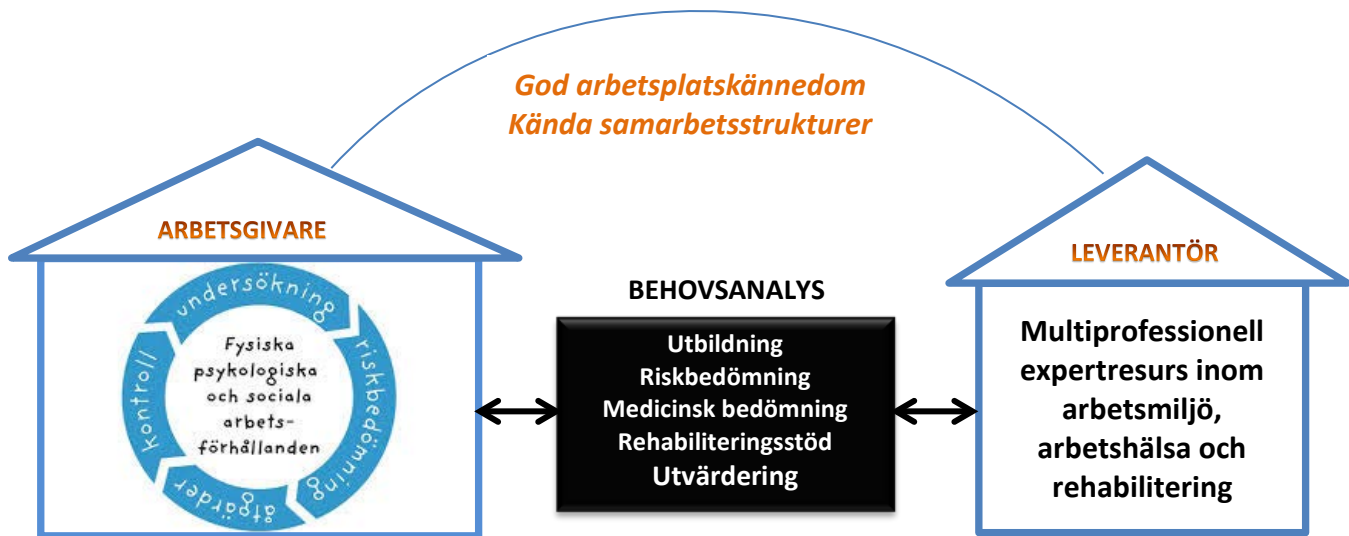
Tidiga koordinerade insatser och statligt stöd

Det statliga stödet för tidiga koordinerade insatserna syftade till att minska långtidssjukskrivning genom att stödja FHV till tidiga insatser vid tecken till obalans i arbetet. Stödet var utformat som en ersättning i rehabiliteringsarbetet på individnivå och riktat till FHV, som i sin tur kunde välja att subventionera priset för insatsen till arbetsgivaren. Vår studie visar att det bara är ett fåtal avtal där man tagit hänsyn till stödet. En orsak kan vara att stödet fanns under en alltför kort period för att FHV och arbetsgivarna skulle få tid att förhålla sig till hur det kunde utnyttjas. Detta gäller särskilt arbetsgivare som saknar ett proaktivt förhållningssätt till rehabilitering.

Identifierade nyckelfaktorer för gott samarbete

Vi har kunnat identifiera några nyckelfaktorer för ett fungerande samarbete med FHV som del i ett system för hälsosamma arbetsplatser. För det första bör verksamheten ha en bild av vad man vill uppnå med samarbetet, satt i relation till verksamhetens mål i övrigt. Målen måste sedan kommuniceras i organisationen och till FHV och förslag till lämpliga aktiviteter och insatser planeras mot denna bakgrund. Behovsanalysen underlättas av ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. Avtalet med FHV och dess syfte och innehåll måste vara känt inom de båda verksamheterna för att rätt kontakter ska tas vid rätt tillfälle och rätt insatser användas. Första linjens chefer bör vara förtrogna både med vilka kostnader som ohälsa orsakar och med verksamhetens policy för att skapa god arbetsmiljö med långtidsfriska medarbetare. Vidare ska det systematiska arbetsmiljöarbetet, inklusive vilka tjänster man köper av FHV, följas upp och utvärderas utifrån effekter för att kunna

utveckla system för vad som fungerar och vad som inte fungerar. Konceptuellt kan det vara klokt att jämföra med evidensbaserad vård som visat sig framgångsrikt vid prioritering inom hälso- och sjukvård.



Figur 1: Systematiskt arbetsmiljöarbete i relation till behovsanalys och leverans av tjänster för hälsosamma arbetsplatser

Metoddiskussion

En relativ svaghet vid urvalet av studieobjekt var svårigheten att rekrytera FHV-enheter som var villiga att delge oss sina avtal och kundkontakter. En avsevärd del av avtalen från privata företag samlades därför via egna upparbetade kontakter med kundorganisationer. Detta kan ha lett till en högre andel mer ambitiösa aktörer, det vill säga att urvalet inte är helt representativt.

Slutsatser

Vi finner ringa stöd i de studerade avtalen för att innehållet stimulerar till samarbete mellan arbetsgivare och företagshälsovården för hälsosamma arbetsplatser. Formuleringarna i FHV-avtalen har begränsad betydelse för vilka tjänster som verkligen används och vilka resultat som uppnås.

Formuleringarna i avtalen föregås sällan av en diskussion om målen med samarbetet och vilka behov som samarbetet förväntas fylla. Samverkan saknas ofta mellan arbetsgivare och fackliga organisationer när det gäller processen att ingå avtal med FHV. I det systematiska arbetsmiljöarbetet finns potential att utveckla både samverkansprocessen och att upprätta relevanta mål för samarbetet med FHV. I möjligaste mån är det positivt om målen är mätbara. Man bör även redan i avtalssituationen vara överens om hur resultatet av samarbetet ska utvärderas. För att samarbetet ska fungera och kontakter tas vid rätt tidpunkt bör första linjens chefer vara väl förtrodda med i vilka situationer de kan och får kontakta FHV och vilka resultat de kan förvänta sig. Det finns således en förbättringspotential att i avtalen mer specifikt formulera förutsättningar, mål och arbetssätt att nå hälsosamma arbetsplatser.

Värdet av statligt stöd för insatser i individärenden kan vara svårt att kommunicera till organisationer som saknar ett strategiskt arbete med rehabilitering, där varje rehabiliteringsinsats ses som en enskild företeelse. Om målet med statliga satsningar är att stödja arbetet med hälsosamma arbetsplatser bör de inriktas på att underlätta arbetsgivarnas arbete med det förebyggande och rehabiliterande arbetsmiljöarbetet på en strukturell nivå, snarare än i individärenden. Målet bör vara att minska tyngdpunkten på reaktiva avtal till förmån för avtal som främjar förebyggande insatser och ökad kännedom om arbetsplatsen och arbetsförhållandena. Exempel på områden där ekonomiskt stöd skulle kunna stärka arbetet med hälsosamma arbetsplatser är extern hjälp till mindre företag vid upphandling av FHV, stöd för arbetsplatsbesök och exponeringsutredningar av FHV och FHV:s deltagande vid skyddsronder.

Sammanfattningsvis kan konstateras att om samarbetet mellan arbetsgivare och externa expertresurser såsom FHV ska leda till hälsosammare arbetsplatser, bör avtalen utformas med grund i det systematiska arbetsmiljöarbetet och sträva efter ett förebyggande och långsiktigt förhållningsätt. Samarbetet bör möjliggöra god arbetsplatskännedom, löpande kontakter i arbetsmiljöfrågor och tidiga insatser i individärenden utifrån på förhand kända samarbetsstrukturer. Avtal som enbart reglerar formerna för ett reaktivt arbetssätt bör i möjligaste mån undvikas.

Referenser

- Ahlberg, G., Bergman, P., Ekenvall, L., Parmasund, M., Stoetzer, U., Waldenström, M., & Svartengren M (2008) *Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och Framtid, delstudie 2* (Rapport 2008). Stockholm: Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting; Uppsala: Uppsala Universitet. Från http://dok.sll.se/CAMM/Rapportserien/2008/HOF_delstudie_2.pdf
- Anttonen H & Räsänen T. (eds.) (2008). *Well-being at work: New innovations and good practices*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- AFS 2001:01. *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 2005:6. *Medicinska kontroller i arbetslivet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2008). *Arbetsmiljön 2007* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2008:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2010). *Arbetsmiljön 2009* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2010:3). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2012). *Arbetsmiljön 2011* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2012:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2014). *Arbetskadorna 2013* (Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:1). Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket & Statistiska Centralbyrån. (2006). *Arbetsmiljön 2005* (Statistiska meddelanden). Statistiska Centralbyrån.
- Arbetsmiljöverket & Försäkringskassan. *Stelacon: Företagshälsovård. Djupintervju- och fokusgruppsundersökning*. (Opublicerad)
- Bergsten, A., Thorburn, R. & Myrén K. (2014). *Förändring – för en ännu bättre arbetsmiljö* (Rapport) Stockholm: Svenskt Näringsliv
- Bergström, G., Jensen, I., Fried, I., Björklund, C., Grahn, A., & Mellegård (2004) *Arbete och hälsa inom process och verkstadsindustrin. AHA-projektet. Slutrapport, del 1*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.
- Bergström, G., Björklund, C., Fried, I., Lisspers, J., Nathell, L., Hermansson U, ..., & Jensen, I. (2008). A comprehensive workplace intervention and its outcome with regard to lifestyle, health and sick leave: the AHA study. *Work*, 31(2):167-80.
- Grooten, W., Äng, B., Müller, M., Toomingas, A., Kjellberg, K., Forsman M, ..., & Svartengren M. (2014). *Företagshälsovårdens arbete med hälsoundersökningar* (Rapport, AFA Dnr: 090270). Stockholm: Karolinska Institutet, NVS-sektionen för sjukgymnastik.

Launis, K., Gerlander, E.M.. (2005). Work life changes challenge the object formation of occupational health services. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, (1):19-22.

Lie, A., Baranski, B., Husman, K., & Westerholm, P., (eds). (2002). *Good practice in occupational health services: a contribution to workplace health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Mahmud, N., Schonstein, E., Schaafsma, F., Lehtola, M.M., Fassier, J-B., Reneman, M.F., & Verbeek JH. Pre-employment examinations for preventing occupational injury and disease in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010* (12). doi: 10.1002/14651858.CD008881.

Roos, P., Odegaard, F., Färe, R., Bergström, G., Bertilsson, H., & Jensen IB. *Arbete och hälsa inom process och verkstadsindustrin. AHA-projektet. Slutrapport, del 2*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; Malmö: Institutet för tillämpad ekonomi.

Schmidt, L., Sjöström, J., & Antonsson. A-B. (2012). How can occupational health services in Sweden contribute to work ability? *Work*, 41(Suppl 1), 2998-3001. doi: 10.3233/WOR-2012-0555-2998.

Schmidt, L., Sjöström, J., & Antonsson, A-B. (2014). Successful collaboration between occupational health services providers and client companies: Key factors. *Work* [epub]. doi 10.3233/WOR-141855

SFS 1977:1106, *Arbetsmiljölöag*. Hämtad 1 september, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/?bet=1977:1160

SFS 2009:1423. *Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet*. Hämtad 1 september, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-20091423-om-bidr_sfs-2009-1423/

Stoetzer, U., Bergman, P., Åborg, C., Johansson, G., Ahlberg, G., Parmasund, M., & Svartengren, M. (2014). Organizational factors related to low levels of sickness absence in a representative set of Swedish companies. *Work*, 47(2), 193-205. doi 10.3233/WOR-2012-1472

Stoetzer, U., Åborg, C., Johansson, G., & Svartengren M. (2014). Organization, relational justice and absenteeism. *Work*, 47(4):521-9. doi: 10.3233/WOR-131624

Ståhl, S., Kjellberg, K., Toomingas, A., Åborg, C., & Ekberg, K. (2011). *Utvärdering av förordningen om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet*. Linköping: Linköpings universitet; Stockholm: Karolinska institutet, 2011

Svartengren, M., Stoetzer, U., Parmasund, M., Eriksson, T., Stöllman, Å., & Vingård, E. (2013). *Hälsa och framtid i kommuner och landsting* Rapport 2013:1). Stockholm: Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholms Läns Landsting; Uppsala: Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset.