



Karolinska  
Institutet

# Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser

Uppdragsgruppen består av:

Med dr Ekonom Malin Lohela Karlsson, projektansvarig

Med mag i Arbete och hälsa Camilla Martinsson, projektledare

Med dr Therese Hellman, forskare

Fil dr Lydia Kwak, forskare

Docent Gunnar Bergström, forskare

Denna rapport refereras till enligt följande:

Lohela-Karlsson M, Martinsson C, Kwak L, Bergström G, Hellman T. Viktiga incitament för svenska arbetsgivare vid genomförande av arbetsmiljöinsatser. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2016.

Copyright enligt creative commons



Stockholm 31 maj 2016

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>7</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>19</b>
Studiens begränsningar .....	21
<b>Konklusion</b> .....	<b>22</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>23</b>

# Sammanfattning

Allt fler studier visar att förebyggande arbetsmiljö- och hälsoinsatser är positivt för anställdas hälsa, bidrar till ökad produktivitet och är en ekonomisk investering för arbetsgivare. Detta ger förutsättningar för ett hållbart arbetsliv som möter de samhällsliga utmaningarna med ökad psykisk ohälsa, arbetskraftbrist och höjd pensionsålder. Detta uppnås med användande av evidensbaserade insatser. Trots att sådana finns används de sällan av arbetsgivare. För att främja användning av effektiva insatser är det viktigt att ta reda på vilka incitament som styr när arbetsgivare fattar beslut om insatser men även för att identifiera de hinder och möjligheter som finns för att evidensbaserade insatser används. Detta har undersökts i innevarande projekt genom fokusgruppsintervjuer med personer ansvariga för att fatta beslut om hälsofrämjande och förebyggande arbetsplatsinsatser i medelstora och stora organisationer. De olika incitamenten som identifierades i analysen var lagar och föreskrifter, konsekvenser för arbetsplatsen, kunskap, insatsens egenskaper/karaktäristika samt kommunikation och samarbete med leverantören. Resultaten visar att beslut om insatser påverkas av flera olika incitament samt att det sällan är ett incitament ensamt som ligger till grund för beslutet att genomföra, alternativt att avstå att genomföra, en insats. Incitamenten hade olika påverkan och betydelse för deltagarna. För vissa deltagare var detta mer tydligt och genomtänkt än för andra. Incitamenten kunde både vara sådana som var positiva och därmed leda till att beslut om insats togs, likväl som de kunde vara negativa vilket innebar att dessa kunde leda till att beslut om att inte genomföra en insats togs. Beslutsfattare som saknade kunskap om konsekvenser av arbetsmiljöproblem och ohälsa hade inte lika genomtänkta beslut kring val av insats som beslutsfattare som besatt denna kunskap, de saknade även genomarbetade strategier för sitt arbetsmiljöarbete. Avsaknaden av denna kunskap riskerar att resultera i att organisationen genomför insatser som inte ger effekt och saknar koppling till organisationens behov. Sammanfattningsvis för att insatser på arbetsplatser ska bli aktuella så spelar bl.a. lagar och föreskrifter en viktig roll. Med avseende vilka insatser som sedan väljs så beskrev intervjupersonerna att kunskap, beskriven evidens för insatser och resursåtgång vid genomförande likväl som brist på kunskap och tillfälligheter påverkade besluten.

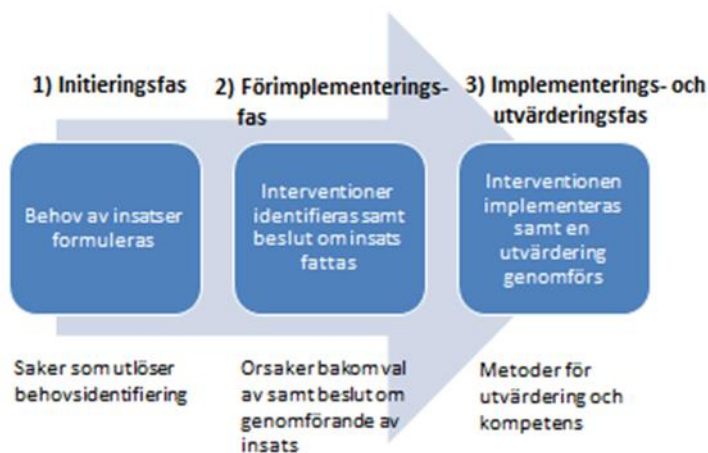
# Inledning

Allt fler studier visar att förebyggande arbetsmiljö- och hälsoinsatser både är positivt för anställdas hälsa, bidrar till bättre produktivitet och i många fall är en ekonomisk investering för arbetsgivare [1]. Insatser som integrerar ett hälsofrämjande perspektiv med förebyggande arbetsmiljö-, hälso- och säkerhetsarbete, dvs antar ett helhetsperspektiv för den anställda (så kallad Total Worker Health), har i flera studier visat på goda resultat [2]. På en arbetsmarknad som till stor del består av tjänsteproducerande verksamheter, där anställdas prestationer i många fall är avgörande för produktiviteten, är det viktigt att de anställda ges förutsättningar att uppnå god hälsa och vara produktiva. Genom att arbeta både främjande och förebyggande på arbetsplatserna bidrar man inte enbart till hälsa och produktivitet på kort sikt utan förutsättningar ges även för ett hållbart arbetsliv. Detta är extra viktigt för att möta utmaningarna med den ökade psykiska ohälsan där många sjukskrivs, rådande och kommande arbetskraftbrist i ett flertal yrken samt behovet av höjd pensionsålder.

Trots att flertalet effektiva insatser har utvecklats utifrån forskningen finns det brister i hur dessa implementeras och därmed används i det förebyggande och främjande arbetet på arbetsplatserna. Att evidensbaserade metoder används är viktigt för att kunna uppnå de resultat som förväntas men också för att en sådan insats inte enbart ska anses vara en kostnad utan även kunna ses som en investering. En investering kan i detta fall ses både utifrån ett hälsoperspektiv samt ekonomiskt perspektiv. För att främja användning av effektiva insatser i arbetsgivares hälsofrämjande och förebyggande arbete är det av stor vikt att ta reda på vilka incitament som styr när beslutsfattare tar beslut om att genomföra insatser på arbetsplatsen men även att identifiera de hinder och möjligheter som finns för att genomföra insatser på olika nivåer i organisationen. Att forskningen utgår utifrån de incitament som finns hos beslutsfattare är viktigt då det inte är realistiskt att tro att deras beslutsprocess förändras utifrån den prioritet som finns inom forskningen [3, 4]. Forskning och praktik behöver möta varandra på ett bättre sätt än vad som görs idag.

Lagkrav, ekonomiska samt moraliska och etiska principer har framkommit som viktiga incitament för arbetsgivare i andra länder [5-7]. I en studie inom hälso- och sjukvården intervjuades beslutsfattare om olika delar av beslutsprocessen gällande hur de identifierade behov av förebyggande insatser på arbetsplatsen, hur de valde vilka insatser de skulle genomföra samt vilken betydelse ekonomiska incitament hade för dessa beslut [5]. Resultaten visade att beslutsprocessen kan delas upp i tre olika faser; 1) Initieringsfasen, 2)

Förimplementeringsfasen och 3) Implementerings- och utvärderingsfasen. I likhet med tidigare studier [6, 7] visade även denna [5] att investeringar i insatser genomfördes pga lagkrav och baserades på ekonomiska och moraliska principer (fas 1). Information om ekonomisk effekt av insatser hade stor betydelse i själva beslutsprocessen vid val av genomförande av insats. För ett flertal av deltagarna valdes insats dock sällan med stöd utifrån forskning. Detta gällde vare sig beslut utifrån information om insatsens effekt eller dess kostnadseffektivitet. Oftast rådfrågades andra personer i liknande positioner om vad de använde sig av för insatser (fas 2). Resultatet visade även att insatser sällan utvärderades vare sig gällande effekt, kostnadseffektivitet eller hur väl organisationen lyckats i sin implementeringsprocess. Detta berodde ofta på avsaknad av resurser och kompetens för att genomföra det (fas 3).



*Figur 1.* Olika faser i beslutsprocessen för hälsofrämjande och förebyggande insatser på arbetsplatsen. Ref: van Dongen et al. 2013 [5].

En efterfrågan på ekonomiska utvärderingar av hälsofrämjande och förebyggande insatser finns även bland svenska företag, vilket har framkommit i samtal med olika parter på arbetsmarknaden [8]. Det verkar även finnas olika intresse för ekonomiska incitament där stora företag uttrycker ett större intresse för kostnader för ohälsa och oftare efterfrågar

ekonomiska utvärderingar av dessa insatser än vad små och medelstora företag gör [6]. Det kan finnas olika incitament som styr beslut om insatser på arbetsplatser inom olika sektorer och det är därför nödvändigt att genomföra motsvarande studier där flertalet sektorer och företagstyper är representerade för att få ett bredare perspektiv. De studier som har genomförts har varit av kvalitativ karaktär och begränsats till en enskild bransch eller verksamhet och är inte nödvändigtvis generaliserbara till Sverige pga skillnad i bland annat försäkrings- och socialförsäkringsystem. Det kan framförallt påverka första fasen i beslutsprocessen [5] men även ha betydelse för planering av interventions- samt implementeringsfasen. För att undersöka vilka incitament som påverkar svenska arbetsgivares beslut om att genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbetsplatsinsatser genomfördes en intervjustudie med personer med ansvar för att fatta beslut om hälsofrämjande och förebyggande arbetsplatsinsatser.

## Material och metod

Under våren/sommaren 2014 genomfördes ett flertal fokusgruppintervjuer.

Fokusgruppsintervjuer är ett tillvägagångssätt som ofta används för att undersöka synen på hälsofrågor och hälsoinsatser [9]. Studien hade en utforskande ansats på grund av det begränsade kunskapsläget. Inklusionskriteriet för de potentiella deltagarna var att de var beslutsfattare på medelstora och stora företag i Sverige med ansvar för att fatta beslut om genomförande av hälsofrämjande och förebyggande arbetsplatsinsatser, alternativt annan anställd med, från ledningen, delegerat mandat i frågan. Deltagarna skulle ha minst 6 månaders erfarenhet av sitt arbete så att de hunnit sätta sig in i arbetet och tagit del av arbetsplatsens/arbetsgivarens sätt att arbeta med dessa frågor.

För att uppnå en variation av arbetsgivare inom både offentlig och privat sektor användes en stratifierad samplingsstrategi där andelen deltagare fördelades lika utifrån huvudområdena offentlig respektive privat sektor. Syftet med en spridd fördelning var att fånga olika perspektiv och resonemang kring incitament som kan vara specifika för en viss sektor. Deltagarna i de olika stratumerna lokaliserades genom gulasidorna, befintligt kontaktnät bland arbetsmarknadens parter, företagshälsor (FH) och genom så kallad snöbollsteknik, vilket innebär att redan rekryterade deltagare föreslog andra personer som de kände till inom området.

Totalt kontaktades 170 personer genom e-post. Personer som inte svarade på e-posten, samt de som bad om att bli uppringda, kontaktades via telefon. Ca 40 personer uttryckte intresse av att delta. Hälften av dessa hade inte möjlighet att delta pga olika omständigheter på de förslagna datumen t.ex. hög arbetsbelastning eller privata förhinder vid intervjutillfället. Totalt genomfördes 5 fokusgrupper med 20 deltagare. Deltagarna representerade bland annat kommuner, myndigheter, utbildnings- och forskningsinstitutioner, hälso- och sjukvården, byggindustrin, bank, telekom, försvaret och lantbruk. För varje fokusgrupp, som var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide, avsattes 120 minuter. Intervjuguiden baserades bland annat på de faser som identifierats i van Dongens studie [5]. Informerat samtycke samt bakgrundsinformation samlades in i samband med intervjuerna. För att analysera materialet från fokusgruppsintervjuerna användes en induktiv tematisk analys. Materialet analyserades av två personer för att stärka tillförlitligheten av analysen [10]. I ett senare skede involverades även en tredje forskare i analysen [10] för att ställa nya frågor till materialet och framlägga alternativa sätt att tolka och förstå insamlad data.



## Resultat

Resultatet beskriver resonemang kring hur olika incitament inverkade vid beslut om att implementera hälsofrämjande- och förebyggande insatser på arbetsplatser. Incitamenten kunde både vara sådana som var positiva och ledde till att beslut om insats fattades, likväl som de kunde vara negativa vilket innebar att dessa kunde leda till att beslut om att inte genomföra en insats fattades. I analysen framkom det att få incitament var generella för samtliga deltagare. Snarare sågs en stor variation i vilka incitament som inverkade vid beslut och deltagarna uppgav att det ofta var flera incitament som tillsammans inverkade vid beslut om implementering. I analysen framkom det även information om på vilket sätt incitamenten inverkade vid dessa beslut. För vissa deltagare var detta mer tydligt och genomtänkt än för andra. Vissa deltagare reflekterade inte mer över hälsofrämjande- och förebyggande insatser än att de borde ha dem för att andra har dem. De olika incitamenten som identifierades i analysen beskrivs under följande kategorier; lagar och föreskrifter, konsekvenser för arbetsplatsen, kunskap, insatsens egenskaper/karaktäristika samt kommunikation och samarbete med leverantören, se tabell 1.

Tabell 1. Viktiga incitament för arbetsgivare vid genomförande av arbetsplatsinsatser.

<b>Lagar och föreskrifter</b>
<b>Konsekvenser för arbetsplatsen</b>
Förebygga negativa konsekvenser
Främja positiva konsekvenser
<b>Kunskap</b>
(Avsaknad av) Kunskap på arbetsplatsen
(Avsaknad av) Kunskap hos leverantören
<b>Insatsens egenskaper/karaktäristika</b>
Resultat av forskning eller goda exempel
Mätbara effekter
Lätta att förstå och lätta att genomföra
<b>Kommunikation och samarbete med leverantören</b>
Skräddarsydda insatser anpassade efter policys, värden och kultur
Feedback

### Lagar och föreskrifter

Ett incitament för att implementera hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser som vissa deltagare uppgav var att uppfylla de grundläggande skyldigheter som arbetsgivare har gällande arbetsmiljöfrågor enligt lagstiftning och föreskrifter. Detta eftersträvades nästan alltid enligt dessa deltagare. En deltagare berättade följande:

*”Allt som har lagstöd när det kommer till rehabilitering, arbetsmiljö, där rullar det på bra, där är vi hemma... Men det är de andra delarna som haltar”*

Det uppgavs vidare att lagstiftningen inte räckte till för att täcka av ett fullständigt hälsofrämjande- och förebyggande arbete på arbetsplatsen och att lagar och föreskrifter var minimum i detta arbete. Deltagare i studien som inte hade något mandat för slutgiltiga beslut om insats eller ej, beskrev det som lättare att vid budgetförhandlingar och beslutsprocesser få genomslag för insatser förankrade i rådande lagstiftning.

## **Konsekvenser för arbetsplatsen**

I studien framkom det att förebygga negativa konsekvenser samt främja positiva konsekvenser för arbetsplatsen var viktiga incitament för genomförande av insatser. Att förebygga negativa konsekvenser handlade tex om att undvika onödiga kostnader medan att främja positiva konsekvenser ofta var kopplade till ökad produktivitet, hållbarhet och andra fördelar för arbetsplatsen som inte alltid var möjliga att mäta.

### *Att förebygga negativa konsekvenser*

I intervjuerna så påtalades det att sjukfrånvaro på en arbetsplats kan leda till försämrad produktion, kosta mycket för arbetsgivare och därav ge incitament för hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser. En deltagare beskrev detta på följande vis:

*”Vi har haft som målsättning att minska antalet frånvarodagar så att man kommer tillbaka tidigare... Det handlar otroligt mycket om pengar förstås”*

Sjukfrånvarotalen var något som deltagare beskrev som en enkel sak att hålla reda på och därmed ett incitament som väldigt tydligt indikerade om hälsofrämjande arbetsplatsinsatser krävdes eller ej. Deltagare ansåg det som viktigt att uppmärksamma om medarbetare befann sig i riskgruppen för att ofta bli sjuka, långtidssjukskrivna eller skadade.

### *Att främja positiva konsekvenser*

Deltagare beskrev att produktivitet var ett incitament som genomsyrade många beslut då de var medvetna om att produktiva arbetstagare, som med kvalitet kan utföra det arbete som de är anställda för att göra, var viktiga för verksamheten på deras arbetsplatser. Deltagare beskrev att arbetsgivare sällan satsade på hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser enbart för den goda sakens skull, utan att den övergripande drivkraften för att arbeta för en god produktivitet med kvalitet i slutändan handlade om ekonomi. Den ekonomiska aspekten beskrevs på olika sätt, det handlade antingen om att hålla budget eller att gå med vinst, beroende på vilken sektor eller bransch arbetsplatsen tillhörde.

Deltagare beskrev att incitamenten i relation till produktivitet kunde vara fler än de ovannämnda och mer eller mindre uttalade. Ett annat incitament handlade om att främja de anställdas hållbarhet, återhämtning och energi. Detta för att arbetsgivarna vill ha hållbara medarbetare som har energi till både privatliv och arbete, som klarar av tillfällig stress och ibland perioder av ett högre arbetstempo. Enligt deltagare bidrog dessa kvalitéter till ökad produktivitet och gav därmed incitament till insatser som främjar dem. Följande citat från en utav intervjuerna beskriver detta:

*”Vi vill satsa på det här för att vi vet att vi får mer produktiva medarbetare såklart. Om man pratar motion och aktiviteter så buffrar det väldigt mycket mot negativ stress. Hållbara medarbetare är lite hur vi tänker nu...”*

Deltagare uppgav att det är viktigt att ha folk som trivs på arbetsplatsen eftersom de upplevde att det gav flera positiva följd effekter. De beskrev bland annat att en trivsam arbetsplats bidrog till att arbetstagarna kan bli mer motiverade till att jobba, inte sjukskriver sig i onödan, har en högre dragningskraft för att komma tillbaka vid en sjukskrivning och att personalomsättningen blir lägre. Dessa aspekter menade de ledde till ökad produktivitet och att det därför var ett incitament som inverkade vid beslut för hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser.

Ytterligare ett incitament som beskrevs vara att locka och behålla de bästa medarbetarna. Vissa deltagare beskrev att av den anledningen kunde arbetet med att stärka varumärket vara ett incitament vid beslut om hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser. De menade att incitamentet då var att göra arbetsplatsen populär bland de nuvarande samt potentiella arbetstagarna genom att kunna erbjuda goda förmåner som var konkurrensförmåliga med andra arbetsplatser inom samma sektor och bransch. En deltagare beskrev följande:

*”Sedan så för vår del så handlar det om att stärka varumärket, hur skall vi kunna behålla de bästa medarbetarna och cheferna hos oss”*

Som tidigare beskrivits uppgav flera deltagare att de sällan satsade på hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser enbart för den goda sakens skull. Några få deltagare beskrev att incitament som inverkade vid beslut om hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser på deras arbetsplatser kunde relateras till omtanke gentemot de anställda.

De deltagare som beskrev detta poängterade dock att den ekonomiska omsättningen på deras arbetsplatser var så hög att denna kostnad hade kunnat avvaras utan beräkningar på t.ex. kostnadseffektivitet.

## **Kunskap**

*(Avsaknad av) Kunskap om arbetsmiljö- och hälsoinsatser på arbetsplatsen*

De flesta av deltagarna som i intervjuerna uttalade incitament om produktivitet hade kunskap om konsekvenser av ohälsa, samt fördelar med god hälsa på arbetsplatsen. De hade även kunskap om att dessa konsekvenser kunde förebyggas eller främjas med hjälp av olika typer av insatser på arbetsplatsen. Andra deltagare i intervjuerna upplevde att varken de, eller andra på deras arbetsplatser, hade denna kunskap och att det var svårt att veta var de skulle finna den. Avsaknaden av denna kunskap resulterade i att de, eller deras kollegor, fattade beslut om insatser lite mer slumpartat.

*”Egentligen svårt att hitta vad det är som styr vad det är vi satsar på. Vi är nog ganska så -- Oj, där kom någonting! Har vi pengar? Ja, vi har medel för att satsa på det här, vi kör på det!*

Vilka insatser som dessa deltagare valde att implementera berodde många gånger på rena tillfälligheter som t.ex. att de blivit kontaktade av duktiga säljare eller att de blir inspirerade av vad andra arbetsplatser gjort. De menade att incitamenten för hälsofrämjande- och förebyggande arbetsplatsinsatser skulle bli mycket större med ovannämnd kunskap och att leverantörer av dessa insatser, samt de som forskar inom området, borde bli bättre på att förmedla detta.

*(Avsaknad av) Kunskap om arbetsmiljö och hälsoinsatser hos leverantören*

Det var inte alla deltagare som uttalade sig gällande denna kategori då de t.ex. valt att utföra sina insatser själva pga. att kunskap och nödvändig utrustning redan funnits inom arbetsplatsens befintliga verksamhet. Alternativt att man av olika anledningar valt att lägga sådan verksamhet inom den egna arbetsplatsen och skapat tjänster för just detta.

Deltagare beskrev att specialistkompetens hos leverantörerna utgjorde ett incitament vid beslut om hälsofrämjande- och förebyggande insatser på arbetsplatsen. De beskrev att de hellre använde sig av leverantörer som var specialiserade inom ett visst område, dvs. att de hade expertkunskap och var nischade inom det specifika området än motsatt. De uppgav att vid varje köptillfälle av en ny insats så önskades det bästa på marknaden, om det inte handlade om arbetsplatser som använde sig utav ramavtal med leverantörer där de t.ex. måste använda sig utav en och samma leverantör för alla insatser. Konsekvenserna kunde, i de fall ramavtal fanns och där man inte ansåg att leverantören hade rätt kompetens, bli att man valde att avstå från att genomföra vissa insatser. Deltagare berättade att de leverantörer som klassiskt sett levererade hälsoundersökningar, sjukvård och anpassningar i den fysiska arbetsmiljön inte alltid var de mest åtråvärda.

*”Man vill ju vid varje köptillfälle ha det bästa. Men vill inte ha en leverantör av allt. När X företagshälsovård försöker sälja ledarskapsutbildning till mig tänker jag, jaha varför då? Glöm det! Då vill jag ju gå ut och titta på de tre bästa som håller på med ledarskapsutbildningar och väljer en utav dem”*

Deltagare beskrev att ett viktigt incitament var att leverantörerna var uppdaterade vad gällde ny forskning och att de ville ha moderna insatser som var anpassade efter dagens samhälle och organisationer. Flera deltagare upplevde dock att deras leverantörer ofta använde samma gamla insatser som de alltid gjort, även om ny forskning talade för annat. Kunskap föråldras och hänger inte leverantörerna med uppgav deltagarna att de ibland upplevde en skepsis gentemot huruvida leverantörerna intervenerade korrekt eller på bästa möjliga sätt.

### **Insatsens egenskaper/karaktäristika**

#### *Resultat av forskning eller goda exempel*

Vissa deltagare beskrev att ett viktigt incitament vid beslut om implementering av hälsofrämjande och förebyggande insatser var att insatsen var evidensbaserad, eller att det fanns goda exempel på att den fungerade. Deltagarna ville alltså veta om det fanns olika ”bevis” för att insatsen fungerade i relation till sitt ändamål för att de skall ta beslut om att implementera denna. En deltagare beskrev exempelvis att man på dennes arbetsplats visste

om att det fanns höga stressnivåer bland de anställda, man visste även att långvarig stress har negativa effekter på hälsan och ville då implementera en insats för att avhjälpa denna situation. Arbetsplatsen valde sedan den insats som genom evidens kunde påvisa reduktion av långvarig stress. En annan deltagare valde istället att avskaffa en insats på grund av att det inte fanns någon evidens för att den hade någon effekt på de anställdas hälsa.

### *Mätbara effekter*

Ett annat incitament som inverkade vid beslut handlade om vikten av att veta huruvida en insats faktiskt fungerade när den väl implementerats. Deltagare beskrev att det av den anledningen var viktigt att konkret kunna mäta effekterna av insatsen och att det också var viktigt att kunna visa på snabba resultat då t.ex. ledningen kunde fråga om detta redan efter en månad.

*”Om vi skall få gehör (från ledning) för att jobba med hälsa så måste vi kunna mäta vad interventionerna ger för effekt...”*

Några deltagare beskrev dock att detta incitament inte var helt applicerbart för insatser som syftade till att förbättra mjuka värden som t.ex. psykosocial arbetsmiljö, då de upplevde att dessa ofta var problematiska värden att mäta. De uppgav att eftersom en insats mätbara effekter ofta var ett viktigt incitament, bidrog svårigheterna med att mäta effekterna av sådana insatser, till att de inte implementerades i samma grad som andra typer av insatser.

### *Lätta att förstå och lätta att genomföra*

Deltagare beskrev att insatser som var lätta att förstå och enkla att utföra utgjorde incitament som inverkade vid beslut. Anledningen till att deltagarna ville ha denna typ av insatser var bland annat på grund av att chefer och anställda inte utförde insatserna om det tog för mycket tid att lära sig dem och/eller att rutinförändringarna i samband med implementeringen blev för stora. Orsakerna till att de inte gjorde detta kunde enligt deltagarna bero på flera saker. Bland annat att ledning, chefer och arbetstagare satte arbetsplatsens primära mål och sina egna arbetsuppgifter före andra uppgifter som inte främjade målen lika direkt t.ex. hälsofrämjande

och förebyggande insatser. I analysen framträdde vikten av att insatser inte konkurrerade med den energi och tid som behövdes för att kunna uppfylla företagets grundläggande syfte.

## **Kommunikation och samarbete med leverantören**

### *Skräddarsydda insatser anpassade efter policys, värden och kultur*

De deltagare som arbetade på arbetsplatser där det fanns en tydlig värdegrund eller policy beskrev att ett viktigt incitament var att leverantören försökte förstå vad köparen vill ha, det vill säga att de gjorde en kundanalys utifrån behov, önskemål och sedan gav förslag på ett skräddarsytt upplägg.

*”Deltagare 1: Att de kan göra som vi vill och inte bara säljer ett koncept.*

*Deltagare 2: De måste förstå företagets strategi. Förstå företagets värdering, de måste också göra en insats att lära känna bolaget, än att bara säga—*

*Deltagare 3 fyller i: Det här erbjuder vi.*

*Deltagare 2 svarar: Exakt!”*

Detta var viktigt eftersom de menade att behoven varierade bland de arbetsplatser som leverantören arbetade med. Exempelvis kunde en arbetsplats vilja ha insatser för att minska sjukfrånvaro medan ett annat kanske ville stärka sitt varumärke. Vidare så skiljde sig även kultur mellan arbetsplatser åt vilket ledde till att vad som t.ex. ansågs som ett starkt varumärke på en arbetsplats inte nödvändigtvis gjorde det på en annan. Deltagare upplevde dock ibland att leverantörerna enbart levererade ett paket av universallösningar och färdigbakade koncept och det fanns önskemål om att leverantörerna förbättrade sin förmåga att ta reda på arbetsplatsernas specifika policys och önskemål och förhöll sig till dessa då de föreslog insatser.

### *Feedback*

Ett ytterligare incitament som deltagare beskrev var vikten av att ha en kontaktperson från leverantören som gick att nå, som var god på att kommunicera och lätt att samarbeta med. När detta fungerade upplevde deltagarna en större möjlighet att följa upp initiala insatser med



konkreta åtgärder samt att få en överblick över vilka effekter insatser haft, vilket de beskrev som viktiga incitament vid beslut om hälsofrämjande och förebyggande insatser. Flera deltagare uppgav dock att just kommunikation och samarbete kunde brista i och med att olika typer av samtal, enkäter och undersökningar av medarbetare vissa gånger var sekretessbelagda från leverantören gentemot arbetsgivaren. De upplevde att denna sekretess hindrade arbetsplatsen från att fatta beslut om uppföljande målinriktade insatser som det kunde finnas ett behov för. Vidare beskrev de att arbetsplatserna tappade möjligheten till att kunna ta ett eget ansvar för sina anställda, i och med att leverantören av hälsofrämjande- och förebyggande insatser satt på den sekretessbelagda nödvändiga kunskapen för att kunna göra detta. I flertal fall har en sådan situation resulterat i att deltagarna valde av avsluta samarbetet med leverantörer som inte kunde möta deras önskingar och behov kring detta.

*”Deltagare 1: Om vi har en hälsoundersökning och det kommer statistik på att vi har 15 personer som känner sig trakasserade, mobbade eller sextrakasserade och vi vet inte vilka det är. ”Nej vi lämnar inte ut det” och så är vi 250 personer på arbetsplatsen.*

*Deltagare 2: Jag kan inte se någon annan bransch där man hamnar i ett sådant dilemma, vi får information om att det är något galet som pågår, vi har en leverantör som skall hjälpa oss med det, men vi kan inte göra något åt det”*

Vissa deltagare beskrev att de haft en önskan om att undersökningar, såsom hälsoundersökningar eller medarbetarundersökningar, skulle kunna fungera som incitament vid beslut om fortsatt hälsofrämjande- och förebyggande arbete. De beskrev dock att detta inte fungerade då analyser och rekommendationer om fortsatt arbete efter dessa undersökningar ofta saknades. För incitament till ytterligare arbete menade de att de behövde analyser av resultaten t.ex. vad ett visst förekommande problem kunde bero på och sedan ge konkreta rekommendationer om specifika insatser för att lösa problemet. Flera uttryckte en viss desperation då de upplevde att de enbart fick information om att problem fanns, men inte vilka verktyg som kunde användas för att avhjälpa problemen. Detta upplevdes bero på en brist från leverantörernas sida men även på att de själva behövde bli bättre på att informera leverantörerna och ge uppdrag om att de vill ha konkreta rekommendationer om insatser efter t.ex. en medarbetarundersökning. En deltagare beskrev en situation där detta fungerade väl:

*”Vi har en stödfunktion med friskanmälan, de ger en tydlig analys, rekommendationer och omvärldsfaktorer, fantastiskt”*

När det gällde klassiskt arbetsmiljöarbete t.ex. ergonomi fanns det en upplevelse av att hela ledet fungerade, från riskinventering till riskbedömning och konkreta handlingsplaner.

## Diskussion

Resultaten i studien visar att de incitament som identifierats i tidigare studier i stor utsträckning även var tillämpbara för svenska arbetsgivare [1]. Det framkom att incitamenten både kunde fungera som hinder och möjligheter för genomförande av insatser. Tex så var lagkrav ett viktigt incitament. Detta fungerade som en stödjande faktor eftersom det uppfattades som lätt att få stöd för insatser som uppfyllde lagkraven. Däremot uppfattades lagen i en del fall även som ett hinder genom att det var svårt att få ekonomiskt stöd för ytterligare insatser när lagkraven redan var uppfyllda. Detta trots att arbetsmiljö- och hälsoansvariga ansåg att ytterligare insatser krävdes för att uppnå en god arbetsmiljö och god hälsa hos personalen. I en tidigare studie på området framkom det att om mer resurser ska avsättas än vad som behövs enligt lagen, krävs det ofta att vinsterna av dessa insatser ska redovisas [2]. Att de insatser som erbjöds var lätta att förstå och ta till sig, inte var resurskrävande samt att de som levererade insatserna uppfattades som kompetenta i sitt område var ytterligare incitament som kom upp i den svenska studien. Om insatserna inte uppfyllde detta så kunde det fungera som ett hinder [1]. Likaså kunde upplevelsen av bristande kompetens hos leverantören vara ett hinder, framförallt i de situationer där arbetsgivaren inte hade möjlighet att välja en annan leverantör pga upphandlingar. Ett annat incitament var att de insatser som användes var utvärderade och effektiva. Likväl som en annan studie visat [3] valdes dock inte insatserna alltid ut utifrån dess effektivitet, utan ofta var det slumpen som avgjorde vilken insats som valdes.

Ett resultat var att flera deltagare uppgav att olika hälsorelaterade undersökningar, som omgavs av sekretess gällande resultat på individnivå, försvårade möjligheten för arbetsgivarna att ta ansvar och åtgärda problem som fanns i organisationen för anställda som tex upplevde sig trakasserade. Detta pga att arbetsgivaren inte visste vilka dessa individer var och därmed tappade möjligheten att själv försöka förbättra situationen för just dessa. Här behövs kunskap om hur arbetsgivaren på ett bättre sätt kan underlätta för anställda som utsatts för denna typ av behandling så att de känner att de har stöd från organisationen i hur deras arbetsituation ska kunna förbättras och därmed även skulle våga ge sig själva till känna. Om leverantören har denna typ av kunskaper och diskuterar kring detta med arbetsgivaren redan tidigt i kontakten, kan detta också påverka arbetsgivarens incitament för att använda sig av denna tjänst. Detta samtidigt som den anställdes anonymitet garanteras och sekretess bibehålls.

Avsaknaden av fungerande feedback från leverantören var ett återkommande tema i fokusgrupperna. Några av deltagarna tog upp att de upplevde att det saknades rekommendationer från leverantören om hur resultat från olika undersökningar skulle tas till vara på arbetsplatsen och att de efterfrågade stöd kring detta. Många gånger genomfördes olika undersökningar, utan analys av resultatet eller förslag på förändringar. Detta gjorde att många arbetsgivare kände sig "lämnade i sticket", med ett resultat som pekar mot att problem finns på arbetsplatsen, utan att veta hur detta ska kunna omsättas i möjliga lösningar. I en sådan situation minskar arbetsgivarens motivation till att använda sig av denna typ av undersökning igen. Detta lyfter fram behovet av arbetssätt som omfattar både hur mätningar görs men också om hur resultat kan återkopplas och omsättas i insatser på en arbetsplats. Beskrivningar finns av sådana metoder inom forskningen och ett flertal av dem finns sammanställda i Riktlinjen för psykisk ohälsa på arbetsplatsen [4].

Att undersöka arbetsgivarnas perspektiv gällande incitament för att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser på arbetsplatsen är av stor betydelse då kunskapen kan bidra till att göra arbetsplatsinsatser mer anpassade till verksamheternas behov men även för att stödja arbetsgivarna i processen att genomföra en insats. När man vet vilka incitament som är viktiga är det möjligt att beakta dessa både vid exempelvis val av insats samt utformningen av hur insatsen genomförs. Insatser som uppfyller de behov som finns kommer med stor sannolikhet att bidra till att de i större utsträckning används, vilket i sin tur ökar möjligheterna till förbättrad hälsa för de anställda och minskad kostnad (utbetalning) för bland annat sjuk- och arbetsskadeförsäkring. Utöver bidraget som denna studie kommer att ge till forskningsområdet har resultatet även direkt tillämpning och nytta för de som utvecklar hälsofrämjande och förebyggande arbetsplatsinsatser, likväl för de som tillhandahåller dessa tjänster till arbetsgivarna. Kunskapen om olika incitaments betydelse kan även hjälpa till, utifrån ett nationellt perspektiv, att veta vart resurser och kraft skall sättas in i syfte att öka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på arbetsplatser där företag utöver att genomföra individinriktade (tex hälsoscreening eller fysisk aktivitet) och rehabiliterande insatser även utökar och tillämpar sitt systematiska arbetsmiljöarbete på en mer övergripande organisationsnivå.

### ***Studiens begränsningar***

Trots att den svenska studien har genomförts med en spridning av arbetsgivare i olika sektorer och branscher så är det inte möjligt att generalisera resultaten till arbetsmarknaden i stort. För att kunna göra detta krävs en mer omfattande studie som inkluderar ett större antal arbetsgivare. Likaså kan det tänkas finnas skillnad i olika incitaments betydelse för beslut hos arbetsgivare i olika sektorer, samt hur dessa fungerar som hinder eller möjliggörare, vilket kan grunda sig i skillnader mellan de olika organisationernas mål och förutsättningar.

Diskussionerna som uppstod i fokusgrupperna i den svenska studien (6) indikerade detta och att de olika incitamenten i en del fall kunde agera som hinder för vissa arbetsgivare medan de inte var det för andra.

## **Konklusion**

Valet av att genomföra en insats, alternativt att välja bort en insats, påverkas av flera olika typer av incitament. Vilka dessa är och hur de inverkar på beslut varierar för olika arbetsgivare. Beslutsfattare som saknade kunskap om konsekvenser av arbetsmiljöproblem och ohälsa hade inte lika genomtänkta beslut kring val av insats som beslutsfattare som besatt denna kunskap, de saknade även genomarbetade strategier för sitt arbetsmiljöarbete. Avsaknaden av denna kunskap riskerar att resultera i att organisationen genomför insatser som inte ger effekt och saknar koppling till organisationens behov.

## Referenser

1. Verbeek, J., M. Pulliainen, and E. Kankaanpää, A systematic review of occupational safety and health business cases. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2009. 35(6): p. 403-412.
2. NIOSH, Research Compendium: The NIOSH Total Worker Health™ Program, P.H.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, Editor. 2012, DHHS (NIOSH) Washington DC, US. p. 1-214.
3. Nutbeam, D., Achieving 'best practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Educ Res*, 1996. 11(3): p. 317-26.
4. Walshe, K. and T.G. Rundall, Evidence-based management: from theory to practice in health care. *Milbank Q*, 2001. 79(3): p. 429-57, IV-V.
5. van Dongen, J.M., et al., Bridging the gap between the economic evaluation literature and daily practice in occupational health: a qualitative study among decision-makers in the healthcare sector. *Implementation Science*, 2013. 8.
6. Haslam, C., K. Haefeli, and R. Haslam, Perceptions of occupational injury and illness costs by size of organization. *Occupational Medicine-Oxford*, 2010. 60(6): p. 484-490.
7. Downey, A. and D. Sharp, Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health Promotion International*, 2007. 22(2): p. 102-111.
8. Ahnmé Ekenryd, C., et al., Forskning och utveckling inom företagshälsovården - behov och förutsättningar, K.I.i.s.m.K.t.h. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Editor. 2012.
9. Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 2007. 19(6): p. 349-57.
10. Graneheim, U.H. and B. Lundman, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 2004. 24(2): p. 105-12.

11. Martinsson, M., et al., What incentives affect when employers make their decision about whether or not to engage in occupational health and safety interventions at the workplace? A qualitative study among employers. Submitted.
12. Miller, P. and C. Haslam, Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. *Safety Science*, 2009. 47(2): p. 163-169.
13. Företagshälsans riktlinjegrupp, Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen. 2015: Stockholm. p. 86.



