

Utveckling av god företagshälsovård

– ny lagstiftning och andra åtgärder

Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning

Stockholm 2004



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2004:113

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Information Rosenbad
Regeringskansliet
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 42 95
Telefon: 08-405 47 29
www.regeringen.se/propositioner/sou/pdf/remiss.pdf

Tryckt av Elanders Gotab AB
Stockholm 2004

ISBN 91-38-22247-7
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Hans Karlsson

Regeringen beslutade den 26 juni 2003 om direktiv (dir. 2003:87) som gav en särskild utredare i uppdrag att överväga vissa frågor om företagshälsovård. Genom tilläggsdirektiv den 11 december 2003 (dir. 2003:180) förlängdes utredningstiden till den 1 december 2004 samt föreskrevs att utredningsuppdraget ska redovisas i ett samlat betänkande.

Genom beslut den 15 september 2003 förordnades chefsjuristen vid Medlingsinstitutet Kurt Eriksson till särskild utredare.

Till experter i utredningen förordnades den 3 november 2003 f.d.överläkaren Anders Englund, professor emeritus Peter Westerholm, verkställande direktören Lars Bohlin, Föreningen Svensk Företagshälsovård, avdelningsdirektören Charlotte Andersson, Statskontoret, kanslirådet Monica Wistedt-Höeg, Socialdepartementet, ämnessakkunniga Hélène Sandmark, utbildningsdepartementet, departementssekreteraren Peter Linderoth, Finansdepartementet, departementssekreteraren Marie Åkhagen, Näringsdepartementet samt kanslirådet Lars von Ehrenheim, Näringsdepartementet. Peter Linderoth ersattes den 9 februari 2004 av ämnessakkunnige Gösta Ljungman och Hélène Sandmark från samma datum av ämnesrådet Karin Odenchrants. Den 28 maj 2004 ersattes Charlotte Andersson av avdelningsdirektören Enar Lundgren.

Till utredningen har knutits en referensgrupp med representanter för arbetsmarknadens parter. Till denna förordnades den 15 mars 2004 Linda Ljung, Teknikföretagen, Britt Trossmark, Arbetsgivarverket, Ned Carter, Landstingsförbundet, Hans Granqvist, Svenska kommunförbundet, Jens Karlsson, Företagarna, Stefan Wiberg, LO, Anna Stina Elving, TCO och Kerstin Hildingsson, SACO. Linda Ljung ersattes den 10 maj 2004 av Björn Hammar, Teknikföretagen, och fr.o.m. den 15 september 2004 har Alicia Lycke deltagit i gruppens arbete i stället för Anna Stina Elfving.

Samråd har, vad gäller konsekvenser för små företag, skett med Näringslivets regelnämnd (NNR).

Som sekreterare i utredningen förordnades fr.o.m. den 3 november 2003 utredningschefen Lars-Inge Thorsson och fr.o.m. den 9 februari 2004 jur.kand. Per Ewaldsson. Utredningens assistent har varit Ann-Charlotte McCarthy.

Utredningen, som antagit namnet 2003 års företagshälsovårdsutredning, får härmed överlämna betänkandet "Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder".

Utredningen har härmed slutfört sitt uppdrag

Stockholm den 1 december 2004.

Kurt Eriksson

/Per Ewaldsson, Lars-Inge Thorsson

Innehåll

Förkortningar	11
Sammanfattning	13
Författningsförslag	21
1 Uppdraget	33
2 Företagshälsovårdens utveckling ur lagstiftnings-, "ägar"- och partsperspektiv	41
3 Ohälsan i arbetslivet – sjukfrånvaron och dess orsaker....	69
3.1 Inledning.....	69
3.2 Allmänt om ohälsan.....	70
3.3 Sjukfrånvarostatistik.....	71
3.4 Vad beror ökningen på?.....	77
3.5 Avslutning.....	82
4 Företagshälsovården år 2004	85
4.1 Rättslig reglering – skyldighet att anlita m.m.	85
4.1.1 Utgångspunkt.....	85
4.1.2 Skyldighet att anlita företagshälsovård.....	86
4.1.3 Definition av företagshälsovård – expertresurs.....	87
4.1.4 Företagshälsovårdens inriktning.....	88
4.1.5 Hur ska man kunna styra vad företagshälsovården ska syssla med?	89

4.2	Kollektivavtal om företagshälsovård.....	89
4.3	ILO-konventionen nr 161 om företagshälsovård	91
4.3.1	Innehållet i konventionen.....	91
4.3.2	Genomförandet av konventionen.	93
4.3.3	Utredningens slutsatser	98
4.4	EG:s ramdirektiv om arbetsmiljö	99
4.5	Europarådets sociala stadga	100
4.6	Beskrivning av företagshälsovårdsbranschen och dess kunder	101
4.6.1	Utvecklingen efter 1992	101
4.6.2	Antal företag och enheter.....	102
4.6.3	Antal anställda och åldersfördelning	104
4.6.4	Täckningsgrad	105
4.6.5	Företagshälsovårdens tjänsteutbud.....	108
4.6.6	Vad efterfrågar kunderna och hur ser dialogen med företagshälsovården ut?	111
4.6.7	Värdering av det branschen levererar.....	114
4.6.8	Kostnader	115
4.6.9	Kvalitetssäkring.....	116
5	Företagshälsovårdens verksamhetsområden	119
5.1	Förebyggande arbetsmiljöarbete	119
5.2	Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet	128
5.3	Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	134
5.3.1	Sjukskrivningsprocessen.....	134
5.3.2	Rehabiliteringsprocessen	140
5.4	Hälso- och sjukvård	148
5.5	Hälsopromotion eller hälsofrämjande	154
6	Internationell utblick	161
6.1	Nederländerna	161
6.2	Finland	166
6.3	Danmark	170

6.4	Avslutande kommentarer	177
7	Vägval	179
7.1	Inledning.....	179
7.2	Utgångspunkter för ställningstaganden	180
7.3	Det offentliga åtagandet för företagshälsovård.....	183
7.4	En samhällelig strategi för utveckling av företagshälsovården	185
7.5	Övriga aktörers ansvar.....	187
8	Starkare statligt engagemang för god företagshälsovård: ny lagstiftning	189
8.1	Inledning.....	189
8.2	Lag om företagshälsovård.....	190
8.2.1	Definition av företagshälsovården och dess uppdrag.....	191
8.2.2	Godkännande av företagshälsovårdsenheter.....	194
8.2.3	Krav för godkännande	197
8.3	Avslutande kommentarer	200
8.4	Fortsatt dialog.....	202
9	Användandet av företagshälsovård.....	205
9.1	Inledning.....	205
9.2	Obligatorium.....	207
9.3	Andra möjligheter att förändra de legala förutsättningarna.....	209
9.4	Andra åtgärder för att stimulera efterfrågan av god företagshälsovård	211
9.5	Tillsynsfrågor	212
9.6	Småföretag.....	214

10 Skatterättsliga aspekter på användningen av företagshälsovård.....	219
10.1 Bakgrund och gällande rätt	219
10.2 Utredningens överväganden och förslag	220
11 Företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	223
11.1 Inledning – frågeställningen	223
11.2 Grupp- eller individperspektiv?.....	224
11.3 Sjukskrivning	224
11.3.1 Sjuklöneperioden	225
11.3.2 Sjukpenningperioden (och senare)	227
11.4 Arbetslivsinriktad rehabilitering på individnivå	229
11.4.1 Arbetsgivarens ansvar	229
11.4.2 Statens ansvar	230
12 Samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården	233
12.1 Inledning – frågeställningen	233
12.2 Värmlandsmodellen och samverkan inom andra landsting.....	234
12.2.1 Värmlandsmodellen	234
12.2.2 Samverkan inom övriga landsting	235
12.2.3 Finns förutsättningar för Värmlandsmodellen i övriga landsting?	235
12.3 Argument för samverkan.....	236
12.4 Hinder för samverkan	237
12.5 Överväganden och förslag	239
12.5.1 Utgångspunkten för samverkan.....	239
12.5.2 Program för samverkan	240
13 Personalförsörjning	243
13.1 Inledning.....	243

13.2	Uppskattning av rekryterings- och utbildningsbehov.....	244
13.3	Konsekvenser för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet	252
14	Företagshälsovårdsutbildning samt forskning och utveckling (FoU)	255
14.1	Inledning.....	255
14.2	Arbetslivsinstitutets (ALI) uppdrag.....	256
14.3	Den nuvarande utbildningen.....	258
14.3.1	Företagsläkarutbildningen	259
14.3.2	Företagssköterskeutbildningen.	261
14.3.3	Arbetsmiljöingenjörsutbildningen	263
14.3.4	Rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för sjukgymnaster och arbetsterapeuter	264
14.3.5	Magisterutbildning i ergonomi	265
14.3.6	Arbetsorganisation och förändringsarbete – vidareutbildning för beteendevetare inom företagshälsovård	265
14.4	Förhållanden och synpunkter av betydelse för utredningens bedömningar.....	266
14.4.1	Slutsatser av ovanstående genomgång av nuvarande utbildning.....	266
14.4.2	Dimensioneringsfrågor	267
14.4.3	Huvudmannaskapet för utbildningen.	268
14.4.4	Synpunkter från yrkesgrupper.....	271
14.4.5	Om examina och högskolepoäng	271
14.4.6	Om uppdragsutbildning.....	273
14.4.7	Möjligheter att förlägga utbildning till universitet och högskolor.	273
14.4.8	Kompetensutveckling av anställda i företagshälsovården	275
14.4.9	FoU	276
14.5	Utredningens överväganden och förslag	276
14.5.1	Huvudmannaskap för utbildningen.....	276
14.5.2	Dimensionering	278
14.5.3	Antagningskrav och villkor under utbildningarna....	279

14.5.4 Examinationsrätt och högskolepoäng	280
14.5.5 Kompetensutveckling	281
14.5.6 FoU	282
15 Konsekvenser	287
15.1 Utgångspunkter för utredningens konsekvensanalyser.....	287
15.2 Kostnadsberäkningar och finansiering av utredningens förslag.....	288
15.2.1 Kostnadsökningar	289
15.2.2 Finansiering	290
15.3 Samhällsekonomiska effekter	296
15.4 Konsekvenser för det allmänna och för enskilda och för utbudet av företagshälsovård.....	297
15.5 Företagsekonomiska konsekvenser	299
15.6 Konsekvenser för småföretag	301
15.6.1 Konsekvenser för småföretag i allmänhet	301
15.6.2 Konsekvenser för småföretag i företagshälsovårdsbranschen.....	303
15.7 Jämställdhet	305
15.8 Konsekvenser för åtaganden enligt ILO-konventionen	306
16 Författningskommentar	309
16.1 Förslaget till lag (...) om företagshälsovård.....	309
16.2 Ändringarna i arbetsmiljölagen (1977:1160)	316
Särskilt yttrande.....	319
Bilagor	
Bilaga 1 A–B.....	323
Bilaga 2	335

Förkortningar

AFL	Lag om allmän försäkring
AFS	Arbetsmiljöverkets författningssamling
AKU	SCB:s arbetskraftsundersökningar
ALI	Arbetslivsinstitutet
AML	Arbetsmiljölagen
AV	Arbetsmiljöverket
CSN	Centrala studiestödsnämnden
FFA	Föreningen för arbetarskydd
FHV	Företagshälsovård
FoU	Forskning och utveckling
FSF	Föreningen Svensk Företagshälsovård
FUR	Företagshälsovårdens utvecklingsråd
ILO	International Labour Organisation
ISO	International Standardization organisation
LO	Landsorganisationen
MBL	Lag om medbestämmande i arbetslivet
PTK	Privattjänstemannakartellen
RFV	Riksförsäkringsverket
RRV	Riksrevisionsverket
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SAF	Svenska arbetsgivareföreningen
SAM	Systematiskt arbetsmiljöarbete
SCB	Statistiska centralbyrån
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet
SWEDAC	Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
WHO	World Health Organisation
VINNOVA	Verket för innovationssystem

Sammanfattning

Uppdraget

Utredningen har haft i uppdrag att överväga ett antal frågor om företagshälsovården och dess användande:

- I vilka situationer ska arbetsgivare vara skyldiga att anlita företagshälsovård?
- Bör det införas krav på någon slags kvalitetssäkring av företagshälsovård?
- Var bör huvudmannskapet för företagshälsovårdutbildning ligga och hur ska utbildningen organiseras och dimensioneras?
- Hur ska personalförsörjningen inom företagshälsovården säkerställas?
- Hur kan företagshälsovårdens särskilda kompetens utnyttjas bättre i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?
- Vilka förutsättningar finns för samverkan mellan företagshälsovården, landstingen och försäkringskassan?

Bakgrund och sammanhang

(kapitel 1-6)

Bakgrunden till utredningens tillsättande är de stora ekonomiska och sociala kostnaderna för ohälsan. Det finns förhoppningar om att företagshälsovården ska kunna bidra till förbättringar.

Företagshälsovårdens "samhälleliga uppdrag" finns angivet i arbetsmiljölagen (AML). Där anges att företagshälsovården är "en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering". Av uppdraget följer att företagshälsovården framförallt förutsätts arbeta med ett grupp- eller organisationsperspektiv i

syfte att förebygga ohälsa och olycksfall, snarare än ett individinriktat perspektiv med "efterhjälpande" frågor. I AML finns också reglerna om när arbetsgivare ska använda företagshälsovård.

Dessa regler följs emellertid inte upp. Sedan statsbidragen till företagshälsovården drogs in år 1993 saknas ett direkt statligt styrinstrument. Företagshälsovårdsföretagen är aktörer på en fri marknad. Vad företagshälsovården gör bestäms uteslutande av vad dess kunder efterfrågar. De undersökningar som gjorts visar att företagshälsovården ägnar uppskattningsvis hälften av sin verksamhet åt sådant som kan anses följa av uppdraget i AML. Resten av verksamheten ägnas åt sjukvårdande verksamhet, olika former av friskvård (ibland benämnd hälsopromotion), livsstilsfrågor, m.m. Det kan konstateras att en del av det som marknadsförs som företagshälsovård inte håller den kvalitet eller står för sådan kompetens som förutsetts i lagen.

Utredningen har försökt kartlägga företagshälsovårdens verksamhet och kringliggande faktorer av betydelse. Det kan konstateras att de huvudsakliga problem och brister på områden där företagshälsovården bedriver verksamhet och som har betydelse för ohälsoproblematiken, inte har med företagshälsovården att göra. Det handlar om brister i det förebyggande arbetsmiljöarbetet, i rehabiliteringsarbetet, i sjukskrivningsprocessen m.m. Klart är att åtgärder för att komma tillrätta med dessa brister är nödvändiga och behöver vidtas i alla händelser, vid sidan av åtgärder rörande företagshälsovården.

Utredningen har också undersökt hur man i vissa andra länder har försökt använda företagshälsovården för att förbättra arbetsmiljöarbetet och åtgärda ohälsoproblem kopplade till arbetslivet. Gemensamt för de länder som undersökts (Nederländerna, Finland och Danmark) är att alla tre har eller till nyligen har haft lagstiftade krav på arbetsgivare att anlita företagshälsovård. En slutsats som kan dras är att obligatorisk användning av företagshälsovård inte i sig är någon garanti för förbättringar utan måste kombineras med andra åtgärder, såsom krav på vilken kvalitet företagshälsovården ska ha. Det finns i dessa länder också tydliga tecken på att kraven om obligatorisk anslutning till företagshälsovården medför vissa problem.

Överväganden – en samhällelig strategi för utveckling av företagshälsovården

(kapitel 7)

Utredningen anser att en rätt utformad och rätt använd företagshälsovård, vilket det finns goda exempel på, har förutsättningar att bidra till förbättringar i fråga om problemen i arbetsmiljön och – mer allmänt – ohälsan i arbetslivet. Med tanke på omfattningen av ohälsoproblemen och de ofta komplexa sambanden mellan olika arbetsmiljöfaktorer och arbetsmiljöproblem, bör det finnas en expertresurs i arbetslivet för dessa frågor. Frågan är hur en sådan bäst kan åstadkommas.

De senare årens erfarenheter med delvis diffus och fragmenterad verksamhet av oklar kvalitet, beroende på bristande uppföljning av AML:s regler om företagshälsovård och avsaknad av övergripande samhälleliga styrinstrument, pekar tydligt på att det offentliga engagemanget för en god företagshälsovård bör öka. En företagshälsovård som ska ge verksamma bidrag till förbättringar i fråga om arbetsmiljö och ohälsan i arbetslivet kan dock inte kommenderas fram med statliga direktiv. Det är av avgörande betydelse att samtliga berörda aktörer - staten, arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdsbranschen själv - samverkar i syfte att få till stånd en mer effektiv företagshälsovård.

Utredningen föreslår därmed att staten i samverkan med övriga aktörer lägger fast en långsiktig samhällelig strategi för utveckling av företagshälsovården. En utgångspunkt för strategin bör vara att företagshälsovård är en verksamhet - med ett samhälleligt definierat uppdrag – som bedrivs på en fri och öppen marknad utan offentliga subsidier.

För samhällets del bör utvecklingen av företagshälsovården primärt ta sikte på dess roll som stöd för arbetsgivare och arbetstagare i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i arbetslivsinriktad rehabilitering enligt reglerna i AML. Därtill kommer att företagshälsovården också ha potential att medverka till förbättringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Uppgifter inom dessa områden bör dock inte anses vara företagshälsovårdens huvuduppgifter. Samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården bör förstärkas och utgå från företagshälsovårdens samhälleliga uppdrag.

Företagshälsovårdspolitikerna bör bygga på bedömningen att god företagshälsovård har potential att bli ett effektivt verktyg i arbetet

för minskad ohälsa i arbetslivet. Det handlar dock om ett verktyg, inte ett mål i sig. Andra verktyg (lagstiftning, ekonomiska incitament m.m.) är sannolikt i vissa avseenden mer verkningsfulla med avseende på målen om god arbetsmiljö och kampen mot ohälsan i arbetslivet, och måste självklart användas.

Utredningens förslag

(kapitel 8-14)

För genomförande av denna strategi lägger utredningen följande förslag.

Lag om företagshälsovård

Utredningen föreslår att en särskild lag om företagshälsovård införs, till vilken ska hänvisas i AML. Den nya lagen lägger fast företagshälsovårdens samhälleliga uppdrag och syftar till att främja utvecklingen av god företagshälsovård.

Genom införandet av lagen kan bestämmelserna om vad företagshälsovård är och vilken kompetens den ska ha, m.m. i AML strykas. Kvar i AML blir endast reglerna som riktar sig till arbetsgivare och som handlar om när företagshälsovård ska användas.

Den nya lagen definierar företagshälsovårdens uppdrag och uppgifter, med vissa modifieringar i förhållande till de nuvarande reglerna i AML. Sålunda ska med företagshälsovård enligt den nya lagen avses en *multidisciplinär och professionellt oberoende expertverksamhet inom områdena förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering, till stöd för arbetsgivare och arbetstagare i arbetet med att uppnå en god arbetsmiljö i enlighet med bestämmelserna i arbetsmiljölagen (1977:1160)*. Det systematiska arbetsmiljöarbetet och den arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som föreskrivs i 3 kap. AML lyfts fram särskilt.

För att få ett genomslag av kvalitativ företagshälsovård införs ett samhälleligt godkännandeförfarande för företagshälsovårdsenheter. Godkännandet ska vara frivilligt, dvs, inte vara ett krav för att få bedriva företagshälsovårdsverksamhet, och initieras av företagshälsovårdsenheterna själva. För ett godkännande ska företagshälsovårdsenheten uppfylla vissa krav i fråga om kompetens och verksamhetens bedrivande. Ett av kraven är att enheten tillämpar före-

tagshälsovårdsbranschens kvalitetssystem och har certifierats av ett oberoende certifieringsorgan. Godkännandet beslutas av Arbetsmiljöverket genom den företagshälsovårdsnämnd som föreslås inrättad hos verket. Godkända företagshälsovårdsenheter registreras hos verket.

Det blir de godkända företagshälsovårdsenheterna som staten främst kommer att hänvisa till när det talas om företagshälsovård i annan lagstiftning, i tillsynen av AML:s bestämmelser, i samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt i fråga om samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården.

En företagshälsovårdsnämnd hos Arbetsmiljöverket

Den föreslagna företagshälsovårdsnämnden får en nyckeluppgift i den strategi som föreslås för utveckling av företagshälsovården. Nämnden ska som nämnts ansvara för godkännandet av företagshälsovårdsenheter, men också vara det forum för dialog som behövs för utveckling av företagshälsovårdspolitiken, med avseende på företagshälsovårdens samhälleliga uppdrag, utbildnings- och forskningsfrågor m.m. I nämnden ska företrädare finnas för arbetsmarknadens parter, företagshälsovårdsbranschen, ALI och Försäkringskassan.

Åtgärder för ökat användande av företagshälsovården

Utredningen föreslår inte något krav om obligatorisk användning av företagshälsovården. Utredningen pekar på ett antal tungt vägande argument mot en sådan reglering. Däremot föreslår utredningen ett tillägg i AML som tydliggör att arbetsgivare i samband med det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedöma behovet av extern experthjälp såsom en företagshälsovårdsenhet för att uppfylla lagens krav. I AML tydliggörs också Arbetsmiljöverkets möjligheter att i ett föreläggande om användande av företagshälsovård föreskriva att en av Arbetsmiljöverket godkänd företagshälsovårdsenhet ska användas.

Skatterättsliga aspekter på användningen av företagshälsovård

Utredningen föreslår att avdragsrätten för näringsidkare för företagshälsovård i inkomstskattelagen fortsättningsvis ska knytas till användandet av en godkänd företagshälsovårdsenhet enligt den nya företagshälsovårdslagen.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ges anvisningar om att godkända företagshälsovårdsenheter bör användas om det behövs fördjupade arbetsförmågebedömningar eller utredningar om rehabiliteringsbehov.

Samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården

Utredningen anser att staten bör stimulera samverkan i de frågor som utgör företagshälsovårdens samhälleliga uppdrag, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsriktad rehabilitering. Utredningen föreslår att regeringen inrättar en arbetsgrupp med representanter för landstingen och företagshälsovårdsbranschen. Arbetsgruppen ges i uppdrag att ta fram ett samarbetsprogram, med förslag till riktlinjer för samarbete mellan godkända företagshälsovårdsenheter och landstingen samt ett modellavtal för reglering av bl.a. landstingens tillhandahållande av medicinsk service till de godkända företagshälsovårdsenheterna. Målsättningen ska vara att alla godkända enheter som så önskar ska kunna teckna avtal med landstinget.

Personalförsörjning

Utredningen konstaterar att företagshälsovårdsbranschen under de kommande sex åren behöver nyrekrytera personal i så betydande omfattning att utbildningskapaciteten måste ökas. Trots att en del av de nyrekryterade kan förmodas komma från den allmänna hälso- och sjukvården, ser inte utredningen någon anledning för staten att försöka styra personaltilldelningen till företagshälsovården.

Företagshälsovårdsutbildning samt forskning och utveckling

Utredningen föreslår att ALI:s huvudmannaskap för företagshälsovårdsutbildningen slås fast i institutets instruktion. Ansvaret gäller planering, dimensionering, innehåll i, utveckling och utvärdering av företagshälsovårdsutbildningarna. I detta arbete bör institutet samverka med den företagshälsovårdsnämnd som föreslås inrättad hos Arbetsmiljöverket. Institutet ska kunna anlita andra utbildningsordnare för utförandet av företagshälsovårdsutbildning.

Utredningen pekar på behovet av forskning om företagshälsovård och föreslår att regeringen ger ALI i uppdrag att planera och starta ett arbete med FoU om företagshälsovård.

Författningsförslag

Förslag till lag (...) om företagshälsovård

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens ändamål samt definitioner

1 § Denna lag har till ändamål att främja utvecklingen av god företagshälsovård.

2 § Med företagshälsovård avses en multidisciplinär och professionellt oberoende expertverksamhet inom områdena förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering, till stöd för arbetsgivare och arbetstagare i arbetet med att uppnå en god arbetsmiljö i enlighet med bestämmelserna i arbetsmiljölagen (1977:1160). Av särskild betydelse är därvid det systematiska arbetsmiljöarbetet och den arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som föreskrivs i 3 kap. den lagen.

Med företagshälsovårdsenhet avses den organisatoriska enhet som bedriver företagshälsovård.

3 § I 3 kap. 2 b § arbetsmiljölagen (1977:1160) finns bestämmelser om arbetsgivares ansvar för att företagshälsovård finns att tillgå.

Godkännande av företagshälsovårdsenheter

4 § En företagshälsovårdsenhet kan efter ansökan godkännas av Arbetsmiljöverket. Godkännandet avser den företagshälsovård som enheten bedriver. För godkännande skall företagshälsovårdsenheten uppfylla bestämmelserna i 5–7 §§ denna lag samt föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Kompetens

5 § Företagshälsovårdsenheten skall ha erforderlig kompetens för de uppgifter som avses i 2 § första stycket. Regeringen fastställer inom vilka områden det skall finnas erforderlig kompetens och grunderna för när sådan kompetens skall anses föreligga.

Verksamhetens bedrivande

6 § Företagshälsovården skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, kunskap om arbetsförhållandena hos uppdragsgivaren samt på ett tvärdisciplinärt arbetssätt och en helhetssyn på sambanden mellan olika faktorer i arbetsmiljön.

7 § Företagshälsovårdsenheten skall tillämpa ett kvalitetssystem som är vedertaget inom branschen. Enheten skall vara certifierad av ett sådant certifieringsorgan som avses i 14 § andra stycket lagen (1992:1119) om teknisk kontroll.

8 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter i fråga om villkor för godkännande av företagshälsovårdsenheter.

Ansökan och registrering

9 § Ansökan om godkännande görs skriftligen hos Arbetsmiljöverket. Godkännandet gäller tills vidare.

En företagshälsovårdsenhet som i den egna verksamheten inte har erforderlig kompetens för de uppgifter som avses i 2 § första stycket skall efter ansökan godkännas av Arbetsmiljöverket om den genom samverkan med utomstående experter kan anses förfoga över erforderlig kompetens.

Godkända företagshälsovårdsenheter registreras hos Arbetsmiljöverket.

10 § Godkännandet skall återkallas om företagshälsovårdsenheten inte längre uppfyller de villkor som avses i 4 §.

11 § Regeringen fastställer de ytterligare villkor som skall gälla i fråga om ansökan om godkännande och registrering.

Regeringen får meddela föreskrifter om avgifter för ansökan och registrering.

12 § Arbetsmiljöverkets beslut om godkännande och återkallande av godkännande får överklagas hos regeringen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

Förslag till lag (...) om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2a och 2b §§ samt 7 kap. 7 § arbetsmiljölagen (1977:1160) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2a§

Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven i denna lag och i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras.

Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven i denna lag och i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och *bedöma behov av stöd från utomstående experter såsom en företagshälsovårdsenhet* samt vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras.

Arbetsgivaren skall i den utsträckning som verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Handlingsplaner skall därvid upprättas

Arbetsgivaren skall vidare se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring vilar på honom.

2b §

Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Med företagshälsovård avses (...) *I lagen (...) om företags- hälsovård finns bestämmelser om områdena arbetsmiljö och reha- vad som avses med företagshälso-*

bilitering. Företagshälsovården *vård*.
skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambandet mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

7 kap.

7 §

Arbetsmiljöverket får gentemot den som har skyddsansvar enligt 3 kap. 2--12 och 14 §§, 5 kap. 3 § första stycket eller 6 § i detta kapitel meddela de förelägganden eller förbud som behövs för att denna lag eller föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen skall efterlevas.

I ett föreläggande om anlitande av företagshälsovård får Arbetsmiljöverket föreskriva att en enligt lagen (...) om företagshälsovård godkänd företagshälsovårdsenhet skall anlitas.

I beslut om föreläggande eller förbud kan Arbetsmiljöverket sätta ut vite.

Om någon inte vidtar en åtgärd som åligger honom enligt ett föreläggande, får Arbetsmiljöverket förordna om rättelse på hans bekostnad.

Om ett föreläggande har meddelats beträffande någon åtgärd till vilken det krävs bygglov, rivningslov eller marklov enligt plan- och bygglagen (1987:10) men sådant lov inte beviljas, upphör föreläggandet att gälla såvitt avser åtgärden.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

**Förslag till
lag (...) om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)**

Härigenom föreskrivs att 16 kap. 23 § inkomstskattelagen (1999:1229) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 kap.**23 §**

Utgifter för företagshälsovård, för vaccinationer som betingas av näringsverksamheten och för sådan nödvändig tandbehandling som avses i 11 kap. 18 § skall dras av.

Utgifter för företagshälsovård som utförts av en enligt lagen (...) om företagshälsovård godkänd företagshälsovårdsenhet, för vaccinationer som betingas av näringsverksamheten och för sådan nödvändig tandbehandling som avses i 11 kap. 18 § skall dras av.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2007.

Förslag till förordning (...) om företagshälsovård

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser om sådant godkännande av företagshälsovårdsenheter som avses i lagen (...) om företagshälsovård.

2 § För ett godkännande av Arbetsmiljöverket skall företags-hälsovårdsenheten ha erforderlig kompetens inom områdena medicin, teknik, beteendevetenskap och ergonomi. Sådan kompetens skall anses föreligga när det i företagshälsovårdsenheten arbetar personal som har gått igenom relevant företagshälsovårdsutbildning med godkänt resultat. Därtill skall det i företagshälsovårdsenheten finnas en plan för hur personalens kompetens skall utvecklas.

3 § Ansökan om godkännande skall innehålla

- uppgift om vem som är ansvarig för företagshälsovårds-enheten,
- uppgift om företagshälsovårdsenhetens adress samt organisa-tions- eller registreringsnummer, eller, i förekommande fall, sådana uppgifter beträffande den juridiska person till vilken företagshälsovårdsenheten hör,
- uppgift om vilken kompetens den personal som arbetar i företagshälsovårdsenheten har,
- uppgift om sådan certifiering som avses i 7 § lagen (...) om företagshälsovård,
- en plan för verksamheten under det kommande året.

4 § Sökanden skall på begäran av Arbetsmiljöverket lämna de ytterligare uppgifter som behövs för att ansökan skall kunna bedömas.

5 § För en godkänd företagshälsovårdsenhet skall varje år lämnas en redogörelse till Arbetsmiljöverket för verksamheten under året och för inriktningen under det kommande året.

Den årliga redogörelsen skall innehålla en aktuell beskrivning av planen för hur personalens kompetens skall utvecklas.

Arbetsmiljöverket skall i övrigt informeras om ändringar i förhållanden av betydelse för godkännandet.

6 § Det register som Arbetsmiljöverket upprättar över godkända företagshälsovårdsenheter skall hållas tillgängligt för allmänheten i elektronisk form.

7 § För prövning av ansökan om godkännande skall sökanden betala en avgift med ... kronor. En registrerad företagshälsovårdsenhet skall därutöver varje år betala en årsavgift med ... kronor.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2006.

Förslag till förordning (...) om ändring i förordningen (2000:1211) med instruktion för Arbetsmiljöverket

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2000:1211) med instruktion för Arbetsmiljöverket

dels att 2, 16 och 17 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det i förordningen införs en ny paragraf, 13 d § med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Arbetsmiljöverket skall särskilt

1. ha tillsyn över arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen samt, inom arbetsmiljöområdet, lagstiftningen om tobak,

2. ha tillsyn över efterlevnaden av miljölagstiftningen i den utsträckning som anges i förordningen (1998:900) om tillsyn enligt miljöbalken,

3. meddela föreskrifter och allmänna råd med stöd av arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen samt, i den utsträckning som följer av förordningen (2000:271) om innesluten användning av genetiskt modifierade organismer och förordningen (1998:947) om bekämpningsmedel, enligt miljöbalken,

4. ansvara för officiell statistik enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken,

5. ansvara för ett informationssystem om arbetsskador,

6. följa utvecklingen på arbetsmiljöområdet samt ta de initiativ som denna ger anledning till,

7. utarbета och sprida information inom arbetsmiljöområdet,

8. medverka i den utbildning som Arbetslivsinstitutet bedriver samt informera institutet om planerat tillsyns- och föreskriftsarbete,

9. i samverkan med berörda myndigheter och organisationer följa och främja företagshälsovårdens utveckling,

9. *fullgöra de uppgifter som följer av lagen (...) om företagshälsovård och förordningen (...) om företagshälsovård i samverkan med berörda myndigheter och organisationer,*

10. främja samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare på arbetsmiljöområdet, och

11. samverka med Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

13 d §

Inom Arbetsmiljöverket finns en företagshälsovårdsnämnd. Nämnden skall följa och främja utvecklingen av god företagshälsovård, särskilt med avseende på frågor om forskning och utbildning av betydelse för företagshälsovårdens utveckling.

Nämnden skall också avgöra frågor enligt lagen (...) om företagshälsovård och förordningen (...) om företagshälsovård.

Nämnden består av generaldirektören, som är ordförande, och högst nio andra ledamöter. I nämnden skall finnas företrädare för Arbetslivsinstitutet, Försäkringskassan, arbetsmarknadens parter samt företagshälsovårdsbranschen.

16 §

16 § Generaldirektören skall avgöra ärenden som inte skall avgöras av styrelsen, personalansvarsnämnden, arbetstidsnämnden eller styrgruppen för frågor om deltidsarbetslöshet.

16 § Generaldirektören skall avgöra ärenden som inte skall avgöras av styrelsen, personalansvarsnämnden, arbetstidsnämnden, styrgruppen för frågor om deltidsarbetslöshet eller företagshälsovårdsnämnden.

Om sådana ärenden inte behöver prövas av generaldirektören, får de avgöras av någon annan tjänsteman. Hur detta skall ske anges i arbetsordningen eller i särskilda beslut.

Andra stycket gäller inte föreskrifter och sådana ärenden som avses i 13 § 1-3 verksförordningen (1995:1322).

17 §

Arbetsnämnden är beslutförför när ordföranden och minst två ledamöter som företräder arbetstagarorganisationer och två ledamöter som företräder arbetsgivarorganisationer är närvarande. Styrgruppen för frågor om deltidslöshet är beslutförför när ordföranden och minst två andra ledamöter är närvarande.

Företagshälsovårdsnämnden är beslutförför när ordföranden och minst två ledamöter som företräder arbetstagarorganisationer och två ledamöter som företräder arbetsgivarorganisationer samt ytterligare två ledamöter som inte företräder arbetsmarknadens parter är närvarande.

När ärenden av större vikt handläggs skall om möjligt samtliga ledamöter vara närvarande.

Nämnden och styrgruppen får överlåta åt generaldirektören att avgöra ärenden som inte är av större vikt. Generaldirektören får överlåta åt någon annan tjänsteman att avgöra sådana ärenden.

Nämnderna och styrgruppen får överlåta åt generaldirektören att avgöra ärenden som inte är av större vikt. Generaldirektören får överlåta åt någon annan tjänsteman att avgöra sådana ärenden.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2006.

**Förslag till
förordning (...) om ändring i förordning (1995:864) med
instruktion för Arbetslivsinstitutet**

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1995:864) med instruktion för Arbetslivsinstitutet att 2 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Institutet skall inom sitt verksamhetsområde särskilt

1. bedriva och främja en långsiktig kunskaps- och kompetensutveckling,
2. främja forskning om kvinnors villkor i arbetslivet,
3. bedriva och i sin forskning främja lokala utvecklingsprojekt,
4. utarbeta och sprida information samt svara för dokumentation, och
5. bedriva utbildning,

6. svara för planering, utveckling, genomförande och utvärdering av utbildning för personal inom företagshälsovården. Genomförandet av utbildning kan ske såsom uppdrag till andra utbildningsanordnare. Institutet skall i frågor om utbildning av företagshälsovårdspersonal samverka med den företagshälsovårdsnämnd som finns inom Arbetsmiljöverket.

1 Uppdraget

Uppdraget och den omgivande miljö i vilken företagshälsovården verkar.

Enligt direktiven har utredningen att göra ”en översyn av vissa frågor rörande företagshälsovården”:

- om det behövs förändringar av de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård,
- om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring av den företagshälsovård som krävs med stöd av lag,
- huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen skall organiseras och dimensioneras,
- hur personalförsörjningen inom företagshälsovård skall kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet samt hur den särskilda kompetens som finns inom företagshälsovård bättre skall kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- om förutsättningar finns för tillämpning av avtal över hela landet mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa och vilka åtgärder som är lämpliga och möjliga för att sådana avtal ska komma till stånd.

Utgångspunkten är således inte att åstadkomma ett systemskifte utan att överväga vissa förändringar i den företagshälsovård som redan existerar och i förutsättningarna för dess användande. Bakom uppdraget ligger en önskan från flera håll att åstadkomma ett ökat användande av företagshälsovård och en kvalitetshöjning i branschen, ”en restaurerad företagshälsovård”. Detta har flera orsaker. Den kraftiga ökningen av ohälsan har lett till en önskan att bättre utnyttja företagshälsovårdens kompetens i såväl det förebyggande arbetet som sjukskrivningsprocessen och i rehabiliteringsarbetet. Samtidigt saknar en tredjedel av samtliga anställda tillgång till

företagshälsovård. Det finns missnöje med att de tjänster som levereras av företagshälsovården inte svarar mot de behov som finns. Delvis beror det på att behoven inte är identifierade eller inte tillräckligt preciserade. I viss mån kan detta ses som ett tecken på att den fria marknad för företagshälsovårdstjänster som uppstod efter avregleringarna i början av 1990-talet inte förmått tillgodose de krav som staten ställt på företagshälsovården.

En svårighet som utredningen redan inledningsvis möttes av är att begreppet företagshälsovård har olika innebörder. Även om det finns en definition i lagstiftningen finns i praktiken en stor spridning i uppfattningar om företagshälsovård som företeelse och om innehållet i dess verksamhet. Det finns också en skillnad i inriktningen av olika företagshälsovårdsproducenters verksamhet. Begreppet företagshälsovård används för att dels beskriva branschen, dels de tjänster den tillhandahåller. En del uppfattar företagshälsovård som sjukvård, andra som hälsokontroller eller friskvård, de i arbetsmiljöarbete initierade som en resurs i det förebyggande systematiska arbetsmiljöarbetet. Detta är inte särskilt märkligt med tanke på att det som marknadsförs som företagshälsovård stundom är något helt annat än vad lagstiftaren gett uttryck för i arbetsmiljölagen (AML).

Också sett ur ett samhällsperspektiv finns olika uppfattningar, som spänner mellan att å ena sidan se företagshälsovården som en resurs i folkhälsopolitiken, å andra sidan som en konsultverksamhet på en fri marknad. Allt detta har bidragit till en betydande osäkerhet om företagshälsovården och om vilken roll staten ska spela i förhållande till den.

En del av de frågor som ingår i utredningsuppdraget står i motsatsförhållande till varandra eller till den hittillsvarande uppfattningen om företagshälsovårdens uppdrag som regering och riksdag ställt sig bakom. I bl.a. följande frågor måste utredningen försöka finna lämpliga avvägningar:

- Företagshälsovården ska vara multidisciplinär och kunna göra helhetsbedömningar, vilket kräver tillgång till medicinsk, psykosocial, ergonomisk, teknisk och arbetsorganisatorisk kompetens. Samtidigt ska behovet av flexibla lösningar för de mindre företagens behov beaktas.
- Direktiven syftar till en utbyggnad av företagshälsovården, vilket kommer att kräva mer personal; samtidigt ska personalförsörjningen säkerställas utan negativa effekter för sjukvården.

Till en del hämtas personal till företagshälsovården från sjukvården. Detta skulle möjligen inte vara något problem om samtidigt uppgifter överfördes från sjukvården till företagshälsovården, men statens linje har varit och är att andelen sjukvård i företagshälsovården ska begränsas till förmån för förebyggande insatser.

- Utredningen ska överväga hur företagshälsovårdens särskilda kompetens bättre ska kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen; detta innebär en ökad inriktning mot medicinska bedömningar på individnivå, vilket kontrasterar mot det grupp- och organisationsperspektiv som staten har ansett ska präglade företagshälsovårdens verksamhet.
- De avtal om samverkan mellan sjukvården, försäkringskassan och företagshälsovården som direktiven hänvisar till har i hög grad gällt möjligheter för företagshälsovården att bedriva sjukvård. Staten har dock betonat att inslaget av sjukvård i företagshälsovårdens verksamhet bör begränsas¹.

När det gäller företagshälsovårdens möjligheter att bidra till minskad ohälsa måste man ha i minnet att den är en aktör bland många andra, och dessutom inte har ett tydligt uppdrag vare sig i sjukskrivningsprocessen eller i rehabilitering på individuell nivå. Uppdraget är beroende av relationen mellan företagshälsovården och dess kundföretag. Arbetsgivarna i kundföretagen har ett ansvar i t.ex. rehabiliteringsprocessen, men bestämmer själva i vilken utsträckning de använder företagshälsovården. Betydligt vidare uppdrag och större ansvar ligger på aktörerna inom sjukvården och sjukförsäkringen. Dessa kan inte sägas ha varit särskilt framgångsrika i kampen mot ohälsan. Åtskilliga utredningar och rapporter de senaste åren visar på allvarliga tillkortakommanden inom dessa system.

Företagshälsovården i Sverige har utretts praktiskt taget oavbrutet sedan början av 1960-talet. Ett par frågor som har varit frekvent förekommande i detta arbete har varit hur stor andel sjukvård som ska ingå i företagshälsovården och hur samverkan med den allmänna sjukvården ska kunna organiseras. Någon absolut klarhet har inte vunnits. En svårighet när det gäller andelen sjukvård är att precisera vad arbetsrelaterad ohälsa är och vad för slags sjukvård den kräver. Trots många välvilliga uttalanden om värdet av samverkan i de många utredningsbetänkanden som producerats har

¹ Se t.ex. prop. 1998/99:120.

inte heller samverkan mellan företagshälsovård och den allmänna sjukvården fått någon större omfattning. En bidragande orsak härtill är att staten har små möjligheter att styra landstingen, som ansvarar för sjukvården. Det har därför inte varit möjligt att bestämma *hur* samverkan ska gå till. Under den tid utredningen har arbetat har samverkan minskat, bl.a. genom att inskränkningar har skett i företagshälsovårdens tillgång till fri medicinsk service, s.k. fria nyttigheter, och genom inskränkningar i remissrätten. Detta har vanligen inte sin grund i några rationella överväganden om patienternas bästa utan beror på att landstingen anser sig tvingade att minska sina kostnader. Det riskerar att leda till sämre logistik i patientflöden, längre väntetider, ökad utslagning från arbetslivet och övervältring av kostnader på sjukförsäkringssystemet.

Företagshälsovården kan naturligtvis inte ensam kompensera de brister som finns i de omgivande systemen. Nu pågår ett arbete på flera fronter för att komma tillrätta med de brister och den osäkerhet om diagnoser och samband mellan orsak och verkan som präglar diskussioner om ohälsan. Förhoppningsvis kommer detta att leda till framgång. Det måste dock konstateras att primärvårdens möjligheter att göra arbetsförmågebedömningar kopplat till den enskilda arbetsplatsen är och kommer att vara begränsade.

Företagshälsovården borde typiskt sett vara den resurs som kan förebygga att arbetsrelaterad ohälsa uppstår och som bäst kan bedöma behov av sjukskrivning, arbetsanpassning och inriktningen av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det finns förvisso företagshälsovård som har den förmågan och som anlitas av arbetsgivare som inser vilken roll den kan spela. Men alltför ofta fungerar det inte så, vilket leder till sparsmakade kontrakt, dåliga beställningar och på sikt utarmning av företagshälsovårdens kompetens och efterfrågan på företagshälsovård.

Enligt utredningens mening är en väl fungerande företagshälsovård, med en förmåga att fortlöpande anpassa sig till de förändringar som sker i arbetslivet, ett av de bästa verktygen i kampen mot ohälsan och i ambitionen att skapa en god arbetsmiljö. Det finns en stor risk för att detta inte kan åstadkommas med de förutsättningar som nu är för handen. Utredningen lägger därför, fortfarande inom ramen för ett marknadssystem i fri konkurrens, fram förslag som syftar till att höja kvaliteten i företagshälsovårdens verksamhet och stimulera efterfrågan av god företagshälsovård. Förslagen möjliggör också igångsättning av en långsiktig utvecklingsprocess för företagshälsovården i samverkan mellan berörda

myndigheter, företagshälsovårdsbranschen och arbetsmarknadens parter. För att detta ska kunna förverkligas krävs att staten tydligt anger vad den vill med företagshälsovården.

Utredningen har således haft fokus på statens roll visavi företagshälsovården. I detta ligger bl.a. statens roll som lagstiftare och ansvarig för tillsynen av arbetsmiljön, ansvaret för utbildning av företagshälsovårdens personal, folkhälsoaspekter och kampen mot ohälsan. Däremot har utredningen inte gått i detalj in på frågor som rör företagshälsovårdens "inre liv", dvs. frågor som metodutveckling, arbetsmetoder eller affärsrelationer med kundföretagen. Den typen av frågor utvecklas bäst i ett dynamiskt samspel mellan de närmast berörda aktörerna. Vad staten kan bidra till är att skapa förutsättningar för att ett sådant samspel kommer till stånd. De förslag utredningen lägger har den inriktningen.

Betänkandets disposition

Syftet med denna läsanvisning är att ge en överblick över betänkandets disposition och göra det möjligt för läsaren att gå direkt till de delar som för henne eller honom är mest intressanta. I kapitel 2–6 redovisas fakta och bakgrunder till utredningens överväganden, i kapitel 7 kommer utredningens principiella ställningstaganden och i kapitel 8–14 finns utredningens överväganden och förslag. Slutligen finns i kapitel 15 konsekvensanalyser och kostnadsberäkningar.

Utredningens överväganden och förslag riktar sig mot hela arbetsmarknaden, såväl företag som myndigheter och förvaltningar. För enkelhetens skull används i betänkandet begreppet företag för att beteckna arbetsgivarens verksamhet, såväl inom privat som offentlig sektor.

Kapitel 2. Företagshälsovårdens utveckling ur lagstiftnings-, "ägar"- och partsperspektiv

Företagshälsovården har utretts nästan oavbrutet sedan början av 1960-talet. I kapitlet skildras denna mångåriga process därför att man kan se att många frågor går igen i utredning efter utredning utan att för den skull leda till några åtgärder. I slutet av kapitlet dras en del slutsatser av detta. Den som inte vill läsa hela kapitlet kan nöja sig med slutsatserna eller, om överblick önskas över

utvecklingen under 1990-talet, börja med förslagsvis rubriken ”Andra hälften av 1980-talet: ett intensivt utredande fortsätter...”.

Kapitel 3. Ohälsan och dess orsaker

I kapitlet finns en komprimerad redogörelse för ohälsans utbredning och dess fördelning och ett antal tänkbara förklaringar till den ökning som skett sedan 1997. Några enkla svar finns inte. Kapitlet ska ses som en bakgrund till de diskussioner som följer senare i betänkandet.

Kapitel 4. Företagshälsovården år 2004

Detta kapitel redovisas förutsättningar för företagshälsovårdens verksamhet i form av rättslig reglering, regler i kollektivavtal och internationella åtaganden. Vidare beskrivs företagshälsovårdsbranschen, vad den gör och levererar och vad dess kunder efterfrågar.

Kapitel 5. Företagshälsovårdens verksamhetsområden

Företagshälsovården har flera verksamhetsområden. Dessa redovisas med avseende på nuvarande reglering och problem med denna samt hur företagshälsovården kan bidra till förbättringar. De verksamhetsområden som beskrivs är

1. Förebyggande arbetsmiljöarbete
2. Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet
3. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
4. Hälso- och sjukvård
5. Hälsopromotion eller hälsofrämjande.

Kapitel 6. Internationell utblick

Här finns redovisat erfarenheter från Nederländerna, Finland och Danmark, som alla har eller har haft en lagreglering om företagshälsovård som innebär en obligatorisk anslutning.

Kapitel 7. Vägval

Utredningen har kommit fram till att det är avgörande för företagshälsovårdens utveckling att staten tar tydlig ställning till vilket samhällsuppdrag företagshälsovården ska ha och vilken roll staten ska spela i utvecklingen av god företagshälsovård. I kapitlet redovisas motiven för ett ökat statligt engagemang och ett antal principiella ställningstaganden.

Kapitel 8. Starkare statligt engagemang för god företagshälsovård: ny lagstiftning

I kapitlet föreslås en ny lag om företagshälsovård. I lagen finns bl.a. bestämmelser om att den, som bedriver företagshälsovårdsverksamhet och uppfyller lagens angivna krav, ska kunna godkännas av Arbetsmiljöverket genom en särskild inrättad företagshälsovårdsnämnd i vilken bl.a. parterna och företagshälsovårdsbranschen ingår. Nämnden får också en viktig roll i den fortsatta utvecklingen av företagshälsovården.

Kapitel 9. Användandet av företagshälsovård

Utredningens ställningstagande till starkare lagreglering av arbetsgivarens skyldigheter att tillhandahålla företagshälsovård avhandlas i detta kapitel, liksom andra åtgärder för att stimulera efterfrågan på god företagshälsovård.

Kapitel 10. Skatterättsliga aspekter på företagshälsovårdens verksamhet

I kapitlet föreslås vissa preciseringar i den nuvarande avdragsrätten för företagshälsovård.

Kapitel 11. Företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Här behandlas möjligheterna att bättre utnyttja företagshälsovårdens särskilda kompetens i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Kapitel 12. Samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården

I detta kapitel behandlas nuvarande samverkan, argument för och hinder mot samverkan samt vad samverkan bör avse. S.k. medicinsk service eller fria nyttigheter tas upp. Utredningen framför förslag om ett program för utveckling av samverkan.

Kapitel 13. Personalförsörjning

Företagshälsovården står inför omfattande pensionsavgångar. Utredningens förslag bedöms vidare leda till ökat behov av personal. Här finns beräkningar av vilka konsekvenser detta får och ställningstagande i fråga om konsekvenser för hälso- och sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet.

Kapitel 14. Företagshälsovårdsutbildning och FoU

I kapitlet finns beskrivningar av nuvarande utbildningar samt utredningens ställningstaganden till den framtida företagshälsovårdsutbildningen, bl.a. i fråga om huvudmannaskap. Utredningen lyfter också fram behovet av FoU om företagshälsovården.

Kapitel 15. Konsekvensanalyser

Här redovisas de konsekvensanalyser och kostnadsberäkningar utredningen enligt sina direktiv har att göra.

2 Företagshälsovårdens utveckling ur lagstiftnings-, ”ägar”- och partsperspektiv

Den tidiga utvecklingen

Det industriella genombrottet under 1800-talets senare hälft medförde nya och svårbemästrade säkerhets- och hälsoproblem i dåtidens arbetsmiljöer. Detta ledde till en del motionerande i riksdagen om begränsning av arbetstiden för minderåriga och från 1880-talet till en diskussion om arbetarskydd och olycksfallsförsäkring¹. Så småningom tog också riksdagen ett beslut om 1889 års yrkesfara-relag, som blev tämligen urvattnad på vägen genom riksdagen. Efterhand kom dock förbättringar, och i 1912 års lag om arbetarskydd infördes de första reglerna om medverkan av ombud för arbetstagarna i säkerhetstjänsten. Från 1920-talet förekom skyddskommittéer, men lagregler om skyddskommittéer kom först 1938².

Tidigt – redan från 1880-talet – fanns en del regler om läkarundersökning av minderåriga, från början i särskilt farliga arbeten, senare mer generellt. Regler om läkarundersökning av vissa vuxna arbetstagare i särskilt riskabla yrken kommer först 1938.

En första ansats till en skyddsingenjörsfunktion kan iakttas i början av 1930-talet, då några företag började anställa särskilda säkerhetsingenjörer, antagligen inspirerade av en ILO-rekommendation från 1929 om förebyggande av olycksfall i arbetet. Redan under 1800-talet förekom i företag en viss medicinsk verksamhet som utövades av anställda läkare eller anlidade privatpraktiserade läkare. Längre bestod denna av sjukvård och utgjorde därmed ett komplement till den begränsade sjukvård som samhället kunde erbjuda.

Denna tradition levde kvar långt in i modern tid. Anvisningsläkare inom statsförvaltningen för fri sjukvård till de anställda, som levde kvar till in på 1970-talet, kan ses som en kvarleva av systemet med kompletterande medicinsk verksamhet vid företagen. Fram till

¹ Bertil Delin, Från husaga till företagshälsovård, FFA 1981.

² SOU 1968:44, Företagshälsovård.

slutet av 1940-talet gällde detta i hög grad även för de stora företag och bruk runt om i landet, som fann det förenligt med sina intressen att anställa s.k. industriläkare. Det var inom denna kår av industriläkare som principerna för företagshälsovård i modern mening utvecklades.

Mellan SAF och LO förekom inom och på initiativ av den s.k. Arbetsmarknadskommittén från 1936 förhandlingar om bl.a. arbetarskyddsfrågor. En överenskommelse om allmänna regler för den lokala säkerhetstjänstens organisation tillkom 1942, och samtidigt inrättade parterna den gemensamma arbetarskyddsnämnden.³ Efter det att 1949 års arbetarskyddslag och arbetarskyddskungörelse trätt i kraft reviderades överenskommelsen 1951. Parterna markerade i överenskommelsen betydelse av partsgemensamt arbete:

Möjligheten att genom lagstiftning ernå en önskvärd effektivisering av det lokala skyddsarbetet är begränsad. En del hithörande förhållanden äro av beskaffenhet att lämpligare regleras genom avtal än genom lag. Den frivilliga överenskommelsen måste anses innebära fördelar med avseende å den praktiska genomförbarheten av föreskrifterna och framförallt vara ägnad att tillvinna skyddsarbetet intresse från parternas sida samt befordra deras självverksamhet och ansvarskänsla. På frivillighetens väg gjorda åtaganden förpliktiga moraliskt i högre grad just när det gäller här ifrågavarande uppgifter. Utan stödet av en aktiv samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare leder inte ens den bästa arbetarskyddslag till åsyftat resultat.

Företagshälsovård dyker upp som begrepp....

Begreppet företagshälsovård användes inte i 1951 års överenskommelse. Det enda som nämns är att om arbetsgivaren anställt särskild läkare för arbetarna, bör denne närvara vid skyddskommitténs sammanträden. Grundläggande principer för den medicinska företagshälsovården föreslogs dock av SAF 1954 och accepterades av LO i den dåvarande arbetsmarknadskommittén. Det som antogs i arbetsmarknadskommittén hade formen av en Pm och var alltså inte något kollektivavtal. Den anger ett antal riktlinjer som de företag som frivilligt önskar organisera företagshälsovård och – sjukvård bör tillämpa. De åtgärder som bör ingå är säkerhetstjänst (tekniska skyddsåtgärder), industrihälsovård, industrisjukvård och rehabilitation.⁴

³ Regler angående den lokala arbetarskyddsverksamheten mm, Arbetarskyddsnämnden 1951.

⁴ Sven Yllner, Mera fred än fejd, SAF 1996.

Det som fick SAF att ta initiativet var risken för en statlig reglering av företagshälsovården. Den allmänna sjukvården byggdes ut och det rådde en besvärande läkarbrist. Dessutom trädde den obligatoriska sjukförsäkringen i kraft 1955 med regler om fritt läkarval. Samstämmigheten mellan SAF och LO bidrog sannolikt till att det inte blev någon myndighetsreglering. Tvärtom kunde arbetsgivarna enligt den nya sjukförsäkringslagen få ersättning från försäkringskassan. Det gällde "arbetsgivare som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder så att kassans utgifter för sjukförsäkringen kunna antagas minska".

1959 antog ILO en rekommendation (nr 112) om företagshälsovård. ILO-rekommendationen var som namnet antyder just en rekommendation, till skillnad från de konventioner som ILO kan anta. En konvention – som senare kom rörande företagshälsovården – måste följas om den ratificeras, medan rekommendationer är just vad namnet antyder, en rekommendation till ILO:s medlemsländer.

ILO-rekommendationen definierade företagshälsovård som

En på eller i närheten av arbetsplatsen upprättad verksamhet, som har till syfte

Att skydda arbetstagarna mot varje hälsorisk, för vilken de kunna bli utsatta till följd av sitt arbete eller de förhållanden under vilka detta utföres;

Att medverka till arbetstagarnas fysiska och psykiska anpassning, särskilt genom arbetets anpassning till arbetstagarna samt genom anvisning av arbetsuppgifter, för vilka de äro lämpade;

Att medverka till att för arbetstagarna skapa och vidmakthålla högsta möjliga grad av fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Enligt rekommendationen kunde företagshälsovården – med hänsyn till skillnader mellan de olika medlemsstaterna – genomföras genom lagstiftning, kollektivavtal eller på annat av vederbörande myndighet godkänt sätt. Rekommendationen angav att den nationella lagstiftningen bör föreskriva vilken myndighet som ska vara ansvarig för övervakningen av företagshälsovårdens organisation och verksamhet.

ILO:s rekommendationer riktas till ländernas regeringar. Hos SAF möttes rekommendationen med misstänksamhet. Företagshälsovården var i Sverige en verksamhet som företagen själva hade inrättat frivilligt och i samråd med sina anställda och till gagn för båda parter. SAF ansåg att det förtroende som företagshälsovården

åtnjöt skulle rubbas om företagshälsovården skulle regleras och fungera som myndighetens förlängda arm.

... och nu påbörjas utredandet om företagshälsovård

I proposition nr 22 år 1960 underställde regeringen riksdagen bl.a. ILO-rekommendation för yttrande. Departementschefen anförde

..att vissa föreskrifter fanns i den svenska arbetarskyddslagstiftningen, som berörde frågor som omfattades av rekommendationen, men att beträffande flertalet av de i rekommendationen förekommande anvisningarna saknades motsvarighet i svensk lagstiftning. Möjligen borde – såsom Svenska Arbetsgivareföreningen uttalat – företagshälsovården utvecklas fritt under samverkan mellan arbetsmarknadens parter. Detta hindrade dock inte att lagstiftningen i ett eller annat avseende kunde behöva kompletteras till följd av rekommendationen. Frågan huruvida så borde ske synes i första hand böra prövas av arbetarskyddsstyrelsen, som också borde överväga i vad mån rekommendationens principer borde komma till uttryck i styrelsens anvisningar. Styrelsens prövning av frågorna borde ske i samråd med medicinalstyrelsen och arbetsmarknadens parter.

Riksdagen anslöt sig till departementschefens uttalande och ILO-rekommendationen överlämnades i mars 1960 till arbetarskyddsstyrelsen för prövning av frågan om och i vad mån rekommendationens principer borde komma till uttryck i lagstiftning eller av styrelsen utfärdade anvisningar. Uppdraget fick dock anstå och först i slutet av 1963 påbörjades förberedande diskussioner sedan LO och SAF utsett representanter i utredningen. 1965 kom det egentliga utredningsarbetet i gång, vilket resulterade i ett betänkande 1968 (SOU 1968:44, Företagshälsovård). Utredningen – som antagit namnet Företagshälsovårdsutredningen – hade en bred representation från parterna, men också från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet och dessutom yrkesmedicinsk och yrkeshygienisk expertis.

Det fanns starka krafter som verkade för en statlig reglering. Från början stod det klart att regeringen förväntade sig ett regleringsförslag från utredningen, vilket också var LO:s linje. Formen för reglering var dock öppen, vilket innebar att SAF kom att ställas inför valet mellan lagstiftning eller någon form av avtal mellan parterna. SAF betraktade lagstiftning som förödande, och när LO erbjöd förhandlingar bildade man en gemensam arbetarskyddskommitté som började sitt arbete i början av 1965. Uppdraget innefattade inte bara företagshälsovårdsfrågor utan framförallt en

revidering av 1951 års regler för den lokala skyddsverksamheten. När det gällde företagshälsovården handlade kommitténs arbete om vilken ställning den skulle inta i samarbetet mellan arbetsgivare och arbetstagare.

Förhandlingarna i kommittén gick trögt i början, men i maj 1967 träffades en överenskommelse om nya allmänna regler för den lokala arbetarskyddsverksamheten och om riktlinjer för företagshälsovård. De överenskomna reglerna motsvarade i stort sett ILO-rekommendationen, och därmed föll i praktiken frågan om lagstiftning i utredningen. Utredningsarbetet avslutades i linje med den träffade överenskommelsen:

..har utredningen kommit fram till att lagstiftningsåtgärder för närvarande icke äro påkallade.... Den frivillighetens väg som sålunda beträffs bör enligt utredningens mening få prövas.

SAF/LO-området omfattade visserligen en väsentlig del av den svenska arbetsmarknaden, men inte helheten. Utredningen hade dock gott hopp om att förutsättningarna var goda för att nå rekommendationens syften genom frivilliga åtaganden och samverkan också på övriga områden. För att stimulera en sådan process föreslog utredningen att ett samråds- och samverkansorgan skulle bildas, byggt på frivillig samverkan mellan Socialstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetsmedicinska institutet och centrala arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer och med anknytning till och administrativ service från arbetarskyddsstyrelsen.

När utredningen avslutade sitt arbete 1968 var det mindre än 15 procent av den arbetande befolkningen som omfattades av företagshälsovård, främst anställda vid stora industriföretag. En utbyggnad var alltså nödvändig. SAF och LO insåg att denna måste ske successivt i den takt som samhället kunde ställa kvalificerad personal till förfogande, vilket också framgår av överenskommelsen. Där skrevs in att en utbyggnad av företagshälsovården måste ske i intim samverkan med samhällets ansvariga resurser. Utbildningsfrågorna fick också stort utrymme i det betänkande som utredningen lämnade, och utredningen gjorde rätt omfattande genomgångar av utbildningsinnehåll för de olika grupperna och av personalbehov. För att utbildningskapaciteten skulle kunna ökas föreslog utredningen att dåvarande Arbetsmedicinska institutet skulle få ökade resurser och att de av en tidigare utredning (*SOU 1963:46, Yrkesmedicinska sjukhusenheter – behov och organisation*)

föreslagna yrkesmedicinska enheterna, främst vid regionsjukhusen, nu skulle inrättas.

Som tidigare nämnts erhöll företagshälsovården en viss ersättning från försäkringskassan för sjukvårdande uppgifter. Utredningen ansåg det otillfredsställande att ersättning inte kunde utgå för förebyggande verksamhet och föreslog att ersättningsreglerna skulle förändras för att stimulera en utbyggnad av företagshälsovården.

Utredningen redovisar ett antal alternativa organisationsformer för företagshälsovården, närmast som vägledning. Alternativen var inbyggd företagshälsovård med hel- eller deltidsanställd läkare, företagshälsovårdscentraler som drivs av flera företag gemensamt, branschknuten företagshälsovård med regionala centraler och rörliga enheter och andra organisationsformer, som t.ex. kunde vara att läkare på orten fullgör vissa uppgifter i mindre företag. Grundprincipen var alltså att företagen själva ägde och drev verksamheten. I de fall gemensamma centraler bildades fanns en SAF-rekommendation om en dubbel konstruktion med ekonomisk förening och aktiebolag. Det är först efter statsbidragets avskaffande 1993 som den nuvarande modellen med fristående företagshälsovårdsföretag på en fri marknad kommer på bred front.

Redan i den tidiga utvecklingen kan iakttas ett antal förhållanden som sedan gått igen i olika faser av den fortsatta utvecklingen av företagshälsovården. Det fanns en del tydliga intressen från samhällets sida att reglera företagshälsovården och se den som en del av sjukvårdspolitiken på nationell eller landstingskommunal nivå. Från början var industriläkarna och senare företagshälsovården ett företags- eller arbetsgivarintresse, men under utvecklingen fram till 1967 års överenskommelse svängde det över till att bli en partsgemensam angelägenhet. Det bör dock noteras att formen för det fackliga inflytandet var samråd i skyddskommittéer eller företagsnämnder, och i de fall gemensamma företagshälsovårdscentraler inrättas, samråd mellan representanter för de anställda och centralens ledning. Tidsandan spelade naturligtvis en stor roll i denna omsvängning. Den främsta drivkraften på arbetsgivarsidan var dock att undvika en reglering från statsmaktens sida.

Trots att parterna nu tog ett gemensamt ansvar genom överenskommelsen innebar detta inte att man helt släppte kopplingen till berörda intressenter i samhället. Man var beredd att samverka om utbyggnadstakten, främst vad gällde tillgången till personal för den växande företagshälsovården, och man behövde stöd för utbildning

av personalen och tog gärna mot ekonomisk ersättning för de sjukvårdande insatser som gjordes. Men någon absolut distinkt gränsdragning eller beskrivning av ansvarsfördelning gjordes inte av företagshälsovårdsutredning i betänkandet (1968:44, *Företagshälsovård*). Som kommer att framgå av den fortsatta framställningen är detta symptomatiskt för företagshälsovårdens utveckling fram till nutid – trots alla de utredningar som gjorts.

Utvecklingen efter 1968 – företagshälsovården byggs ut

Överenskommelsen mellan SAF och LO blev startskottet till en expansion av företagshälsovården och utbyggnaden gick fram till 1980, vad gäller läkarresurser, tre gånger snabbare än utredningen räknat med. Bygghälsan startade som första branschhälsa och antalet centraler växte. Utbyggnaden kom också i gång på övriga avtalsområden. På det kommunala området träffades avtal om företagshälsovård 1975. Statshälsan startade 1979 som branschhälsa för det statliga området. 1981 omfattades i stort hela den offentliga sektorn av avtal om företagshälsovård. På den privata sektorn var det ca 400 000 arbetstagare, främst inom småföretag, som inte omfattades av sådana avtal⁵. I praktiken var det dock bara 65 procent av dem som omfattades av arbetsmiljöavtalen som hade tillgång till företagshälsovård.

Efterbörden av Företagshälsovårdsutredningen blev proposition 1971:23 (Angående vissa frågor om företagshälsovård mm). Under mellantiden hade regeringen låtit Arbetarskyddsstyrelsen och Arbetsmedicinska institutet utreda omfattningen av läkarresurser som kunde tilldelas företagshälsovården och formerna för en reglerad tilldelning av läkartjänster. Vidare hade Arbetsmedicinska institutet fått uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen utreda frågan om utbildningen i företagshälsovård vid institutet.

I propositionen finns en diskussion om hälsofrågornas betydelse i arbetslivet och vidare lyfte departementschefen fram behovet av att de arbetspsykologiska och sociala frågorna (som inte ingick i utredningens förslag) beaktas i företagshälsovårdens verksamhet. Vidare inrättades, enligt utredningens förslag, en företagshälsovårdsdelegation under ledning av Arbetarskyddsstyrelsen för samråd om företagshälsovårdens utbyggnad, läkarresurser mm. I dele-

⁵ SOU 1983:32.

gationen ingick parterna, sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsverket och Arbetsmedicinska institutet.

När det gäller tilldelning av läkarresurser infördes krav på Socialstyrelsens medverkan vid inrättande av tjänst som företagsläkare vid vårdcentral eller läkarstation för öppen vård under kommunalt huvudmannaskap. För övriga företagsläkartjänster föreslogs att överenskommelser träffas inom företagshälsovårdsdelegationen mellan arbetsmarknadens parter, sjukvårdens huvudmän och representanter för staten. Som nämnts ovan växte dock antalet företagsläkartjänster fram till 1980 tre gånger snabbare än utredningen räknat med.

Det förslag till utbildningsprogram som Arbetsmedicinska institutet lagt fram vann i stort gehör i propositionen och institutet fick både ett tydligt uppdrag beträffande utbildning av företagshälsovårdens personal⁶ och en resursförstärkning motsvarande 21 tjänster, och dessutom beräknades medel för ytterligare lärartjänster utanför institutet.

Arbetsmiljöfrågorna flyttas högre upp på den fackliga och politiska dagordningen

Man skulle kunna tro att företagshälsovården nu hittat sina former och att en period av arbetsro skulle inträda. Så blev inte riktigt fallet. I skiftet mellan 1960- och 1970-talen accentuerades kraven på en bättre arbetsmiljö. LO och det socialdemokratiska partiet tog fram handlingsprogrammet "Bättre arbetsmiljö" och 1970 tillsatte regeringen en arbetsmiljöutredning med uppgift att göra en genomgripande översyn av hela arbetarskyddslagstiftningen och den organisation som skulle svara för tillsynen. På LO-kongressen 1971 kom upp krav på lagstiftning om företagshälsovård, men utgången blev att den frivilliga utbyggnaden fick fortsätta. Både den politiska och fackliga debatten kom i hög grad att handla om arbetsmiljöfrågor under 1970-talet och de fackliga kraven på ökat inflytande över arbetsmiljön var starka. Till detta bidrog naturligtvis tidsandan, men också ökad kunskap om risker och effekter av farliga ämnen. Turbulensen kring reabränslet MC77 och asbestens skadeverkningar under 1970-talets början kan tas som exempel.

⁶ Uppdraget försvann i sin dåvarande distinkta form i slutet av 90-talet i samband med en vidgning av uppdraget till ALI.

Arbetsmiljöutredningens slutbetänkande kom 1976 (*SOU 1976:1, Ny arbetsmiljölag*). Det innehöll inga direkta förslag om företagshälsovård, men pekar på företagshälsovårdens stora betydelse som en del av den lokala arbetarskyddsorganisationen. Trots utbyggnaden av företagshälsovården hade fortfarande bara cirka en tredjedel av arbetstagarna tillgång till någon form av företagshälsovård. Därför behövdes en fortsatt utbyggnad. Arbetsmiljöutredningen pekade på att ett antal frågor behövde utredas ytterligare. Dit hörde utbyggnadstakten, former för företagshälsovård för småföretag och glesbygd, behov av personal av olika kategorier och kompetenskrav för dessa, behovet av samplanering med hälso- och sjukvården och i vilken utsträckning företagshälsovården ska innehålla sjukvård, dvs. de frågor som fortfarande är aktuella och som utretts i stort sett oavbrutet de senaste 40 åren. Redan 1976 tillsattes också en utredning, 1976 års företagshälsovårdsutredning, som levererade sitt slutbetänkande 1983 (*SOU 1983:32, Företagshälsovård för alla*).

Oro för lagstiftning driver fram förhandlingar....

I debatten vid 1970-talets början fanns många förespråkare för att överföra företagshälsovården till offentligt huvudmannaskap och arbetsmiljöutredningens delbetänkande "Bättre arbetsmiljö" 1972 oroadе SAF, som inbjöd LO och PTK till överläggningar för att starta nya förhandlingar på arbetsmiljöområdet⁷. Detta ledde till ett avtal om arbetsmiljö mellan SAF, LO och PTK, som undertecknades i april 1976. Avtalet innebar ett obligatorium – alla SAF-företag var skyldiga att ansluta sig när tillfälle gavs. Avtalet var konstruerat främst utifrån stora industriföretags behov, vilket så småningom ledde till en del gnissel när småföretag inte kunde påverka vare sig innehållet i tjänsterna eller avgiften.

Avtalet innebar också att skyddskommittén fick en central ställning i styrningen av företagshälsovården. LO hade krävt att skyddskommittén – som har arbetstagar majoritet – skulle få beslutsrätt i företagshälsovårdsfrågor, vilket inte kunde accepteras av SAF eftersom det skulle medföra att företagsledningen inte hade kontroll över utgifterna. Kompromissen blev att skyddskommittén kunde fatta beslut om ekonomiska åtaganden i konsensus, men med enkel majoritet om det fanns medel avsatta i budget.

⁷ Sven Yllner. Mera fred än fejd. SAF 1996.

Återigen hade hotet om lagstiftning drivit fram en överenskommelse mellan parterna.

Den nya arbetsmiljölagen trädde i kraft den 1 juli 1978 och innebar ett vidgat arbetsmiljöbegrepp. Stora förhoppningar knöts till lagstiftningen av de fackliga organisationerna och nu inträdde en period av utbildning av skyddsombud och skyddskommittéledamöter och högkonjunktur för arbetsmiljöfrågorna. I den nya arbetsmiljölagen fanns dock inga regler om skyldigheten att anlita företagshälsovård.

... men något förslag till lagstiftning blir det inte

Under tiden arbetade 1976 års företagshälsovårdsutredning på och levererade ett par delbetänkanden (*SOU 1980:22, Utbyggnad av yrkesmedicinen och DsA 1981:1, Mät- och laboratorieresurser för bättre arbetsmiljö*). Först i maj 1983 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande på 406 sidor (*SOU 1983:32, Företagshälsovård för alla*). Det är en grundlig genomgång av arbetsmiljön och risker, arbetsfält för företagshälsovården, personalbehov, utbildnings-, behörighets- och meritvärderingsfrågor.

När det gäller utbyggnaden av företagshälsovården framgår att utredningen såg som sin främsta uppgift att lägga förslag som syftar till heltäckande företagshälsovård för landets alla arbetstagare. Inom utredningen rådde enighet om att detta skulle ske inom en tioårsperiod och att även ensamföretagare skulle ges möjlighet att frivilligt ansluta sig. Utredningen ansåg inte, med hänsyn till sina förslag om bl.a. utbildningsfrågorna, att brist på personal eller andra resurser behövde vara något hinder, men att det däremot fanns strukturella hinder, nära förknippade med situationen i småföretag. Detta innebar krav på differentiering i organisation och innehåll i verksamheten, samverkan mellan parterna och över avtalsgränserna, att befintlig företagshälsovård, kommunerna, landstingen och staten via Statshälsan skulle medverka till att erbjuda småföretag företagshälsovård, samverkan mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård och att landstingen med kraft och utifrån det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa skulle verka för att tillhandahålla företagshälsovård om inga andra möjligheter stod till buds. Som i så många andra av utredningarna om företagshälsovård ges inga konkreta svar på frågan *hur* detta ska gå till. Utredningen konstaterar att utbyggnaden för småföretag

kommer att kräva ökade samhälleliga kostnader, men lägger inga konkreta förslag.

Frågan om lagreglering av skyldigheten att anordna företagshälsovård hade uppenbart föranlett en del turbulens under utredningsarbetet. I betänkandet stannade utredningen för att inte lägga något sådant förslag. Man ansåg att de övriga åtgärder som föreslagits borde, tillsammans med särskilda informationsinsatser till småföretagen, vara tillräckliga. Mot detta reserverade sig ordföranden (generaldirektören i Arbetarskyddsstyrelsen), samt ledamöterna från (s), LO och Landstingsförbundet till förmån för ett lagförslag om skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård och med en ventil som medgav att Arbetarskyddsstyrelsen kunde medge undantag från skyldigheten.

Samtidigt med utredandet i företagshälsovårdsutredningen pågick ett arbete om ersättningsreglerna. Redan 1968 års utredning hade föreslagit ändringar i dessa så att ersättning skulle kunna utgå för förebyggande arbete. Inte heller det arbetet gick särskilt fort. 1972 gav regeringen Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen uppdrag att utreda frågan, och efter fem år lade verken 1977 fram sitt förslag (*Ds 1977:3, Sjukförsäkringens ersättningsregler vid företagshälsovård*), som bl.a. innebar att ersättning skulle kunna utgå för förebyggande medicinska insatser. Förslaget remissbehandlades, och såväl 1976 års företagshälsovårdsutredning som andra remissinstanser tillstyrkte, men förslaget ledde inte till någon åtgärd från regeringens sida.

Efter ett antal motioner i riksdagen gav riksdagen en pekpinne till regeringen (SoU 1979/80:36) om angelägenheten av ersättningsfrågan snabbt skulle komma till en lösning och underställas riksdagen för beslut. I 1982 budgetproposition aviserade regeringen i stället att den i en kommande proposition tänkte ta upp frågan om avveckling av ersättningen. Detta ledde till kraftiga protester från parterna och ett uttalande från företagshälsovårdsutredningen att en avveckling vore olycklig. Regeringen backade och tillsatte en arbetsgrupp med uppdraget att ta fram förslag till ett ersättningsystem som skulle stimulera förebyggande verksamhet (budgetpropositionen 1982/83:100). Arbetsgruppen levererade i juni 1984 sitt betänkande (*Ds A 1984:1, Nytt ersättningsystem för företagshälsovården*).

Samtidigt arbetade också en särskild utredare för att utreda vissa frågor om samverkan i arbetsmiljö- och anpassningsfrågor, som i

februari 1984 avlämnade betänkande (*Ds A 1984:2, Arbetsanpassning*).

En regel om företagshälsovård tas in i AML

I proposition 1984/85:89 om företagshälsovård och arbetsanpassning samlade nu regeringen upp de aktuella frågorna, och förslagen genomfördes efter riksdagsbeslut den 1 januari 1986. Företagshälsovårdsutredningens förslag om utbyggnadstakt, personalbehov och utbildningsfrågor diskuteras ingående i propositionen utan att det finns konkreta förslag till riksdagen. I stort stödde departementschefen den i remissomgången redovisade ambitionen från de inblandade aktörerna att fortsätta den inslagna frivilliga vägen. Ett förslag till lagändring läggs dock: i 3 kap 2 § AML införs nu en regel om företagshälsovård:

Om arbetsförhållandena påkallar det skall arbetsgivare föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver.

Motivet till förändringen var att ge yrkesinspektionen möjlighet att i vissa enskilda fall gripa in med förelägganden mot en arbetsgivare att föranstalta om företagshälsovård för sina anställda. Departementschefen ansåg att det kan finnas arbetsmiljöer med så speciella risker eller påfrestningar att tillgång till företagshälsovård måste ses som en absolut nödvändighet. Departementschefen betonade i sammanhanget att det inte handlar om en generellt tvingande lagstiftning om företagshälsovård. I propositionen framgår dock också att departementschefen inte för all framtid var beredd att avskri-va tanken på en generell lagstiftning med skyldighet för arbetsgivare att anordna företagshälsovård. Frågan skulle prövas i samband med den utvärderingen av de nya bidragsreglerna, som aviserades i propositionen.

I praktiken hade förändringen ingen betydelse. Endast ett par fall där arbetsgivare fått föreläggande om att ansluta sig till företagshälsovård var 1997 kända hos Arbetarskyddsstyrelsen och inget av dessa hade överklagats⁸.

Reglerna om anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som infördes innebar ett vidgat ansvar för skyddskommittén.

Det nya ersättningssystem som infördes fr.o.m. 1986 innebar att det gamla ersättningssystemet för sjukvård nu ersattes av ett nytt,

⁸ Statskontoret 1997:2, Företagshälsovården i dag.

baserat på att ersättningen beräknades efter det antal personer som vid anslutna arbetsplatser arbetade minst 15 timmar per vecka. Utöver denna grundersättning fanns ett småföretagartillägg och ett nyanslutningstillägg, detta för att stimulera anslutning av småföretag. Vissa villkor måste uppfyllas, villkor som skulle härledas från de centrala kollektivavtalen. Det förebyggande arbetet betonades. Prövningen om företagshälsovården uppfyllde villkoren lades på de regionala yrkesinspektionsnämnderna.

ILO:s konvention (nr 161) och rekommendation (nr 171) om företagshälsovård

Internationella arbetsorganisationen (ILO) antog år 1985 rubricerade dokument om företagshälsovård. Konventionen ratificerades av Sverige som första land år 1986, med ikraftträdande den 7 februari 1988. Då ansåg departementschefen att någon ändring inte erfordrades av svensk lagstiftning eller praxis med anledning av konventionen. Konventionen har, förutom av Sverige, ratificerats av Finland, Tjeckoslovakien, Ungern, Jugoslavien, Tyskland samt f.d. delrepubliker i dåvarande Jugoslavien och Tjeckoslovakien, och dessutom av ett tiotal utomeuropeiska stater. En medlemsstat kan första gången säga upp konventionen 10 år efter ikraftträdandet, och därefter förlängs den i tioårsperioder. Nästa möjliga uppsägningstillfälle för Sverige är alltså 2008.

Konventionen innehåller dels riktlinjer för en nationell politik för företagshälsovård, dels närmare bestämmelser om företagshälsovårdens uppgifter och organisation samt villkor för dess verksamhet. Konventionen innebär att de medlemsstater som ratificerat densamma åtar sig att steg för steg bygga ut företagshälsovård för alla arbetstagare. Om detta inte kan ske omedelbart ska varje berörd medlemsstat utarbeta planer för införande av sådan service i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna, där sådana förekommer. En närmare redogörelse för konventionens innehåll samt den kommunikation som förevarit med anledning av konventionen mellan ILO och den svenska regeringen finns i kapitel 4.

När konventionen trädde i kraft för svensk del fanns kollektivavtal om företagshälsovård och ett statsbidragssystem som stimulerade utbyggnaden. 1992 års företagshälsovårdsutredning, som berörs längre fram, utredde företagshälsovården mot bakgrund av upp-

sagda kollektivavtal och avskaffat statsbidrag. Den gjorde också en analys av konventionen i förhållande till det då uppkomna läget för företagshälsovården. Som huvudalternativ räknade utredningen med att parterna skulle komma fram till nya avtal, men den analyserade också fallet att avtal inte träffas:

...finns anledning att ange ett alternativ som uppfyller ILO-konventionens krav på annat sätt än genom att avtal sluts. I ett sådant alternativ ankommer det enligt utredningens mening på statsmakterna att tillse, att företagshälsovård finns och utnyttjas. Det förutsätter att begreppet definieras i lag eller förordning och att åtgärder vidtas för att den också verkligen utnyttjas.

Mot den bakgrunden lade utredningen ett förslag om ändringar i 3 kap 2 § AML:

Arbetsgivaren ska föranstalta om företagshälsovård om det inte är uppenbart onödigt.

Utredningen underströk att förslaget syftade till att företagshälsovård ska finnas så gott som undantagslöst för anställda hos alla arbetsgivare, detta mot bakgrund av att de allmänna stadgandena i AML är av sådan art och räckvidd att företagen i gemen har behov av särskilda expertresurser.

Utöver förslaget till ändring i AML föreslog utredningen att Arbetarskyddsstyrelsen skulle ge ut anvisningar som anslöt till de krav på företagshälsovården som fanns i statsbidragsförordningen. Utredningens alternativ i händelse av att avtal inte träffas innefattade också krav på auktorisation. Utredningen ansåg att alternativet utan avtal innebar att förekomsten av företagshälsovård i princip är en statlig angelägenhet och att auktorisationen därför är ett myndighetsansvar som bör läggas på Arbetarskyddsstyrelsen.

Sista hälften av 1980-talet: ett intensivt utredande fortsätter...

Från mitten av 1980-talet ökade det s.k. ohälsotalet⁹ kraftigt, liksom sjukförsäkringens utgifter. Även om arbetslivet hade demokratiserats och arbetstagarnas inflytande ökat fanns kvar stora skillnader mellan olika arbetstagargrupper, som också avspeglade

⁹ Det genomsnittliga antalet dagar per försäkrad med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och förtidspension.

sig i skillnader i hälsa, sjukdom och risk för tidig död. Mycket återstod för att målet det goda arbetet skulle uppnås.

Under senare delen av 1980-talet pågick ett intensivt utredningsarbete. En särskild utredare ägnade sig åt arbetsolyckor (*SOU 1988:3 Arbetsolycka – "olycka" eller arbetsmiljöbrott?*), en arbetsgrupp såg över vissa bestämmelser i AML (*Ds 1989:48 Produktkontroll enligt arbetsmiljölagen mm*) samt *Ds 1990:6 Arbetsmiljöansvar vid projektering mm*), men framförallt bedrevs ett omfattande och brett arbete i Arbetsmiljökommisionen (*SOU 1990:49 Arbete och hälsa*).

Företagshälsovården utreddes också samtidigt i en arbetsgrupp (översynsgruppen) med uppdraget att göra en översyn av 1986 års företagshälsovårdsreform. Framförallt var det effekterna av det nya bidragssystemet som skulle utvärderas. I sin rapport (*Ds 1990:42, Företagshälsovård i omvandling*), konstaterade gruppen att det tidigare uppsatta målet för utbyggnaden hade överträffats. 1988 hade cirka 80 procent av samtliga anställda tillgång till företagshälsovård. Som tidigare var det små företag som inte var anslutna. Översynsgruppen avfärdade dock tanken på en allmän lagstiftning om företagshälsovård eftersom den inte skulle lösa de grundläggande problemen med de små företagens anslutning.

Även om täckningsgraden hade ökat var översynsgruppen medveten om att företagshälsovården var långt ifrån problemfri. Missnöje med de tjänster som levererades hade förekommit redan under det gamla bidragssystemet, t ex att det ledde till för mycket sjukvård i verksamheten. Uppenbarligen löste inte heller det nya bidragssystemet de grundläggande problemen. Översynsgruppen skrev t.ex. i sin rapport:

företagshälsovårdens grundproblem är inte dess inre arbetsformer utan dess yttre förutsättningar. Företagshälsovårdens roll är egentligen en återspeglning av hur arbetsmiljöfrågorna hanteras i företaget. Formerna för arbetsmiljöarbetet har stelnat och den lokala skyddsorganisationen har inte integrerats i verksamheten på arbetsstället på det sätt som var avsett enligt avtalen. Denna utveckling har även drabbat företagshälsovården som en del av det lokala arbetsmiljöarbetet.

Översynsgruppen lyfte fram betydelsen av att tyngdpunkten i företagshälsovårdens arbete ligger i det förebyggande arbetet med tonvikt på grupp- och organisationsinriktade insatser. Dessutom lyftes dess alltmer ökande roll i anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten fram. När det gäller sjukvård konstaterade gruppen att den är uppskattad, men att detta behov bör tillgodoses på annat

sätt än genom företagshälsovården. Medicinskt rådgivande och behandlande insatser kan vara befogade i början och slutet av ett sjukdomsförlopp.

Också samarbetet med sjukvården avhandlades och slutsatsen blev att samarbetet mellan företagshälsovården och sjukvården måste konkretiseras.

Översynsgruppen hade en del synpunkter på styrningen och ledningen av företagshälsovården, som närmast riktades till parterna. Gruppen lade dock ett antal konkreta förslag om justeringar i statsbidragsreglerna, bl.a. höjda småföretagartillägg och etableringsbidrag.

Översynsgruppen konstaterade att företagshälsovården som bransch varit otydlig. I branschen arbetade då ca 10 000 personer vid nära 900 enheter, men det fanns ingen som företrädde branschen som helhet. Detta ledde till att samtliga större centrala parter kom överens om att bilda ett centralt utvecklingsråd, som kom att få namnet Företagshälsovårdens utvecklingsråd (FUR) och formen ideell förening. Därmed föreslog översynsgruppen att Företagshälsovårdsdelegationen skulle läggas ned.

...och resulterar i två viktiga propositioner

Samtidigt med de ovannämnda utredningarna fanns flera, främst 1985 års rehabiliteringsutredning, som levererade betänkandet *SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering*. Regeringen samlade nu ihop de olika betänkandena i två propositioner, 1990/91:140 Arbetsmiljö och rehabilitering och 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning mm. Propositionerna innehöll förslag om omfattande och långtgående förändringar och måste delvis betraktas som ett slags perspektivförändring. Kraven skärptes på arbetsmiljön och inflytandet för de anställda, men framförallt lyftes arbetsgivarens ansvar fram. Det var nu reglerna om s.k. internkontroll (senare ändrat till systematiskt arbetsmiljöarbete) infördes med skyldighet för arbetsgivaren att systematiskt planera, leda och kontrollera arbetsmiljöarbetet.

Företagshälsovården avhandlades i ett avsnitt i propositionen 1990/91:140 *Arbetsmiljö och rehabilitering*, med översynsgruppens rapport som underlag. Propositionen följde i stort gruppens förslag. Departementschefen slog fast att den fortsatta utbyggnaden ska ske på frivillig väg genom avtal mellan arbetsmarknadens parter

och inte genom lagstiftning. Hon är övertygad om att de förändringar som i övrigt genomförs genom propositionerna i fråga om arbetsmiljön och rehabilitering och arbetsanpassning kommer att få stor betydelse för företagshälsovårdens verksamhet, men det kräver en fortsatt utveckling av företagshälsovårdens arbetssätt från individinriktad och efterhjälpande till förebyggande och grupp- och organisationsinriktad.

Liksom tidigare behandlades utbildningsfrågor och samarbetet med sjukvården, men några genomgripande konkreta förslag lades inte heller denna gång. När det gäller utbildningsfrågorna aviserades diskussioner om en central, övergripande referensgrupp för utbildningsfrågor vid Arbetsmiljöinstitutet. Vikten av en konkretisering av kontakterna mellan företagshälsovården och sjukvården underströks och exempel på olika vägar som kan prövas lyftes fram.

FUR fick ett bidrag motsvarande 1 procent av de medel som årligen avsätts som stöd till företagshälsovården. FUR:s saga blev dock rätt kort. När statsbidraget så småningom avvecklades försvann bidraget, och därmed också FUR.

Arbetsmiljöfondens företagshälsovårdsprogram

Arbetsmiljöfonden bedrev under 1980-talet ett sjuårigt företagshälsovårdsprogram, omfattade sammanlagt 60 projekt. Det avslutades vid årsskiftet 1990/91. Ur slutrapporten från Arbetsmiljöfondens företagshälsovårdsprogram citeras här ett stycke som fortfarande är tänkvärdt:

Företagshälsovården utgör inget mål i sig och har inte något existensberättigande enbart genom sin historiska bakgrund eller sin nuvarande strukturella uppbyggnad. Endast i den mån företagshälsovården förmår utgöra en användbar resurs, vara ett ändamålsenligt medel i arbetsmiljöarbetet – och kan tydliggöra sin nytthet för brukarna – är den värd att satsa på för framtiden.

Från en av delrapporterna, Rehabilitering till arbete från 1990, hämtas följande citat:

Av företagshälsovården krävs att den slutar gömma sig bakom arbetsmiljöavtalen och blir nyttig för sina företag. Det måste synas mätbara resultat av alla de drygt tre miljarder som årligen satsas på den. För att till fullo kunna göra en insats krävs av företagshälsovården att den förändras från en lågprisprodukt till en kvalitetsprodukt. Kunderna kommer att kräva tjänster av hög kvalitet.

Nyttan av de ekonomiska insatser som under många år gjorts i företagshälsovården har under senare tid ifrågasatts och det med viss rätt. Det är svårt att visa mätbara effekter av företagshälsovårdens arbete. Att man på vissa håll noggrant redovisar antalet sjukbesök etc till medlemsföretagen motsäger inte detta påstående. Det beskriver ju bara resurskonsumtionen, inte den eventuella nyttan. Dessutom har ju trots satsningen på företagshälsovården såväl sjuktal som förtidspensioner och arbetsskador ökat.

De sista åren på 1980-talet inträder alltså något nytt i diskussionen om företagshälsovård – nyttan börjar ifrågasättas och kritiken är rätt bitande. Dittills hade det ju varit en sanning som sällan ifrågasatts att företagshälsovård är bra och nyttigt.

Trots att det nu har gått femton år sedan kraven på redovisning av nyttan började formuleras finns fortfarande inget underlag, forskning eller utvärderingar som kan påvisa nyttan hos företagshälsovården i förhållande till sjuktal, arbetsmiljö eller samhällsekonomi. Kanske detta har sin förklaring i att statsbidraget försvann och de centrala parternas styrning upphörde. Värre är att det i dagens diskussion om t.ex. åtgärder mot ohälsan finns en tendens till att per definition betrakta företagshälsovård som nyttigt och bra utan djupare analyser över vilka positiva effekter den har eller skulle kunna ha.

Bidragsreglerna ifrågasätts...

Förändringarna i statsbidragsreglerna trädde i kraft den 1 januari 1993 enligt en förordning som utfärdades i september 1991. I oktober 1991 kom Riksrevisionsverket (RRV) med en rapport till regeringen¹⁰ från en förvaltningsrevisionell studie av de statliga bidragen till företagshälsovården. 1991 beräknades de statliga bidragen till företagshälsovården uppgå till drygt 1 miljard kronor.

RRV konstaterade att det fanns åtskilliga problem och hinder för företagshälsovårdens utveckling:

- Ej integrerad med företagens/förvaltningarnas lednings- och styrfunktioner
- Svårt att nå ut till småföretagen
- Diffus verksamhet, oklar avgränsning, svag ledning, oklar styrning, dålig kundpassning
- Felaktig inriktning

¹⁰ RRV. Fu 1991:9.

- Felaktigt arbets sätt, felaktig kompetens
- Utbildningen för snäv och monopoliserad
- De professionella har alltför starkt inflytande på företagshälsovårdens inriktning.

RRVs slutsatser blev att det fanns goda skäl att inte längre ge bidrag till företagshälsovården. De styrande effekterna ansågs svaga när det gäller att nå de uppsatta målen för bidraget. RRV ansåg t.ex. att målsättningen att öka antalet anslutna småföretag var orealistisk och grundad på otillräckliga analyser av de små företagens behov. Dessutom hindrade bidragsreglerna en anpassning till behov så som de uttrycks av kunderna, dvs. en önskvärd anpassning till kraven från de företag som köper tjänster.

I rapporten berör RRV effekterna av ett avskaffande av statsbidraget för företagshälsovårdsföretag i glesbygd och konstaterar att de företag som har små marginaler kan drabbas och riskera att gå i konkurs. Samtidigt konstateras att deras svårigheter inte i första hand har att göra med arbetsmiljöpolitik. Det handlar mer om att det är svårt att driva specialiserade tjänsteföretag i glesbygd. Det skyddsnät som företagshälsovård i glesbygd kan behöva bör snarare bestå av regionalpolitiska och näringslivspolitiska insatser än ett statsbidrag till företagshälsovården som bransch.

RRV behandlar också småföretagens situation i glesbygd och konstaterar småföretag är olika och har unika behov. En enda företagshälsovårdscentral kan knappast tillgodose de mångskiftande behov som alla olika småföretag i omgivningen har. Varje företag har förmodligen behov av arbetsmiljöexperter som kan den egna branschen och då är tillgången till expertis som kan tillgodose behoven viktigare än geografisk närhet till företagshälsovården.

...liksom grunderna för arbetsmiljöavtal...

Förändringarna i arbetsgivarnas ansvar, som blev en följd av riksdagsbesluten med anledning av de båda propositionerna 1990/91:140 och 141 ledde till att förutsättningarna för arbetsmiljöavtal ändrades. I vart fall SAF ansåg att lagstiftningen gjort stora delar av avtalet på den privata sektorn inaktuella. SAF tog fram ett nytt program för företagshälsovården, som blev klart i oktober 1991¹¹. I

¹¹ Företagshälsovården under 90-talet. SAF 1991.

december samma år sade SAF upp arbetsmiljöavtalet med verkan fr.o.m. 1 juli 1992.

...och slutligen försvinner statsbidraget

I budgetpropositionen 1992 lyfte regeringen fram RRV:s rapport och kom till samma slutsats. Följaktligen lades förslag om avveckling av statsbidraget fr.o.m. 1993, vilket också blev riksdagens beslut.

Därmed hade på kort tid förutsättningarna för företagshälsovårdsbranschen förändrats i grunden. Statsbidraget och parternas styrning försvann och det enda som nu styrde anlitaandet av företagshälsovården var reglerna i AML. Branschen stod inför en kraftig omställning. Hur det gick med den återkommer vi till i det följande. Först ska vi se hur regeringen hanterade den uppkomna situationen.

En ny företagshälsovårdsutredning tillsätts

Mot bakgrund av att statsbidraget försvann tillkallades en särskild utredare för att utreda företagshälsovårdens organisation och finansiering. Utredaren skulle överväga andra former av stöd för att för att tillgodose de små företagens behov av företagshälsovård, och mot bakgrund av vilka konsekvenser avvecklingen av det generella bidraget har, bedöma behovet av samhällelig styrning av företagshälsovården. Nu var det slut med de långa utredningstiderna. Efter åtta månaders utredningstid presenterade utredningen i oktober 1992 ett betänkande på 19 kapitel (*SOU 1992:103, FHU92*).

Betänkandet innehåller kritiska granskningar av företagshälsovårdens förmåga att leverera de tjänster företagen efterfrågade och av statsbidragssystemets effekter. Utredningen fann det, med hänsyn till omständigheterna, inte konstruktivt att sträva efter fortsatt och eventuellt utvidgad reglering av företagshälsovård i en bestämd organisatorisk form. Utredningen bedömde att ett upphörande av regleringen i sig borde leda till positiva förändringar genom att strukturen av olika producenter i "branschen" kan utformas mera fritt från bestämmelser om vad verksamheten ska innehålla och i riktning mot uppdragsstyrning och situationsanpassning.

Utredningen ansåg att behovet av anlitaande av externa expertresurser – som de flesta företag behöver – bottnar i arbetsgivarens

ansvar för och genomförande av arbetsmiljöåtgärder, som måste kopplas till verksamheten i övrigt i företaget. Utredningen gick så långt att den ansåg att de externa resurserna inte borde kopplas till ett företagshälsovårdsbegrepp utan kunna upphandlas friare. I förslaget till ändringar i AML använde utredningen begreppet "gemensamma rådgivande resurser för arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsverksamheten".

Under rubriken ILO-konventionen ovan finns en redovisning av utredningens alternativ för det fall avtal inte skulle träffas. Utredningen utgick som nämnts där från huvudalternativet att arbetsmiljöavtal skulle träffas. I det alternativa förslaget finns företagshälsovårdsbegreppet kvar och dessutom skulle en situation utan avtal kräva en starkare statlig styrning och auktorisation.

Utredningens betänkande innehåller en hel del synpunkter som fortfarande kan vara aktuella. Något genomförande blev det dock inte av utredningens förslag. Möjligen bidrog den statsfinansiella kris som uppstod i början av 1990-talet till detta.

Kvalitetssäkring

Sedan statbidraget till företagshälsovården avvecklats försvann den kvalitetskontroll som låg i prövningen huruvida en företagshälsovårdsenhet fyllde villkoren för statsbidrag. Regeringen uppdrog därför i oktober 1993 åt dåvarande Arbetsmiljöfonden att stödja utvecklingen av ett system med fastställda normer för kvalitetsbedömning. För ändamålet tillsattes ett projekt med företrädare för berörda myndigheter, arbetsmarknadens parter och branschen. Arbetet resulterade 1995 i *Tolkningsdokument för svensk företagshälsovård*, ett system för kvalitetssäkring baserat på ISO¹² 9001 samt valda delar av standarden Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK). Ansvar för att förvalta och revidera Tolkningsdokumentet lades på Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF). En närmare beskrivning av kvalitetssäkringssystemets fortsatta utveckling finns i kapitel 4, avsnitt 4.6.9

¹² International Standardization organisation.

1994 – förändringarna följs upp

Företagshälsovårdsfrågorna fortsatte att tilldra sig regeringens intresse, men för en period framåt ändrade utredandet karaktär. Nu handlade det mer om uppföljning och utvärdering av förändringarna än försök till nya (eller gamla) grepp.

1994 uppdrog regeringen år Statskontoret att mot bakgrund av att avtal om företagshälsovård saknades på stora delar av arbetsmarknaden och att statsbidraget försvunnit, göra en utvärdering av vad detta inneburit för företagshälsovårdens organisation, inriktning och kvalitet. Uppdraget redovisades i rapporten *1994:17, Företagshälsovård utan statsbidrag*.

Statskontoret genomförde inom ramen för uppdraget ett antal undersökningar och fann att branschen hade strukturrationaliserats och minskat i omfattning. En konsekvens av de uppsagda avtalen var att branschhälsorna försvann. I början av 1990-talet var andelen av företagshälsovård omfattade arbetstagare ca 80 procent, nu hade andelen sjunkit med cirka 10 procent. Minskningen i antal anställda i företagshälsovårdsföretagen var ca 25 procent och nio av tio företag redovisade att det skett stora verksamhetsförändringar. Två tredjedelar hade fått försämrade ekonomi. Samtidigt hade produktiviteten ökat kraftigt efter 1992, och ingenting tydde på att kvaliteten hade försämrats. Personalen inom företagshälsovården upplevde också att kundföretagens krav på kvalitet i företagshälsovårdens tjänster hade ökat.

1996 – nytt uppdrag till Statskontoret

I maj 1996 gav regeringen ett förnyat uppdrag till Statskontoret angående företagshälsovården. Nu skulle Statskontoret särskilt belysa och analysera företagshälsovårdens tjänsteutbud och arbetsätt i förhållande till företag, förvaltningar och anställda. Också täckningsgrad och benägenhet att anlita företagshälsovård, liksom en lägesbeskrivning av branschens arbete med att införa en kvalitetssäkringsmodell ingick i uppdraget, däremot inte att redovisa överväganden om företagshälsovårdens framtida roll eller frågor om samhällelig styrning.

Uppdraget redovisades i Statskontorets rapport *1997:2, Företagshälsovården i dag*. Täckningsgraden, räknat i andel av de anställda med tillgång till företagshälsovård, var nu 73 procent.

1998 – åter till huvudspåret i företagshälsovårdsutredandet...

Under 1990-talet skedde förändringar i arbetslivet i riktning mot strukturella förändringar, större otrygghet, lösare anställningsformer, stress. Nya tag behövde tas på arbetsmiljöområdet för att motverka sjukskrivning, arbetsskador och utslagning från arbetslivet. En arbetsgrupp inom Arbetsmarknadsdepartementet tog fram en departementspromemoria (*Ds 1998:17, Företagshälsovård – en resurs i samhället*) med syftet att integrera företagshälsovården i arbetsmiljöarbetet på den enskilda arbetsplatsen och ta tillvara dess resurser ur ett samhälleligt perspektiv.

Sett ur ett verksamhetsperspektiv menade arbetsgruppen att företagshälsovården med sin samlade kompetens kan beskriva sambanden mellan arbetsmiljö och arbetsorganisation samt produktivitet och hälsa och lämna förslag till åtgärder som kan bidra till utvecklingen av verksamheten. Sett ur ett samhällsperspektiv kan företagshälsovården ha till uppgift att vara en samarbetspartner till försäkringskassan och primärvården samt övrig offentlig hälso- och sjukvård.

Gruppens förslag innebar en komplettering av 3 kap 2 § AML som innebar att företagshälsovårdens uppgifter nu definierades i lagtexten. Tidigare hade en definition funnits i statsbidragsförordningen och det finns också en definition i förarbetena till den ändring i kommunalskattelagen som genomfördes 1996 och som avlöste den avdragsrätt som var kopplad till statsbidraget (se vidare kapitel 10). Vidare föreslogs ett förtydligande av reglerna om arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård.

Arbetsgruppen ansåg att det fanns ett behov av att renodla och avgränsa företagshälsovårdens kärnverksamhet – förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering – mot övrig privat och offentlig hälso- och sjukvård. Gruppen ansåg det dock varken möjligt eller lämpligt att avskilja all sjukvård från företagshälsovården. Avgränsningen borde göras dels av företagshälsovården själv, dels med stöd av respektive landsting. Arbetsgruppen förordade vidare att en systematisk samverkan borde komma till stånd mellan företagshälsovården, försäkringskassan och den offentliga hälso- och sjukvården samt att möjligheten till vårdavtal skulle tillvaratas bättre. När det gäller småföretag ansåg arbetsgruppen att företagshälsovårdens kompetens borde öka och att de yrkesmedicinska klinikerna borde utgöra ett aktivt stöd i detta.

Enligt arbetsgruppen borde kvalitetssäkringsarbetet utvärderas. När det gäller utbildning av företagshälsovårdens personal föreslogs ett tydligt uppdrag till Arbetslivsinstitutet att svara för utbildningen.

...och en definition förs in i AML

Arbetsgruppens förslag ledde till att regeringen lade fram propositionen 1998/9:120, *Företagshälsovård*, som i stort sett innebar att arbetsgruppens förslag till ändringar i AML genomfördes den 1 januari 2000. Därmed infördes den fortfarande gällande regeringen. En redogörelse för den finns i kapitel 4. När det gäller samverkan instämde regeringen och redovisade vilka åtgärder som vidtagits för att stimulera samverkan mellan berörda myndigheter (men beträffande samverkan mellan myndigheter och företagshälsovård nämndes intet konkret). Beträffande utbildningsfrågor och kvalitetssäkring aviserade regeringen att den tänkte återkomma.

Ohälsan ökar och åtgärder utreds

När millennieskiftet närmade sig ökade ohälsan och kostnaderna i socialförsäkringssystemet började skena. Regeringen tillsatte utredningar och genomförde förändringar i bl a sjukförsäkringsvillkoren. En del av dessa utredningar berörde företagshälsovårdens roll och uppgifter och det knöts förhoppningar till att en bra företagshälsovård kan spela en aktivare roll i åtgärder mot ohälsan. Några av dessa aktuella utredningsförslag:

- *SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete*: Ökad roll för företagshälsovården i samband med rehabiliteringsutredningar och kompetensförsörjning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning
- *SOU 2000:91, Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*, slutbetänkande från Folkhälsokommittén: anser att hälsoskäl talar för att alla arbetsplatser bör ha tillgång till företagshälsovård; ser det som en utmaning för alla offentliga och privata arbetsgivare att förstärka företagshälsovården.
- *SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning*; slutbetänkande från sjukförsäkringsutredningen: företagshälsovårdens ställning som partsobunden specialistresurs i förebyggande och rehabiliterande arbete bör förstärkas och förtydligas; försäkringskas-

san tillförs medel för inköp av tjänster för prevention och rehabilitering, vilket innebär att företagshälsovården kan byggas ut i takt med efterfrågan

- *SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* från HpH-utredningen: föreslog obligatorisk företagshälsovård med övergångsvis undantag vid synnerliga skäl och starkare ställning för företagshälsovården, ungefär som en auktoriserad revisor; yttrande från företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag
- *Arbetsliv för alla – rapport från trepartssamtalen, 2003*: Skyddsombud/enskild kan begära anslutning till företagshälsovård; slutlig prövning i särskild nämnd

2001 – nytt uppdrag till Statskontoret

HpH-utredningen lade förslag om att företagshälsovården ska yttra sig över rehabiliteringsunderlag som upprättas i långa sjukfall. Statskontoret fick som ett deluppdrag i uppgift att analysera konsekvenserna av detta. Uppdraget var dock vidare än så, nämligen att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård kan medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Uppdraget redovisades i rapporten 2001:29, *Utnyttja företagshälsovården bättre!*

Statskontoret fann att det inte finns underlag för att bedöma de samhällsekonomiska effekterna av företagshälsovården. Det går överhuvudtaget inte att på vetenskaplig grund bedöma om företagshälsovården är lönsam vare sig för samhället eller kunderna eller om den bidrar till minskad ohälsa. Det innebär naturligtvis inte att företagshälsovården är onyttig eller olönsam, däremot att kunskapsläget är otillfredsställande.

Statskontoret gjorde dock en genomgång av vilka åtgärder som kan vidtas för ett bättre utnyttjande av företagshälsovården. Enligt direktiven för 2003 års företagshälsovårdsutredning ingår Statskontorets rapport som ett underlag för utredningen, varför en del av de frågor Statskontoret tas upp berörs i den fortsatta framställningen i detta betänkande. Här ska endast konstateras att Statskontoret analyserat i stort sett samma frågor som tidigare utredningar och som kommer att avhandlas i detta betänkande: regelverket, småföretag, samverkan med sjukvården, personalförsörjning och utbildning, kvalitetsfrågor och tillsyn.

Slutsatser av denna historiska genomgång

Sedan den första företagshälsovårdsutredningen tillsattes 1960 har förvisso skett stora förändringar i inriktning och innehåll i företagshälsovårdens verksamhet, från arbetsplatsanknuten sjukvård till förebyggande verksamhet, från partsstyrning till marknad, för att ta några exempel.

Samtidigt visar den genomgång som har gjorts i detta kapitel att företagshälsovården mer eller mindre har varit föremål för ett kontinuerligt utredande de senaste drygt 40 åren utan att för den skull dess uppgifter, roller eller plats i folkhälsoarbetet blivit tydligare. Faktum är att de flesta företagshälsovårdsutredningar haft direktiv med liknande inriktning som den som nu lämnar detta betänkande.

Det finns andra gemensamma drag som går igen över tid:

- Det har funnits och finns fortfarande ett tryck på starkare legal reglering av skyldigheten att anlita företagshälsovård; ibland har det trycket lett till att parterna reglerat frågan i avtal för att slippa lagstiftning
- Den lämpliga omfattningen av sjukvård och vad som är arbetsrelaterad sjukvård är svår att definiera
- Trots en mängd förslag och välvilliga uttalanden om betydelsen av samverkan mellan företagshälsovård och hälso- och sjukvården har det blivit mycket lite konkret av detta; rimligen beror detta på att statsmakten inte förfogar över sjukvården, som är en landstingskommunal angelägenhet, och inte heller över företagshälsovården
- Det har genom åren funnits kritik mot att företagshälsovården gör "fel" saker, trots statsbidragssystem eller definition i lagstiftningen; det gäller fortfarande – en rapport från AV och ALI¹³ visar t.ex. att företagshälsovården inte förmår leva upp till AML:s definition av företagshälsovård vad gäller sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa
- Det finns inga utvärderingar eller forskning som kan belysa nyttan av företagshälsovård ur samhällsekonomisk eller företagsekonomisk synvinkel eller om den bidrar till minskade kostnader för ohälsa. Däremot finns en del fallbeskrivningar som visar på goda resultat, givet förutsättningarna i det enskilda fallet.

¹³ Kompetens Kvalitet Kundnytta – metodutveckling inom företagshälsovården, bilaga 6, Analys av effekterna av nuvarande kvalitetssystem; AV och ALI 2003.

Att det trots allt utredande fortfarande råder oklarheter om företagshälsovården tyder på någon form av systemfel eller oklarheter om var den hör hemma – som en konsult på en fri marknad eller som en del av samhällets folkhälsopolitik. Det kan bero på en politisk ovilja eller oförmåga att ta ställning, men det kan också vara ett resultat av dålig samverkan mellan samhället och parterna eller mellan olika samhällsnivåer och myndighetsområden. Nuvarande styrning av företagshälsovård kan ju ses som en blandform mellan fri marknad och samhällsansvar och samhällsintressen.

Att utredningen skulle lägga ungefär samma förslag som någon av de tidigare utredningarna är naturligtvis ingen framkomlig väg – det kommer antagligen inte att leda någonstans den här gången heller. Det finns bara en aktör som kan ge stabila spelregler för företagshälsovården och det är staten i form av regering och riksdag. Spelreglerna kan se ut på olika sätt, men det viktigaste är att de är tydliga.

Till detta återkommer utredningen i kapitel 7, Vägval. I kapitlen dessförinnan redovisas en del uppgifter om ohälsan och företagshälsovården.

3 Ohälsan i arbetslivet – sjukfrånvaron och dess orsaker

3.1 Inledning

I utredningens direktiv anges ökningen av ohälsan i arbetslivet som en viktig orsak till behovet av att förstärka företagshälsovården. Det behövs kompetens och resurser i det förebyggande och rehabiliterande arbetet. I direktiven anges också, under rubriken ”Personalförsörjningen m.m.”, som främst handlar om möjligheter till samverkan mellan företagshälsovården, sjukvården och försäkringskassan, att utredaren ska överväga hur företagshälsovårdens särskilda kompetens bättre ska kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

En kompetent företagshälsovård har avsevärt bättre möjligheter än primär- eller sjukhusvården att bedöma den enskildes arbetsförmåga eller rehabiliteringsbehov. I detta ligger en stark potential för minskad ohälsa och minskad sjukfrånvaro. Företagshälsovården har dock enligt den nuvarande lagstiftningen ingen given roll vare sig i sjukskrivnings- eller rehabiliteringsprocessen på individnivå. Detta berörs utförligt i kapitel 5, Företagshälsovårdens verksamhetsområden, där utredningen också analyserar om och hur företagshälsovården skulle kunna bidra till förbättringar.

För att kunna bedöma vilken roll företagshälsovården skulle kunna spela och vilka konsekvenser en utveckling av dess medverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan ha för dess kompetens- och personalbehov behövs en del fakta om ohälsan i arbetslivet – vad är det för problem som ska åtgärdas? Det är därför detta kapitel har kommit till. Syftet är inte att kapitlet ska utgöra en omfattande redovisning av sjukfrånvaron och dess orsaker och spridning. Innehållet har begränsats till sådant som kan ge en bakgrund till de bedömningar som kommer längre fram i betänkandet.

3.2 Allmänt om ohälsan

Sjukfrånvaron i Sverige ökade kraftigt från 1997. Sjukfallen blev längre och kvinnornas sjukfrånvaro steg snabbare än männens. Fördelningen är dock inte jämn – det finns stora skillnader mellan branscher, regioner, yrken och beroende på ålder och kön. Ohälsan ändrade också delvis karaktär – nya diagnoser som depressioner och utbrändhetssyndrom kom till. Behovet av kunskaper om sjukfrånvarons orsaker och lämpliga motåtgärder accentuerades och flera statliga utredningar tillsattes, samtidigt som den bristfälliga kunskapen om orsak och verkan ledde till aktivitet inom forskarvärlden.

Flera av de utredningar som berört ohälsa och rehabilitering har gjort omfattande genomgångar av sjukfrånvaron, dess fördelning och dess orsaker samt lagt fram förslag om åtgärder för att minska sjukskrivningar och förtidspensioneringar¹. En del av dem har också lagt förslag om en förändrad roll för företagshälsovården. Bland de utredningar som presenterat omfattande och väl genomarbetade analyser kan nämnas

- Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete
- Sjukförsäkringsutredningen, slutbetänkande SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning
- HpH-utredningen, slutbetänkande SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet
- AHA-utredningen (analys av hälsa och arbete), delbetänkande SOU 2002:62 Kunskapsläge sjukförsäkringen och slutbetänkande SOU 2003:13 AHA – utredningsinstitut och mötesplats.

Utöver dessa utredningar finns åtskillig statistik och rapporter från myndigheter och försäkringsinstitutioner. Den som vill fördjupa sig i ämnet kan t.ex. läsa den av Statens folkhälsoinstitut utgivna antologin *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Antologin presenterades i april 2004 och sammanfattar den kun-

¹ Aktivitetsersättning respektive sjukersättning ersatte från och med år 2003 förmånerna förtidspension och sjukbidrag. Personer vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel har rätt till aktivitetsersättning om de är i åldrarna 19–29 år och till sjukersättning om de är i åldrarna 30–64 år. Eftersom många av referenserna i detta kapitel avser tid före 2003 förekommer alla begreppen. För enkelhetens skull används dessutom begreppet förtidspensionärer i vissa fall som samlingsbegrepp för sjuka som inte längre uppbär sjukpenning.

skap och forskning som då fanns tillgänglig när det gäller orsaker till sjukfrånvaro.

Trots det omfattande materialet finns stora brister i kunskapen om sambanden mellan arbete och ohälsa. Det finns också brister och tillkortakommanden i de offentliga stödsystemen, t.ex inom sjukförsäkringsadministrationen och inom sjukvården, som leder till sen eller dålig rehabilitering, och problemen har förvärrats under 1990-talet (SOU 2000:78, SOU 2002:5). Enligt budgetpropositionen för 2005 är det endast 8–10 procent av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar som av försäkringskassan funnits vara i behov av samordnad rehabilitering, vilket enligt regeringen leder till att alltför många är passivt sjukskrivna. Regeringen betraktar detta som oacceptabelt med tanke på de resurser som tillförts socialförsäkringsadministrationen.

3.3 Sjukfrånvarostatistik

Under perioden 2000–2003 omfattade antalet ersatta dagar med sjukpenning samt förtidspension och sjukersättning, räknat som helårsarbetare, omkring 14 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år. Enligt HpH-utredningen² motsvarade den totala sjukfrånvaron 2001, inklusive karensdagar, sjuklönedagar och sjukpenningdagar, 400 000 årsarbeten. Frånvaron på grund av förtidspension/sjukbidrag motsvarade samma år också 400 000 årsarbeten. 2003 översteg antalet förtidspensionärer för första gången en halv miljon och antalet förväntas fortsätta att öka kraftigt under de kommande åren (i september 2004 var antalet 532 000).

Sjukfrånvaron har ökat kraftigt från 1997. Under denna tid har vi haft en period med konjunkturuppgång, och det är ett känt fenomen att sjukfrånvaron minskar under konjunktursvackor och ökar i samband med konjunkturuppgång. Vad som är nytt och oroande i ökningen från 1997 är att det är den långa sjukfrånvaron som ökat på ett sätt som avviker från mönstret under tidigare konjunkturuppgångar. Räknat på sjukfall som varat minst ett halvt år steg antalet personer mellan början av 1980-talet och början av 1990-talet för kvinnor från ca 20 000 till knappt 60 000 och för män från ca 20 000 till knappt 50 000 personer. Efter en smärre nedgång i mitten av 1990-talet ökade mellan 1997 och 2002 antalet långtids-

² SOU 2002:5.

sjukskrivna män från ca 30 000 till knappt 70 000 och antalet långtidssjukskrivna kvinnor från ca 40 000 till ca 120 000.

Uppgången av sjukpenningdagarna mellan 1997 och 2002 berodde framför allt på att sjukfallen blev längre. Antalet sjukfall längre än ett år tredubblades under denna period, och ökningen var betydligt större för kvinnor än för män.

Under 2003 och 2004 har antalet sjukpenningdagar minskat. Under 2003 minskade antalet sjukpenningdagar med fyra procent, och nedgången var då helt koncentrerad till korta sjukskrivningar³. Antalet nya sjukfall har minskat kraftigt under 2003 och är nu på samma genomsnittliga nivå som 1998, dvs. 50 000 per månad. Under 2004 har minskningen tagit fart även bland de långtidssjuka. Det beror dock inte enbart på att tillflödet från korta sjukskrivningar minskar, utan också på att långa sjukskrivningar i snabb takt övergår i aktivitets- och sjukersättningar, dvs. i förtidspensionslösningar med stor risk för permanent utslagning från arbetsmarknaden. Av de sjukfall som varat längre än ett år och som avslutades under 2003 övergick cirka hälften till sjuk- och aktivitetsersättning. Särskilt oroande är det att andelen ungdomar som förtidspensioneras ökar. Andelen ungdomar som beviljats aktivitets- och sjukersättning ökade från 4 till 6 procent mellan 1998 och 2003. Att bevilja en 25-åring aktivitetsersättning betyder statsfinansiellt och samhällsekonomiskt lika stor utgift som att pensionera åtta 60-åringar. Det är också oroande med tanke på problemen med den framtida arbetskraftsförsörjningen.

Kostnaden för ohälsan inom socialförsäkringssystemet (alltså exklusive sjuklöneperioden och ersättning från avtalsförsäkringar) uppgick 2002 till 110 miljarder kronor eller – delat med antalet personer i arbetskraften – till 26 000 kronor per person (17 000 kronor per person netto om inkomstskatten räknas bort). Sedan sjuklöneperioden för arbetsgivare infördes 1992 saknas offentlig statistik om sjukfrånvaro under den av arbetsgivaren finansierade sjuklöneperioden. Till kostnaderna inom socialförsäkringssystemet kommer dock betydande kostnader under den av arbetsgivaren finansierade sjuklöneperioden. År 2002 beräknades antalet sjuklönedagar uppgå till 15 procent av det totala antalet sjukskrivningsdagar.

Samhällets kostnader för sjukfrånvaron kommer inte att minska de närmaste åren, även om tillflödet in i sjukskrivning minskar och

³ Sjukskrivningar under sjuklöneperioden ingår inte i dessa siffror; en del av minskningen av korta sjukskrivningar beror på införandet av den tredje sjuklöneveckan den 1 juli 2003; statistik saknas över hur stor inverkan detta haft.

det enligt budgetpropositionen för 2005 är möjligt att regeringens mål att halvera antalet dagar med sjukpenning till 2008 ligger inom räckhåll. Riksförsäkringsverket räknar i sin halvårsprognos i juli 2004 med i stort oförändrade totala kostnader för sjukfrånvaron fram t.o.m. år 2007, så långt som prognosen sträcker sig. Detta beror på att kostnaden för såväl sjuk- som aktivitetsersättning och rehabiliteringspenning förväntas öka kraftigt i takt med att långtidssjukskrivna övergår i en pensionslösning. Sannolikheten för att den som en gång fått sjuk- eller aktivitetsersättning ska återinträda på arbetsmarknaden är låg.

Sjukfrånvaron är inte jämt fördelad. Det finns stora skillnader mellan kön, branscher, företagsstorlek och regioner.

Könsskillnader

Enligt statistiken har kvinnor fler ersatta dagar än män och ökningstakten har varit högre för kvinnorna. I mitten av 1970-talet hade kvinnor som grupp 20 procent färre ersatta dagar än män (statistiken inkluderar sjukpenning, arbetsskadepening och rehabiliteringspenning). Skillnaderna utjämnades fram till 1980 och sedan dess har gapet ökat. I mitten av 1990-talet hade kvinnor 40 procent fler ersatta dagar, som ökade till 70 procent 2000 för att sedan plana ut på denna nivå.

Skillnaderna i sjukskrivning och ökningstakt uppkommer framför allt av de långa sjukfallen. Enligt HpH:s beräkningar⁴ hade vid årsskiftet 2001/2002 ca 6,5 procent av kvinnorna och ca 3,6 procent av männen i åldersgruppen 16–64 år varit sjukskrivna längre än 30 dagar.

Enligt budgetpropositionen för 2005 minskar nu antalet pågående sjukfall både för kvinnor och för män. Minskningen är något större för män än för kvinnor (- 12,3 respektive - 11,5 procent under januari–maj 2004). Nedgången i nytillkomna sjukfall gäller också både för kvinnor och män (- 16 respektive - 18 procent mellan 2002 och 2003). Vad som enligt budgetpropositionen är oroande är att kvinnors andel av de långa sjukskrivningarna med över ett års varaktighet är hög - 65 procent - och i stigande.

Diagnosmönstren skiljer sig en del mellan könen. De två största diagnosgrupperna är skador i rörelseorganen och psykiska orsaker. Psykiska orsaker står för 28 procent av diagnoserna för kvinnor

⁴ SOU 2002:5.

och 22 procent för män. Omvänt står skador i rörelseorganen för 33 procent bland kvinnor och 38 procent bland män.

Ålder

Åldern har en kraftig inverkan på frånvaromönstret. HpH-utredningen gjorde en del beräkningar, som med användning av Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik fångade in även frånvaro under sjuklöneperioden (som inte ingår i den officiella statistiken). Av beräkningen framgick att de medellånga (15–90 dagar) och långa (>90 dagar) sjukfallen är proportionella mot ålder och alltså ökar med stigande ålder. Den korta frånvaron har däremot ett direkt motsatt samband.

Med tanke på den demografiska utvecklingen kommer åldersfaktorn att ha stor betydelse även framgent. För närvarande finns i arbetskraften en stor och ökande grupp mellan 50 och 64 år. En ökande andel äldre i arbetskraften kan i sig förväntas bidra till en ökning av ohälsan de kommande åren. Den demografiska utvecklingen kan emellertid komma att påverka också på ett annat sätt. Utvecklingen leder till att allt färre yrkesaktiva ska försörja allt fler som inte arbetar. Detta kommer att leda till ökad konkurrens om arbetskraften och kan förändra villkoren i arbetslivet. Det kommer i större utsträckning att bli arbetstagarnas marknad. Kraven på anpassning till medarbetarnas förutsättningar och önskemål kommer att öka, liksom krav på flexiblare tjänstgöring för att t.ex. kunna arbeta upp i åldrarna eller förena arbete och familjeliv. Detta kan komma att få positiva effekter i form av mindre risk för ohälsa och därmed ta ut en del av effekten som kommer enbart av ökande ålder i arbetskraften.

Arbetsmarknadssektorer och branscher

Det är skillnader mellan sjukfrånvaron i de olika arbetsmarknadssektorerna. Genomgående i alla mätningar ligger den primärkommunala sektorn i topp, därefter den landstingskommunala. Lägst sjukfrånvaro har anställda i staten. I budgetpropositionen för år 2005 redovisas t.ex. en beräkning av antalet dagar med sjukfrånvaro (sammanlagda antalet dagar per år med sjuklön, sjukpenning och karensdagar) enligt följande:

Tabell 3.1. Sjukfrånvaro per sektor och kön

Sektor	Antal dagar per sysselsatt		
	Kvinnor + män	Män	Kvinnor
Privat sektor	15	13	19
Ståtlig	11	7	16
Kommunal	24	14	27
Samtliga sektorer	17	13	21

Som synes är det kvinnor i kommunal sektor som har högst sjukfrånvaro. Som redovisats har kön och ålder inverkan på sjukfrånvaromönstret. När man jämför sektorer och branscher bör därför viss försiktighet iakttas. Att en bransch har relativt hög sjukfrånvaro kan ha samband med att de anställda genomsnittligt är äldre än i andra branscher. Så är fallet med den kommunala sektorn, dvs. primärkommuner och landsting. En betydande del av, men inte hela, sjukfrånvaron kan förklaras med att medelåldern är högre än i andra branscher.

Det bör anmärkas att det finns stora skillnader mellan olika kommuner och också mellan olika verksamheter inom kommunerna. Det är framför allt arbete inom omsorgssektorn som ligger högt.

Det finns ett tydligt samband mellan arbetsplatsens storlek och sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron ökar med arbetsplatsens storlek. HpH-utredningen gjorde beräkningar av sjukfrånvaron relaterad till arbetsplatsens storlek inom enskild sektor och fann ett tydligt mönster: ju mindre arbetsplats, desto lägre sjukfrånvaro. På arbetsplatser med färre än 5 anställda låg sjukfrånvaron under 2 procent, på arbetsplatser med 5–9 anställda på knappt 3 procent för att sedan stiga med arbetsplatsens storlek till 5 procent på arbetsplatser med mer än 200 anställda.

Det bör noteras att företagsstorleken också har ett samband med tillgång till företagshälsovård. Det är framför allt de små företagen som inte anlitar företagshälsovårdens tjänster. Det anses vara andra faktorer som bidrar till de lägre sjuktalen: större personligt engagemang och tydligare samband mellan närvaro, produktion och anställningstrygghet.

Sjukdomsdiagnoser

När det gäller frågan om vad företagshälsovården kan göra mot ohälsan i arbetslivet och sjukfrånvaron är det framför allt de långa sjukfallen eller de fall där det finns risk för långvarig sjukskrivning som är intressanta. Triviala virusinfektioner och liknade löser sig oftast själva.

En fördelning på diagnosgrupper bland långtidssjukskrivna (minst 60 dagar) 2002 visar att den vanligaste sjukskrivningsorsaken är rörelseorganens sjukdomar. 38 procent av männen och 33 procent av kvinnorna som var långtidssjukskrivna hade den diagnosen. Den näst vanligaste är psykiska sjukdomar, som var orsak till sjukskrivningen för 28 procent av kvinnorna och 22 procent av männen. Det är de psykiska sjukdomarna som ökat mest, och ökningen är störst för kvinnor. Jämför man perioden från slutet av 1980-talet till 2002 har andelen kvinnor med den diagnosen ökat från 13 till 28 procent, medan motsvarande siffror för männen ökat från 16 till 22 procent. För kvinnor har ökningen skett under hela perioden, för män enbart mellan 1999 och 2002. Diagnosgruppen rörelseorganens sjukdomar har under samma period minskat sin andel i ungefär motsvarande grad.

När det gäller sjukdomsdiagnoser bör man ha i minnet att de problem som orsakar sjukskrivning och ohälsa ofta har en oklar bakgrund. Det gäller framför allt långtidssjukskrivningar, där huvuddelen av de bakomliggande problemen har en komplex bakgrund med psykosociala inslag. Endast 20 procent av alla sjukskrivningar beror på diagnostiserade somatiska sjukdomar och skador, resten är främst symtombaserade syndrom, som fördelar sig mellan psykiska problem, depression med mera, problem i rörelseorganen och annan överkänslighet⁵.

Regionala skillnader

Sjukfrånvaron är ojämnt fördelad också geografiskt. Jämför man ohälsotalet för 2002 (sammanlagda antalet utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag per invånare i åldern 16–64 år) hamnar Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län i topp med cirka 55

⁵ Casten von Otter. Aktivt arbetsliv – om dagens behov och framtidens möjligheter, s. 82. Arbetslivsinstitutet 2004.

dagar. Lägst ligger Kronobergs, Stockholms och Hallands län med runt 36–38 dagar.

Skillnaderna behöver inte bero på att invånarna i Norrbotten skulle vara sjukare än de som bor i Kronobergs län. Det finns flera olika förklaringar som sannolikt samverkar, men ingen absolut säkerhet om vad orsakerna är. Ålderssammansättning i befolkningen, arbetsmarknadsstruktur, andel arbetslösa, inställningen till sjukskrivning och förtidspensionering hos både läkare och arbetstagare och andel invandrare är förklaringar som brukar nämnas.

3.4 Vad beror ökningen på?

Det finns inte någon enkel förklaring till den ökande sjukfrånvaron, och trots satsningar på forskning och utredningar de senaste åren är kunskapsläget bristfälligt både när det gäller orsakerna till den ökade ohälsan i arbetslivet och vilka åtgärder som har bäst effekt. Kunskaperna om hur sambanden mellan sjukdom och sjukfrånvaro ser ut är bristfälliga, liksom om vilka positiva och negativa effekter sjukskrivning har som behandlingsmetod.

Befolkningens hälsa har inte försämrats på något generellt sätt under de senaste decennierna och det har, trots den stigande sjukfrånvaron, inte skett någon radikal försämring under de senaste åren. Tvärtom pekar alla indikatorer som används för att bedöma hälsa på en trendmässig förbättring för befolkningen i arbetsför ålder utom för lågutbildade kvinnor. Utvecklingen har gått mot en allt högre medellivslängd. Under slutet av 1990-talet ökade dock andelen kvinnor som bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt.

Det är många faktorer som bidrar till hälsa eller ohälsa och som har koppling till arbetsmiljön, försäkringssystem eller till arbetslivet eller människors livssituation i största allmänhet. I det följande tar vi upp några.

Arbetsmiljön

Det finns en allmän uppfattning att den fysiska arbetsmiljön har förbättrats och inte längre utgör något stort problem. Det är riktigt såtillvida att arbetsmiljöstatistiken visar att många indikatorer som rör fysiska miljöproblem inte försämrats över åren, snarare tvärtom.

Detta innebär dock inte att man kan negligera den fysiska miljön. Fortfarande är många arbeten förenade med fysiska eller kemiska risker. En stor del av arbetskraften finns fortfarande i relativt okvalificerade yrken med låg egenkontroll. Nya produktionsprocesser eller kemiska ämnen innebär nya problem. I 2003 års arbetsmiljöundersökning⁶ uppger runt 40 procent av kvinnorna och runt 25 procent av männen att de har ont varje vecka i övre delen av rygg/nacke eller axlar/armar. Detta obehag är ojämnt fördelat: det är vanligare bland kvinnor än män, och det ökar med stigande ålder. Det finns också en skillnad mellan socioekonomiska grupper. Av icke facklärd kvinnliga arbetare i åldersgruppen 50–64 år är det nästan 60 procent som uppger sig ha sådana besvär, bland kvinnliga högre tjänstemän i samma åldersgrupp är det ungefär en tredjedel. För män i motsvarande åldersgrupp är det drygt 40 procent av icke facklärd arbetare och cirka 15 procent av högre tjänstemän som har sådana besvär.

Det är många yrkesgrupper som besväras av tunga lyft eller ensidiga arbetsrörelser och som upplever arbetet som påfrestande tungt. Bland kvinnor uppvisar undersköterskor, sjukvårdsbiträden, storkökshålls- och restaurangpersonal höga värden, bland män byggnads- och anläggningsarbetare, växtodlare och djuruppfödare, VVS-montörer, gjutare, svetsare, plåtslagare m.fl.

På det psykosociala arbetsmiljöområdet visar statistiken att det under 1990-talet har skett en långsiktig ökning av indikatorer som

- svårt att koppla tankarna från arbetet när man är ledig
- svårt att sova
- litet eller mycket litet handlingsutrymme
- kan inte själv bestämma arbetstakt

som tyder på att arbetet blivit alltmer mentalt belastande. Kvinnor har kraftigare försämringar än män. I 2003 års undersökning noteras på en del av dessa indikatorer en svag och i de flesta fall icke statistiskt säkerställd förbättring mellan 2001 och 2003.

På de psykosociala indikatorerna är skillnaden mindre mellan åldersgrupper och kön när det gäller frågor som svårt att koppla tankarna från jobbet på fritiden. När det gäller socioekonomisk tillhörighet är bilden omvänd i förhållande till kroppsliga besvär.

⁶ Arbetsmiljön 2003, Statistiska meddelanden AM 68 SM 0401, Arbetsmiljöverket och SCB 2004.

Högre tjänstemän har t.ex. betydligt högre grad av redovisade problem än ej facklärda arbetare.

När det gäller andra psykosociala arbetsmiljöfaktorer som hur hårt arbetet är styrt är bilden mer varierad. Det är t.ex. nästan 60 procent av kvinnorna och drygt 40 procent av männen som uppger att de kan påverka arbetstakten halva arbetstiden eller mindre. Bland kvinnor uppges styrd arbetstakt särskilt ofta inom några vanliga kvinnodominerande yrken, lärare, butikskassörskor och köks- och restaurangbiträden. Det är ofta arbetsuppgifter som styrs av kontakt med andra människor. Även bland män är denna bundenhet vanlig i arbeten inom trafik, vård och undervisning, men här finns också en bundenhet i vissa industriarbeten som processoperatörer och fordonsmontörer. Bland de sjukskrivna finns en överrepresentation av arbetstagare som i arbetet lever med stress och litet handlingsutrymme.

Arbetslivet – förändringar i arbetsorganisation, arbetsvillkor och synen på arbete

Arbetslivet har under 1990-talet och framåt genomgått stora förändringar. Det skulle föra för långt att här på ett någorlunda heläckande sätt försöka beskriva denna utveckling, drivkrafterna bakom och konsekvenser av den. Bra beskrivningar finns bl.a. i Casten von Otter: Låsningar och lösningar i svenskt arbetsliv (Arbetslivsinstitutet 2003) och Casten von Otter: Aktivt arbetsliv – om dagens behov och framtidens möjligheter (Arbetslivsinstitutet 2004) samt i SAFIR-gruppens antologi Den höga sjukfrånvaron (Statens folkhälsoinstitut 2004).

Några utmärkande drag i utvecklingen är

- en allt snabbare teknisk utveckling och snabb produktivitetstillväxt
- en global ekonomi och ökat omvärldsberoende har lett till ökad uppmärksamhet på ekonomiskt utfall av verksamheten – även i offentlig sektor
- allt mer slimmade organisationer med allt mindre utrymme för icke fullt presterande och avsaknad av reträttjobb; produktion och enklare arbeten har flyttat utomlands
- snabb förändringstakt – omorganisationer avlöser varandra och kraven på kompetens ökar i många verksamheter

- vågor av bantningar och personalneddragningar har lett till otrygghet hos de anställda och sannolikt till en förändring i förtroenderelationen arbetsgivare – anställd
- ökade behov av rörlighet samtidigt som trygghetssystemen på arbetsmarknaden premierar kvarstannande – leder till inlåsnings effekter
- större spridning i anställningsförhållanden och anställningsvillkor; å ena sidan gynnsamma villkor för efterfrågad nyckelkompetens, å andra sidan mer av korttidsanställningar, entreprenader, inhyrning av arbetskraft.

Den utveckling som kortfattat har beskrivits här har på många sätt i grunden förändrat villkoren i arbetslivet och har för många lett till oro, stress och utslagning och kan vara en bidragande orsak till ökande sjukfrånvaro av psykosociala orsaker. Sannolikt är det så att arbetsorganisatoriska hänsyn fått stå tillbaka i avvägningen mot produktionstekniska eller ekonomiska faktorer. Det behöver dock inte föreligga någon motsättning mellan god lönsamhet och god psykosocial arbetsmiljö även om förändringstakten är hög. Ett problem är dock att kunskapsnivån delvis är otillräcklig – man vet helt enkelt för lite om effekterna.

Regelssystemen och administrativa tillkortakommanden

Det finns ett antal komplicerade regelsystem som styr och påverkar rätten till sjuklön, sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning och det finns angränsande regelverk i form av t.ex. arbetslöshetsförsäkring som innebär möjligheter till övergång mellan olika system. Inte bara regelverken i sig utan också tillämpningen av dem påverkar individens möjligheter att vara frånvarande från arbetet med försörjning. Situationen kompliceras av att det är flera myndigheter och andra aktörer som är inblandade, med olika mål och prioriteringar. Detta leder till oklara ansvarsförhållanden, t.ex. beträffande rehabiliteringsansvar. HpH-utredningen redovisar exempelvis (SOU 2002:5) att den bristande tydligheten i ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsförmedling gör att svåra fall tenderar att förlängas och sjukskrivningen blir alltmer passiv och därmed passiviserande.

I kapitel 5 om företagshälsovårdens verksamhetsområden finns de regelverk beskrivna som har samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

I syfte att minska ohälsan i arbetslivet har regering och riksdag de senaste åren vidtagit flera förändringar i regelverken och tillämpningen av dem. Det gäller t.ex. stringentare krav på läkarintyg och på arbetsgivare och sjukskrivna. Försäkringskassornas bedömningar sker nu också på ett alltmer grannliga sätt. Försäkringsadministrationen kommer att förstatligas bl.a. för att underlätta en enhetlig tillämpning av regelverket. Hur stor effekt dessa åtgärder kommer att få är ännu för tidigt att uttala sig om. HpH-utredningen ville gå ett steg längre och förstärka de försäkringsmässiga inslagen i sjukförsäkringen mot en från statsbudgeten mera fristående sjukförsäkring.

En del av den höga sjukfrånvaron kan hänföras till administrativa tillkortakommanden. Handläggningstiderna har varit för långa och tiden från insjuknande till rehabilitering har ökat. Utredningen om arbetslivsinriktad rehabilitering redovisar t.ex. i SOU 2000:78 att den genomsnittliga tiden till dess att en försäkringskassa påbörjar en arbetslivsinriktad rehabilitering under 1990-talet ökat från fyra till sex månader.

Också situationen inom sjukvården med dess allt hårdare prioriteringar spelar roll när det gäller åtgärder mot ohälsa. Dålig tillgänglighet och väntetider även vid okomplicerade åkommor är vanligt och leder ibland till krav på enklare sjukvård inom företagshälsovården. Värre är dock att köer och väntan på operationer leder till längre sjukskrivningar än som borde vara rimligt.

Ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare

Sjukförsäkringssystemets konstruktion har varit en bidragande orsak till att långa sjukfall uppkommit. När väl arbetsgivarens sjuklöneansvar upphört (f.n. tre veckor, före 2004 två veckor och fr.o.m. 2005 två veckor om riksdagen bifaller regeringens proposition om drivkrafter för minskad sjukfrånvaro⁷) har de ekonomiska incitamenten för arbetsgivaren att vidta några rehabiliteringsinsatser varit svaga om det är enkelt att ersätta arbetstagaren. Försäkringskassan har inte alltid haft tillräckliga resurser för att pröva om sjukskrivningen är motiverad och att kräva effektiva

⁷ Prop. 2004/05:21.

rehabiliteringsinsatser. Den allmänna sjukvårdens möjligheter att pröva förutsättningarna för återgång i arbetet är också begränsade och detta har ofta lett till förlängd sjukskrivning. Sjukfallet har löpt vidare och så småningom slutat med en förtidspension.

Nu förändras denna situation. Kraven på mer detaljerade uppgifter i de medicinska underlagen har ökat, läkarna utbildas i försäkringsmedicin och försäkringskassans prövningar av den försäkrades arbetsförmåga har fördjupats. Till detta kommer – om riksdagen fattar beslut med anledning av ovannämnda proposition – fr.o.m. 2005 ett ansvar för arbetsgivaren att medfinansiera den anställdes sjukpenning vid hel frånvaro.

3.5 Avslutning

Relationen mellan arbetsliv och sjukfrånvaro är, som framgått av detta avsnitt, komplicerad. Det finns två företeelser som är viktiga för förståelsen av relationen. Den ena rör den sjuklighet som skapas av arbetslivet, eller som förvärras av det, även om sjukligheten har annat ursprung från början. Den andra rör möjligheten att arbeta trots sjuklighet. Ökar sjukfrånvaron kan det alltså vara en följd av att sjukligheten förändrats, men lika väl av att arbetslivet gjort det, eller av något annat skäl, t.ex. att de ekonomiska villkoren i något stödsystem har förändrats.

Företagshälsovårdens klassiska uppgift är att genom sin expertkunskap bidra till att arbetsmiljön utformas så att skador eller ohälsa inte uppstår. Expertkunnandet kommer också till användning i arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamheten. Som nämnts inledningsvis i betänkandet finns därutöver en förhoppning att företagshälsovården också ska kunna bidra till minskad sjukfrånvaro, bl.a. genom att dess särskilda sakkunskap används i sjukskrivningsprocessen och genom samverkan med den allmänna sjukvården.

För att kunna svara på om och hur detta är möjligt krävs en analys av ett antal relevanta förhållanden. I nästa kapitel redovisas företagshälsovårdens situation i dag i form av uppgifter om branschens storlek, täckningsgrad, verksamhetens inriktning, kundernas efterfrågan av tjänster m.m.

I det därpå följande kapitlet analyseras företagshälsovårdens olika verksamhetsområden med avseende på rättslig reglering, verksamhetsinriktning, samarbete med andra aktörer, problem i verk-

samheten samt möjligheter att förstärka och förändra förutsättningar för företagshälsovården att bidra till en god arbetsmiljö och friskare medarbetare.

4 Företagshälsovården år 2004

Som underlag för utredningens överväganden behövs fakta om förutsättningarna för företagshälsovårdens verksamhet. Detta kapitel inleds med en beskrivning av den rättsliga regleringen av arbetsgivarens skyldighet att anlita företagshälsovård. Därefter beskrivs de internationella åtaganden som Sverige har att följa bl.a. genom medlemskapet i EU och genom ratificeringen av en ILO-konvention.

Det är inte bara lagstiftning och internationella åtaganden som utgör förutsättningar för företagshälsovårdens verksamhet. Den stora expansionen av företagshälsovården skedde under den tid större delen av arbetsmarknaden täcktes av avtal om företagshälsovård. Arbetsmarknadens parter har alltså genom att träffa kollektivavtal om arbetsmiljöfrågor och företagshälsovård möjlighet att påverka efterfrågan på företagshälsovård och vilken inriktning dess verksamhet ska ha. Under avtalsrörelsen 2004 har åtskilliga sådana avtal träffats. En redogörelse för avtalssituationen ingår som en del i kapitlet.

Som underlag behövs också fakta om företagshälsovården verksamhet och om företagshälsovårdsbranschen och även bedömningar av hur kundföretagen värderar företagshälsovårdens tjänster. Därför innehåller den sista delen av kapitlet uppgifter om detta.

4.1 Rättslig reglering – skyldighet att anlita m.m.

4.1.1 Utgångspunkt

Utgångspunkten i arbetsmiljölagen (AML) är att arbetsgivaren ska klara sina åligganden enligt den lagen. I de fall arbetsgivaren saknar egna resurser för att kunna uppfylla lagens krav ska han anlita utomstående expertis – företagshälsovård. Reglerna om företags-hälsovård är kopplade till arbetsgivarens skyldighet enligt 3 kap

2 a § att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) och se till att det finns en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Företagshälsovårdsparagrafen är också placerad i direkt anslutning till dessa regler. Den nu nämnda kopplingen konkretiseras vidare i Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete, se nedan.

4.1.2 Skyldighet att anlita företagshälsovård

3 kap 2 b § första stycket AML föreskriver att arbetsgivaren ”ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå”.

I detta ligger inget generellt krav på arbetsgivaren att faktiskt utnyttja företagshälsovårdens tjänster. Lagen säger inte annat än att arbetsgivaren ska svara för att företagshälsovård ”finns att tillgå”. Och det ska vara just ”den” företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver. Även i detta ligger en begränsning. Enligt ordalydelsen sträcker sig arbetsgivarens skyldighet inte längre än att han ska försäkra sig om att ha tillgång till en viss tjänst från företagshälsovården. ”Den” företagshälsovård som ”arbetsförhållandena kräver” kan alltså mycket väl vara begränsad till att arbetsgivaren exempelvis inhandlar en bullermätning från närmaste expert på området.

I Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) anges i 12 § första stycket arbetsgivarens skyldighet att anlita företagshälsovård enligt följande.

När kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.

Texten uttrycker tydligt att arbetsgivarens skyldighet att ta hjälp utifrån inträder i tre situationer och först när den egna kompetensen inte räcker till. Hjälpen behöver inte vara företagshälsovård. Det går lika bra med annan sakkunnig hjälp. Arbetsgivarens egen kompetensbrist kan vara tillfällig i en viss situation, men även sträcka sig över längre tid beroende på problemens natur. Företagshälsovård eller annan sakkunnig hjälp ska tas i anspråk för att lösa arbetsgivarens brist på kompetens i den givna situationen. Längre än så sträcker sig inte föreskriften.

Det bör kanske i sammanhanget noteras att skyldighet för arbetsgivaren att anlita företagshälsovård aldrig kan vara ett mål i

sig. Företagshälsovårdens roll är att bidra till lösningen av arbetsgivarens problem på de områden som anges i AML. Det övergripande målet är alltså en god arbetsmiljö. Företagshälsovården är ett – bland flera – medel att uppnå detta mål.

4.1.3 Definition av företagshälsovård – expertresurs

I 3 kap 2 b § andra stycket första meningen AML definieras företagshälsovård som ”en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering”. Detta är vad lagen menar med företagshälsovård. Några kriterier för att betraktas som ”expertresurs” ställs inte upp. Det torde för övrigt vara ogörligt. Ett företagshälsovårdsföretag kan vara en utomordentlig expertresurs för en arbetsplats och otillräcklig som sådan för en annan, därför att företagshälsovårdsföretaget saknar just den speciella kompetens som efterfrågas av arbetsgivaren i det sistnämnda fallet.

Bedömningen av det aktuella företagshälsovårdsföretagets expertkompetens får i slutänden göras av Arbetsmiljöverket (AV). En tänkbar situation kan vara följande. En arbetsmiljöinspektör anser att arbetsförhållandena vid ett företag kräver företagshälsovård i visst avseende. Arbetsgivaren hävdar att han uppfyller kraven och hänvisar till att han har ett avtal med ett företagshälsovårdsföretag. AV:s prövning kan i det läget inte gärna bli annat än en bedömning om det företagshälsovårdsföretag arbetsgivaren anlitar har den kompetens som behövs för att lösa det aktuella problemet. En sådan bedömning synes knappast vara möjligt att göra på förhand, såvida det inte är alldeles uppenbart att den expertresurs som arbetsgivaren anlitar saknar möjligheter att göra en insats. Detta torde vara ett undantagsfall. Som regel är det ju först när man ser resultatet eller bristen på resultat, som kvaliteten på tjänsten/ expertresursen kan bedömas.

Bestämmelsen om företagshälsovård i Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete är allmänt hållen och ger inte mycket vägledning för arbetsmiljöinspektörerna i deras tillsynsverksamhet. Ordalydelsen är som följer.

När företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp anlitas skall den vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för detta arbete.

4.1.4 Företagshälsovårdens inriktning

I 3 kap 2 b § andra stycket andra meningen AML anges vilken inriktning företagshälsovården ska ha. Den ska "särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser". Här blir det ett glapp i lagstiftningen. Än mer påtagligt blir det när det också föreskrivs vilken kompetens företagshälsovården ska ha. Den ska kunna "identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". Nu lämnas kopplingen till arbetsgivarens ansvar. Istället försöker lagstiftaren reglera företagshälsovårdsbranschens inriktning utan att det finns några som helst styrmedel; positiva incitament eller sanktioner. AV kan ju inte gentemot företagshälsovårdsföretagen hävda att dessa ska ha en viss inriktning. De är aktörer på en fri marknad och får i princip syssla med vad de vill. Eftersom namnet "företagshälsovård" inte är skyddat kan vem som helst som erbjuder arbetsmiljötjänster kalla sig för företagshälsovård.

Den enda styrning som finns av företagshälsovårdens verksamhet är högst indirekt och – som redan nämnts – föga verkningsfull. Styrningen består i att AV inte accepterar arbetsgivarens val av expertresurs med motiveringen att den inte har den kompetens och/eller resurser som arbetsförhållandena kräver för att kunna bistå arbetsgivaren. För att undvika att riskera hamna i den situationen – som för övrigt får bedömas som minimal med hänsyn till AV:s små möjligheter att kontrollera alla arbetsgivare – skulle det ligga i företagshälsovårdsföretagens intresse att ha den inriktning som lagen föreskriver.

En rimlig slutsats kan vara att företagshälsovårdens inriktning i praktiken inte kan styras genom regler i AML som pekar ut vad företagshälsovården ska syssla med. Lagen kan ange vilka tjänster av utomstående expertis som arbetsgivaren ska köpa, men kan knappast tvinga en marknadsaktör att tillhandahålla dem. Ska företagshälsovårdens tjänsteutbud styras i viss riktning måste det motsvaras av en efterfrågan hos kunderna. Det kan knappast på allvar begäras att företagshälsovårdsföretagen – som verkar på en fri marknad – ska ha en lagerhållning av icke efterfrågade tjänster. Bestämmelsen i AML om vad företagshälsovården "särskilt ska arbeta för" ter sig därför i det närmaste överflödig. I vart fall har den begränsad effekt.

4.1.5 Hur ska man kunna styra vad företagshälsovården ska syssla med?

Här finns det åtminstone två perspektiv på frågan. Det ena är vad samhället vill och det andra vad kunderna vill. Samhällets önskemål tar sig uttryck i lagstiftningen och AV:s föreskrifter. Ett uttryck för vad kunderna vill är de kollektivavtal om arbetsmiljö och företagshälsovård som finns på arbetsmarknaden. En del av dessa anger ganska detaljerat vad parterna menar med företagshälsovård och vilken inriktning den ska ha. Andra avtal beskriver närmare den samverkansprocess som ska äga rum i det systematiska arbetsmiljöarbetet, vilket i sin tur kan leda till man upptäcker att det finns behov av utomstående experthjälp.

Under förutsättning att avtalsparterna – lokalt och centralt – lever upp till avtalens föreskrifter och intentioner, får man anta att det kommer att skapas en efterfrågan av företagshälsovårdens tjänster. Denna efterfrågan kommer att dikteras av det enskilda företagens och branschens behov och kanske leda till inköp av andra tjänster än de som vore önskvärda ur ett övergripande samhällsperspektiv.

Detta är naturligt om man vill åstadkomma möjligheter till bransch- eller arbetsplatsanpassning. Utgångspunkten i förarbetena¹ till definitionen av företagshälsovård var att arbetsmarknadens parter genom kollektivavtal bör reglera företagshälsovårdens innehåll.

4.2 Kollektivavtal om företagshälsovård

Sedan tidigare finns ett antal kollektivavtal som reglerar användandet av företagshälsovård. Under 2004 års avtalsrörelse har dessutom träffats ett betydande antal avtal med innehåll rörande arbetsmiljö och företagshälsovård. Detta kan ses som ett trendbrott eftersom partsaktiviteten i dessa frågor varit låg under det senaste decenniet.

Avtalen är olika till sin karaktär och innebär olika grader av styrning av skyldigheten för den enskilda arbetsgivaren att anlita företagshälsovård. I de mest långtgående fallen innebär avtalen – befintliga eller nytecknade – en bestämmelse om att företagshälsovård ska finnas tillgänglig, alltså en form av obligatorium. I andra

¹ Prop 1998/99:120, sid 20.

fall uttalas i de centrala avtalen värdet av att en kompetent företagshälsovård anlitas och vad den bör användas till, medan anskaffandet av företagshälsovård och dess användning görs till en fråga för de lokala parterna. I ytterligare ett antal centrala avtal som träffats under 2004 har de centrala parterna inrättat arbetsgrupper eller liknande organ på central nivå för att följa arbetet i utredningen om företagshälsovård eller utveckling av lagstiftningen inom arbetsmiljöområdet eller för att se över befintliga avtal om arbetsmiljö och företagshälsovård.

Det kan noteras att de krav LO ställde inför avtalsrörelsen 2004 om att införa regler i kollektivavtalen om kvalitetssäkrad företagshälsovård har fått ett begränsat genomslag. Endast i ett fåtal avtal finns sådana regler.

I flera av avtalen finns markeringar av att det är planeringen och behoven på företagsnivå som bör styra användandet av och beställningen till företagshälsovården.

I bilaga 2 görs en genomgång av under 2004 tecknade avtal med regler om företagshälsovård. Förteckningen har kompletterats med avtal som gäller sedan tidigare. Förteckningen är dock inte fullständig eftersom det kan finnas sedan tidigare gällande avtal om företagshälsovård på avtalsområden som inte träffat nya avtal under 2004. Syftet med bilagan är alltså inte att ge en total heltäckande bild av förekomst av avtal om företagshälsovård, utan mera att visa på att det under det senaste året skett en stark utveckling i fråga om kollektivavtal om arbetsmiljö och företagshälsovård.

En uppdelning har skett i tre kategorier: avtal som innebär obligatoriskt användande av företagshälsovård, avtal som i en eller annan form rekommenderar eller uppmanar företagen att använda företagshälsovård och ofta innehåller regler om partssamverkan och slutligen avtal som enbart innebär att ett centralt partsarbete dras i gång. Antal årsarbetare i de olika kategorierna är

Tabell 4.1. Avtal om företagshälsovård

	<i>Arsarbetare</i>
1 Avtal som har krav på obligatorisk anslutning till företagshälsovård	310 100
2 Avtal som rekommenderar de lokala parterna att använda företagshälsovård	1 754 250
3 Avtal som innebär att de centrala parterna ska inleda ett arbete om bl.a. företagshälsovård	380 000
<i>Summa</i>	<i>2 444 350</i>

Att årsarbetare används i redovisningen beror på att huvuddelen av underlaget hämtats från Medlingsinstitutet, som är den källa som har den mest kompletta uppdelningen på olika avtalsområden. Redovisningen ger därför en god bild av avtalsituationen, men en mindre god bild av hur stor del av arbetskraften som omfattas av företagshälsovård. Syftet med redovisningen är att visa hur stor del av arbetsmarknaden som täcks av kollektivavtal med regler om företagshälsovård. Upplivsingsvis kan nämnas att arbetskraften uppgår till 4,4 miljoner individer. Antalet sysselsatta är drygt 4,1² miljoner. Hur många årsarbetare detta skulle bli vid en omräkning går inte att svara på.

4.3 ILO-konventionen nr 161 om företagshälsovård

4.3.1 Innehållet i konventionen

Internationella arbetsorganisationen (ILO) antog år 1985 en konvention (nr 161) om företagshälsovård. Konventionen ratificerades av Sverige som första land år 1986³, med ikraftträdande den 7 februari 1988. Då ansåg departementschefen att någon ändring inte erfordrades av svensk lagstiftning eller praxis med anledning av konventionen. Konventionen har, förutom av Sverige, ratificerats av Finland, Tjeckoslovakien, Ungern, Jugoslavien, Tyskland samt sedermera av f.d. delrepubliker i dåvarande Jugoslavien och Tjeckoslovakien, och dessutom av ett tiotal utomeuropeiska stater. En medlemsstat kan första gången säga upp konventionen 10 år efter ikraftträdandet, och därefter förlängs den i tioårsperioder.

Konventionen innehåller dels riktlinjer för en nationell politik för företagshälsovård, dels närmare bestämmelser om företagshälsovårdens uppgifter och organisation samt villkor för dess verksamhet. Den definierar företagshälsovård på ett sätt som huvudsakligen stämmer med hur företagshälsovården traditionellt har utformats i Sverige. Konventionen är ett folkrättsligt bindande dokument för de stater som ratificerat den.

Med hänsyn till utredningens direktiv är bl.a. följande bestämmelser i konventionen av intresse:

² Uppgiften avser 2002. Som sysselsatta (eller det synonyma begreppet förvärvsarbete) räknas alla som bedöms ha utfört i genomsnitt minst en timmes arbete per vecka under november; även de som varit tillfälligt frånvarande under mätperioden, t.ex. p.g.a. sjukdom, ingår.

³ Prop.1985/86: 141.

- Varje medlemsstat ska utforma, genomföra och med jämna mellanrum revidera en enhetlig nationell politik avseende företagshälsovård. Detta ska ske mot bakgrund av nationella förhållanden och praxis och i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.
- Varje medlemsstat åtar sig att steg för steg bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare. Om företagshälsovård inte omedelbart kan införas för alla arbetstagare ska varje berörd medlemsstat utarbeta planer för införande av sådan service i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.
- Åtgärder skall vidtas för att införa företagshälsovård
 - a) genom lagar eller bestämmelser; eller
 - b) genom kollektivavtal eller på annat sätt i samförstånd mellan berörda arbetsgivare och arbetstagare; eller
 - c) på annat sätt som godkänns av behörig myndighet efter samråd med de berörda representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.
- Företagshälsovård kan anordnas som en service inom ett enda företag eller som en för flera företag gemensam service, beroende på vad som är lämpligast. I överensstämmelse med nationella förhållanden och praxis kan företagshälsovården organiseras genom
 1. berörda företag eller grupper av företag;
 2. offentliga myndigheter eller offentliga tjänster;
 3. socialförsäkringsinstitutioner;
 4. andra organ som fått tillstånd därtill av behörig myndighet;
 5. en kombination av ovanstående.
- Åtgärder ska vidtas enligt nationell lagstiftning och praxis för att säkerställa lämpligt samarbete och samordning mellan företagshälsovård och, i den mån det är lämpligt, annan hälsovårdsverksamhet.
- Den behöriga myndigheten ska fastställa kompetenskraven för företagshälsovårdspersonalen i enlighet med uppgifternas natur och enligt landets lagar och praxis.

4.3.2 Genomförandet av konventionen

Enligt ILO:s konstitution ska medlemsländerna regelbundet rapportera till ILO om genomförandet av konventioner. Med anledning av rapporterna riktar ILO:s expertkommitté direkta frågor eller observationer till regeringen. I det följande beskrivs kortfattat de rapporter som den svenska regeringen lämnat och de reaktioner som kommit från ILO:s expertkommitté.

Den första rapporten, för tiden fram till den 30 juni 1988

Enligt konventionen ska den första rapporten efter ikraftträdandet av konventionen ange vilka planer som utarbetats. De följande rapporterna ska redovisa vilka framsteg som gjorts i genomförandet av planerna. Den första rapporten är utförlig med många bilagor och redovisar regleringen i AML, propositioner, utredningar och bidragssystemet och framförallt innehåll, omfattning och antal omfattade arbetstagare enligt de kollektivavtal som då gällde.

Rapport för tiden 1 juli 1988–30 juni 1989

En rätt kortfattad rapport med hänvisningar till den föregående. Arbetsmiljöfondens företagshälsovårdsprogram redovisas, liksom läget i fråga om utbildning av företagshälsovårdens personal.

Direkta frågor från ILO:s expertkommitté 1990

Den första reaktionen från expertkommittén med anledning av de två första rapporterna. Kommittén noterar med intresse de upplysningar som lämnats i rapporterna och efterfrågar kompletterande information på vissa punkter, information som förväntas i nästkommande rapport från regeringen. Frågorna gäller den fortsatta utvecklingen, bl.a. för små företag och de 270 000 självanställda som inte omfattas av företagshälsovård, och är snarare uttryck för en vilja att få information än kritik.

Rapport för tiden 1 juli 1989–30 juni 1991

Den är också en rätt kortfattad rapport med redovisning av genomförda utredningar (Ds 1990:42, Företagshälsovård i omvandling), Proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering (i vilken arbetsgivarens ansvar lyftes fram och reglerna om internkontroll infördes) samt genomförda förändringar i bidragssystemet.

Direkta frågor från ILO:s expertkommitté 1992

Expertkommittén noterar att en stimulans för anslutning av småföretag införts i bidragssystemet och att småföretagens behov ställer krav på flexibla lösningar. Vidare noterar kommittén skrivningarna i AML om att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Expertkommittén slår därefter fast att företagshälsovård inte är beroende av vilka arbetsförhållanden som är för handen utan är en nödvändig komponent för att optimera arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa i relation till arbetet. Regeringen uppmanas därför att fortsätta förse ILO med information om vidtagna eller förväntade åtgärder för att alla arbetstagare ska få tillgång till företagshälsovård, inklusive åtgärder riktade mot småföretag.

Expertkommittén återkommer till frågan om de 270 000 självanställda, som inte kommenterades i regeringens senaste rapport och vill återigen veta vad regeringen gjort eller tänker göra åt den saken. Expertkommittén vill också veta om det blir någon reglering av kvalifikationskrav för företagshälsovårdspersonal, en fråga som enligt tidigare rapporter behandlats i Företagshälsovårdens utvecklingsråd (FUR). Dessutom efterfrågas information om företagshälsovårdens tillgång till information om alla riskfaktorer, frånvaro m.m. som är av betydelse för dess möjligheter att arbeta effektivt.

Expertkommittén återkommer också till ytterligare ett antal frågor som inte besvarats. Delvis bygger de på missuppfattningar. En sådan fråga gäller omfattningen av företagshälsovård utan statsbidrag. En annan gäller huruvida löntagare kan använda företagshälsovård utan löneavdrag.

Rapport för tiden 1 juli 1991–30 juni 1993

När regeringen lämnade denna rapport hade arbetsmiljöavtalen på den privata sektorn sagts upp och statsbidraget avvecklats. Detta och bakgrunden till det redovisas i rapporten, liksom betänkandet SOU 1992:103 från 1992 års företagshälsovårdsutredning. Som redovisats i kapitel 2 var huvudförslaget att den offentliga kontrollen över företagshälsovården skulle avskaffas, vilket byggde på förutsättningen att kollektivavtal skulle träffas. Utredaren hade ett alternativt förslag med lagreglering för det fall avtal inte skulle komma till stånd. I regeringens rapport redovisas träffade avtal på de statliga och kommunala arbetsmarknadssektorerna och att regeringen ännu någon tid avsåg att invänta resultatet av pågående förhandlingar innan den tar ställning till lagstiftning om företagshälsovård.

Regeringen besvarade nu frågorna om de självanställda: AML omfattar inte dessa, och följaktligen finns inte något lagstöd för att de ska omfattas av företagshälsovård. Också frågan om kvalifikationskrav för företagshälsovårdspersonalen tas upp och besvaras med att några regler inte finns men att ALI utbildar personalen och har samråd med arbetsmarknadsparterna om utbildningens innehåll.

Regeringens rapporter till ILO kommuniceras med parterna, och i tidigare rapporter har avvikande synpunkter inte noterats. I denna rapport finns en smärre kommentar från SAF som närmast är en sakupplysning om att regeringens svar på den tidigare framförda frågan om företagshälsovårdens tillgång till information om risker mm – som besvarats med hänvisning till reglerna om internkontroll – visserligen är en korrekt information, men inte svar på frågan.

Däremot fogar LO en rätt omfattande kommentar till rapporten. I den redogör LO för hur företagshälsovårdsbranschen har minskat sedan avregleringen och tar upp slutsatserna i SOU 1992:103, att kraven i ILO-konventionen leder till lagstiftning om inte avtal kan träffas. LO kommenterar också det särskilda yttrandet från SAF:s representant i utredningens referensgrupp som ställer frågan om Sverige verkligen är moraliskt förpliktigt att som enda land (undantagandes Finland) ”uppfylla denna verklighetsfrämmande konvention”. LO markerar för sin del vikten av att de åtaganden man en gång gjort ska respekteras och landar i i slutsatsen att det saknas en nationell politik på området och att Sverige följaktligen misslyckats med att leva upp till ILO-konventionen.

SAF gick i svaromål i en kommentar till LO:s kommentarer och menade för sin del att minskningen av företagshälsovårdsbranschen hade andra orsaker än avsaknaden av kollektivavtal, bl.a. att branschen tidigare kunnat förlita sig på statsbidrag och att antalet arbetstagare minskat under lågkonjunkturen. SAF menade att frågan om kollektivavtal och lagstiftning fått för stor betydelse – varken lag eller avtal är självändamål. Det viktiga är vilken nytta företagshälsovården kan leverera till arbetsgivare och anställda. Slutsatsen blev att den då gällande lagstiftningen och arbetsgivaransvaret var tillräckliga – i de flesta fall kan inte arbetsgivaren fullgöra sina åtaganden utan stöd av företagshälsovård.

Observation från ILO:s expertkommitté 1995

Expertkommittén noterar vad som framförts i den senaste rapporten och i LO:s och SAF:s kommentarer och uttrycker förhoppningen att regeringens ansträngningar i fråga om en nationell företagshälsovårdspolicy ska leda till en lösning i en snar framtid. Kommittén efterfrågar information om vilka framsteg som görs. Den vill också – p.g.a. att regeringen hänvisat till att Arbetarskyddsstyrelsen har ett uppdrag att observera och främja utvecklingen av företagshälsovården – ha en kopia av denna text.

Direkta frågor från ILO:s expertkommitté 1995

Kommittén återkommer till frågan om de 270 000 självanställda och erinrar om att konventionen riktas mot alla arbetstagare utan undantag och begär av regeringen att den anger vidtagna eller förväntade åtgärder för att utsträcka den nationella lagstiftningen till självanställda.

Kommittén återkommer också till frågan om företagshälsovårdspersonalens professionella oberoende, som inte besvarats. Frågan gällde företagshälsovårdspersonal som inte omfattas av statsbidragsreglerna, dvs. som inte bedrevs enligt kollektivavtal. Kommittén vill fortfarande ha svar på frågan. Kommittén noterar också att frågan om professionellt oberoende reglerats i kollektivavtal och riktar regeringens uppmärksamhet på att den enligt konventionen har att garantera oberoendet. Regeringen uppmanas att redovisa vad som gjorts och planeras.

Kommittén noterar också vad som redovisats i regeringens rapporter om företagshälsovårdspersonalens utbildning och påminner om att konventionen föreskriver att kvalifikationskraven ska fastställas av en behörig myndighet. Kommittén återkommer också till de tidigare ställda frågorna om huruvida företagshälsovård är kostnadsfri för arbetstagare och huruvida företagshälsovården får tillgång till information om risker och faktorer som kan påverka arbetstagarnas hälsa.

Rapport för tiden 1 juli 1993–30 juni 1999

Regeringen hänvisar till Ds 1998:7, Företagshälsovård – en resurs i samhället, och konstaterade att flera av förslagen innebär en utveckling av Sveriges nationella politik för företagshälsovård i de hänseenden som lyfts fram i ILO-konventionen. Förslagen innebar bl.a. att en definition av företagshälsovård skulle tas in i AML.

Den svenska ILO-kommitténs (parterna) yttrande över förslagen redovisas. ILO-kommittén konstaterade att det beträffande företagshälsovården råder avtalslöst tillstånd på större delen av den privata arbetsmarknaden och att den uppkomna situationen knappast låter sig förenas med Sveriges åtaganden enligt konvention nr 161. Kommittén erinrade om att regeringen bär ansvaret för att åtaganden enligt ratificerade konventioner uppfylls. Utan heltäckande avtal krävs lagstiftning för att tillgodose konventionens krav. Med denna observation konstaterar kommittén att förslaget om att en tydligare bestämmelse om arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård förs in i AML, är tillfyllest för att tillgodose konventionens krav.

Regeringen redovisar också proposition 1998/99:120, som byggde på förslagen i Ds 1998:7, och som vid rapporttillfället var under riksdagsbehandling, och som bl.a. innebar att den nu gällande regleringen infördes i AML. När det gäller observationer och frågor från ILO:s expertkommitté bad regeringen att få återkomma i nästa rapport eftersom riksdagsbehandlingen av propositionen ännu inte var avslutad.

Observation och direkt fråga från ILO:s expertkommitté 2000

Expertkommittén noterar vad regeringen rapporterat och att de föreslagna förändringarna i lagstiftningen har syftet att klargöra arbetsgivarens ansvar att anlita företagshälsovård när arbetsförhållandena så kräver. Kommittén uttrycker förhoppningen att de föreslagna lagändringarna har antagits av riksdagen och att regeringen nu ska kunna besvara de kommentarer och frågor som ställdes 1995. Såväl observationerna som frågorna återupprepas.

Rapport från regeringen hösten 2004

Rapporten var inte klar i slutet av oktober 2004

4.3.3 Utredningens slutsatser

Sverige lever för närvarande inte upp till kraven i ILO-konventionen av bl.a. följande skäl:

- Någon nationell och i samråd med parterna utformad politik för företagshälsovården eller dess utbyggnad till att omfatta alla arbetstagare finns inte.
- Den svenska regleringen, att arbetsgivaren anskaffar den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, är knappast förenlig med konventionen; ILO:s expertkommitté har, som framgått ovan, slagit fast att kravet på att företagshälsovård ska finnas inte är beroende av arbetsförhållandena.
- Kompetenskrav för företagshälsovårdspersonalen ska enligt konventionen fastställas av en behörig myndighet.
- Regeringen har enligt konventionen att garantera företagshälsovårdspersonalens professionella oberoende, vilket inte har skett.

Det är enligt konventionen inte nödvändigt staten genom lagreglering styr företagshälsovårdens omfattning eller utbyggnad eller att den drivs i någon speciell organisatorisk form. Företagshälsovården kan t.ex. regleras i kollektivavtal. Som framgår i avsnitt 4.2 ovan finns i dag regler om företagshälsovård på ett stort antal avtalsområden. Det är emellertid få av dessa avtal som innehåller regler om obligatorisk anslutning.

Utredningens slutsats är att ytterligare åtgärder skulle behöva vidtas om Sverige ska leva upp till konventionens ambitionsnivå. Utredningen återkommer till detta i kapitel 9 och 15.

4.4 EG:s ramdirektiv om arbetsmiljö⁴

Direktivet syftar till att trygga en högre skyddsnivå för arbetstagarnas säkerhet och hälsa. Reglerna i direktivet är minimiregler.

I direktivets artikel 5, punkt 1 slås fast arbetsgivarens skyldighet att svara för att arbetstagarnas säkerhet och hälsa tryggas i alla avseenden som är förbundna med arbetet.

I artikel 7 behandlas skydds- och förebyggande åtgärder. Av punkt 1 framgår att arbetsgivaren ska ge en eller flera arbetstagare i uppgift att verka för skydd mot och förebyggande av risker i arbetet inom företaget och/eller verksamheten.

I artikel 7, punkt 3 regleras användandet av sakkunnig hjälp:

Om sådan skydds- eller förebyggande verksamhet inte kan organiseras på grund av brist på kompetens personal i företaget och/eller verksamheten skall arbetsgivaren anlita sakkunnig hjälp utifrån.

Som framgår ovan har det svenska regelverket samma innebörd som EG-direktivet. Detta är ingen tillfällighet – EG-direktivets regler om extern experthjälp har implementerats genom att tas in i föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).

I ramdirektivets artikel 14 finns regler om hälsokontroll:

1. *Åtgärder ska vidtas i enlighet med nationell lagstiftning och/eller praxis i syfte att tillförsäkra arbetstagarna hälsokontroller anpassade till de arbetsmiljörisker, som de utsätts för i arbetet.*
2. *De åtgärder som avses i punkt 1 skall vara sådana att varje arbetstagare, som så önskar, kan genomgå regelbundna hälsokontroller.*
3. *Hälsokontrollen kan ingå som en del av den allmänna sjukvården.*

Hälsokontroller av arbetstagarna är ett naturligt inslag i företagshälsovårdens uppgifter och kan också vara ett inslag i samverkan mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården, bl.a. beträffande behov av medicinsk service. Samverkansfrågorna berörs närmare i kapitel 12.

⁴ Rådets direktiv (89/391/EEG) av den 12 juni 1989 om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet.

I ramdirektivet används inte begreppet företagshälsovård. En s.k. ad hoc-grupp, som är en rådgivande kommitté till EU-kommissionen, har beskrivit⁵ vad som gruppen anser vara god praxis i det förebyggande arbetet och hälsoundersökningar. Där betonas bl.a. beträffande extern experthjälp att ett multidisciplinärt team är det effektivaste sättet att arbeta.

EG-domstolen har nyligen avkunnat en dom i ett mål mellan EG-kommissionen och Konungariket Nederländerna. Bakgrunden är att ramdirektivet införlivats i den nederländska arbetsmiljölagen, enkelt uttryckt på ett sådant sätt att arbetsgivaren ges en möjlighet att välja mellan interna eller externa sakkunniga. Kommissionen ansåg att direktivet därmed inte hade uppfyllts, eftersom det anger att sakkunniga ska anlitas i en viss ordning: först interna resurser, och därefter – om den interna kompetensen är otillräcklig – får externa resurser anlitas.

EG-domstolens dom den 22 maj 2003 (mål C-441/01) är klagörande: Kommissionens talan tillgodoses fullt ut och Nederländernas argumentation underkänns. Innebörden är att skyldigheten att anlita externa resurser är subsidiär i förhållande till arbetsgivarens skyldighet att organisera en skyddsverksamhet internt, och inträder bara när en intern skydds- och förebyggande verksamhet inte kan organiseras p.g.a. brist på kompetent personal i företaget och verksamheten. En arbetsgivare kan alltså inte frånträda sin skyldighet att bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete med hänvisning till att externa expertresurser har anlitats. En beskrivning av företagshälsovård och arbetet med att minska sjukskrivningarna i Nederländerna finns i kapitel 6. Där redovisas också vilka konsekvenser EG-domstolens dom fått.

4.5 Europarådets sociala stadga

Europarådet påbörjade år 1954 utarbetandet av en europeisk social stadga som komplement till Europakonventionen. Stadgan öppnades år 1961 för undertecknande och Sverige ratificerade den året därpå. Vissa artiklar undantogs emellertid från ratifikation. Stadgan trädde i kraft år 1965.

Stadgan innehåller en rad principer och åtaganden vilka konventionsstaterna skall sträva efter att förverkliga. I första delen av

⁵ "Multidisciplinary Services, Advisory Committee in Safety, Hygiene and Health Protection at Work, Opinion, Doc. 0860/2/00.

stadgan anges bl.a. att arbetstagare skall ha rätt till säkra och hälsosamma arbetsförhållanden. I en andra del (artikel 1–19) anges rättigheter som konventionsstaterna förbundit sig att garantera. Konventionsstaterna har bl.a. förbundit sig att utforma och genomföra en enhetlig nationell politik avseende säkerhet, hälsa på arbetsplatser och arbetsmiljö. Främsta syftet skall vara att förbättra säkerheten på arbetsplatsen samt förebygga arbetsrelaterade olyckor och skador.

Den sociala stadgan har omarbetats och fr.o.m. år 1996 föreligger den reviderade sociala stadgan. Sverige har ratificerat den reviderade sociala stadgan den 29 maj 1998 med undantag av bl.a. artikel 3.4⁶.

Av artikel 3.4 i den reviderade stadgan framgår att konventionsstaterna skall främja utvecklingen av företagshälsovård som har en huvudsakligen förebyggande och rådgivande funktion för alla arbetstagare. Vidare framgår av stadgans tillägg del II att beträffande nämnda artikel skall funktionerna, organisationen och de organisatoriska förhållandena för dessa tjänster bestämmas enligt nationella lagar eller förordningar, kollektivavtal eller andra åtgärder som är lämpliga med hänsyn till de nationella förhållandena.

Sverige undantog artikel 3.4 från ratifikation i avvaktan på det då pågående utredningsarbetet beträffande företagshälsovården. Arbetsmarknadsutskottet anförde att man förutsatte att regeringen snart skulle återkomma till riksdagen med förslag angående den förebyggande hälsovården. Artikel 3.4 är fortfarande inte ratificerad.

4.6 Beskrivning av företagshälsovårdsbranschen och dess kunder

4.6.1 Utvecklingen efter 1992

Svensk företagshälsovård har genomgått stora förändringar sedan det centrala arbetsmiljöavtalet mellan SAF, LO och PTK sades upp 1992 och statsbidraget upphörde året därefter. Avregleringen ledde till en successiv marknadsanpassning och till en strukturrationalisering till färre men större enheter. Därmed förändrades också ägarbildningen. Många av de tidigare gemensamt ägda företagshälsovårdscentralerna ombildades till eller köptes upp av vinstdrivande

⁶ Prop. 1997/98:82 s. 19 f., bet. 1997/98AU12, rskr. 1997/98:187.

företag. Antalet anställda i företagshälsovårdsbranschen minskade med ungefär en tredjedel.

Det finns inga absolut säkra uppgifter om hur stor företagshälsovårdsbranschen är, vare sig i fråga om antal företag eller enheter eller antal anställda. Det finns ingen anmälnings- eller registreringsplikt och det sker ingen samlad registrering i samband med certifiering. En besvärande omständighet är att begreppet företagshälsovård inte är tydligt definierat. När begreppet används i t ex officiell statistik kan det avse allt från kvalitetssäkrad fullständig företagshälsovård till en enskild sjukgymnast.

De källor som finns tillgängliga är framförallt SCB:s arbetsmiljöundersökningar och de enkätundersökningar Statskontoret genomförde i samband med rapporten 2001:29 Utnyttja företagshälsovården bättre. Dessutom har Arbetsmiljöverket i samverkan med Arbetslivsinstitutet, inom ramen för de av regeringen inom 11-punktsprogrammet avsatta medlen för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården, genomfört en analys av effekterna av nuvarande kvalitetssäkringssystem⁷. Vidare finns underlag i antologin Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens i ett kapitel av Peter Westerholm och Göran Bostedt, ”Kan företagshälsovården lösa sjukskrivningskrisen?”, som innehåller några data från en enkätstudie till företagsledare och fackliga förtroendemän i cirka 1000 företag med frågor om arbetsmiljöproblem och utnyttjande av företagshälsovårdens kompetens. Slutligen har en del underlag erhållits från Föreningen svensk företagshälsovård⁸ och från de yrkesföreningar som finns för personal inom företagshälsovården. Detta avsnitt baseras i huvudsak på de nu uppräknade underlagen.

4.6.2 Antal företag och enheter

I samband med urvalet till Statskontorets enkätundersökning 2001 uppskattades antalet företagshälsovårdsenheter till 672. De senaste uppgifterna som är tillgängliga har tagits fram av Företagsläkarföreningen och Föreningen svensk företagshälsovård (FSF) inför de

⁷ Arbetslivsrapport nr 2003:17 samt slutrapporten ”Kompetens, kvalitet, kundnytta-metodutveckling inom företagshälsovården (AV och ALI, februari 2004).

⁸ Föreningen Svensk företagshälsovård (FSF) är en ideell och obunden organisation som funnits sedan 1985 med syftet att på ett samlat sätt företräda branschens intressen. Huvuddelen av företagshälsovårdsföretagen och inbyggda företagshälsovårdsenheter är anslutna till föreningen.

utbildningar av primärvårdsläkare och företagshälsovårdspersonal som genomförs i syfte att öka säkerheten i sjukskrivningar och arbetsförmågebedömning. Antalet enheter är 724.

Det finns ingen entydig definition av företagshälsovårdsenhet. Av de 724 redovisade enheterna är enligt FSF uppskattningsvis 100–150 filialer, varför det egentliga antalet är cirka 600. Antalet juridiska personer, dvs. företagshälsovårdsföretag, uppskattades i en delrapport i AV:s och ALI:s ovan nämnda slutrapport ”Kompetens Kvalitet Kundnytta – Metodutveckling inom företagshälsovården” (februari 2004) till cirka 250, vilket hänger samman med den strukturrationalisering som skett. De två största bolagen, Previa och Feel Good, har tillsammans cirka 130 enheter och även i branschen i övrigt har mindre enheter köpts upp eller gått tillsammans i större organisationer.

Av nedanstående tabell över länsvis fördelning av de ovan nämnda 724 enheterna framgår att det finns en spridning över hela landet. Antal förvärvsarbetande per län har infogats i tabellen:

Tabell 4.2. Antal företagshälsovårdsenheter per län

Län	Antal FHV-enheter	Antal förvärvsarbetande 2002 tusental
Stockholms	130	918
Uppsala	15	144
Södermanlands	24	117
Östergötlands	44	187
Jönköpings	28	158
Konobergs	14	85
Kalmar	24	106
Gotlands	4	26
Blekinge	11	67
Skåne	80	501
Hallands	22	131
Västra Götalands	110	705
Värmlands	27	118
Örebro	27	124
Västmanlands	21	117
Dalarnas	33	124
Gävleborgs	27	123
Västernorrlands	28	111
Jämtlands	8	58
Västerbottens	18	116
Norrbottens	29	110
Summa	724	4147

Anmärkning till tabellen: Som förvärvsarbetande (eller det synonyma begreppet sysselsatta) räknas alla som bedöms ha utfört i genomsnitt minst en timmes arbete per vecka under november; även de som varit tillfälligt frånvarande under mätperioden, t.ex. p.g.a. sjukdom, ingår.

Statskontoret redovisade i sin rapport att det i nästan varje kommun finns tillgång till minst en företagshälsovårdsenhet.

Antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter har minskat som en följd av strukturrationaliseringen och den strävan som funnits i många företag och myndigheter att renodla verksamheten till sin kärnverksamhet, vilket lett till avyttring av uppgifter som inte hör dit, t.ex. företagshälsovård. I en delrapport i AV:s och ALI:s ovan nämnda uppskattas antalet inbyggda företagshälsovårdsenheter till 166, varav 22 är kommunala och 27 landstingskommunala.

4.6.3 Antal anställda och åldersfördelning

Antal anställda i branschen redovisades i Statskontorets rapport och kan sammanfattas på följande sätt.

Tabell 4.3. Anställda i företagshälsovården

Yrkeskategori	Antal	Procent	Andel med FHV utbild, procent	Andel 65 år inom 5 år	Ersättn+ tillväxtrekrytering t.o.m. 2004
Företags- och andra läkare	700	14	70	17,4	280
Företags- och andra sjuksköterskor	1450	28	80	9,1	360
Arbetsmiljöingenjörer	470	9	87	11,9	127
Psykologer, beteendevetare	490	10	55	3,7	203
Ergonomer, leg sjukgymnaster	690	14	75	4,8	154
Hälsoakademiker	30	1			27
Friskvårdare	110	2			43
Arbetssterapeuter	10	0			17
Administrativ personal	850	17	40	8,7	110
Övrig personal (chefer)	300	6			
<i>Summa</i>	<i>5100</i>	<i>100</i>			<i>1321</i> (i adm. pers ingår övr. pers)

Uppgifterna i Statskontorets rapport baseras på en enkät till företagshälsovårdsbranschen, som hade ett rätt stort bortfall. De siffror som redovisades i rapporten räknades upp till totalnivå för riket, vilket innebär att det finns en viss osäkerhet i redovisningen.

De bedömningar av ersättnings- och tillväxtrekryteringsbehov som finns i tabellen är knappast längre intressanta eftersom det nu handlar om att försöka uppskatta detta för perioden framemot år 2010. Till detta återkommer utredningen i kapitel 13.

4.6.4 Täckningsgrad

Statskontoret beräknade i sin ovannämnda rapport på basis av en enkätundersökning till företag och offentliga förvaltningar antalet anställda som omfattas av företagshälsovård till ca 2,6 miljoner. Enligt Statskontorets uppskattning innebär det att ca 1 miljon arbetstagare saknade företagshälsovård. Större delen – närmare 750 000 anställda – som saknade företagshälsovård fanns i småföretag. Antalet offentliganställda med tillgång till företagshälsovård beräknades till 1,2 miljoner och antalet privatanställda till 1,4 miljoner. Andelen anställda som omfattas av företagshälsovård blir enligt denna beräkning ca 72 procent. Enligt Arbetsmiljöverkets och SCB:s arbetsmiljöundersökning 1999 var andelen sysselsatta med företagshälsovård 72 procent (obs skillnaden mellan anställda och sysselsatta; antalet sysselsatta var ca 4 miljoner, antalen anställda ca 3,6 miljoner).

Statskontoret redovisade enkätsvaren nedbrutet på olika arbetsgivare och typ av stöd. I tabellen nedan redovisas andel i procent av företag/myndigheter som anlitar egen personal, företagshälsovård och annan extern konsult för att förebygga ohälsa och olycksfall samt för rehabilitering:

Tabell 4.4. Anlitande av expertkompetens

Redovisningsgrupper	Egen personal	Avtal med FHV	Tillfälligt utnyttjande av FHV	Annan extern konsult	På annat sätt
Statliga myndigheter 2–49 anställda	43	85	20	17	11
Statliga myndigheter 50–199 anställda	68	79	7	19	9
Statliga myndigheter 200 anställda eller mer	86	83	19	29	8
Landsting	87	80	0	40	13
Kommuner	81	91	12	36	11
Kommundelar	73	95	11	26	8
Företag 2–49 anställda	46	28	19	15	12
Företag 50–199 anställda	59	73	21	20	8
Företag 200 anställda eller mer	71	85	13	27	7
<i>Totalt</i>	<i>47</i>	<i>30</i>	<i>19</i>	<i>15</i>	<i>11</i>

Totalt sett är det alltså hälften av alla arbetsgivare som utnyttjar företagshälsovård genom avtal eller tillfällig användning. Det är de minsta företagen, med upp till 49 anställda, som avviker kraftigt från mönstret och genom sitt stora antal också drar ned totalsiffran på andelen företag och myndigheter med tillgång till företagshälsovård. Småföretagen med upp till 49 anställda utgör 95 procent av antalet arbetsgivare (företag och myndigheter), men har bara knappt en fjärdedel av antalet anställda.

SCB:s arbetsmiljöundersökningar görs vartannat år på uppdrag av Arbetsmiljöverket som tilläggsfrågor till AKU. Det innebär att frågorna ställs till individer, inte till företag eller myndigheter. Den senast redovisade undersökningen gjordes under oktober–november 2003 och redovisades i juli 2004⁹. I undersökningen finns ett block av frågor om företagshälsovård.

Det bör observeras att det finns en osäkerhet i svaren. Begreppet företagshälsovård är inte definierat. Det innebär att det är de svarandes uppfattning om vad som är företagshälsovård som styr. Som nämntes i kapitel 1 finns det många uppfattningar om vad företagshälsovård är. Det finns också ett bortfall som bl.a. medför att tidsbegränsat anställda blir underrepresenterade i svaren.

Totalt 67,0 procent av de svarande uppger sig ha tillgång till företagshälsovård. Det är en minskning med 3,4 procentenheter sedan 2001. Det innebär en fortsättning på den nedgång i tillgång

⁹ Arbetsmiljön 2003, Statistiska meddelanden AM 68 SM 0401.

på företagshälsovård som kunnat iakttas under 1990-talet. Sedan 1995 har andelen som uppger sig ha tillgång till företagshälsovård minskat med drygt 6 procentenheter. I början av 1990-talet var andelen med tillgång till företagshälsovård cirka 80 procent.

På totalnivå är det nästan inga könsskillnader. Enligt sammanlagd data från undersökningarna 1999, 2001 och 2003 är det 70,6 procent av männen och 69,0 procent av kvinnorna som uppger sig ha tillgång till företagshälsovård.

Det är en stor spridning i tillgången till företagshälsovård mellan olika näringsgrenar. Könsfördelningen inom varje näringsgren är dock i huvudsak jämn. Spridningen mellan näringsgrenarna är sannolikt till betydande del en avspeglning av företagsstorlek inom de olika näringsgrenarna. Där andelen småföretag är hög sjunker tillgången till företagshälsovård.

Högst andel svarande som uppger sig ha tillgång till företagshälsovård har näringsgrenarna Offentlig förvaltning och försvar (87,7 procent), finansiell verksamhet (86,5 procent), utvinning av mineral och tillverkning (80,8 procent). Byggverksamhet ligger på 71,2 procent. Lägst andel har branscherna specialiserad detaljhandel med 34,7 procent och hotell- och restaurangverksamhet med 25,5 procent.

En viss skillnad mellan könen finns på frågan ”Besök/bedömning av företagshälsovården det senaste året” Här svarar 31,2 procent av männen och 25,8 procent av kvinnorna ja på frågan. Relateras frågan till dem som uppgett att de har tillgång till företagshälsovård är det nära varannan man och inemot 40 procent av kvinnorna med tillgång till företagshälsovård som fått del av någon insats. Vad insatsen bestått i framgår inte. Underlaget medger inte heller någon analys av vad skillnaden mellan könen beror på.

En möjlig förklaring kan dock finnas om man mellan olika näringsgrenar jämför andelen som har tillgång till företagshälsovård och andel som haft kontakt. Inom näringsgrenen Utvinning av material och tillverkning (dvs. industrin) har 80,8 procent tillgång till företagshälsovård, och 47,6 procent av männen och 41,4 procent av kvinnorna, dvs. mer än hälften, har haft kontakt med den. Inom näringsgrenen Hälso- och sjukvård, sociala tjänster och veterinärverksamhet, som domineras av kommunal- och landstingskommunal verksamhet, är tillgången till företagshälsovård också relativt god (70,6 procent), men det är bara 20,5 procent av männen och 22,0 procent av kvinnorna som haft kontakt. Det kan bero på att kommuner och landsting använder företagshälsovården mindre

– som framgår senare är genomsnittskostnaden lägre – och det kan också bero på att det i kommuner och landsting inte är ovanligt att de anställda måste ha tillstånd från arbetsledningen för att kontakta företagshälsovården.

4.6.5 Företagshälsovårdens tjänsteutbud

I avsnitt 4.1 ovan finns en beskrivning av vad företagshälsovården enligt gällande regler har för uppgifter, och det är en del av det företagshälsovården levererar till sina kunder. Därutöver förekommer andra tjänster, vilket är naturligt med tanke på att företagshälsovårdsföretagen lever på en marknad och är intresserade av att tillhandahålla det kunderna efterfrågar. Det kan gälla frivilliga hälsokontroller, friskvård eller hälsobefrämjande insatser.

Statskontoret redovisade i sin ovannämnda rapport följande fördelning av tjänsteutbudet 2001, baserat på en enkät till företagshälsovårdsföretag:

Företagshälsovårdens fördelning av sin verksamhet:

Aktiviteter, procent:

Tabell 4.5. Fördelning av verksamheten på olika aktiviteter

<i>Verksamhetsaktiviteter</i>	<i>Procent</i>
Lagstadgade hälsokontroller	5,5
Arbete enligt systematiskt arbetsmiljöarbete	7,6
Första hjälpenutbildning, krishantering	3,0
Grundutbildning i arbetsmiljö	3,0
Utredningsfasen i rehabilitering	11,8
Behandlande rehabiliteringsverksamhet	8,3
Utbildning i rehabiliteringsmetodik	1,2
Utbildning/träning av riskgrupper i rehabiliterande syfte	2,8
<i>Delsumma för aktiviteter avseende arbetsgivarens ansvar enligt lag och andra författning.</i>	<i>43,2</i>
Arbetsrelaterad sjukvård	9,6
Annan sjukvård	4,3
Utbildningsaktiviteter (ej rehab.)	3,6
Handledning och stöd riktad till chef	2,3
Friskvårdsaktiviteter inkl. hälsoprofilbedömningar	4,5
Hälsoundersökningar (ej lagstadgade)	6,5
Konflikt- och krishantering	2,7
Alkohol och droger	1,9
Organisationsutveckling	1,9
Arbetssskador (utredningar, bedömningar)	2,0
Tekniska tjänster	4,3
Övriga aktiviteter	1,9
Egen kompetensutveckling	2,1
Intern utveckling	2,1
Administrativa uppgifter	7,2
<i>Delsumma övrig verksamhet</i>	<i>56,8</i>
<i>Totalsumma för all verksamhet</i>	<i>100</i>

Klassningen i tabellen på verksamhetsaktiviteter som ingår respektive inte ingår i arbetsgivarens ansvar enligt lag och annan författning kan diskuteras. En del av de aktiviteter som i tabellen angetts ligga utanför arbetsgivarens åligganden kan mycket väl vara sådant som arbetsgivaren har att göra enligt lagen. Den viktiga slutsatsen är dock att en väsentlig del av tjänsteutbudet avser sådant som inte ingår i den definition av företagshälsovård som kan utläsas ur lagstiftningen. En reflektion är att det är en ganska spretig bild som framträder. Den största volymen har rehabiliteringsinsatser (utredande och behandlande), som utgör ungefär en femtedel av verksamhetsvolymen. Noterbart är också att de områden som utifrån lagstiftningen skulle kunna förväntas ha stort inslag i verksamheten, systematiskt arbetsmiljöarbete, tekniska tjänster och organisationsutveckling, uppvisar låga värden.

I 2003 års arbetsmiljöundersökning ställdes en del frågor om företagshälsovård, som inte ställts tidigare, varför jämförbarhet saknas med tidigare undersökningar. Man bör komma ihåg att det är 67 procent av de tillfrågade som uppgett sig ha tillgång till företagshälsovård och att alla av dem kanske inte har kännedom om vilka insatser företagshälsovården gjort. Av dem som har tillgång till företagshälsovård uppger 28,7 procent (kvinnor 25,9, män 31,1 procent) att företagshälsovården har besökt arbetsplatsen det senaste året. På frågan om företagshälsovården har gjort en bedömning av arbetssituationen för den enskilde svarar 29,5 procent (kvinnor 27,2, män 31,6 procent) att så är fallet.

På frågan om företagshälsovården besökt arbetsplatsen eller på annat sätt gjort en bedömning av arbetsmiljön svarar 43,5 procent (kvinnor 40,1, män 46,5 procent) av dem som har tillgång till företagshälsovård jakande. En tilläggsfråga ställdes till dem som fått någon form av insats från företagshälsovårdens om vad insatsen gällde, och här finns alltså en möjlighet att få en kompletterande bild av företagshälsovårdens insatser. Svaren fördelas enligt följande:

Tabell 4.6. Företagshälsovårdens insatser fördelat på problem och kön

<i>Företagshälsovårdens insats gällde</i>	<i>M</i>	<i>Kv</i>	<i>M + Kv</i>
Arbetsställningar, arbetsrörelser eller tungt arbete	27,5	23,6	25,7
Hög arbetsbelastning eller stress	17,3	13,6	15,6
Samarbete eller relationer på arbetsplatsen	8,9	7,5	8,2
Anpassning av arbetsuppgifter eller rehabilitering	8,6	6,0	7,4
Teknisk utrustning (maskiner, belysning, buller etc.)	21,1	13,7	17,6
Sjukfrånvaro	7,4	5,6	6,5
Missbruksproblem	4,2	1,6	3,0
Annat	10,4	7,6	9,1

Företagshälsovårdens insats bedömdes som mycket bra eller ganska bra av 66,9 procent (kvinnor 67,9, män 66,4 procent).

4.6.6 Vad efterfrågar kunderna och hur ser dialogen med företagshälsovården ut?

Det finns några olika undersökningar som ger en bild av vad det är för tjänster från företagshälsovården som kunderna efterfrågar och använder. Undersökningarna är inte jämförbara sinsemellan.

Statskontoret ställde i sin företagsenkät frågor om vilka arbetsmiljöfrågor företag och myndigheter normalt anlitar företagshälsovården för. Om man bortser från att de allra minsta företagen avviker kraftigt genom att anlita företagshälsovården i avsevärt lägre omfattning, framträder bilden att företagshälsovården genomgående anlitas mest för de "klassiska" företagshälsovårdstjänsterna, dvs. vid ergonomiska problem och belastningsskador. Vården på mer än eller nästan 90 procent redovisas för kommuner, kommundelar, landsting, statliga myndigheter och företag med minst 200 anställda. Ett mycket högt nyttjande noteras också för kommuner, kommundelar och landsting vid rehabiliteringsfall, psykiska och fysiska arbetsmiljön, missbruksfrågor och kemiska hälsorisker. Även statliga myndigheter med minst 200 anställda och företag med minst 200 anställda redovisar höga tal för dessa områden. Minst nyttjande av företagshälsovård redovisas i frågor om arbetsorganisation. I sådana frågor är det endast landsting, kommuner och kommundelar som i ganska stor utsträckning anlitar företagshälsovård.

I delprojektet "Analys av effekterna av nuvarande kvalitetsystem", som redovisas i AV:s och ALI:s slutrapport från sitt metodutvecklingsprojekt¹⁰ redovisades i hur hög andel företagshälsovårdsföretagen är förstahandsalternativ när det gäller några väsentliga arbetsmiljöfrågor. Svaren blev:

Tabell 4.7. Företagshälsovården som förstahandsalternativ

Arbetsmiljö	84 %
Hälsa	37 %
Arbetsorganisation	16 %
Produktivitet ¹¹	10 %

¹⁰ Kompetens Kvalitet Kundnytta - Metodutveckling inom företagshälsovården

¹¹ Enligt AML ska företagshälsovården ha kompetens att "identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". Däremot finns inga krav på expertkunskaper i produktivitet.

Resultaten från denna undersökning visar att kunddialogen är av central betydelse för hur kundföretagen upplever nytta av företagshälsovårdens insatser. Det visar sig också att kunddialogen har stor betydelse för förbättring av vad som brukar kallas "beställarkompetens".

När företagshälsovårdsföretaget erbjuder tjänster ur en produkt-katalog, om resultatredovisningen är otillräcklig, när företagshälsovården betar av "timbanken", då upplever kunden att resultatet av tjänsten inte skapar kundnytta och att resultatet inte kan mätas i kundföretagets egen verksamhet. Företagshälsovården upplevs som passiv. Motsvarande gäller också företagshälsovårdsleverantörer som "säljer företagshälsovård" och använder mer eller mindre trovärdiga koncept.

I de fall då företagshälsovårdsföretaget hjälper kunden att i dialog identifiera problem, föreslå en lösning, stödja genomförandet och redovisa resultat upplevs tjänsten som både nyttig och prisvärd. Detta är naturligt med hänsyn till att de intervjuer som gjordes med kundföretagen visar att företagshälsovårdens kunder är problem- och resultatorienterade och kostnadsmedvetna.

"Beställarkompetens" är dock inte enbart eller ens huvudsakligen en effekt av dialogen mellan företagshälsovården och dess kunder. I första hand måste behoven komma fram i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Utredningen har noterat att det är en allmän uppfattning bland de fackliga organisationerna att samverka i arbetsmiljöfrågor har försvagats, vilket försämrar förutsättningarna att planera vilka insatser företagshälsovården bör göra. Detta bekräftas av 2003 års arbetsmiljöundersökning, enligt vilken bara hälften av skyddsombud och ledamöter i arbetsmiljökommittéer anser sig ha ett gott eller mycket gott inflytande i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

I antologin "Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens"¹² redovisas i ett kapitel av Peter Westerholm och Göran Bostedt, "Kan företagshälsovården lösa sjukskrivningskrisen?", data från en enkätstudie till företagsledare, fackliga förtroendemän och befattningshavare inom företagshälsovården i cirka 1000 statistiskt utvalda företag med minst 50 anställda med frågor om arbetsmiljöproblem och utnyttjande av företagshälsovårdens kompetens. En fråga som ställdes var hur ofta företagshälsovården tjänster nyttjas för att få hjälp med olika insatser som rör arbets-

¹² Folkhälsoinstitutet 2004.

miljön. Redovisningen pekar på att företagens representanter och företagshälsovården gör kraftigt olika bedömningar av i vilken omfattning företagshälsovården används. Till en del kan det bero på skillnader i referensramar, men hade det handlat om en marknadskartläggning hade funnits anledning till oro.

Som exempel på skillnaden kan nämnas att 28 procent av företagens representanter anger att företagshälsovården används ofta eller mycket ofta i samband med ergonomiska problem och belastningsskador medan 85 procent av företagshälsovårdens befattningshavare anser det. Liknande skillnader finns i fråga om psykisk arbetsmiljö som t.ex. trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld m.m. (11–77 procent), rehabilitering (25–79 procent), allmänt konsultstöd som t.ex. utbildning, information mm (15–70 procent), frågor som rör arbetets organisation (4–29 procent). Skillnaden är mindre när det gäller allmänna sjukvårdsinsatser som exempelvis allmän mottagning och hälsoundersökningar (40–50 procent) och undersökning och analys av sjukfrånvarons orsaker (10–19 procent).

Liksom i de båda tidigare redovisade undersökningar visar det sig även här att företagshälsovården spelar en liten roll i frågor rörande arbetets organisation. Det är också låga värden på undersökning och analys av sjukfrånvarons orsaker. Det bör noteras att det material som resultaten bygger på insamlades 1999–2000.

Sjukfrånvarostatistiken visar på växande problem med psykosociala diagnoser som har ett samband med arbetsorganisationen. Att företagshälsovårdens marknadsandel när det gäller arbetsorganisation är liten kan tyda på att kunderna uppfattar kompetensen som låg eller att arbetsorganisationsfrågorna snarare betraktas som managementfrågor än arbetsmiljöfrågor.

I Statskontorets enkät till företagshälsovårdsföretagen ställdes frågor om hur de trendmässigt ser på utvecklingen av sitt tjänsteutbud. När det gäller organisationsutveckling var det 58 procent som räknade med oförändrad och 30 procent med ökad volym. Där emot var det 90 procent som räknade med ökad volym inom arbetsuppgiften stress och 84 procent inom arbetsuppgiften utbrändhet. Det tyder på att företagshälsovården framförallt arbetar utifrån ett individperspektiv, inte ett organisationsperspektiv.

4.6.7 Värdering av det branschen levererar

Utförliga redovisningar saknas. Det kan bero på att företagshälsovårdsföretagen opererar på en marknad, och i en marknadssituation är det normalt att kundundersökningar, omvärldsanalyser och annat av värde för konkurrenterna stannar inom företaget. Det kan också bero på att företagshälsovårdsbranschen inte varit föremål för forskning eller utvärdering, åtminstone inte sedan slutet av 1980-talet.

I den ovannämnda rapporten från delprojektet ”Analys av effekterna av nuvarande kvalitetssystem” finns dock vissa uppgifter. De frågor som projektet sökte ge svar på var:

1. Går det att visa att företagshälsovårdsföretag som är tredjepartscertifierade mot kvalitetssäkringssystemet levererar tjänster med högre upplevd faktabaserad kundnytta än företagshälsovårdsföretag som inte är tredjepartscertifierade?
2. På vilket sätt får företaget/arbetsplatsen stöd i sitt systematiska arbetsmiljöarbete.(SAM) Vem levererar kompletterande stöd/kompetens/tjänster?
3. Är kundföretagens uppfattning att företagshälsovården i första hand erbjuder sjukvårdstjänster?
4. Företagshälsovårdsbranschens utveckling 1995–2002.

Inriktningen var från början att intervjua företag med fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete, detta för att få kunskap om företagshälsovårdens stöd till SAM. Ett urval skedde från en lista som AV har över sådana företag. Detta angreppssätt fick avbrytas efter fyra intervjuer eftersom det visade sig att företagen inte kunde se en koppling mellan väl fungerande SAM och insatser från företagshälsovården. Detta gällde oavsett om företagshälsovårdsföretagen var kvalitetssäkrade eller inte. Egentligen är detta ett av projektets mest intressanta resultat.

En alternativ metod användes i stället. Tio certifierade företagshälsovårdsföretag ombads föreslå tre – fem kundföretag som projektet kunde få möjlighet att intervjua. Processen att komma i kontakt med företagen drog ut på tiden och den sista intervjun genomfördes i september 2003.

I upplägget ingick också en jämförande enkätstudie till kunder till företagshälsovårdsföretag som inte har certifierade ledningssystem. Denna enkätstudie har inte genomförts.

Däremot redovisas resultat från intervjuerna, som visar att kundnyttan upplevs som högre då företagshälsovårdsföretaget upplevs som aktivt och hjälper kunden att i en dialog identifiera problem, föreslå lösning och redovisa resultat, jämfört med företagshälsovårdsföretag som erbjuder tjänster ur en produktkatalog, betar av "timbanken" eller "säljer företagshälsovård". Kunderna bedömer att kvaliteten på "paket av tjänster" är låg.

De områden där kunderna upplever att levererade tjänster ger direkt nytta är

Tabell 4.8. Företagshälsovårdens nytta

Arbetsmiljö	85 %
Rehabiliteringsutveckling	68 %
Hälsa/ohälsoeffekter	42 %
Produktivitet	32 %

74 procent av de intervjuade företagen arbetar enbart med egna resurser när det gäller produktivitet. Motsvarande siffra för arbetsorganisation är 53 procent. Enligt redovisningen finns en tendens till ökande volym tjänster från andra leverantörer än företagshälsovårdsföretaget.

4.6.8 Kostnader

Statskontoret redovisade i sin rapport en genomsnittlig årlig kostnad för kund per anställd i respektive grupp med samarbetsavtal enligt följande tabell:

Tabell 4.9. Kostnader för företagshälsovård

Storleksklass	Privata kunder	Offentliga kunder
< 10 anställda	1195	1073
10–49 anställda	1138	934
50–199 anställda	1847	915
>200 anställda	1374	881
<i>Ovägt medelvärde</i>	<i>1388</i>	<i>951</i>

De genomsnittsvärden som tabellen redovisar innebär att det kan vara stora skillnader i företagshälsovårdens möjligheter att göra insatser på olika arbetsplatser. Tar man hänsyn till spridningen framstår detta som ännu tydligare. Det fanns företag som satsade över 3000 kronor per år och anställd på företagshälsovård, och det fanns en kommun som hade en genomsnittlig kostnad på 130 kronor.

Genomsnittskostnaden för samarbetsavtal säger inte heller hela sanningen eftersom det finns en stor variation i hur affärsrelationen mellan kundföretag och företagshälsovården ser ut. Någon samlad kunskap finns inte om fördelningen mellan vad som ingår i bas-tjänster (ibland kallade ”paket”) och tilläggstjänster som debiteras styckvis. Utredningen har dock genom samtal med branschföreträdare fått intrycket att ”paketförsäljningen” minskar till förmån för upphandling efter behov. Ibland förekommer s.k. nollavtal, dvs. det finns en relation mellan företagshälsovård och kundföretag, men vad som beställs bedöms efter behov. Det förekommer också att företag, särskilt småföretag, bara köper enstaka tjänster. Särskilt för små företagshälsovårdsenheter kan detta innebära problem.

Inom den offentliga sektorn sker upphandling av företagshälsovårdstjänster. Kvaliteten på upphandlingarna är skiftande, och ibland är det priset som blir det avgörande, vilket beror på att underlaget för upphandlingen inte är tillräckligt genomarbetat.

Mest utvecklad upphandling av företagshälsovårdstjänster sker inom staten, där Verket för högskoleservice (VHS) genomför en ramupphandling för hela statsförvaltningen. Varje myndighet kan sedan välja ett av de företagshälsovårdsföretag som staten har ramavtal med, och behöver således inte genomföra upphandlingen i egen regi. I den senaste upphandlingen, som skedde 2003, utvecklade VHS på ett väsentligt sätt metodiken och kravspecifikationerna.

4.6.9 Kvalitetssäkring

Sedan statbidraget till företagshälsovården avvecklats försvann den kvalitetskontroll som låg i prövningen huruvida en företagshälsovårdsenhet fyllde villkoren för statsbidrag. Regeringen uppdrog därför i oktober 1993 åt dåvarande Arbetsmiljöfonden att stödja utvecklingen av ett system med fastställda normer för kvalitetsbedömning. För ändamålet tillsattes ett projekt med företrädare för

berörda myndigheter, arbetsmarknadens parter och branschen. Arbetet resulterade 1995 i *Tolkningsdokument för svensk företagshälsovård*, ett system för kvalitetssäkring¹³ baserat på ISO¹¹ 9001 samt valda delar av standarden Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK). Ansvaret för att förvalta och revidera Tolkningsdokumentet lades på Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF).

Tolkningsdokumentet har därefter genomgått en större revidering. Det följer nu helt den nya kvalitetsstandard SS-EN ISO¹³ 9001:2000 med, liksom tidigare, specifika tilläggskrav för företagshälsovård. Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling enligt hälso- och sjukvårdslagen liksom Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:01) är integrerade i berörda delar. Dokumentet har döpts om till *Kravspecifikation för svensk företagshälsovård*. (I betänkandet används därför i fortsättningen benämningen "Kravspecifikationen".) Utveckling och revidering av Tolkningsdokumentet sker fortlöpande utifrån gällande versioner av kvalitetsstandards, intressentbehov och gällande lagstiftning. Det görs enligt en process där företagshälsovårdens intressenter utövar inflytande via en referensgrupp. I denna ingår representanter för berörda statliga sektorsmyndigheter, arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer, företagshälsovårdsbranschen, socialförsäkringen m.fl. Man kan räkna med en fortsatt utveckling av kvalitetssystemet i hälsosektorn. Nu pågår t.ex. i ett europeiskt samarbete utveckling av ISO 9001:2000 till en kvalitetsstandard för vårdarbete i hela Europa.

Modellen har sitt ursprung i det internationella och europeiska standardiseringssamarbetet. Den brukar kallas Bedömning av överensstämmelse ("Conformity assessment") och innebär i korthet att objektet – produkten, processen eller systemet – jämförs med en given standard. I det enklaste fallet sker jämförelsen genom s.k. egenkontroll. I många fall ställs dock krav på regelbunden provning/revision av en tredje, utomstående part. Detta tredjepartsorgan ska certifiera, dvs. utfärda bevis på att objektet överensstämmer med kraven. Certifieringsorganet ska vara formellt granskat, godkänt och anmält (*ackrediterat*) som behörigt att utföra den specificerade provningen. Ackreditering utförs av ett ackrediteringsorgan som varje medlemsstat utser. Ackrediteringsorganet kontrollerar också fortlöpande kompetensen. Förfarandet regleras i Sverige genom lagen om teknisk kontroll (SFS 1992:1119). Svenskt ackre-

¹³ International Standardization organisation.

diteringsorgan är Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC). SWEDAC har i dagsläget ackrediterat fem företag att certifiera enligt de standarder som för närvarande används för att kvalitetssäkra företagshälsovårdsverksamhet.

Det finns inget centralt register över tredjepartscertifierade företagshälsovårdsenheter. Enligt AV:s och ALI:s ovannämnda slutrapport finns 48 tredjepartscertifierade företagshälsovårdsföretag (aug 2002). De certifierade företagen har ca 2 200 anställda, vilket utgör ca 43 procent av antalet anställda i branschen enligt Statskontorets beräkning. Kundföretagen hos de tredjepartscertifierade företagshälsovårdsenheterna har ca 1 235 000 anställda vilket utgör 34 procent av antalet anställda enligt Statskontorets beräkning. Det finns sannolikt en viss eftersläpning i uppgifterna eftersom certifieringsprocessen tar 6–12 månader och inga uppgifter offentliggörs innan certifieringen är klar. Vidare är procentandels-siffrorna för låga eftersom de baseras på det totala antalet företagshälsovårdsenheter, varav vissa är filialer.

Till detta ska läggas inbyggd företagshälsovård som i regel omfattas av moderföretagets organisation och kvalitetsledningssystem. Antalet förvärvsarbete som omfattas av företagshälsovård med certifierade ledningssystem för kvalitet är alltså högre än de siffror som framkommit ovan.

5 Företagshälsovårdens verksamhetsområden

I detta kapitel ska vi diskutera företagshälsovården utifrån en uppdelning i dess ”verksamhetsområden”. De områden som beskrivs är sådana där lagstiftningen ger företagshälsovården vissa uppgifter. Beskrivningen inkluderar emellertid också sådana områden där det i lagstiftningen inte finns några hänvisningar till företagshälsovård men där denna likväl bedriver verksamhet (vilket har beskrivits i kapitel 4).

Syftet med framställningen i detta kapitel är att belysa olika frågor som har anknytning till problemet med ohälsan i och i samband med arbetslivet, och företagshälsovårdens potential att bidra till förbättringar. I kapitlet pekas också på ett antal problematiska förhållanden som inte har med företagshälsovården att göra, och där det följaktligen inte bör knytas några förhoppningar om att företagshälsovården kan utgöra lösningen på problemen.

5.1 Förebyggande arbetsmiljöarbete

Arbetsgivaren har ett långtgående ansvar för arbetsmiljöns beskaffenhet och en skyldighet att genom förebyggande arbete se till att arbetsmiljön är sund, riskfri och anpassad till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Ett systematiskt planerat och genomfört arbete med arbetsmiljön är ett viktigt medel för att arbetsgivaren ska kunna ta sitt ansvar. Företagshälsovårdens viktigaste arbetsfält har sedan länge varit att utgöra ett stöd i detta förebyggande arbete. Företagshälsovårdens multidisciplinära kompetens kan vara en stor tillgång i det förebyggande arbetsmiljöarbetet i ofta komplexa arbetsmiljöer.

Nuvarande reglering

I kapitel 4 finns en utförlig beskrivning av gällande rättsliga reglering vad gäller arbetsgivarens skyldighet att anlita företagshälsovård m.m. Följande redovisning har begränsats till sådant som är av värde för att kunna bedöma vilken roll företagshälsovården spelar eller skulle kunna spela som stöd för det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Enligt 3 kap. 2 a § i arbetsmiljölagen ska arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Han ska utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska tidsplaneras.

I Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) utvecklas och preciseras hur arbetsgivaren ska gå tillväga för att uppfylla sitt ansvar för arbetsmiljön. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete ska ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten och omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön. Det innebär att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas under löpande drift av verksamheten, men föreskrifterna omfattar också det systematiska arbetsmiljöarbete som ska bedrivas vid förändringar, exempelvis omorganisationer och nybyggnader och när nya arbets- och produktionsmetoder ska införas.

Det bör observeras att föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete inriktas på vilken planering och vilka metoder som ska användas i arbetsmiljöarbetet och inte ger någon anvisning om vilka åtgärder som ska vidtas i olika situationer för att lösa de problem som upptäcks. Att föreskrifterna får stort utrymme i detta avsnitt om förebyggande arbetsmiljöarbete beror på att det systematiska arbetsmiljöarbetet är ett viktigt verktyg för att på ett genomtänkt sätt få fram underlag för att bedöma i vilken omfattning extern experthjälp behövs och hur den ska användas. Företagshälsovårdens insatser kan bestå i att ge experthjälp för att lösa de arbetsmiljöproblem som framkommit i det systematiska arbetsmiljöarbetet, men också bestå i stöd för införande, utveckling och användande av systematiskt arbetsmiljöarbete liksom att ge underlag för bedömningar som måste göras när det systematiska arbetet genomförs.

Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete ställer krav på att det ska finnas en *arbetsmiljöpolicy* som beskriver hur arbetsförhållandena i verksamheten ska vara för att ohälsa och olycksfall ska kunna förebyggas och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Det ska vidare finnas *rutiner* som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska gå till. Arbetsmiljöpolicyen och rutinerna ska dokumenteras skriftligt om det finns minst tio arbetstagare i verksamheten. Också riskbedömningar ska dokumenteras skriftligt. Krav på skriftlig dokumentation föreligger också beträffande handlingsplaner och den uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet som ska göras årligen om det finns minst tio arbetstagare i verksamheten.

Arbetsgivaren ska på ett tydligt sätt fördela uppgifterna i verksamheten på en eller flera chefer, arbetsledare eller andra arbetstagare. Dessa ska vara tillräckligt många, ha tillräckliga befogenheter, resurser, kunskaper och kompetens för att bedriva ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. Uppgiftsfördelningen ska dokumenteras skriftligt om det finns minst tio arbetstagare i verksamheten.

Föreskrifterna innehåller också regler om medverkan för arbetstagarna och skyddsombuden i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska omfatta alla förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön, allt som tillsammans utgör arbetstagarens totala arbetsmiljö. Det omfattar såväl buller, luftkvalitet, kemiska hälsorisker och maskiner, som organisatoriska förhållanden som arbetsbelastning, arbetstider, ledarskap, sociala kontakter, variation och möjligheter till återhämtning. Bedömningen ska ske med hänsyn till varje arbetstagares förutsättningar. Den eller de som arbetar med det systematiska arbetsmiljöarbetet måste således ha mycket breda kunskaper.

Företagshälsovårdens roll enligt nuvarande reglering

Som nämndes inledningsvis finns i kapitel 4 en utförlig redovisning av reglerna om anlitan av företagshälsovården. Av denna framgår att företagshälsovården inte har någon självskriven roll i det förebyggande arbetet:

När kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller

motsvarande sakkunnig hjälp utifrån. (AV:s föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 12 § första stycket).

Texten uttrycker tydligt att arbetsgivarens skyldighet att ta hjälp utifrån inträder först när den egna kompetensen inte räcker till. Hjälpen behöver inte vara företagshälsovård. Det går lika bra med annan sakkunnig hjälp. Arbetsgivarens egen kompetensbrist kan vara tillfällig i en viss situation, men även sträcka sig över längre tid beroende på problemens natur. Företagshälsovård eller annan sakkunnig hjälp ska tas i anspråk för att lösa arbetsgivarens brist på kompetens i den givna situationen. Längre än så sträcker sig inte föreskriften.

Regelverket innehåller också en beskrivning av företagshälsovården. I 3 kap 2 b § andra stycket andra meningen AML anges vilken inriktning företagshälsovården ska ha. Den ska "särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser". Det föreskrivs också vilken kompetens företagshälsovården ska ha. Den ska kunna "identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". En väl fungerande företagshälsovård borde alltså kunna utgöra ett gott stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Problem med nuvarande reglering

Om nuvarande regelverk fungerade väl och alla arbetsplatser bedrev ett systematiskt arbetsmiljöarbete, och om tillsyn bedrevs i större omfattning, skulle bättre förutsättningar skapas för användande av företagshälsovården. Om dessutom företagshälsovården kan visa att den levererar håller hög kvalitet och är prisvärt för kunden finns förutsättningar för en utveckling både av arbetsmiljöns standard och av företagshälsovårdsbranschen. Det är alltså inte i första hand i regelverket problemen finns utan i tillämpningen av det. En förbättring skulle dock kunna åstadkommas genom tydligare regler om att det ska ske en systematisk planering av behovet av externa insatser. Utredningen återkommer till denna fråga i sina förslag.

När det gäller uppgifter om hur företagshälsovården används och bedömningar av de tjänster den levererar finns uppgifter i kapitel 4. I de följande lämnas en del uppgifter om det systematiska arbetsmiljöarbetet som visar att det är långt ifrån infört på alla arbetsplatser.

Förekomst av systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöverket har låtit undersöka förekomsten av systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Den senaste rapporten skildrar förhållandena hösten 2002 (AV rapport 2003:2, Undersökning om systematiskt arbetsmiljöarbete). Av arbetsgivarna är det 41 procent som anser att SAM är infört och fungerar. Bland skyddsombuden är motsvarande värde 29 procent. Redovisningen bygger på svar på en direkt fråga och uttrycker alltså de svarandes egen uppfattning om hur långt arbetet med att införa SAM kommit. För att få en bild av om de svarandes egen uppfattning stämmer överens med de åtgärder som faktiskt vidtagits skapades ett aktivitetsbaserat index som utgör ett bättre mått på vad som de facto genomförts. Mätt med detta index sjunker procentandelen för arbetsgivare till 25 procent. För skyddsombud ökar procentandelen till 32 procent.

Det finns inga stora skillnader beroende på arbetsplatsens storlek. På arbetsplatser med upp till 19 anställda ligger arbetsgivarvärdet på infört och fungerande SAM på genomsnittet 41 procent. Högst värde har arbetsplatser med minst 100 anställda: 51 procent. Tyvärr finns ingen särredovisning av de allra minsta företagen.

Ytterligare 41 procent av arbetsgivarna och 54 procent av skyddsombuden uppger att det pågår ett arbete med att införa SAM.

Det vanligaste sättet att komma igång är att ledningen och anställda har samarbetat. Bland de arbetsgivare som infört eller håller på att införa SAM är det 14 procent som använt sig av extern konsult, en minskning med 6 procentenheter sedan året innan. Bland de arbetsgivare som använt sig av extern konsult vid införandet av SAM uppger 20 procent att de använt företagshälsovård. Här finns en spridning på branscher och arbetsplatsens storlek. Andelen som använt företagshälsovård som extern konsult är högst inom landsting (69 procent), statlig verksamhet (67 procent), industri (53 procent) och handel (52 procent) och lägst inom transport (10 procent) och övrig privat verksamhet (3 procent). Andelen som använt företagshälsovård är proportionell mot arbetsplatsens storlek (14 procent vid upp till 19 anställda, 58 procent vid minst 100 anställda).

Det bör observeras att införandet av SAM avser metodiken i arbetsmiljöarbetet, t.ex. hur ansvaret fördelas och preciseras, och inte har något att göra med experthjälp för att åtgärda faktiska arbetsmiljöproblem. Traditionellt har företagshälsovården, särskilt skydds- och arbetsmiljöingenjörer, haft en uppgift i att utbilda och

i övrigt bistå arbetsgivare och skyddsorganisationen i planeringen av arbetsmiljöarbetet. Det är uppenbart att denna roll är i avtagande.

I de *arbetsmiljöundersökningar* som genomförs vartannat år av SCB på uppdrag av Arbetsmiljöverket ställs frågor om det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det bör noteras att frågorna ställs som kompletteringsfrågor till SCB:s arbetskraftundersökning (AKU), varför det är de svarande arbetstagarnas bedömningar som redovisas. I 2003 års undersökning uppger 48,0 procent av kvinnorna och 50,5 procent av männen att systematiskt arbetsmiljöarbete förekommer på deras arbetsplatser. Svaren redovisas nedbrutet på yrkesgrupper och spridningen är stor. Högst värden har drifts och verksamhetschefer (över 80 procent), lägst värden (runt 30 procent) försäljare inom detalj- eller dagligvaruhandel, städare, vårdbiträden m.fl. Att spridningen är så stor hänger naturligtvis samman med att de olika grupperna har olika inblick i arbetsmiljöarbetet. Att det är höga värden för dem som har ett verksamhets- och arbetsmiljöansvar säger ingenting om kvaliteten på det systematiska arbetsmiljöarbetet – det är inte säkert att de svarandes uppfattning är detsamma som att förordningens krav är uppfyllda.

Implementering av systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöverket har ett tillsynsansvar över arbetsmiljön och arbetsgivarnas åtgärder. En väl fungerande tillsyn bör vara en pådrivande faktor för arbetsgivarna och, i de fall de inte har egen kompetens, kunna leda till en stimulans för utnyttjande av företagshälsovårdens tjänster.

Statskontoret har i rapporten 2004:13, Systematiskt arbetsmiljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser, redovisat en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser för att implementera SAM i företag och organisationer. Rapporten är delvis kritisk. Statskontoret finner att det finns flera aspekter som försvårar en sådan implementering. Ett stort problem är att Arbetsmiljöverket inte lyckats göra SAM känt hos en stor andel arbetsgivare. Ett annat stort problem är att det är svårt för många arbetsgivare att genomföra egna insatser på ett sådant sätt att kraven i föreskrifterna tillgodoses.

Statskontoret anser att antingen bör SAM-föreskrifterna kompletteras med andra åtgärder som stödjer en implementering av

SAM i enlighet med de högt ställda krav som gäller i dag , eller kraven sänkas. Det är inte rimligt att förvänta sig att en genomsnittlig arbetsgivare förmår att införa SAM utan att det tydligare än i dag framgår vad kraven innebär och/eller vilken kompetens som erfordras. (Det bör framhållas att Statskontoret *inte* anser att gällande mål och ambitioner på arbetsmiljöområdet bör överges.)

Av flera skäl anser Statskontoret att AV:s tillsynsverksamhet inte bör ges huvudansvaret för implementeringen av SAM. De främsta skälen är att tillsynsverksamheten årligen endast når en mycket begränsad del av alla arbetsställen – 4 procent år 2002 – och att tillsynsverksamheten av principiella skäl inte bör användas i allt för stor utsträckning att förklara vad SAM är och hur det är tänkt att fungera. Samtidigt konstateras att de stödstrukturer som finns inom arbetsmiljöområdet har försvagats under de senaste tio åren. Av det följer att det finns ett tomrum beträffande råd och stöd i arbetsmiljöfrågor.

Statskontorets huvudslutsats blir att en renodling av reglerna i SAM till att endast omfatta entydiga processregler bör övervägas. Ett eventuellt sådant övervägande bör också innefatta ett övervägande om möjligheter att överlåta till arbetsmarknadens parter att avtala om kravnivåer som går utöver dessa regler. Om en renodling av reglerna inte görs bör enligt Statskontoret kompletterande åtgärder sättas in. Sådana kan vara utbildningsinsatser, obligatoriskt anlitande av extern kompetens eller införande av obligatorisk certifiering.

I Statskontorets rapport berörs företagshälsovården. SAM är ju inte bara ett verktyg för arbetsgivarna utan också ett verktyg för AV:s systemtillsyn. Ett motiv för att systemtillsyn sågs som en lämplig arbetsform av dåvarande Yrkesinspektionen (när reglerna om internkontroll infördes) var den ökande tillgången på företagshälsovård. Yrkesinspektionens tillsyn skulle riktas mot de arbetsplatser som saknade skyddsombud och företagshälsovård (prop. 1986/87:100, bil. 12). Företagshälsovård och skyddsombud sågs då som garantier för en god arbetsmiljö. Statskontoret redogör där efter för de förändringar som inträffat i företagshälsovårdens arbetsförutsättningar sedan början av 1990-talet.

Trots dessa förändringar konstaterar Statskontoret att det i föreskrifterna om SAM finns en tydlig koppling till företagshälsovården. Om arbetsmiljöinspektionen vid en inspektion finner brister kan det krävas att arbetsgivaren tar hjälp av företagshälsovården. Om arbetsgivaren inte kan driva ett systematiskt arbetsmiljöarbete

ska företagshälsovården anlitas. Det är därför viktigt att företagshälsovården har kompetens avseende SAM och relaterade arbetsmiljöfrågor.

Riksrevisionen har genomfört en granskning av regeringens och Arbetsmiljöverkets styrning av inspektionsverksamheten (RIR 2004:14, Arbetsmiljöverkets tillsyn) och funnit brister. Granskningen avser inte i första hand det systematiska arbetsmiljöarbetet utan handlar mera om uppföljning av resultat i förhållande till mål och metoder för urval av ”de sämsta” arbetsställena för inspektion. Det konstateras att det inom arbetsmiljöverket saknas metoder för att identifiera de arbetsställen där risken för ohälsa och olycksfall är störst. Riksrevisionen föreslår därför att regeringen bör uppdraga åt verket att utveckla metoder för att förbättra urvalet av tillsynsobjekt. Vidare bör regeringen överväga vilka åtgärder som behövs för att få till stånd en samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket som kan bidra till att minska ohälsa.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

Företagshälsovårdens huvuduppgift kan sägas vara att med sin multidisciplinära kompetens vara en resurs i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Om företagshälsovården har denna kompetens och den får komma till användning finns goda förutsättningar för att företagshälsovården på ett bättre sätt än för närvarande ska kunna bidra till både bättre arbetsmiljöer och minskad ohälsa.

Vad företagshälsovården själv kan göra för att understödja en sådan utveckling är framförallt att se till att hålla hög kvalitet i sina tjänster och visa på att dess insatser leder till resultat. Även om företagshälsovården har en sådan förmåga är det emellertid inte säkert att den kommer att användas. Vad företagshälsovården gör är beroende av relationen till dess uppdragsgivare, både allmänt i form av hur affärsrelationen utformas och specifikt hur beställningarna av dess insatser görs när det gäller att ta itu med olika problem. Av kapitel 4 har framgått att upphandlingarna ofta sker på kort sikt och att uppdragen p.g.a. intresse från kundföretagen att hålla ner sina kostnader ofta blir för snäva för att företagshälsovården ska kunna göra goda insatser.

Att kundföretagen vill hålla nere sina kostnader är naturligt, men ibland är det en kortsiktighet som innebär ökande kostnader längre fram. Utredningen är medveten om att det kan vara svårt att

värdera effekter av företagshälsovårdens insatser i ekonomiska termer, men är också övertygad om att det går att göra mycket mer i den vägen än vad som görs i dag. I dag redovisas ofta företagshälsovårdens insatser bara i form av använd tid. En utvecklad kunddialog med redovisning av förväntade och uppnådda resultat, också i ekonomiska termer, skulle bidra till att kundföretagen lättare ser nyttan. På samma sätt skulle ett utvecklat personalekonomiskt tänkande, t.ex. i form av personalekonomiska bokslut, i kundföretagen bidra till att nyttan av insatser synliggörs.

Ett sätt för företagshälsovården att visa på nytta är att anpassa sina insatser efter kundernas behov. Det finns tecken på att en sådan utveckling är på gång. Färdiga ”paketerbjudanden” verkar minska i omfattning till förmån för ett mera kund- och situationsanpassat utbud. Ett särskilt problem i detta avseende är småföretagens situation där en utveckling av tjänsteutbudet behöver ske hos företagshälsovården och en samverkan om upphandling av företagshälsovårdstjänster mellan småföretag och genom deras organisationer. Utredningen återkommer till småföretagen i kapitel 9.

Som nämndes ovan finns en del brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Omvänt kan sägas att förbättringar i detta och i tillsynen skulle skapa en ökad efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster. Om arbetsmiljöinspektionen finner att arbetsgivarens saknar kompetens att ta itu med de problem som finns i arbetsmiljön eller att få till stånd ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete kan inspektionen kräva att arbetsgivaren använder företagshälsovård. Sådana förelägganden är emellertid ytterst ovanliga. Utredningen har vid kontakter på fältet fått intrycket att en återhållande faktor kan vara bristande tillgång på företagshälsovård, särskilt i glesbygd, och att det inte finns någon säkerhet för att den företagshälsovård som anlitas fyller rimliga krav på kvalitet. Med de förslag om godkännande av företagshälsovård som utredningen lägger senare i betänkande kommer förutsättningarna i detta avseende att förbättras.

I lagstiftningen har arbetsgivaren huvudansvar för arbetsmiljön, men också de fackliga organisationerna har en viktig roll i skyddsarbetet genom den skyddsorganisation som ska finnas med skyddskommittéer, skyddsombud och regionala skyddsombud. Arbetsmarknadens parter har också möjlighet att i kollektivavtal reglera arbetsmiljöfrågor och användande av företagshälsovård. Som konstaterades av Statskontoret i rapporten 2004:13, Systematiskt arbets-

miljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser, har stödstrukturerna för arbetsmiljöarbetet försvagats under de senaste tio åren. Det gäller bl.a. skyddsorganisationens roll. Utredningen noterar därför med tillfredsställelse att det i en del av de avtal som träffats i den senaste avtalsrörelsen kan iakttas ett ökande intresse för arbetsmiljöfrågor, som bl.a. kommer att leda till förstärkningar i arbetsmiljöutbildning och partssamverkan i arbetsmiljöfrågor. I flera av avtalen finns också skrivningar om företagshälsovård, som kan leda till bättre preciserade krav på insatser från företagshälsovården. En beskrivning av avtalen finns i kapitel 4.

5.2 Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet

I detta avsnitt redogörs för de krav som i AML riktas mot arbetsgivaren avseende arbetsanpassning och rehabilitering samt företagshälsovårdens roll i dessa sammanhang. Beskrivningen i detta avsnitt avser arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten i fråga om arbetsplatsen i sin helhet, dvs. hur verksamheten bör organiseras för att uppfylla de krav som följer av främst AML. Regleringen i AML har ett nära samband med arbetsgivarens ansvar för rehabilitering enligt lagen om allmän försäkring (AFL).

Frågan om arbetsgivarens ansvar i de enskilda rehabiliteringsfallen beskrivs i avsnitt 5.3.2. Då står regleringen i AFL i förgrunden. Det bör påpekas att reglerna om arbetsanpassning och rehabilitering i AML även har betydelse för de enskilda rehabiliteringsfallen. Uppdelning av rehabiliteringsfrågorna i två avsnitt görs för att kunna ge en samlad beskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i nästa avsnitt.

Nuvarande reglering

Enligt 3 kap. 2 a §, tredje stycket ska arbetsgivaren ha en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som vilar på honom eller henne enligt AML och enligt 22 kap. AFL. Bestämmelsen hör nära samman med arbetsgivarens åligganden i fråga om systematiskt arbetsmiljöarbete, i första och andra styckena i 2 a §.

De uppgifter som arbetsanpassningsverksamheten behövs för är de som följer av bestämmelserna om generell och individuell arbetsmiljöanpassning, i 2 kap. 1 § och 3 kap. 3 §. Med generell anpassning avses en anpassning av arbetsmiljön till människors olika förutsättningar. Med individuell anpassning avses en anpassning till den enskilde arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. De uppgifter som rehabiliteringsverksamheten behövs för är de som följer av bestämmelserna i 22 kap. AFL.

Syftet med bestämmelsen i 3 kap. 2 a § tredje stycket, som infördes i lagen år 1991, var att tydliggöra arbetsgivarens ansvar för de anställda som drabbas av skada eller sjukdom.

Arbetsgivarens åligganden i fråga om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet preciseras i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1). Där framgår att arbetsgivaren bl.a. ska

- ange mål för verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering,
- fortlöpande ta reda på de anställdas behov av arbetsanpassning och rehabilitering,
- så tidigt som möjligt påbörja sådant arbete för dem som har behov därav,
- klargöra hur arbetet med dessa frågor ska fördelas på arbetsplatsen och se till att de som arbetar med sådana uppgifter har de befogenheter, resurser och den kompetens som behövs, och
- vidta ett antal organisatoriska åtgärder, bl.a. ska arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten organiseras så att den kan bedrivas i samverkan med försäkringskassan och andra berörda myndigheter.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) bör verksamheten för arbetsanpassning och rehabilitering samordnas med det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Arbetsmiljöverket har ett tillsynsansvar över tillämpningen av AML. Tillsynsansvaret avser "systemfrågorna", dvs. att arbetsgivaren har en på lämpligt sätt organiserad verksamhet (mål, plan, organisation m.m.)

Företagshälsovårdens roll enligt nuvarande reglering

3 kap. 2 b § AML anger som nämnts att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som förhållandena kräver finns att tillgå. I arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1, 12 §) anges att *när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.*

I kommentarerna till verkets föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering anges att arbetsgivaren kan ha stor nytta av att anlita företagshälsovården med dess kunnande i medicinskt, tekniskt och beteendevetenskapligt avseende. Det erinras dock om att företagshälsovården aldrig kan överta arbetsgivarens ansvar.

Problem med nuvarande reglering

Hur arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet bedrivs är kartlagt i mindre omfattning än vad som är fallet med det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Enligt en studie vars syfte egentligen var att belysa samverkan mellan dåvarande Yrkesinspektionen och försäkringskassan i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsfrågor¹, men som även innehåller uppgifter om företags och förvaltningars faktiska arbete med dessa frågor, efterlevs Arbetsmiljöverkets föreskrifter generellt sett i högre omfattning inom offentlig sektor och inom större företag, än av de mindre företagen.

Undersökningen baserades på intervjuer med företrädare för tre grupper av arbetsställen; sådana som hade saminspekterats (av yrkesinspektionen och försäkringskassan), sådana som hade inspekterats på vanligt sätt (av yrkesinspektionen) samt sådana som inte hade inspekterats alls de senaste fem åren. Antal svarande i de olika grupperna var 131, 377 respektive 338 arbetsställen. Till den första gruppen lades också svar från 99 skyddsombud.

Resultaten visade att där det hade varit en saminspektion kände arbetsgivaren till och hade läst verkets föreskrifter om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet i större omfattning än andra arbetsgivare. 75 procent av de "saminspekterade" kände till föreskrifterna. Motsvarande siffror för de arbetsgivare vars verk-

¹ Arbetarskyddsstyrelsen, Rapport 2000:10.

samhet hade inspekterats på vanligt sätt och för dem som inte hade inspekterats var 62 respektive 64 procent.

De svarande fick frågor om arbetsstället hade mål för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten, om det fanns utarbetade rutiner för verksamheten som sådan respektive för att upptäcka individer som riskerar att få problem med att sköta arbetet. De genomsnittliga värdena för alla svarande var att drygt 60 procent hade mål för verksamheten, knappt 70 procent hade rutiner för verksamheten och drygt 70 procent hade rutiner för att upptäcka individer i riskzonen.

Den bild undersökningen ger om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet i företag och förvaltningar återspeglas i Arbetsmiljöverkets kartläggning av systematiskt arbetsmiljöarbete. Just den ovan nämnda undersökningen om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet ger högre värden än de som framkommit beträffande SAM. Det finns dock skäl att tro att förekomsten av SAM och av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet ser ganska likartad ut.

Om det är så att det finns brister i den arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som AML föreskriver, skulle detta kunna medföra att anställda som har blivit sjuka/fått nedsatt arbetsförmåga (eller som riskerar detta) kvarstår som sjuka/med nedsatt arbetsförmåga längre än vad som hade varit fallet om verksamheten för arbetsanpassning och rehabilitering hade fungerat optimalt.

Detta förhållande aktualiserar följande frågor:

- Vad beror bristerna på – vad är det som inte fungerar?
- Har svaret att göra med att företagshälsovård inte används, eller brister i den företagshälsovård som används?

Vad gäller den första frågan kan följande orsaker tänkas:

- Oklara regler – arbetsgivaren vet inte fullt ut vilket ansvar han eller hon har. Ett problem som pekas på i flera utredningar² är att den samlade regleringen i AML och AFL inte är fullständigt klar i fråga om arbetsgivarens och andra aktörers ansvar (främst försäkringskassan) för rehabilitering. Denna fråga behandlas vidare nedan i avsnittet om rehabiliteringsprocessen.

² Se t.ex. Sjuk- och arbetsskadekommittén, SOU 1996:113, och Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, SOU 2000:78.

- Arbetsgivaren förmår inte leva upp till det ansvar lagen ålägger honom eller henne. Det saknas intresse, kompetens, ekonomiska förutsättningar. Enligt ovan nämnda undersökning ansåg 30 procent av arbetsgivarrepresentanterna som arbetade med frågorna att deras kunskaper var otillräckliga. Samtidigt ansåg 20 procent att de hade mycket goda kunskaper och ytterligare 50 procent att de hade ganska goda kunskaper. Ju fler anställda på arbetsstället, desto oftare ansåg arbetsgivarrepresentanten att den egna kompetensen var god. Bristerna i kompetens torde alltså generellt sett vara störst i mindre företag.
- Tillsynen är otillräcklig, sanktionssystemet inte tillräckligt effektivt.

Vad gäller den andra frågan bör först konstateras att användandet av företagshälsovård inte är något självändamål. Avsikten med reglerna om företagshälsovård i detta sammanhang är att stärka arbetsgivarens arbete med arbetsanpassning och rehabilitering. Detta ska i sin tur ska bidra till att främja lagens övergripande mål, som är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Detta är viktigt att understryka eftersom det därav följer att eventuella problem med arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inte behöver bero på företagshälsovården (dess kvalitet, omfattningen av användandet m.m.). Beroende på problemens orsaker kan svaret på vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra situationen variera.

Omfattningen av användandet av företagshälsovård kan vara en delfaktor i orsakerna till brister i arbetsgivares arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Detta har beskrivits i kapitel 4 och avsnitt 5.1.

Utbudet av företagshälsovårdstjänster skulle kunna utgöra en annan delfaktor till orsakerna till brister i arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet. Visserligen utgörs knappt tolv procent av all verksamhet av utredningsarbete i samband med rehabilitering och behandlande rehabiliteringsverksamhet av drygt åtta procent enligt Statskontorets tidigare nämnda rapport. Men rapporten visar också att huvuddelen (57 procent) av den samlade företagshälsovården utgörs av arbetsuppgifter som ligger utanför de frågor för vilka arbetsgivaren har ett ansvar för enligt AML och AFL. Utbudet av tjänster är naturligtvis en återspeglning av vilka tjänster som efterfrågas.

Kvaliteten i den företagshälsovård som används kan vara ytterligare en delfaktor i orsakerna till bristerna i arbetsanpassnings- och rehabilitering. Det finns inget obligatoriskt kvalitetssäkringssystem. Anslutningsgraden till det befintliga frivilliga systemet har beskrivits i avsnitt 4.6.9.

Därtill kommer att det torde finnas brister i beställningarna av företagshälsovård. De beställningar som görs har inte alltid föregåtts av tillräcklig analys av vilka behoven är och vad man vill ha ut av företagshälsovården, vilka resultat som ska uppnås m.m. Till denna fråga hör i vilken omfattning samverkansreglerna i AML används i fråga om systematiskt arbetsmiljöarbete och i vilken omfattning arbetsmarknadens parter lokalt kommer överens om företagshälsovårdsfrågor i kollektivavtal. Enligt Arbetsmiljöundersökningen 2003³ har endast hälften av de tillfrågade skyddsombuden deltagit mycket eller ganska mycket i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

Den grundläggande orsaken till eventuella problem i fråga om arbetsgivares arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet handlar inte om företagshälsovård, om och hur arbetsgivaren använder sig av den och vilken dess kvalitet är. Den grundläggande frågan är i stället om reglerna om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet är ändamålsenliga och hur de tillämpas i praktiken.

Såsom reglerna är uppbyggda förutsätts företagshälsovården få en roll först om arbetsgivaren följer de grundläggande reglerna. Företagshälsovården får svårt att bidra till förbättringar i fråga om arbetsanpassning och rehabilitering, även om det t.ex. föreskrivs att företagshälsovård ska användas eller att företagshälsovård ska kvalitetssäkras, om inte arbetsgivaren tillämpar de grundläggande reglerna.

Den av de ovan nämnda problemen som företagshälsovården skulle kunna bidra till en förbättring av gäller bristerna i kompetens hos arbetsgivare i frågor med bäring på arbetsanpassning och rehabilitering. Det kan handla om kunskaper av medicinsk, psykosocial och teknisk natur. Företagshälsovården torde kunna bidra till att förstärka arbetet och så sker redan på ett stort antal arbetsställen där den medverkar.

³ Sveriges Officiella Statistik, Statistiska meddelande, AM 68 SM 0401.

För att den generellt sett ska bli en resurs för förbättringar torde dock krävas att företagshälsovårdstjänster görs tillgängliga för en bredare kundkrets och att företagshälsovården förmår leverera de tjänster/den kompetens som efterfrågas. Tjänsterna måste ha god kvalitet och ge ett mervärde i förhållande till den kompetens som finns eller kan byggas upp internt till lägre kostnad. Det pågår ett kvalitetsutvecklingsarbete i branschen, men anslutningsgraden till det befintliga systemet är som nämnts tämligen låg.

5.3 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

5.3.1 Sjukskrivningsprocessen

I detta avsnitt beskrivs först de regler som styr de olika ersättningar som anställda/försäkrade i socialförsäkringen har rätt till under sjukdom. Beskrivningen fokuserar på regelverket för bedömningen av arbetsförmåga. För enkelhetens skull beskrivs nedan gången för en anställd person. Därefter följer en diskussion om vilken roll företagshälsovården har i sjukskrivningsprocessen.

Nuvarande reglering

Sjuklön

Sjuklönelagen (1991:1047) bygger på bestämmelserna om sjukpenning i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). I vissa avseende skiljer de sig dock åt, vilket påpekas nedan i avsnittet om sjukpenning.

Anställda har enligt sjuklönelagen vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan rätt till sjuklön från arbetsgivaren i 20 dagar, efter en inledande karensdag (sjuklöneperioden). Beslut om sjuklön fattas av arbetsgivaren. Vid bedömning av arbetsförmågan ska beaktas om arbetstagaren pga. av sjukdomen är helt eller delvis förhindrad att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Det krävs inte att arbetsförmågan har satts ned med någon viss andel (vilket krävs för rätt till sjukpenning, se nedan).

Arbetsgivaren är dock inte skyldig att betala ut sjuklönen innan arbetstagaren har lämnat en skriftlig försäkran om sjukdomen.

Från och med den sjunde dagen efter anmälan ska arbetstagaren styrka nedsättningen av arbetsförmågan genom intyg av läk-

are/tandläkare för att ha rätt till sjuklön. Om det finns särskilda skäl kan försäkringskassan, självmant eller på framställning av arbetsgivaren, ålägga arbetstagaren att styrka nedsättningen genom intyg tidigare än den dagen. Kassan får företa sjukkontroll under sjuklöneperioden. Arbetsgivaren ska anmäla till kassan om sjukperioden fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång (inom sju dagar).

Sjukpenning

Efter sjuklöneperioden, dvs. efter den 21 dagen i en sjukperiod, har man som försäkrad rätt till sjukpenning enligt de regler som beskrivs i det följande.

Till skillnad från sjuklönelagen ges i reglerna om sjukpenning i AFL en vägledning till sjukdomsbegreppet och anges att nedsättningen av arbetsförmågan måste vara av viss omfattning för att rätt till sjukpenning ska föreligga. Enligt 3 kap. 7 § första stycket AFL ska således arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel. Vid bedömningen ska bortses från arbetsmarknads-mässiga, ekonomiska sociala och liknande förhållanden. Endast medicinska förhållanden ska således beaktas för att bedöma om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

Sjukpenning kan utges som hel, tre fjärdedels-, halv eller en fjärdedelsättning, beroende på omfattningen av nedsättningen av arbetsförmågan.

Enligt 7 § tredje stycket ska det i samband med en fullständigt nedsatt arbetsförmåga beaktas om den försäkrade pga. sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren erbjuder den anställde. "Annat lämpligt arbete" som arbetsgivaren erbjuder ska alltså ingå i bedömningen av arbetsoförmågan. Detta tillägg till bedömningen av arbetsoförmågan infördes i lagen år 1995. Skälet till ändringen var enligt förarbetena⁴ arbetsgivarens förstahandsansvar för rehabilitering och att signaler framkommit om vikten av att kontakten behålls med arbetet under sjukdomsperioder. Det påpekades dock att bestämmelsen inte innebar någon skyldighet för arbetsgivaren att erbjuda annat arbete.

Genom en lagändring som trädde ikraft år 1997 ska försäkringskassan enligt 7 § femte stycket vid bedömningen av arbetsförmågan även pröva om den försäkrade genom annat förvävsarbete som är

⁴ Prop. 1994/95:147, sid. 47.

normalt förekommande på arbetsmarknaden kan försörja sig själv, dvs. en prövning i förhållande till den nationella arbetsmarknaden.

Det är försäkringskassorna som ska göra de ovan nämnda övervägandena om arbetsförmåga, m.m. och fatta beslut om ersättning. Till stöd för sin bedömning har kassan den försäkran om sjukdomen som lämnas av den försäkrade samt läkarintyg som ska styrka sjukdomen och den nedsatta arbetsförmågan.

Enligt 3 kap. 8 § första stycket AFL ska skriftlig försäkran lämnas till kassan, med uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och hans eller hennes egen bedömning av arbetsförmågan. Om kassan begär det ska den försäkrade enligt andra stycket lämna en skriftlig särskild försäkran avseende nedsättningen av arbetsförmågan. Denna försäkran ska innehålla utförligare beskrivningar av de frågor som tas upp i den vanliga försäkran.

Enligt 8 § andra stycket ska läkarintyg lämnas senast den sjunde dagen efter sjukanmälningdagen. Om det behövs för att kunna bedöma om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, ska försäkringskassan enligt 8 a § begära att den försäkrade genomgår utredning eller deltar i ett avstämningsmöte. Så långt i processen ska försäkringskassan också, om det behövs för bedömning av rätten till sjukpenning eller för medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering, begära in ett särskilt läkarutlåtande (eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig).

Enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter om kontroll i sjukpenningärenden m.m.⁵ ska det användas särskilda formulär för läkarintyg (numera medicinskt underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och ev. behov av rehabilitering) och särskilt läkarutlåtande (för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder), som fastställts av Riksförsäkringsverket i samråd med Socialstyrelsen.

Utformningen av formulären är en återspeglning av de uppgifter som ska beaktas i kassornas bedömning av arbetsförmåga/rätt till sjukpenning. Formuläret för det särskilda läkarutlåtandet är mer omfattande än det medicinska underlaget och speglar den fördjupade bedömning som det intyget ska kunna användas till.

Formulären gäller rätten till sjukpenning och är alltså inget krav för rätt till sjuklön. För rätten till sjuklön behöver som nämnts inte

⁵ RFFS 1998:13.

heller uppges för arbetsgivaren vilken sjukdom arbetstagaren lider av (vilket är en uppgift som det medicinska underlaget innehåller).

Om försäkringskassan behöver upphandla utredningar till stöd för sin bedömning av bl.a. medicinskt tillstånd och arbetsförmåga enligt 3 kap. 8 a § AFL gäller särskilda bestämmelser enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter (2003:9) om kvalitetskrav på vissa utredningar som en allmän försäkringskassa kan upphandla. Föreskrifterna ställer bl.a. krav på vilken kompetens producenten ska ha. Det ska t.ex. finnas läkare med specialistkompetens och personal med beteendevetenskaplig baskompetens. Föreskrifterna innehåller bl.a. också krav på att producenten ska ha ett kvalitetsystem i vilket ska framgå hur föreskrifternas föreskrivna kvalitetskrav tillgodoses och hur de följs upp.

Här bör också nämnas Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m.⁶ Enligt dessa ska det i intyg endast göras uttalanden om sådant man har tillräcklig kännedom om. Intygsutfärdaren ska vara objektiv och sträva efter att göra en opartisk bedömning. Därför kan upplysningar behöva inhämtas även från andra personer. Intyg som utfärdas på blankett som fastställts av socialstyrelsen eller av annan myndighet i samråd med socialstyrelsen, ska innehålla de uppgifter som förutsätts i blanketten.

Sjukersättning och aktivitetsersättning

Sjukpenningen är i princip inte begränsad i tid, men enligt en lagändring som trädde ikraft förra året ska försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om den försäkrade ska ha sjukersättning eller aktivitetsersättning i stället för sjukpenning.

Prövningen av arbetsförmågan i samband med dessa ersättningar sker på motsvarande sätt som för rätten till sjukpenning.

⁶ SOSFS 1981:25 M.

Företagshälsovårdens roll enligt nuvarande reglering

Lagstiftningen innehåller inga bestämmelser om användande av företagshälsovård i samband med att rätten till sjuklön, sjukpenning och de andra ersättningarna ska bedömas.

Företagshälsovårdens faktiska verksamhet tycks emellertid likväl inkludera uppgifter som har med sjukskrivning att göra. Enligt Statskontorets tidigare nämnda rapport Utnyttja företagshälsovården bättre ägnar företagshälsovården nästan tio procent av sin verksamhet åt arbetsrelaterad sjukvård och drygt fyra procent åt annan sjukvård. I vart fall en del av denna verksamhet torde avse frågor om sjukskrivningar.

För samma slutsats talar den undersökning av företagshälsovårdens kundföretag som gjordes i samband med rapporten Kompetens, kvalitet, kundnytta – metodutveckling inom företagshälsovården⁷. Enligt undersökningen uppfattar kundföretagen att företagshälsovården i första hand erbjuder sjukvårdstjänster.

Problem med nuvarande reglering

Med början under 1990-talet uppmärksammades det faktum att sjukförsäkringen i allt större grad hade blivit en försäkring även i andra situationer än vid sjukdom. Under 1990-talet preciserades som ovan beskrivits ”sjukdomsbegreppet” genom att andra faktorer än de rent medicinska inte längre ska beaktas.⁸

I ljuset av den stigande sjukfrånvaron har det därtill under de senaste åren kommit att läggas större tonvikt vid att det görs en korrekt bedömning av om sjukdomen innebär en nedsatt arbetsförmåga och i vilken omfattning förmågan är nedsatt. Ett problem är dock att tids- och resursbrist i sjukvården gör att intygsskrivande många gånger kommer i andra hand, behandlingen av patienterna prioriteras. I de flesta fallen saknar dessutom den intygsskrivande läkaren närmare kunskap om den enskildes arbetsförhållanden. Många gånger har därför läkaren svårare att intyga sambandet med arbetsförmåga än att intyga att sjukdom föreligger. Tidsåtgången för att bedöma arbetsförmåga har lett till att hand-

⁷ Slutrapport från Arbetsmiljöverket och Arbetslivsinstitutet, i delprojekt inom ramen för regeringens åtgärdsprogram för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, februari 2004.

⁸ Prop. 1994/95:147 och prop. 1996/97:28.

läggningsstiden innan den försäkrade får sin sjukpenning i många fall blir lång.

År 2003 vidtogs ett antal åtgärder i syfte att få till stånd en större precision i sjukskrivningarna, dvs. för att få till stånd en högre kvalitet i de bedömningar, beslutsunderlag och beslut som leder fram till ersättning under sjukdom.

De ovan nämnda reglerna i AFL om avstämningsmöte trädde ikraft förra året. Bland de övriga åtgärder som förra året vidtogs eller lyftes fram⁹ kan följande nämnas; deltidssjukskrivning bör vara utgångspunkten i stället för heltidssjukskrivning (vilket bl.a. leder till skarpare krav beträffande arbetsgivarens rehabiliteringsansvar), större krav ska ställas på de läkarintyg som innebär sjukskrivning på heltid (jfr. de ovan nämnda formulären), en förstärkning ska göras av de intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin, fler försäkringsläkare ska anställas hos försäkringskassorna och ges mer preciserade uppgifter som inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron.

I februari 2003 beslöt försäkringskassornas direktion att de förhållningssätt och metoder som tagits fram inom ramen för ett uppdrag från regeringen att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skulle implementeras på alla försäkringskassor. Beslutet har inneburit att en bred och omfattande utbildning inom ohälsområdet har bedrivits under 2003 och 2004. En viktig utgångspunkt för den s.k. SFA-utbildningen är att åstadkomma en förbättrad arbetsmetodik vid beslut om ersättning vid sjukdom och vid utredningar av behovet av rehabilitering. En av de metoder som ingår i utbildningen är utredningsverktyget SASSAM¹⁰. SASSAM är en strukturerad arbetsmetodik som bygger på kunskaper inom medicin, beteendevetenskap, psykologi och sociologi. Metodiken syftar till att kartlägga den enskildes hinder och resurser i ett helhetsperspektiv. F.n. utbildas ca 800 personer inom företagshälsovården i SASSAM-metodik.

Regeringen lämnade i oktober i år propositionen ”Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro”¹¹ till riksdagen. I propositionen föreslås bl.a. att arbetsgivare får ett medfinansieringsansvar på 15 procent av sjukpenningkostnaden för de anställda (särskild sjukförsäkringsavgift). Denna medfinansiering behöver inte betalas vid sjukskrivning på deltid eller om den anställde genomgår arbetslivsinriktad

⁹ Prop. 2002/03:89.

¹⁰ Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering.

¹¹ Prop. 2004/05:21.

rehabilitering. Samtidigt föreslås att sjukförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgiften sänks så att förslaget om medfinansiering blir kostnadsneutralt i förhållande till arbetsgivaravskriften.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

Mot bakgrund av de ovan beskrivna reglerna om hur ingående ett ohälsotillstånd och dess konsekvenser ska bedömas för den enskildes förmåga att utföra sitt normala arbete, annat arbete hos arbetsgivaren eller annat arbete över huvud taget, torde företagshälsovården generellt sett ha följande komparativa fördelar jämfört med den allmänna hälso- och sjukvården:

- Den har särskild kunskap inom arbetsmedicin, vilket har stor betydelse för att bedöma hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan. Sådan specialistkunskap saknas i regel inom den allmänna hälso- och sjukvården.
- Den samlar normalt olika kompetenser under ett tak, vilket kan vara av betydelse då många sjukdomstillstånd är sammansatta av flera olika orsaker.
- Den har direkt kunskap om arbetsplatsen, i vart fall om typen av arbetsplats/branschen. Därtill kommer att man i regel har kunskap om den person som drabbats av ohälsa och dennes normala arbetsförmåga.

Företagshälsovården har därmed genom sitt uppdrag att förstå sambanden mellan hälsa och arbete/arbetsmiljö, genom sin multidisciplinära kompetens och genom kunskaperna om arbetsplatsen en unik sakkunskap för frågor om sambandet mellan ohälsa och arbetsförmåga.

5.3.2 Rehabiliteringsprocessen

I avsnitt 5.2 beskrevs arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet enligt AML, dvs. ansvaret för dessa frågor beträffande arbetsplatsen i sin helhet. I detta avsnitt ska arbetsgivarens ansvar i enskilda rehabiliteringsfall beskrivas, vilket finns regler om i 22 kap. AFL.

Liksom i fråga om sjukskrivningsprocessen bygger beskrivningen nedan av rehabiliteringsprocessen på regelverket för dem

som är anställda. För andra sysselsatta och för arbetslösa gäller naturligtvis delvis andra regler beroende på att det i de fallen saknas en arbetsgivare.

Nuvarande reglering

Enligt 1992 års rehabiliteringsreform¹² finns det tre former av rehabilitering. Medicinsk rehabilitering som avser att återställa eller förbättra grundläggande funktioner. Detta ansvarar i första hand landstingen för. Social rehabilitering omfattar åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter, och är främst ett ansvar för kommunerna. Yrkesinriktad, eller arbetslivsinriktad vilket är den term som i dag används, avser åtgärder på arbetsmarknadsområdet, t.ex. arbetsträning och arbetsmarknadsutbildning. Denna rehabiliteringsform ansvarar arbetsgivarna och försäkringskassorna för.

Bestämmelser om rehabilitering och rehabiliteringsersättning finns i 22 kap. AFL. Bestämmelserna innebär att samhället och den enskildes arbetsgivare har ansvar för olika delar i rehabiliteringsprocessen. Även den enskilde försäkrade har ett ansvar att medverka i processen.

Den försäkrade

Rehabiliteringsåtgärder ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov. Den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klargöra behovet av rehabilitering och aktivt medverka i rehabiliteringen. Den försäkrade har rätt till rehabiliteringsersättning från samhället när arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Ersättningen kan dras in eller sättas ned om den försäkrade inte informerar försäkringskassan om sådant som har betydelse för rätten till ersättning eller för ersättningens storlek.

¹² Prop. 1990/91: 140 och 141.

Arbetsgivaren

Den rehabiliteringsverksamhet som enligt 3 kap. 2 a § tredje stycket AML åligger arbetsgivaren ska skapa förutsättningar för fullgörande av arbetsgivarens skyldigheter enligt 22 kap. AFL.

Arbetsgivarens uppgift enligt 22 kap. 3 § AFL är att *i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering*. Detta kan uttryckas som att arbetsgivaren har ett förstahandsansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering.

När det gäller att klarlägga behovet av rehabilitering ska arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning om arbetstagaren har varit sjuk i fyra veckor, eller minst sex gånger under en 12-månaders period, eller om arbetstagaren själv begär det. Utredningen ska skickas till försäkringskassan inom åtta veckor. Syftet med utredningen är att klarlägga arbetstagarens behov av stödjande åtgärder för att så snabbt som möjligt kunna återgå i arbete. Utredningsansvaret är inte begränsat till sådana åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen.

Enligt förordning (2003:426) om rehabiliteringsutredning ska utredningen normalt innehålla uppgifter om

- den anställdes uppfattning i frågan om rehabilitering,
- den anställdes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter och en prognos för återgång i arbetet,
- behovet av rehabiliteringsåtgärder samt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen,
- arbetsgivarens möjligheter att anpassa den anställdes arbetsuppgifter eller hitta ett annat lämpligt arbete,
- möjligheter för återgång till arbete helt eller delvis vid heltids- eller deltidssjukskrivning,
- tillgång till och medverkan av företagshälsovård.

Om det är uppenbart att någon rehabiliteringsåtgärd inte behövs får utredningen begränsas till uppgifter om orsaken till det.

Försäkringskassan tillhandahåller en särskild blankett för utredningen; Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete.

Vad sedan gäller ansvaret för att konkreta rehabiliterande åtgärder vidtas, kan först konstateras att arbetsgivaren enligt AML har ett ansvar för att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd så att hänsyn kan tas till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet (3 kap. 3 § andra stycket AML).

Enligt AFL ska arbetsgivaren som nämnts också vidta rehabiliteringsåtgärder. Dessa åtgärder ska vara arbetslivsinriktade. Medicinskt inriktade åtgärder, dvs. sjukvård, ska hälso- och sjukvården (landstingen) svara för. Det finns dock inte alltid en skarp gräns mellan arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering.

Exempel på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är arbets träning och utbildning. Det kan också vara fråga om att vidta tekniska åtgärder eller att skaffa särskild utrustning samt åtgärder beträffande arbetsinnehåll och arbetsorganisation. Vilka åtgärder som är rimliga att arbetsgivaren vidtar beror på omständigheterna i det enskilda fallet.¹³ Även omplacering kan vara aktuellt om en anpassning av arbetsmiljön inte rimligen kan göras eller för att det är en lämpligare lösning. Inriktningen ska enligt förarbetena vara att den anställde bereds fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Ytterst avgörs arbetsgivarens ansvar av lagen om anställningsskydd (LAS). Före en eventuell uppsägning måste arbetsgivaren överväga alla möjligheter att flytta arbetstagaren till någon annan arbetsuppgift inom företaget eller förvaltningen.

Sambället/försäkringskassan

Försäkringskassan ska vara ett stöd till arbetsgivaren och utöva tillsyn över hur denne fullgör sina skyldigheter, samt utreda och fatta besluta om rehabiliteringsersättning till den försäkrade.

Om det finns skäl till det ska försäkringskassan överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen.

Försäkringskassan ska enligt 5 § samordna och utöva tillsyn över de rehabiliteringsinsatser som behövs. I samråd med den försäkrade ska kassan se till att hans eller hennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Detta kan ha särskild betydelse för dem som inte har någon arbetsgivare (dvs. egenföretagare, uppdragstagare, studerande och arbetslösa).

I arbetet ska kassan, om den försäkrade så medger, samverka med hans eller hennes arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra berörda myndigheter. Försäkringskassan ska i det sammanhanget *verka för* att dessa aktörer, inom sina respektive verksamhetsområden, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv

¹³ Prop. 1990/91:141, sid. 42..

rehabilitering. Kassans ansvar för faktiska rehabiliteringsåtgärder kan sägas vara sekundärt i förhållande till den försäkrades arbetsgivare.

Om en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd behöver vidtas ska försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska ange bl.a. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som har ansvaret för dem samt en tidsplan för rehabiliteringen.

Som ovan nämndes, angående rätten till sjukpenning, ska försäkringskassan om det behövs för att bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning eller deltar i ett avstämningsmöte.

Försäkringskassan utreder förutsättningarna för och beslutar om rehabiliteringsersättning till den försäkrade. Sådan ersättning kan som nämnts utbetalas vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

I föregående avsnitt nämndes att regeringen i oktober i år överlämnade propositionen "Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro". Propositionen innehåller också förslag till ändringar i fråga om rehabiliteringsplaner och avstämningsmöten. I propositionen föreslås att rehabiliteringsplanen ska upprättas senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredningen har inkommit till Försäkringskassan. Om rehabiliteringsbehovet kan klarläggas först efter ett avstämningsmöte, ska en rehabiliteringsplan ha upprättats senast två veckor efter dagen för mötet. Om det inte är obehövligt ska Försäkringskassan kalla den försäkrade till ett avstämningsmöte senast två veckor efter det att rehabiliteringsutredningen inkommit till kassan. I propositionen anges även att företrädare för t.ex. företagshälsovården bör kallas. Som nämnts innebär propositionens förslag att medfinansieringsansvaret bortfaller bl.a. om arbetstagaren genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kostnadsfrågor

Arbetsgivaren bär det ekonomiska ansvaret för sådana anpassningar i arbetsmiljön som följer av förstahandsansvaret för rehabiliteringen. Försäkringskassan kan ge bidrag till arbetshjälpedel för försäkrade om sådana behövs som en del i en rehabilitering. För personer som saknar anställning kan Arbetsmarknadsverket ge motsvarande bidrag.

Om arbetstagaren genomgår en arbetslivsinriktad rehabilitering utges rehabiliteringsersättning, i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringsersättningen utgör en del av sjukförsäkringen, vilken finansieras med arbetsgivaravgifter.

Kostnaderna för medicinsk och social rehabilitering regleras på samma sätt som annan sjukvård respektive socialvård.

Företagshälsovårdens roll enligt nuvarande reglering

Som nämndes i avsnittet om arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, är det angivet i AML och i föreskrifter från Arbetsmiljöverket att företagshälsovården är en expertresurs som arbetsgivaren i vissa fall är skyldig att använda sig av för bl.a. rehabiliteringsverksamhet.

Företagshälsovården har dock enligt lagstiftningen ingen uttrycklig roll i de enskilda rehabiliteringsfallen. Som nämnts ställer Riksförsäkringsverkets föreskrifter krav på att förekomst och medverkan av företagshälsovård ska antecknas i den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren ska upprätta.

Av Statskontorets rapport Utnyttja företagshälsovården bättre, framgår att företagshälsovården i ganska stor omfattning används i olika rehabiliteringsfrågor. Enligt den undersökning som gjordes utgör utredningsfasen i rehabilitering knappt tolv procent av företagshälsovårdens verksamhet, medan behandlande rehabiliteringsverksamhet utgör drygt åtta procent.

Problem med nuvarande reglering

De generella problem som pekas på i diskussionen om rehabilitering (t.ex. i prop. 2002/03:89) är att åtgärder sätts in för sent och att åtgärder inte alltid bygger på tillräckligt precisa beslutsunderlag beträffande vilka åtgärder som är lämpligast.

Många av de lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder som vidtogs förra året och som lagts förslag om i år inriktas på att tidigarelägga rehabilitering och öka kvaliteten i de underlag som ligger till grund för beslut om åtgärder. En bärande tanke är att förutsättningar för personer med sjukdom och nedsatt arbetsförmåga att återgå i arbete är bättre ju tidigare åtgärder sätts in,

förutsatt naturligtvis att de medicinska förutsättningarna för det föreligger.

Ett annat problem som pekats på i tidigare utredningar¹⁴ gäller den oklara ansvarfördelningen mellan framförallt arbetsgivaren och försäkringskassan. Ett nära samband med den frågan har de eventuella brister som har att göra med att bestämmelserna om rehabilitering finns i olika lagar, med olika regler i fråga om myndighetstillsyn och sanktioner.

Vad först gäller den senare frågan kan konstateras att det saknas direkta sanktioner mot den arbetsgivare som inte fullgör sina skyldigheter i ett enskilt rehabiliteringsärende. Försäkringskassan har inga sanktionsmöjligheter gentemot arbetsgivaren. Arbetsmiljöverket har enligt AML ett tillsynsansvar över arbetsmiljön och rehabiliteringsverksamheten i sin helhet, men inte i enskilda rehabiliteringsärenden. Däremot kan verket ingripa om arbetsmiljön behöver åtgärdas för att enligt kraven i AML anpassas efter en enskild arbetstagares behov. Underlag för inspektioner bör inhämtas från försäkringskassan, och kassan ska rapportera till verket om en arbetsgivare inte fullgör sina skyldigheter.

I fråga om innehållet i arbetsgivarens ansvar är detta tydligast beträffande kravet att upprätta en rehabiliteringsutredning. Att sådana utredningar tidigare inte gjordes i den omfattning som borde ha varit fallet¹⁵ förväntas kunna åtgärdas genom att det förra året infördes ett krav om obligatorisk rehabiliteringsutredning i AFL.

Vad gäller faktiska rehabiliteringsåtgärder är dock arbetsgivarens ansvar betydligt mer oprecist. Det finns som framgått inte någon reglering av vilka åtgärder arbetsgivaren ska vidta. I förarbetena nämns ett antal exempel på åtgärder som kan komma i fråga. Hur långt ansvaret sträcker sig, t.ex. i fråga om kostnader, är än mer otydligt. Det torde dock ligga i sakens natur att innehållet i arbetsgivarens ansvar inte kan slås fast exakt i lagstiftningen. Det måste till en bedömning av arbetsgivarens förutsättningar och lämpliga åtgärder i de enskilda fallen.

Ett större problem är måhända att försäkringskassorna inte har tillräckliga resurser att utöva tillsyn i en omfattning som kanske behövs och att det saknas direkta sanktioner.

¹⁴ Se t.ex. Sjuk- och arbetsskadekommitténs slutbetänkande, SOU 1996:113, betänkandet av AGRA-utredningen (ArbetsGivarens RehabiliteringsAnsvar), SOU 1998:104, samt Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, SOU 2000:78.

¹⁵ Enligt en undersökning som Riksförsäkringsverket presenterade år 1998 saknades rehabiliteringsutredning i 75 procent av de ärenden där sjukskrivningen hade pågått i 90 dagar.

Förslagen i den tidigare nämnda propositionen som lämnades i oktober i år är dock avsedda att väsentligt påverka arbetsgivarens arbete för att få en arbetslivsinriktad rehabilitering till stånd. Medfinansieringsansvaret för sjukpenning föreslås som nämnts bortfalla om arbetstagaren erhåller rehabiliteringsersättning. Försäkringskassans beslut om detta ska föregås av en rehabiliteringsplan, vilken i sin tur ska föregås av en rehabiliteringsutredning som görs av arbetsgivaren. Förslagen innebär att ju tidigare arbetsgivaren agerar i fråga om att få rehabiliteringsbehovet av den anställde fastställt, desto tidigare kan medfinansieringsansvaret bortfalla.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

Som nyss redogjordes för torde det finnas problem beträffande rehabiliteringsprocessen som företagshälsovården i sig inte kan utgöra någon lösning av. Som reglerna är uppbyggda kan den spela en roll först om arbetsgivaren efterlever sina åligganden i AML och AFL.

Därtill kommer att företagshälsovården även skulle kunna användas av försäkringskassan, i de fall dessa myndigheter behöver upphandla rehabiliteringstjänster som företagshälsovården skulle kunna leverera.

Den kompetens som företagshälsovården besitter och som ovan beskrevs i avsnittet om sjukskrivningsprocessen, torde medföra att den typiskt sett och rätt använd kan ge bidrag till förbättringar även i rehabiliteringsprocessen. Även om den sjukfrånvarande arbetstagaren i första hand ska återgå till samma arbete och i andra hand till annat arbete hos samma arbetsgivare, kan det ytterst bli aktuellt med återgång till arbete hos annan arbetsgivare. Företagshälsovården kan medverka till att underlätta för personer att pröva arbete hos annan arbetsgivare, som också är ansluten till företagshälsovården.

I förhållande till arbetsgivaren torde företagshälsovårdens medverkan vara en naturlig del av eller fortsättning på den roll företagshälsovården ska ha enligt AML. Till skillnad från reglerna om dess medverkan enligt AML, skulle dock fokus på medverkan i rehabiliteringsprocessen ligga på de enskilda rehabiliteringsfallen. Det är som nämnts också förutsett i förordningen om rehabiliteringsutredning att företagshälsovården, i förekommande fall, ska spela en roll i rehabiliteringen av enskilda anställda.

I förhållande till försäkringskassan skulle företagshälsovården få en ny roll, åtminstone en roll som i dag inte finns förutsedd i lagstiftningen.

Om förslagen i propositionen "Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro" leder i avsedd riktning kan en större efterfrågan av företagshälsovårdens tjänster på rehabiliteringsområdet förväntas. Ju snabbare en arbetslivsinriktad rehabilitering kommer till stånd, desto tidigare kan arbetsgivaren slippa medfinansieringsansvaret för sjukpenningen. För att få till stånd en sådan rehabilitering måste åtgärder identifieras och en plan upprättas. Det framstår som naturligt att företagshälsovårdens tjänster utnyttjas i denna process.

5.4 Hälso- och sjukvård

Nuvarande reglering

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ålägger landstingen att erbjuda alla som är bosatta inom landstinget en god hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Landstingen har också ett ansvar för bl.a. rehabilitering. Det framhålls i lagen att landstingets ansvar inte innebär någon inskränkning i de skyldigheter som t.ex. en arbetsgivare kan ha enligt annan lagstiftning (jfr arbetsgivarens ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering).

Verksamheten finansieras genom landstingsskatt och i viss begränsad mån genom vårdavgifter. Därtill kommer statsbidrag.

Landstingen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstingen svarar för. Landstingen ska i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

Primärvården ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Primärvården ska organiseras så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt.

Kommunerna har ett ansvar för vissa delar inom hälso- och sjukvården. Det handlar framförallt om vård och omsorg av äldre och handikappade.

Behörighet att utöva de medicinska yrkena finns det regler om i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tillsynsmyndighet är Socialstyrelsen.

Företagshälsovårdens roll enligt nuvarande reglering

Det är inte förutsett i lagstiftningen att företagshälsovården har någon uppgift inom hälso- och sjukvården. I den utsträckning företagshälsovården bedriver hälso- och sjukvård kan den naturligtvis vara en sådan aktör som landsting enligt hälso- och sjukvårdslagen sluter avtal med.

Problemområden

Klyfta mellan efterfrågan och resurser

Frågan om hälso- och sjukvårdens resurser och behov av prioriteringar torde vara en ständigt aktuell fråga. Antalet äldre människor med stort vårdbehov har vuxit och fortsätter växa. Medicinska framsteg gör att den tid människor lever med sjukdom har förlängts. Efterfrågan på avancerad behandling blir större då möjligheterna finns att erbjuda sådan. Samtidigt har den samhällsekonomiska utvecklingen inneburit att hälso- och sjukvårdens resurser inte har ökat i takt med behoven. Klyftan har växt mellan å ena sidan den hälso- och sjukvård som efterfrågas och som det finns medicinska och tekniska möjligheter att göra och å andra sidan vad resurserna räcker till.¹⁶

Detta förhållande leder till behov att avgränsa hälso- och sjukvårdens ansvar, att hitta bra samarbetsformer med andra aktörer såsom socialtjänst och försäkringskassor, samt att göra prioriteringar. I fråga om prioriteringar har Riksdagen fastställt fyra prioritetsgrupper.

I den första gruppen finns bl.a. vård av livshotande akuta sjukdomar, andra svåra sjukdomar och vård i livets slutskede. I den andra gruppen finns prevention och habilitering/rehabilitering.

¹⁶ Prop. 1996/97:60, sid. 7.

Den tredje gruppen består av vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar, och den fjärde av vård av andra skäl än sjukdom och skada.¹⁷

Primärvårdens tillgänglighet, kvalitet, m.m.

Utvecklingen under 1990-talet innebar att den öppna vården utanför sjukhusen, dvs. primärvården i landsting och kommuner, fick ett ökat ansvar för patienter med allt tyngre vårdbehov. Detta mot-svarades dock inte av kapacitetsförstärkningar, vilket ledde till problem med tillgänglighet, kvalitet m.m.

År 2000 fastställde Riksdagen en Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Till handlingsplanen knöts ett utvecklingsavtal mellan staten och Landstingsförbundet respektive Svenska Kommunförbundet. Utvecklingsavtalet innebär att ca åtta miljarder kronor tillförs landstingen och kommunerna under åren 2000–2004. En viktig del i handlingsplanen är att utveckla landstingens primärvård, bl.a. så att alla ges möjlighet i praktiken att välja en egen läkare och att läkartätheten ökar. Därmed ska målsättningarna om tillgänglighet och kvalitet nås.¹⁸

Personalförsörjning/rekrytering av medicinsk personal

Sverige tillhör de länder i EU/EES-området som har den högsta läkartätheten. Enligt Socialstyrelsens prognoser ökar läkartätheten från 315 invånare per legitimerad läkare under 65 år till ca 300 invånare per läkare år 2005. Läkartätheten inom primärvården är dock internationellt sett låg. År 1998 var antalet invånare per allmänläkare i genomsnitt 2 250.¹⁹

Prognoser pekar på en kommande personalbrist inom primärvården. Ett skäl till svårigheterna med läkarförsörjning inom primärvården är att för få läkare specialiserar sig inom allmänmedicin. Ett ur denna synpunkt för stort antal läkare väljer någon av de andra 62 specialiteterna. Läkarutbildningen har utökats med 200 platser (25 procent) under år 2001–2002. För sjuksköterske-

¹⁷ Prop. 1996/97:60, sid. 26-39, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

¹⁸ Prop. 1999/2000:149.

¹⁹ Prop. 1999/2000:149, sid. 31-32.

utbildningen är målet att antalet utexaminerade sjuksköterskor ska öka med ca 1000 per år under kommande år.²⁰

Det finns brister i personalförsörjningen även i fråga om andra personalgrupper, t.ex. beträffande psykologer.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

De sjukvårdande uppgifterna och deras omfattning inom företagshälsovården har genom åren varit omdebatterad. Från statens sida har det allt mer framstått som en målsättning att den delen av verksamheten bör stå tillbaka för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Genom den ändring i AML som trädde ikraft år 2000, då det bl.a. skrevs in en definition av företagshälsovård i lagen, avsågs åstadkommas en renodling av verksamhet mot förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering.²¹

Även om det inte ansågs lämpligt att helt avskilja företagshälsovården från hälso- och sjukvård, var det viktigt att omfattningen av och karaktären på de delarna fick en avgränsning mot övrig privat och offentlig sjukvård. Denna avgränsning skulle emellertid göras av företagshälsovårdsbranschen själv. Vidare framhölls att respektive landsting har ett ansvar för att göra lämpliga avgränsningar inom dess övergripande och samordnande roll i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Vilken roll staten anser att företagshälsovården ska ha i fråga om hälso- och sjukvård är alltså inte klarlagt. Det finns naturligtvis flera svårigheter för staten att "agera" i frågan. Hälso- och sjukvården hör till landstingens (och kommunernas) ansvarsområde. Företagshälsovården är privata företag som agerar på en fri marknad.

Vilken hälso- och sjukvård skulle det då kunna bli fråga om för företagshälsovårdens del? Företagshälsovårdens roll i sjukskrivningsprocessen har diskuterats i avsnitt 5.3.1. I arbetslivsinriktad rehabilitering kan den ges en roll genom sin expertuppgift på området hälsa-arbetsförmåga, sin kompetens på detta område och vanligtvis därtill sin geografiska närhet till de arbetsplatser som den betjänar, vilket utgör en viktig förutsättning för arbetsplatsanknutna program eller ansatser i rehabilitering. Det offentliga hälso- och sjukvårdssystemets primärvård saknar som regel dessa

²⁰ Budgetpropositionen för år 2004, prop. 2003/04:1.

²¹ Prop. 1998/99:120.

förutsättningar och står därtill under betydande efterfrågetryck härrörande från personer med ohälsotillstånd eller besvär som saknar samband med arbete eller arbetsförhållanden.

När det gäller de sjukvårdande uppgifter som företagshälsovården kan påta sig måste skiljas mellan avancerad diagnostik och ställningstaganden i frågor som berör specialistvård å ena sidan och uppgifter såsom enklare rådgivning, utfärdande av recept, remittering till specialistvård, förnyelser av recept m.m. å andra sidan. Beträffande den först nämnda kategorin av tjänster torde primärvård och specialistvård komma i fråga som första instanser i omhändertagande av ett hälsoproblem för vilket ett företags personal söker en medicinsk konsultation. Företagshälsovårdens uppgift är i detta sammanhang att se till att vederbörande person hänvisas vidare till rätt instans utan onödig tidsförlust.

Det har uppenbara fördelar för såväl anställda och företag att sådana hänvisningar för vård i den offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen sker snabbt och att berörda personer utan dröjsmål hänvisas till rätt instans av vårdorganisation och specialister. För att kunna svara på ett sådant krav är det nödvändigt att företagshälsovårde ges möjlighet att bedriva diagnostiskt arbete. Härvidlag grundas engagemanget av företagshälsovårde på den rationalitet som ligger i att en kompetent och lätt tillgänglig expertinstans kan anlitas för ett snabbt och korrekt omhändertagande av ett uppdagat hälsoproblem

Frågan om sjukvårdsprestationens betydelse för företagshälsovårdens hälsoinriktade förebyggande verksamhet har diskuterats under många år i såväl Sverige som i andra länder där sjukvård normalt ingår i företagshälsovårdens uppgifter. I rapporter publicerade på basis av observationer gjorda i Finland finns uppgifter som tyder på att företagshälsovårdsorganisationer med sjukvård som del av de program som erbjuds företagen kan observera en större efterfrågan på preventivt inriktat arbete vid dessa än företagshälsovårdsorganisationer där sjukvård inte ingår i serviceutbudet²².

I Sverige saknas dokumenterade undersökningar av dessa förhållanden. Principiellt gäller att arbetsrelaterade besvär som tas upp i enskilda medicinska konsultationer av de anställda kan fångas upp av företagshälsovård och återföras till arbetsledning – och där detta är befogat – till företagets ledning under förutsättning att en sådan

²² Peltomäki, P, Husman, K., Occupational Health Services and Maintenance of Work Ability at Workplaces. Archives of Industrial Hygiene and Toxicology, Vol. 53, no. 4, 2003.

kommunikation försiggår med iakttagande av gällande principer och regler om dokumentsekretess, tystnadsplikt och informerat samtycke av berörd(a) person(er)

En sådan återföring med inriktning på att skapa underlag för förebyggande arbete kan försiggå såväl på enskild personnivå som på grupp- eller organisationsnivå av anställd personal. Den principiella möjlighet som företagshälsovården besitter innebär att den bild som växer fram av de hälsokonsultationer som görs av enskilda anställda kan föranleda misstankar om behov av särskilda utredningsinsatser av förhållanden på eller inom enskilda kundföretag.

Det finns ingen dokumentation av hur denna möjlighet utnyttjas av företagshälsovården och de företag som anlitar den. Från företagshälsovård av det slag som betecknas som inbyggd, vilket finns i större företag, uppges dock att detta är en vanligt tillämpad praxis och att goda erfarenheter finns av de åtgärder som detta kan leda till i arbetsorganisation och arbetsförhållanden. Dokumenterade utvärderingar av detta arbetssätt saknas dock.

Med hänvisning till problembeskrivningen ovan har företagshälsovården möjlighet att bidra till att anställda som söker för hälsoproblem snabbt hänvisas till korrekt instans för sjukvård svarande mot behoven i enskilda fall. Detta grundas på den rationalitet som ligger i att en sakkunnig och lätt tillgänglig expertinstans kan anlitas tidigt för minimering av fördröjningar med sjukskrivning under långa väntetider.

Företagshälsovården kan genom att vara tillgänglig för hälsokonsultationer identifiera arbetsrelaterade störningar av hälsan hos såväl enskilda anställda som grupper av personal och genom återföring av sådana observationer till arbetsplatserna initiera preventiva åtgärder. Man kan inte förvänta detta slag av hälsoövervakning av den offentliga primärvårdens organ.

Företagshälsovårdens insatser för tidig arbetsinriktad rehabilitering kan bedömas underlättas om den ges förutsättningar att i ett tidigt skede medverka i identifiering av enskilda anställdas ohälsoproblem och orsakerna till utdragen sjukskrivning. Vi återkommer i kapitel 11 och 12 e en diskussion av frågor om företagshälsovårdens uppgifter och roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt frågor om hur samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården bör utformas.

5.5 Hälsopromotion eller hälsofrämjande

I den ökande ohälsans spår, eller möjligen också som ett tecken på ett ökande intresse för hälsa, har dykt upp olika former av friskvårdsaktiviteter, hälsopromotion, hälsoprofilbedömningar, energimassage, motionsaktiviteter. Sådan verksamhet förekommer som fristående från eller som komplement till företagshälsovårdens tjänsteutbud men ingår ibland också i de tjänster företagshälsovården levererar. Det finns exempel på att företagshälsovård medverkat i till arbetsplatser kopplade hälsopromotiva program som fått mycket goda resultat, men det finns också exempel på att diverse mer eller mindre seriösa aktiviteter saluförs som företagshälsovård eller rehabilitering utan att ha ett dugg med arbetsmiljö eller vetenskap och beprövad erfarenhet att göra.

Av Statskontorets rapport 2001:29 Utnyttja företagshälsovården bättre framgår att det i företagshälsovårdens tjänsteutbud förekommer inslag av friskvårdsaktiviteter inklusive hälsoprofilbedömningar (4,5 procent av verksamheten) och att det bland dess personal finns inslag av hälsoakademiker och friskvårdare (sammanlagt 3 procent). Enligt företagshälsovårdsföretagens bedömningar av trender i verksamheten i samma rapport bedömer 57 procent att friskvård är ett område som ökar.

Det finns anledning att fundera över om hälsopromotion eller friskvård och andra liknande aktiviteter är ett område som kan integreras i företagshälsovårdens verksamhet eller om det, åtminstone delvis, är aktiviteter som redan ingår utan att för den skull benämnas med något nytt modeord. Ytterligare ett skäl är att företagshälsovårdens tjänster ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att en del aktiviteter som dykt upp definitivt inte gör detta. Det kan alltså finnas anledning att dra en gräns mellan seriös företagshälsovård och andra företeelser på hälsomarknaden.

Vad som egentligen ingår i det som företagshälsovården och andra aktörer gör under beteckningar som friskvård, hälsopromotion, hälsofrämjande (eng. Health Promotion) eller hälso-prevention (som rätteligen bör kallas ohälsoprevention och alltså handlar om att förebygga ohälsa) är det svårt att få ett exakt grepp om. I alla benämningarna kan ingå rökavvänjning, alkohol- eller drogrelaterade insatser, motion på arbetstid, arbetsorganisatoriska insatser, men också massage eller allehanda former av terapi av mer eller mindre seriöst slag. I det följande ska vi kort beskriva be-

greppen hälsopromotion och (o)hälsoprevention. Entydiga definitioner saknas i båda fallen och gränsen mellan dem är flytande.

När det gäller begreppen hälsopromotion och hälsofrämjande finns flera olika definitioner som utgår från olika beskrivningar av begreppet hälsa, t.ex. biomedicinska eller humanistiska. Problemet är att "hälsa" är ett begrepp som saknar operationell definition. Det finns i aktuell vetenskaplig litteratur ett tiotal olika ansatser till definitioner. Därmed är det fritt fram att i marknadsmässiga eller andra syften använda begrepp som hälsofrämjande eller hälsopromotion för i princip vad som helst som kan sägas gagna människors välbefinnande.

Hälsopromotion är dock ett etablerat begrepp i utbildningsprogram som anordnats vid vissa svenska universitet och högskolor. Det används också i sin engelskspråkiga version, Health Promotion, av flera internationella organisationer, däribland WHO.

Med en viss förenkling kan man i granskning av begreppet hälsopromotion urskilja tre teoretiska perspektiv²³:

- Ett perspektiv med fokus på individuella beteenden (tobak, alkohol/droger, kost/motion m.m.) med förankring främst inom medicin och beteendevetenskap,
- Ett socialt perspektiv med fokus på samhällsfaktorer och – strukturer med förankring inom sociologi och samhällsvetenskap,
- Ett ekologiskt perspektiv med fokus på kontextuella förhållanden i människors miljö; detta perspektiv söker överbrygga och balansera mellan de två ovan nämnda perspektiven. Ekologiska perspektiv – det finns alltså flera – är ofta inriktade på förändringsarbete. Förändringen kan gälla individers beteende, organisationer såsom arbetsplatser, och samhällsförhållanden.

I konventionell textbokslitteratur i medicin, hälsovård och folkhälsovetenskap (eng. "Public Health") benämns (hälso)prevention som en förebyggande verksamhet som företas för att förebygga sjukdom eller ohälsa. Det finns i grunden tre slag av prevention:

²³ Underlag för definitionerna av hälsopromotion och hälsoprevention har hämtats ur en arbetspromemoria som sammanställts av utredningens expert professor emeritus Peter Westerholm.

- primär prevention. Detta innebär att man förhindrar uppkomsten av sjukdom genom att eliminera den faktor eller de faktorer som bedöms utgöra orsak till sjukdom(en)
- sekundär prevention. Härmed avses åtgärder syftande till tidig upptäckt av sjukdom eller hälsostörning i ett så tidigt utvecklingskede att verkamma skyddsåtgärder kan sättas in och därmed minska effekterna av den hälsorisk det är fråga om. Konkret handlar det om tidig och tillförlitlig diagnostik
- tertiär prevention. Härmed avses åtgärder syftade till att lindra verkningarna av en sjukdom eller ohälsotillstånd som drabbat individer eller grupper. Detta handlar om att man ger upp målet att förhindra sjukdomens uppkomst. Det handlar nu om att begränsa dess verkningar och konsekvenser.

Förebyggande arbetsmiljöarbete enligt avsnitt 5.1 ovan är ett exempel på primär prevention. Arbetsanpassning och rehabilitering enligt avsnitt 5.2, sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen enligt avsnitt 5.3 samt hälso- och sjukvård enligt avsnitt 5.4 faller till stora delar in under vad som kan benämnas sekundär eller tertiär prevention enligt indelningen ovan.

I den svenska debatt, som uppstått i den ökande ohälsans spår, har betonats vikten av att fokusera på det friska i stället för det sjuka. Som nämndes inledningsvis har begreppen hälsopromotion och hälsofrämjande dykt upp i sammanhanget. I hög grad har dock diskussionen kommit att handla mer om livsstilsfrågor på individnivå än om villkoren i arbetet. Hälsofrämjande kan alltså avse t.ex. friskvård på arbetstid eller ha en djupare innebörd: friska arbetsplatser. Tillspetsat kan man ställa frågan om det går att motionera bort dålig arbetsmiljö.

Samtidigt bör betonas att det finns goda och genomtänkta exempel på att friskvård som bedrivs av företagshälsovård i samverkan med andra aktörer som visar mycket goda resultat i form av minskad sjukfrånvaro och ökad lönsamhet. Ett sådant exempel är företaget Stora Enso, där en inbyggd företagshälsovård bedrivit ett långsiktigt arbete med stöd av företagsledningen för att skapa en frisk organisation med friska medarbetare²⁴.

Eftersom hälsopromotion av allt att döma tilldrar sig ett växande intresse utom och inom företagshälsovården finns anledning att här närmare analysera företeelsen – är det eller skulle det kunna bli ett

²⁴ En beskrivning över angreppssättet finns i boken *Långtidsfrisk*, Johnny Johnsson, Anders Lugn och Birger Rexed. Ekerlids förlag 2003.

verksamhetsområde inom företagshälsovården, eller är det snarare en arbetsmetod som borde genomgå dess nuvarande verksamhet?

Nuvarande reglering

I lagstiftningen om arbetsmiljö nämns inte begreppen hälsopromotion eller hälsofrämjande, och inte heller begreppet friskvård. I den mån hälsopromotion ska anses ingå i arbetsmiljöarbetet eller företagshälsovårdens i regelverket beskrivna uppgifter blir det fråga om en tolkning av vad som kan anses ingå i det förebyggande arbetet och anpassning till den enskilde arbetstagarens förutsättningar.

Arbetsmiljölagen (AML) har fokus på att arbetsmiljön ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende (2 kap.1 § AML). Det är alltså inte människan som ska anpassas till arbetet. Det finns naturligtvis begränsningar i möjligheten att anpassa arbetet till förutsättningar hos den enskilde arbetstagaren. Vissa arbeten ställer t.ex. krav på färgseende eller att man ska ha en viss fysisk förmåga. Det finns också förbud mot att använda minderåriga i vissa arbeten, för att ta några exempel. Om hälsotillståndet eller arbetsförmågan under pågående anställning försämras till den grad att arbetet inte längre kan klaras av inträder en rehabiliteringssituation, dvs. en efterhjälpande insats. Detta gäller i princip oavsett vad orsaken till arbetsförmågan är – arbetsrelaterade skäl eller livsstilsgrundade.

Ska man så långt utgå från en tolkning av kraven i arbetsmiljölagens portalparagraf beträffande arbetsmiljöns beskaffenhet har arbetsgivaren ingen skyldighet att som en förebyggande insats ägna sig åt att förbättra arbetstagarnas hälsa. Därmed finns inte heller någon grund för företagshälsovården att utifrån lagstiftningens krav ha särskild kompetens för hälsopromotion. Man kan jämföra med den finska lagstiftningen om företagshälsovård. I den finska företagshälsovårdens uppgifter ingår att bevara och främja arbetstagarnas arbets- och funktionsförmåga. Tanken är att stärka och bibehålla arbetstagarnas arbetsförmåga genom hela arbetslivet.

Går man vidare i den nämnda bestämmelsen (2 kap. 1 § AML) förklaras i någon mån hur anpassningen till människors förutsättningar ska gå till. Bakom formuleringarna ligger bl.a. en syn på arbetets värde för individerna som bygger på människors behov av att vara delaktiga, utvecklas och vara medskapande:

Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete.

Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll ska utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid skall även löneformer och förläggning av arbetstider beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas.

Det skall eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter.

Det skall vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.

Den syn på arbetet som delar av den citerade texten ovan ger uttryck för har en hel del gemensamt med definitionerna av hälsopromotion och de friskfaktorer (medveten organisation, kreativ miljö, konsultativt ledarskap och öppet arbetsklimat) som är en del av framgången i det ovannämnda exemplet Stora Enso. Detta är dock inget nytt utan har sedan länge förekommit i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i företagshälsovårdens verksamhet under benämningar som arbetsorganisation och psykosocial arbetsmiljö. I detta kan en kompetent företagshälsovård spela en stor roll, förutsatt att den kan samverka med de aktörer som är nödvändiga: företagsledning, chefer, individer, fackliga företrädare, omgivande nätverk i form av sjukvård och försäkringskassa. Det är ju när företagshälsovården kan identifiera sambanden mellan arbetsmiljö, organisation och hälsa som det finns förutsättningar för att skapa en för både företag och anställda fungerande arbetsorganisation.

När det gäller insatser på organisationsnivå finns alltså en grund att hävda att företagshälsovården arbetar hälsopromotivt inom ramen för sin vanliga verksamhet. Hur är det då på individnivå?

Det finns individuella beteenden som utgör riskfaktorer för arbetsmiljön. Det tydligaste exemplet är missbruk av alkohol eller droger, som kan utgöra faror i arbetsmiljön. Det kan också vara så att stressande arbete eller arbetskulturen i vissa fall kan leda till en onormalt hög konsumtion av alkohol som kan motivera insatser på både ett generellt och ett individuellt plan.

Vissa arbeten är fysiskt påfrestande. Som exempel kan nämnas vårdarbete där möjligheterna är begränsade att genom tekniska hjälpmedel minska tunga lyft. Risken för att den som är otränad eller har för svag fysik ska drabbas av skador är stor. Enligt 2003 års arbetsmiljöundersökning är t.ex. undersköterskor och sjukvårdsbi-

träden den yrkesgrupp bland kvinnor som ligger i topp när vad gäller andel av yrkesgruppen som upplever att arbetet är påfrestande tungt (69 procent) och innebär påfrestande arbetsställningar (70,7 procent). För grupper som denna bör det vara i hög grad motiverat att sätta in preventiva åtgärder i form av t.ex. träning för att minska riskerna. Detta ska inte uppfattas som att träning skulle vara ett alternativ till tekniska hjälpmedel eller ergonomiska insatser.

I en sjukskrivnings- eller rehabiliteringssituation kan det vara uppenbart att en individs vanor eller livsstil kan utgöra ett hinder för en framgångsrik rehabilitering. Att undanröja sådana hinder måste anses ligga i arbetsanpassnings- eller rehabiliteringsinsatser. Om det ska anses vara en medicinsk insats som sjukvården har ansvar för eller en arbetsrelaterad åtgärd beror på omständigheterna i det enskilda fallet.

De föregående styckena visar att det finns fall där insatser på individnivå är väl motiverade utifrån ett arbetsmiljöperspektiv, och exemplen hade säkert kunnat flerfaldigas. Det torde dock räcka för att visa att också dessa fall är naturliga insatsområden för företagshälsovården. Hur är det då med mer renodlade livsstilsfrågor på individnivå – kost, övervikt, tobak, motion?

Förvisso har dessa frågor stor betydelse för individens förmåga att med bibehållen hälsa ta sig genom ett helt arbetsliv, och förvisso har de stor betydelse för att minska sjukfrånvaron. Säkert kan satsningar på de anställdas hälsa också vara lönsamma för arbetsgivaren. Men är det ett renodlat arbetsgivaransvar, och ska arbetsgivaren betala insatser som företagshälsovården gör i form av kostrådgivning eller rökavvänjning? Utgår man från lagstiftningen finns inget sådant ansvar, men detta utesluter naturligtvis inte att en personalekonomiskt och långsiktigt tänkande arbetsgivare ändå gör insatser på detta område.

Man kan också se frågan utifrån ett folkhälsoperspektiv. Där har insatser för bättre hälsa stor betydelse. Företagshälsovårdsbranschen anser sig spela en viktig roll som folhälsoaktör och är det naturligtvis också. Men den har inget tydligt samhällsuppdrag. Det finns ju ingen lagstiftning eller central myndighet eller annan aktör som kan styra företagshälsovårdsbranschen.

Problem med nuvarande reglering

Utgår man från att företagshälsovården ska vara en resurs i arbetsmiljöarbetet finns inga problem med nuvarande reglering. Utredningen ser ingen anledning att försöka tillskapa ett nytt arbetsområde för företagshälsovården.

Kan företagshälsovården bidra till förbättringar?

Ett hälsopromotivt tänkande, framförallt på grupp- och organisationsnivå och kopplat till arbetsplatsen stämmer väl med företagshälsovårdens multidisciplinära angreppssätt. Att arbeta hälsopromotivt är en metodfråga snarare än ett nytt arbetsfält för företagshälsovården. Att utveckla och förfina metoderna är en viktig faktor för att företagshälsovården ska kunna spela en större roll i kampen mot ohälsan. Företagshälsovården bör dessutom, med sin på vetenskap och beprövad erfarenhet grundade kompetens, kunna vara ett stöd för arbetsgivaren att bedöma värdet av friskvårdsinsatser av andra aktörer på den växande marknaden för olika slags hälso- och friskvårdstjänster.