



Utnyttja företagshälsovården bättre



STATSKONTORET

Kommun- och välfärdsenheten

DATUM
2001-12-21
ERT DATUM
2001-03-29

DIARIENR
2001/194-5
ER BETECKNING
N2001/3653/ARM

Regeringen
Näringsdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Uppdrag att utreda ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård

Regeringen gav 2001-03-29 i uppdrag åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård kan medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. I uppdraget ingick att med förtur analysera vilka konsekvenser som kan följa av förslaget från den s.k. HpH-utredningen om att företagshälsovården ska yttra sig över rehabiliteringsunderlag som upprättas i långa sjukfall.

I sistnämnda del redovisade Statskontoret sitt arbete i en promemoria 2001-10-11, *Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall, dnr 2001/194-5*.

Slutresultatet av vårt uppdrag redovisas i bifogad rapport, *Utnyttja företagshälsovården bättre!* (2001:29). Vi diskuterar och lämnar förslag inom sex områden: regelverket, företagshälsovård i småföretag och bland offentliga arbetsgivare, samverkan, personalförsörjning, kvalitetsfrågor och tillsyn.

Generaldirektör Knut Rexed har beslutat i detta ärende. Direktör Lennart Brege, chef för Kommun- och välfärdsenheten, organisationsdirektör Lars Hammar, avdelningsdirektör Bernt Emanuelsson, föredragande, avdelningsdirektör Dan Ljungberg samt förste byråsekreterare Karin Lennartsson var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Bernt Emanuelsson

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Vårt uppdrag	15
1.1 Uppdraget och arbetets bedrivande	15
1.2 Inriktning och avgränsning	16
2 Företagshälsovården i dag och hur den utnyttjas	19
2.1 Inledning	19
2.2 Branschenkät	19
2.3 Företagsenkät	21
2.4 Tillgången till företagshälsovård enligt arbetsmiljöundersökningen 1999	23
2.5 Avtal om företagshälsovård	23
2.6 Småföretagens situation	24
2.7 Läget hos de offentliga arbetsgivarna	29
3 Samverkan mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa	31
3.1 Inledning	31
3.2 Samverkan i Värmland	31
3.3 Samverkan i andra delar av landet	36
3.4 De yrkes- och miljömedicinska klinikerna	38
4 Nya uppgifter för företagshälsovården	41
4.1 Inledning	41
4.2 Yttrande över rehabiliteringsunderlag	41
4.3 Kunskapsförmedling	43
5 Ett internationellt perspektiv	45
5.1 Inledning	45
5.2 Nationella förhållanden	45
5.3 Överstatliga överenskommelser	48
5.4 Utveckling	52
5.5 Sammanfattande iakttagelser	52
6 Åtgärder för ett bättre utnyttjande av företagshälsovården	55
6.1 Inledning	55
6.2 Förtydliga regelverket	55
6.3 Öka utnyttjandet i småföretag och bland offentliga arbetsgivare	61
6.4 Utveckla samverkan	67
6.5 Trygga personalförsörjningen	72
6.6 Garantera kvaliteten	84
6.7 Skärp tillsynen	93

7	Ekonomi och finansiering	97
7.1	Kostnader och finansiering av Statskontorets förslag	97
7.2	Är företagshälsovården lönsam?	98

Bilagor

1	Regeringsuppdraget	101
2	Enkät till företagshälsovårdsenheterna	105
3	Företagsenkät	121
4	Antal företag med 0-9 anställda	129
5	Avtal om samverkan	131
6	ALI:s företagshälsovårdsutbildningar	135
7	Skrivelse från ALI och FSF om företagshälsovårdens kompetensförsörjning	143
8	Förslag till regionalt baserad företagshälsovårdsutbildning i Sydsverige för företagsläkare och företagssköterskor	147

Sammanfattning

Regeringen har initierat en rad insatser för att komma tillrätta med den tilltagande ohälsan i arbetslivet. Som en del av det arbetet har Statskontoret fått i uppgift att utifrån analyser av hur företagshälsovården fungerar i dag skissera olika möjliga åtgärder för hur den kan utnyttjas bättre.

Hur kan företagshälsovården utnyttjas bättre

Vi diskuterar och föreslår åtgärder inom sex områden: regelverket, företagshälsovård i småföretag och bland offentliga arbetsgivare, samverkan, personalförsörjning, kvalitetsfrågor och tillsyn.

Regelverket

Otydligheter i regelverket har visat sig vara ett stort hinder för ett effektivt utnyttjande av företagshälsovården. Vi föreslår att arbetsmiljölagen och därmed sammanhängande bestämmelser revideras på vissa punkter. Det gäller tydliggörande av kraven på a) att företagshälsovården ska inta en oberoende ställning, b) att den samlat ska erbjuda såväl medicinska som tekniska och beteendevetenskapliga kompetenser samt c) att den ska ha en god kvalitet.

Om en sådan företagshälsovård ska bli tillgänglig för alla efter behov krävs en kombination av ökad information, tillgänglighet, kundanpassade tjänster samt en effektiv tillsyn. Enbart en regel om obligatorium räcker inte.

Vidare föreslås en lagteknisk genomgång, då nuvarande fördelning i tvingande respektive icke tvingande bestämmelser bedöms bidra till otydligheten.

Företagshälsovård i småföretag och bland offentliga arbetsgivare

Anställda i småföretag och i delar av den offentliga sektorn är av olika skäl underförsörjda med företagshälsovård.

För att förbättra förhållandena föreslås;

- att Arbetslivsinstitutet (ALI), Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket ges i uppdrag att gemensamt upparbeta kanaler för att sprida information om arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor till småföretagen,
- att olika former för att öka småföretagens kontakter med företagshälsovården utreds och prövas,
- att särskilda medel anslås för att utveckla arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet inom den offentliga sektorn.

Samverkan

Huvudmotiven för samverkan mellan företagshälsovård, landsting/primärvård och försäkringskassor är att gemensamt utnyttja specialistkompetenser och att minska arbetsbelastningen på respektive organisation. Det sistnämnda är särskilt viktigt mot bakgrund av bristen på läkare. Viktig är också serviceaspekten gentemot avnämarna.

Vi konstaterar att dessa motiv med tiden kommer att väga allt tyngre och har inventerat vilka styrmedel staten skulle kunna använda för att sprida avtalsmodellen.

- *Administrativa styrmedel*, främst stöd av hälso- och sjukvårdslagen, bedöms knappast leda till några snabba resultat. Eventuella förhandlingar om en skyldighet för landstingen att initiera samverkan skulle dessutom troligen utlösa kompensationskrav enligt finansieringsprincipen.
- *Ekonomiska styrmedel*, som redan används i Värmland, är vanligen ett fungerande styrmedel för att få till stånd samverkan mellan olika huvudmän. Vi föreslår att staten stimulerar till att starta en samverkan i flera landstingsområden bl.a. genom att "villkora" vissa bidrag.
- *Informativa styrmedel* bör utgå från ökad kunskap om bl.a. effekterna av nuvarande samverkan och samverkansformer. Statskontoret föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att göra en sådan utvärdering. Bland annat med stöd i resultatet från utvärderingen kan en informationskampanj genomföras av berörda sektorsmyndigheter jämte företrädare för övriga intressenter och branschen.

Personalförsörjning

Företagshälsovården står inför ett omfattande rekryteringsbehov. Orsaken är dels nära förestående pensionsavgångar, dels nya uppgifter såsom att avge obligatoriska yttranden om rehabilitering i långa sjukfall.

Samtidigt är ALI:s utbildningar av personal till företagshälsovården förknippade med brister, främst kring kapaciteten. Det beror bl.a. på att ansvaret är otydligt, att organisationen ändrats, att resurserna till utbildningen minskat och att institutet saknar examinationsrätt.

Statskontoret bedömer situationen vara akut. På kort sikt föreslås att ALI träffar avtal om utbildning, dels med Yrkesmedicinska kliniken i Göteborg om att utbilda 20 företagsläkare, dels med Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund om att utbilda 30 företagsköterskor.

På längre sikt bör såväl en omstrukturering av utbildningens uppläggning som produktionen övervägas.

Vad gäller utbildningens uppläggning finns förslag om att bl.a. skapa ett kategorigemensamt utbildningsblock. Statskontoret finner att detta kan vara en bra modell. Vi förordar att en särskild översyn görs av de nuvarande företagshälsovårdsutbildningarna med syfte att hitta effektivare upplägg.

Vad gäller produktionen av utbildning skisseras fyra alternativ:

- Alternativ 1 - "nollalternativet" - som i princip bara innebär den ändringen att medlen till ALI "öronmärks" vad gäller utbildning.
- Alternativ 2 som innebär en beställar/producentmodell där ALI köper utbildningarna av universitet och högskolor.
- Alternativ 3 som innebär att ALI har högskolestatus för företagshälsovårdsutbildningarna.
- Alternativ 4 som innebär att företagshälsovårdsutbildningarna helt flyttas över till universitet och högskolor.

Vi har prövat alternativen utifrån deras möjligheter att klara dagens problem med kapacitet, tillgänglighet, examinationsrätt, styrning, närheten till relevant FoU samt praktisk genomförbarhet.

Vår slutsats är att alternativ 4 synes vara mest ägnat att uppfylla de ställda kraven. Om frågan om högskolestatus för ALI:s företagshälsovårdsutbildning löses kan alternativ 3 också vara lämpligt. Frågan är således komplex och behöver utredas mer. Detta gäller också hur utbildningen ska styras med avseende på innehåll och volym.

Kvalitetsfrågor

För att undgå risker i samband med att företagshälsovården blev en angelägenhet för marknaden utvecklades ett system för kvalitetssäkring. Anslutningen har hittills varit låg särskilt vad gäller s.k. tredjepartscertifiering.

Statskontoret har i valet mellan fortsatt frivillig respektive en obligatorisk kvalitetssäkring stannat för det sistnämnda. Ett huvudmotiv är statsmakternas intentioner att ge företagshälsovården en tydligare roll vad gäller att motverka ohälsan i arbetslivet.

Vi har övervägt tre modeller för en kvalitetssäkring; a) certifiering av tredjepartsorgan, b) auktorisation av en offentlig institution eller näringslivsorganisation eller c) ett anmälningsförfarande utan egentlig, extern förprovning.

Eftersom frågan om kvalitetssäkring ska behandlas i de trepartssamtal som regeringen nyligen tagit initiativ till, har Statskontoret stannat för följande rekommendationer:

- Obligatorisk kvalitetssäkring av företagshälsovården bör införas.
- Producenter av företagshälsovård, interna såväl som externa, ska inneha certifikat utfärdat av ett certifieringsorgan.
- Grunden läggs genom en ny kvalitetsbestämmelse i arbetsmiljölagen.
- Kvalitetssäkringen baseras på systemet "Kravspecifikation för svensk företagshälsovård".
- Yttrande över rehabiliteringsunderlag enligt HpH:s förslag ska lämnas av en certifierad företagshälsovård.
- Staten bör överväga att genom ALI ta över ansvar och kostnader för kvalitetsutvecklingsarbetet, tills vidare på samma ambitions- och kostnadsnivå som nu.
- Reformen bör vara genomförd tre år efter lagändringens ikraftträdande.

Tillsyn

Tillsynen är ett viktigt styrinstrument för att ute i företag och förvaltningar åstadkomma konkreta förbättringar på arbetsmiljöområdet. Detta styrinstrument har enligt vår mening inte utnyttjats tillräckligt för att bevaka tillgången på en företagshälsovård som fyller samhällets krav.

Samtidigt kan det konstateras att de berörda tillsynsmyndigheterna, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen, på den senaste tiden aktiverat sina insatser. Med stöd av de åtgärder som ovan föreslagits, främst ett tydligare regelverk och en certifiering, bedömer vi att förutsättningarna för tillfället är goda för att realisera en skärpt tillsyn utan att vidare åtgärder vidtas från regeringens sida. Vi föreslår vidare ökade kontakter och ökat erfarenhetsutbyte mellan tillsynsmyndigheterna samt mellan dessa och försäkringskassorna vad gäller producenterna av företagshälsovård och kvaliteten i deras tjänster.

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaderna för att genomföra de skisserade åtgärderna har Statskontoret översiktligt uppskattat ligga i intervallet 66–116 miljoner kronor varav knappt 4 miljoner kronor avser årliga kostnadsökningar och 62–112 miljoner kronor engångsutgifter under något eller några år.

Med nuvarande kunskapsunderlag kan företagshälsovårdens samhällsekonomiska effekter inte bedömas. Vi har inte heller kunnat göra några bedömningar av effekterna av Statskontorets förslag. FoU på området behöver därför intensifieras. Utvärderingar av de olika insatser som kan komma att beslutas bör inplaneras tidigt.

Konsekvenser av att företagshälsovården ska yttra sig över långa sjukfall

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH, har föreslagit att yttranden över rehabiliteringsunderlag, som en arbetsgivare ges skyldighet att upprätta i långa sjukfall, regelmässigt ska inhämtas från företagshälsovården. I vårt uppdrag ingick att med förtur analysera vilka konsekvenser detta förslag kan få för företagshälsovården.

Resultatet av utredningen i den delen har vi redovisat till regeringen och HpH-utredningen i en PM 2001-10-11. Där framgår att, för att klara den nya uppgiften, behövs det främst en kraftigt ökad utbildning.

Kortsiktigt skulle den nya uppgiften kunna klaras genom att omfördela resurser som i dag läggs på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete.

Företagshälsovården i dag

Bakom de skisserade förslagen ligger en omfattande kartläggning och analys av hur företagshälsovården i dag fungerar med avseende på utbud och efterfrågan¹ samt vilken formaliserad samverkan m.m. som förekommer regionalt mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa.

Branschens struktur och resurser

I dagsläget finns det ungefär 670 externa eller inbyggda företagshälsovårdsenheter. Ett stort antal är samlade i fem block: Previa, Feelgood, Kvalita, Länshälsorna och den s.k. 11-gruppen. Aktiebolagsformen dominerar.

Branschen omfattar ca 5 100 anställda, varav 56 procent är medicinsk personal (läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster), 22 procent beteendevetare, tekniker och friskvårdare samt 22 procent internadministrativ personal (inkl. ledning). Ålderssammansättningen är ogynnsam med en hög andel som är äldre än 50 år.

Den genomsnittliga årsomsättningen är 4,5 miljoner kronor per företagshälsovårdsenhet. På grund av branschens struktur är omsättningen per företag väsentligt större.

¹ Underlaget har insamlats främst genom två enkäter, en till alla företagshälsovårdsenheter och en till ett urval av företag och förvaltningar. Den förstnämnda har genomförts i samverkan med Föreningen Svensk Företagshälsovård.

Arbetsuppgifter

43 procent av arbetsuppgifterna kan hänföras till sådan företagshälsovård som arbetsgivaren har ett särskilt ansvar att svara för medan resten, 57 procent, kan hänföras till sjukvård, ej lagstadgade hälsoundersökningar, utbildning etc. Branschen själv bedömer att uppgifter som följer av brister i den psykosociala arbetsmiljön kommer att öka medan övriga uppgifter är oförändrade.

Tillgänglighet

Andelen sysselsatta med tillgång till företagshälsovård är 72 procent. Den bästa tillgången har tjänstemän på hög eller mellannivå samt facklärd arbetare. Fördelningen mellan könen är jämn.

Inom den offentliga sektorn finns generella avtal som ger tillgång till företagshälsovård. Inom den privata sektorn är avtalsläget mer svårgripbart, vanligt är att tillgången på företagshälsovård regleras genom allmänna skrivningar i förekommande arbetsmiljöavtal på bransch- eller företagsnivå.

Följaktligen förekommer enskilda avtal med företagshälsovården mest hos statliga och kommunala myndigheter där 80-95 procent har slutit sådana avtal. Samtidigt utnyttjas den egna personalen i stor utsträckning för att förebygga ohälsa och olycksfall samt för rehabilitering. Liknande förhållande finns hos de stora företagen. Bara 28 procent av småföretagen har avtal med företagshälsovård.

Av totala antalet företag och myndigheter är det i genomsnitt bara 22 procent som normalt anlitar företagshälsovården eller motsvarande för att ta fram rehabiliteringsutredningar. Siffran dras dock ner av det stora antalet småföretag.

Geografiskt är täckningen god, företagshälsovård finns i nästan alla kommuner.

Anmärkningsvärt är att i något mer än vart tionde kundföretag får de anställda kontakta företagshälsovården först efter arbetsgivarens godkännande.

Förhållandena i småföretag och vissa delar av offentlig sektor

Småföretagen utgör 99 procent av alla företag, 28 procent av de anställda arbetar här.

Vid sidan av den låga avtalstäckningen i småföretag kan konstateras att deras efterfrågan inte alltid står i överensstämmelse med företagshälsovårdens utbud av tjänster. Högst på småföretagens lista står sjukvård, arbetsrelaterad

hälsovård och rådgivning. Från företagshälsovårdens sida betraktas inte alltid småföretagen som lönsamma kunder.

Något motsägelsefullt är att, trots att anställda inom delar av den offentliga sektorn genom avtal har god tillgång till företagshälsovård, så är sjukfrånvaron här hög och kraftigt ökande.

De privata kunderna lägger mera pengar på företagshälsovård för sina anställda, 1 400 kronor per år och anställd, bland medelstora företag så mycket som 1 850 kronor. De offentliga kunderna betalar knappt 1 000 kronor.

Samverkan mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa

I rapporten beskrivs formerna för och erfarenheter av den samverkan som finns i Värmland mellan landstinget, företagshälsovården och försäkringskassan (Värmlandsmodellen). Mera begränsade avtal om samverkan finns även i Kalmar, Karlshamn, Göteborg och Örebro. En genomgående brist är avsaknaden av utvärdering.

Vidare uppmärksammas det, mot småföretagens problem inriktade, arbete som pågår vid Yrkes- och miljömedicinska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro.

Företagshälsovård i ett internationellt perspektiv

För att vidga perspektiven och få impulser till lämpliga åtgärder har vi översiktligt undersökt hur företagshälsovården är ordnad i de nordiska grannländerna och i vissa EU-länder. Vidare har vi studerat vilka centrala, överstatliga överenskommelser som påverkar eller kan påverka den svenska företagshälsovårdens utveckling. Följande sammanfattande iakttagelser görs:

- Den svenska regleringen av företagshälsovården är i flera avseenden svagare än i andra jämförbara länder. Materiellt gäller det exempelvis kraven på företagshälsovårdens ställning, omfattning, utbyggnadstakt samt uppgifter. Tekniskt har de utländska regelverken mer bindande karaktär.
- Grundregeln i de flesta länder, liksom i Sverige, är att produktionen finansierar företagshälsovården. Undantag finns, t.ex. i Finland.
- Obligatorisk kvalitetssäkring av företagshälsovården är ännu så länge ovanlig. Behovet uppmärksammas dock allt mer, bl.a. som ett medel att balansera samhällsintresset av en väl fungerande företagshälsovård mot marknadsintressena.
- Det finns tydliga tendenser att kräva en samlad, multidisciplinär kompetens av dem som bedriver företagshälsovård.

- Vad gäller utbildningen av företagshälsovårdspersonal skiftar formerna för styrning och produktion. Vanligast synes vara att universitet och vissa särskilt utpekade utbildningsanstalter genomför specialistutbildningar, mestadels medicinskt inriktade sådana, medan utbildningskraven läggs fast nationellt.

1 Vårt uppdrag

1.1 Uppdraget och arbetets bedrivande

Regeringen gav 2001-03-29 i uppdrag åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård kan medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Direktiven bifogas (bilaga 1).

Vår huvuduppgift har varit att, utifrån analyser av hur företagshälsovården används i dag, skissera olika åtgärder för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovården. Som exempel på sådana åtgärder nämner uppdraget former för ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa, bättre förutsättningar för arbetsgivare - inte minst de små företagen - att använda företagshälsovården, bättre former för utbildning av personal till företagshälsovården, godkännande (certifiering) av företagshälsovårdstjänster m.m.

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH, har föreslagit att företagshälsovården regelmässigt ska yttra sig över det rehabiliteringsunderlag som en arbetsgivare ska ges skyldighet att upprätta i långa sjukfall. Statskontoret skulle med förtur analysera vilka konsekvenser som kan följa av detta förslag. Den delen av uppdraget har 2001-10-11 redovisats till utredningen i en PM, *Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall, dnr 2001/194-5*. Resultatet framgår översiktligt i avsnitt 4.2 i denna huvudrapport.

Arbetet har genomförts i ett projekt inom Statskontoret. I projektgruppen har ingått Bernt Emanuelsson (projektledare), Lars Hammar, Karin Lennartsson, Dan Ljungberg, Lena Ståhl (t.o.m. 2001-07-04) samt Linda Tedelind (praktikant).

Till projektet har en referensgrupp knutits med företrädare för Näringsdepartementet, HpH-utredningen, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF), Försäkringskassaförbundet samt Landstingsförbundet.

Projektgruppen har genomfört ett flertal intervjuer och studiebesök, bl.a. hos berörda myndigheter, företagshälsovårdsföretag, Yrkes- och miljömedicinska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro samt träffat representanter för landsting, företagshälsovård och försäkringskassa i Värmland.

Under arbetets gång har projektgruppen också informerat om och inhämtat synpunkter på arbetet från de centrala arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna. Fortlöpande kontakt har hållits med HpH-utredningen, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Socialstyrelsen, FSF m.fl.

För att ta fram ett underlag om framtida personal- och utbildningsbehov inom företagshälsovården har konsult anlitas (IM-Gruppen i Uppsala AB).

1.2 Inriktning och avgränsning

Arbetet skulle enligt uppdraget utgå från gjorda kartläggningar av arbetsgivarnas m.fl. faktiska användning av företagshälsovårdstjänster samt, vid behov, kompletterande datainsamlingar. Statskontoret kunde tidigt konstatera att det saknas en aktuell och heltäckande bild av företagshälsovården i Sverige. Orsakerna är flera, bl.a. råder vissa oklarheter om företagshälsovårdsbegreppet och de berörda myndigheternas ansvar.

Statskontoret fann det därför nödvändigt att samla in omfattande, kompletterande information. Det har skett främst i form av två större enkäter till användare respektive producenter av företagshälsovårdstjänster. Den sistnämnda enkäten har genomförts tillsammans med FSF som hade ett med Statskontoret delvis gemensamt intresse av att uppdatera kunskapen om branschen.

Vid sidan av behovet att skapa en så bra plattform som möjligt för våra analyser har vi utgått från att det finns ett brett intresse av att sprida kunskap om hur företagshälsovården fungerar i dagsläget. Vi redovisar därför i rapporten en relativt fyllig bild av utbud och efterfrågan på företagshälsovård i dagsläget.

En utgångspunkt enligt våra direktiv var att företagshälsovården även fortsättningsvis ska tillhandahållas på marknadsmässiga grunder. Producenterna av dessa tjänster kan då själva förutsättas ha tillräckliga incitament att bedriva verksamheten effektivt. I studien har vi därför valt att främst anlägga ett avnämarperspektiv på företagshälsovården. Det innebär att det i första hand är samhällets respektive kundernas – arbetsgivare och arbetstagare – intressen som står i fokus.

Det växande samhällsintresset av en väl fungerande företagshälsovård utesluter enligt vår mening emellertid inte att stat och kommun, trots marknadsprincipen, bör kunna vidta åtgärder som på olika sätt styr eller stöttar produktionen av företagshälsovårdstjänster. I den mån det handlar om ekonomiska styrmedel bör dessa vara konkurrensneutrala och exempelvis inte innefatta transfereringar. Det kan istället handla om att skapa tydligare regler om företagshälsovårdens roll och ställning i samhället, att tillhandahålla specialistutbildning på bra villkor, att stimulera en sund konkurrens, att sprida information och förmedla kunskap samt att upphandla bestämda tjänster från företagshälsovården. Ett annat viktigt styrmedel i samhällets hand är att genom tillsyn bevaka att avnämarintressena tillgodoses i enlighet med de författningssenliga kraven.

Inledningsvis kan konstateras att problematiken kring företagshälsovården är vittomfattande. Åtskilliga förslag till åtgärder och/eller handlingslinjer för att motverka den ökande ohälsan i arbetslivet ligger redan på regeringens bord. Förutom från *HpH-utredningen* och den föregående *Sjukförsäkringsutredningen* (se *SOU 2000:121*) samt *Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen* (se *SOU 2000:78*) kan här nämnas förslagen från den arbetsgrupp inom Regeringskansliet (fortsättningsvis kallad Sahlingruppen) som utarbetat en handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet (*Ds 2000:54 och 2001:28*) samt det s.k. 11-punktsprogrammet som regeringen presenterat i årets budgetproposition (*prop. 2001/2002:1, Uo 14*).

Regeringens arbete med att samordna arbetet för förbättrad hälsa i arbetslivet fortsätter. Statskontorets föreliggande studie utgör, vid sidan av övriga här nämnda utredningar, en del av underlaget för detta arbete. Vi har därvid strävat efter att avgränsa och anpassa vårt arbete så att resultaten kan ge ett mervärde i det fortsatta utvecklingsarbetet kring företagshälsovården. Vi tar således inte upp förslag som framförts i annan ordning utom i de fall vi anser att vi kunnat komplettera dem inför den fortsatta beredningen.

2 Företagshälsovården i dag och hur den utnyttjas

2.1 Inledning

Svensk företagshälsovård har genomgått stora förändringar sedan det centrala arbetsmiljöavtalet sades upp år 1992 och sedan statsbidraget till företagshälsovården upphörde året därpå. Avregleringen har lett till en successiv marknadsanpassning. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Antalet personer verksamma i företagshälsovården har reducerats kraftigt. Medelåldern för de anställda är i dag hög, vilket kommer att medföra stora pensionsavgångar under en följd av år. Det går att förutse en brist på arbetskraft för några av företagshälsovårdens yrkeskategorier. Samtidigt har utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med stor tillgänglighet och med förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagarsidan.

I detta kapitel sammanfattas först två stora enkätundersökningar som Statskontoret utfört. Den ena undersökningen, som sammanfattas i avsnitt 2.2, har utförts i samverkan med Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) och riktats till hela företagshälsovårdsbranschen. Den redovisas utförligt i bilaga 2. Den andra undersökningen, som sammanfattas i avsnitt 2.3, har på vårt uppdrag genomförts av Statistiska centralbyrån (SCB) och ställts till ett urval privata företag och offentliga myndigheter och förvaltningar. Den redovisas utförligt i bilaga 3.

I avsnitt 2.4 lyfts fram uppgifter om de sysselsattas tillgång till företagshälsovård enligt arbetsmiljöundersökningen 1999. I avsnitt 2.5 behandlas avtalssituationen beträffande företagshälsovård, i avsnitt 2.6 småföretagens situation och i 2.7 läget hos de offentliga arbetsgivarna.

Styrmedel och myndighetsuppgifter beträffande företagshälsovården finns beskrivna i kapitel 6, *Åtgärder för ett bättre utnyttjande av företagshälsovården*.

2.2 Branschenkät

Syftet med enkäten till alla företagshälsovårdsenheter var att ge en aktuell bild av företagshälsovårdsbranschens struktur, ekonomi, personal, verksamhet m.m. Enkäten, som innehöll ett stort antal frågor, sändes till alla företagshälsovårdsenheter. Svarsfrekvensen nådde endast upp till 53 procent, på

många frågor var svarsfrekvensen ännu lägre, vilket innebär att uppräkningsarna av svaren till riksnivå är osäkra².

Företagsuppgifter

Företagshälsovården i Sverige kan till stor del grupperas i fem block bestående av företagen Previa och Feelgood, de rikstäckande nätverken Kvalita och Länshälsorna i Sverige samt de i storföretag ingående företagshälsorna som samverkar i den s.k. 11-gruppen. I nätverket Länshälsorna i Sverige ingår de vanligtvis landstingsägda landstingshälsorna eller länshälsorna. Vid sidan om dessa block finns ett stort antal helt fristående företagshälsovårdsföretag. Den vanligaste associationsformen för dessa företag är aktiebolag. Antalet företagshälsovårdsenheter beräknas vara 672. I nästan varje kommun finns minst en företagshälsovårdsenhet.

Ekonomi

Företagshälsovården uppskattas ha sammanlagt ca 46 000 kunder, flertalet är privata företag. Nära hälften av de privata företagen har färre än 10 anställda (mikroföretag) och en tredjedel är övriga småföretag med mellan 10 och 49 anställda.

Antalet anställda hos de företag och förvaltningar som har avtal med företagshälsovård beräknas uppgå till 2,6 miljoner av sammanlagt 3,6 miljoner anställda. Av de 2,6 miljonerna är ca 1,4 miljoner privatanställda och 1,2 miljoner offentliganställda. Större delen eller närmare 750 000 av den miljon anställda som inte har tillgång till företagshälsovård finns i småföretag.

I genomsnitt betalar privata kunder 1 400 kronor per anställd och år för företagshälsovård medan offentliga kunder betalar knappt 1 000 kronor. Bland medelstora företag är genomsnittskostnaden 1850 kronor.

Den totala omsättningen i företagshälsovårdsföretagen uppskattas till 2,9 miljarder kronor år 2000. Per företagshälsovårdsenhet motsvarar detta i genomsnitt 4,5 miljoner kronor. Det får observeras att företagshälsovårdsföretagen i allmänhet består av flera eller många företagshälsovårdsenheter. Omsättningen väntas öka med 7 procent under 2001.

Personal

Företagshälsovårdsbranschen har ca 5 100 anställda, varav 56 procent är medicinsk personal (läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster), 22 procent beteendevetare, tekniker och friskvårdare samt 22 procent administrativ personal inklusive chefer. Åldersfördelningen är ogynnsam och ett betydande

² Även uppskattningen av svarsfrekvensen är osäker eftersom osäkerhet råder om totalantalet företagshälsovårdsenheter.

antal personer kommer att pensioneras inom de närmaste fem åren. Pensioneringarna ökar ytterligare därefter. Det konstateras att hälften eller mer av läkarna, sjuksköterskorna, arbetsmiljöingenjörerna och den administrativa personalen utgörs av personal som är 50–59 år.

Personalutbildningen har tagit i anspråk 4 procent av företagshälsovårdens totala kostnader och har i genomsnitt pågått i 9 dagar.

Verksamhet

Verksamheten utgörs till ca 43 procent av arbetsuppgifter som kan hänföras till sådan företagshälsovård som arbetsgivarna har ett särskilt utpekat ansvar att svara för medan 57 procent avser sjukvård, ej lagstadgade hälsoundersökningar, utbildning etc³. Uppgifter som följer av brister i den psykosociala arbetsmiljön bedöms komma att öka medan övriga uppgifter väntas vara oförändrade.

En utförlig beskrivning av branschenkäten finns i bilaga 2.

2.3 Företagsenkät

På uppdrag av Statskontoret har SCB under tiden augusti–september 2001 genomfört en undersökning om företagshälsovård riktad till ett urval statliga myndigheter, kommuner, kommundelar, landsting och företag inom olika branscher. Svarsandelen var 73 procent. Syftet med enkäten var att komplettera bilden av hur företagshälsovården faktiskt utnyttjas.

Svaren redovisas i bilaga 3, i tabeller med uppdelning på nio redovisningsgrupper: statliga myndigheter med 2–49, 50–199 respektive 200 eller fler anställda, landsting, kommuner, kommundelar samt företag med 2–49, 50–199 respektive 200 eller fler anställda.

Enkätsvaren visar att drygt 90 procent av kommunerna och kommundelarna samt 80 procent av de statliga myndigheterna och landstingen anlitar företagshälsovård enligt avtal för att förebygga ohälsa och olycksfall samt för rehabilitering. Bland de privata företagen anlitar 85 procent av de största företagen företagshälsovård enligt avtal mot 73 procent av de medelstora företagen. Det är endast de små företagen som avviker markant genom att endast 28 procent av dem anlitar företagshälsovård enligt avtal.

För flertalet svars kategorier gäller vidare att 10–20 procent av dem utnyttjar företagshälsovård tillfälligt i särskilda situationer. Det är vidare ganska van-

³ I den sistnämnda siffran ingår också uppgifter som ingår i arbetsgivares mer allmänt formulerade arbetsmiljöansvar.

ligt att annan extern konsult anlitas. Här ligger landstingen och kommunerna högst då ca 40 procent av dem anlitar annan extern konsult.

Det är vidare vanligt att man anlitar egen personal i det ohälsöförebyggande och rehabiliterande arbetet. Hälften eller fler gör detta. För stora statliga myndigheter, för landsting och för kommuner är det så mycket som fler än 80 procent som anlitar egen personal.

Fråga 2 i företagsenkäten avsåg att klarlägga mer specificerat vad företagshälsovården utnyttjas för. Svaren visar att företagshälsovården genomgående mest anlitas för de ”klassiska” företagshälsovårdstjänsterna, dvs. vid ergonomiska problem och belastningsskador. Vården på mer än eller nästa 90 procent för dessa uppgifter redovisas för kommuner, kommundelar, landsting, statliga myndigheter och privata företag med minst 200 anställda. Minst utnyttjande av företagshälsovård bland de uppräknade alternativen redovisas i frågor om arbetsorganisation.

Genom fråga 3 klarlades i vilken utsträckning de anställda kan kontakta företagshälsovården direkt, dvs. utan att få ett godkännande av arbetsgivaren först. Det visade sig att i flertalet grupper av privata företag och offentliga förvaltningar kan personalen i sex fall av tio direkt kontakta företagshälsovården. För särskilt småföretag men också kommundelar redovisas klart lägre andelar – 24 respektive 38 procent.

Svaren på en fråga om inställningen till att anlita en certifierad företagshälsa, även om den skulle vara något dyrare än en inte certifierad, visar att det inte finns något påtagligt motstånd till att välja en certifierad hälsa framför en inte certifierad.

En fråga ställdes om i vilken utsträckning företagshälsovård eller motsvarande normalt används i framtagandet av rehabiliteringsutredningar. Svaren visar att ju större det privata företaget är desto vanligare är det att anlita företagshälsovård. 61 procent av de största företagen gör detta. Motsatt mönster framträder hos de statliga myndigheterna. Där är det de minsta myndigheterna som mest (57 procent) engagerar företagshälsovård i detta arbete. För de största statliga myndigheterna är andelen 36 procent. Detta torde bero på att de större myndigheterna har egen personalavdelning och i många fall själva anser sig klara uppgiften att ta fram rehabiliteringsutredningar.

Genom de två sista frågorna har uppgifter inhämtats om förekomsten av sjukfall längre än 60 dagar och i vilken utsträckning som företagshälsovården eller annan extern resurs varit aktivt engagerad i de långa sjukfallen. Resultatet av den första av dessa två frågor är att andelen sjukfall uppgår totalt till 4,2 procent av personalen med en högsta notering för kommunerna, där andelen är mer än dubbelt så hög som för övriga kategorier. Sva-

ren på den andra frågan visar att företagshälsovården eller annan extern resurs anlitas i hälften av de långa sjukfallen eller mer. Mest utnyttjande har de största företagen som anlitar företagshälsovård i 71 procent av fallen. Kommunerna och landstingen har lägst utnyttjandeandel, 37 respektive 43 procent.

2.4 Tillgången till företagshälsovård enligt arbetsmiljöundersökningen 1999

Frågor om tillgång och kontakt med företagshälsovård ställs vartannat år av SCB på uppdrag av Arbetsmiljöverket till ett urval på 10 000–15 000 personer. Från den senast publicerade undersökningen kan följande uppgifter noteras.⁴

Av de sysselsatta hade 72 procent, såväl bland kvinnor som män, möjlighet att utnyttja företagshälsovård år 1999. Tillgången till företagshälsovård har stadigt legat på denna nivå sedan mitten av 1990-talet.

Tillgången är lägst för företagare – mindre än 30 procent – medan 70–80 procent av arbetare och tjänstemän har tillgång till företagshälsovård.

Bland yrkena har frisörer sämst tillgång till företagshälsovård – endast 20 procent. Andra yrken där färre än hälften har tillgång är chefer för mindre företag inom handel, hotell och restaurang, transport och kommunikation, försäljare inom detaljhandel, av dagligvaror och inom fackhandel, fordonsförare, lastbilsförare m.fl.

Det finns yrken där mer än 90 procent har tillgång till företagshälsovård, t.ex. personaltjänstemän och yrkesvägledare, administratörer i offentlig förvaltning, banktjänstemän, brevbärare, fordonsmontörer och truckförare.

Enligt samma undersökning hade en tredjedel av de sysselsatta haft kontakt med företagshälsovården under det senaste året. Det är betydligt fler män, 38 procent, än kvinnor, 29 procent, som haft sådan kontakt. Yrken som i liten utsträckning har tillgång till företagshälsovård har i allmänhet också haft liten kontakt med företagshälsovården under det senaste året.

2.5 Avtal om företagshälsovård

Det centrala arbetsmiljöavtalet mellan LO, SAF och PTK, som bl.a. innebar att företagen var skyldiga att tillhandahålla företagshälsovård, upphörde år 1992 och har inte förnyats. Efter detta beslutar varje enskilt företag om företagshälsovård. Inom vissa branscher inom den privata sektorn har separata arbetsmiljöavtal träffats. Särskilda avtal om företagshälsovård är

⁴ SCB:s statistiska meddelande Arbetsmiljön 1999, AM 68 SM 0001.

ovanliga. Ofta refereras till företagshälsovård genom generella skrivningar i arbetsmiljöavtal. I de fall avtal om företagshälsovård finns mellan parterna påverkar de vanligen både inriktningen, dvs. innehållet i det som köps och efterfrågan på företagshälsovård genom att de slår fast att de anställda ska ha tillgång till företagshälsovård.

För statsanställda finns i dagsläget ett generellt avtal om samverkan för utveckling som innehåller skrivningar om företagshälsovård. Det står att ”i rehabiliteringsarbetet, liksom i arbetsmiljöarbetet i stort, kan det behövas expertis som identifierar och beskriver sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa relaterat till den aktuella verksamhetens karaktär, arbetsmiljöproblem och hälsorisker. Företagshälsovården är en sådan resurs”. Avtalet innehåller således inget ovillkorligt krav på att företagshälsovård ska utnyttjas.

Även de som arbetar inom kommuner och landsting omfattas av avtal som tar upp frågan om företagshälsovård. Även här saknas dock tydliga skrivningar om krav på att företagshälsovård ska utnyttjas.

De centrala fackliga företrädarna anser sig i praktiken ha fått mindre inflytande sedan det centrala avtalet ersatts av branschvisa överenskommelser och lokala avtal. Trots att det ofta framhålls att företagshälsovården ska vara en gemensam angelägenhet för arbetsmarknadens parter och att avtalslösningen lyfts fram har några nya centrala avtal på den privata sidan inte ingåtts.

2.6 Småföretagens situation

En karakteristik av småföretagen

Så mycket som 808 557 av de sammanlagt 814 733 företagen år 2000 utgjordes av småföretag med färre än 50 anställda.

Det innebär att 99 procent av alla företag är småföretag. Den största delen, 601 522 eller 74 procent, var enmansföretag, dvs. företag utan någon anställd. Antalet företag med 1–4 anställda var 146 498 (18 procent) och med 5–9 anställda 33 058 (4 procent). Mikroföretagen, som är företag med färre än 10 anställda, uppgick därmed till 781 078 och utgjorde 96 procent av samtliga företag. Antalet övriga småföretag, med 10–49 anställda, uppgick till 27 479 (3 procent).

Antalet anställda i småföretagen uppgick till 1 019 991 år 2000. De utgjorde 28 procent av totalantalet anställda. Knappt hälften av dem var anställda i mikroföretag. Av de anställda i småföretag fanns omkring 85 000 i offentlig verksamhet.

I bilaga 4 redovisas en tabell som visar fördelningen av antalet anställda på företag på storlek (0–9 anställda) och på län. I statistiken ingår inte offentliga myndigheter.

I rapporterna *Miljöservice och företagshälsovård för småföretag i Örebro län* (S10/95) samt *Hälsa, arbetsmiljö och företagshälsovård i småföretag* (S6/97), som Småföretagsenheten vid yrkes- och miljömedicinska kliniken vid universitetssjukhuset i Örebro publicerat, redogörs bl.a. för småföretagens positiva såväl som negativa kännetecken. Bland de positiva kan nämnas att småföretagaren känner ett stort ansvar gentemot de anställda samtidigt som anställda med nyckelpositioner är av stor vikt för företagaren. Småföretagen kännetecknas också ofta av god trivsel, varierande arbetsuppgifter och korta beslutsvägar. Frånvaron är ofta låg i småföretagen eftersom man är beroende av varje persons insats.

Fokusering sker på produktionen samtidigt som medvetenheten och kunskapen om arbetsmiljöarbete ofta är otillräcklig. Småföretagare i allmänhet anser det vara svårt att hålla sig underrättade om regelverket trots att många av dem finns i riskbranscher som exempelvis hårfrisering, snickeri, restaurang, bilplåtslageri m.fl. I dessa branscher förekommer ensidig eller upprepad exponering, vilket kan ha en negativ inverkan på de anställda i form av besvär i axlar/skuldror, hörselskador, ryggproblem, stressrelaterade problem m.m.

Situationen i de allra minsta företagen är ofta präglad av kunskaperna, läggningen och intresset hos företagaren själv. De minsta företagen kännetecknas av kortsiktig planering, improvisation, flexibilitet där de dagsaktuella problemen är i förgrunden. Långsiktigt förebyggande arbetsmiljöarbete känns främmande om de inte själva drabbats av uppenbara arbetsrelaterade problem.

Småföretagens efterfrågan på företagshälsovård

Enligt företagsenkäten (bilaga 3) ökar tillgången på företagshälsovård med företagets storlek. Det ger samma bild som Statskontorets tidigare utredning *Företagshälsovården i dag* (Statskontoret 1997:2).

Endast 28 procent av de små företagen har avtal med företagshälsovård till skillnad från övriga kategorier där man som lägst ligger på 73 procent. Småföretagen har också lägst utnyttjande av företagshälsovården i jämförelse med övriga redovisningsgrupper i företagsenkäten vad gäller frågor relaterade till arbetsmiljön.

På frågan om företagshälsovård, eller motsvarande, engageras i framtagnandet av rehabiliteringsutredningar enligt lagen om allmän försäkring svarade endast 20 procent av småföretagen ja.

Småföretagen har relativt låg andel sjukfall som varat längre än 60 dagar. Två tredjedelar av dem anlitar företagshälsovård eller annan extern resurs i de långa sjukfallen.

Av rapporten *Miljöservice och företagshälsovård för småföretag i Örebro län* framkommer att företagshälsovårdens kostnader för att ge enbart småföretag service enligt avtal kan vara större än intäkterna, vilket leder till att medelstora och stora företag måste utgöra basen i företagshälsovårdens arbete. Nuvarande avtal med företagshälsovård består ofta av en basdel med en avgift på 200–400 kr per anställd. I basservicen ingår basal administrativ service som exempelvis kan bestå av telefonrådgivning och förtlöpande redovisning av gjorda insatser och kostnader och ibland vissa inledande kontakter i uppkomna fall. Det inses lätt att med sådana låga nivåer på basservicen är företagshälsovårdens insatser för att marknadsföra sin verksamhet mot småföretag knappast lönsamma.

Utöver basservice kommer avgifter för tjänster som avropas utöver basservicen. Dessa tjänster kan bl.a. bestå i allmänt arbetsmiljöarbete, rehabilitering, förebyggande hälso- och arbetsmiljöarbete och utbildning.

I rapporten *Hälsa, arbetsmiljö och företagshälsovård i småföretag* beskrivs resultaten av en enkät, vilken riktades till ett antal företagshälsovårdsenheter. I enkäten ställdes en fråga huruvida småföretagen är lönsamma som kunder, där endast 17 procent svarade ja. På frågan om hur företagshälsovårdsenheterna åtgärdar lönsamhetsproblemet svarade man bl.a. att man tar ut högre avgift, ger utbildning i större grupper, har gemensamma aktiviteter, nätverk, ger enkel basservice och mer service efter avrop. 84 procent svarade ja på frågan om det måste till någon form av stöd, ekonomiskt eller kompetensmässigt, för att företagshälsovården ska kunna jobba mer långsiktigt med arbetsmiljöfrågor i småföretag.

De tjänster som företagshälsovården erbjuder stämmer inte alltid överens med småföretagens efterfrågan. Enligt rapporten efterfrågar de små företagen företagshälsovårdstjänster enligt följande rangordning:

1. Sjukvård
2. Arbetsrelaterad hälsovård
3. Rådgivning
4. Rehabilitering/arbetsanpassning
5. Friskvård
6. Internkontroll (Systematiskt arbetsmiljöarbete)
7. Övrigt

Denna rangordning av de små företagens önskemål stämmer med andra undersökningar och visar att de först och främst är intresserade av sjukvård. "Omedelbar hjälp när vi blir sjuka så att vi snabbt kan återgå till arbete" är ett typiskt citat från en småföretagare. Akut hjälp av företagsläkare, företagssköterska och sjukgymnast anses mest viktigt. Samtidigt tyder dessa kartläggningar på att de små företagen inte är särskilt medvetna om vad företagshälsovården kan erbjuda utöver sjukvård. Detta behöver dock inte vara specifikt för småföretagen utan kan även gälla för övriga kategorier.

Särskilt de allra minsta småföretagen efterfrågar råd och stöd i många olika former. Bl.a. efterfrågas en förtroendefull kontakt i hälso-, miljö- och personalfrågor, vidare en idégivare och ett "bollplank" när det gäller förbättringar i verksamheten. De efterfrågar även någon med bred kompetens som samtidigt är väl insatt i branschen, någon som vet "vem-som-kan-vad" både bland företag på orten och när det gäller experter inom olika områden, någon som kan vara behjälplig vid myndighetskontakter och någon som kan stimulera företagaren att utveckla sitt kontaktnät. Småföretagen behöver även någon som informerar om nya regler och bestämmelser samt om möjligheter till att få del av t.ex. bidrag och stimulansåtgärder, när behov av detta finns, samt någon som kan ge ett konsultativt stöd i ekonomiska och strategiska frågor.

Utifrån det ovan redovisade kan man sluta sig till att småföretagen efterfrågar allt ifrån kunskap om arbetsmiljö till information och utbildning, men även hjälp med genomförande av föreslagna åtgärder samt hjälp med myndighetskontakter. Företagshälsovården kan bistå med en del av den service småföretagen efterfrågar.

De regionala skyddsombudens roll

Enligt arbetsmiljölagen (1977:1160 6 kap. 2 och 8 §§) ska en skyddskommitté finnas på arbetsställe med minst 50 arbetstagare. För arbetsställe där skyddskommitté inte har tillsatts får facklig organisation utse skyddsombud utanför kretsen av arbetstagarna på arbetsstället (regionalt skyddsombud). Rätten att utse regionalt skyddsombud gäller endast om avdelningen eller sammanslutningen har någon medlem på arbetsstället.

Verksamheten med de regionala skyddsombuden syftar till att stödja småföretagens och de anställdas arbetsmiljöarbete. Enligt rapporten *LO:s regionala skyddsombud – skillnader från 1980 till 1993 samt mellan förbunden* (Arbetslivsinstitutet 1997:20) finns det ca 1 500 verksamma regionala skyddsombud, där de flesta har uppdraget på deltid. Flertalet av dessa finns inom LO-förbunden. De regionala skyddsombuden genomför t.ex. arbetsplatsbesök, utser och stödjer lokala skyddsombud och arbetar i övrigt för att förbättra arbetsmiljön i de små företagen.

När ett regionalt skyddsombud utsetts ska det anmälas till arbetsgivaren och till arbetsmiljöinspektionen. I syfte att likställa de regionala skyddsombuden med övriga skyddsombud erhåller facket ersättning för verksamhetens kostnader. Enligt rapporten bekostar dock de fackliga organisationerna delvis verksamheten eftersom den har utökats.

Via Arbetsmiljöverket ges statsbidrag till verksamheten med regionala skyddsombud. Under år 2001 uppgick bidraget till 73 miljoner kronor.

Andra utredningars behandling av småföretagens företagshälsovård

Småföretagens bristande medvetenhet, knappa tid och i vissa fall otillräckliga resurser för att systematiskt arbeta med sin arbetsmiljö tillsammans med att de, sett från företagshälsovårdens synvinkel, inte är lönsamma som kunder har lett till att ett flertal förslag till åtgärder presenterats under senare år.

De företagshälsovårdsenheter som besvarade den enkät som redovisats i rapporten *Hälsa, arbetsmiljö och företagshälsovård i småföretag* gav en rad konkreta förslag till åtgärder för att förbättra arbetsmiljöarbetet hos småföretagen. Bland förslagen märks att blivande företagare borde få utbildning i arbetsmiljö för att få starta företag och att samhället bör ersätta företagshälsovården för småföretagsdelen eftersom det finns stora miljöbrister i småföretag och att småföretagen inte vill betala för förebyggande åtgärder och folkhälsofrågor. Ytterligare åtgärdsförslag var bl.a. sänkt arbetsgivaravgift för dem som arbetar systematiskt med arbetsmiljö och hälsa, ekonomiskt stöd till småföretag för företagshälsovårdsanslutning samt kompetensstöd.

Den arbetsgrupp som tagit fram rapporten lägger fram ett antal förslag i syfte att förbättra arbetsmiljön och minska ohälsan i småföretag:

- **Fondering av ekonomiska medel till arbetsmiljöförbättringar.** För småföretagen skulle det kunna betyda mycket om de gavs bättre möjligheter att fondera pengar i syfte att investera i arbetsmiljöförbättrande åtgärder. Dessa arbetsmiljöförbättringar skulle identifieras via det systematiska arbetsmiljöarbetet. Fonderingarna skulle befrias från skatter och avgifter. Auktoriserade arbetsmiljörevisorer skulle kunna sköta uppföljningen av arbetet.
- **Lokal samverkan och småföretagskunskap inom företagshälsovården.** När det gäller samverkan på det lokala planet mellan t.ex. primärvården, företagshälsovården, försäkringskassan, kommunen och näringslivet är landstingens ansvar för att stimulera till detta av stor vikt. I rapporten nämns även att företagshälsovården behöver ökad kunskap om småföretagens situation och om metoder för arbetsmiljöarbete i småföretag. Det föreslås att småföretagsspecialister utbildas inom företags-

hälsovården och att utbildningen sker i ALI:s regi i samarbete med företagshälsovården.

- **Småföretagsenheter vid de yrkes- och miljömedicinska klinikerna.** Det betonas att det är av stor vikt att finna modeller som tillgodoser behov och lönsamhetskrav hos småföretag och företagshälsovård så att parterna ser en ömsesidig nytta av samarbetet. Småföretagsenheten i Örebro kan fungera som en modell för arbetsmiljöarbete i småföretag och kan ligga till grund för liknande verksamhet vid övriga yrkes- och miljömedicinska kliniker eller motsvarande regional instans.
- **Småföretagsspecialister inom arbetsmiljöinspektionen.** Arbetsgruppen menar att arbetsmiljöinspektionens roll bör vara tydlig samt att inspektörerna delar med sig av kunskaper och erfarenheter för att underlätta för småföretagen att ”komma till skott” med arbetsmiljöfrågorna.

Norska erfarenheter och förslag till åtgärder

I Rapport 2001-05-31 fra Arbeidsgruppe for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten (BHT) ser den norska arbetsgruppen ett behov av att öka kunskapen och utveckla samarbetsmetoder och organisationsmodeller mellan företagshälsovården och småföretag. Gruppen redovisar fyra konkreta förslag:

- Etablering av en vidareutbildning för berörda företagshälsovårdsenheter som önskar att öka kompetensen vad gäller arbetet med småföretagen.
- Etablering av ett nationellt resurscenter som ska arbeta för att småföretag utvecklar sitt arbetsmiljöarbete och samarbete med företagshälsovården.
- Ekonomiskt stöd till företagshälsovården som bistår småföretagen och som har en fast kontaktperson med specialkompetens om de små verksamheterna.
- Parterna i arbetslivet bör i större utsträckning ta med problemställningar som passar till de små verksamheternas verklighet i sin arbetsmiljöplanering, bl.a. hur de kan etablera ett ändamålsenligt samarbete med företagshälsovården. Det kan vara aktuellt med ekonomiskt stöd till småföretag som skaffar sig erforderlig kompetens.

2.7 Läget hos de offentliga arbetsgivarna

Som framgår av den beskrivning som gjorts i avsnitten 2.2 och 2.3 ovan och i bilagorna 2 och 3 avviker de offentliga arbetsgivarna i vissa avseenden från de privata vad gäller utnyttjandet av företagshälsovård. Den genomsnittliga kostnaden för företagshälsovård per år och anställd är lägre hos de offentliga arbetsgivarna. De offentliga arbetsgivarna har i större utsträck-

ning avtal med företagshälsovård än den genomsnittliga privata arbetsgivaren, även om de större privata arbetsgivarna ligger i nivå med de offentliga.

De offentliga arbetsgivarna använder sig i större utsträckning än de privata av egen personal och andra externa konsulter i arbetet med förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Genomgående anlitar emellertid de offentliga arbetsgivarna, främst kommuner, landsting och större statliga arbetsgivare, företagshälsovården mer regelmässigt i olika frågor relaterade till arbetsmiljön. Den första kontakten med företagshälsovården kan i störst utsträckning anställda i statliga myndigheter, landsting, kommuner och större privata företag ta utan godkännande från arbetsgivaren, medan anställda i kommundelar och mindre företag i mindre än hälften av fallen uppges ha denna rätt⁵.

Som framgår av beskrivningen är inte bilden entydig av att de offentliga arbetsgivarna i någon mening skulle vara ”sämre” på att utnyttja företagshälsovård. Man kan emellertid konstatera att de spenderar mindre pengar på företagshälsovård än den genomsnittliga privata arbetsgivaren. Med anledning av det faktum att sjukfrånvaron ökar framför allt bland de offentligt anställda är det viktigt att diskutera på vilket sätt ett utökat utnyttjande av företagshälsovård bland de offentliga arbetsgivarna kan åstadkommas.

HpH har föreslagit ett obligatoriskt yttrande från företagshälsovården i samband med alla långa sjukfall. Ett sådant obligatorium leder till att snart sagt alla offentliga arbetsgivare måste ha en regelbunden kontakt med en företagshälsovård. En sådan regelbunden kontakt kan förväntas leda till att arbetsfördelningen mellan företagshälsovården, den egna personalen och andra externa konsulter optimeras åtminstone ur ett ekonomiskt men troligen också arbetsmiljömässigt perspektiv.

Regeringen har föreslagit att de offentliga arbetsgivarna ska vara först ut med hälsobokslut, dvs. i samband med redovisning av verksamheten också redovisa de anställdas hälsostatus. Även detta förväntas leda till att arbetsgivarna i större utsträckning fokuserar arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor och därmed kan förväntas uppmärksamma behovet av företagshälsovårdens tjänster.

⁵ De flesta enkätsvar från de arbetsgivartyper som har låg andel med uppgift om att den anställde inte behöver godkännande är internt bortfall, dvs. man har inte besvarat frågan. Inte för någon arbetsgivartyp är det fler som har angett att godkännande krävs än som angett att det enskilde kan ta direktkontakt.

3 Samverkan mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa

3.1 Inledning

Statskontoret ska enligt uppdraget skissera olika åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. I uppdraget exemplifieras sådana åtgärder med bl.a. former för ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa. Det redovisas vidare att Sjukförsäkringsutredningen fokuserat på företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsverksamheten och därvid bl.a. lyft fram den s.k. Värmlandsmodellen. Av dessa anledningar har det varit givet för Statskontoret att närmare studera den samverkan som sker i Värmland, men även på andra håll, mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa. Vi beskriver dessa förhållanden i avsnitten 3.2 och 3.3. Överväganden och förslag om samverkan redovisas i avsnitt 6.4.

3.2 Samverkan i Värmland

3.2.1 Bakgrund

Diskussioner om samarbete mellan företagshälsovården och landstinget i Värmland inleddes 1993, då statsbidraget togs bort och en tredjedel av företagshälsovårdens finansiering försvann. Tillsammans med det genomförda husläkarsystemet befarade man att det fanns en risk att många läkare skulle lämna företagshälsovården och att den inte skulle kunna fortsätta att verka om den inte fick fortsatt stöd. Landstinget i Värmland var intresserat av att stödja företagshälsovården och året därpå, 1994, träffades det första vårdavtalet. Under årens lopp har avtalet omförhandlats och utökats. Det nu gällande vårdavtalet mellan landstinget och 17 olika företagshälsor trädde ikraft 2001. Sedan 1994 finns det även ett ramavtal mellan företagshälsovården och försäkringskassan i Värmland. Avtalen är delar i ett större samarbete mellan de tre parterna. I samarbetet ingår en kvalitetssäkringsgrupp och ett Dagmarfinansierat rehabiliteringsprojekt vid namn Kugghjulet.

3.2.2 Vårdavtal mellan företagshälsovården och landstinget

Mellan landstinget och Föreningen Svensk Företagshälsovård i Värmland finns en överenskommelse som har inneburit att landstinget har tecknat avtal med 17 olika enskilda företagshälsor för perioden 2001-01-01 – 2002-06-30. Syftet med överenskommelsen är att ge patienten bästa möjliga vård, där företagshälsovården bidrar och kompletterar primärvården med sin kompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsmedicin. Samti-

diget får företagshälsovården tillgång till vissa av landstingets funktioner (remissrätt till specialistfunktioner, röntgen, laboratorier etc.).

Företagshälsovården ska ersättas för det första besöket hos företagshälsovården oavsett sjukdom eller symtom. Syftet med detta är att undvika att patienten med oförättat ärende ska behöva hänvisas till annan vårdgivare i det första mötet med sjukvårdssystemet. Det är svårt att fastställa i vilken utsträckning detta innebär en fördel för patienterna i Värmland jämfört med för patienter i andra län där det finns läkare med läkarvårdsersättning som patienterna också kan vända sig till direkt.

Företagshälsovården förbinder sig att för landstingets räkning, via remiss eller direktkontakt från läkare inom landstinget, utföra primärutredning av sambandet mellan arbete och ohälsa, bedriva arbetsrelaterad sjukvård och behandling samt att svara för bedömning och kontakter under rehabilitering till arbete oavsett bakomliggande orsak.

Förutom att landstinget ersätter företagshälsovården för den primära bedömningen/utredningen vid en individs första besök ges även ersättning, som baseras på remiss eller efter överenskommelse med berörd läkare på vårdcentral, för fortsatt behandling av sjukdom som orsakats eller försämrats av individens arbete. Ersättningen baseras på antalet besök hos läkare, sjukgymnast och psykolog/beteendevetare. Ersättning för besök hos läkare motsvarar det belopp som specialist inom allmänmedicin får enligt förordningen om läkarvårdsersättning (1994:1121). Besök hos sjukgymnast ersätts enligt förordningen om ersättning för sjukgymnastik (1994:1120).

Ekonomisk uppföljning sker regelbundet av en kvalitetssäkringsgrupp bestående av representanter för landstinget, företagshälsovården och försäkringskassan. Kvalitetssäkringsgruppen har möjlighet att göra såväl ekonomisk som medicinsk revision hos företagshälsorna, för att kontrollera att hälsorna inte tar betalt för mer än vad som anges i avtalet. Patienter som behandlas inom företagshälsovården omfattas av högkostnadsskyddet både i fråga om sjukvårdsbesök och läkemedel samt får patientreseersättning enligt landstingets normer.

Via vårdavtalet köper landstinget tjänster av företagshälsovården för högst 9 miljoner kronor per år. Under det första halvåret 2001 har 3,5 miljoner kronor förbrukats och man beräknar att 6 - 7 miljoner kronor kommer att användas under 2001.

3.2.3 Ramavtal mellan företagshälsovården och försäkringskassan

Mellan Värmlands läns allmänna försäkringskassa och företagshälsovården i Värmland har tecknats ramavtal avseende arbetslivsinriktade rehabiliterings-

tjänster och rehabiliteringsutredningar. De avropningsbara tjänsterna innebär att:

- Företagshälsovården tillhandahåller arbetsmedicinsk funktionsbedömning. Bedömningen som bygger på kunskap om arbetssituationen ska vara tvärvetenskaplig, dvs. utföras av läkare och annan nödvändig specialistkompetens inom företagshälsovården.
- Företagshälsovården tillhandahåller därutöver konsultinsatser inom arbetsmedicin och yrkesrehabilitering.
- Vissa företagshälsor med geografisk spridning inom länet tillhandahåller dessutom behandlingsprogram för stressrelaterad ohälsa med anknytning till arbetsplatsen.

Bedömningar och utrednings- och rehabiliteringsinsatser kan göras vid valfri företagshälsovård oavsett om den försäkrade är ansluten till någon företagshälsovård.

Försäkringskassan i Värmland köper tjänster av företagshälsovården för 1–1,5 miljoner kronor per år.

3.2.4 Samverkansprojektet Kugghjulet

I Värmland finns det även ett samverkansprojekt som kallas Kugghjulet. Det är ett rehabiliteringsprojekt som inleddes 1995 i Kristinehamn, men som sedan dess har utvidgats inom länet. Syftet med projektet är att minska ohälsotalet genom att ge distriktsläkare reella möjligheter att agera på de tidiga signaler som uppstår i en rehabiliteringsprocess. Kugghjulets utgångspunkt är att utifrån ett helhetsperspektiv hjälpa patienter med sammansatta problem och att på ett så tidigt stadium som möjligt komma igång med rehabiliteringsåtgärderna gentemot patienterna.

När en patient kommer till en vårdcentral med diffusa symtom och där risk för långtidssjukskrivning föreligger, har läkaren möjlighet att kalla till ett möte med ortoped, psykiatriker, beteendevetare, sjukgymnast, personal från företagshälsovård och handläggare från försäkringskassan för att kartlägga vad problemet egentligen är.

Statskontoret har inhämtat kvalitetssäkringsgruppens åsikter om samverkansmodellen. Gruppen framhåller att företagshälsovårdsavtalet får full effekt först tillsammans med Kugghjulet.

En utvärdering av Kugghjulet visar att projektet är lyckat enligt de anställda. Samarbetet mellan yrkesgrupperna har förbättrats och distriktsläkarna anser att Kugghjulet hjälper dem i arbetet med svåra patienter. Det bör i sammanhanget tilläggas att än så länge är det enbart en mycket liten del av pati-

enterna i Värmland som har blivit föremål för den här samverkansinsatsen. Av dessa är de flesta nöjda enligt utvärderingen.⁶

För att underlätta införandet av arbetsmodellen Kugghjulet vid vårdcentralerna i länet finansieras projektet med Dagmarmedel och belastar inte landstingets ekonomi. Under 2001 finansieras införandet av Kugghjulet med 5 miljoner kronor ur Dagmaranslaget. Vid fyra vårdcentraler i Kristinehamn och en vårdcentral i Storfors ingår dock Kugghjulet som en naturlig del i verksamheten, och är ur kostnadssynpunkt inte öronmärkt. 2002 års Dagmaranslag till Kugghjulet uppgår till ca 4,3 miljoner kronor. Avsikten är att Landstinget i Värmland ska ta över ungefär 20 procent av finansieringen av Kugghjulet per år och inom fem år kommer således samverkansprojektet i hela länet att helt finansieras av landstinget.

3.2.5 Positiva synpunkter på Värmlandsmodellen

Genom den samverkansmodell som finns i Värmland får företagshälsovården en tydligare roll genom att i olika sammanhang vara specialisten på arbetsmiljö. För att upptäcka arbetsrelaterade sjukdomar så tidigt som möjligt kan patienten vända sig till företagshälsovården oavsett sjukdom eller symptom. Vid ett första besök bedömer företagshälsovården om det aktuella ärendet bedöms ha ett samband med arbetet. Om så är fallet kontaktas berörd distriktsläkare för överenskommelse om vem som ska påbörja behandling/rehabilitering av patienten. Utför företagshälsovården behandlingen/rehabiliteringen regleras den ekonomiska ersättningen via vårdavtalet. Om symptomen inte är arbetsrelaterade remitteras patienten till sjukvården eller annan relevant instans. På detta sätt kan en tidig bedömning ske och relevant arbetsmiljöåtgärd och/eller rehabilitering sättas in.

Sjukvården kan även remittera patienter till företagshälsovården för bedömning och behandling av sjukdom med arbetsmiljö samband eller arbetssjukdom. Många av de långa sjukfallen i dag orsakas av stress och värk, sjukdomar där det ofta finns ett samband med arbetet. Företagshälsovården bedöms därför i större utsträckning än primärvården ha möjlighet att hantera exempelvis stressreaktioner och belastningsskador. Distriktsläkare, som vi har varit i kontakt med, uppger att det innebär en stor avlastning att kunna remittera patienter till företagshälsovården och veta att de blir omhändertagna där. Primärvården avlastas därmed en del uppgifter, framför allt arbetsrelaterade problem. Samverkansmodellen har ökat kunskapen hos både företagshälsovården och primärvården om hur den andre arbetar.

Arbets sättet ökar tillgängligheten och närheten för patienterna och leder till ett effektivare flöde i systemet. Principen är att patienten ska kunna få bra

⁶ Åberg, Annika (2001) *Utvärdering av Kugghjulet – Ett rehabiliteringsprojekt i Värmland*, Institutionen för ekonomi, Centrum för tjänsteforskning, Karlstad universitet

hjälp från sjukvården, oavsett om man har arbete eller är arbetslös och oberoende av var man bor, utan att själv behöva hålla reda på vart man ska vända sig i ”vårdapparaten”.

Om försäkringskassan vill veta vad en sjukskriven person kan arbeta med kan den via sitt avtal med företagshälsovården köpa en arbetsmedicinsk bedömning. Via Kugghjulet kan också distriktsläkaren begära en arbetsmedicinsk bedömning av företagshälsovården. Detta gäller såväl sjukskrivna med arbete som arbetslösa personer. Sannolikheten för att arbetsrelaterade problem upptäcks tidigare ökar, vilket i sin tur kan leda till att förebyggande åtgärder kommer igång tidigare. Målet är minskade långtidssjukskrivningar, men än så länge finns det inga tydliga tecken på att Värmland skiljer sig från övriga landet i fråga om sjuktal.

Representanter för försäkringskassan i Värmland framför att de helst vill ha alla medicinska underlag från företagshälsovården, då dessa underlag är av hög kvalitet.

Enligt det senaste vårdavtalet ersätts företagshälsovården för de medicinska prestationer som utförs. Detta ersättningsystem anses vara effektivare än det tidigare som gav en ersättning per person utifrån det belopp som landstinget avsatt för denna verksamhet och efter antalet anslutna till respektive företagshälsa. Branschen menar att den ekonomiska förbättring som vårdavtalet leder till för företagshälsorna stärker deras möjlighet att agera som oberoende aktörer. Med den här modellen kan företagshälsovården verkligen göra samhällsnytta, samtidigt som samhället betalar för företagshälsovårdens tjänster. Avtalet ger en delfinansiering av företagshälsovården som garanterar dess existens och säkerställer på det sättet att även arbetet på grupp- och organisationsnivå kommer till stånd.

Kvalitetssäkringsgruppen betonar betydelsen av att det genom modellen sker samverkan över gränserna, såväl inom det medicinska, ekonomiska som administrativa området. Närmare samarbete parterna emellan gör att förståelsen ökar och att man därmed lättare ser möjligheterna.

3.2.6 Negativa synpunkter på Värmlandsmodellen

Det är främst bland distriktsläkare och inom primärvården i allmänhet i Värmland som det har framförts en del negativa synpunkter då de anser att primärvårdens ekonomiska resurser tas i anspråk i alltför hög utsträckning. Landstinget betalar, som tidigare nämnts, nio miljoner kronor för vårdavtalet. Kritik har framförts mot att en kostnad som i princip ska betalas av arbetsgivarna har överförts till skattebetalarna. Redan tidigare hade emellertid många arbetsrelaterade sjukdomsfall sökt sig till primärvården. Dessutom har det påpekats att avtalet kan leda till ett ökat individtänkande. Grundtankarna är att företagshälsovården i stor utsträckning ska arbeta på grupp- och

organisationsnivå, vilket kan komma i skymundan om arbetsmiljöproblemet fokuseras på den enskilde för att få ersättning.

3.2.7 En utmaning

Med tanke på att primärvården i länet kostar ca 400 miljoner kronor per år, inklusive vårdavtalet, och att sjukskrivningarna kostar en miljard kronor per år i Värmland är landstingets 9 miljoner kronor för avtalet och försäkringskassans 1–1,5 miljoner kronor inte särskilt mycket. Landstinget står emellertid inför en ekonomiskt besvärlig situation till följd av ett stort budgetunderskott. För att klara detta måste man kliva ur landstingsrollen, inte bara ha sjukvården i fokus utan ha ett samhällsperspektiv, enligt de företrädare för landstinget som vi talat med.

Det framförs att neddragningar inom sjukvården inte i första hand drabbar benbrott eller hjärtinfarkter som ändå kommer att få vård, utan utbrändhet och liknande vilket resulterar i sjukskrivningskostnader som i sin tur leder till större kostnader än vad man sparat in på minskad sjukvård.

Sedan 1993 har antalet företagsläkare i landet minskat betydligt, i Värmland däremot har bortfallet inte varit lika stort. Tack vare vårdavtalet har man kunnat behålla en mer genuin företagshälsovård och bevara kompetensen. Det råder läkarbrist i Värmland men med avtalet kan landstinget erbjuda mer sjukvård. Det handlar dock inte om att ersätta landstingets vård. Företagshälsovården utför sjukvård för 15 miljoner kronor per år och landstinget för tre miljarder.

3.3 Samverkan i andra delar av landet

3.3.1 Översikt

Uppgifter har inhämtats från samtliga landsting (motsvarande) om förekommande samverkan i form av avtal mellan landsting och företagshälsovård. Avtal mellan landsting och enskilda läkare som ersätts med läkarvårdsersättning ingår inte i denna presentation.

Det har framkommit att synen på företagshälsovårdens funktion skiljer sig en hel del, både mellan de olika landstingen men även inom ett och samma landsting. Det råder delade uppfattningar om företagshälsovårdens uppgifter, kompetens, möjligheter etc.

Knappt hälften av dem som vi talat med känner till den samverkansmodell som finns i Värmland. Bland dem som känner till Värmlandsmodellen anser en del att den verkar mycket bra, medan andra inte alls gillar idén. En av invändningarna mot modellen är att sjukvård inte bör bedrivas inom företagshälsovården.

I flera landsting pågår diskussioner om vad som ska hända år 2004 då det inte längre är tillåtet för läkare och sjukgymnaster som är verksamma inom företagshälsovården att få läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik.

Även om företagshälsovården har avreglerats betalar många landsting fortfarande för vissa tjänster beställda av företagshälsovårdsenheter på samma sätt som landstingen gör för privata läkare med läkarvårdsersättning. Det är oklart vilka villkor som landstingen ställer för att företagshälsovården ska få tillgång till sådana fria nyttigheter. Med fria nyttigheter menas läkarnas rätt att remittera patienter till laboratorium, röntgen och till vissa specialistfunktioner. Det är landstingen som tillhandahåller denna medicinska service.

Vi har funnit att avtal om samverkan mellan företagshälsovård och landsting finns i Kalmar, Karlshamn, Göteborg och Örebro. Ett förslag till avtal, där även försäkringskassan ingår, föreligger i Västmanland. De olika avtalen skiljer sig en hel del från varandra. Det är endast i Värmland som vårdavtalet omfattar hela landstinget och alla företagshälsovårdsenheter som är medlemmar i Föreningen Svensk Företagshälsovård. (Se bilaga 5 för en beskrivning av avtalen.)

Några anledningar till att man har valt att sluta avtal är:

- Primärvården behöver kompletteras med expertis på arbetsrelaterade frågor då många symtom i dag kan relateras till arbetet. Primärvården utnyttjar företagshälsovårdens kompetens inom arbetsmedicin.
- Som förberedelse inför år 2004 då övergångsbestämmelserna upphör för läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik.
- Man vill ha skriftligt på något som har förekommit under en längre tid (existerande samarbete, företagshälsovårdens tillgång till fria nyttigheter, vad ersätts och vad ersätts inte).
- Avtalet utgör en tillfällig nödlösning då det råder brist på allmänläkare.

Statskontoret har inhämtat landstingens synpunkter på samarbetet. Ett landsting betonar sitt ansvar för befolkningens hälsa och att företagshälsovården bidrar till folkhälsan genom sin del i rehabiliteringsarbetet. För att undvika dubbelarbete finns en önskan om att primärvården och företagshälsovården tillsammans tar ansvar för och delar upp arbetet/patienterna. Företagshälsovården är en tillgång som borde utnyttjas bättre. I ett annat landsting framhålls att rent principiellt måste landstinget ha någon form av samverkan med företagshälsovården, eventuellt liknande Värmlandsmodellen. Det finns en förhoppning om att primärvården lär sig utnyttja företagshälsovårdens kompetens inom arbetsmedicin. Det framhålls även att vårdavtalet har gett företagshälsovården ökad legitimitet, vilket ett landsting anser är bra då företagshälsovården ofta känner sig lite utanför den ”vanliga

vården”. I ett annat län strävar landstinget efter att anställa allmänläkare men uppger att avtalet med företagshälsovården är en bra tillfällig lösning. För att få en effektiv och väl fungerande vård finns det således landsting som redan i dag anser att de bör samverka med företagshälsovården.

Från företagshälsovårdens sida uppges att ett stort problem är företagshälsovårdens och primärvårdens bristande ekonomiska resurser. Därför måste det till en samverkan, särskilt med tanke på att många problem/sjukdomar i dag är arbetsrelaterade.

Enligt uppgift varierar dock resultatet av denna samverkan i de olika landstingen. I några landsting har det inte förekommit samverkan mellan parterna i någon större utsträckning. En anledning tycks vara bristande information och kommunikation mellan parterna. Primärvården känner inte alltid till att det finns ett vårdavtal med företagshälsovården. Företagshälsovården upplevs ibland som en konkurrent i stället för ett komplement till primärvården. I några andra landsting uppges dock både landstinget och företagshälsovården vara nöjda med samarbetet.

3.4 De yrkes- och miljömedicinska klinikerna

3.4.1 Inledning

I dag finns det ett tiotal yrkes- och miljömedicinska kliniker som finansieras av landstingen i respektive region. Vid de yrkes- och miljömedicinska klinikerna fokuseras arbetet främst på att förebygga ohälsa orsakad av miljön genom ett tvärvetenskapligt angreppssätt. Exempel på specialistkompetenser som kan ingå är kemi/teknik, medicin och beteendevetenskap.

Arbetet kan se lite olika ut mellan klinikerna. Det är dock vanligt att klinikerna genom forskning, rådgivning, utbildning och utredningar försöker komma tillrätta med arbetsmiljöproblem. Arbetet är inriktat på enskilda personer, företag, försäkringskassa, vårdcentraler, företagshälsovård etc.

Det faktum att småföretagen har otillräcklig kunskap om arbetsmiljöarbete och att en stor del av de små företagen finns inom riskbranscher tillsammans med att resurserna och tiden inte alltid räcker till för erforderligt arbetsmiljöarbete har lett till att kompletterande lösningar har skapats inom vissa landsting för att förbättra arbetsmiljön i de små företagen.

Ett tydligt exempel på detta är den småföretagsenhet som finns vid den yrkes- och miljömedicinska kliniken vid universitetssjukhuset i Örebro sedan 1980. Vid regionsjukhuset i Göteborg och i Uppsala finns en nystartad småföretagsenhet. Vid vissa yrkes- och miljömedicinska kliniker inriktas en del av arbetet gentemot småföretag. Vid sidan av dessa verksamheter finns och har funnits projekt kring småföretagsproblematiken som finansierats bl.a. av

ALI. Vid vissa universitet studeras relationen mellan småföretag och arbetsmiljöfrågor.

3.4.2 Småföretagsenheten vid yrkes- och miljömedicinska kliniken i Örebro

Arbetet på den yrkes- och miljömedicinska kliniken vid universitetssjukhuset i Örebro syftar till att förebygga ohälsa som orsakas av miljön, i första hand inom Södermanlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro läns landsting. Kliniken kan t.ex. ställa diagnos på arbetsmiljön och ge förslag till lösningar på olika arbetsmiljöproblem. Eftersom småföretagsenheten vid yrkes- och miljömedicinska kliniken i Örebro har funnits sedan länge, och i dag har ett omfattande arbete med frågor som rör arbetsmiljön i småföretag, kan den ses som en modell för hur arbete gentemot småföretagen kan bedrivas. Småföretagsenhetens budget har de senaste åren belöpt på närmare fyra miljoner kronor per år.

I rapporten *Hälsa, Arbetsmiljö och Företagshälsovård i Småföretag (S6/97)*, gjord på uppdrag av ALI, framkommer att Småföretagsenheten främst ska verka för god miljö, minskad arbetsrelaterad ohälsa och en positiv utveckling för de sysselsatta i småföretagen genom att:

- *utveckla* och utvärdera metoder/modeller för arbetsmiljö- och utvecklingsarbete i småföretag.
- *kartlägga* arbetsmiljöförhållanden i småföretag så att nya hälsorisker kan identifieras och effekter av åtgärder utvärderas.
- *informera* småföretagare och deras anställda om hälsorisker i arbetet och lämpliga åtgärder, så att de får ökad kunskap om detta och kan vidta förebyggande åtgärder. Detta sker i samarbete med företagshälsovården, regionala skyddsombud och andra aktörer.
- medverka till bättre *kunskap* om sambanden mellan hälsa – arbetsmiljö – ekonomi i småföretag så att dessa ges bättre möjlighet att förstå den ekonomiska betydelsen av arbetsmiljöförbättringar.
- *inhämta* och sprida *kunskap* om samarbetsformer i nätverk samt i organisations- och kompetensutveckling i småföretag och dess betydelse för individens hälsa och utveckling.
- tillhandahålla *utbildning* och kunskapsservice till företagshälsovården så att företagshälsovårdens arbetsmiljöservice till småföretagen kan förstärkas och utvecklas.
- medverka till ett bättre omhändertagande av *patienter* (sysselsatta i småföretag) som söker primärvård för arbetsrelaterade hälsoproblem så att risken för framtida hälsoproblem i småföretag minskar.

- *studera* och beskriva utvecklingseffekter av olika samhällsinsatser och dessas betydelse för arbetsmiljöarbetet i småföretag inom ramen för forskningsprojekt.

4 Nya uppgifter för företagshälsovården

4.1 Inledning

Under rubriken *Nya uppgifter för företagshälsovården* sammanfattas Statskontorets tidigare delrapport angående det yttrande över rehabiliteringsunderlag som HpH-utredningen föreslagit ska bli en obligatorisk uppgift för företagshälsovården. Vidare behandlas översiktligt företagshälsovårdens roll beträffande kunskapsförmedling. Att kunskapsförmedling tas med under denna rubrik är något oegentligt eftersom företagshälsovården redan i dag ägnar sig åt sådana uppgifter. Statskontoret vill härmed poängtera den ökade betydelse som företagshälsovården väntas få i förmedlingen av arbetslivskunskaper av olika slag till företagen och deras anställda.

4.2 Yttrande över rehabiliteringsunderlag

HpH-utredningen har lämnat förslag om att arbetsgivare ska vara skyldiga att lämna ett rehabiliteringsunderlag i varje sjukfall som pågått 60 dagar och att företagshälsovården regelmässigt ska yttra sig över underlaget. I Statskontorets uppdrag ingick att lämna en delrapport i frågan om förutsättningarna och tidsperspektivet i ett genomförande av ett sådant förslag, med hänsyn till resurssituationen i företagshälsovården (*Statskontorets promemoria 2001-10-11, dnr 2001/194-5*).

4.2.1 Statskontorets delrapportering

Statskontoret bedömde i sin promemoria att den sammanlagda resursinsatsen för att regelmässigt yttra sig över rehabiliteringsunderlagen skulle vara ca 266 årsarbetare fördelade på 141 företagsläkartjänster, 63 företagsskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster. Eftersom företagshälsovården redan i dag medverkar i hanteringen av en del långa sjukfall uppskattades att nettoeffekten av reformen skulle innebära krav på ett resurstillskott motsvarande 90 heltidstjänster för företagsläkare, 40 för företagsskötersketjänster, 20 för beteendevetare och 20 för sjukgymnaster.

För att gå iland med den tillkommande uppgiften, givet prognoser över pensionsavgångar samt oförändrade uppgifter i övrigt, behövs en kraftigt ökad utbildning.

Genom att omfördela de resurser som i dag läggs ner på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete skulle resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag dock kunna klaras på kort sikt.

Sammantaget innebär HpH:s förslag krav på en betydande utökning av företagshälsovårdens personalresurser om kvalitet och övriga arbetsuppgifter inte omprövas. Vi bedömer därför att ett genomförande kräver en övergångstid och/eller att det förväntade genomslaget anpassas till tillgängliga resurser.

Förutom företagshälsovården och de organ som utbildar företagshälsovårdspersonalen berörs Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket, försäkringskassorna, primärvården och arbetsgivarna av det här aktuella HpH-förslaget.

4.2.2 Syftet med rehabiliteringsunderlag

Syftet med obligatoriska rehabiliteringsunderlag är enligt HpH dels att starta en process på arbetsplatsen som påskyndar den enskildes återgång i arbete, dels att underlaget ska utgöra grund för den rehabiliteringsplan som försäkringskassan ska upprätta. Innehållet i rehabiliteringsunderlaget, och företagshälsovårdens yttrande över detta, ska enligt HpH vara uppgifter om eventuella vidtagna och planerade åtgärder, eventuellt behov av rehabiliteringsinsatser, arbetstagarens arbetsförmåga i förhållande till arbetet samt prognos för återgång i arbete, varav de två sistnämnda uppgifterna utgör det egentliga tillägget i förhållande till de nuvarande rehabiliteringsutredningarna.

Direkt syftar ett införande av obligatoriska rehabiliteringsunderlag till att öka rehabiliteringsarbetets effektivitet. Indirekt är syftet också att få arbetsgivaren att, bl.a. tillsammans med företagshälsovården, i större utsträckning än i dag uppmärksamma sambandet mellan hälsa och arbete. Genom att införa obligatoriska yttranden från företagshälsovården förväntas åtminstone alla större arbetsgivare ha ett regelbundet och nära samarbete med företagshälsovården i de nämnda frågorna.

Inte bara arbetsgivarens arbete förväntas effektiviseras av införandet av obligatoriska rehabiliteringsunderlag. Genom att underlagen ska ligga till grund för försäkringskassans rehabiliteringsplan, och även till andra beslut inom försäkringskassan, förväntas underlagen leda till bättre beslut även där.

För småföretagen kan förslaget medföra att en relation uppstår med företagshälsovården som annars inte hade kommit till stånd. Information och kunskapsförmedling underlättas.

4.3 Kunskapsförmedling

En förutsättning för att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete är att arbetsgivarna och de anställda besitter tillräckliga kunskaper i arbetsmiljöfrågor. Enligt Sahlingruppens slutrapport *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv* (Ds 2001:28) når inte existerande arbetsmiljökunskap och rön från arbetslivsforskningen ut till arbetsplatserna. Detta hämmar det nödvändiga arbetsmiljöarbetet för att bryta den negativa utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan och ohälsan till följd av belastningsskador m.m.

Småföretagen befinner sig, vilket beskrivits i avsnitt 2.6, i ett särskilt bekymmersamt läge i detta avseende eftersom de kännetecknas av bristande medvetenhet om behovet av systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänt knappa administrativa resurser.

Någon brist på aktörer som helt eller delvis ägnar tid åt kunskapsförmedling på arbetsmiljöområdet kan man inte tala om. En kartläggning som Arbetsmiljökommissionen presenterade (SOU 1990:49) visade på att många myndigheter och andra organisationer helt eller delvis arbetade med information och utbildning på området.

Inte heller är kunskapsförmedling något okänt begrepp för företagshälsovården. Dess utbildnings- och kunskapsförmedlande aktiviteter är redan betydande. Det framkommer av branschenkäten som närmare beskrivits i bilaga 2. Enligt denna enkät ägnas 7,6 procent av insatserna åt arbete utifrån Arbetsmiljöverkets föreskrift Systematiskt arbetsmiljöarbete. Det avser t.ex. stöd och handledning i organiserande av arbetsmiljöarbetet, utarbetande av mål och policy, kartläggningar, riskanalyser och utformning av handlingsplaner. Vidare ägnas 3,0 procent åt första hjälpen-utbildningar samt stöd vid krisplanering, 3,0 procent åt grundutbildning i arbetsmiljö, 1,2 procent åt utbildning i rehabiliteringsmetodik, 2,8 procent åt utbildning/träning av riskgrupper i förebyggande syfte, 3,6 procent åt andra utbildningsaktiviteter samt 2,3 procent åt handledning och stöd riktat till chef. Totalt omfattar dessa direkt kunskapsförmedlande insatser riktade mot grupper nästan en fjärdedel (23,5 procent) av all verksamhet inom företagshälsovården.

Stöd och handledning till chefer är en av de aktiviteter som ökar enligt branschenkäten. Ett aktuellt utbildningsområde är kurser i stresshantering.

En mer aktiv kunskapsförmedling från bl.a. företagshälsovårdens sida skulle dock sannolikt kunna medverka till att ”genomsyra” kundföretagen med ökade kunskaper om möjligheter till att förebygga ohälsa bland personalen. Detta gäller inte minst inom den kommunala sektorn där under de senaste tio åren skett en decentralisering av ledningsansvar och där ohälsotalen stigit markant.

Den största bristen på kunskap om arbetsmiljöfrågor torde emellertid finnas inom de företag som saknar avtal med företagshälsovården. Uppenbarligen gäller detta småföretagssektorn där mer än 7 av 10 företag saknar avtal med företagshälsovården.

Vi konstaterar att grundläggande information om företagshälsovård saknas på webbsidor hos statliga organ och andra organisationer, som i övrigt informerar om nyföretagande, skatter, avgifter, miljöfrågor m.m. Företrädare för berörda statliga organ och företagshälsovårdsbranschen bör ta initiativ till en förbättrad kunskapsförmedling via Internet.

Statskontoret skisserar i avsnitt 6.3 förslag till vissa åtgärder i syfte att förbättra kunskapsläget om företagshälsovården främst hos småföretag.

5 Ett internationellt perspektiv

5.1 Inledning

I det här kapitlet beskriver vi översiktligt hur företagshälsovården är ordnad i de nordiska grannländerna och i vissa andra länder inom EU. Fokus har lagts vid att beskriva hur företagshälsovården styrs med avseende på sådana förhållanden som kan vara strategiska för att utforma förslag till ett effektivare utnyttjande av den svenska företagshälsovården.

Vi beskriver också de centrala, överstatliga överenskommelser som påverkar eller kan påverka den svenska företagshälsovårdens utveckling.

Framställningen bygger huvudsakligen på dokumentstudier av författningar, olika nationella beskrivningar och sammanställningar samt officiell information som finns att tillgå på Internet.

5.2 Nationella förhållanden

5.2.1 Reglering

I de flesta länderna är bestämmelser om företagshälsovård intagna i respektive lands arbetsmiljölagstiftning/motsvarande. Speciallagar finns i Finland (*Lag om företagshälsovård 29.9.1978/743*) samt i Danmark (*Bekendtgørelse om bedriftssundhetstjeneste nr 750 av den 24.8.2001*). Även Tyskland har särbestämmelser med bäring på företagshälsovården (*Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit 12.12.1973*).

Många länder inom EU baserar sitt regelverk på EG:s ramdirektiv (89/391/EEG – se nedan p. 5.3.1)

Följdförfattningar kompletterar som regel de nationella lagarna. Beroende på välfärdssystemens uppbyggnad kan dessa ha formen av bindande regler utfärdade av korporativa, branschvisa försäkringsinstitut (Tyskland).

5.2.2 Täckning, arbetsuppgifter, driftformer och finansiering

Vanligt är att redan lagen, förutom att klargöra arbetsgivarens skyldigheter, samverkan med arbetstagarna, företagshälsovårdens oberoende etc., relativt detaljerat reglerar företagshälsovårdens täckning och arbetsuppgifter, dess driftsformer, finansiering m.m. Danmark, Finland, Nederländerna och Tyskland utgör exempel på en sådan ordning.

Företagshälsovårdens *täckning* – dvs. den krets arbetstagare för vilka företagshälsovård ska anordnas – bestäms ofta i lagstiftningen. Längst går den danska som innehåller en tidplan enligt vilken alla anställda, branschvis ska anslutas till en företagshälsovård. Planen sträcker sig från oktober 2001 till januari 2005. Även i den finska lagen knyts skyldigheten till vissa branscher. Även företagare och andra som utför eget arbete har rätt att skaffa samma tjänster. I Nederländerna gäller, liksom i Danmark, att lagens räckvidd successivt har vidgats till att omfatta personal inom alla sektorer oavsett anställningsform. Österrike, där skyldigheten att erbjuda företagshälsovård tidigare bara gällde enheter med mer än 250 anställda, har utvidgat skyldigheten till alla företag fr.o.m. år 1999.

Vad gäller *arbetsuppgifterna* räknar den nya danska lagen upp en ”meny” över de bastjänster som arbetsgivaren kan välja bland för den enhetsavgift (”kontingentbetalning”) som erläggs. Hit hör bl.a. att identifiera risker i arbetsmiljön och ge råd och utbildning i arbetsmiljöfrågor. Företagshälsovården kan därutöver, mot särskilt vederlag, erbjuda tilläggstjänster, exempelvis arbetshygieniska mätningar, hälsoundersökningar, hälsobefrämjande åtgärder etc. inom ramen för de krav arbetsmiljölagen ställer. Liknande uppräknningar återfinns i exempelvis den finska, tyska och nederländska lagstiftningen. Finsk företagshälsovårdslag säger uttryckligen att arbetsgivare, utöver företagshälsovård, kan anordna sjukvård och annan hälsovård för sina arbetstagare.

Även företagshälsovårdens *driftsformer* regleras mer eller mindre ingående. Reglerna stannar vanligen vid att föreskriva att företagshälsovården kan vara organiserad internt, branschvis eller genom anlita av externa resurser. Den danska lagstiftningen anger relativt ingående hur verksamheten i respektive driftsformer ska styras och ledas, vilken minimitid som ska läggas ned på huvuduppgifterna etc. I Finland kan arbetsgivaren därutöver skaffa behövlig service från en kommunal hälsovårdscentral vilka enligt folkhälsolagen ska ge sådan service.

Med arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård följer vanligen ett *finansieringsansvar*. Detta kan ibland också omfatta att svara för företagshälsovårdspersonalens kompetensuppbyggnad (Tyskland). I Danmark består "Bedriftssundhedstjenesten" (BST) av fristående organ vars tjänster finansieras av arbetsgivarna i form av delägare eller medlemmar. Vad gäller samhällsfinansiering går Finland längst. En arbetsgivare – eller egenföretagare - har där på vissa villkor rätt till ersättning för företagshälsovård med ca halva kostnaden. Den betalas ut av Folkpensionsanstalten. Ordnas företagshälsovården i en kommunal hälsovårdscentral betalas ersättningen till denna. Full ersättning utgår för hälsocentralernas besök på lantgårdar. Det kostar alltså ingenting för den enskilde lantbrukaren. I Danmark kan statsbidrag utgå vid etablering av en företagshälsovård under förutsättning att den uppfyller de krav som lagen ställer.

5.2.3 Kompetenskrav och utbildning

Bestämmelser som reglerar företagshälsovårdens *kompetensutbud* varierar. I många länder tycks fokus alltså inriktat på medicinsk och teknisk arbetsmiljökompetens. (Tyskland, Österrike). Dansk lag kräver att en företagshälsa ska ha sådan kompetens att den sammantaget kan hantera fysiska, kemiska, biologiska, ergonomiska och psykiska arbetsmiljöförhållanden. Den säger vidare att en företagshälsa som betjänar minst två verksamheter ska ha minst två heltidsanställda specialister och minst fem om antalet anslutna verksamheter är minst fem. Den norska lagen talar bara allmänt om att en arbetsgivare ska svara för att det finns särskild ”verne- och helsepersonal” när det behövs för att övervaka och kontrollera arbetsmiljö eller arbetstagar- nas hälsa.

Också vad gäller *ansvar för och genomförande av utbildning* är bilden splittrad. I förekommande fall handlar det mest om former för de medicinskt inriktade yrkeskategorierna i företagshälsovården.

Förutom i Sverige svarar i Finland en forsknings- och utbildningsmyndighet på arbetslivsområdet, Institutet för Arbetshygien, för en stor del av utbildningsproduktionen. I sistnämnda fall handlar det dock om korta kurser på några dagar. Vanligast synes vara att utbildningen sker vid universitet och vissa andra utbildningsanstalter som auktoriserats för ändamålet. En särskild fackutbildningsanstalt finns i Österrike (Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin). Utbildningsinnehållet fastställs nationellt. Ibland, såsom i Norge, saknas nationella kompetenskrav för att bedriva företagshälsovård. Här har istället berörda yrkesföreningar agerat genom att ange krav på specialistkunskaper.

5.2.4 Kvalitetssäkring

Även när det gäller krav på kvalitetssäkring går den nya, danska lagstiftningen längst. En företagshälsovård ska nämligen för varje femårsperiod godkännas av Dansk Akkreditering (DANAK) enligt vissa, i en bilaga till lagen, givna riktlinjer. Kostnaden för förfarandet uppges vara uppemot 10 000 DKK/år. På ett liknande sätt föreskrivs en obligatorisk certifiering av företagshälsovård i Nederländerna.

I Österrike krävdes tidigare ett obligatoriskt godkännande av federal myndighet i samråd med arbetsmarknadsparterna och Läkarföreningen. Vissa lättnader har aktualiserats så tillvida att det räcker med en anmälan hos arbetsmiljöinspektionen som omedelbart har att genomföra en kontroll. Föreligger brister anmodas den berörda intressenten att rätta till dessa. Om så inte sker går ärendet till allmänt åtal (criminal charge).

Frivillig kvalitetssäkring förekommer i bl.a. Finland och Tyskland. Tanken är att ett sådant system har tillräcklig drivkraft genom att ge det kvalitetssäkrade företaget konkurrensfördelar på marknaden.

5.2.5 Tillsyn

Tillsyn över att arbetsgivarna följer sin skyldighet att erbjuda företagshälsovård utövas i flertalet studerade länder av arbetsmiljömyndigheten.

Kontrollen över företagshälsovårdsproducenterna består - förutom i förekommande fall av certifiering enligt ovan - av krav på legitimation av medicinsk specialistpersonal.

5.3 Överstatliga överenskommelser

5.3.1 EG:s ramdirektiv

Arbetskyddspolitikerna ingår i samarbetets s.k. sociala dimension. Vad gäller styrdokument som kan ha betydelse för den framtida utformningen av företagshälsovården bör särskilt nämnas Europeiska rådets ramdirektiv (89/391/EEG) om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet.

Ramdirektiven innehåller i sig inget specifikt avsnitt om företagshälsovård.

I artikel 5 talas det allmänt om arbetsgivarens skyldigheter att svara för att arbetstagarnas säkerhet och hälsa tryggas i alla avseenden. Artikel 7 stadgar om skydds- och förebyggande åtgärder. En arbetsgivare ska organisera sin skydds- och förebyggande verksamhet med lämplig personal inom företaget. Om denna verksamhet inte kan organiseras p.g.a. brist på kompetent personal ska arbetsgivaren anlita sakkunnig hjälp utifrån. De som anförtros dessa uppgifter ska ha tillräckliga kunskaper och tillräckliga personella och professionella resurser.

Artikel 14 handlar om hälsokontroller. Åtgärder ska vidtas enligt nationell lagstiftning i syfte att tillförsäkra arbetstagarna hälsokontroller anpassade till de arbetsmiljörisker som de utsätts för i arbetslivet. Sådana hälsokontroller kan utföras av den allmänna sjukvården.

Ramdirektivet preciseras fortlöpande genom särdirektiv. En arbetsgrupp (*Ad hoc Group on Multidisciplinary Protective and Preventive Services at Work*) har bl.a. undersökt de ”problem som framkommer och de erfarenheter som insamlas vid införandet av tvärvetenskapliga tjänster för skydd, förebyggande åtgärder och hälsoövervakning i arbetet inom alla sektorer, branscher och företag, offentliga som privata”- alltså uppgifter som bl.a. företagshälsovården är involverad i. Arbetet har resulterat i ett

dokument⁷ vars syfte är att lägga fast god praxis när det gäller externa tjänster för skydd och förebyggande åtgärder samt hälsoövervakning.

Gruppen kom fram till att det inte finns någon idealmodell för hur sådana tjänster ska tillhandahållas men lägger fast vissa grundläggande kriterier för berörda aktörer; medlemsstater, arbetsgivare, externa tjänsteproducenter samt på den kompetens som behövs.

Varje medlemsstat ska se till att det finns ett system så att varje arbetsgivare, oberoende av arbetsplatsens storlek, har tillgång till kompetent intern eller i förekommande fall extern hjälp, och att systemet ger arbetsgivarna möjlighet att lätt fastställa vilken kompetens som behövs på deras arbetsplats. Medlemsstaterna har ansvaret för att fastställa vilken kompetens som behövs och att se till att det finns nationella kriterier (eller standarder) för denna kompetens. Huvudfrågorna är följande:

- Det ska finnas erkända nationella kriterier för kompetensen hos dem som tillhandahåller hjälp.
- Kriterierna ska vara tydliga och klara och en arbetsgivare ska lätt kunna fastställa om kompetensen finns.
- För kompetens krävs det adekvat och fortlöpande uppdatering.
- Det ska finnas ett system för att se till att de tjänster som tillhandahålls av de externa hjälpleverantörerna är av god kvalitet.
- Man ska se till att det nationellt finns tillgänglig information om exempelvis god praxis på arbetsplatsen, praktiska lösningar på vanliga problem, lärrika erfarenheter etc.
- De som ger hjälp ska kunna arbeta med de högsta professionella standarderna och etiska normerna, arbeta professionellt och opartiskt.

Vad gäller *externa tjänsteproducenter* sägs följande:

- Om de förebyggande åtgärderna och tjänsterna för skydd inte är möjliga för att det inom industrin/företaget inte finns arbetstagare med kompetens för detta, måste arbetsgivaren anlita kompetenta personer eller tjänster utanför företaget för hjälp. Eftersom många hälso- och säkerhetsproblem på arbetsplatsen är mångfacetterade, är det troligt att även den hjälp som arbetsgivaren behöver är mångfacetterad och potentiellt involverar flera olika fackområden.

⁷ Dokumentet accepterades i maj 2001 av Rådgivande kommittén för arbetarskyddsfrågor. Dess status kan närmast jämföras med icke bindande, ”allmänna råd” för medlemsstaterna. Dokumentets lydelse, i de delar som här återges, är hämtat från en preliminär översättning till svenska.

- De främsta fackområdena är arbetsmedicin, företagshälsovård, yrkeshygien, säkerhetsteknik, ergonomi och psykosociala faktorer.
- Den sakkunskap som behövs för att komma tillrätta med en fråga som rör hälsa och säkerhet kan därför innebära att man anlitar en person, flera personer eller en särskild arbetarskyddstjänst som täcker flera fackområden.
- Hälsa och säkerhet är inte frågor som ska skötas separat. Det behövs ett lagarbete bland personalen för att förebygga skador (skador = olycksfall och ohälsa)
- En tvärvetenskaplig (multidisciplinär) arbetsgrupp är ett effektivt arbetsätt.
- De som tillhandahåller hjälp ska ha en riktig kompetens för detta.
- Kompetensen (fackkunskapen) ska uppdateras regelbundet.

Hjälpen ska syfta till att förebygga skador och därvid kännetecknas av följande:

- Inriktning på förebyggande av arbetsskador. I de länder där det är brukligt att tillhandahålla en gemensam tjänst för förebyggande verksamhet och behandling är tjänsten förebyggande roll av största vikt.
- Den ska kunna utnyttja de högsta professionella standarderna och etiska normerna och vara professionell och opartisk.

Alla relevanta rapporter och resultat bör sändas vidare till arbetsgivaren.

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

Internationella arbetsorganisationen (ILO) antog år 1985 rubricerat dokument om företagshälsovård. Konventionen ratificerades av Sverige som första land år 1986 (prop. 1985/86:141). Konventionen innehåller dels riktlinjer för en nationell politik för företagshälsovård, dels närmare bestämmelser om företagshälsovårdens uppgifter och organisation samt villkor för dess verksamhet.

Artikel 1 anger principer för nationell politik inom området. Där avses med uttrycket företagshälsovård tjänster som huvudsakligen har förebyggande karaktär och som innebär ansvar för rådgivning till arbetsgivare, arbetstagarer och deras representanter i företaget angående utformning och vidmakthållande av en säker och hälsosam arbetsmiljö. Här avses fysisk och psykisk hälsa i samband med arbete. Anpassning av arbetet till arbetstagarnas förutsättningar med hänsyn till deras fysiska och psykiska hälsa samt "arbetstagarrepresentanter i företaget" nämns.

I artikel 2 anges att mot bakgrund av nationella förhållanden och praxis – och i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna – ska varje medlemsstat utforma, implementera och med jämna mellanrum revidera en enhetlig nationell politik avseende företagshälsovård.

I artikel 3 åtar sig medlemsstaterna att successivt bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare. I den mån företagshälsovård ej omfattar alla arbetstagare ska planering ske i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna för att det ska kunna genomföras.

I konventionens andra del beskrivs företagshälsovårdens uppgifter. Arbetsgivaransvaret för de anställdas hälsa och säkerhet poängteras. Företagshälsovården ska ha uppgifter som överensstämmer med riskerna på respektive företag.

Del tre beskriver företagshälsovårdens organisation och hur åtgärder ska vidtas för att införa företagshälsovård. Det ska ske genom lagar eller bestämmelser, genom kollektivavtal eller på annat sätt som godkänns av behörig myndighet.

Del fyra rör företagshälsovårdens verksamhetsvillkor. Verksamheten bör vara multidisciplinär och företagshälsovården ska utföra sina uppgifter i samarbete med övriga funktioner inom företagen. Personalsammansättningen ska bestämmas med hänsyn till de uppgifter som ska genomföras. Åtgärder ska vidtas enligt nationell lagstiftning och praxis för att säkerställa lämpligt samarbete mellan företagshälsovård och annan hälsovårdsverksamhet.

I artikel 10 stadgas att ”företagshälsovården skall åtnjuta fullständigt professionellt oberoende från arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare, där sådana finns, med avseende på de uppgifter som anges i artikel 5.”

I rekommendationen återkommer innehållet i konventionstexten i mer detaljerad form med bestämmelser som ytterligare utvecklar vad som sägs i konventionen.

Konventionen och rekommendationen innehåller även bestämmelser om utbildning och kvalitetssäkring.

Konventionen gäller i tioårsperioder fr.o.m. 1988-02-07. Någon uppsägning från svensk sida har inte skett.

5.4 Utveckling

I många europeiska länder uppmärksammas den ändrade och växande ohälsobilden på arbetslivets område liksom företagshälsovårdens roll i sammanhanget. Den låga täckningsgraden framstår som ett bekymmer. I Österrike var exempelvis täckningsgraden (år 1998) 20 procent av de anställda, den belgiska lagstiftningen berör f.n. endast den privata sektorn o.s.v.

Risken med ett en marknadsstyrd företagshälsovård, där hälso- och friskvårdstjänster prioriteras enligt en rådande efterfrågan, påtalas ibland även på den internationella arenan. Resultat av en ostyrd sådan utveckling kan – som bl.a. Österrike pekat på - bli att det uppstår två hälsovårdssystem – ett för den arbetande befolkningen och ett för övriga medborgare.

Vi har här funnit särskild anledning att studera den utveckling som pågår i Norge. Olika utvärderingar av den norska företagshälsovården – vars reglering mycket påminner om den svenska - har visat på brister bl.a. vad gäller utbyggnad, personalsammansättning och kvalitet. En arbetsgrupp som Arbejds- och Administrationsdepartementet tillsatt för att utreda frågan har nyligen avlämnat sin rapport (*Rapport 2001-05-31 fra Arbejdsgruppe for vurdering av den videre utvikling av bedriftshelsetjenesten (BHT)*).

I rapporten föreslås;

- att företagshälsovården byggs ut till att täcka alla arbetstagare,
- att krav på godkännande/certifiering läggs fast,
- att företagshälsovårdens arbete med att förebygga sjukfrånvaro och utstötning från arbetslivet finansieras av socialförsäkringen,
- att särskilda stimulansåtgärder vidtas för att bygga ut företagshälsovård till småföretag - exempelvis gratis utbildning av ”småföretagsspecialister” i företagshälsovården, etablering av ett nationellt resurscentrum kring småföretagens arbetsmiljöproblem, ekonomiska bidrag till företagshälsor med specialkompetens för att hjälpa småföretag och utbildningsstöd till små företag, se avsnitt 2.6,
- att specialistutbildningen byggs ut och görs mer tillgänglig för såväl personal inom företagshälsovård som primärvård.

5.5 Sammanfattande iakttagelser

Den svenska regleringen av företagshälsovården framstår på flera punkter som avsevärt mindre strikt i jämförelse med de övriga länder i Europa som vi studerat. Vi vill särskilt peka på följande förhållanden:

- Flera länder har mycket klara regler om vilka branscher och företag som företagshälsovården ska omfatta – i vissa fall med tidplaner för utbyggnad. Även småföretag, egenföretagare och personal med lösa anställningsförhållanden omfattas. Samtidigt bör man komma ihåg att Sverige – jämfört med många andra europeiska länder har en procentuellt väl utbyggd företagshälsovård i förhållande till antalet anställda. I förhållande till de överstatliga regelverken kan det emellertid ifrågasättas om Sverige till alla delar svarar upp mot kraven på täckning.
- Företagshälsovårdens uppgifter är klart uppräknade redan på lagnivån. Uppräkningarna tar ofta sikte på företagshälsovårdens traditionella roll att kartlägga arbetsmiljörisker, att genomföra regelbundna hälsokontroller av de anställda, att utbilda anställda etc. Att medverka i arbetsplatsanpassning liksom vid rehabilitering nämns också men i mindre utsträckning.
- Grundregeln i flertalet länder, liksom i Sverige, är att produktionen ska betala. Där en medfinansiering från samhället förekommer – ett tydligt exempel är Finland - är den inriktad på villkorade prestationer såsom delersättning för besökskostnader, etablering av en företagshälsovård etc.
- Obligatorisk kvalitetssäkring av företagshälsovård är än så länge inte vanlig. Behoven uppmärksammas dock alltmer, bl.a. som medel för att balansera samhällsintresset av en väl fungerande företagshälsovård mot de marknadskrafter som styr mot ett annat innehåll liksom även för att motverka eventuella ”lycksökare”. Krav på nationella system för kvalitetssäkring ställs också av de tillämpningsråd till EG:s ramdirektiv som nyligen beslutats. Erfarenheterna av system med frivillig kvalitetssäkring säger att genomslaget är långsamt.
- Det finns en tydlig tendens mot att kräva tvärvetenskaplig (multidisciplinär) kompetens av en företagshälsovårdsproducent. Flera länder har tagit in detta i sin lagstiftning. Enligt EG:s tillämpningsråd till ramdirektivet är ett grundläggande kriterium på externa producenter av företagshälsovård att multidisciplinär kompetens finns tillgänglig och kan sättas in i ett lagarbete.
- Vad gäller utbildningens styrning och bedrivande är bilden splittrad. Vanligast synes vara att universitet och vissa särskilt utpekade utbildningsanstalter genomför specialistutbildningar, mestadels medicinskt inriktade sådana, medan kraven fastläggs nationellt. Att, som i Sverige, en särskild forsknings- och utbildningsmyndighet svarar för huvuddelen av sådan utbildning är ovanligt.

I tekniskt avseende framstår det svenska regelverket som något svagare än i andra jämförbara länder. Även där kraven på företagshälsovård i stort sett är desamma, är en författningsteknisk skillnad den att detaljbestämmelser i Sverige finns i Arbetsmiljöverkets föreskrifter respektive allmänna råd medan de i övriga länder preciseras i själva lagen. Det kan i sin tur innebära svårigheter vid tillsyn och kontroll av efterlevnaden något som bekräftats i våra kontakter med Arbetsmiljöinspektionen.

6 Åtgärder för ett bättre utnyttjande av företagshälsovården

6.1 Inledning

Statskontorets huvuduppgift har varit att skissera olika åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. I direktiven nämns olika tänkbara åtgärder, så som ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa, bättre förutsättningar för arbetsgivare – inte minst för de små företagen – att utnyttja företagshälsovården, bättre former för utbildning av personal till företagshälsovården och certifiering av företagshälsovårdstjänster. Förutom dessa åtgärder har vi funnit anledning att gå in på vissa andra såsom reglering och tillsyn. Statskontorets överväganden och förslag presenteras i detta kapitel.

6.2 Förtydliga regelverket

6.2.1 Nuvarande reglering

Lagregler

Företagshälsovården regleras främst av Arbetsmiljölagen (AML) samt föreskrifter och allmänna råd m.m. som Arbetsmiljöverket utfärdar.

Den grundläggande bestämmelsen i AML 3 kap. 2 b § säger att *”arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå”*.

Företagshälsovården definieras i samma lagrum som *”en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering”*. *Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa”*.

Företagshälsovårdsbegreppet har betydelse även i viss annan lagstiftning - främst Inkomstskattelagen (1999:1229) 13 kap. 23 § om avdrag i inkomstslaget näringsverksamhet samt – om HpH:s förslag om obligatoriska yttranden i långa sjukfall vinner gehör – i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Myndighetsförfattningar m.m.

Den nyssnämnda lagregeln kompletteras av Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:01).

Föreskriften preciserar arbetsgivarens skyldighet att – om de egna resurserna för att bedriva arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering inte räcker – ”*anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån*”. Denna hjälp ”*skall vara av tillräcklig omfattning samt ha tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser*” för detta arbete. I en bilaga till föreskriften preciseras arbetsgivarens informationsskyldighet gentemot en externt anlita hjälp.

De allmänna råden utvecklar något närmare vilka egenskaper företagshälsovården bör uppfylla med avseende på kompetens, ställning och tjänster.

Den ska ha *kompetens* att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Därför behövs breda kunskaper i till exempel arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik.

Om företagshälsovårdens *ställning* sägs att den ska upphandlas utifrån eller vara en självständig del av företagets verksamhet. Det är viktigt att den är partsneutral och det är angeläget att arbetstagarna eller skyddsombud får möjlighet att medverka vid upphandling av företagshälsovård liksom vid beslut om uppdragets utformning och genomförande. Företagshälsovården ska kunna utnyttjas av både arbetsgivare och arbetstagare.

Vad gäller *tjänsterna* sägs att det är lämpligt att företagshälsovården anlitas som en sammanhållen resurs och inte enbart till enstaka tjänster. Expertkunskapen är ofta nödvändig både för att undersöka och bedöma de fysiska och psykiska riskerna och för att föreslå åtgärder och medverka vid genomförandet. Företagshälsovården är också en viktig resurs vid rehabiliteringsutredningar, arbetsanpassningsproblem (jfr. även föreskriften AFS 1994:1 om arbetsanpassning och rehabilitering), där särskilda arbetsproblem finns och där en företagshälsovård kan besitta en speciell branschkompetens.

Som vägledning i tillsynsarbetet har Arbetsmiljöverket nyligen lagt fast en strategi beträffande företagshälsovård. Av detta dokument framgår bl.a. att verket i sin tillsyn ska bedöma ett företags behov av företagshälsovård, bedöma innehållet i ingångna avtal gentemot kraven i AML samt om avtalen utnyttjas i tillräcklig omfattning.

Av dokumentet framgår att Arbetsmiljöverket ska kräva att företagshälsovård i princip ska omfatta alla anställda, dvs. även vikarier, visstidsanställda, projektanställda och liknande grupper. Även villkoren för inhyrd personal ska granskas.

Företagshälsovården ska enligt strategidokumentet även bedömas utifrån hur man kan tillhandahålla de kompetenser som krävs. Det understryks att en ensam arbetsmiljökonsult som företaget anlitar ej är att betrakta som

företagshälsovård. Vidare sägs att företagshälsovården ska vara en professionellt oberoende resurs gentemot såväl arbetsgivare som arbetstagare vilket betyder att den ska inta en självständig och fristående ställning.

6.2.2 Överväganden

Före den 1 januari år 2000 fanns det ingen definition i AML av vad som är företagshälsovård.⁸ Det fr.o.m. år 2000 gällande tillägget i 3 kap. 2 b § syftar bl.a. till att ge en definition vilken på sikt kan leda till såväl renodling som utveckling av företagshälsovården men även underlätta bedömningarna av när ett vårdinstitut inte tillhandahåller företagshälsovård trots att de påstår sig inneha sådan kompetens (prop. 1998/99:120).

Statskontoret har emellertid under sitt arbete funnit att företagshälsovårdsbegreppet i AML på vissa basala punkter alltså framstår som otydligt. Den otydligheten framstår enligt vissa bedömare som ett av de största hindren för ett bättre utnyttjande av företagshälsovården.

Som framgår av den internationella jämförelse som redovisats i kapitel 5 är den svenska lagregleringen av företagshälsovården på flera punkter avsevärt mindre strikt än i andra europeiska länder. Det gäller exempelvis detaljerade krav på företagshälsovårdens omfattning, uppgifter, kompetens, kvalitet etc. Den precisering av EG:s ramdirektiv (89/391:EEG) som nyligen lagts fast anger allmänt att medlemsstaterna ska se till att system skapas som tydliggör kraven på flera av dessa punkter.

I tekniskt hänseende är i Sverige huvuddelen av de regler som i andra länder är lagfästa, intagna i myndighetsförfattningar med därtill hörande allmänna råd. Det kan inte uteslutas att även detta förhållande bidrar till otydligheten.

Även med den i vårt uppdrag givna utgångspunkten att företagshälsovården också i fortsättningen ska tillhandahållas på marknadsmässiga grunder anser Statskontoret att den rättsliga styrningen av företagshälsovården behöver förtydligas. Därigenom skulle såväl tillämpning som tillsyn kunna underlättas och samverka till ett bättre utnyttjande av företagshälsovården. Likaså talar det ökande samhällsintresset av en väl fungerande företagshälsovård för att staten bör ge tydligare styr signaler.

Statskontoret anser att detta primärt skulle kunna ske genom vissa kompletteringar av AML. I tekniskt avseende kan det vidare övervägas att "höja nivån" på vissa bestämmelser som i dag finns i Arbetsmiljöverkets allmänna råd och således inte är tvingande.

⁸ Den numera upphävda förordningen (1985:326) om företagshälsovård innehöll dock vissa tydliga kriterier på företagshälsovårdsverksamhet som villkor för bidrag m.m.

I nästa avsnitt diskuterar vi något närmare på vilka punkter vi funnit behov av att utveckla de rättsliga styrinstrumenten av företagshälsovården.

6.2.3 Utvecklingsbehov

Materiella ändringar i arbetsmiljölagen

Arbetsgivarens skyldighet

Nuvarande formulering att *”arbetsgivaren skall svara för att den företags-hälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå”* lämnar ett relativt stort tolkningsutrymme. Från olika håll har därför krav rests på en obligatorisk företagshälsovård innebärande att alla arbetstagare, inklusive ensamföretagare, ska ha tillgång till en omfattande företagshälsovård.

Av förarbetena framgår att den citerade bestämmelsen innebär en skyldighet för arbetsgivaren att anordna företagshälsovård på samtliga arbetsplatser där det enligt bestämmelserna om internkontroll samt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet kan anses som nödvändigt. Samtidigt ville regeringen inte genom en strikt reglering inskränka parternas möjligheter att genom avtal och överenskommelser reglera frågan i framtiden.

Av föreskrifter m.m. kan utläsas att bestämmelserna är tillämpliga på alla arbetsgivare, oavsett om verksamheten är stor eller liten, privat eller offentlig. Regelverket omfattar således redan nu alla arbetstagare oavsett anställningsform och funktion men vissa krav på dokumentation gäller ej för s.k. mikroföretag.

Statskontoret har i sitt utredningsarbete funnit att behoven av kontakter med och insatser från företagshälsovården kan skilja sig avsevärt mellan skilda verksamheter och företag/organisationer av olika storlek. Den aggregerade statistik som vi studerat ger inte heller belägg för att verksamheter med hög ohälsa har en låg anslutning till företagshälsovård. Enbart en formell skyldighet för samtliga arbetsgivare att anordna företagshälsovård synes därför knappast lösa de föreliggande problemen med en växande ohälsa.

För att åstadkomma ett bättre utnyttjande av företagshälsovården krävs enligt vår mening istället en kombination av ökad information, tillgänglighet, kundanpassade tjänster och inte minst skärpt tillsyn. Under förutsättning att dylika åtgärder, vilka vi kommer att utveckla närmare i följande avsnitt 6.3 respektive 6.7, realiserar kan den nu gällande formuleringen av AML 3 kap. 2 b § första stycket enligt vår mening stå kvar tills vidare.

För att stödja nämnda åtgärder bör emellertid vissa kompletteringar av AML:s definition av företagshälsovårdsbegreppet övervägas.

Företagshälsovårdens oberoende ställning

I förarbetena anförs att företagshälsovården ska vara en, i förhållande till både arbetsgivare och arbetstagare, oberoende resurs och att parterna medverkar vid utformningen av avtal och tjänster. Företagshälsovården ska också inta en fristående ställning såtillvida att en anställd ska ha rätt att oberoende av arbetsgivaren nyttja företagshälsovården. Arbetsmiljöverkets allmänna råd till AFS 2001:01 betonar ytterligare dessa spelregler.

Statskontoret har funnit brister i dessa avseenden. Från arbetstagarhåll har kritik framförts mot att marknadsanpassningen inneburit att upphandling av och villkor för företagshälsovård ensidigt sköts av arbetsgivaren. Det är heller inte ovanligt att en anställds första kontakt med företagshälsovården sker efter godkännande av arbetsgivaren. Som sämst i detta avseende framstår enligt företagsenkäten mindre och medelstora statliga och kommunala verksamheter (ca 22-36 procent) medan läget i de små företagen är avsevärt bättre (ca 8 procent). Missförhållandet framgår även av vår branschenkät. Drygt tiondelen av de svarande inom såväl offentlig som privat sektor uppger att kunder inte tillåter sina anställda att kontakta företagshälsovården utan godkännande av arbetsgivaren.

Vi anser mot den här bakgrunden att en tydligare reglering av företagshälsovårdens ställning bör övervägas i AML. Bestämmelsen bör ges innebörden att en företagshälsovård – oavsett om interna eller externa resurser utnyttjas - ska ha ställning som en professionell och partsneutral resurs, tillgänglig för såväl arbetsgivare som arbetstagare.

Sammanhållna resurser

Kravet på multidisciplinära kompetenser i företagshälsovården framgår av AML genom formuleringen att den ska kunna arbeta ”*inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering*” och därvid ”*ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa*”. Kompetenskraven framgår närmare av AV:s allmänna råd.

Mot bakgrund av att arbetsmiljöproblemen tenderar att bli allt mer komplexa, växer behovet av att företagshälsovården samlat kan tillhandahålla en bred kompetens. Att en multidisciplinär arbetsgrupp är ett effektivt arbetssätt framhålls i EU:s rekommendation till ramdirektivet. Realiserar HPH:s förslag att obligatoriskt kräva yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall torde vidare en direkttillgång till olika kompetenser vara en förutsättning för att någorlunda snabbt avge ett kvalitativt yttrande. Arbetsmiljöverkets nyligen fastställda strategi för tillsynsarbetet fastslår också tydligt att en ensam arbetsmiljökonsult som anlitas av en arbetsgivare ej är att betrakta som företagshälsovård.

Vår slutsats är att de kompetensmässiga kraven på företagshälsovård i framtiden varken kan tillgodoses genom att arbetsgivaren anlitar en ensam

arbetsmiljökonsult med bred kompetens eller ett antal sinsemellan fristående experter på området. Men givetvis ska en arbetsgivare alltid vid behov kunna komplettera sin företagshälsovård med annan spetskompetens.

Statskontoret anser därför att det bör övervägas att i AML införa en formulering av innebörd att en företagshälsovård ska kunna erbjuda en samlad kompetens för att identifiera sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Kvalitet

Det växande intresset av en väl fungerande företagshälsovård som ett verktyg för att motverka ohälsa i arbetslivet och hejda därmed sammanhängande kostnadsökningar och framtida svårigheter att tillgodose behoven av arbetskraft, innebär att samhället - vid sidan av arbetsgivare och arbetstagare - allt mer blir en intressent i att den företagshälsovård som erbjuds på marknaden håller en god kvalitet.

Statskontoret kommer nedan i avsnitt 6.6 närmare behandla hur en sådan kvalitetsgaranti bör utformas.

Redan här vill vi dock peka på att ett övergripande kvalitetskrav på företagshälsovård bör föras in i AML. Ett sådant krav saknas i dag. Vad gäller hälso- och sjukvård finns ett sådant krav i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 a §. Där sägs att *'hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt vara av god kvalitet och ---'*

Detta kvalitetskrav är redan nu tillämpligt på de medicinska delarna av företagshälsovården. Statskontoret finner det dock rimligt att ett motsvarande krav ställs på företagshälsovården som helhet. Vi anser därför att en likartad formulering bör övervägas även i AML.

Tekniska ändringar i regelverket

Som framgått är de mera precisa reglerna om företagshälsovård i huvudsak intagna i olika föreskrifter och allmänna råd. Den redaktionella spridningen samt förhållandet att de allmänna råden inte är tvingande kan sannolikt bidra till att regelverket framstår som otydligt.

Statskontoret föreslår att samlad genomgång görs av behovet att ensa de gällande bestämmelserna – exempelvis med avseende på arbetsgivar- och arbetstagarbegreppen – samt föra över allmänna råd till tvingande form. Det ovan nämnda strategidokumentets status kan därvid behöva klargöras. I samband med en sådan teknisk lagöversyn bör det även kontrolleras att begreppet företagshälsovård, i den mån det förekommer i olika lagar, är synkroniserat.

För att öka tydligheten har vi också övervägt lämpligheten av att föra över detaljbestämmelser om företagshälsovård från nuvarande myndighetsföreskrifter till en ny, särskild förordning om företagshälsovård. Detta i analogi med förhållandena i vissa andra länder. Då en sådan ändring dels skulle rubba systematiken på området dels kunna minska möjligheterna att snabbt ändra i regelverket har vi inte utvecklat tanken vidare.

6.3 Öka utnyttjandet i småföretag och bland offentliga arbetsgivare

6.3.1 Bakgrund

Utnyttjandet av företagshälsovård är lågt i små företag (företag med färre än 50 anställda). Av allt att döma har de flesta av de små företagen ingen kontakt med företagshälsovården. Inte minst under senare tid har sambandet mellan sjukfrånvaron och arbetslivet allt mer börjat fokuseras. Om sjukfrånvaro därmed skulle vara ett tecken på belastningar i arbetslivet förefaller de små företagen ha en mindre ohälsopåverkande arbetsmiljö. Det skulle i så fall finnas motiv för varför kontakterna med företagshälsovården är mindre frekventa. Det brukar emellertid framföras att den lägre sjukfrånvaron i småföretagen inte i sig beror på mindre behov av sjukfrånvaro bland de anställda utan på andra faktorer, såsom större lojalitet med arbetsgivaren som leder till mer sjuknärvaro. Därtill talas ofta om att anställda i småföretagen utgör ett urval av arbetskraften som har mindre ohälsa. Det finns inget skäl att försöka fastslå vilka av de ovan framförda förklaringarna som är giltiga eller ogiltiga. Det viktiga är att konstatera att de små företagen i mindre utsträckning har tillgång till företagshälsovårdens kompetens, och att tillgängligheten till företagshälsovård bör förbättras.

Tillgängligheten till företagshälsovårdens kompetens behöver också förbättras bland de offentligt anställda. Skälet till detta är emellertid inte det samma som gäller småföretagen. Antalet arbetsgivare med avtal är här högt, men sjukfrånvaron är hög och ökande och utnyttjandet mätt i ekonomiska termer är lägre än bland privata arbetsgivare. De offentliga arbetsgivarna tycks i större utsträckning i stället utnyttja egen personal eller externa konsulter vilket kan äventyra såväl oberoendet i stödet som att stödet ges i form av en samlad kompetens.

6.3.2 Överväganden

Småföretag

Det är rimligt att ett företags storlek har betydelse för hur mycket resurser man har för verksamhet vid sidan av kärnverksamheten. Detta beror på att de mindre företagen inte har utrymme för särskilt avsatta funktioner för personalfrågor o.d., men kanske också på att de ekonomiska marginalerna ofta är mindre i småföretag. Detta bör finnas med i alla överväganden om kravställande på de mindre företagen. Eftersom det knappast vore rimligt att acceptera sämre arbetsmiljö i småföretag är Statskontorets utgångspunkt att varje företag bör kunna bära den kostnad som företagshälsovård genomsnittligt kan kräva. Sett i förhållande till exempelvis lönekostnaderna torde det röra sig om mindre än en procent. Problemet i detta fall är emellertid att inte alla småföretag har ett lika stort behov av företagshälsovård. En del kanske inte har något behov alls och andra har av olika skäl ett betydligt större behov än genomsnittet.

I avsnitt 6.2 konstaterar vi att det inte är motiverat att föreslå obligatorisk anslutning till eller avtal med företagshälsovård för alla arbetsgivare. Frågan är därför om det kan finnas andra vägar att uppnå ett bättre utnyttjande av företagshälsovård bland de mindre företagen.

En första väg mot att åstadkomma detta skulle kunna vara att företagshälsovårdsmarknaden på något sätt i större utsträckning vände sig mot de mindre företagen. Till exempel kan en branschförening i en viss region teckna avtal med företagshälsovårdsföretag som möjliggör för de små företagen att dels få en bättre förhandlingsposition, dels förenklar upphandlingen för det enskilda företaget. Även om denna typ av gemensam upphandling därmed kan förbättra tillgängligheten till företagshälsovård räcker det inte för att hantera problemet med varierande behov. För detta skulle krävas vad som skulle kunna liknas vid gemensam finansiering. Vi återkommer i avsnitt 6.3.3 om hur detta skulle kunna åstadkommas.

I överväganden om hur tillgängligheten till företagshälsovård för småföretag skulle kunna förbättras är det vidare viktigt att resonera om de små företagen som grupp har samma behov av företagshälsovårdens olika tjänster och kompetenser som de större arbetsgivarna. Inom ramen för de yrkes- och miljömedicinska klinikerna i landet finns verksamhet som särskilt ägnas åt att bygga upp kunskap om de små företagens situation. Det finns också en rad organisationer som helt eller delvis organiserar små företag och som därigenom utgör viktiga kanaler för information till de små företagen. Information i arbetsmiljö- och företagshälsovårdsfrågor tycks i dag vara gles. Här finns utrymme för nya insatser. Förutsatt att företagshälsovården kan få att uppfatta de små företagen som intressanta kunder skulle även dessa kunna sprida information och skriva avtal om tjänster som

i vissa delar kan vara särskilt anpassade för de små företagens speciella frågor.

Offentliga arbetsgivare

Offentliga arbetsgivare har, till skillnad från småföretag, i stor utsträckning avtal med företagshälsovård. Det finns därför knappast skäl till att försöka skapa särskilda stimulansåtgärder för de offentliga arbetsgivarna att teckna avtal. De offentliga arbetsgivarna förefaller emellertid använda mindre ekonomiska resurser till företagshälsovård. En orsak till detta kan, enligt vad vår undersökning visar, vara att man i större utsträckning än privata arbetsgivare utnyttjar dels egen personal, dels andra externa konsulter. Detta i kombination med det faktum att sjukfrånvaron ökar kraftigt inom den offentliga sektorn och att detta av allt att döma till viss del kan bero på arbetsmiljöförhållandena på de offentliga arbetsplatserna kan motivera att åtgärder vidtas för att öka de offentliga arbetsgivarnas utnyttjande av företagshälsovård.

Såväl utnyttjandet av egen personal som andra externa konsulter snarare än företagshälsovård kan vara tecken på att de offentliga arbetsgivarna anser sig och kanske också är bättre på att hantera arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor utan att anlita den sammanhållna resurs som företagshälsovården representerar. Om egen personal eller andra externa konsulter hanterar de frågor som företagshälsovården normalt bör hantera begränsas emellertid oberoendet.

6.3.3 Insatsområden

Utnyttjandet av företagshälsovård bör ökas. Av delvis olika skäl bör detta särskilt ske bland småföretag och offentliga arbetsgivare. Statskontoret har inte funnit det motiverat att föreslå ett obligatorium. Utnyttjandet bör i första hand öka genom att arbetsgivarna uppmärksammas på behovet av företagshälsovårdens kompetens – genom förtydligad lagstiftning, skärpt tillsyn och ökad information – och att marknaden anpassar sig så att fler arbetsgivare erbjuder tjänster som sett ur både det egna perspektivet och samhällets är bra. Det sistnämnda kan möjligen innebära ett behov av stimulans från samhällets sida.

Det har som tidigare nämnts framförts förslag från dels HpH och den s.k. Sahlingruppen, dels regeringen i budgetpropositionen som har betydelse för det framtida utnyttjandet av företagshälsovården. Statskontoret har med anledning av att dessa förslag redan föreligger inte funnit anledning att ytterligare kommentera dessa åtgärder. Förslagen rör bl.a. obligatoriska yttranden från företagshälsovården i samband med alla längre sjukskrivningar samt ökad samverkan och samordning av utvecklingsinsatser inom företagshälsovården. Särskilt det förstnämnda bör dock kunna gynna

ömsesidiga kontakter mellan företagshälsovård och företag som i dag saknar sådana kontakter.

Småföretag

Under arbetets gång har det tydligt framgått att småföretagen i stor utsträckning saknar kunskaper i arbetsmiljöfrågor. Det är som tidigare nämnts naturligt att småföretag inte har möjlighet att ägna lika stort intresse åt dessa frågor. Det stora antalet anställda i de små företagen innebär dock att det är av stor vikt att arbetsmiljö- och rehabiliteringsverksamheterna fungerar även i dessa.

Småföretagens medvetenhet om arbetsmiljö och rehabilitering måste öka. De kanaler som redan finns uppbyggda bör användas för att nå småföretagen med information om regler och annan information som det ligger i samhällets intresse att sprida. Det bör åligga de offentliga aktörer som i dag har att sprida information till de små företagen inom andra områden att också sprida information om arbetsmiljö och rehabilitering, eller i vart fall upplysa om var sådan information finns att inhämta. Branschföreningar och andra organisationer som organiserar småföretag, intresseföreningar på arbetsmiljöområdet m.fl. bör också förmås sprida information i dessa frågor. Det bör åligga de centrala statliga aktörerna, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket, att gemensamt upp- och stödja dessa informationskanaler.

De små företagens möjligheter att få regelbundet stöd i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor bör förbättras. Detta kan enligt Statskontorets mening åstadkommas genom att vissa offentliga aktörer erbjuder ett sådant stöd, att företagshälsovårdsbranschen med eller utan ekonomisk stimulans fås att erbjuda småföretag sina tjänster, att de små företagen med eller utan ekonomisk eller annan stimulans fås att anlita företagshälsovården i större utsträckning eller av en kombination av dessa.

Såväl centrala statliga myndigheter som försäkringskassor, landsting och i viss mån också kommuner har ett intresse av och ett ansvar för att arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor hanteras på ett effektivt sätt även i småföretag. Vid sidan av att dessa aktörer därför bör vara aktiva i att sprida information till de små företagen skulle de kunna ta en aktiv roll i att ge de små företagen råd och stöd i det konkreta arbetet. En uppbyggnad av en eventuell funktion för råd och stöd till de små företagen bör föregås av gemensamma diskussioner mellan företrädare för dessa aktörer om hur ansvar och uppgifter bör fördelas. Statskontoret föreslår att Arbetslivsinstitutet tar initiativ till sådana diskussioner.

Oavsett om de offentliga aktörerna, enligt vad som sagts ovan, bygger upp en funktion för att ge småföretagen råd och stöd i arbetsmiljö- och

rehabiliteringsarbetet eller inte bör företagshälsovården vara småföretagens, i likhet med de större arbetsgivarnas, främsta resurs i nämnda arbete. De offentliga aktörernas rådgivning bör t.ex. vara inriktad på att rekommendera företagen att anlita företagshälsovården om det finns behov av det. Det övergripande målet bör vara att de små företagen i så stor utsträckning som möjligt har en regelbunden relation till företagshälsovården.

Enskilda företag, branscher eller företagshälsovårdsbranschen kan gemensamt ta initiativ till att företagshälsovården erbjuder småföretagen sådana tjänster som upplevs intressanta. T.ex. kan ett enskilt företagshälsovårdsföretag eller en grupp företag i en region gå samman och erbjuda småföretag att sluta avtal till en viss fast kostnad som inkluderar de tjänster som småföretagen kan förväntas ha behov av i sådan omfattning som kan antas vara tillräckligt för det genomsnittliga lilla företaget. Ett enskilt småföretag kan då till en fast kostnad få tillgång till företagshälsovård i den utsträckning som man normalt kan förväntas behöva. För vissa småföretag kan denna kostnad ett visst år bli högre än det faktiska utnyttjandet och för andra företag blir kostnaden lägre, dvs. företagshälsovården erbjuder ett avtal som innebär att risken med varierande behov sprids över ett kollektiv av företag. Eftersom avtalen därigenom liknar försäkringar är det inte uteslutet att de utformas just som försäkringsavtal och eventuellt kan det finnas intresse för försäkringsbolag att ha en del i avtalen. Försäkringsbolagens del skulle kunna bestå i att antingen vara den part med vilken det enskilda småföretaget sluter avtal, och att försäkringsbolaget sluter avtal med företagshälsovårdsföretag att hantera de uppkomna behoven. Försäkringsbolagen skulle också kunna ha en del som innebär att de försäkrar företagshälsovårdsföretagen för risken att det sammanlagda behovet i alla företag med avtal överskrider den intäkt som företagshälsovården får in via sina avtal.

För att stimulera företagshälsovårdens utbud av tjänster till småföretagen skulle staten eller någon annan offentlig aktör kunna tänkas erbjuda särskilda prestationer. Sådana prestationer skulle kunna vara någon typ av ekonomiskt stöd till de företagshälsovårdsföretag som har avtal, av den typ som beskrivits ovan, med småföretagen. Till exempel skulle det offentliga kunna betala en viss summa för sådana avtal. Det offentligas prestation skulle också kunna vara att ta den roll som försäkringsbolagen i ovan gjorda beskrivning skulle kunna ha.

Ett annat sätt för det offentliga att stimulera företagshälsovården att upprätta kontakter med småföretagen skulle kunna vara att särskilt betala för att ett företagshälsovårdsföretag, t.ex. en gång per år, besöker det lilla företaget för att kunna informera samt ge råd och stöd.

Ett alternativ till att stimulera företagshälsovården att ta initiativ till att teckna avtal med småföretag skulle kunna vara att försöka stimulera

småföretagen. Det skulle kunna göras genom ekonomisk stimulans, t.ex. en ytterligare avdragsrätt vid sidan av den som redan finns för alla privata företag. En annan tanke skulle kunna vara att kostnader för företagshälsovård vid sidan av andra kostnader för arbetsmiljö- och/eller rehabiliteringsarbete omfattas av ett statligt högkostnadsskydd.

Sammantaget torde det finnas en rad åtgärder som skulle kunna leda till att småföretag i större utsträckning än i dag får tillgång till företagshälsovård. Flera olika åtgärder bör på försök prövas för att komma fram till en effektiv lösning. Statskontoret anser att det i de diskussioner som ovan föreslagits att Arbetslivsinstitutet tar initiativ till också tas upp frågor som allmänt rör hur småföretagens tillgång till företagshälsovård kan förbättras. Lösningar av den art som ovan beskrivs bör särskilt utredas och prövas för att på viss sikt den eller de metoder som på effektivast möjliga sätt hanterar problematiken ska kunna införas.

Offentliga arbetsgivare

Den offentliga sektorn har en verksamhet som bl.a. ur arbetsmiljösynpunkt skiljer sig väsentligt från den privata sektorns. Sjukfrånvarons kraftiga ökning inom den offentliga sektorn kan vara ett tecken på att det finns behov av särskilda insatser inom såväl arbetsorganisation som arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Det vore därför önskvärt att företagshälsovården som expertresurs inom området fick större resursutrymme. Kunskaperna om arbetsmiljön och effektiva rehabiliteringsmetoder för personer anställda i den offentliga sektorn skulle behöva öka. Det är dock viktigt att komma ihåg att företagshälsovård inte bara tillhandahålls, eller bör tillhandahållas, genom privata företagshälsovårdsföretag. De flesta offentliga arbetsgivare är så pass stora att det kan vara ett lika eller bättre alternativ ur ekonomisk synvinkel att ha en s.k. inbyggd företagshälsovård eller ett eget bolag, som i dag är fallet med en del av landstings-/länshälsorna.

Den kraftigt ökande sjukfrånvaron i den offentliga sektorn bör motivera att offentliga arbetsgivare förmås att i högre utsträckning än i dag utnyttja den oberoende och sammanhållna resurs som företagshälsovården utgör, eller bör utgöra. De kunskaper som finns och som framöver vinnas i arbetet med arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor hos olika arbetsgivare bör spridas. Ett medel i denna kunskapsspridning bör vara de hälsobokslut som föreslagits ska tas fram av alla offentliga arbetsgivare.

För att ytterligare påskynda arbetet med arbetsmiljön och rehabiliteringen inom den offentliga sektorn bör en aktör få ett särskilt ansvar att samordna insatser över hela landet. Detta kan antingen ske genom att någon av de i dag ansvariga aktörerna förmås att särskilt fokusera den offentliga sektorn, eller att det tillfälligt skapas en särskild instans för denna samordning. De samordnade insatserna inom den offentliga sektorn kan tilldelas särskilda

utvecklingsresurser. Den rådande situationen och utvecklingen inom den offentliga sektorn kan motivera att medel som annars skulle användas för en allmän förstärkning av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet särskilt avdelas för utveckling inom den offentliga sektorn.

6.4 Utveckla samverkan

6.4.1 Motiv för samverkan

Som vi närmare redogjort för i avsnitten 3.2 och 3.3 förekommer i dag en samverkan på avtalsbasis mellan företagshälsovård och landsting i fem områden i landet. I Värmland finns även ett avtal mellan företagshälsovård och försäkringskassa. Ett förslag till avtal mellan alla dessa tre parter föreligger i Västmanland.

De huvudsakliga motiven till att man valt att sluta dessa avtal är att:

- Tillföra primärvård respektive försäkringskassa den specialistkompetens som företagshälsovården besitter och därmed förkorta behandlings- och rehabiliteringstiden för patienten.
- Avlasta primärvården och öka patientens valfrihet.

Härtill kommer behoven att:

- Skriftligt reglera en existerande, informell samverkan.
- Förbereda inför situationen år 2004 då rätten till läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastersättning för verksamhet inom företagshälsovården helt upphört.

Regeringens motiv för nuvarande ordning (prop. 1998/99:120) var att renodla företagshälsovårdens kärnverksamhet, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering. Regeringen ville skapa en tydlig avgränsning mellan privat och offentlig hälso- och sjukvård. Samtidigt ansåg man att det inte var möjligt och inte heller lämpligt att helt skilja sjukvården från företagshälsovården. Detta eftersom företagshälsovårdens verksamhet innebär fokusering på arbetsrelaterad ohälsa och arbetslivsinriktad rehabilitering vilket förutsätter att det finns personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrivs.

En fortsatt nationell finansiering av delar av företagshälsovården befanns dock olämplig av bl.a. konkurrensskäl. Det bästa sättet att åstadkomma en systematisk samverkan och en lämplig renodling ansågs vara att detta reglerades genom avtal mellan sjukvårdshuvudmän, företagshälsovård och andra vårdgivare.

Senare har flera andra utredningar tagit upp önskvärdheten av att utvidga en samverkan liknande Värmlandsmodellen.

Betänkandet *Företagshälsovård. En resurs i samhället (Ds 1998:17)* utvecklar motiven för en ökad samverkan mellan företagshälsovård, försäkringskassa och den offentliga hälso- och sjukvården.

I Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande, *Sjukfrånvaro och sjuk-skrivning - fakta och förslag (SOU 2000:12)* föreslås att försäkringskassan får medel att köpa tjänster till förebyggande arbete och rehabilitering från bl.a. företagshälsovården och att företagshälsovårdens resurser även bör utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården.

6.4.2 Överväganden

Statskontoret konstaterar inledningsvis att frågan om samverkan mellan aktörerna på området "ohälsa på arbetslivsområdet" har varit aktuell länge men att meningarna om hur långt en sådan samverkan ska gå och hur den ska ersättas varit delade. Vi kan också konstatera att den förordade avtalsvägen - åtminstone än så länge - inte har lett till några mera omfattande resultat.

Allt pekar dock mot att huvudmotiven för att åstadkomma en ökad samverkan - gemensamt utnyttjande av specialistkompetens respektive minskad belastning med tiden kommer att väga allt tyngre. Detta gäller även serviceaspekten gentemot patienterna.

Effektivare utnyttjande av specialistkompetens

En anledning till att företagshälsovården mer och mer kommit i rampljuset är de snabbt ökande ohälsotalen där allt fler i arbetskraften är långtids-sjukskrivna samtidigt som en bristande tillgång på arbetskraft börjar skönjas. Företagshälsovården har i högre grad än primärvården kompetens att snabbt identifiera och hantera arbetsrelaterade sjukdomar. Ett skäl är att företagshälsovårdens strukturella uppbyggnad förutsätter en nära tillgång till såväl medicinsk som teknisk, ergonomisk och psykosocial kompetens. Ett annat att primärvården för det mesta saknar kunskap om de enskilda arbetsplatserna och deras inverkan på individerna. HpH:s förslag om obligatoriska yttranden i långa sjukfall kan bygga på den kunskapen hos företagshälsovården.

Men även företagshälsovården är i hög grad betjänt av en tillgång till vissa av landstingets funktioner såsom vissa specialister, röntgen, laboratorier etc.

På motsvarande sätt kan försäkringskassorna i ökande utsträckning förväntas behöva tillgång till företagshälsovårdens specialistkompetens i

samband med sitt rehabiliteringsarbete. HpH:s ovannämnda förslag och ett nytt förfarande vid arbetsskadebedömningar bidrar till detta behov.

Sammantaget finner Statskontoret att skälen för att genom samverkan utnyttja de olika sektorernas specialistresurser på ett mer effektivt sätt med tiden blir allt starkare.

Minskad belastning på primärvård och företagshälsovård

I prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*, konstateras att dagens primärvård lider av ett antal allvarliga brister. Tillgängligheten är många gånger för låg. Då samverkan mellan primärvården och andra vårdgivare fungerar långt ifrån optimalt medför det både dubbelarbete och bristande kontinuitet och sammanhang i behandlingen. Ett stort problem är också bristen på allmänläkare i primärvården. Enligt regeringens bedömning bör antalet specialister i allmänmedicin öka med i genomsnitt 170 per år till år 2010.

För att bidra till att lösa dessa problem har riksdagen beslutat att fördela ett resurstillskott till hälso- och sjukvården i landsting och kommuner om sammanlagt nio miljarder kronor under åren 2001-2004. Åtta miljarder kronor är pengar som frigjorts genom neddragningar inom försvaret - de s.k. försvarsmiljarderna. Huvuddelen ska via generella statsbidrag gå till landstingen där primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald i vården utgör prioriterade ändamål.

Förutom bristen på medicinsk personal i landstingen har Statskontoret funnit att en likartad situation håller på att växa fram inom företagshälsovården. Om HpH:s förslag genomförs uppstår nämligen ett tillväxtbehov⁹ om 90 läkare, 30 sköterskor, 30 beteendevetare och 20 sjukgymnaster. Härtill kommer ett ersättningsbehov genom att 120 läkare, 130 sköterskor 20 beteendevetare och 30 sjukgymnaster kommer att uppnå 65 års ålder inom den närmaste femårsperioden.

Sammantaget talar den besvärliga personalsituationen, som såväl landsting som företagshälsovård nu möter, för en ökad samverkan.

Förbättrad patientservice

En bärande tanke bakom Värmlandsmodellen är att patienten ska ges bästa möjliga vård genom att berörda aktörer samarbetar.

Arbets sättet syftar till att öka tillgängligheten och närheten för patienterna och leda till ett effektivare flöde i systemet. Principen är att patienten ska

⁹ Något förändrat jämfört med PM 2001-10-11, se avsnitt 6.5.2 under Utbildningsbehov.

kunna få bra hjälp från sjukvården, oavsett om man har arbete eller är arbetslös och oberoende av var man bor utan att själv behöva hålla reda på vart man ska vända sig i "vårdapparaten". Oavsett var i sjukvårdssystemet man gör sin entré ska man kanaliseras till rätt instans. Ingen patient behöver råka ut för beskedet att ha hamnat fel.

Genom att relevant specialistkompetens snabbt kan kopplas in, exempelvis genom Kugghjulsfunktionen, ökar sannolikheten för att arbetsrelaterade problem upptäcks och åtgärdas på ett tidigt stadium till patientens fördel.

Statskontoret vill i detta sammanhang peka på att en central del i regeringens förvaltningspolitiska handlingsprogram är att utveckla statliga myndigheters service gentemot medborgare och företag. En väg är att öka myndigheternas samverkan såväl med varandra som med kommuner, landsting och näringsliv. Detta understryker enligt vår mening behovet att utveckla samverkan även på vårdområdet.

6.4.3 Möjliga åtgärder för att utveckla samverkan

Regeringens intentioner, Statskontorets och andra utredningars överväganden samt de erfarenheter som finns av Värmlandsmodellen talar alla för det önskvärda i att avtal träffas om samverkan mellan primärvård, företagshälsovård och försäkringskassa. Samtidigt tycks ett visst uttalat motstånd finnas från primärvårdens sida att dela med sig av befintliga resurser. Kunskapen om Värmlandsmodellen och dess effekter förefaller inte heller tillräckligt känd och spridd.

Möjligheterna för att åstadkomma den utökade samverkan som många pläderar för handlar enligt vår mening mycket om vilka styrmedel som staten skulle kunna använda. Vi har översiktligt inventerat dessa och kommit fram till följande resultat.

Administrativa styrmedel

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1§). Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta eller eljest vistas inom landstinget samt även i övrigt verka för en god hälsa hos befolkningen (3§ 1 st.).

Landstingen får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt lagen samverka i syfte att uppnå en effektivare resursanvändning och därvid bidra till finansieringen av denna samverkan (3§ 4 st.).

Statskontoret har övervägt om det skulle kunna vara möjligt att i hälso- och sjukvårdslagens allmänna formuleringar tolka in en skyldighet för landstinget att samverka med företagshälsovård och försäkringskassa. Vi har funnit att detta svårligen låter sig göra i varje fall inte utan ingående förhandlingar mellan staten och landstingen. En sådan skyldighet skulle sannolikt också utlösa kompensationskrav enligt finansieringsprincipen.

Ekonomiska styrmedel

Ekonomiska styrmedel i form av statsbidrag är vanligen ett fungerande styrmedel för att få till stånd samverkan mellan skilda huvudmän.

Den ersättning som landstingen i dag betalar till läkare och sjukgymnaster inom företagshälsovården kommer att frigöras då övergångsreglerna upphör vid utgången av år 2003. Detta bör ge landstinget ett viss ekonomiskt utrymme att använda i samband med att vårdavtal tecknas med företagshälsovården.

S.k. Dagmarmedel för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården har för år 2001 fördelats med sammanlagt 235 miljoner kronor. I dag finansieras exempelvis samverkans- och rehabiliteringsprojektet Kugghjulet i Värmland med Dagmarpengar. Möjligheterna för att öronmärka Dagmarmedel för att stimulera samverkan mellan landsting, företagshälsovård och försäkringskassa bör därför uppmärksammas. Det kan i sammanhanget nämnas att för år 2002 kommer Dagmarmedel att uppgå till 135 miljoner kronor, alltså en betydande minskning.

Det pågår för närvarande en diskussion mellan regering och riksdag om hur större inslag av finansiell samordning mellan sjukvård och sjukförsäkring ska åstadkommas. Det är rimligt att förvänta sig att även företagshälsovård berörs av den samverkan som då blir aktuell.

De nära kopplingarna mellan företagshälsovård och primärvård framgår bl.a. av regeringens senaste proposition om företagshälsovården. ILO-konventionen talar också om att åtgärder ska vidtas enligt nationell lagstiftning och praxis för att säkerställa lämpligt samarbete mellan företagshälsovård och annan hälsovårdsverksamhet. Utifrån denna syn på en nära koppling mellan företagshälsovård och primärvård borde det vara av intresse för landstingen att använda en del av "försvarsmiljarderna" för samverkansinsatser. Socialstyrelsen bör särskilt uppmärksamma detta i samband med sin uppföljning. Staten bör även överväga att i samband med exempelvis tilldelningen av Dagmarmedel styra en del till samverkansinsatser.

En utgångspunkt bör vara att eventuella insatser av statliga medel bör syfta till att få igång en samverkan. För den fortlöpande finansieringen bör intressenterna, landsting, företagshälsovård och försäkringskassa, själva

svara, då samverkan förutsätts vara till nytta för deras respektive verksamheter.

Informativa styrmedel

Värmlandsmodellen åberopas oftast som en förebild för samverkan på det här aktuella området. Vi har tagit del av såväl negativa som positiva synpunkter på densamma och funnit de sistnämnda överväga. Vi är emellertid medvetna om att förhållandena varierar i olika landstingsområden och att vårdavtal måste utformas utifrån det enskilda landstingets och andra berörda parter förutsättningar.

Med hänsyn till marknadsmodellen är det särskilt viktigt att alla certifierade (se avsnitt 6.6) företagshälsor inbjuds att delta i avtalsförhandlingar och att upphandling sker med iakttagande av reglerna om offentlig upphandling.

En betydande brist är enligt vår mening att det saknas en samlad utvärdering av de samverkansavtal som existerar¹⁰. En sådan utvärdering skulle bl.a. försöka utröna om det i områden med respektive utan samverkan går att visa om en formaliserad samverkan inneburit några effekter i form av att arbetsrelaterade sjukdomar kunnat upptäckas tidigare och i så fall om rehabiliteringen kunnat förkortas. Vidare bör undersökas hur belastningen på landsting, försäkringskassa respektive företagshälsovård påverkats och om några övervältringseffekter uppstått. Slutligen bör utvärderingen också belysa hur patienter/arbetstagare och arbetsgivare upplever samverkan.

Statskontoret föreslår att regeringen tar initiativ till en sådan utredning.

Beroende på resultatet kan sedan en bred informationskampanj genomföras i syfte att sprida samverkan och formerna för detta. Ansvar för en sådan insats bör genom regleringsbrev kunna åläggas berörda myndigheter: Arbetsmiljöverket, Arbetslivsinstitutet, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket i samverkan med Landstingsförbundet, Försäkringskassaförbundet och Föreningen Svensk Företagshälsovård.

6.5 Trygga personalförsörjningen

6.5.1 Bakgrund

Under 1980-talet skedde en kraftig expansion av företagshälsovården och efterfrågan på utbildning för dess personal. Exempelvis gav dåvarande Arbetsmiljöinstitutet under en period fyra kurser per år för företags-

¹⁰ Kugghjulet har utvärderats. *Utvärdering av Kugghjulet - Ett rehabiliteringsprojekt i Värmland*, Åberg, Annika (2001), Institutionen för ekonomi, Centrum för tjänsteforskning, Karlstads universitet

sköterskor, vilket motsvarade en utbildningsvolym på ca 140 företags-sköterskor. Omkring år 1989 började en viss avmattning på efterfrågan av företagshälsovårdsutbildning att märkas. Till följd av avregleringen och borttagandet av statsbidraget till företagshälsovården år 1993 krympte företagshälsovårdsbranschen med en tredjedel och efterfrågan på utbildning minskade därefter.

Arbetslivsinstitutet (ALI) bildades år 1995 genom en sammanläggning av Arbetsmiljöinstitutet, Arbetslivscentrum och en del av Arbetsmiljöfonden. ALI tog över Arbetsmiljöinstitutets utbildningsverksamhet. En tydlig skillnad kunde emellertid urskiljas i instruktionen för ALI i jämförelse med dess föregångare. Medan Arbetsmiljöinstitutet hade haft en instruktionsenlig skyldighet att ”ansvara för utbildningen av företagshälsovårdens personal” står i ALI:s instruktion endast att institutet ska ”bedriva utbildning”.

En arbetsgrupp inom Arbetsmarknadsdepartementet föreslog år 1998 i en promemoria, *Företagshälsovård. En resurs i samhället (Ds 1998:17)*, att ALI som statlig institution skulle ges ett tydligt uppdrag att svara för utbildningen av personal för företagshälsovården. I den proposition om företagshälsovård (1998/99:120) som följde uttalade regeringen att frågan om utbildning av företagshälsovårdens personal borde analyseras ytterligare och att regeringen avsåg att återkomma i denna fråga.

I vårt uppdrag står att ”frågor om utbildningen av företagshälsovårdspersonalen skall belysas”.

I fortsättningen behandlas nuvarande utbildning av företagshälsovårdens personal, behoven av utbildning samt våra förslag till lösningar på såväl kort som längre sikt.

6.5.2 Arbetslivsinstitutets nuvarande företagshälsovårdsutbildningar

Till ALI:s uppgifter hör bl.a. att bedriva utbildning som rör arbetsliv, arbetsmiljö och relationerna på arbetsmarknaden.

En stor del av ALI:s utbildningsverksamhet riktar sig till företagshälsovårdens personal. Volymmässigt står också företagshälsovården som målgrupp för merparten av utbildningarna. Utbildningsverksamheten är i dag fördelad på olika FoU-program enligt tabell 6.1.

Tabell 6.1 ALI:s företagshälsovårdsutbildningar med fördelning på FoU-program och ort

Program Utbildning	Solna	Umeå	Göteborg
Hälsa och utveckling i det nya arbetslivet:			
Företagsläkarutbildning	x		
Beteendevetarutbildning (arbetsorganisation och förändringsarbete)	x		
Kurs för administratörer	x		
Ergonomi:			
Företagssköterskeutbildning	x		
Företagssjukgymnastutbildning	x	x	
Magisterutbildning i ergonomi	x		
Organisationsutveckling och lärande:			
Arbetsmiljöingenjörutbildning	x		
Belastningsskadeprogrammet:			
Företagssjukgymnastutbildning		x	
Arbetsmiljöingenjörutbildning (delkurser)		x	
Teknisk yrkeshygien:			
Arbetsmiljöingenjörutbildning (delkurser)		x	
Kemisk yrkeshygien:			
Arbetsmiljöingenjörutbildning (delkurser)		x	
Industrin och den mänskliga resursen:			
Magisterutbildning i ergonomi (medverkan)			x

Även andra FoU-program i Solna medverkar i företagshälsovårdsutbildningar.

Utbildningarna för blivande företagssköterskor, företagssjukgymnaster och ergonomer bedrivs tillsammans med universitet/högskolor för att ge högskolepoäng samt av kapacitets- och kompetensskäl.

Utöver dessa specialistutbildningar anordnar ALI fortbildnings- och fördjupningskurser för personal inom företagshälsovården.

ALI har ett stort antal professorer, docenter, forskare och doktorander som förutom forsknings- och utvecklingsarbete inom arbetslivsområdet är engagerade i utbildningsverksamheten.

Konstaterade problem i utbildningen

Det finns ett flertal problem förknippade med ALI:s företagshälsovårdsutbildning.

Ett generellt problem är att utbildningsvolymen i dag är för låg i förhållande till efterfrågan och att det därmed uppstår köer till utbildningar. Det gäller främst i utbildningarna till företagsläkare, företagssköterskor, företagssjukgymnaster och ergonomer.

Ett annat generellt problem är att företagshälsovårdsutbildningarna behöver förändras och utvecklas. Det som i detta sammanhang framhålls är att företagshälsovårdsutbildningarna behöver bli mer gemensam för företagshälsovårdens personal. Personalutbildningen i dag kännetecknas av att den är uppdelad på olika personalkategorier: läkare, sjuksköterskor, arbetsmiljöingenjörer, sjukgymnaster, beteendevetare och administrativ personal. Det finns emellertid önskemål om att företagshälsovårdsutbildningen, i vart fall beträffande de icke-medicinska delarna skulle göras mer gemensam för olika yrkeskategorier. Företagshälsovårdens fördel i att vara multidisciplinär tryggas genom den akademiska grundutbildningen till läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog etc.

Ett tredje generellt problem hänger samman med att den företagshälsovårdsutbildning av betydelse som finns, i vart fall specialistutbildningarna, är den som finansieras och organiseras av ALI. Finansieringen av företagshälsovårdsutbildningen är därmed beroende av ALI:s prioritering av sin verksamhet. När ALI för något år sedan drabbades av ekonomiska svårigheter påverkades företagshälsovårdsutbildningarna negativt. Några planerade utbildningar ställdes in. Fr.o.m. år 2002 prioriterar ALI dock utbildningsverksamheten.

Ett fjärde generellt problem är att ALI inte kan ge högskolepoäng till dem som genomgått utbildning (institutet saknar examinationsrätt). Detta problem har ALI löst för flera utbildningar genom att samarbeta med universitet och högskolor och köpa examination av dessa. Således sker företagssköterskeutbildningen i samarbete med Karolinska institutet i Solna, företagssjukgymnastutbildningen i samarbete med dels Karolinska institutet, dels universitetet i Umeå och magisterutbildningen i ergonomi i samarbete med universiteten i Linköping och Lund. ALI:s kostnader för köp av examinationer uppgår till ca 700 000 kronor per år.

Det finns också ett antal yrkesspecifika problem.

För företagsläkarutbildningen gäller att specialistutbildningen ges på dispens av Socialstyrelsen. Vidare gäller att en blivande företagsläkare i praktiken först måste specialisera sig inom ett annat område vilket gör att

åldern för nyutbildade företagsläkare är hög. Systemet försvårar möjligheterna att rekrytera blivande företagsläkare.

För företagssköterskor gäller speciellt att frågan om specialistexamen och skyddad specialistbeteckning inte är löst, att arbetsförhållandena gör det svårt för sköterskorna att vara borta från arbetsplatsen för utbildning samt att det föreligger svårigheter att ordna praktikplatser för icke verksamma företagssköterskor när ALI anordnat särskilda kurser för dem.

Även sjukgymnasterna och arbetsmiljöingenjörerna upplever det svårt att förena studierna med arbetet. För arbetsmiljöingenjörerna noteras ett vikande rekryteringsunderlag och att alla sökande antas.

En utförligare beskrivning av nuvarande personalutbildning görs i bilaga 6.

Genomförda och pågående förändringar

Under senare år har ALI omstrukturerats flera gånger, delvis som en följd av stora sparbeting. En platt organisation har skapats med ett tjugotal självständiga programområden, inom vilka främst forskning bedrivs. Tidigare fanns en central utbildningsenhet med ett tjugotal medarbetare. När den upphörde fördelades ansvaret för kurserna på de olika programmen. I stället för en gemensam kursadministration lades uppgifterna på ofta ensamma kursadministratörer inom de olika programmen. Dessa upplevde lätt brist på samordning och stöd.

En fördel med decentraliseringen var ökad närhet mellan utbildning och forskning. Det uppges dock att när de enskilda programmen tvingats dra ner sina resurser har utbildningsdelen inte sällan fått ”stryka på foten”. Exempel på utbildningsaktiviteter som uteblivit eller lagts ner är beteendevetarutbildningen som lades ner 1999, trots att närmast förestående kurs var fulltecknad. Ett annat exempel är en planerad kurs för företagssköterskor med start hösten 2001 vid yrkes- och miljömedicinska kliniken vid universitetssjukhuset i Lund.

ALI visar i och med ett antal beslut och aktiviteter under 2001 att utbildningsfrågan nu prioriteras. Dessa beslut ses överlag som positiva, även bland de kritiska rösterna. Bland de organisatoriska och andra förändringar som genomförts eller planeras kan nämnas följande:

- Sedan ca ett år tillbaka har ALI en forskningsdirektör med huvudansvar på ledningsnivå för utbildningsfrågor.
- En ny utbildningsenhet håller på att etableras och under hösten 2001 har en chef nyanställts för denna.
- En särskild budget för utbildning har beslutats.

- En satsning sker på att göra ALI till ett kunskapscentrum för arbetslivsfrågor där företagshälsovårdsutbildning ingår.
- Beteendevetarutbildningen återupptas våren 2002. Antalet sökande till den första kursen är 68, vilket innebär att efterfrågan är mer än dubbelt så stor som antalet utbildningsplatser.
- Andra utbildningar (kurserna för företagssköterskor, företagssjukgymnaster samt magisterutbildningen i ergonomi) som varit hotade kommer att genomföras, i vissa fall med tidigarelagd kursstart.
- Ett mera organiserat samarbete etableras med företagshälsovårdsbranschen.

Utbildningsbehov

I tabell 6.2 redovisas uppgifter om nuvarande utbildning, förväntade pensionsavgångar och förväntat rekryteringsbehov om HpH:s förslag genomförs om obligatoriskt yttrande över rehabiliteringsunderlag. I kolumnen längst till höger i tabellen redovisas den ökning av utbildningen som erfordras. Det som redovisas under HpH är något modifierat i jämförelse med Statskontorets promemoria i oktober till HpH. Modifieringen innebär att insatsen av beteendevetare ökas med 15 minuter till 45 minuter per yttrande medan insatsen av företagssköterska i stället minskats med 15 minuter till 45 minuter per yttrande.

Pensionsavgångarna har här bedömts huvudsakligen utifrån antalet 50–59-åringar enligt den branschenkät som redovisas i bilaga 2 (diagrammen 1–6). En bedömning utifrån antalet 60–64-åringar skulle ge lägre och sannolikt för låga värden eftersom en betydande andel av personalen ”pensionerar sig” före 65 års ålder. Beräkningarna utifrån diagrammen har jämförts med branschenkätens resultat på frågan om ersättningsrekryteringar (tabell 4 i bilaga 2). En betydande överensstämmelse föreligger. För företagssköterskor och administrativ personal har viss reducering gjorts med hänsyn till de lägre antalen i tabell 4. Hänsyn har här inte tagits till de uppgivna tillväxtrekryteringarna i tabellen. Om hänsyn tas till dem, vilket egentligen bör ske, ökar utbildningsbehovet ytterligare.

Tabell 6.2 Utbildningsvolym 2001, pensionsavgångar, personalökning av HpH:s förslag samt behov av utökad utbildning

Yrkeskategori	Utbildas f.n. /år	Pensions- avgång./år	HpH totalt	Behov av ökad utb. per år under 2 år
Företagsläkare	35	40	90	50
Företagssköterska	30	70	30	55
Beteendevetare	30	25	30	10
Företagssjukgymnast	56	25	20	0
Arbetsmiljöingenjör	24	25	0	0
Administrativ pers.	33	30	0	0

Behovet av ökad utbildning till följd av HpH:s förslag har i tabellen beräknats bli tillgodosett under två år. Uppgifterna i kolumnen längst till höger har erhållits genom att först summera pensionsavgångar under två år med HpH:s behov och därefter minska summan med nuvarande utbildning under två år. Den nya summan har sedan dividerats med två för att få mått på den årliga extra utbildningsinsatsen. Det är givetvis möjligt att utsträcka tiden för de extra utbildningsinsatserna till följd av HpH till fler än två år.

Om HpH:s förslag inte skulle genomföras begränsas analysen i tabellen till kolumnerna Utbildas för närvarande/år och Pensionsavgångar/år. Det visar sig då att det främst är för företagssköterskor som utbildningen behöver öka, i viss mån också för företagsläkare. Här har inte hänsyn tagits till de köer som i dag finns till ALI:s utbildningar.

6.5.3 Överväganden och förslag om hur problemen ska kunna lösas

I föregående avsnitt har vi konstaterat problem såväl vad gäller ALI:s förutsättningar att bedriva utbildning som behoven av utbildad personal till företagshälsovården. Generella problem förknippade med ALI:s utbildningar för företagshälsovården är: utbildningsvolymerna är för små, utbildningarna behöver utvecklas, medlen för företagshälsovårdsutbildningarna behöver "öronmärkas" och ALI saknar examinationsrätt i fråga om högskoleutbildning. Det finns också yrkesspecifika problem, såsom att företagsläkarna måste skaffa en annan specialistutbildning före företagsläkarutbildningen, att företagssköterskorna inte har erhållit rätten till specialistexamen och att personalen inom företagshälsovården har svårigheter med att förena studier och arbete.

Köerna till flera av ALI:s företagshälsovårdsutbildningar är i dag långa. Omedelbart förestående pensionsavgångar inom flera yrkeskategorier inom företagshälsovården blir betydande vilket kommer att förstärka efterfrågan på utbildning för nyanställda. En företagshälsovårdsenhet som förlorar en medarbetare genom pensionsavgång försöker givetvis ersätta denna genom att rekrytera någon som redan har specialistutbildning. Om inte detta lyckas kan en person med lämplig utbildning från universitet/högskola rekryteras. Denna ställer sig därefter i kö till specialistutbildning för företagshälsovård.

Om HpH-utredningens förslag om obligatoriskt yttrande från företagshälsovården över arbetsgivares rehabiliteringsunderlag realiserar ökar företagshälsovårdens rekryteringar och efterfrågan på företagshälsovårdsutbildningar ytterligare. Frågan om hur den ökade utbildningsefterfrågan kan tillgodoses behandlas särskilt i nästa avsnitt, 6.5.4.

Frågan om att utveckla företagshälsovårdsutbildningarna med hänsyn till nuvarande och framtida behov kan finna en lösning genom att en särskild

översyn görs av företagshälsovårdsutbildningarna. Detta är ett av de förslag som förs fram i en gemensam skrivelse till Statskontorets utredning från ALI och FSF om företagshälsovårdens kompetensförsörjning, se bilaga 7. Statskontoret anser att en sådan översyn är nödvändig. I det sammanhanget bör frågan om en kategorigemensam utbildning för såväl specialist- som fortbildningsnivå prövas. Detta förs också fram i skrivelsen från ALI och FSF.

Statskontoret anser att staten liksom hittills bör svara för specialistutbildning för företagshälsovårdens behov eftersom det, trots benämningen, är en grundutbildning. Vidareutbildning och fördjupningskurser bör däremot finansieras genom avgifter från företagshälsovårdsföretagen, dvs. på sätt som är vanligt vid fort- och vidarebildning av personal.

ALI står inför en stor uppgift att organisera en utökad företagshälsovårdsutbildning, särskilt för företagssköterskor och företagsläkare, till följd av stora pensionsavgångar och en väntad ökning av verksamheten. Frågor om företagshälsovårdsutbildningens framtid med avseende på huvudmannaskap och högskoleanknytning behöver under tiden finna sin lösning. Statskontoret för i avsnitt 6.5.5 fram några olika alternativ till organisatorisk struktur för framtida företagshälsovårdsutbildningar.

6.5.4 Förslag om snabbt utökad företagshälsovårdsutbildning

Företagshälsovården står inför ett expansivt skede. Förväntningar om en tillväxt på 7 procent under 2001 framkom i den av Statskontoret och FSF genomförda branschenkäten. Det är uppenbart att efterfrågan på företagshälsovård kommer att öka som ett led i strävan att vända på kurvan för antalet långtidssjukskrivna. Den väntade och från samhällets sida önskvärda ökningen av företagshälsovårdens insatser hotas emellertid av en uppkommande personalbrist inom företagshälsovården.

Branschenkäten visar att åldersfördelningen för flertalet personalkategorier inom företagshälsovården är sådan att stora pensionsavgångar kommer att ske under de närmaste 15 åren. Det finns flera orsaker till den ogynnsamma åldersstrukturen. En orsak är att när branschen avreglerades och statsstödet togs bort torde det ha varit en övervikt av yngre personer bland dem som då lämnade företagshälsovården. En annan orsak är att det tar ett antal år innan personalen hinner få önskvärd erfarenhet av arbetslivet och erhålla erforderlig specialistutbildning.

För att råda bot på den brist som uppstår i och med kommande pensionsavgångar måste flera företagshälsovårdsutbildningar utökas. Detta blir än mer nödvändigt om förslaget av HpH-utredningen om obligatoriskt yttrande

från företagshälsovården över rehabiliteringsunderlag vid långa sjukfall ska genomföras.

Möjligheter att utöka utbildningar för företagsläkare och företags-sköterskor

Statskontoret har mottagit en skrivelse från de yrkes- och miljömedicinska klinikerna i Göteborg och Lund med förslag om regionalt baserad företags-hälsovårdsutbildning i Sydsverige för företagsläkare och företagssköterskor. Skrivelsen bifogas som bilaga 8.

Förslaget innebär att en företagsläkarutbildning på 20 poäng för 20 företagsläkare per år förläggs till Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Göteborg och att en företagssköterskeutbildning på 40 poäng under två år för 30 företagssköterskor förläggs till Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund. Intag av nya elever skulle således ske i Göteborg varje år och i Lund vartannat år. Utbildningarna ges på halvfart. För båda utbildningarna förläggs kursmoment på de två yrkes- och miljömedicinska klinikerna. Undervisningen i folkhälsoarbete sker i samarbete med Samhällsmedicinska institutionen på Universitetssjukhuset i Malmö.

Vi föreslår att ALI träffar avtal om årlig utbildning dels med yrkes- och miljömedicinska kliniken i Göteborg om att utbilda 20 företagsläkare per år, dels med yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund om att utbilda 30 företagssköterskor på två år.

Förslaget från de yrkes- och miljömedicinska klinikerna i Göteborg och Lund har diskuterats av företrädare för landets yrkes- och miljömedicinska kliniker vid ett möte i Göteborg i augusti 2001. Det visade sig finnas ett stort intresse för idén att klinikerna skulle engagera sig i utbildningen av företagshälsovårdspersonal. Det synes därför finnas möjligheter till en ännu större utbildning av företagsläkare och företagssköterskor genom engagemang också från andra yrkes- och miljömedicinska kliniker än de i Göteborg och Lund.

6.5.5 Alternativ till framtida organisation för företagshälsovårdsutbildning

Inledning

Fyra alternativa lösningar beskrivs med sina fördelar och nackdelar. Alternativ 1 är "nollalternativet", dvs. i huvudsak dagens ordning. I Alternativ 2 är ALI beställare av företagshälsovårdsutbildning och universitet/högskolor producerar. Alternativ 3 innebär att ALI:s företagshälsovårdsutbildning ges högskolestatus och att ALI därmed får examina-

tionsrätt. Alternativ 4 innebär att företagshälsovårdsutbildningarna flyttas från ALI till universitet och blir reguljära högskoleutbildningar.

Alternativ 1, Nollalternativet – samma ordning som i dag förutom smärre justeringar

En fördel med dagens organisation är att det finns en stark anknytning till det forsknings- och utvecklingsarbete på arbetslivsområdet som ALI bedriver. Det finns därigenom en stor kompetens om arbetslivet som rimligen lättare kan tillvaratas i utbildningarna än om utbildningen förläggs till andra institutioner. Antalet disputerade som är direkt knutna till företagshälsovårdsutbildningarna uppgår till ca 50.

En brist är att institutet i stor omfattning måste köpa examination från högskolor/universitet. I det här avseendet har utvecklingen ”sprungit ifrån” företagshälsovårdsutbildningen. Många yrkesutbildningar blivit högskoleutbildningar. Hos elever i nuvarande företagshälsovårdsutbildning finns därför förväntningar om att högskolepoäng ska kunna erhållas. ALI strävar nu efter att få sådan examinationsrätt och har hittills löst frågan genom att samarbeta med universitet och högskolor och köpa examination av dessa.

En annan brist är otillräckliga resurser. Utbildningsverksamheten har fått konkurrera med den betydligt starkare forsknings- och utvecklingsverksamheten på ALI om medel. För att värna utbildningen har ALI numera tagit fram en särskild utbildningsbudget.

Alternativ 2, ALI är beställare av utbildning och universitet/högskolor utförare

En ordning där ALI beställer företagshälsovårdsutbildning och universitet/högskolor producerar innebär med andra ord att ALI beslutar om innehåll och volymer samt finansierar uppdragsutbildning på universitet/högskolor. Av alternativet följer att företagshälsovårdsutbildningarna blir högskoleutbildningar. Det blir relativt enkelt att lägga ut uppdrag till universitet och högskolor i olika delar av landet. Detta underlättar för deltagande i utbildningarna.

Ett hinder mot detta alternativ finns i förordningen (1997:845) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor. Enligt denna får en statlig myndighet endast lägga utbildningsuppdrag på universitet och högskolor avseende personalutbildning för egen personal, av arbetsmarknadsskäl eller av biståndspolitiska skäl. Ingen av dessa restriktioner uppfylls normalt vid företagshälsovårdsutbildning. Möjligen kan ”arbetsmarknadsskäl” användas på kort sikt eftersom en stor brist på personal förväntas inom företagshälsovården.

En annan mer sakligt grundad negativ faktor är att uppdragsutbildning vid universitet och högskolor är den utbildningsform som i dag mest kännetecknas av oklar akademisk status. Till följd av att uppdragstiden är begränsad lider utbildningen av risken att inte få samma kvalitet som ordinarie utbildning. Den önskvärda kontinuiteten kanske inte uppnås eftersom universitetet eller högskolan inte vet om det blir någon fortsättning på uppdraget.

Den här beställar/producent-modellen förutsätter att ALI själv inte producerar utbildning. Det innebär att nuvarande direkta anknytning till ALI:s forsknings- och utvecklingsverksamhet upphör för utbildningens del.

Alternativ 3, ALI:s företagshälsovårdsutbildningar ges högskolestatus

Statskontoret har under utredningsarbetets gång erfarit att ALI kommer att ansöka om högskolestatus för sin företagshälsovårdsutbildning. Om ALI erhåller sådan högskolestatus löses ett problemet med att ALI i dag saknar examinationsrätt. Det är dock oklart vilka examina ALI skulle ges rätt att utfärda.

Eftersom ALI har regionala enheter som redan i dag är engagerade i företagshälsovårdsutbildning skulle möjligheter finnas till regionaliserad högskoleutbildning inom ramen för ALI:s högskolestatus. Sannolikt behöver dock, som i dag, sådan utbildning ske i samarbete med universitet/högskola på orten.

Det som främst talar för detta alternativ är att ALI har

- en samlad kompetens för uppgiften
- god förankring i och kännedom om arbetslivsområdet
- ett utvecklat samarbete med branschen

Den tveksamhet som i dag finns om alternativ 3 hänger främst samman med att det är ovisst om ALI kommer att erhålla den eftersträvade högskolestatusen. Det är osäkert om det är möjligt eller lämpligt att en högskola underordnas en myndighet med ett betydligt bredare uppdrag än vad som är naturligt för en högskola.

Alternativ 4, Företagshälsovårdsutbildningarna flyttas till universitet

Alternativet innebär att företagshälsovårdsutbildningarna helt förläggs till universitet och finansieras på samma sätt som annan högskoleutbildning. Genom en sådan organisering omfattas utbildningarna av högskolans kvalitetssystem. Genom att anknyta utbildningarna till de universitet där det finns direkta kopplingar till yrkes- och miljömedicinska kliniker och till arbetslivsforskning av olika slag skulle förlusten av den direkta tillgången

till arbetslivskompetensen vid ALI kunna uppvägas. Samtidigt förlorar ALI en del av sin direkta koppling till arbetslivet och därmed en möjlighet att snabbt sprida nya rön.

En anknytning till universitet i olika delar av landet skulle medföra en önskad regionalisering av denna utbildning. Orter som Stockholm, Göteborg, Lund och Umeå torde vara lämpliga för en lokalisering av företagshälsovårdsutbildning. Ett inlemmande av företagshälsovårdsutbildningen i universitet borde medföra att rekrytering av yngre till företagshälsovårdsutbildning kan ske lättare.

Förlust av direkt tillgång till ALI:s nuvarande kompetens är en nackdel. Denna nackdel kan dock uppvägas genom engagemang av forskare från respektive universitet och eventuellt från ALI i olika kursmoment.

Hur styrningen bör ske i fråga om utbildningarnas innehåll samt erforderligt antal platser behöver klarläggas i detta alternativ. För utveckling av utbildningarnas innehåll kan exempelvis ett råd bildas där ALI och branschen är företräd.

Statskontorets sammanvägda bedömning av alternativen

Vår vägning av alternativen mot varandra görs utifrån kriterierna tillräcklig utbildningskapacitet, högskoleexamination, anknytning till relevant forskning och utveckling, geografisk tillgänglighet för deltagare, statens styrning och praktisk genomförbarhet, se tabell 6.3.

Tabell 6.3 Kriterieuppfyllelse för olika alternativ till organisation för företagshälsovårdsutbildning

Alternativ	Utbildn.-kapacitet	Högskole-examinat.	Relevant FoU	Tillgänglighet	Styrning	Genomförbarhet
1. Nollalternativ			x		x	x
2. ALI beställare	x	(x)	x	x	x	?
3. ALI högskolestatus		x	x	x	x	?
4. Universitetsutb.	x	x	(x)	x	(x)	x

Av tabellen framgår att alternativ 4, där företagshälsovårdsutbildningen blir en yrkesutbildning inom universitet/högskolor, närmast uppfyller samtliga kriterier. Runt kryssmarkeringarna för relevant FoU och styrning har vi satt parentes beroende på att vi dels här inte klarlagt om all relevant forskning och utveckling finns på universitet, dels ser ett behov av att utveckla styrningsmekanismer för alternativet.

Alternativ 4 möjliggör rimligen en tillräcklig utbildningskapacitet, högskoleexamination, tillgänglighet i olika regioner förutom att det är genom-

förbart efter ett förberedelsearbete, där FoU-anknytning klarläggs och sättet att styra utbildningen utvecklas.

Alternativ 2 där ALI köper utbildning av universitet och högskolor innebär att tillräcklig utbildningskapacitet uppnås liksom att dagens problem med tillgång till examinationsrätt löses. Det medför också möjlighet till regionaliserad utbildning och god styrning genom ALI. Parentesen vid krysset under högskoleexamination ska tolkas som att uppdragsutbildning vid universitet/högskolor är ifrågasatt kvalitetsmässigt. För genomförbarheten har vi angett frågetecknen. Utan undantag från förordningen om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor är alternativet nämligen inte genomförbart.

För alternativ 3 noterar vi att tillräcklig utbildningskapacitet inte nås i och med att ALI erhåller högskolestatus och examinationsrätt för företagshälsovårdsutbildningarna. För genomförbarheten av alternativet har vi angett frågetecknen eftersom vi inte vet om ALI kommer att erhålla eftersträvad högskolestatus för de aktuella utbildningarna.

Vår analys leder till slutsatsen att företagshälsovårdsutbildningarna förlagda till universitet synes vara bäst ägnat att uppfylla de ställda kraven. Om frågan om högskolestatus för ALI:s företagshälsovårdsutbildning löses kan emellertid också alternativ 3 vara lämpligt. Då får den bristande utbildningskapaciteten kompenseras genom att företagshälsovårdsutbildning också förläggs till universitet och högskolor. Frågan om det framtida huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildning är således i dag inte möjligt att ta ett klart ställningstagande till. Det behövs även ytterligare klarlägganden om framtida innehåll i företagshälsovårdsutbildningarna (bl.a. frågan om kategorigemensamma utbildningsblock), styrning, ALI:s roll, FoU-anknytning, volymer, kostnader och finansiering.

6.6 Garanterar kvaliteten

6.6.1 Bakgrund

Den 1 januari 1993 upphävdes förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård och de olika avtalen på arbetsmarknaden om företagshälsovård upphörde. Därmed försvann de enhetliga krav som ställts på företagshälsovården. Ett marknadsstyrt system avlöste det tidigare statsbidragsstyrda. Från olika håll framfördes farhågor om att det nya systemet skulle medföra risk för att en del arbetsgivare inte hann bygga upp en beställarkompetens utan skulle upphandla tjänster av producenter som höll låga priser men också låg kvalitet. Detta kunde i sin tur leda till att den etablerade företagshälsovården utarmades.

För att motverka en sådan utveckling kunde ett botemedel vara att kvalitetssäkra företagshälsovården. Regeringen uppdrog 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 kvalitetssäkring¹¹ baserat på ISO 9001 samt valda delar av standarden Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK). Ansvar för att förvalta och revidera Tolkningsdokumentet lades på Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF).

I detta sammanhang bör också nämnas att de medicinska delarna av företagshälsovården omfattas av lagen 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1996:24 M) om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den som avser att bedriva sådan verksamhet ska anmäla det till Socialstyrelsen som har att utöva tillsyn. Föreskriften anger att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras och hur detta ska ske.

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.¹²

Tolkningsdokumentet har nyligen genomgått en större revidering. Det följer nu helt den nya kvalitetsstandarden SS-EN ISO 9001:2000 med, liksom tidigare, specifika tilläggskrav för företagshälsovård. Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrift liksom Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:01) integreras i berörda delar.

Dokumentet har döpts om till *Kravspecifikation för svensk företags-hälsovård*. (I den här rapporten används därför i fortsättningen benämningen "Kravspecifikationen".)

Frågan om kvalitetssäkring har på senare tid tagits upp av flera utredningar med delvis olika perspektiv. I Ds 1998:17, *Företagshälsovård. En resurs i samhället*, efterlyses en utvärdering av det kvalitetsarbete som hittills har utförts inom företagshälsovården. Sahlingruppen anser i sin slutrapport – *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv*, Ds 2001:28 -

¹¹ Med kvalitetssäkring menas alla inom ramen för ett kvalitetssystem planerade och systematiska aktiviteter, presenterade i nödvändig utsträckning, som skapar tilltro till att ett objekt kommer att uppfylla kvalitetskraven (SS-ISO 8402, 1994)

¹² I referensgruppen ingår representanter för berörda statliga sektorsmyndigheter, arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer, företagshälsovårdsbranschen, socialförsäkringen m.fl.

att staten bör främja en utveckling där företagen certifierar sitt arbetsmiljöarbete på frivilliga grunder. Arbetsgruppen betonar samtidigt att certifiering aldrig kan ersätta den tillsyn och kontroll av arbetsmiljön som sker genom Arbetsmiljöverkets försorg utan ska ses som en kompletterande strategi från statens sida. Gruppens föreslår att frågan hänskjuts till en s.k. trepartsdialog.

6.6.2 Kvalitetssäkringen i dag

I detta avsnitt tecknas den bild av läget beträffande kvalitetssäkring som kommer fram ur de enkäter till producenter respektive beställare av företagshälsovårdstjänster som Statskontoret initierat (*branschenkäten* respektive *företagsenkäten*, jfr. ovan kapitel 2).

Branschen och kvalitetssäkringen

Branschenkäten ger vid handen att en knapp tredjedel av företagshälsovårdsenheterna har kvalitetssäkrat sin verksamhet. Drygt 40 procent säger sig planera en kvalitetssäkring under de närmaste två åren. Svaren tyder alltså på att ungefär 70 procent av företagshälsorna har intresse av att kvalitetssäkra sin verksamhet.

Av de som kvalitetssäkrat sin verksamhet har knappt hälften använt den för branschen utvecklade modellen. Resten uppger sig följa ett generellt system såsom ISO 9000. 17 procent har tagit steget fullt ut och anlitar ett externt certifieringsorgan. Övriga har troligen stannat vid egenkontroll.

Enkätresultatet kan jämföras med uppgifter från de berörda certifieringsorganen. Den 1 januari år 2001 hade de utfärdat 43 certifikat.

De som varken har eller planerar kvalitetssäkra sin verksamhet anger som främsta motiv att det blir för dyrt eller att kunderna inte efterfrågar det.

Jämfört med år 1997, då FSF gjorde en liknande enkät varvid det bl.a. framkom att endast tre enheter certifierat sin verksamhet, har läget avsevärt förbättrats särskilt om man väger in att ett relativt stort antal planerar en kvalitetssäkring under de närmaste åren.

Företagen och kvalitetssäkringen

I företagsenkäten har Statskontoret bl.a. undersökt viljan att betala för kvalitetssäkrad företagshälsovård hos arbetsgivare av olika storlek inom såväl privat som offentlig sektor. Resultatet kan sammanfattas enligt följande:

Totalt anser ca 13 procent att det vore en fördel att anlita kvalitetssäkrad, företagshälsovård även om den är dyrare, 24 procent anser inte att det spelar

någon roll medan bara knappa 1 procent finner det vara en nackdel. Mer än hälften har ingen uppfattning. Att notera är att flertalet arbetsgivare tillhör kategorin småföretagare vilket påverkar utfallet kraftigt. Exkluderas dessa kan, grovt sett, sägas att en tredjedel av företagen anser att kvalitetssäkring är en fördel, en tredjedel anser att det inte spelar någon roll, medan den återstående tredjedelen inte vet. Endast någon procent anser att det är en nackdel.

Sektorsvis framstår kommuner och landsting mest positiva till att anlita kvalitetssäkrad företagshälsa, därefter följer stat och företag. Småföretagen är de som ser minst fördelar i att betala extra för sådan service men de anser det inte heller vara någon större nackdel. Småföretagen utgör med ca 53 procent den största andelen av dem som saknar uppfattning. Det kan vara ett uttryck för deras generellt låga utnyttjande av företagshälsovården. Mera anmärkningsvärt är kanske att ca 40 procent av de små och medelstora statliga myndigheterna inte har någon uppfattning i frågan.

Sammanfattande iakttagelse

Även om utvecklingen accelererar, synes producenterna av företagshälsovårdstjänster ännu inte ha tillräckliga drivkrafter för att på bred front få till stånd en opartiskt granskad kvalitetssäkring.

Köparna å sin sida synes mer villiga än ovilliga att betala för kvalitet. Många har ingen uppfattning i frågan, främst bland småföretagen men även bland statliga myndigheter med mindre än 200 anställda.

6.6.3 Alternativa modeller för kvalitetssäkring

Inledning och avgränsning

Vi koncentrerar den fortsatta diskussionen till kvalitetssäkring av företagshälsovårdstjänster. Vi behandlar således inte kvalitetssäkring av arbetsmiljö-/yttre miljö i andra verksamheter men utgår från att en dokumenterad tillgång till god företagshälsovård skulle väga positivt och underlätta bedömningen i sådana sammanhang. Vi behandlar inte heller kvalitetssäkring i form av legitimering m.m. av enskilda yrkeskategorier i företagshälsovården.

Frivillig kvalitetssäkring (0-alternativ)

Detta huvudalternativ innebär i princip inga andra ändringar än fortsatt utveckling och intensifierad marknadsföring av Kravspecifikationen.

Obligatorisk kvalitetssäkring

Detta huvudalternativ innebär att staten i en författning eller på annat sätt ställer villkoret att den som vill bedriva företagshälsovårdsverksamhet – såväl i den egna verksamheten som för annans räkning - ska kvalitetssäkra denna verksamhet och kunna visa att den uppfyller kraven som följer av AML med följdförfattningar. Ett sådant obligatorium ska inte hindra en företagshälsa att bedriva annan verksamhet eller innebära att annan verksamhet ska kvalitetssäkras om det ej följer av annan författning.

Tekniskt kan obligatorisk kvalitetssäkring konstrueras enligt någon av följande modeller:

- **”EU-modellen”**

Modellen har sitt ursprung i det europeiska samarbetet. 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 svarar producenten själv för 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 ackrediteringsorgan är Styrelsen för teknisk ackreditering (SWEDAC).

SWEDAC har i dagsläget ackrediterat fem företag att certifiera enligt de standarder som för närvarande används för att kvalitetssäkra företagshälsovårdsverksamhet.

Kostnaderna för kvalitetssäkringen består dels av kostnaderna för själva provningsförfarandet, dvs. de som uppstår i ackrediterings- respektive certifieringsorganens verksamhet, dels av kostnaderna för att utveckla och revidera aktuella standards. Taxan för provningen är vanligtvis uppbyggd av en förstagångsavgift och årliga avgifter.

Förstagångsavgiften för att kvalitetssäkra en företagshälsovård uppges vara ca 40 000-60 000 kronor och de årliga avgifterna ca hälften av dessa belopp. De belastar den som låter kvalitetssäkra sin verksamhet. Föreningen-/medlemmarna samt övriga medverkande står själv för kostnaderna för att utveckla och revidera systemet. Kanslikostnaderna för detta arbete är marginella - i storleksordningen 100 000 kronor per år.

- **Auktorisation**

Auktorisation är en av offentlig institution eller näringslivsorganisation utfärdad kompetensförklaring. Kompetensbedömningen kan ske utifrån regelrätta prov, efterlevnaden av god sed i branschen m.m. Auktorisation är som regel inte någon form av tillstånd.

Exempel är Kammarkollegiets auktorisation av tolkar och översättare, Revisorsnämndens av revisorer, Mäklarsamfundets Auktorisationsnämnds av fastighetsmäklare etc.

- **Registrering/anmälan**

Anmälningsförfarandet är enkelt och kan begränsas till att den som avser bedriva en bestämd verksamhet anmäler vissa sakuppgifter till en myndighet för att underlätta dess tillsyn etc.

Ett exempel är den anmälan som ska göras till Socialstyrelsen av den som vill bedriva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

6.6.4 Överväganden

Allmänt

Med en kvalitetssäkring följer såväl för- som nackdelar. Vad som är en för- respektive nackdel är i hög grad beroende på betraktarens perspektiv, om denne är producent av företagshälsovård, köpare av tjänsten, brukare dvs. såväl arbetsgivare som arbetstagare, eller samhället. Särskilt inför ställningstagande till ett obligatorium är det viktigt att försöka väga samman dessa ståndpunkter.

De *kostnader* som är förknippade med en kvalitetssäkring anförs ofta som det stora hindret särskilt vid certifiering och för mindre företag. Att köparna inte alltid är så rädda för att ta den kostnaden framgår av företagsenkäten. Ett problem är att de förväntade effekterna av företagshälsovården i form av *ökad produktivitet* i framställningen av företagshälsovårdstjänster respektive *minskad ohälsa* och därmed sammanhängande kostnader sällan kläs i relevanta siffror.

Bristande *dynamik* och *ökad byråkrati* är andra faror som kan följa av alltför detaljerade och uppstyrda system för kvalitetssäkring. Rätt utformat är emellertid ett system för kvalitetssäkring ägnat att tvinga fram en kontinuerlig anpassning till intressenternas behov. Av förarbetena framgår att detta särskilt beaktades i samband med utvecklingen av Tolkningsinstrumentet. I det fortsatta arbetet har man också strävat efter att hålla nere kraven på dokumentation och undvika ett blankettraseri.

Förbättrade möjligheter att *jämföra utbudet* från olika producenter är ett centralt motiv som talar för en kvalitetssäkring. Med den breddade EU-

marknaden blir det allt viktigare. För köparen/brukaren underlättas marknadsvalet samtidigt som det ger en *garanti* för att tjänsten uppfyller ställda krav. Inte minst är detta en viktig variabel för att tillgodose samhällsintresset. Går det exempelvis att lita på den som yttrat sig över ett rehabiliteringsunderlag? Uppfyller en företagshälsa de av samhället ställda kraven att exempelvis samlat kunna erbjuda en bred kompetens, vara opartisk etc.?

För den producent som kan erbjuda ett kvalitetssäkrat utbud kan det innebära en *konkurrensfördel*. Ett problem är här, liksom när det gäller lönsamheten, att effekten sällan utvärderats.

En sammanvägning av dessa olika effekter med avseende på en fortsatt kvalitetssäkring av företagshälsovården leder Statskontoret till följande:

Statskontorets bedömningar

- ***Kostnaden är inte ett avgörande hinder***

Den genomsnittliga årsomsättningen per företagshälsovårdsenhet är enligt branschenkäten ca 4,5 mkr. I förhållandena till denna utgör den genomsnittliga årskostnaden för certifiering ungefär en procent. Huruvida det är dyrt eller inte ankommer givetvis på den enskilde beställaren att bedöma. Sett i förhållande till de kostnader som fel och brister i verksamheten orsakar¹³ och som kan påverkas genom en kvalitetssäkring framstår investeringen som lönsam.

I Danmark, där kvalitetssäkringen redan är obligatoriskt, uppges en årskostnad motsvarande 2.500 – 13.000 SEK. Orsaken till denna stora skillnad har vi inte haft möjlighet att analysera djupare. En förklaring kan vara att den fasta kostnad som är förknippad med ett provningsförfarande kan antas sjunka med antalet granskade enheter. Vidare att certifieringen görs direkt av DANAK – den danska motsvarigheten till SWEDAC.

Till detta kommer att andelen kunder som uttalar att de inte vill betala för en kvalitetssäkrad företagshälsovård är mycket liten.

Sammantaget finner Statskontoret att kostnaderna inte framstår som ett avgörande hinder för att kräva kvalitetssäkring av all företagshälsovård. Det kan dock finnas skäl att överväga om inte samhället, åtminstone initialt, borde bidra till kostnaderna för att utveckla och revidera standarden.

¹³ Tolkningsdokumentet åberopar här kostnader på 5-15 procent eller mer av den fakturerade omsättningen

- **Jämförbarhet och framtida internationalisering talar för EU-modellen**

Jämförbarhet i utbudet och garanti för att den av samhället önskade standarden uppfylls, är starka skäl för ett obligatorium. Såväl EU-modellen som ett auktorisationsförfarande kan klara det på ett nationellt plan. Väljer man det enklare anmälningförfarandet faller huvuddelen av ansvaret för att kontrollera kvaliteten på Arbetsmiljöinspektionen vilket skulle försvåra funktionen genom att resurserna inte räcker till.

Mot bakgrund av bl.a. den växande Europamarknaden anser Statskontoret att man redan nu bör gå in för att kvalitetssäkra enligt EU-modellen. Sverige kan då också få ett försteg vad gäller att på sikt eventuellt utveckla en gemensam europeisk standard för företagshälsovård och att sälja respektive köpa dylika tjänster i övriga medlemsländer.

- **Värna dynamiken i systemet**

En väl fungerande kvalitetssäkring innebär att utbudet systematiskt anpassas till omvärldens behov. Tydliga krav i dagsläget är bl.a. en multidisciplinär företagshälsovård som förmår att hantera sammansatta problem i arbetslivet, breddning av tjänsteutbudet till småföretag där servicebehovet kan skilja sig från det som finns i stora organisationer etc. Det är likaså viktigt att försäkra sig om ett oberoende arbetssätt och motverka risken för att ett kvalitets-säkringssystem leder till stagnation.

I flera länder förekommer krav på att en kvalitetssäkring ska förnyas efter ett visst antal år. Någon sådan mekanism är inte inbyggd i det nuvarande systemet. Vi är inte heller beredda att nu förorda en sådan. Det viktiga är istället att standarden ständigt utvecklas och skärps och att revisionen sker mot den nya nivån.

Som ovan antytts kan det vara rimligt att samhället tar på sig ett visst ansvar när det gäller att utveckla och revidera standarden. Det bör därför övervägas att staten, åtminstone initialt, tar på sig en del av kostnaderna för denna verksamhet. En finansieringsmöjlighet har öppnats genom de 10 mkr som regeringen i budgetpropositionen (prop. 2001/02:1, UO 14) föreslagit för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Om staten är beredd till ett sådant åtagande bör det sammanhållna ansvaret av styrningsmässiga skäl föras över från Föreningen Svensk Företagshälsovård till Arbetslivsinstitutet. Den nuvarande proceduren med en referensgrupp som säkerställer inflytande från en bred intressentkrets och en fortlöpande utveckling av standarden förutsätts behållas. Vi ser ingen anledning att för närvarande föreslå ändrad ambitions- eller kostnadsnivå i arbetet.

- **En kvalitetssäkring bör vara obligatorisk**

Som redan framgått av de överväganden som gjorts ser Statskontoret stora fördelar med att göra kvalitetssäkringen obligatorisk för alla som vill

bedriva företagshälsovårdsverksamhet. Den hittillsvarande utvecklingen ger vid handen att frivillighet kanske inte är tillräcklig om man någorlunda snabbt vill bygga upp ett system av det slag som ovan förordats. Kravet på konkurrensneutralitet talar också för att samhällets krav bör gälla lika för alla.

Härtill kan läggas det inom EU nyligen fastställda ”allmänna rådet” att varje medlemsstat ska se till att det finns ett system som ser till att de tjänster på bl.a. företagshälsovårdsområdet som externa entreprenörer tillhandahåller är av god kvalitet.

Vill samhället ge företagshälsovården en tydligare roll vad gäller att minska ohälsan i arbetslivet förefaller det enligt Statskontorets mening rimligt att, i likhet med vad som gäller på hälso- och sjukvårdens område, ställa krav på system för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i företagshälsovården.

Ett sådant system bör bygga vidare på den befintliga Kravspecifikationen. Det är därvid viktigt att utvecklingen av modellen fortsätter. Bland annat bör bedömningarna av en företagshälsas oberoende ställning och möjligheter att erbjuda en samlad kompetens kunna göras vid certifiering och revision.

Ett krav på obligatorium kräver givetvis en skälig övergångstid så att branschen kan anpassa sig. Eftersom en stor andel (40 procent) uppger sig planera för att kvalitetssäkra sin verksamhet inom två år bör den tiden kunna begränsas till förslagsvis tre år efter det att en lagändring trätt i kraft.

6.6.5 Statskontorets rekommendationer

Regeringen anmälde i budgetpropositionen att den kommer att ta initiativ till trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter för att skapa samsyn samt att samordna insatsernas strategin för att främja hälsa i arbetslivet. Samtalen inleddes i november år 2001. Bland punkterna på agendan föreslog Sahlingruppen certifiering.

Statskontoret angav inledningsvis i den här rapporten att vår ambition är att anpassa arbetet så att resultaten kan ge ett mervärde i det fortsatta utvecklingsarbetet kring företagshälsovården. Vi begränsar oss därför till att, utifrån vad som nu sagts om kvalitet i den här rapporten, lämna följande rekommendationer till detta arbete:

- En obligatorisk kvalitetssäkring av företagshälsovården bör införas.
- En grund bör läggas genom införande av en bestämmelse i AML att företagshälsovård ska vara av god kvalitet.

- Kvalitetssäkringen bör baseras på systemet ”Kravspecifikation för svensk företagshälsovård”.
- Alla producenter av företagshälsovård, interna såväl som externa, ska inneha certifikat utfärdat av ett certifieringsorgan.
- Yttrande över rehabiliteringsunderlag enligt HpH:s förslag ska lämnas av en certifierad företagshälsovård.
- Staten bör överväga att överta kostnaden för att utveckla och revidera Kravspecifikationen. Det sammanhållande ansvaret bör då föras över från Föreningen Svensk till Arbetslivsinstitutet. Ambitions- och kostnadsnivå behålls tills vidare oförändrad.
- Reformen bör vara genomförd tre år efter lagändringens ikraftträdande.

6.7 Skärp tillsynen

6.7.1 Allmänt om ansvar och utövande av tillsyn

Arbetsmiljöverket (AV) har att utöva tillsyn över att AML med därtill hörande föreskrifter följs. Tillsynsansvaret omfattar därmed företagshälsovården.

Arbetsmiljöverkets tillsyn utövas av verkets tio regionala arbetsmiljöinspektioner. Om arbetsmiljöförhållandena vid en inspektion inte visar sig uppfylla de författningensliga kraven redovisas detta i ett inspektionsmeddelande för åtgärd. Om detta inte leder till önskat resultat kan verket meddela ett föreläggande. Förelägandet kan kombineras med vite.

I de delar företagshälsovården avser hälso- och sjukvård står verksamheten och dess personal under tillsyn av Socialstyrelsen (SoS). Berörda personalkategorier är läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Den som avser att bedriva sådan verksamhet ska anmäla vissa data om verksamheten till SoS som ska registrera uppgifterna i en databas ("automatiserat register"). (Lag 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.)

Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården utövas av verkets sex regionala enheter.

6.7.2 Regeringens uppdrag till Arbetsmiljöverket

Regeringen har i regleringsbrevet till AV för år 2001 angivit ett mål för tillsynen med bäring på företagshälsovården. Målet innebär att företag och förvaltningar i ökad utsträckning ska anlita en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering (företagshälsovård). Regeringen preciserar också vissa krav på denna företagshälsovård vad gäller arbetets

inriktning och vilken kompetens som ska tillhandahållas, krav som ansluter till gällande lag och föreskrifter.

Som återrapporteringskrav gäller att AV i sin årsredovisning ska redogöra för vilka insatser som under året gjorts från verkets sida för att förmå arbetsgivare att leva upp till sin skyldighet enligt AML att svara för att expertresurser av ovan nämnda slag finns att tillgå då arbetsförhållandena kräver det. Inriktningen av krav och förelägganden på området ska belysas.

Mot den här bakgrunden har Arbetsmiljöverket fastställt vissa utgångspunkter och handlingsregler för inspektionsarbetet i dokumentet "*Strategi beträffande företagshälsovård*" som vi redogjort för i avsnitt 6.1. Strategin har börjat tillämpas först under hösten år 2001.

6.7.3 Iakttagelser

Statskontoret har i sin studie kunnat konstatera att det under senare år på flera punkter funnits brister i myndigheternas tillsyn över företagshälsovården.

Vad gäller AV tycks uppmärksamheten på hur just företagshälsovården fungerar i stort sett ha upphört i och med att statsbidragssystemet försvann. Påpekanden eller förelägganden om att en arbetsgivare bort anlita företagshälsovård eftersom arbetsförhållandena kräver det, uppges ytterst sällan ha förekommit. Något faktiskt belägg för hur det förhåller sig med detta går emellertid inte att få eftersom denna typ av insats intill hösten år 2001 saknat en särskild kod i AV:s rapporteringssystem.

En starkt bidragande orsak synes vara att de konkreta villkor som tidigare ställdes för att få statsbidrag till företagshälsovård också konstituerade vilka verksamheter som uppfyllde samhällets krav på en företagshälsovård. Utan denna klarhet kan det vara svårt att i samband med en inspektion exempelvis hävda att de resurser som arbetsgivaren anlitat inte är att anse som företagshälsovård.

Vad gäller Socialstyrelsen ska först sägas att verkets ansvarsområde avser hälso- och sjukvård och alltså bara till en del överlappar företagshälsovårdens verksamheter. SoS har under senare år bl.a. följt upp hur kvalitetsföreskriften efterföljs och bl.a. konstaterat att det finns stora skillnader. Det är emellertid inte möjligt att utan vidare föra över dessa iakttagelser till dem som bedriver företagshälsovård. Inte heller går det att ur SoS databas över utövare av hälso- och sjukvårdande verksamhet separera dem som bedriver företagshälsovård.

Statskontoret har fått intrycket att kontakter mellan Arbetsmiljöverkets respektive Socialstyrelsens tillsyn, och som skulle kunna vara av gemensamt intresse för tillsynen över företagshälsovården, är sporadiska.

6.7.4 Slutsatser och förslag

Statskontoret vill inledningsvis betona att tillsynen framstår som ett mycket viktigt styrinstrument för att ute i företag och förvaltningar åstadkomma konkreta förbättringar på arbetsmiljöområdet. Detta styrinstrument har enligt vår mening inte utnyttjats tillräckligt vad gäller att bevaka tillgången på företagshälsovård. Om samhället nu vill ge företagshälsovården en tydligare roll vad gäller att minska ohälsan i arbetslivet bör tillsynen skärpas.

Det strategidokument som AV lagt fast ger inspektionsverksamheten en bättre plattform än tidigare för dels när krav på företagshälsovård ska ställas, dels hur denna företagshälsovård ska vara beskaffad.

För att ge ytterligare stadga åt denna plattform anser Statskontoret att det bakomliggande regelverket bör förtydligas, bl.a. på de punkter som vi behandlat i avsnitt 6.2 ovan. En certifiering av alla företagshälsovårdsproducenter är också ägnad att underlätta arbetsmiljöinspektionens bedömningar ute på fältet. Vi förutsätter vidare att sådana kompetensutvecklingsinsatser vidtas som underlättar arbetsmiljöinspektörernas insikt om företagshälsovårdens möjligheter.

Eftersom strategidokumentet börjat användas först under hösten år 2001 är det inte möjligt att ännu utläsa några statistiska resultat eller andra erfarenheter. Innan detta kan ske finner Statskontoret därför inte några andra åtgärder påkallade för att åstadkomma en skärpt tillsyn än de som nu föreslagits.

Beträffande SoS tillsyn har Statskontoret noterat att en viss aktivering skett. Vad gäller företagshälsovården anser vi att det vore en fördel om detta kunde komma till uttryck främst i ökade kontakter och erfarenhetsutbyte mellan Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen vad gäller producenter av företagshälsovård samt kvaliteten i deras tjänster.

På motsvarande sätt bör samverkan öka mellan Arbetsmiljöverket och försäkringskassorna på så sätt att försäkringskassorna regelmässigt informerar inspektionen om arbetsgivare som inte sköter sitt rehabiliteringsansvar när det gäller utredningar och åtgärder.

7 Ekonomi och finansiering

7.1 Kostnader och finansiering av Statskontorets förslag

Vi redovisar i följande sammanställning en uppskattning av vilka kostnader för staten som kan tillkomma för de förslag som vi skisserat i kapitel 6. Vissa kostnader är tillfälliga och faller ut under något eller några år medan andra är årsvis återkommande. Av sammanställningen framgår också förslag till finansiering av dessa kostnader.

Kostnader för åtgärder som kan anses falla inom myndigheternas ordinarie uppgifter, exempelvis för tillsyn enligt avsnitt 6.7, har inte tagits upp.

Härtill kommer kostnader som det inte varit möjligt att nu uppskatta.

Förslagen i avsnitt 6.3 om att utreda ett ökat utnyttjande av företagshälsovården bland småföretag kan innebära ytterligare engångskostnader när olika lösningsförslag prövas på försök, och utvärderas. Det är i nuläget inte möjligt att bedöma hur stora dessa kostnader kan bli. Beroende på vilken lösning som blir resultatet av utredningen, och hur statens roll i denna ser ut, kan ytterligare kostnader uppkomma.

Regeringen har i och med sitt 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet inlett en rad aktiviteter för att förbättra arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet på arbetsmarknaden. En del av dessa aktiviteter är särskilt inriktade mot den offentliga sektorn. Statskontorets förslag innebär att en del av de satsningar som görs, även fortsättningsvis, särskilt inriktas mot utveckling inom den offentliga sektorn. Bland annat med hänsyn till den ogynnsamma ohälsoutvecklingen inom denna del av arbetsmarknaden kan det vara motiverat att avsätta en större andel av de sammanlagda resurserna än den andel som denna sektor utgör av den totala arbetsmarknaden.

Tabell 7.1 Kostnader och finansiering av Statskontorets förslag

Avsnitt/förslag	Årskostn. mkr	Engångskostn. mkr	Finansiering
6.3 Upparbeta informationskanaler till små företag		0,5	Anslag till ALI, AV och RFV
6.3 Utredda ökat utnyttjande bland småföretag		1	Kommittéanslag
6.4 Stöd till samverkansprojekt		50-100	Dagmarmedel/motsv.
6.4 Utvärderingsprojekt		1	Kommittéanslag
6.5 Personalutbildning	3,5	10	Anslag till ALI för utbildning
6.6 Bidrag till kvalitetsarbete	0,1		Anslag till metodutveckling i företagshälsovården
Totalt	3,6	62,5–112,5	

7.2 Är företagshälsovården lönsam?

Statskontorets uppdrag har varit att utreda och föreslå åtgärder för att öka utnyttjandet av företagshälsovård. Motivet för att öka utnyttjandegraden bör naturligtvis vara att företagshälsovården i någon mening är lönsam, dvs. leder till positiva effekter för samhället respektive för kunderna.

Det finns få, om ens några, studier som bekräftar att företagshälsovård är lönsam¹⁴, oavsett om lönsamheten mäts i enbart ekonomiska termer eller mer generell nytta. Detta betyder inte att företagshälsovård inte är lönsam. Bristen på studier beror snarare på att företagshälsovård inte är ett enhetligt begrepp och att det är svårt att värdera effekterna av företagshälsovårdens verksamhet. Det är naturligt att det finns stora svårigheter att utvärdera en verksamhet som inte utför en enhetlig uppgift, på grund av stor variation i företagshälsovårdsföretagens uppbyggnad och de tjänster de tillhandahåller till olika företag beroende på efterfrågan. Den verksamhet som företagshälsovården bedriver innebär därtill mycket stora och välkända metodproblem när de ska utvärderas.

Utvärdering av förebyggande arbetsmiljöarbete är, i likhet med utvärdering av annan förebyggande verksamhet, komplicerad bl.a. på grund av den ofta långa tidsförskjutning som föreligger mellan åtgärd och förväntad effekt.

Även utvärdering av rehabilitering är förenat med stora och väl kända metodproblem. Eftersom företagshälsovården till stor del är involverad i

¹⁴ Vad som avses är studier som visar på att företagshälsovård i sin helhet är lönsamt. Det finns däremot många studier som visar på lönsamhet i enskilda verksamheter där företagshälsovården medverkat till åtgärder.

utredningsfasen av rehabiliteringsärenden framkommer ännu större utvärderingsproblem, då själva utredningen inte har, eller förväntas ha, några direkta effekter på ohälsan.

Slutligen försvåras utvärderingen av företagshälsovården av det faktum att denna bara är en av flera aktörer inom de områden som man verkar.

De svårigheter som här lyfts fram är en förklaring till varför det inte för närvarande är möjligt att ge något vetenskapligt grundat svar på om företagshälsovården är lönsam. Det finns emellertid inte heller något vetenskapligt bevis för motsatsen. Allmänt finns en uppfattning att företagshälsovården har en positiv effekt, som vi inte har någon anledning att betvivla. Det finns också verksamheter som företagshälsovården ägnar sig åt som med all önskvärd tydlighet är bevisat positiv. Forsknings- och utvecklingsarbete med inriktning mot företagshälsovård är emellertid dåligt utvecklad i Sverige.

För att stimulera utvecklingen av nya och väl fungerande metoder behöver forskningen förstärkas och ett mer aktivt utvecklingsarbete initieras. Det gäller framförallt utvecklingen av metoder för prevention och rehabilitering, men även studier av företagshälsovårdens potential när det gäller att skapa arbetsplatser som bidrar till hälsa och utveckling för de anställda. Även forskning som tar fasta på implementering och utvärdering av olika arbetsmetoder och kvalitetssystem bör utvecklas genom samverkan mellan forskningsinstitutioner och företagshälsovårdscentraler.

Arbetslivsinstitutet bör ges en särskild roll att ansvara för viss dokumentation, information och samordning av forsknings- och utvecklingsarbetet inom företagshälsovården.

Det nuvarande kunskapsunderlaget kan inte användas för att uppskatta vilka samhällsekonomiska effekter ett ökat utnyttjande av företagshälsovården kan få.

Bilaga 1



STATSKONTORET Registrator
Ink. 2001-06-12
Dnr. 2001/194-5

Regeringsbeslut II 4

2001-03-29

N2001/3653/ARM

Näringsdepartementet

Statskontoret

Box 2280

103 17 STOCKHOLM

Till avd.....	KV
Kontakt med.....	
Beslut.....	GD
Datum 12/6-01 Sign.....	

Uppdrag att utreda ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård

Regeringens beslut

Regeringen uppdrar åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna.

Statskontoret skall i arbetet utgå från gjorda kartläggningar av arbetsgivarnas m.fl. faktiska användning av företagshälsovårdstjänster och vid behov göra en kompletterande datainsamling. En analys skall göras av det faktiska utnyttjandet av företagshälsovård, bl.a. det faktum att en stor del av långtidssjukskrivna uppger att de inte varit i kontakt med företagshälsovården. Även innehållet i det befintliga utbudet skall analyseras, t.ex. i vad mån det varit möjligt att erbjuda förebyggande och rehabiliterande insatser som bygger på en bred kompetens.

Utifrån analysen skall Statskontoret skissera vilka olika åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. Exempel på sådana åtgärder kan vara former för ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa, bättre förutsättningar för arbetsgivare – inte minst för de små företagen – att utnyttja företagshälsovård, bättre former för utbildning av personal till företagshälsovården, godkännande (certifiering) av företagshälsovårdstjänster etc. Frågor om utbildningen av företagshälsovårdspersonalen skall belysas.

Statskontoret skall i ett första steg analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07, se nedan) om underlag från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar, däribland i form av arbetsplatsutredningar bl.a. i arbetsskadeärenden enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeersättning. Här ligger en konkretisering av

företagshälsovårdens roll inom ramen för förslagen och vilken betydelse detta kan ha för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Konsekvenserna av ett genomförande av förslagen skall så långt möjligt belysas.

Statskontoret skall senast den 1 oktober 2001 överlämna ett underlag i denna del för HpH-utredningens fortsatta arbete.

Vid uppdragets utförande skall Statskontoret utgå från att principen skall vara att företagshälsovården även i fortsättningen skall tillhandahållas på marknadsmässiga grunder.

Uppdraget skall utföras i nära kontakt med HpH-utredningen. Material och underlag som är relevant för uppdraget skall inhämtas från Arbetsmiljöverket och andra organ med god kännedom om sakområdet.

Slutredovisning av uppdraget skall ske senast den 21 december 2001.

Bakgrund

Under flera decennier utvecklades ett företagshälsovårdssystem för att förbättra arbetsmiljön som byggde först och främst på en samverkan mellan arbetsmarknadens parter, manifesterat bl.a. i centrala arbetsmiljöavtal. Staten lämnade ett stöd till användandet av företagshälsovård som i början av 1990-talet uppgick till ca 1 miljard kronor årligen. Efter att arbetsmiljöavtalen sades upp och det statliga stödet upphörde i början av 1990-talet har företagshälsovårdens ställning förändrats.

Under 1990-talet har företagshälsovården blivit en marknadsaktör utan statsbidrag. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Antalet personer verksamma i företagshälsovården har minskat med ungefär en tredjedel. Medelåldern för de anställda är idag hög, vilket kommer att medföra stora personalavgångar under nästa femårsperiod. För några av företagshälsovårdens yrkeskårer går det att förutse en brist på arbetskraft när nyrekryteringsbehovet ökar. Samtidigt har utvecklingen av arbetsmiljöproblemen medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med bred tillgänglighet och förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagsidan.

Enligt förslag i propositionen Företagshälsovård (1998/99:120) genomfördes fr.o.m. den 1 januari 2000 ändringar i arbetsmiljölagen som bl.a. innebar att företagshälsovård definierades på följande sätt: "Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". Genom ändringarna infördes

också en skyldighet för arbetsgivaren att svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. I propositionen uttalade regeringen att frågan om utbildning av företagshälsovårdens personal borde analyseras ytterligare och att regeringen avsåg att återkomma i denna fråga.

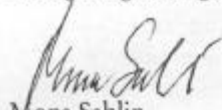
Den alarmerande ökningen av ohälsan, särskilt långa sjukskrivningar, fortsätter. Antalet långtidssjukskrivna uppgår nu till ca 90 000 personer. Även antalet förtidspensioneringar ökar. Sjukförsäkringsutredningen konstaterar att en väsentlig orsak till skillnader i sjukfrånvaro är olikheter när det gäller arbetsmiljö. Den arbetsgrupp inom Näringsdepartementet som skall ta fram en handlingsplan på arbetsmiljöområdet har i en delrapport (Ds 2000:54) ställt samman statistik och olika undersökningar (bl.a. SCB:s arbetsbesvärs- och arbetsmiljöundersökningar) som sammantaget visar ett samband mellan å ena sidan ökningen av långa sjukskrivningar och å den andra ökad stress och arbetsbelastning i arbetslivet. Samtidigt framgår att många traditionella arbetsmiljörisiker finns kvar.

Sjukförsäkringsutredningen har, vad gäller företagshälsovård, fokuserat på företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsverksamheten och därvid bl.a. lyft fram den s.k. Värmlandsmodellen. Modellen innebär i korthet att samarbetsavtal sluts mellan företagshälsovård, försäkringskassa och primärvård. Den får därigenom dels en fast "bas" för sin verksamhet, dels en möjlighet till återkoppling till arbetsplatsen med sikte på förebyggande åtgärder.

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07) föreslår i sin första delrapport (Handlingsplanens uppläggning och inriktning, 2001-02-15) bl.a. att arbetsgivare skall åläggas att senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning med underlag från företagshälsovård (eller motsvarande) till försäkringskassan i pågående fall.

Den nämnda arbetsgruppen inom Regeringskansliet har bl.a. lyft fram behovet av särskilda samhällsinsatser för att underlätta för mindre företag och organisationer att anlita företagshälsovård. Arbetsgruppen tar också upp den allmänna frågan om hur samhället skall kunna stödja utvecklingen av en företagshälsovård med hög kvalitet. Arbetsgruppen tar också upp frågan om certifiering av företagshälsovårdsenheter och/eller personcertifiering av olika personalkategorier inom företagshälsovården. En annan fråga som tas upp är behovet av spridning till arbetsplatserna av arbetsmiljökunskap.

På regeringens vägnar


Mona Sahlin


Lars Dirke

Kopia till

Socialdepartementet/SF
Utbildningsdepartementet/UH
Finansdepartementet/BA

Bilaga 2

Enkät till företagshälsovårdsenheterna

Inledning

Statskontoret och Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF) har i samverkan utfört en enkätundersökning riktad till alla företagshälsovårdsenheter som det funnits adressuppgift på. Statskontoret och FSF utvecklade enkätfrågorna tillsammans varefter FSF administrerat utskick, mottagande och registrering av svar, påminnelser och databearbetningar. Den beskrivning och analys av denna branschenkät som här redovisas svarar Statskontoret för utifrån de datatabeller som FSF levererat.

Enkäten skickades ut till FSF:s medlemmar och därutöver till andra enheter enligt den lista med sammanlagt 486 adresser som Statskontoret erhållit från Arbetsmiljöverket. Totalt skickades fler än 800 enkäter ut. Vissa adresser visade sig vara inaktuella av olika skäl, t.ex. på grund av omorganisation, varför FSF bedömer att antalet företagshälsovårdsenheter uppgår till 672.

Enkäten omfattade sammanlagt 45 frågor på 13 enkätblad. Den sändes ut i månadsskiftet juni–juli 2001. Svar önskades till den 15 augusti. Vissa frågor har inte direkt kunnat besvaras utan ganska stor utredningsinsats av respondenterna. Detta har uppfattats som alltför tidskrävande i flera fall.

Sammanlagt 173 svar har mottagits representerande 359 företagshälsovårdsenheter, vilket ger en svarsfrekvens på 53 procent. För enskilda frågor är svarsprocenten lägre. Med tanke på den låga svarsfrekvensen är de gjorda uppräkningsarna av svaren till totalnivå för företagshälsovården osäkra.

Beskrivningen och analysen av svaren görs under enkätens olika rubriker i enkäten: ekonomi, personal, personalbehov, kvalitetssäkring och verksamhet.

Ekonomi

Kunderna

Företagshälsovården uppskattas ha sammanlagt 46 000 kunder, varav 40 000 privata och 6 000 offentliga.

Totalt är det 30 procent av alla företag¹⁵ med minst två anställda som har avtal med företagshälsovården. Utifrån denna uppgift kan totalantalet före-

¹⁵ Med företag avses i denna rapport såväl privata som offentliga organisationer.

tag med minst två anställda som företagshälsovården har avtal med beräknas uppgå till knappt 43 000. I de 43 000 ingår således inte företag med 0 eller 1 anställd som har avtal med företagshälsovård.

Nära hälften (49 procent) av de privata kunderna kan på basis av bransch-enkäten uppskattas ha färre än 10 anställda (mikroföretag). En tredjedel (33 procent) beräknas vara småföretag med mellan 10 och 49 anställda. Ca 12 procent är medelstora företag med mellan 50 och 199 anställda. Ca 7 procent är stora företag med minst 200 anställda. Sistnämnda uppgift om antalet kundföretag med minst 200 anställda motsvarar 2 700 företag, vilket är fler än totalantalet enligt följande tabell. En orsak till skillnaden torde vara att många stora företag har arbetsplatser på flera geografiska orter. Kanhända avspeglar antalsuppgiften för de stora företagen ovan snarare stora arbetsplatser än företag som juridiska personer.

Potentialen kundföretag framgår av tabell 1 över antalet företag år 2000 enligt SCB:s centrala företagsregister. I tabellen tas också med uppgifter om antalet anställda. I tabellen kan man se hur småföretagen dominerar antalsmässigt medan drygt hälften av de anställda finns i storföretag med minst 500 anställda.

Tabell 1 Antal företag och antal anställda per storleksklass år 2000 (SCB)

Storleksklass	Antal företag	%	Antal anställda	%
0 anställda	601 522	73,8	0	0,0
1–4 anställda	146 498	18,0	273 707	7,6
5–9 anställda	33 058	4,1	214 176	6,0
10–19 anställda	17 469	2,1	233 641	6,5
20–49 anställda	10 010	1,2	298 467	8,3
50–99 anställda	3 002	0,4	207 397	5,8
100–199 anställda	1 432	0,2	198 038	5,5
200–499 anställda	911	0,1	279 616	7,8
>500 anställda	831	0,1	1 884 322	52,5
Summa	814 733	100	3 589 364	100

Antalet anställda hos de företag som har avtal med företagshälsovård uppskattas uppgå till ca 2,6 miljoner baserat på enkätsvaren. Det innebär att en miljon av sammanlagt 3,6 miljoner anställda saknar tillgång till företagshälsovård. En uppskattning utgående ifrån svaren på företagsenkäten, som redovisas i bilaga 3, vad gäller andelen offentliga förvaltningar och företag som har avtal med företagshälsovård (tabell 2) ger samma resultat, 2,6 miljoner anställda. Ett tredje sätt att göra denna beräkning är att utgå från Arbetsmiljöverkets och SCB:s Arbetsmiljöundersökning år 1999 enligt vilken 72 procent av de sysselsatta hade tillgång till företagshälsovård. Här används begreppet sysselsatta som är vidare än begreppet anställda. Antalet sysselsatta uppgår till ca 4 miljoner. Utifrån dessa uppgifter skulle ca 2,9 miljoner sysselsatta ha tillgång till företagshälsovård.

Antalet offentliganställda som har tillgång till företagshälsovård beräknas vara 1,2 miljoner och motsvarande antal privatanställda 1,4 miljoner.

Större delen eller närmare 750 000 av den miljon anställda som inte har tillgång till företagshälsovård finns i småföretag. Den uppskattningen kan göras utifrån att endast 28 procent av de privata småföretagen med mellan 2 och 49 anställda har företagshälsovård (bilaga 3, tabell 2). Antalet anställda i småföretagen uppgår till ca 1 miljon.

Tabell 2 Genomsnittlig årlig kostnad för kund per anställd i respektive grupp med samarbetsavtal, kronor

Storleksklass	Privata kunder	Offentliga kunder
<10 anställda	1 195	1 073
10–49 anställda	1 138	934
50–199 anställda	1 847	915
>200 anställda	1 374	881
Ovägt medelvärde	1 388	951

Tabellen visar att privata kunder i genomsnitt betalar ca 1 400 kronor per anställd och år medan offentliga kunder betalar knappt 1 000 kronor. I gruppen privata kunder med mellan 50 och 199 anställda är kostnaden högst per anställd och uppgår till ca 1 850 kronor.

Företagshälsovårdens omsättning

Den totala omsättningen för företagshälsovårdsföretagen uppskattas till 2,9 miljarder kronor år 2000. Om en beräkning utgår ifrån antalet anställda inom den offentliga sektorn och den privata sektorn som kan anlita företagshälsovård och från genomsnittskostnaderna i tabell 2 kan den totala omsättningen inom företagshälsovården beräknas uppgå till 3,1 miljarder kronor.

Omsättningen väntas öka med 6,9 procent under 2001. På en omsättning av 3 miljarder kronor motsvarar denna ökningstakt 200 miljoner kronor.

Utgående från en totalomsättning på 3 miljarder kronor för 672 företagshälsovårdsenheter är den genomsnittliga omsättningen per företagshälsovårdsenhet 4,5 miljoner kronor. Det bör observeras att detta tal inte avser företagshälsovårdsföretagen som ofta består av flera eller många företagshälsovårdsenheter.

Läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik (etableringsstöd)

Läkare och sjukgymnaster som har samverkansavtal med landsting har enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen

(1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik rätt till ersättning från landsting utöver patientavgiften. Denna lagliga rätt upphörde vid ingången av år 2000 för nyttillträdande läkare/sjukgymnaster inom företagshälsovården men gäller övergångsvis till utgången av 2003 för de läkare och sjukgymnaster inom företagshälsovården som redan hade denna rätt.

Enligt nämnda lagar är det dock möjligt för landsting att teckna särskilda vårdavtal med läkare och sjukgymnaster om ersättning från landsting.

Enkätfrågan om antalet läkare och sjukgymnaster som fortfarande har rätt till ersättning enligt nämnda lagar besvarades av 45 respondenter. Uppskattningar utifrån dessa svar pekar på att antalet läkare med läkarvårdsersättning kan uppgå till 170 och att antalet sjukgymnaster med ersättning för sjukgymnastik kan vara 260. På grund av den särskilt låga svarsfrekvensen är uppskattningarna mycket osäkra.

Ersättning enligt vårdavtal

Enligt 17 avgivna svar uppgår ersättning enligt vårdavtal till knappt 7 miljoner kronor. Här är svaren för få för att det ska vara möjligt att göra en uppräkning till totalnivå. Våra undersökningar i övrigt, se avsnitt 3.2 i rapporten, tyder på att det finns ganska få vårdavtal. Det mest kända är det som finns i Värmland mellan företagshälsovården och landstinget.

Ersättningar från försäkringskassa

Ersättningar från försäkringskassa för rehabiliteringstjänster och för skrivande av intyg i rehabiliteringsärenden uppgår till 4 miljoner kronor respektive 1,9 miljoner kronor enligt 107 svar. För företagshälsovården i sin helhet kan ersättningen beräknas till något över 10 miljoner kronor för rehabiliteringstjänster och drygt 5 miljoner kronor för skrivande av intyg. Den totala ersättningen från försäkringskassorna till företagshälsovården skulle således uppgå till ca 16 miljoner kronor, vilket utgör en halv procent av omsättningen i företagshälsovården.

Fria nyttigheter

Av 172 svarande har 73 uppgett att man har tillgång till landstingets resurser i form av laboratorier och röntgen etc. medan 71 svarat nej. 28 av de 172 har lämnat frågan obesvarad. Svaren tyder på att hälften av företagshälsovården har tillgång till dessa s.k. fria nyttigheter. Tillgången är beroende på det enskilda landstingets policy.

Personal

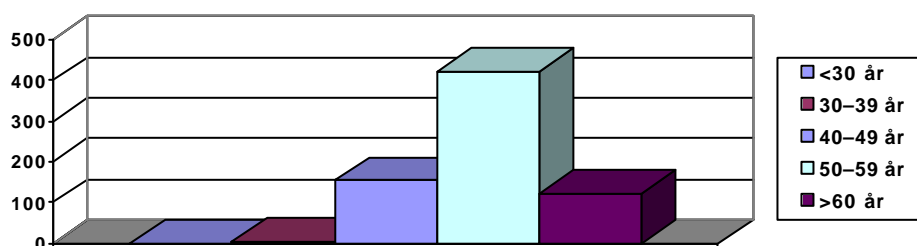
Svaren på frågan om antal anställda i olika yrkesgrupper har räknats upp till totaler för hela företagshälsovården med fördelning på olika åldersgrupper. Uppräkningen baseras på en svarsfrekvens om 53 procent. Som framhållits i inledningen får uppräkningsarna i denna redovisning betraktas som uppskattningar. Företagshälsovården uppskattas ha totalt ca 5 100 anställda, som fördelas på yrkeskategorier i tabell 3.

Tabell 3 Personalen inom företagshälsovården med fördelning på yrkeskategorier

Yrkeskategori	Antal	Procent
Företagsläkare och andra läkare	700	14
Företagssköterskor och andra sköterskor	1450	28
Arbetsmiljöingenjörer	470	9
Psykologer, beteendevetare	490	10
Ergonomer, legitimerade sjukgymnaster	690	14
Hälsoakademiker	30	1
Friskvårdare	110	2
Arbetsterapeuter	10	0
Administrativ personal (assistenter, läkarsekreterare)	850	17
Övrig personal (chefer)	300	6
Summa	5100	100

I det följande visas ett diagram med åldersfördelning per yrkeskategori med undantag för hälsoakademiker, friskvårdare och arbetsterapeuter. Av diagrammen framgår att en betydande andel och ett stort antal närmar sig pensionsåldern. För de minsta yrkeskategorierna – hälsoakademiker, friskvårdare och arbetsterapeuter – är det däremot få som pensioneras inom de närmaste fem åren.

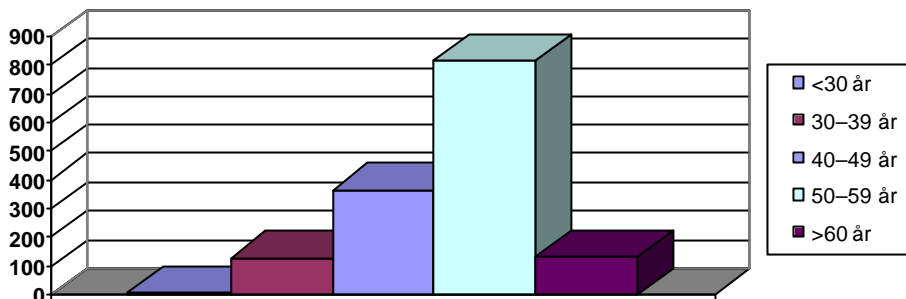
Diagram 1 Åldersfördelningen för företagsläkare och andra anställda läkare



Ca 70 procent av läkarna inom företagshälsovården har genomgått ALI:s specialistutbildning för företagsläkare.

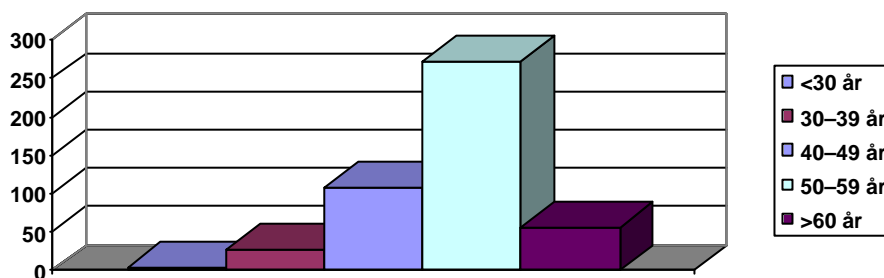
Som framgår av diagrammet kommer betydligt mer än 100 läkare inom företagshälsovården (122 enligt uppskattningen) att uppnå 65 års ålder inom de närmaste fem åren.

Diagram 2 Åldersfördelningen för företagssköterskor och andra anställda sköterskor



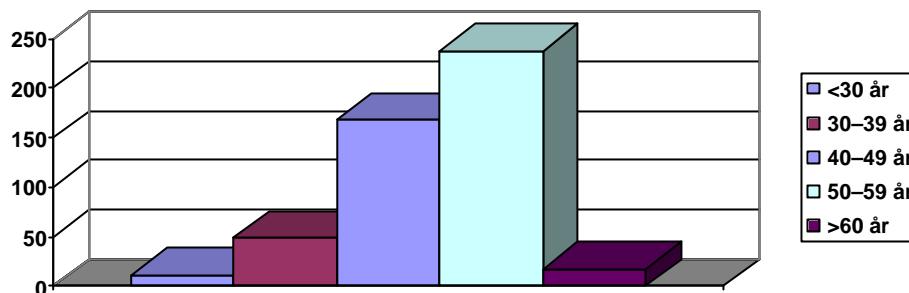
Ca 80 procent av sjuksköterskorna har genomgått ALI:s specialistutbildning till företagssköterska. Närmare 150 sköterskor (132 enligt uppskattningen) uppnår 65 års ålder inom fem år.

Diagram 3 Åldersfördelningen för arbetsmiljöingenjörer



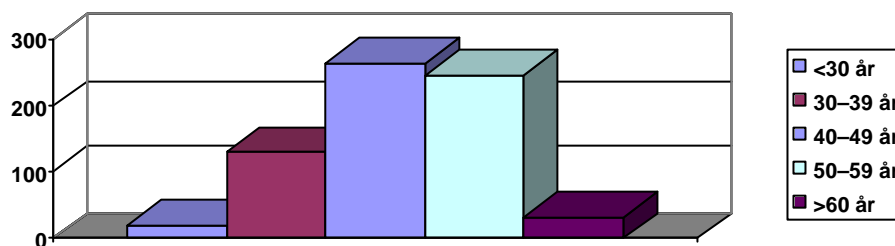
Ca 87 procent av arbetsmiljöingenjörerna har genomgått ALI:s specialistutbildning. Över 50 arbetsmiljöingenjörer (56) uppnår 65 års ålder inom fem år.

Diagram 4 Åldersfördelningen för psykologer, beteendevetare



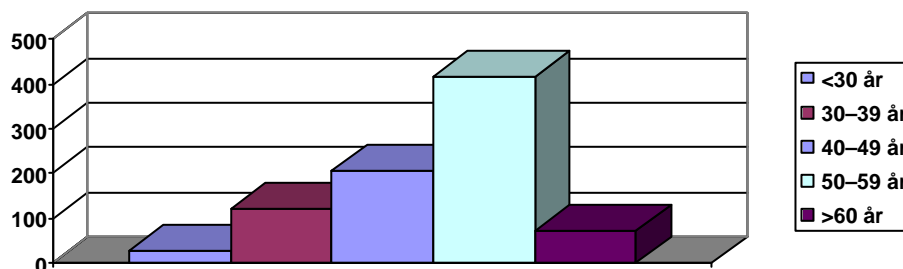
Ca 55 procent av psykologerna/beteendevetarna har genomgått specialistutbildning. Ett tjugotal psykologer/beteendevetare (18) uppnår 65 års ålder inom fem år.

Diagram 5 Åldersfördelningen för ergonomer, legitimerade sjukgymnaster



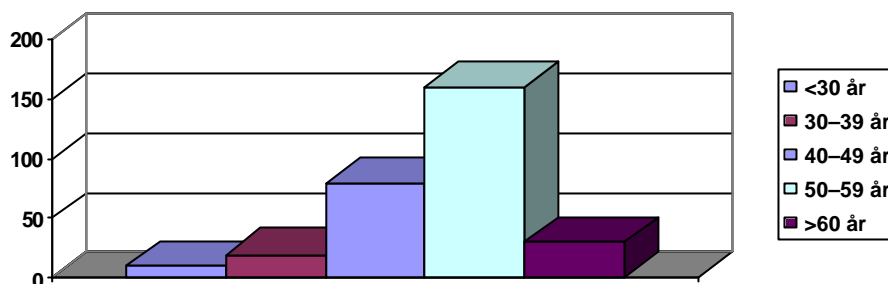
Ca 75 procent av ergonomerna och de legitimerade sjukgymnasterna har specialistutbildning. Ca 30 ergonomer/legitimerade sjukgymnaster (33) uppnår 65 års ålder inom fem år.

Diagram 6 Åldersfördelningen för administrativ personal



Ca 40 procent av den administrativa personalen (assistenter och läkarsekretärer) har genomgått ALI:s administrativa utbildning. Ca 75 personer med sådan administrativ tjänst (74) uppnår 65 års ålder inom fem år.

Diagram 7 Åldersfördelningen för övrig personal



Under övrig personal har sannolikt chefer uppgivits. Detta bestyrks av svaret från ett mycket stort företagshälsovårdsföretag. Ca 30 personer, som i enkäten benämndes övrig personal, uppnår 65 års ålder inom fem år.

Personalbehov

Frågan om ersättningsrekryteringar och tillväxtrekryteringar under åren 2001, 2002, 2003 och 2004 besvarades av 111 enheter representerande knappt 30 procent av företagshälsovårdsenheterna. Resultatet redovisas i tabell 4. Att de största ersättningsrekryteringarna anges ske under innevarande år, år 2001, kan givetvis bero på att det är det år som man har mest kunskap om.

Ersättningsrekryteringarna för hälsoakademiker, friskvårdare och arbetsterapeuter är få. För dessa yrkeskategorier har därför endast tillväxtrekryteringarna tagits med.

Tabell 4 Ersättningsrekryteringar och tillväxtrekryteringar under 2001–2004

Yrkeskategori	Ersättningsrekryteringar				Tillväxtrekryteringar			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Företagsläkare och andra läkare	60	50	30	20	10	50	30	30
Företagssköterska och andra sköters.	90	60	40	60	30	40	20	20
Arbetsmiljöingenjörer	30	10	7	30	20	10	20	0
Psykologer, beteendevetare	40	30	20	10	40	50	10	3
Ergonomer, leg.sjukgymnaster	40	30	7	10	10	40	10	7
Administrativ och övrig personal	10	20	20	20	20	10	10	0
Hälsoakademiker					10	7	7	3
Friskvårdare					10	20	10	3
Arbetsterapeuter					7	7	3	0
Summa	270	200	124	150	157	234	120	66

Uppskattningarna, som får anses vara mycket osäkra, har avrundats neråt till närmast tiotal med undantag för dem som är lägre än tio.

Personalutbildning

Kostnaderna för utbildning och andra kompetenshöjande aktiviteter uppskattas utgöra 3,9 procent av företagshälsovårdens kostnader. I kostnaderna ingår kursavgifter, resekostnader och traktamenten.

Personalutbildningen har i genomsnitt pågått i 9,3 dagar.

Kvalitetssäkring

Av 172 svarande har 52 uppgivit att verksamheten är kvalitetssäkrad. 112 har svarat nej på frågan och 8 har lämnat frågan obesvarad. Andelen av de svarande som uppgivit att verksamheten är kvalitetssäkrad uppgår därmed till 30 procent.

Av de 52 som svarat att verksamheten är kvalitetssäkrad har 21 markerat att Tolkningsdokumentet för Svensk Företagshälsovård används medan 25 uppgivit att ett generellt kvalitetssystem används, t.ex. ISO 9002. För 6 saknas uppgift. Efter en större revidering har namnändring skett och Tolkningsdokumentet benämns numera Kravspecifikation för Svensk Företagshälsovård.

På frågan om verksamheten är tredjepartscertifierad svarar 30 av 172 ja. Det är således 30 av de 52 som uppger att de har kvalitetssäkrat sin verksamhet som också låtit tredjepartscertifiera denna. Andelen som tredjepartscertifierat verksamheten uppgår därmed till 17 procent.

På frågan om avsikten är att kvalitetssäkra verksamheten inom två år svarar 71 ja, 54 nej medan 47 inte svarar på frågan. De som inte svarat på frågan får anses redan ha kvalitetssäkrat sin verksamhet. Här finns två intressanta uppgifter, dels att 54 eller nästan en tredjedel inte avser att kvalitetssäkra sin verksamhet inom två år, dels att de övriga, dvs. drygt två tredjedelar redan har kvalitetssäkrat verksamheten eller har för avsikt att göra detta inom två år.

Verksamhet

I enkäten ställdes två frågor om hur den totala verksamheten fördelas på aktiviteter. Den ena frågan avsåg verksamhet där arbetsgivare har ett ansvar enligt lag och andra författningar. Den andra frågan gällde övrig verksamhet

(ej rehabiliteringsaktiviteter). Tillsammans skulle svaren uppgå till 100 procent. Resultatet redovisas i tabell 5.

De aktiviteter som avser det som arbetsgivare har ett ansvar för enligt lagar och föreskrifter är lagstadgade hälsokontroller för personal i t.ex. nattarbete och arbete med isocyanater m.m., arbete som är en direkt följd av Arbetsmiljöverkets föreskrift Systematiskt arbetsmiljöarbete, första-hjälpen-utbildningar samt stöd vid krisplanering, grundutbildning i arbetsmiljö och rehabilitering. Rehabiliteringsaktiviteten var uppdelad på fyra delar: utredningsfasen, behandling, utbildning i rehabiliteringsmetodik och utbildning/träning av riskgrupper i förebyggande syfte.

De övriga aktiviteterna var 15 till antalet.

Som framgår av tabellen fördelas 43 procent av företagshälsovårdens verksamhetsvolym på aktiviteter som avser det som arbetsgivare har ansvar för enligt lagar och föreskrifter medan 57 procent fördelas på övrig verksamhet.

Tabell 5 Företagshälsovårdens fördelning av sin verksamhet på aktiviteter, procent

Verksamhetsaktiviteter	Procent
Lagstadgade hälsokontroller	5,5
Arbete enl. Systematiskt arbetsmiljöarbete	7,6
Första hjälpen-utbildning/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 förebyggande syfte	2,8
<i>Delsumma för aktiviteter avs. arbetsgivares ansvar enl. 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 riktat till chef	2,3
Friskvårdsaktiviteter inkl. hälsoprofilbedömn.	4,5
Hälsoundersökningar (ej lagstadgade)	6,5
Konflikt- och krishantering	2,7
Alkohol och droger	1,9
Organisationsutveckling	1,9
Arbets-skador (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>
Totalsumma för all verksamhet	100

Den största aktiviteten i det som arbetsgivaren har ett ansvar för enligt lagar och föreskrifter är utredningsfasen i rehabilitering. Denna aktivitet upptar 11,8 procent av arbetstiden, därefter följer i storleksordning behandlande rehabiliteringsverksamhet med 8,3 procent av verksamhetsvolymen, arbete enligt föreskriften Systematiskt arbetsmiljöarbete med 7,6 procent och lagstadgade hälsokontroller med 5,5 procent. Var och en av övriga aktiviteter i denna del omfattar högst 3 procent av verksamhetsvolymen.

Bland övriga verksamheter är arbetsrelaterad sjukvård störst med 9,6 procent av all verksamhet. Därefter följer administrativa uppgifter, 7,2 procent, hälsoundersökningar (ej lagstadgade), 6,5 procent, friskvårdsaktiviteter (inklusive hälsoprofilbedömningar), 4,5 procent, annan sjukvård, 4,3 procent, tekniska tjänster, 4,3 procent, utbildningsaktiviteter (ej rehab.), 3,6 procent. De återstående aktiviteterna omfattar var och en mindre än 3 procent av verksamhetsvolymen.

Enligt enkäten omfattar rehabiliteringsaktiviteterna totalt 24,1 procent av företagshälsovårdens verksamhet. Ungefär hälften (11,8 procent) ägnas åt utredningsfasen, som omfattar individuell probleminventering, utredning, kartläggande samtal, bedömningar och beslutsunderlag. Vidare ingår medverkan i rehabgrupper, arbetsmedicinska bedömningar, medverkan tillsammans med chef för framtagning av rehabiliteringsutredningar, samarbete med externa instanser såsom försäkringskassa m. fl. Genom en särskild fråga har uttrönats hur rehabiliteringsaktiviteterna fördelades på yrkeskategorierna i företagshälsovården. Resultatet visas i tabell 6.

Tabell 6 Fördelning av verksamhetsvolymen avseende rehabiliteringsaktiviteter på yrkeskategorier, procent

Yrkeskategori	Procent
Företagsläkare	36,8
Företagssköterska	30,1
Ergonom, legitimerad sjukgymnast	18,5
Osykolog, beteendevetare	11,0
Hälsoakademiker	0,1
Friskvårdare	1,6
Arbetsterapeut	0,1
Annan	1,9
Summa	100

Fördelningen ovan på yrkeskategorier av rehabiliteringsaktiviteterna kan jämföras med den som Statskontoret gjorde i promemorian *Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall* (Statskontorets PM 2001-10-11). Där antogs att företagshälsovårdens insats per yttrande över rehabiliteringsunderlag i genomsnitt kan väntas uppgå till 3,5 timmar fördelade med 1,5 timme på företagsläkare, 1 timme på företagssköterska och 0,5 timmar vardera på beteendevetare och sjukgymnast. Om

fördelningen i tabell 6 används för uppdelning av 3,5 timmar erhålls för företagsläkare 1 timme 17 minuter, för företagssköterska 1 timme 3 minuter, för beteendevetare 23 minuter och för sjukgymnast 39 minuter. Detta bekräftar i stort sett promemorians uppskattning. Jämförelsen haltar dock något eftersom aktiviteterna enligt tabell 6 omfattar såväl utredning som behandling medan yttrande över rehabiliteringsunderlag begränsas till utredning.

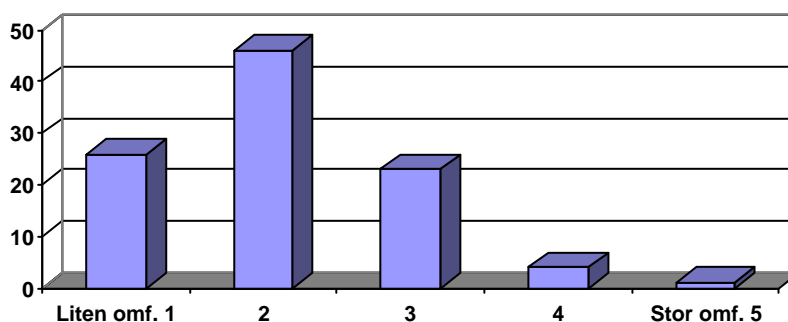
Kundföretag som inte tillåter de anställda att kontakta företagshälsovården utan godkännande

Något mer än 5 000 privata kunder och drygt 500 offentliga kunder med samarbetsavtal med företagshälsovården tillåter inte sina anställda att kontakta företagshälsovården utan godkännande av arbetsgivaren. Det innebär att i något mer än vart tionde kundföretag, privat eller offentligt, måste de anställda anmäla avsikt att besöka företagshälsovården. Det är oklart om denna anmälningsskyldighet i realiteten innebär att arbetsgivarna nekar till besök.

Omfattningen av fackliga ombuds uppdrag till företagshälsovården

Omfattningen av fackliga ombuds/skyddsombuds uppdrag till företagshälsovården, direkt eller indirekt via arbetsgivaren åskådliggörs i diagram 8. Det är den procentuella fördelningen av svaren på den femgradiga skalan som visas, där värdet 1 står för liten omfattning och värdet 5 för stor omfattning. Diagrammet visar att det vanligaste värdet (typvärdet) är 2 och medelvärdet är 2,08. Det bör tolkas som att de fackliga ombuden/skyddsombuden i ganska liten omfattning begär uppdrag från företagshälsovården

Diagram 8 Omfattning på fackliga ombuds/skyddsombuds begäran, direkt eller via arbetsgivaren, att få uppdrag utförda, procentuell fördelning



Grundutbildningar i arbetsmiljö

Ca 1 500 grundutbildningar till privata kunder och 1 000 till offentliga kunder har företagshälsovården utfört under de senaste 12 månaderna¹⁶.

Första hjälpen-utbildningar

Antalet första hjälpen-utbildningar uppskattas ha varit ca 4 400 hos privata kunder och ca 1 800 hos offentliga kunder under de senaste 12 månaderna.

Rehabilitering

Antalet kundföretag som regelmässigt involverar företagshälsovården i framtagandet av lagstadgade rehabiliteringsutredningar uppgår totalt till drygt 9 000. Av dem är drygt 8 000 privata kunder och närmare 1 500 offentliga kunder. Grovt sett är det var femte privata kund och var fjärde offentliga kund som regelmässigt engagerar företagshälsovården i framtagandet av rehabiliteringsutredningar.

Företagshälsovården har i ca 84 000 ärenden varit engagerad i minst en timme per rehabiliteringsärende under de senaste 12 månaderna. Något fler ärenden avser offentliga kunder än privata, enligt följande tabell.

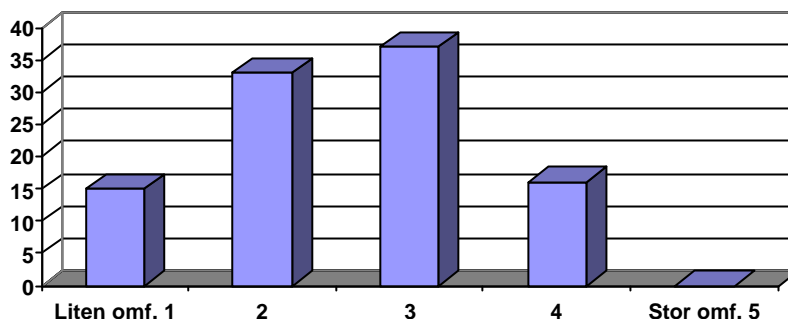
Tabell 7 Antal rehabiliteringsärenden som företagshälsovården varit engagerad i minst en timme under de senaste 12 månaderna

Kundkategori	Antal rehabiliteringsärenden
Privata kunder	40 000
Offentliga kunder	44 000
Summa	84 000

I diagram 9 redovisas den procentuella fördelningen av svaren på frågan om i vilken omfattning som svårigheter upplevs att få arbetsgivaren att vidta de rehabiliteringsåtgärder som företagshälsovården rekommenderar. Typvärdet är 3 och medelvärdet är 2,56. Diagrammet och medelvärdet indikerar att omfattningen på svårigheterna inte upplevs som stora.

¹⁶ Perioden torde här liksom i följande svar avseende de senaste 12 månaderna omfatta juli 2000–juni 2001

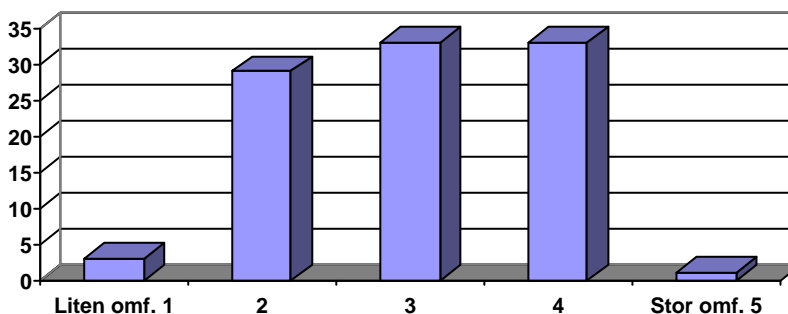
Diagram 9 Omfattning på upplevd svårighet att få arbetsgivaren att vidta de rehabiliteringsåtgärder som företagshälsovården rekommenderar, procentuell fördelning



I de fall svårigheter upplevdes var den vanligaste orsaken svårighet att finna andra arbetsuppgifter (46 procent av fallen). Den näst vanligaste orsaken var ekonomiska skäl (30 procent av fallen), därefter anpassning av arbetsplatsen (17 procent) och andra orsaker (7 procent).

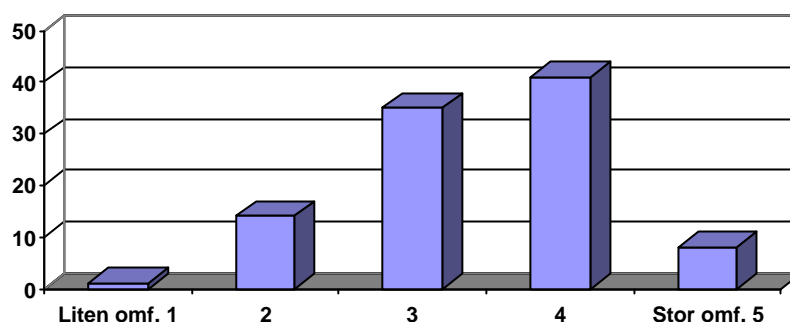
I diagram 10 åskådliggörs bedömningarna om chefers kunskap om sitt rehabiliteringsansvar. Typvärdet är 3 och medelvärdet är 2,97. Som diagrammet visar saknas i stort sett ytterlighetsvärdena liten omfattning respektive stor omfattning. Svaren utvisar att kunskaperna betraktas som medelstora.

Diagram 10 Bedömd uppfattning av chefernas kunskap om sitt rehabiliteringsansvar



I diagram 11 redovisas den procentuella fördelningen av svaren om omfattning av chefernas kontakt med företagshälsovården i ett rehabiliteringsärende. Typvärdet är 4 och medelvärdet är 3,38. Diagrammet, typvärdet och medelvärdet visar att cheferna hos kundföretagen bedöms ta kontakt med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden i relativt stor omfattning.

Diagram 11 Bedömd omfattning av chefernas kontakt med företagshälsovården i rehabiliteringsärende



Frågan om företagshälsovården har egen personal med kunskap om yrkesvägledning att användas i rehabiliteringsarbetet har besvarats jakande av relativt få enheter. Totalantalet kan uppskattas till ca 100.

I tabell 8 anges den procentuella fördelningen av bedömda orsaker till de rehabiliteringsärenden som företagshälsovården hanterat de senaste 12 månaderna.

Tabell 8 Rehabiliteringsärendena i företagshälsovården fördelade på orsaker

Orsak	Procent
Belastningsbesvär	29
Stress, utmattning, utbrändhet	26
Medicinska problem	16
Psykosociala problem	14
Alkohol och droger	6
Arbetskada	5
Kompetensbrist	2
Kränkande särbehandling	2
Summa	100

Det framgår att belastningsbesvär är den största anledningen (29 procent av fallen) till rehabiliteringsärenden hos företagshälsovården före stress, utmattning och utbrändhet (26 procent). Någon av dessa två orsaker förekommer i mer än hälften av fallen. I en mellangrupp finns medicinska problem och psykosociala problem med 16 respektive 14 procent. Alkohol och droger är orsak i 6 procent av fallen och arbetskada i 5 procent. Kompetensbrist och kränkande särbehandling upptar 2 procent vardera.

Trender i verksamheten

I slutet av enkäten ställdes frågan hur verksamheten påverkats med avseende på 23 arbetsuppgifter. Svartalternativen Minskat, Oförändrad och Ökat gavs.

Svaren, se tabell 9, visar att arbetet med dataarbetsplatser, friskvård, konflikthantering, krishantering, rehabiliteringsutredningar, stress, stöd/handledning till chefer samt utbrändhet ökar medan arbetet med alkohol och droger, allergier, arbetsskadeutredningar, belastningsbesvär, elektromagnetiska fält, hudbesvär, hörselskador, internkontroll, kränkande särbehandling, luftkvalitetsmätningar, organisationsutveckling, riskanalyser, sjukvård, tekniska mätningar (ej luftkvalitet) samt viktproblem är oförändrade. Anmärkningsvärt är att ingen uppgift bedöms minska.

Svaren på en särskild fråga om sjukvård visar att efterfrågan på sjukvård ökar, till skillnad från uppgiften ovan om arbetsuppgiften sjukvård där hälften angivit att sjukvården i företagshälsovården är oförändrad. Svaren på efterfrågan på sjukvård fördelas med 11 procent på minskande efterfrågan, 31 procent på oförändrad och 58 procent på ökande efterfrågan.

Tabell 9 **Aktuell trend i företagshälsovårdens verksamhet avseende 23 arbetsuppgifter, procentuell fördelning**

Arbetsuppgift	Minskat	Oförändrad	Ökat
Alkohol och droger	7	<u>65</u>	28
Allergier	8	<u>65</u>	27
Arbetsskadeutredningar	20	<u>62</u>	18
Belastningsbesvär	11	<u>47</u>	43
Datarbetsplatser	4	34	<u>62</u>
Elektromagnetiska fält	37	<u>51</u>	12
Friskvård	7	<u>36</u>	<u>57</u>
Hudbesvär	17	<u>73</u>	10
Hörselskador	25	<u>63</u>	12
Internkontroll	10	<u>60</u>	30
Konflikthantering	3	43	<u>54</u>
Krishantering	3	41	<u>56</u>
Kränkande särbehandling	11	<u>76</u>	13
Luftkvalitetsmätningar	22	<u>65</u>	13
Organisationsutveckling	12	<u>58</u>	30
Rehabiliteringsutredningar	1	34	<u>65</u>
Riskanalyser	8	<u>53</u>	39
Sjukvård	24	<u>50</u>	26
Stress	1	9	<u>90</u>
Stöd, handledning till chefer	1	38	<u>61</u>
Tekniska mätningar (ej luftkvalitet)	25	<u>67</u>	8
Utbrändhet	1	15	<u>84</u>
Viktproblem	4	<u>54</u>	42

Bilaga 3

Företagsenkät

Inledning

För att komplettera bilden av hur företagshälsovård faktiskt utnyttjas uppdrog Statskontoret åt Statistiska centralbyrån (SCB) att, under tiden augusti–september 2001, genomföra en undersökning om företagshälsovård riktad till ett urval statliga myndigheter, kommuner, kommundelar, landsting och företag inom olika branscher. Enkäten gick ut till 2 454 företag och myndigheter. Svandsandelen var 73 procent. I tabell 1 redovisas storleken på de redovisningsgrupper på riksnivå ur vilka undersökningsurvalet gjordes.

Tabell 1 Redovisningsgruppernas storlek

Redovisningsgrupper	Antal	%
Statliga myndigheter med 2–49 anställda	172	0,1
Statliga myndigheter med 50–199 anställda	148	0,1
Statliga myndigheter med minst 200 anställda	232	0,2
Landsting	20	0,0
Kommuner	276	0,2
Kommundelar	120	0,1
Företag med 2–49 anställda	131 742	95,0
Företag med 50–199 anställda	4 604	3,3
Företag med minst 200 anställda	1 336	1,0
Totalt	138 649	100,0

Som framgår av tabellen dominerar antalet småföretag, med 2–49 anställda, med sina 95 procent av hela populationen företag och offentliga organ. Småföretagens resultat påverkar därför oerhört mycket totalresultaten i undersökningen. Eftersom deras svar på flertalet frågor avviker markant från svaren för övriga redovisningsgrupper skiljer sig totalresultaten också mycket från svaren för dessa grupper. Det är därför lämpligt att mer fokusera intresset på resultaten för de olika redovisningsgrupperna än på totalresultatet.

Småföretagen med 2–49 anställda har 950 000 anställda, vilket är en fjärdedel av totalantalet anställda.

I undersökningen ställdes sju frågor. Den första frågan avsåg hur arbetet med att förebygga ohälsa och olycksfall samt med rehabilitering bedrevs. Svaren på den första frågan redovisas i tabell 2.

Tabell 2 Andel i % av företag/myndigheter som anlitar egen personal, företagshälsovård och annan extern konsult för att förebygga ohälsa och olycksfall samt för rehabilitering

Redovisningsgrupper	Egen personal	Avtal med FHV ¹⁷ , %	Tillfälligt utnyttj. 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
Statl. myndigheter 200 anst. 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
Totalt	47	30	19	15	11

Av tabell 2 framgår att av alla företag med minst två anställda har 30 procent avtal med företagshälsovård för att förebygga ohälsa och olycksfall samt för rehabilitering. Av tabellen framgår vidare att totalt 19 procent tillfälligt anlitar företagshälsovård, 15 procent annan extern konsult och att 11 procent svarat ”på annat sätt”. Totalt anlitas således företagshälsovård av så gott som hälften av alla offentliga organ och företag med minst två anställda.

Drygt 90 procent av kommunerna och kommundelarna samt ca 80 procent av de statliga myndigheterna och landstingen har avtal med företagshälsovård. Bland de privata företagen är bilden splittrad. Hos de större företagen har 85 procent avtal med företagshälsovården mot 73 procent av företagen med mellan 50 och 199 anställda och endast 28 procent av de små företagen med mellan 2 och 49 anställda.

I det ohälsöförebyggande och rehabiliterande arbetet anlitas också andra externa konsulter än företagshälsovården, dock i betydligt mindre utsträckning. Högst andelar redovisas för landsting, 40 procent, och kommuner, 36 procent. Småföretagen, som anlitar företagshälsovård minst, uppvisar även här lägst andel, 15 procent.

Fråga 2 avsåg hur redovisningsgrupperna utnyttjade olika resurser i olika slags frågor relaterade till arbetsmiljön. De resurser som avsågs var egen personal, företagshälsovård och annan konsult. Också alternativet ”ej aktuellt” ingick. I tabell 3 redovisas endast utnyttjandet av företagshälsovård.

De som mest anlitar svarsalternativens tjänster är landsting och kommuner. Sedan följer i fallande nyttjandeordning statliga myndigheter och privata företag med minst 200 anställda, statliga myndigheter och privata företag

¹⁷ FHV = företagshälsovård

med 50–199 anställda samt statliga myndigheter och privata företag med 2–49 anställda. I varje storleksgrupp utnyttjas företagshälsovården något mer av statliga myndigheter än av privata företag. Småföretagens låga nyttjandegrad framgår tydligt i denna tabell.

Tabell 3 Andel myndigheter och företag som normalt anlitar företagshälsovård vid angivna frågor relaterade till arbetsmiljön, %

Redovisningsgrupper	Ergonomiska problem	Rehab. fall	Psykisk. arbetsmiljön	Arbetsorganisation	Missbruk	Fysisk arbetsmiljön	Kemisk. hälsorisker	Sjukfrånvarons orsaker
Statl mynd 2-49 anst	88	63	66	5	34	67	28	21
Statl mynd 50-199	87	81	77	7	50	76	57	34
Statl mynd minst 200	98	88	86	24	80	93	73	44
Landsting	93	80	93	47	93	93	93	53
Kommuner	98	96	94	37	85	97	92	65
Kommundelar	99	95	98	41	84	99	91	64
Företag 2-49 anst.	28	22	14	3	10	14	16	9
Företag 50-199 anst.	74	71	55	10	55	57	53	37
Företag minst 200	91	85	79	17	81	79	72	51
Totalt	31	25	16	4	13	16	18	10

Företagshälsovården anlitas genomgående mest för de ”klassiska” företagshälsovårdstjänsterna, dvs. vid ergonomiska problem och belastningsskador. Värden 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.

Fråga 3 i företagsenkäten avser hur en anställd tar en första kontakt med företagshälsovården. Resultatet av frågan redovisas i tabell 4.

I denna fråga är totalandelen företag som inte svarat ovanligt hög, 62 procent. Det beror främst på att större delen av småföretagen inte har avtal med företagshälsovård och därför valt detta svarsalternativ. Som tidigare nämnts utgör småföretagen 95 procent av samtliga företag i redovisningsgrupperna. Här är det av större intresse att studera svaren i de olika redovisningsgrupperna.

Tabell 4 Sätt för anställda att ta en första kontakt med företagshälsovård, %

Redovisningsgrupper	Direkt	Efter godkännande	På annat sätt	Ej svar
Statl myndigheter 2-49 anställda	59	24	6	11
Statl myndigheter 50-199 anställda	60	23	0	18
Statl. myndigheter 200 anst. eller mer	63	18	2	17
Landsting	60	0	7	33
Kommuner	56	22	3	19
Kommundelar	38	36	2	24
Företag 2-49 anställda	24	8	4	64
Företag 50-199 anställda	46	22	4	27
Företag 200 anställda eller mer	57	19	4	20
Totalt	25	9	4	62

Vi noterar att i flera redovisningsgrupper kan personalen hos 6 av 10 arbetsgivare ta en första kontakt med företagshälsovården utan att fråga chef, personalavdelning eller liknande. Det gäller statliga myndigheter, landsting, kommuner och företag med mer än 200 anställda. För övriga redovisningsgrupper har inte hälften möjlighet att direkt ta kontakt med företagshälsovården vid ett första besök. För anställda vid småföretagen är det endast knappt var fjärde som på egen hand kan besluta att besöka företagshälsovård.

En viktig orsak till svarsfrekvensen är givetvis om företaget i fråga har avtal om företagshälsovård och hur, i så fall, avtalet är skrivet. Procenttalen i kolumnen Ej svar har sannolikt ett starkt samband med tillgången till företagshälsovård, se särskilt Ej svar för företag med 2-49 anställda. Det innebär alltså att av dem som har tillgång till företagshälsovård är det en högre andel än det som redovisas i tabellen som har direkt tillgång till en första kontakt med företagshälsovård.

Fråga 4 avsåg om det är en fördel, en nackdel eller ”varken eller” att anlita en företagshälsa som är certifierad även om detta är något dyrare än en inte certifierad hälsa. Svartalernativet Vet ej förekom också. Resultatet av frågan redovisas i tabell 5.

Tabell 5 Inställningen till att anlita en certifierad företagshälsa även om den skulle vara något dyrare än en inte certifierad företagshälsa, %

Redovisningsgrupper	Fördel	Varken eller	Nackdel	Vet ej	Ej svar
Statliga myndigheter 2-49 anställda	26	28	0	43	3
Statliga myndigheter 50-199 anställda	19	38	0	41	2
Statl. myndigheter 200 anst. eller mer	39	32	0	25	4
Landsting	53	7	7	27	7
Kommuner	38	30	3	25	4
Kommundelar	45	28	1	25	1
Företag 2-49 anställda	12	23	1	53	11
Företag 50-199 anställda	23	39	1	32	4
Företag 200 anställda eller mer	33	39	1	25	2
Totalt	13	24	1	52	10
Ovägt medeltal för redovisn.grupperna	32	29	2	33	4

Av företagen är det totalt sett en knapp majoritet, 52 procent, som inte vet om det skulle vara en fördel att anlita en certifierad företagshälsa även om den skulle vara något dyrare än en inte certifierad företagshälsa. Som i andra svar är det svaret för småföretagen som bestämmer totalsvaret. Bland småföretagen är det mer än varannan (53 procent) som svarat Vet ej. En relativt hög svarsprocent för detta alternativ redovisas även för små och medelstora statliga myndigheter, där mer än 40 procent svarat Vet ej. Det är troligt att bland de som svarat Vet ej finns det sådana som inte närmare känner till det relativt nya begreppet certifiering och att den andelen är ganska stor bland småföretag och små och medelstora statliga myndigheter.

Vet ej är det vanligaste svarsalternativet men nästan lika vanligt är Fördel och Varken eller. Det ovägda medeltalet för de nio redovisningsgrupperna är 33 procent för Vet ej, 32 procent för Fördel och 29 procent för Varken eller. Detta kan tolkas som att det fränsett småföretagen är ungefär en tredjedel av de svarande som inte anser sig kunna ta ställning till frågan medan en annan tredjedel anser att det är en fördel med att företagshälsan är certifierad och ytterligare nästan en tredjedel inte anser att det spelar någon roll.

Landstingen är den grupp där störst andel, hälften, svarat att det är en fördel att anlita en certifierad företagshälsa. Ca 40 procent av kommunerna och de större statliga myndigheterna är av samma åsikt. Bland företagen är det de större som mest – en tredjedel av dem – väljer alternativet Fördel.

De grupper som oftast väljer alternativet Varken eller är medelstora och större företag, 39 procent. För dessa grupper är Varken eller det mest valda alternativet.

Sammantaget tyder svaren på att det inte finns något påtagligt motstånd hos företagen och de offentliga organen till att välja en certifierad företagshälsa framför en inte certifierad.

I svaren i tabell 6 på fråga 5 i företagsenkäten framkommer i vilken utsträckning företag och myndigheter engagerar företagshälsovården i framtagandet av rehabiliteringsutredningar enligt lagen om allmän försäkring. Begreppet ”eller motsvarande” avser externa tjänster som kanske saknas på den företagshälsovård som företaget normalt anlitar. Det kan också innebära att annan organisation än företagshälsovård anlitas även om sådana tjänster erbjuds av företagshälsovården.

Tabell 6 Engagerar ni normalt företagshälsovård (eller motsvarande) i framtagandet av rehabiliteringsutredningar enligt lagen om allmän försäkring?

Redovisningsgrupper	Ja	Nej	Ej svar
Statliga myndigheter 2-49 anställda	57	31	13
Statliga myndigheter 50-199 anställda	49	48	3
Statl. myndigheter 200 anst. eller mer	36	61	3
Landsting	53	47	0
Kommuner	45	51	4
Kommundelar	40	58	2
Företag 2-49 anställda	20	69	11
Företag 50-199 anställda	56	41	3
Företag 200 anställda eller mer	61	39	1
Totalt	22	68	11

Av totalantalet företag är det endast 22 procent som normalt anlitar företagshälsovård (eller motsvarande) för att ta fram rehabiliteringsutredningar. Det relativt låga procenttalet beror på genomslaget av svaren bland småföretagen, av vilka endast 20 procent engagerar företagshälsovård eller motsvarande i arbetet med lagstadgade rehabiliteringsutredningar. Svaret hänger givetvis samman med att en majoritet av småföretagen inte har avtal med företagshälsovård och att många småföretag sällan har rehabiliteringsfall bland sin personal.

Ju större företaget är desto vanligare är det att man engagerar företagshälsovård i arbetet med rehabiliteringsutredningar. Hela 61 procent av de största företagen gör det. Motsatt mönster framträder emellertid hos statliga myndigheter. Där är det de minsta myndigheterna som mest (57 procent) engagerar företagshälsovård i framtagandet av rehabiliteringsutredningar. Endast 36 procent av de största myndigheterna anlitar företagshälsovården i detta arbete. Detta torde bero på att de större myndigheterna har egen personalavdelning och därmed anser att de i många fall själva klarar av uppgiften att ta fram rehabiliteringsutredningar. De större statliga myndigheterna har också, liksom landstingen, angivit att de i stor utsträckning anlitar egen personal i rehabiliteringsarbetet (tabell 2).

Genom de sista två frågorna i företagsenkäten, fråga 6 och fråga 7, har information inhämtats om andelen sjukfall längre än 60 dagar och i vilken

utsträckning som företagshälsovården eller annan extern resurs varit aktivt engagerad i dessa långa sjukfall. Svaren på de två frågorna redovisas i tabell 7.

Tabell 7 Andel sjukfall längre än 60 dagar under de senaste 12 månaderna och den andel som företagshälsovården eller annan extern resurs varit aktivt engagerad i det enskilda fallet, %

Redovisningsgrupper	Andel sjukfall	Företagshälsovård eller annan extern resurs anlitad
Statliga myndigheter 2-49 anställda	4,5	65
Statliga myndigheter 50-199 anställda	3,3	65
Statl. myndigheter 200 anst. eller mer	3,5	47
Landsting	5,4	43
Kommuner	9,1	37
Kommundelar	5,0	48
Företag 2-49 anställda	3,3	66
Företag 50-199 anställda	3,4	66
Företag 200 anställda eller mer	2,8	71
Totalt	4,2	55

Tabellen visar att företagens och de offentliga organens andel sjukfall totalt utgör 4,2 procent av antalet anställda. Det bör observeras att antalet sjukfall är större än antalet personer som varit sjukskrivna minst 60 dagar eftersom det förekommer att en person flera gånger under ett år är sjukskriven minst 60 dagar.

Av tabellen framgår vidare att företagen, särskilt de större företagen, har något lägre procentandel långa sjukfall än statliga myndigheter, som i sin tur ligger lägre än kommundelar och landsting. För kommunerna redovisas mer än dubbelt så hög andel än för företag och statliga myndigheter, t.o.m. mer än tre gånger så hög andel som för de största företagen.

Totalt anlitar 55 procent av företagen etc. företagshälsovården eller annan extern resurs när man har långa sjukfall. Här är det, oväntat, inte småföretagen som uppvisar lägst procenttal utan kommunerna. Endast 37 procent av kommunerna anlitar företagshälsovård eller motsvarande. Näst lägst andel redovisar landstingen med 43 procent och därefter följer stora statliga myndigheter, 47 procent. Övriga redovisningsgrupper anlitar företagshälsovård eller motsvarande i två tredjedelar av fallen. Högst kommer de stora företagen med 71 procent.

Sannolikt är det begreppet ”eller annan extern resurs” i frågan som förklarar det relativt höga procenttalet för småföretagen. Dessa kan nämligen tänkas anlita annan extern resurs än företagshälsovård när rehabiliteringsutredning ska göras.

Två tredjedelar av företagen och de små och medelstora statliga myndigheterna anlitar företagshälsovården eller annan extern resurs i dessa långa sjukfall. För de större statliga myndigheterna, landsting och kommunalar är det i knappt hälften av sjukfallen som företagshälsovård eller annan extern resurs anlitas. Kommunerna, som har mest långa sjukfall, är den grupp som i minst utsträckning – i 36 procent av fallen – engagerar företagshälsovård/annan extern resurs.

Bilaga 4

Tabell ur SCB:s Företagsregister 2001-10-15. Antal privata företag fördelade på storlek (anställda) och län.

Län	Storlek anställda									9 Totalt	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
01 Stockholm	124186	20183	10223	5312	3639	2666	1914	1466	1213	971	171773
03 Uppsala	19066	2141	1122	671	421	309	224	156	115	107	24332
04 Södermanland	13491	1882	1023	540	404	287	200	147	105	73	18152
05 Östergötland	22005	2804	1509	889	538	434	281	233	192	161	29046
06 Jönköping	24529	2337	1365	807	563	393	349	260	210	149	30962
07 Kronoberg	16386	1320	656	419	302	191	163	141	96	84	19758
08 Kalmar	17492	1738	902	556	417	270	200	147	130	103	21955
09 Gotland	5179	502	256	152	113	86	53	33	30	18	6422
10 Blekinge	9203	931	518	298	240	164	100	85	66	67	11672
12 Skåne	73813	8810	4627	2662	1855	1282	910	724	622	456	95761
13 Halland	20059	2212	1285	693	516	323	257	200	151	128	25824
14 Västra Götaland	100345	11354	6238	3569	2521	1789	1287	1042	797	661	129603
17 Värmland	21773	1960	1075	665	413	322	239	169	145	106	26867
18 Örebro	15213	1899	1021	609	365	305	201	153	135	102	20003
19 Västmanland	13377	1736	963	537	354	290	202	165	127	102	17853
20 Dalarna	23560	2054	1165	733	496	354	234	190	170	105	29061
21 Gävleborg	19011	1929	1057	652	431	370	234	185	146	110	24125
22 Västernorrland	17756	1654	930	544	397	280	206	153	128	98	22146
23 Jämtland	13679	1060	622	354	252	194	123	97	60	56	16497
24 Västerbotten	22232	1912	1026	610	452	306	216	139	135	90	27118
25 Norrbotten	17883	1743	906	615	413	278	194	157	120	77	22386
Totalt	610238	72161	38489	21887	15102	10893	7787	6042	4893	3824	791316

Bilaga 5

Avtal om samverkan

Vi beskriver i det följande befintliga avtal om samverkan mellan företagshälsovård och landsting i Kalmar, Karlshamn, Göteborg och Örebro. Här presenteras även ett förslag till avtal mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa i Västmanland. Uppgifter har inhämtats från samtliga landsting (motsvarande) om förekommande samverkan mellan parterna. I avsnitt 3.3.1 sammanfattas samverkan i andra delar av landet, dvs. samverkan utöver den som förekommer i Värmland.

Kalmar

I Kalmar län samarbetar landstinget och företagshälsovården sedan 1995. Landstinget har träffat avtal med 22 företagshälsovårdscentraler som innebär att företagshälsorna förbinder sig att medverka i landstingets organisation och rutiner för rehabilitering av enskilda patienter mot att patienter som remitteras från företagshälsovården till specialistvård betalar samma patientavgift som om remissen kom från distriktsläkare. Första remissbesöket ska därför vara gratis. De företagshälsor som omfattas av avtalet får ekonomisk ersättning från landstinget för sin rehabiliteringsverksamhet.

Statskontoret har inhämtat landstingets synpunkter på samarbetet. Landstinget betonar sitt ansvar för befolkningens hälsa och att företagshälsovården bidrar till folkhälsan genom sin del i rehabiliteringsarbetet. För att undvika dubbelarbete finns en önskan om att primärvården och företagshälsovården tillsammans tar ansvar för och delar upp arbetet/patienterna. Företagshälsovården är en tillgång som borde utnyttjas bättre. Enligt uppgift har dock parterna inte kontakt med varandra i någon större utsträckning.

Karlshamn

Sedan tidigare förekommer samverkan mellan primärvården och företagshälsor i Karlshamn. I mars år 2001 träffades en överenskommelse om att fördjupa samarbetet avseende patienter som är i behov av arbetsrelaterad utredning. Överenskommelsen går under namnet Karlshamnsmodellen och är träffad mellan primärvården och Länshälsan i Blekinge AB och Celero Support Region Syd. Överenskommelsen omfattar dels patienter med anställning där det finns företagshälsovård, dels patienter som är arbetslösa eller har anställning där det inte finns företagshälsovård. Det finns behov av att öka samarbetet mellan primärvården och företagshälsovården ytterligare samt att öka tempot i utredningar och rehabiliteringar.

Allmänläkare i Karlshamn kan då behov föreligger remittera en patient till företagshälsan, som då kallar patienten till en arbetsrelaterad utredning, exempelvis arbetsplatsbesök eller arbetsrelaterad undersökning. Om det behövs mer än två besök bör diskussioner föras med den patientansvarige läkaren. Eftersom patienten blir remitterad från primärvården erhåller företagshälsan ingen patientavgift för besöket. För genomförda besök har den aktuella företagshälsan rätt att debitera primärvården 750 kronor per timme – det finns ett kostnadstak för besöken uppgående till 150 000 kronor. Landstinget finansierar samverkansmodellen med hjälp av Dagmarmedel. Överenskommelsen gäller fr.o.m. 1 mars år 2001 to.m. 1 januari år 2002, om ekonomiska medel finns att tillgå kan en förlängning ske med sex månader. Både primärvården och de verksamma företagshälsorna i Karlshamn kommer att aktivt medverka i en utvärdering av Karlshamnsmodellen.

Från företagshälsovårdens sida är man mycket positiv till ”embryot” i Karlshamn och ser gärna en utveckling i riktning mot Värmlandsmodellen. Ett stort problem i dag är företagshälsovårdens och primärvårdens bristande ekonomiska resurser. Därför måste det till en samverkan, särskilt med tanke på att många problem/sjukdomar i dag är arbetsrelaterade. Enligt uppgift har det dock inte förekommit samverkan mellan parterna i någon större utsträckning. Bristande information uppges vara den främsta orsaken.

En representant för landstinget framhåller att landstinget rent principiellt måste ha någon form av samverkan med företagshälsovården, eventuellt liknande Värmlandsmodellen. Det finns en förhoppning om att primärvården lär sig utnyttja företagshälsovårdens kompetens inom arbetsmedicin.

Göteborg

Västra Götalands läns landsting har genom hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg slutit avtal med tre olika företagshälsovårdsenheter för perioden 2001-01-01– 2003-12-31. För att avtal skulle slutas med dessa enheter ställdes krav dels på att läkare ska ersättas enligt nationella taxan, dels att det ska handla om fullgod företagshälsovård. Avtalen förutsätter att vårdgivarna har tillgång till medicinsk, teknisk, ergonomisk och psykosocial kompetens. Det förutsätts också att de läkare som omfattas av avtalen innehar specialistkompetens inom företagshälsovård alternativt har påbörjat specialistutbildningen. Anledningen till att man valde att sluta avtal är att det tidigare rådde oklarhet om vad Göteborgs stad ersatte och inte ersatte. Avtalen ses även som en förberedelse inför år 2004, då de företagsläkare som nu har rätt till läkarvårdsersättning inte längre får ha det. De tre företagshälsovårdsenheterna är: Celero Support AB vars verksamhet till viss del vänder sig till Volvo, Feelgood Göteborg AB samt Företagskliniken Doktor PE Näslund AB som främst arbetar mot småföretag.

Avtalen avser i första hand läkarvård och sjukgymnastik föranledd av skada eller sjukdom som en del av företagshälsovårdens verksamhet. Avtalen avser även vård och behandling av andra personer än de som är anslutna till företagshälsovården via sin anställning. I avtalen ingår inte hälsoundersökningar samt förebyggande vård och förebyggande träning.

För de tre företagshälsovårdsenheterna gäller att för läkarvård utbetalas ersättning för enkla besök, normalbesök och för telefonrådgivning. Oavsett den enskilde läkarens specialitet ersätts normalbesöken enligt taxans normalarvode för allmänläkare. Vårdgivarna debiterar och behåller patientavgifter enligt de regler som fastställs av landstinget.

Avtalen löper under den period, då övergångsregler gäller för rätten till läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik inom företagshälsovård. Under denna övergångsperiod har dessa läkare och sjukgymnaster sin rätt till ersättning vilande och avstår från denna rätt under avtalsperioden. Förutsättningarna för vårdavtalen med vårdgivarna är de behandlingsvolymerna som året innan utförts av dessa läkare och sjukgymnaster.

Från hälso- och sjukvårdsnämndens sida uppges man vara nöjd med samarbetet. Vårdavtalen har gett de berörda företagshälsovårdsenheterna ökad legitimitet, som både nämnd och företagshälsovård anser vara bra eftersom företagshälsovården ofta känt sig lite utanför den ”vanliga vården”.

Örebro

Mellan Örebro läns landsting och Örebrohälsan Previa AB, nedan kallad privatläkarmottagningen, har ett vårdavtal slutits. Avtalet gäller under en övergångsperiod, fr.o.m. 1 januari 2001 t.o.m. 31 december 2002, det kommer inte att förlängas. Anledningen till att man slöt avtalet är att det råder brist på allmänläkare. Enligt avtalet åtar sig privatläkarmottagningen att bedriva läkarmottagning i öppen sjukvård. Verksamhetens omfattning ska uppgå till högst en heltidsetablering för specialistläkare och ska ur ersättnings- och remitteringssynpunkt jämföras med specialiteten allmänmedicin. Verksamheten kan utföras av upp till fyra läkare. Privatläkarmottagningen bedriver sin verksamhet, såväl medicinskt som ekonomiskt, helt på eget ansvar. Mottagningen ansvarar för att personalen har den kompetens som fordras samt svarar för utrustning, lokaler och samtliga kostnader som är förenade med verksamheten. För kostnader i samband med laboratorie- och röntgenundersökningar gäller vad som regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med hälso- och sjukvårdens lagar och förordningar och enligt de riktlinjer som Örebro läns landsting fastställer. Verksamheten omfattas av landstingets patientförsäkring. I fråga om patientavgifter förbinder sig privatläkarmottagningen att tillämpa de avgifter och det högkostnadsskydd som gäller för motsvarande vård inom landstinget i övrigt.

Örebro läns landsting och Örebrohälsan Previa AB förbinder sig att fort- löpande informera varandra och samråda i frågor av betydelse för den verksamhet som avtalet omfattar. Samarbete ska ske med andra vårdgivare i landstingets verksamhet och med privat vård som landstinget finansierar. Utöver detta är primärkommunal sjukvård och försäkringskassa viktiga samarbetsparter. Privatläkarmottagningen och dess anställda ska mot ersättning erbjudas att delta i, av Örebro läns landsting, anordnad vidare- utbildning. Mottagningen ska efter årets slut lämna verksamhetsredovisning enligt landstingets direktiv. På samma sätt som landstingets egen verksam- het kan komma att omfattas av medicinsk extern revision kan även privatmottagningens verksamhet det.

Landstinget uppger att de hela tiden strävar efter att anställa allmänläkare, men då det råder brist på sådana är vårdavtalet med företagshälsovården en bra lösning. Samtidigt uppges att parterna inte har haft kontakt med var- andra i någon större utsträckning.

Västmanland

Landstinget, försäkringskassan och företagshälsovården i Västmanland in- går i en diskussionsgrupp som tagit fram ett avtalsförslag. Man räknar med att teckna ett avtal under år 2001. Syftet är att reglera hur företagshälso- vården i fortsättningen ska ha tillgång till landstingets fria nyttigheter som man hittills kunnat utnyttja utan kostnad. Syftet är också att företagshälso- vården ska komplettera primärvården med expertis i arbetsrelaterade frågor och att primärvården ska kunna remittera patienter till företagshälsovården.

Bilaga 6

ALI:s företagshälsovårdsutbildningar

Företagsläkare

Beskrivning av utbildningen

Företagshälsovård är sedan 1993 en egen av Socialstyrelsen fastställd läkar-specialitet. Emellertid har hittills specialistkompetensen endast utfärdats på dispens, då man inte kunnat anordna utbildningen på det sätt som föreskrivs. Läkare, som först av landstingen utbildats i en annan specialitet, rekryteras av företagshälsovårdsföretagen, och genomgår därefter en företagsläkarkurs. Utbildningen vänder sig alltså i praktiken till redan verksamma företagsläkare.

Kursen som sker i ALI:s regi är avgiftsfri. ALI anordnar också utbildning av handledare för den tvååriga tjänstgöringen inom företagshälsovård. ALI:s företagsläkarkurs omfattar nio veckors schemabunden teoretisk utbildning samt ett enskilt projektarbete, fördelat över 3 terminer. Utbildningen sker i samarbete med Karolinska Institutet.

Följande delavsnitt ingår i utbildningen:

- Företagshälsovårdens roll och uppgifter.
- Projektmetodik.
- Arbetsmedicin I och II.
- Hälsoekonomi, etik och ledarskap.
- Psykiska och sociala frågor i arbetsmiljön.
- Ergonomi och arbetsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen.
- Rehabilitering.
- Avslutande kursvecka med projektredovisning.

Problem som kan identifieras

- De blivande företagsläkarna måste först ha en annan specialitet. Detta försvårar rekryteringen och medför att åldern på de nytillkommande företagsläkarna blir hög.
- Finansieringen av utbildningen är oklar. ALI har inga öronmärkta pengar, kopplade till ett tydligt uppdrag, för ändamålet.
- Den akademiska förankringen är oklar, vilket negativt kan påverka specialitetens utveckling.
- Det står idag ca 100 verksamma läkare i kö till utbildningen.

Utbildningsvolym fr.o.m. 1995

Företagsläkare har utbildats/utbildas vid Arbetslivsinstitutet 1995, 1996, 1998, 1999 och 2001. I genomsnitt har utbildningsgrupperna omfattat 33 läkare.

Företagssköterskor

Beskrivning av utbildningen

Det finns för närvarande ingen skyddad specialistbeteckning för företagsköterskor. Utbildningen leder dock i praktiken fram till specialisering inom företagshälsovård. Inget av de specialistområden som finns idag täcker in företagssköterskans preventiva arbetssätt med inriktning på arbetsmiljö. Utbildningen vänder sig till legitimerade sjuksköterskor med minst två års yrkesverksamhet. Företräde ges till sjuksköterskor som är anställda inom företagshälsovården. ALI i Solna ansvarar för företagssköterskeutbildningen, som omfattar 40 poäng fördelade över 4 terminer. Under senare år har även två utbildningsomgångar genomförts vid YMK i Lund. Utbildningsplanen är godkänd och fastställd av Institutionen för omvårdnad vid Karolinska Institutet.

Utbildningen består av följande delkurser:

- Företagshälsovård, internkontroll och kvalitetssäkring, 10 poäng.
- Projektmetodik, 5 poäng.
- Arbetsfysiologi, ergonomi och yrkesmedicin, 10 poäng.
- Psykosocialt arbetssätt och arbetsorganisation, 5 poäng.
- Folkhälsa och folkhälsoarbete, 10 poäng.

Problem som kan identifieras

- Frågan om specialistexamen och skyddad specialistbeteckning är inte tillfredsställande löst.
- Finansieringen av utbildningen är oklar. ALI har inga öronmärkta pengar, kopplade till ett tydligt uppdrag, för ändamålet.
- Pressade arbetsförhållanden gör det svårt för sköterskorna att vara borta från arbetsplatsen för utbildning.
- Hög medelålder vid utbildningstillfället.
- ALI har periodvis även anordnat särskilda kurser för icke verksamma företagssköterskor. För denna kategori föreligger problem att ordna praktikplatser.

Utbildningsvolym fr.o.m. 1995

Företagssköterskor har utbildats omväxlande vid Arbetslivsinstitutet och vid YMK-Lund 1996, 1997, 1998, 1999 och 2000. I genomsnitt har utbildningsgrupperna omfattat 30 sköterskor.

Företagssjukgymnaster

Beskrivning av utbildningen

Utbildning för blivande företagssjukgymnaster ges på två håll i landet. Dels i samverkan mellan ALI i Solna och Karolinska Institutet och dels i Umeå, där ALI samverkar med Idrottsmedicinska enheten vid Umeå universitet. Viss skillnad i inriktning mellan de båda utbildningarna föreligger. Kurserna omfattar 20 poäng på halvfart och riktar sig i första hand till legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter verksamma inom företagshälsovården.

Utbildningen i Solna har 220 undervisningstimmar, vilka fördelar sig enligt följande:

- Kvalitetssäkring inom arbetsmiljöområdet, 20 timmar.
- Ergonomi, 40 timmar.
- Funktionell anatomi och biomekanik, 20 timmar.
- Rehabilitering åter till arbete, 25 timmar.
- Belastningssjukdomar, 15 timmar.
- Arbetsfysiologi, 10 timmar.
- Yrkesmedicin, 10 timmar.
- Projektmetodik, 45 timmar.
- Undervisningsmetodik, pedagogik, 10 timmar
- Psykosocial arbetsmiljö, 20 timmar.
- Övrigt, 5 timmar.

Utbildningen i Umeå består av följande delmoment:

- Fördjupad utbildning i arbets- och träningsfysiologi, ergonomi, särskilt belastningsergonomi, och rehabilitering med inriktning på arbetslivet, 15 poäng.
- Projektarbete, 5 poäng.

Problem som kan identifieras

- Finansieringen av utbildningen är oklar. ALI har inga öronmärkta pengar, kopplade till ett tydligt uppdrag, för ändamålet.
- Studierna upplevs ofta som tunga att klara av då kursdeltagarna har pressade arbetsförhållanden.
- Hög medelålder vid utbildningstillfället.
- Kraftig översökning av utbildningsplatserna i Solna (3-4 sökande per plats).

Utbildningsvolym fr.o.m. 1995

Företagssjukgymnaster (basutbildningen) har utbildats/utbildas vid Arbetslivsinstitutet i Solna och i Umeå enligt följande: 1995: 30; 1996: 55; 1997: 58; 1998: 58; 1999: 58; 2000:57; 2001:56.

Arbetsmiljöingenjörer

Beskrivning av utbildningen

Arbetsmiljöingenjörutbildningen ges vid ALI i Solna. Utbildningen är en modernisering och utveckling av den tidigare skyddsingenjörutbildningen, och vänder sig till verksamma arbetsmiljöingenjörer som saknar relevant utbildning; utbildade skyddsingenjörer som vill fördjupa eller utvidga sina kunskaper inom vissa ämnesområden eller till andra kategorier inom och utom företagshälsovården som vill genomgå delar av utbildningen.

Utbildningen motsvarar 40 veckors arbetsinsats och kan, enligt kursbeskrivningen, därför "värderas till 40 högskolepoäng". Den ges på halvfart under två läsår.

Utbildningen består av följande moment:

- Produktion och arbetsmiljö, 6 poäng.
- Arbetsmiljö och säkerhet, 5 poäng.
- Arbetsmiljö och hälsa, 12 poäng.
- Yttre miljö, 4 poäng.
- Organisationsutveckling och kommunikation, 4 poäng.
- Åtgärdsstrategi och ekonomi, 4 poäng.
- Projektarbete, 5 poäng.

Problem som kan identifieras

- Utbildningen är ej knuten till extern part som innehar examinationsrätt. Den av ALI "rekommenderade meritvärderingen" (40p) godtas inte alltid inom högskolevärlden.
- Vikande rekryteringsunderlag. Till närmast förestående kursomgång 2002 noteras dock en översökning.
- Finansieringen av utbildningen är oklar. ALI har inga öronmärkta pengar, kopplade till ett tydligt uppdrag, för ändamålet.
- Kursdeltagarna är yrkesverksamma och har problem med vistelserna vid ALI.
- Hög medelålder vid utbildningstillfället.

Hälften av arbetsmiljöingenjörerna arbetar i inbyggd företagshälsovård eller som fristående arbetsmiljöingenjörer i företagets linjeorganisation.

Utbildningsvolym fr.o.m. 1995

Arbetsmiljöingenjörer har utbildats/utbildas vid Arbetslivsinstitutet 1997, 1999 och 2001. I genomsnitt har utbildningsgrupperna årligen omfattat 24 ingenjörer.

Beteendevetare

Beskrivning av utbildningen

ALI:s fhv-utbildningar för beteendevetare har legat nere sedan 1999. Våren 2002 startar emellertid en ny kurs – Arbetsorganisation och förändringsarbete – riktad mot beteendevetare verksamma inom företagshälsovård eller sysselsatta med personalarbete i andra organisationer. Som framgår av benämningen har den nya utbildningen en tydligare inriktning mot arbetsorganisation och förändringsarbete. Utbildningen består av fem veckors schema-bunden teoriundervisning samt ett projektarbete. Arbetslivsinstitutets rekommenderade meritvärde är 10 poäng.

Kursen omfattar följande moment:

- Arbetsmiljöarbetet och dess förutsättningar.
- Arbetsorganisation och ledningsstrategier.
- Psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa.
- Arbetslivsrelaterat lärande.
- Friska arbetsplatser.

Problem som kan identifieras

Den nya kursen har ännu inte startat. Även här gäller dock att utbildningen enbart är förknippad med ett ”rekommenderat meritvärde” (10 p), eftersom ALI saknar examinationsrätt.

Utbildningsvolym fr.o.m. 1995

Beteendevetare har utbildats vid Arbetslivsinstitutet 1995, 1996, 1997 och 1998. I genomsnitt har de årliga utbildningsgrupperna omfattat 21 beteendevetare. En ny kursomgång om 30 elever startar första kvartalet 2002. Antalet sökande till denna kurs är 68.

Assistenter, sekreterare och administratörer

Beskrivning av utbildningen

ALI anordnar en kurs för assistenter, sekreterare och administratörer anställda inom företagshälsovården. Utbildningen omfattar två kursperioder à tre dagar och undervisningen sker i form av föreläsningar och gruppdiskussioner.

Kursen behandlar följande ämnesområden:

- Företagshälsovården (historik, förändringar, nuläge).
- Arbetsmiljölagen.
- Sekretess inom fhv.
- Fhv och arbetsorganisationsfrågor.
- Marknadsföring av fhv.
- Presentationsteknik.
- Affärsjuridik.
- Yrkes- och miljömedicin (om datorarbetsplatsen).

Utbildningsvolymen fr.o.m. 1995

Administratörer har utbildats vid Arbetslivsinstitutet 1995, 1996, 1998, 1999, 2000 och 2001. I genomsnitt har de årliga utbildningsgrupperna omfattat 33 administratörer.

Magisterutbildningen i ergonomi

Beskrivning av utbildningen

Magisterutbildningen i ergonomi, 45 poäng på halvfart, anordnas av ALI i samarbete med Linköpings universitet, Lunds universitet och ALI-Väst. Den är en bred utbildning inom området ergonomi som riktar sig till flera olika yrkesgrupper, bl.a. inom företagshälsovården: Hälsovetare (sjukgymnaster, sköterskor, arbetsterapeuter); beteendevetare (psykologer, personaladministratörer, pedagoger) samt tekniker (arkitekter, designers, arbetsmiljöingenjörer).

Utbildningen omfattar följande kurser:

- Propedeutisk kurs, 5 poäng.
- Organisation och förändringsarbete, 5 poäng.
- Metodkurs, 5 poäng.
- Kognitiv ergonomi & Människa-maskin-system, 5 poäng.
- Kurs i belastningsergonomi, 5 poäng.
- Examensarbete, 20 poäng.

Problem som kan identifieras

- För många sökande till utbildningen. Under de senaste åren har det varit ett hundratal personer på 20-25 platser.
- Kursen som planerades starta hösten 2001 ställdes in av resursskäl, men ny omgång startar våren 2002.

Fortbildning för företagshälsovårdspersonal

Vi redogör här inte för de olika fortbildnings- och fördjupningskurser som anordnas vid ALI. Generellt kan man dock konstatera att utbudet idag är begränsat och av mera sporadisk karaktär. Ett visst utbud av fortbildning finns även på andra håll, exempelvis hos de yrkes- och miljömedicinska klinikererna. Generellt bedöms behovet av fortbildning och fördjupning, inom en variation av områden, vara stort och kan väntas öka. Behovet finns hos alla yrkeskategorier.

Arbetslivsinstitutets samarbetspartner i företagshälsovårdsutbildningarna

Inom ramen för de olika utbildningar som beskrivits ovan samverkar Arbetslivsinstitutet med en rad olika aktörer – såväl inom som utom högskolan. Samarbetsformerna är av varierande karaktär och kan omfatta såväl delat ansvar för utbildningen, med examination hos aktuell samarbetspartner, som mera begränsade samarbeten i form av enstaka föreläsningar, etc. Bland dessa samarbetspartner kan nämnas Karolinska institutet, Umeå universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet, YMK i Lund och KTH.

Bilaga 7

Skrivelse från ALI och FSF om företagshälsovårdens kompetensförsörjning

Arbetslivsinstitutet

2001-10-24

Föreningen Svensk Företagshälsovård

Till
Statskontorets
företagshälsovårdsutredning

Företagshälsovårdens kompetensförsörjning

(Arbetslivsinstitutets dnr 2001-0602)

Den oroande hälsoutvecklingen inom arbetslivet - manifesterad i en kraftig och fortgående ökning av fr.a. de längre sjukskrivningarna - skärper kravet på företagshälsovårdens effektivitet i det förebyggande ohälsarbetet på arbetsplatserna och i den yrkesinriktade rehabiliteringen. Formuleringen av Statskontorets utredningsuppdrag och HpH-utredningens aktuella förslag och synpunkter vad gäller företagshälsovården liksom Arbetskadeförsäkringsutredningens tidigare förslag är tydliga uttryck för samhällets förväntningar i detta hänseende.

Samtidigt som företagshälsovården efter "avregleringen" 1993 arbetar på en konkurrensutsatt marknad har den ett folkhälsopolitiskt samhällsansvar, bekräftat bl.a. i arbetsmiljölagen.

Företagshälsovårdens kompetensförsörjning är av avgörande betydelse för branschens möjligheter att motsvara dessa krav.

Hög medelålder och förväntade stora pensionsavgångar inom branschen innebär att utbildningsbehovet är mycket stort under de närmaste åren. En ökad efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster ställer ytterligare krav på nyrekrytering, var till kommer behov av fortlöpande kompetensförnyelse till följd av den snabba förändringstakten i arbetslivet.

Arbetslivsinstitutet och Företagshälsovårdens program- och utvecklingsråd¹⁸ ser, mot här angiven bakgrund, det som värdefullt att kunna utveckla en gemensam handlingslinje i Statskontorets aktuella utredningsarbete.

Tre huvudfrågor dominerar därvid problembilden:

- a) Hur kan utbildningskapaciteten utökas?
- b) Hur ska utbildningens kvalitet hävdas och förstärkas?
- c) Vem ska vara huvudmän för utbildningen och hur ska verksamheten finansieras och organiseras?

- Genom sin funktion som nationellt kunskapscentrum med unika kunskaper och FoU-kompetens om arbetslivets behov och utvecklingsmöjligheter har Arbetslivsinstitutet förutsättningar att uppbära huvudansvaret för företagshälsovårdens kompetensförsörjning. Institutet strävar efter att utveckla ett sådant uppdrag i nära samråd med arbetsmarknadens parter samt berörda myndigheter och organisationer.

- *Genomförandet* av utbildningarna bör kunna ligga på flera utbildningsanordnare och ske i samarbete mellan flera intressenter, under förutsättning att utbildningens kvalitet upprätthålls och att utbildningarna genomförs enligt för hela landet gemensamma mål och riktlinjer.

Landets begränsade resurser behöver tillvaratas och får inte splittras.

- Utbildningarna måste vara tillgängliga för alla med föreskriven behörighet, oberoende av huvudman och geografisk lokalisering.

- De yrkesinriktade företagshälsovårdsutbildningarna bör inordnas i det reguljära högskoleutbildningssystemet. En förutsättning för Arbetslivsinstitutets framtida åtaganden blir således att företagshälsovårdsutbildningarna finansieras på samma grunder som övrig högskoleutbildning.

Härav följer att institutet också ges formell examinationsrätt.

- En översyn av Arbetslivsinstitutets utbildningsutbud behöver göras med hänsyn till arbetslivets aktuella och framtida behov, företagshälsovårdens efterfrågan samt pågående förändringar i institutets egen kompetensprofil. Som allmän utgångspunkt gäller att utbildningen ska vila på vetenskaplig grund och bygga på beprövad erfarenhet.

Utbildningar bör erbjudas såväl yrkesverksamma deltagare som nyexaminerade studenter.

- Företagshälsovårdsutbildningarna bör i större utsträckning kunna förläggas närmare deltagarnas arbets- och bostadsmiljöer, bl.a. för att redu-

¹⁸ Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF), FTF Arbetsmiljö (Föreningen Teknisk Företagshälsovård), Beteendevetarföreningen, Svenska Företagsläkarföreningen, FHV-sekreterarna, Ergonomisektionen inom LSR, Riksföreningen för företagssköterskor, Hälsoakademikerna

cera rese- och uppehållskostnaderna och stimulera en bättre samverkan med regionens näringsliv.

Ett närmare samarbete mellan institutets regionala enheter och de yrkes- och miljömedicinska klinikerna bör utvecklas i detta syfte.

- I det reguljära högskolesystemet svarar Högskoleverket - tillsammans med Socialstyrelsen vad gäller specialistutbildningen av läkare - för *kvalitetskontrollen* av utbildningarna.

För att garantera att företagshälsovårdsutbildningarna svarar mot och bidrar till en utveckling av företagshälsovårdens roll i det förebyggande och rehabiliterande hälsoarbetet på arbetsplatserna bör Arbetslivsinstitutet i lämpliga former tillförsäkras inflytande i kvalitetsgranskningen tillsammans med företagshälsovårdens företrädare (FSF/Programrådet).

- Ett strukturerat samarbete om företagshälsovårdsutbildningarna bör vidareutvecklas med företrädare för företagshälsovårdsbranschen och yrkesföreningarna avseende såväl innehåll som pedagogik och lärandeformer (inkl. tillämpning av modern informationsteknik).

Syftet med ett sådant samarbete bör vara att fortlöpande anpassa utbildningarna till arbetslivets förändringar och stärka företagshälsovårdens roll i det lokala utvecklingsarbetet.

- Företagshälsovårdens behov av ökad kompetens i arbetsmiljö/ekonomi och som marknadsförare av sina tjänsteprodukter på företags- och koncernnivå bör beaktas i den fortsatta utvecklingen av företagshälsovårdsutbildningen. Frågan om en specialiserad påbyggnadsutbildning inom detta område bör prövas.
- En *kategorigemensam* utbildning eftersträvas både på specialist- och fortbildningsnivå för att förmedla en gemensam grundsyn på företagshälsovårdens roll och arbetsuppgifter och för att främja det professionella samarbetet i verksamheten. Sådant gemensamt utbildning bör genomföras så långt det är praktiskt möjligt och utan att inkräkta på respektive grupps yrkesidentitet.

Ett inom Arbetslivsinstitutet skisserat förslag till *blockbaserad* utbildning bör närmare prövas i samarbete med branschens företrädare och övriga intressenter.

- Arbetslivsinstitutets *fortbildningsverksamhet* för bl.a. företagshälsovårdens personal bör förstärkas. Viss del av sådan utbildning bör kunna finansieras inom ramen för det reguljära utbildningssystemet och i övrigt genom avgifter på uppdragsbasis.
- Företagshälsovårdens kärnverksamhet som arbetslivskonsult och dess professionella och etiska ansvar som en oberoende resurs för arbetsgivare och arbetstagare bör vara styrande för all företagshälsovårdsutbildning.

- Planerna på att utveckla en metodhandbok för "good practice" inom branschen bör förverkligas. Arbetslivsinstitutet har intresse av att ge detta utvecklingsarbete sitt forskningsmässiga stöd.

Erling Hildeland
Arbetslivsinstitutet

Lars Bohlin
Föreningen Svensk Företagshälsovård

Bilaga 8

Förslag till regionalt baserad företagshälsovårdsutbildning i Sydsverige för företagsläkare och företagssköterskor.

Sammanfattning: Nedan lämnas ett förslag till regionalt baserad basutbildning för företagssköterskor och företagsläkare, i samarbete mellan de Yrkes- och miljömedicinska klinikerna i Lund och Göteborg. Förslagets grundtankar är att: 1) genom en regional förankring under grundutbildningen skapa nätverk som sedan kan användas i den fortsatta verksamheten, 2) medverka till att lösa den bristande kapacitet för dessa utbildningar som finns på nationell nivå, 3) bedriva viss undervisning tvärfackligt, 4) universitetsanknyta utbildningarna, 5) ge utbildningarna en klinisk anknytning.

Förslaget innebär huvudmannaskap för företagsläkarutbildningen i Göteborg och för företagssköterskeutbildningen i Lund, i båda fallen med delkurser och handledarskap på båda orterna. Båda basutbildningarna föreslås preliminärt ha oförändrad omfattning (företagsläkarutbildning 20 p, företagssköterskeutbildning 40 p) och kurstakt (halvtid). Den föreslagna kapaciteten blir för företagssköterskeutbildningen 30 personer per kurs (nyintag vartannat år) och för företagsläkarutbildningen 20 per kurs (intag varje år). En förutsättning för genomförandet är att en rimlig långsiktighet kan säkras. Utbildningarna kan utannonseras omkring 6 månader efter beslut.

Fort- och vidareutbildning för företagshälsovårdens personal är i stor utsträckning en olöst fråga. En strategi behöver formuleras för hur förutsättningar skall skapas för utvecklings- och forskningsarbete inom företagshälsovården.

1 Bakgrund

1.1 Utvecklingen inom företagshälsovården

Företagshälsovården byggdes ut kraftigt i Sverige under 1970- och 1980-talet och kom som mest att vara tillgänglig för nästan 80 % av alla anställda. Den service som gavs var oftast multidisciplinär (medicinsk, teknisk, beteendevetenskaplig, ergonomisk). Det var främst personer verksamma inom småföretagssektorn som saknade denna resurs. Internationellt sett var den snabba utvecklingen anmärkningsvärd, både i kvantitativt och kvalitativt hänseende, mot bakgrund av att den grundade sig på samverkan mellan arbetsmarknadens parter och inte på generell lagstiftning om företagshälsovård (till skillnad från situationen i många andra länder i Europa). Staten gav finansiellt stöd direkt till enheter som bedrev företagshälsovård och bidrog också till utbildningen av företagshälsovårdspersonal, främst genom

Arbetslivsinstitutet. Omkring 10 000 personer beräknas ha arbetat inom företagshälsovården i slutet av 1980-talet.

I början av 1990-talet kom innehållet och kvaliteten/effektiviteten i företagshälsovårdens verksamhet allt mer att ifrågasättas. I och med den ekonomiska krisen och avskaffandet av statsbidraget till företagshälsovård 1993 förändrades förutsättningarna att bedriva sådan verksamhet till en renodlad marknadssituation. Detta ledde till en minskning av företagshälsovårdsbranschen med ungefär en tredjedel.

Företagshälsovårdens anpassning till en marknadssituation bedöms överlag ha medfört en ökad tyngdpunkt på individinriktad hälsorådgivning och sjukvård, samt ett minskat utrymme för förebyggande arbete inriktat på att identifiera och åtgärda riskfaktorer på gruppnivå. Det ser dock olika ut inom olika företagshälsovårdsenheter. Vissa enheter har i stället helt inriktat sig på prevention, gruppundersökningar och åtgärder inom arbetsorganisationen på företagen. Kvalitetssystem har utvecklats för branschen och etiska frågor har också aktualiserats (Yrkesetisk kod för FHV-personal, Arbete, Människa, Miljö 4/95).

Företagshälsovården behöver medicinsk, teknisk, ergonomisk och beteendevetenskaplig kompetens. Flertalet problem behöver analyseras och lösas i tvärfackligt samarbete. Vårt intryck är att de samverkans effekter som kan uppnås med ett sådant arbetssätt inte utnyttjats tillräckligt. Basutbildningen bör utformas så att det tvärfackliga arbetet stärks, vidareutbildningen bör inte opåkallat utformas yrkesspecifikt.

Arbete i företagshälsovården ställer vidare särskilda krav på förmåga att kommunicera professionell kunskap, ge balanserad och opartisk information och upprätthålla ett förtroendefullt förhållande till företag och anställda under kritiska förhållanden. Förberedelse för detta måste ske redan i basutbildningen.

Folkhälsoarbete inriktat på prevention av stora folksjukdomar, där riskfaktorerna inte primärt finns på arbetsplatsen, utan exempelvis i den individuella livsstilen (sömn, motion, kost, alkohol, tobak), men där sjukdom kommer att påverka arbetsförmåga, livskvalitet och kostnader för samhället, kan sannolikt bedrivas av företagshälsovården på ett mer effektivt sätt än hittills om man utnyttjar arbetsplatsen som en arena där kollektiva värderingar och förhållningssätt skapas (se vidare Folkhälsokommittén SOU 2000:91, bilagedel B, sid. 585)

Företagshälsovården bör också fungera som ett primärt kunskapscentrum om arbetsrelaterad ohälsa och hur den kan förebyggas. Eftersom arbetslivet befinner sig i stark förändring, bl.a. i fråga om arbetsformer och kompetenskrav, samtidigt som kunskapsmassan kring effekter och intervention snabbt

ökar, ställer detta höga krav på såväl en bred basutbildning, som goda möjligheter till vidareutbildning för samtliga yrkeskategorier. Enligt vår uppfattning har efterfrågan på vidareutbildning varit orimligt låg under en period, sannolikt till stor del begränsad av en bristande vilja att finansiera detta från företagshälsovårdsföretagen. Samtidigt har utbudet varit för litet och inte systematiskt genomtänkt.

Forsknings- och utvecklingsarbete är ett kraftigt eftersatt område inom svensk företagshälsovård. Sådant arbete bedrevs främst inom de s.k. branschhälsorna (Bygghälsan, Skogs- och lantbrukshälsan) och de inbyggda företagshälsovårdscentralerna, men har kraftigt reducerats under den omstrukturering som skett.

1.2 Företagsläkarna

Svenska företagsläkarföreningen (SFLF) har ca 700 medlemmar men alla är inte yrkesaktiva. Genomsnittsåldern är över 55 år och SFLF beräknar att omkring 200 kommer att pensioneras fram till år 2004. Eftersom det krävs en annan läkarspecialitet innan man kan bli företagsläkare rekryteras få yngre läkare till specialiteten, vilket bibehåller den höga medelåldern. Medicinstuderande och unga läkare har idag ringa kännedom om företagsläkarverksamhet.

Många företagsläkare får ägna sig huvudsakligen åt sjukvård och rehabilitering och har litet utrymme att delta i förebyggande verksamhet. Man upplever också ofta brist på tid för fortbildning. Deltagandet av företagsläkare vid vetenskapliga fortbildningsmöten, t.ex. Sektionens för Arbets- och Miljömedicin program vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma har varit mycket begränsat under senare år.

Rekryteringen av läkare till företagsläkartjänster har ökat de senaste åren och antalet platser på Arbetslivsinstitutets företagsläkarkurs täcker inte alls det nuvarande behovet, ca 100 personer står på kö till utbildningen. Diskussioner förs mellan SFLF och kursledningen om att öka antalet platser. Samtidigt pågår sedan några år diskussioner mellan SFLF och Svensk yrkes- och miljömedicinsk förening (SYMF) om en eventuell gemensam framtida specialitet.

1.3 Företagssköterskor

I maj 2001 fanns 1 410 företagssköterskor som medlemmar i Riksföreningen för företagssköterskor. Dock finns även ett okänt antal företagssköterskor som inte är med i föreningen.

En undersökning som föreningen gjorde hösten 2000 visade att åldersstrukturen hos medlemmarna är kraftigt snedfördelad. Största andelen utgör ål-

dersgruppen 50-54 år (432 personer), och den näst största är åldersgruppen 55-59 år (344 personer). Tredje största grupp är 45-49 år (223 personer). Endast 56 företagssköterskor är mellan 30-39 år gamla. Sammanfattningsvis är tre av fyra företagssköterskor över 50 år, och många pensionerar sig mellan 60 och 62 års ålder (Källa: Riksföreningen för företagssköterskor).

På grund av dessa förhållanden anställs idag ett flertal företagssköterskor runt om i landet, som kommer att få stå i kö till utbildningen. Hösten 2000 sökte 61 företagssköterskor med arbete inom företagshälsovården och totalt 117 sjuksköterskor, till företagssköterskeutbildningen som började i Solna. Femton av de 61 antogs förutom 8 skolsköterskor och 2 från försvaret samt 5 deltagare som gjort studieavbrott i tidigare utbildningar. I och med att ingen antagning sker under år 2001 kommer kön att successivt bli längre. Eftersom företagshälsovårdsarbetet skiljer sig mycket från arbetet inom sjukvården, varifrån sjuksköterskorna kommer, är behovet av utbildning mycket stort för att de ska kunna arbeta preventivt på gruppnivå och med inriktning på arbetsmiljön.

Samtidigt efterfrågar företagssköterskor med företagssköterskeutbildning före 1994 vidareutbildningskurser inom exempelvis området beteendevetenskap, eftersom behovet är stort av åtgärder inom detta område idag, och inom exempelvis hörselproblematik och lungfunktionsundersökningar.

2 Basutbildning

2.1 Specialitetsfrågan

2.1.1 Företagsläkarna

Företagshälsovård blev en egen, av Socialstyrelsen fastställd, läkarspecialitet 1993. Hittills har sådan specialistkompetens endast utfärdats på dispens eftersom man inte kunnat anordna utbildningen på det sätt som föreskrivs. Enligt målbeskrivningen krävs ”kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som motsvarar specialistkompetens i någon specialitet med omfattande patientkontakter” (t.ex. allmänläkarkompetens), tjänstgöring inom företagshälsovård, yrkesmedicin/yrkesdermatologi samt Arbetslivsinstitutets företagsläkarkurs (”eller motsvarande utbildning”) inklusive projektarbete för att bli specialist i företagshälsovård. I praktiken har således läkare som först specialistutbildats av landstingen rekryterats av företagshälsovårdsföretagen, vilka sedan bekostat företagsläkarkursen (som är avgiftsfri). Tjänstgöring på yrkes- och miljömedicinsk klinik har förekommit relativt sällan.

SFLF har länge fört diskussioner med Socialstyrelsen om specialitetens framtid eftersom myndigheten varit obenägen att fortsätta dispensförfarandet. Kravet på handledning under tjänstgöringen inom företagshälsovård (två år) har nu tillgodosetts genom utbildning av handledare för denna del av specialistutbildningen. Arbetslivsinstitutet står som utbildningsanordnare

även för detta. Flera problem kvarstår dock, t.ex. att de blivande företagsläkarna först måste ha en annan specialitet (vilket kan verka rekryteringshämmande och förhindrar fryngring), finansieringen av utbildningen (särskilt sidutbildningen), bristen på akademisk förankring (av betydelse för kvaliteten och specialitetens utveckling) samt utbildningskapaciteten.

På kort sikt är det nödvändigt att öka antalet specialistutbildningsplatser inom ramen för nuvarande målbeskrivning. På längre sikt bör läkare som skall arbeta med prevention, utredning och behandling av arbetsrelaterade sjukdomar, rehabilitering och hälsofrämjande arbete i arbetslivet ha en specialitet som är jämförbar med andra etablerade läkarspecialiteter. Det innebär bl.a. specialistutbildningstjänster som kan sökas direkt av legitimerade läkare, att antalet tjänster som inrättas motsvarar behovet och finansieringen av hela specialistutbildningen löses på tillfredsställande sätt, att specialiteten har en akademisk förankring och att utbildningsansvaret läggs på enheter som bedriver såväl utbildning och FoU som klinisk och förebyggande verksamhet inom området. Diskussioner om en ny sådan specialitet som ersättning för de nuvarande i företagshälsovård respektive i yrkes- och miljömedicin förs således mellan SFLF och SYMF.

2.1.2 Företagssköterskor

Utbildningen för företagssköterskor leder i realiteten till att sjuksköterskorna som går den blir specialister inom området företagshälsovård. Emellertid finns efter Behörighetskommitténs betänkande (SOU 1996:138) ingen skyddad specialistbeteckning för företagssköterskor. I Behörighetskommitténs utredning fanns från början företagssköterskorna med som en egen specialitet, men försvann under arbetets gång utan någon acceptabel förklaring. Inget av de specialområden som finns idag täcker in företagssköterskans preventiva arbetssätt med inriktning på arbetsmiljö.

Det är oerhört viktigt att frågan om specialistexamen och skyddad specialistbeteckning ånyo lyfts fram, speciellt om huvudmannskapet för utbildningarna inom företagshälsovården flyttas över till Utbildningsdepartementet. Riksföreningen för företagssköterskor arbetar aktivt med båda dessa frågor, utbildningen och specialistbeteckningen, och ingår i Programrådet, där man också arbetar med utbildningsfrågan.

2.2 Utbildningens nuvarande organisation och kapacitet

2.2.1 Företagsläkarna

Arbetslivsinstitutets företagsläkarkurs omfattar för närvarande nio veckors schemabunden teoretisk utbildning (ca 320 tim) samt ett enskilt projektarbete. Utbildningen genomförs under 1,5 års tid och bedrivs endast med en kursomgång i taget. Hösten 2001 startar en ny kurs med plats för 35 kursdeltagare. Ytterligare ca 100 läkare nu verksamma inom företagshälsovården står på kö till utbildningen enligt SFLF.

Innehåll enligt Arbetslivsinstitutets hemsida (010802):

Företagshälsovårdens roll och uppgifter

Projektmetodik

Arbetsmedicin I

Hälsoekonomi, etik och ledarskap

Psykiska och sociala frågor i arbetsmiljön

Arbetsmedicin II

Ergonomi och arbetsrelaterade sjukdomar i rörelseorganen

Rehabilitering

Avslutande kursvecka med projektredovisning

Varje kursdeltagare ska under handledning planera, genomföra och rapportera ett enskilt projektarbete ungefär motsvarande 5-10 högskolepoäng. Detta dokumenteras i en projektrapport som utgör underlag för examination vid kursens avslutning. Ofta består projektet av en gruppundersökning på en arbetsplats som är ansluten till den företagshälsovård där läkaren är verksam.

Ingen kursavgift tas ut. Kurslitteratur, för närvarande ca 3 000 kronor, bekostas av kursdeltagarna. Normalt har kursdeltagarna anställning som företagsläkare när de går kursen och arbetsgivaren står för lön m.m. under kursveckorna.

De yrkes- och miljömedicinska klinikerna har i varierande utsträckning bidragit med föreläsare och projekthandledare (mot blygsam ersättning) vid företagsläkarkurserna. Under 1970- och 1980-talet var en hel kursvecka förlagd till yrkesmedicinska kliniken i Örebro, då också arbetsplatsutredning ingick.

För att få behörighet som specialist i företagshälsovård av Socialstyrelsen kommer det nu att krävas två års tjänstgöring inom FHV under handledning av utbildad handledare. SFLF har därför i samverkan med ALI utbildat ett 20-tal erfarna företagsläkare till handledare. De som fullgör sådan specialistutbildning kommer att registreras vid ALI. Genom denna organisation förväntas sidoutbildning genom tjänstgöring på yrkesmedicinska enheter förbli lika ovanlig som hittills.

2.2.2 Företagssköterskor

Arbetslivsinstitutet (ALI) i Solna ansvarar i dag för företagssköterskeutbildningen. Uppdraget har under två perioder funnits även i Lund: Under 8 år med totalt 14 kurser (20 poäng) fram till 1993, samt under åren 1997 – 2001 då vi genomfört två utbildningar (40 poäng) med 30 deltagare i varje. Dessa 40-poängsutbildningar läses på halvfart. Företagssköterskorna arbetar på sin företagshälsovårdsenhet och kommer till Lund för studieveckorna. Dess-

emellan görs individuella hemarbetsuppgifter, gruppuppgifter och inläsning. De olika delkurserna är:

Företagshälsovård, 10 p.	Läses löpande under de tre första terminerna.
Projektarbete, 5 p.	Görs under de tre första terminerna, och redovisas skriftligt och muntligt i seminarieform-2 x 2 studiedagar + 1 studievecka
Projektmetodik, 5 p.	Läses under de två första terminerna. Ligger till grund för projektarbetet -2x 3 studiedagar
Arbetsfysiologi, ergonomi och yrkesmedicin, 10 p.	Läses under de två första terminerna 4 studieveckor
Arbetspsykologi och Arbetsorganisation, 5 p.	Läses under tredje terminen - 2 studieveckor
Folkhälsa och folkhälsoarbete, 10 p.	Läses fjärde terminen - 4 x 3 studiedagar

Både i Solna och i Lund har företagssköterskor från hela landet antagits. Prioritering vid antagningen har gjorts efter tjänstgöringstid inom företagshälsovården. På ALI finns inte examinationsrätt, och därför etablerades där ett samarbete med Institutionen för omvårdnad, Karolinska Institutet. På Avd för Yrkes- och miljömedicin finns inte detta problem, eftersom vi tillhör Lunds universitet.

Riksföreningen för företagssköterskor arbetar aktivt med utbildningsfrågorna, och önskar inte att man ändrar på utbildningens uppläggning eller antal poäng i nuläget.

3 Ett regionalt perspektiv

Företagshälsovården utgör tillsammans med primärvården den "första linje" där arbetsrelaterade problem/sjukdomar identifieras. De yrkes- och miljömedicinska klinikerna är resurser att repliera på då särskilda resurser eller särskild kompetens krävs. Om denna "första linje" inte fungerar finns dels risk för att en betydande andel av de problem som finns inte upptäcks, dels för att enkla problem handläggs på en alltför hög nivå.

Ett fungerande samarbete mellan de yrkes- och miljömedicinska klinikerna och företagshälsovården förutsätter goda nätverk. Klinikerna arbetar systematiskt för detta, bl.a. med regelbundna kontakt- och utbildningsdagar. Under den omstrukturering som skett inom företagshälsovården har detta ar-

bete varit svårt. Vår känsla är att nya nätverk inte byggts upp i samma takt som de gamla försvunnit.

Konkret har vi på Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund erfarenheten att nätverken som byggts upp under företagssköterskeutbildningen hos oss är till stor ömsesidig nytta för oss och för de företagssköterskor som arbetar inom vår region.

Ur ett regionalt perspektiv är det således väsentligt dels att det finns en väl fungerande företagshälsovård, dels att det finns goda nätverk mellan den, primärvården och de yrkes- och miljömedicinska klinikerna. Regionalt baserad grundutbildning och vidareutbildning är ett sätt att dels avhjälpa kapacitetsproblem, dels stärka nätverken.

4 Förslag till regionalt baserad basutbildning för företagsläkare och företagssköterskor

Vi föreslår att de yrkes- och miljömedicinska klinikerna i Lund och Göteborg får i uppdrag att genomföra basutbildning för företagssköterskor och företagsläkare.

Båda klinikerna har en bred kompetens (yrkesmedicin, toxikologi, ergonomi, yrkeshygien, beteendevetenskap, biostatistik), lång tradition i ett tvärfackligt arbetssätt, god tillgång på forskarutbildade (25 disputerade i Lund, 11 i Göteborg) och undervisningsvana medarbetare, som under en följd av år samarbetat med företagshälsovården kring konkreta problem. Kliniken i Lund har Södra sjukvårdsregionen med 1,5 milj. invånare som upptagningsområde, kliniken i Göteborg Västra Götaland med ungefär lika stor befolkning. Rekryteringsbasen och kompetensen för att bedriva utbildningen torde därmed vara tillfredställande.

Förslaget syftar till att: 1) genom en regional förankring under basutbildningen skapa nätverk som sedan kan användas i den fortsatta verksamheten, 2) medverka till att lösa den bristande kapacitet för dessa utbildningar som finns på nationell nivå, 3) underlätta tvärfackligt arbete inom företagshälsovården genom att bedriva viss undervisning tvärfackligt, 4) underlätta forsknings- och utvecklingsarbete inom företagshälsovården genom att skapa nätverk med universitetsinstitutioner inom yrkes- och miljömedicin respektive samhällsmedicin, 5) säkra utbildningarnas kliniska relevans genom anknytningen till de yrkes- och miljömedicinska klinikerna.

En utökning av företagsläkarutbildningens kursinnehåll redan nu vore önskvärd, men är för närvarande svår att genomföra pga. företagsläkarnas arbetsituation. Diskussioner pågår med Svenska företagsläkarföreningen (Johnny Johnsson) för att utröna om en smärre utökning är möjlig under rådande förhållanden.

Huvudmannskapet för utbildningarna på departementsnivå (utbildningsdepartement, näringsdepartement) kan behöva klarläggas. En rimligt lång kontraktstid för utbildningarna är viktig. Utbildningarna beräknas kunna utannonseras ca 4-6 månader efter ev. fattat beslut.

4.1 Företagssköterskor

Basutbildningen föreslås ha jämfört med tidigare oförändrad omfattning (40 poäng), kurstakt (halvtid) och längd (2 år), samt deltagarantal (30 per kurs). Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund, föreslås vara huvudansvarig. Kursen föreslås vara öppen för deltagare från hela landet, men i huvudsak inrikta sig på att rekrytera deltagare från Södra och Västra sjukvårdsregionerna.

Kursmoment förläggs både till Lund och Göteborg.Handledning för de seminariearbeten (5p) som skrivs inom utbildningen sker så långt som möjligt med handledare från den Yrkes- och miljömedicinska klinik inom vars region sjuksköterskan arbetar.

Undervisningen i folkhälsoarbete sker i samarbete med Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset i Malmö.

Gemensam undervisning med företagsläkarutbildningen planeras för områdena: Företagshälsovårdens arbets sätt, lagstiftning, ekonomi, arbetspsykologi och organisationsfrågor, eventuellt även delvis för rehabilitering och projektmetodik.

4.2 Företagsläkare

Basutbildningen föreslås preliminärt ha jämfört med tidigare oförändrad omfattning (20 poäng), kurstakt (halvtid). Kursen beräknas löpa över 1 år och ha 20 deltagare per kurs. Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Göteborg, föreslås vara huvudansvarig. Kursen föreslås vara öppen för deltagare från hela landet, men i huvudsak inrikta sig på att rekrytera deltagare från Södra och Västra sjukvårdsregionerna.

Kursmoment förläggs både till Lund och Göteborg. Praktik vid företagshälsovårdscentral handleds liksom tidigare av en annan lokalt verksam företagsläkare. I kursen ingår som tidigare mindre seminariearbeten, men som nu så långt som möjligt planeras ha handledare från den Yrkes- och miljömedicinska klinik inom vars region läkaren arbetar. Vidare tillkommer kliniskt arbete vid den regionala yrkes- och miljömedicinska kliniken, med handledning.

Undervisningen i folkhälsoarbete sker i samarbete med Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset i Malmö.

Gemensam undervisning med företagssköterskeutbildningen planeras för områdena: Företagshälsovårdens arbetssätt, lagstiftning, ekonomi, arbetspsykologi och organisationsfrågor, eventuellt även delvis för rehabilitering och projektmetodik.

Den pågående diskussionen om en ny sammanslagen specialitet i företagshälsovård- och yrkes- och miljömedicin kan leda till att sådana utbildningsplatser skapas vid regionsjukhusen. Utbildningstiden blir dock lång (5 år) och utbildningskapaciteten kommer att byggas upp gradvis under åtminstone en 5-års period efter fattat beslut. Specialistföreningarna i yrkes- och miljömedicin, respektive företagshälsovård, är överens om att under ett uppbyggnadsskede måste utbildning till företagsläkare beredas på annat sätt. Det är också oklart om en total utfasning av den gamla utbildningsmodellen kommer att ske, eller om företagshälsovården kommer att ha läkare med två kompetensnivåer: en med inriktning på prevention-riskbedömning med den nya sammanslagna specialiteten, en med fullständig specialistutbildning inom annat område (t.ex. allmänmedicin, ortopedi), som inom företagshälsovården bedriver sjukvårdsverksamhet huvudsakligen på dessa områden, men har företagsläkarkompetens (gamla utbildningen).

5 Basutbildningsbehov för andra personalkategorier

Den speciella åldersprofilen inom företagssköterske- och företagsläkarkåren med kommande höga pensionsavgångar, tillsammans med kö till utbildningsplatserna, gör satsningar på dessa utbildningar särskilt angelägna. Det har framförts till oss från representanten för Föreningen teknisk företagshälsovård (FTF; Per-Arne Hambert) i referensgruppen för Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund, att samma åldersprofil finns för skyddsingenjörer/arbetsmiljöingenjörer. Här finns ingen översökning av utbildningsplatser. Enligt FTF beror detta på att man från företagshälsovårdsföretagens sida är obenägen att avsätta arbetstid för utbildningen. Om en förändring sker så att incitamenten för detta blir starkare, skulle därför sannolikt snabbt en brist på utbildningsplatser kunna uppkomma. Vi föreslår att man tittar närmre på detta.

För företagssjukgymnaster varierar situationen sannolikt över landet. Vi har från en lokalt verksam företagssjukgymnast i Södra sjukvårdsregionen med lång erfarenhet (Maj Jönsson) fått påpekande om att man i Sydsverige har en hög medelålder för företagssjukgymnasterna beroende på den utbildning som tidigt bedrevs vid Sjukgymnastinstitutet i Lund. Hon påpekar också att utbildning inom sjukvårdsområdet prioriteras av företagshälsovårdsföretagen. Man behöver därför styra så att utbildningar inom arbetsmiljöområdet skapas och också se över styrmedlen så att företagshälsovårdsföretagen motiveras för att skicka dit sina gymnaster. Vi föreslår att man ser över basutbildningsbehov och åldersstruktur bland företagssjukgymnaster-

na. Om behov finns av ytterligare utbildningsplatser finns goda förutsättningar för att skapa detta i Lund i ett samarbete mellan Sjukgymnastinstitutet och Yrkes- och miljömedicinska kliniken. Starka forskargrupper med ergonomisk inriktning och omfattande undervisningsvana finns på båda ställena, samt en klinisk anknytning vid Yrkes- och miljömedicinska kliniken.

6 Behov av vidareutbildning, forskning och utveckling

De snabba förändringarna i arbetslivet och den kunskapsmassa företagshälsovården skall grunda sitt arbete på, liksom en förändring av samhällets uppdrag till företagshälsovården (rehabilitering, ev. även folkhälsoarbete), ställer höga krav på möjligheten att bygga på basutbildningen med nya områden, fördjupa områden som redan ingår i utbildningen och uppdatera sig inom de områden där man redan har tillräcklig kompetens.

Utbildningsdagar för företagshälsovården anordnas regelbundet av de yrkes- och miljömedicinska klinikerna. Enstaka kurser ges också av olika universitet och högskolor, ofta i samarbete med Arbetslivsinstitutet. Vårt intryck är att det i stor utsträckning saknas längre kurser specifikt inriktade mot företagshälsovårdens behov. Det är angeläget att kartlägga detta och skapa samhällsstöd-incitament för att bygga upp strukturer som täcker detta och för att motivera företagshälsovårdsföretagen att sända dit sina medarbetare. Vi har fått påpekande om behovet särskilt från FTF (Per-Arne Hambert) och en företagssjukgymnast (Maj Jönsson).

Behovet att utveckla metodiken i företagshälsovårdens arbete är stort. Stora datamängder om hälsa, välbefinnande och arbetsförhållanden samlas in vid återkommande hälsokontroller, men utnyttjas i alltför liten utsträckning för att identifiera problem och utvärdera interventioner. Vidare hanteras hälso-data från enskilda individer nästan uteslutande som tvärsnittsdata trots att man har upprepade mätningar från samma individ, vilket ger sämre möjlighet att tidigt upptäcka en onormal utveckling både på individuell nivå och gruppnivå.

Utvecklingen av området kräver också att det finns en kritisk massa av personer med forskarkompetens. Denna nivå är inte uppnådd. Det finns ett behov av forskarutbildning för företagshälsovårdens personal. En strategi behöver formuleras för att skapa rimliga förutsättningar för forsknings- och utvecklingsarbete inom företagshälsovården. Enligt vår uppfattning skulle en anknytning av utbildningarna till de yrkes- och miljömedicinska klinikerna kunna vara en del av detta, därför att kontakter skapas med forskningsaktiva på arbetsmiljöområdet, liksom, via Samhällsmedicinska institutioner, med forskningsaktiva inom folkhälsoområdet.

För de yrkes- och miljömedicinska klinikerna i Göteborg och Lund
Gunnar Ahlberg
Överläkare, docent
Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Göteborg

Maria Albin
Överläkare, docent, verksamhetschef
Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund

Kerstin Diab
Regionmiljösköterska
Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund

Mats Hagberg
Överläkare, professor, verksamhetschef
Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Göteborg