

6 Internationell utblick

Utredningen har besökt Nederländerna, Finland och Danmark som i olika avseenden har en tydlig politik för företagshälsovården och dess användande. Vid besöken genomfördes träffar med regeringstjänstemän och andra myndighetsföreträdare, arbetsmarknadens parter (i Finland deltog dock inte arbetsgivarsidan) samt företrädare för ländernas företagshälsovårdsbransch.

I detta kapitel beskrivs ländernas företagshälsovårdssystem och angränsande frågor. Framställningen bygger på den information som inhämtades muntligen och skriftligen i samband med besöken. Sist i kapitlet ges några avslutande kommentarer.

6.1 Nederländerna

Arbetsmiljö och företagshälsovård

Den nederländska arbetsmiljölagen antogs år 1998 och är en utpräglad ramlag med bestämmelser liknande dem som finns i AML om systematiskt arbetsmiljöarbete, krav på förebyggande åtgärder, anpassning av arbetsmiljön till individernas olika förutsättningar, m.m. Mer detaljerade bestämmelser finns i förordningar.

Arbetsgivaren ska använda certifierad företagshälsovård för riskinventering och riskbedömning (se dock nedan angående ändringar i denna skyldighet). Därtill måste företagshälsovård användas under sjukfrånvaro, i vart fall sådan som sträcker sig över en längre period. Företagshälsovården ska bedöma den sjukskrivnes hälsotillstånd och rehabiliteringsbehov, föreslå åtgärder för återgång till arbete och stödja den anställdes återgång. Arbetsgivaren och arbetstagaren ska tillsammans med företagshälsovården göra en ”rehabiliteringsplan”. I den ska antecknas vilka åtgärder som ska vidtas för att återfå den sjuke tillbaka i jobb. Inom fyra veckor ska en analys vara gjord av problem och behov. Inom sex veckor ska

planen vara färdig. Företagshälsovården ska följa upp genomförandet av planen var sjätte vecka. Mot slutet av sjuklöneperioden ska företagsläkaren skicka rapport till socialförsäkringsmyndigheten, UWV.

Företagshälsovården kan vara antingen inbyggd eller extern. Arbetsgivaren ska konsultera de anställda vid anslutning till företagshälsovård och i samband med inköp av sådana tjänster.

Den nederländska lagstiftningen om obligatorisk användning av företagshälsovård måste emellertid ändras i vissa avseenden efter en dom i EG-domstolen¹. Domen gällde genomförandet av EG:s s.k. ramdirektiv på arbetsmiljöområdet². Domstolen slog fast att direktivet ställer krav på att det ska finnas ett internt organiserat arbetsmiljöarbete i företagen/förvaltningarna och att extern expertis ska anlitas först om den interna är otillräcklig. Den obligatoriska anslutningen till företagshälsovård kvarstår därmed för frågor om sjukfrånvaro och rehabilitering. Beträffande förebyggande arbetsmiljöarbete medför dock domen att företagshälsovården kan användas endast om den interna kompetensen inom företaget/förvaltningen inte kan lösa problemet.

Därtill finns ett förslag från regeringen om att arbetsgivaren kan komma överens med facket eller med arbetstagarrådet på företaget (som ska finnas på arbetsplatser med minst 50 anställda) om att i stället för företagshälsovård ha en intern resurs i företaget motsvarande företagshälsovård. Småföretagens situation utgjorde en anledning till detta förslag

En certifierad företagshälsa ska kunna utföra åtminstone följande:

- inventering av hälsorisker
- konsultationer för arbetstagare
- periodiska hälsoundersökningar
- undersökningar före anställning
- rehabilitering av sjuka.

En certifierad företagshälsa ska vara sammansatt av läkare med specialistkompetens inom arbetsmedicin, säkerhetsexpert (arbetsmiljöingenjör), arbetshygienist och beteendevetare.

Ett ackrediteringsinstitut godkänner de företag som certifierar företagshälsorna. Certifieringen gäller i fyra år, med årliga

¹ EG-domstolens dom den 22 maj 2003 i mål nr C-441/01.

² Rådets direktiv 89/391 EEG av den 12 juni 1989 om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet (EGT nr L183, 29.6.1989, s. 1).

revisioner. Representanter för staten, arbetsmarknadsparterna och branschorganisationen sitter med i institutets styrelse. På social- och arbetsministeriet finns en förteckning över certifierade företagshälsor.

Företagshälsovårdsbranschen

Före obligatoriets införande var företagshälsorna icke vinstdrivande organisationer som drevs gemensamt av anslutna företag och fackföreningar. Efter obligatoriets införande uppstod nya företagshälsor och under en period fanns 5 000-6 000 företagshälsovårdsföretag/-enheter. Antalet har dock minskat kraftigt. Marknaden domineras nu av fem stora företag som har 80 procent av marknaden. Därtill finns ett antal mindre som ger service åt vissa företag och några som verkar lokalt med fack och arbetsgivare som ägare. Det finns f.n. ca 50 externa företag och lika många interna enheter.

Omsättningen har vuxit markant. År 2001 var omsättningen för de externa företagen 703 miljoner Euro, vilket var en ökning med tretton procent jämfört med föregående år. Inget statsstöd förekommer, verksamheten betalas helt av kunderna.

Antalet anställda är ca 9 500, varav drygt 2 000 är läkare. Branschen förutsätts själv svara för forskning och utveckling. Staten organiserar inget. Därför har branschen gått samman i en forskningsfond.

Kunderna betalar i genomsnitt 120 euro per anställd och år för företagshälsovårdstjänster.

Sjuklön

År 1997 infördes regler om sjuklön under ett år. Sjuklönen motsvarar 70 procent av ordinarie lön. Därtill kommer normalt kollektivavtalade tillägg som ersätter inkomstbortfallet upp till 100 procent. För dessa kostnader är arbetsgivaren i regel försäkrad. Premierna speglar sjukfrånvaron på företaget. Sedan den 1 januari 2004 betalar arbetsgivaren sjuklön i två år. Regeringen har uppmanat parterna att inte avtala om tillägg utöver 70 procent för det andra året i sjuklöneperioden. Nederländerna saknar heltäckande statistik över sjukfrånvaro eftersom ersättningarna regleras privat.

”Grindvaktsbestämmelser”

Efter 38 veckors sjukfrånvaro skickas en rapport till UWV om hur återgång i arbete ska bli möjligt och vilka rehabiliteringsåtgärder som har vidtagits. I samband med ansökan om förtidspension gör UWV en bedömning av om tillräckliga åtgärder har vidtagits och om den anställde ska erhålla förtidspension. För det beslutet gör försäkringsläkaren en bedömning av restarbetsförmågan, på basis av uppgifterna från företagsläkaren.

När sjuklöneperioden i år förlängs till två år trodde företrädare för UWV att man skulle behålla tidsgränsen vid 38 veckor, som en ”kontrollstation”, och att det slutliga ställningstagandet till förtidspension tas ett år senare.

Om rehabiliteringsplan saknas eller om det är uppenbart att åtgärder inte har vidtagits, kan UWV avslå ansökan om förtidspension. Då kan arbetsgivaren få betala sjuklön under längre tid. Alternativt kan den anställde förlora sin rätt till sjuklön.

Arbetsgivaren är skyldig att omplacera den som inte längre kan arbeta med sina ordinarie uppgifter. Om omplacering inte går och den anställde förtidspensioneras kan arbetsgivaren straffas genom att få betala högre arbetsgivaravgift under fem år (gäller ej småföretagare).

Förtidspensionering

I Nederländerna finns ingen särskild arbetsskadepening. För all hel eller delvis frånvaro, oberoende av orsak, erhålls efter sjuklöneperioden förtidspension. År 2002 mottog 979 000 personer hel eller delvis ersättning från denna försäkring. Det internationellt sett höga antalet förklaras enligt regeringens informationsbroschyr delvis av att försäkringen även inbegriper arbetsskador.

Arbetsgivarens avgifter till systemet beror på bl.a. hur många anställda som förtidspensioneras. För varje ny förtidspension blir avgiften högre. Dessutom kan som nämnts arbetsgivaren i de fall han eller hon inte har fullgjort sin rehabiliteringsskyldighet och den anställde ges förtidspension, bli skyldig att betala en särskild avgift i fem år.

Beslut om förtidspension gäller fem år, varefter omprövning sker.

Regeringen har lagt förslag om ändringar i systemet, med starkare ansvar för arbetsgivare och med större incitament att förebygga sjukdom, som man hoppas ska träda ikraft 2006. Bl.a. ingår förslag att vid nedsatt arbetsförmåga om högst 35 procent ska arbetsgivaren fortsatt se till att sysselsätta personen i fråga. Endast vid minst 80 procents nedsättning av arbetsförmågan ska man kunna få hel förtidspensionering. Vid nedsatt arbetsförmåga med mellan 35 och 80 procent är avsikten att personen i fråga ska vara kvar på arbetsmarknaden. Arbetsgivaren ska dock då inte längre vara tvingad att ha honom eller henne kvar i anställning.

Synpunkter på systemet

De företrädare som utredningen träffade lämnade följande synpunkter på systemet.

Arbetstagarsidan och myndighetssidan verkade generellt sett nöjda med det nuvarande systemet bestående av å ena sidan skyldigheten för arbetsgivaren att använda sig av företagshälsovård och å den andra av sjuklöne- och socialförsäkringsbestämmelserna. Båda två pekade på att sjukfrånvaron sjunkit under senare år, från en tidigare mycket hög nivå. Likaså hade inflödet till förtidspensionering minskat. Socialförsäkringsmyndigheten ansåg att detta till övervägande del berodde på sjuklöne- och socialförsäkringsreglerna, särskilt grindvaktsbestämmelserna.

Arbetsgivarsidan å andra sidan var mycket kritisk till kravet om obligatorisk anslutning till företagshälsovården. Man pekade på de mycket starka ekonomiska incitament som finns i sjuklöne- och grindvaktsbestämmelserna för arbetsgivare att se till att ohälsa undviks, och menade att det mot en sådan bakgrund bör vara upp till varje enskilt företag att bestämma vilka hälsofrämjande och rehabiliterande åtgärder som ska vidtas. Man hoppades att de ändringar av kravet på anslutning till företagshälsovården som nu är aktuella på sikt ska leda vidare till ett avskaffande av obligatoriet.

Den fackliga sidan och arbetsgivarsidan ansåg båda två att det var för litet fokus på förebyggande arbetsmiljöarbete i lagreglerna om företagshälsovård. Samtliga vi träffade ansåg att reglerna om företagshälsovård var dåligt anpassade till de små företagens situation. Särskilt arbetsgivarsidan framhöll att systemet i hög grad medförde att arbetsgivare skaffade sig minimikontrakt med företagshälso-

vården, dvs. fokus var på att leva upp till lagreglerna om företagshälsovård, inte att få till stånd förbättringar i arbetsmiljön.

Branschföreträdarna konstaterade att EG-domsolens dom kommer att leda till att företagen och förvaltningarna måste ta hand om mer av det förebyggande arbetet själva. Branschen förberedde emellertid strategier för att kunna bistå arbetsgivarna i detta arbete.

6.2 Finland

Allmänt om företagshälsovården

I Finland finns en särskild lagstiftning om företagshälsovård och en utvecklad offentlig styrning. Dessutom finns ett ekonomiskt stöd. Arbetsgivaren får en drygt 50-procentig återbäring av kostnader för företagshälsovård. Ersättning utgår för såväl förebyggande företagshälsovård som sjukvård för tillstånd som påverkar arbetsförmågan.

Den finska motsvarigheten till primärvård, kommunala hälsocentraler, har en lagstadgad skyldighet att anordna och producera företagshälsovårdstjänster mot betalning.

Företagshälsovården kan organiseras på olika sätt. Nedanstående tabell visar omfattningen av de olika alternativen. År 2000 fanns 1 038 enheter i Finland.

Tabell 6.1. Driftsformer

<i>Driftsform</i>	<i>Andel av anställda, procent</i>	<i>Andel av företag, procent</i>
Kommunal hälsocentral	37	61
Inbyggd	25	2
Gemensamt ägda centraler	6	4
Privata läkarcentraler	22	33

Företagare kan ansluta sig till företagshälsovård. Av de totalt 1,75 miljoner personer som hade tillgång till företagshälsovård år 2000 var 56 300 företagare, varav den största gruppen var jordbrukare. Det innebär att 85 procent av den finska arbetskraften har tillgång till företagshälsovård. Räknar man andelen på enbart löntagare blir

täckningsgraden 90 procent. Det finns skillnader beträffande tillgång till företagshälsovård mellan olika branscher. Sämst är det i kommunal sektor med en täckningsgrad på 69 procent.

Snittkostnaden per anställd för företagshälsovård uppgavs ligga på ca 200 euro per anställd och år. De totala kostnaderna för företagshälsovård från försäkringssystemet uppgår till ca 300 miljoner euro. Sjukvårdsersättningen är 150 miljoner euro. Finansieringen kommer från arbetsgivarna och löntagarna. Dessutom finns en statlig garanti som faller ut om inte dessa medel räcker.

De privata företagshälsorna har ökat i antal och bedriver en aktiv marknadsföring. Vissa företag med inbyggd företagshälsa har sålt ut den för att koncentrera sig på sin kärnverksamhet. Det finns tendenser till att branschen får ett ökande inslag av rikstäckande kommersiella företag.

Ministeriet har i år börjat arbeta intensivt med hälsocentralerna, t ex med nätverksbyggande mellan centralerna. Många är nämligen så små att de inte kan organisera egen företagshälsovårdsverksamhet med tillräcklig kompetens. Det räcker inte med att ha en kontaktperson gentemot kundföretagen. Det måste också finnas möjligheter att arbeta multidisciplinärt.

Lagstiftningen

Enligt företagshälsovårdslagen är arbetsgivaren skyldig att anordna företagshälsovård och stå för kostnaden. Skyldigheten inträder så fort det finns någon anställd (tillfälligt anställda omfattas dock inte). Det är inte förbjudet att använda flera producenter, men rekommendationen och det normala är att man använder en leverantör. Vilken omfattning och verksamhet som behövs beror på omständigheterna på arbetsplatsen.

Om det skulle uppstå oenighet om huruvida arbetsgivaren verkligen anskaffat tillräckliga företagshälsovårdsresurser blir det ett fall för arbetarskyddsinspektionen. Det finns dock inga exempel på fall som drivits den vägen.

Lagstiftningen kan inte ersättas av avtal. Det finns dock vissa kompletterande regler i kollektivavtal, men inte av någon väsentlig betydelse. Det handlar t.ex. om krav på hälsoundersökningar utöver vad lagen stipulerar. Andra avtalsexempel gäller utvecklandet av företagshälsovård för vissa branscher, t ex med korttidsanställda (bemanningsbranschen).

Det ska finnas ett avtal om tjänsterna mellan leverantören och kundföretaget. För inbyggd företagshälsa ska motsvarande beskrivning göras av arbetsgivaren. Av avtalet ska framgå de allmänna arrangemangen och tjänsternas innehåll och omfattning. Bakgrunden till att regeln kom till är att de kommunala hälsocentralerna har haft stora svårigheter att få betalt. Kundföretagen har sett den service de får som viken sjukvård som helst och inte sett någon anledning att betala för det som för konsulttjänster. Om avtal finns, finns också ett betalningsansvar.

Verksamheten

Lagen beskriver hur samarbetet mellan företagshälsan och kunden ska gå till. En väsentlig komponent i detta är den verksamhetsplan för användandet av företagshälsovård som ska upprättas. Bestämelsen kom till efter krav från de fackliga organisationerna. Dessutom ska genomförandet och verkningarna av företagshälsovården utvärderas. Det är ganska vanligt att verksamhetsplanen görs gemensamt av arbetsgivaren, arbetarskyddet (motsvarande skyddskommittén) och företagshälsan. En grund är företagshälsans riskanalyser, arbetsplatsutredningar och arbetsplatsbesök. Tvärvetenskap eftersträvas genom medverkan av beteendevetare och tekniker.

Hälsoundersökningar är obligatoriska i vissa arbeten men i övrigt frivilliga. Företagshälsovården gör ca en miljon hälsoundersökningar varje år (dvs. halva arbetskraften om alla undersöks en gång).

Att företagshälsovården bedriver sjukvård anses vara en viktig informationskälla. Skillnaden mellan den allmänna hälsovården och företagshälsovården anses vara mycket stor när det gäller sjukskrivningsprocessen. Underlaget blir mycket bättre med företagsläkare. Ungefär hälften av tjänsterna avser sjukvård.

Centralt samarbete

Det finns en lagstadgad central delegation för företagshälsovård. Delegationen leds av Ministeriet på hög tjänstemannanivå. Arbetsmarknadens parter och berörda centrala ämbetsverk är representerade. Uppgiften är att planera och utveckla företagshälsovården.

Det bör noteras att i Finland finns en stark tradition av samråd och samverkan mellan alla inblandade aktörer.

Det bör också nämnas att regeringen har skaffat sig instrument i form av bl. a. lagstiftning och bidragsregler för att styra företagshälsovården som en del av den nationella folkhälsopolitiken. Det utvecklingsprogram, "Hälsa i arbetslivet 2015 – Utvecklingslinjer för företagshälsovården", som det ansvariga statsrådet antog i vintras är ett tydligt exempel på det.

Personal och utbildning

De läkare och hälsovårdare (motsv. sjuksköterskor) som har heltidsanställning (= minst 20 timmar/vecka) och ska vara specialistutbildade har till 90 procent specialistutbildning inom företagshälsovård. Målet är att alla ska ha det. Specialistkompetens är viktigt därför att hälsovårdspersonalen på arbetsplatserna måste kunna arbetsorganisations- och ledningsfrågor och veta hur företag fungerar.

För övrig personal – i lagen kallade sakkunniga – är bestämmelserna något mindre exakta. Skälet är att det inte finns någon reglering av vilka icke-medicinska personalgrupper som ska finnas.

Enligt lagen är arbetsgivaren skyldig att se till att den företagshälsa som anlitas har tillräcklig kompetens. I lagen fastslås också företagshälsovårdspersonalens oberoende. Leverantören har skyldighet att se till att personalen fortbildas i tillräcklig utsträckning, dock minst var tredje år.

Alla som börjar inom företagshälsovård måste genomgå erforderlig utbildning inom två år. För heltidstjänstgörande läkare kräver specialistkompetens sex års utbildning. För övriga läkare och för sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter är utbildningstiden, utöver grundkompetens inom respektive yrke, sju veckor. För övrig personal, t ex ergonomer, omfattar företagshälsovårdsutbildningen en vecka.

Synpunkter på systemet

De företrädare som utredningen träffade lämnade följande synpunkter på systemet.

Finland anses ha Europas mest utvecklade företagshälsovård med en täckningsgrad på över 90 procent av alla anställda. Den har en lång tradition och bygger på en grundläggande samsyn mellan alla aktörer, inklusive arbetsmarknadens parter.

Det fanns en viss tveksamhet till utvecklingen mot större mer rikstäckande företag, bl.a. genom uppköp av mindre företagshälsor. Ministeriet menade att utvecklingen inte var positiv eftersom de privata leverantörerna inte känner till kundföretagen så bra. Inom ministeriet funderar man över hur förstärkningar ska kunna ske av alternativen inbyggd och gemensam företagshälsovård.

Allmänt sett var ett intryck av de synpunkter som lämnades att den service de små hälsocentralerna ger mer var av karaktären ”skylt på dörren” än multidisciplinär företagshälsovård i egentlig mening.

På frågan om hälsocentralerna verkligen hinner med arbetsplatsbesök i tillräcklig omfattning gavs svaret att de inte hinner med alla. Men det finns ungefär 220 000 företag i Finland och företagshälsorna gör cirka 160 000 arbetsplatsbesök per år. Det är framför allt småföretag som inte besöks. I vissa branscher finns dock ingen eller endast mycket begränsad företagshälsovård. Det gäller t.ex. uthyrningsföretag.

Ungefär hälften av företagshälsovårdstjänsterna avser sjukvård. Ministeriet tycker att detta inte är idealiskt – det borde ligga mellan 40 och 50 procent. Samtidigt är det en mycket bestämd uppfattning att företagshälsovård som enbart är preventiv inte kan fungera.

Från fackligt håll finns en del kritik mot framför allt resursbrist.

6.3 Danmark

Allmänt

Regeringen träffade i februari 2004 en uppgörelse med Dansk Folkeparti och Radikale Venstre om en ny arbetsmiljöreform, som radikalt förändrar förutsättningarna för den danska motsvarigheten till företagshälsovård, bedriftssundhetstjenesten (BST). Folketinget har fattat beslut om att genomföra reformen. Ikraftträdandet sker den 1 januari 2005, men vissa bestämmelser som är nödvändiga för övergången till det nya systemet, bl.a. vad gäller Arbejdstilsynets (motsvarande Arbetsmiljöverket) verksamhet, trädde i kraft redan 1 juli 2004.

Hittillsvarande system

BST är föreningar eller icke-vinstgivande företag, som inrättats av arbetsgivare gemensamt eller enskilt. För att få kalla sig BST ska de uppfylla BST-kungörelsens krav (organisation, uppgifter, personal, kvalitetssystem mm) och vidare godkännas av DANAK (Den Danske Akkrediterings- og Metrologifond). Antalet BST:er hade minskat från 130 vid dessa kvalitetskravs införande till drygt 40 i dag.

Uppgifterna liknar dem i Sverige: BST ska genom rådgivning och deltagande i planering bistå i arbetet med att förebygga arbets-skador och främja de anställdas sundhet och säkerhet. Rådgivningen ska vara förebyggande och helhetsorienterad och stötta företagens interna arbetsmiljöarbete. Men till skillnad från Sverige är verksamheten nästan uteslutande inriktad på förebyggande arbete. Sjukvård förekommer knappast och andelen läkare och sjuksköterskor är liten.

Det finns 600–700 ”faglige konsulenter”, dvs. specialister, i BST-systemet.

Inom vissa branscher är användningen av BST obligatorisk, bl.a. huvuddelen av industrin, bygg- och anläggning, delar av social- och sundhetssektorn, delar av hotell- och restaurang. Ca en tredjedel av arbetskraften omfattas av kravet. De BST-pliktiga företagen kan själva avgöra vilken BST de ska vara medlem av. De kan också välja att gå samman och upprätta en gemensam BST eller ha inbyggd BST.

Styrningen av BST sker genom en styrelse som representerar de anslutna företagen, paritetiskt sammansatt med representanter både för arbetsgivare och anställda. Företagen betalar en avgift motsvarande 0,6 timmars arbetsmiljörådgivning per anställd och år. Avgiften (timpriset) varierar. Snittet 2002 var ca 450 kr per anställd och år.

Sjukfrånvaro och sjuklön

Sjukfrånvaron i Danmark är ungefär hälften mot i Sverige. Den är högre i offentlig än i privat sektor. Arbetsgivaren betalar sjuklön de första två veckorna. Därefter får arbetsgivaren ersättning för sjuklönekostnader upp till en viss nivå från kommunen, som i sin tur får ersättning från staten. Det är vanligt att det utöver den lag-

stadgade sjukpenningnivå utgår ersättning enligt kollektivavtal som innebär att arbetsgivaren betalar hela (offentlig sektor) eller del av (privat sektor) mellanskillnaden mellan sjukbidraget och ordinarie lön.

Det nya systemet

Systemet innebär att Arbejdstilsynet efter inspektion kan förelägga en arbetsgivare att anlita externa experttjänster. Inledningsvis kommer det att ta sju år att besöka alla 180 000 verksamheter (dvs. företag eller andra arbetsgivare), därefter blir det besök var tredje år. Arbejdstilsynet håller på att organiseras om från 14 kretsar till 4 tillsynscentra. 140 nya inspektörer ska anställas. Gången för screening och tillsyn är följande:

- Arbejdstilsynet gör ett oanmält screeningbesök. Som genomsnitt beräknas ett screeningbesök ta cirka 1,5 timme. Då värderar Arbejdstilsynet vilka verksamheter som har behov av ett mer genomgripande tillsynsbesök.
- Om verksamheten behöver rådgivning utifrån, kan Arbejdstilsynet vid det mer genomgripande tillsynsbesöket förordna om att en auktoriserad rådgivare ska användas; förordnandet kan vara av två slag:
 - ”problempåbud” om hjälp behövs för att lösa ett allvarligt och komplicerat problem, t ex med den psykiska arbetsmiljön
 - ”periodepåbud” om verksamheten inte klarar sitt arbetsmiljöarbete och samtidigt har problem med arbetsmiljön; perioden kan vara ett eller två år beroende på verksamhetens storlek.
- Rådgivare får väljas av verksamheten.

Oavsett denna screeningsordning kan Arbejdstilsynet alltid gå in och inspektera, t ex vid klagomål eller olyckor.

Under de första sju åren ”scannas” verksamheterna i en viss ordning. Först tas de som nu omfattas av BST-skyldighet. Samtidigt försvinner BST-skyldigheten enligt ett utfasningsschema för branscherna som sträcker sig från början av 2004 till slutet av 2008. För att ingen verksamhet ska känna sig ”fredad” kommer Arbejdstilsynet att genomföra ”förscanningar” i branscher som ligger långt

ned på prioriteringslista och ”efterscanningar” i redan scannade företag.

Det finns två sätt att undvika scanning:

- Verksamheter som kan dokumentera att de prioriterar en god arbetsmiljö kan få ett arbetsmiljöcertifikat. Arbetsmiljöcertifikat kan mot betalning utfärdas av ett av DANAK godkänt certifierings- och inspektionsorgan.
- Kollektivavtal mellan arbetsmarknadsparter på riksnivå, som innebär att parterna tar över kontrollen av att arbetsmiljölagen efterlevs; främst tänkt för delar av lagstiftningen, t ex på det psykosociala området. Det innebär att Arbejdstilsynets tillsynskompetens upphör. Överträdelser behandlas inom det arbetsrättsliga systemet. Om en facklig organisation inte vill driva en fråga återinträder Arbejdstilsynet.

Auktorisation enligt nya systemet

För att ge företagen möjlighet att välja rådgivare som bäst passar deras behov i förhållande till Arbejdstilsynets påbud etableras ett differentierat rådgivningssystem. En rådgivare kan bli auktoriserad inom ett eller flera arbetsmiljöområden (se bilden nedan) eller för att utföra rådgivning inom samtliga områden samt rådgivning om verksamhetens samlade arbetsmiljöinsats.

Kravene til det autoriserede rådgivningssystem kan illustreres således:



Anmærkning: APV betyder arbejdspladsvurdering og SiO sikkerhedsorganisation.

De virksomheder som fåt påbud om at anvende en viss expertis er skyldig at anlita rätt och auktoriserad kompetens.

En i dag godkänd BST kommer omedelbart efter ansökan att bli godkänd som rådgivare i det nya systemet. Det förväntas att också andra företag som i dag erbjuder rådgivning i fråga om t.ex. arbetslokaler utformning, produktionsanläggningar och produktionsprocesser kommer att vilja bli auktoriserade arbetsmiljörådgivare. Det kan handla om t ex rådgivande ingenjörsvirksamhet, processkonsulter mm.

Från början kommer det att vara Arbejdstilsynet som auktoriserar och kontrollerar rådgivarna, men på sikt kan uppgiften komma att tas över av privata eller offentliga verksamheter som har kvalifikationer för det. De första auktorisationerna kommer under hösten.

Synpunkter på det hittillsvarande systemet

De företrädare som utredningen träffade lämnade följande synpunkter på det hittillsvarande systemet.

Generellt kan sägas att systemet har förespråkats av arbetstagarsidan, som snarast velat bygga ut det till att omfatta fler sektorer. Även företagshälsovårdens branschorganisation har förespråkats det hittillsvarande systemet. Enligt dessa har BST haft en oberoende ställning och inte uppfattats som verktyg åt arbetsgivare eller fack, utan som en gemensam angelägenhet. Enligt LO är en viktig fördel med BST:erna att de tillämpar en helhetssyn, som är en tillgång när psykosociala problem blivit vanligare.

Enligt både branschen och LO har många kunder varit nöjda med BST och köpt mer tjänster än vad som varit nödvändigt enligt lagstiftningen. Det gäller även icke BST-pliktiga branscher. Å andra sidan har det funnits företag, ofta småföretag, som köpt ett minimum av tjänster enligt lagstiftningen men inte använt sig av BST. Det har i praktiken handlat om en betalningsskyldighet utan någon motprestation från BST-företaget, ett sätt att formellt uppfylla lagens krav. Enligt LO beror det på att BST koncentrerat sig på företag med en säkerhetsorganisation. För att minska det problemet ändrades BST-lagstiftningen för tre – fyra år sedan, så att det nu finns krav på att BST ska ta fram handlingsplaner för alla verksamheter, enligt LO en av de bästa nyheterna på flera år.

På arbetsgivarsidan har man framför allt sett tre problem med det nuvarande systemet:

- BST-obligatoriet kan ses som en slags avgift som ska betalas för en tjänst som det inte är säkert att man behöver.
- Det är framför allt de företag som har haft behov av experthjälp som inte har använt sig av tjänsterna.
- Kvaliteten på tjänsterna har varit för låg.

Regeringens uppfattning är att skyldigheten att ha företagshälsovård bör motiveras av verkliga behov, snarare än branschtillhörighet, vilket är fallet enligt det hittillsvarande systemet. Ändringen innebär att man går från ett vertikalt system, med obligatorisk anslutning i vissa branscher, till ett horisontellt system med obligatorisk användning av företagshälsovård där behov av sådan har konstaterats. Det hittillsvarande systemet har inte varit väl anpassat till småföretagen.

Synpunkter på det nya systemet

Följande synpunkter lämnades på det nya systemet.

Arbetstagersidan uttrycker starka betänkligheter mot det nya systemet. Det finns risk för att BST som begrepp kommer att försvinna, i vart fall försvinner det ur lagstiftningen och auktorisationssystemet. Man är tveksamma till om screening verkligen kommer att leda till att problemen hittas. Under 1,5 timme ska Arbejdstilynet hinna träffa arbetsgivare och representanter för arbetstagarna och dessutom gå genom arbetsplatsen. Risk finns för att man får svårt att hitta psykosociala problem.

Den fackliga sidan beskriver det nya systemet som reaktivt i stället för proaktivt – det förebyggande arbetet blir sämre, och även om ett påbud har lett till att en extern rådgivare löst ett problem finns inga garantier för att det inte uppstår igen.

Generellt sett är företagshälsovårdens branschorganisation kritisk till de ändringar som har beslutats. Man menar att det leder till en övergång från kontinuerlig rådgivning till enstaka köp då och då, det blir därmed svårare att bygga upp en långsiktig relation mellan företag/rådgivare. Man sätter frågetecken för att det nya auktorisationsförfarandet verkligen kommer att säkra helhetskunskap och kompetens om förebyggande arbete. Vidare sätts frågetecken för om offentliga verksamheter, vilka i dag har statsbidrag för användning av BST, kommer att kunna använda rådgivning i den omfattning man skulle behöva utan bidrag från staten. Man menar att ”straffet” i form av rådgivning utgör en dålig utgångspunkt för samarbete mellan verksamheten och rådgivaren.

Positiva aspekter på det nya systemet ansåg branschen vara att rådgivningsplikten i det nya systemet kommer att avse hela arbetsmarknaden, i stället för de 40 procent som omfattas av det nuvarande BST-obligatoriet. Det är också bra att det kan ske en differentiering av rådgivningsplikten beroende på vilka arbetsmiljöproblem som föreligger. För de små företagen innebär ett borttagande av reglerna som avgör hur omfattande BST-rådgivningstid som ska köpas (0,6 timma/per anställd) en förbättring.

På arbetsgiversidan välkomnas framför allt avskaffandet av det hittillsvarande systemet.

Det var bra att marknaden för arbetsmiljötjänster nu släpps fri och att efterfrågan kommer att styra utbudet. Ett problem har nämligen varit att företagen ofta har behov av hjälp med att lösa ett

specifikt problem, men att BST-företagen inte har kunnat erbjuda en sådan tjänst.

Arbetsgivarna tror att påbud om inköp av rådgivning kommer att ske endast undantagsvis. För det första kan man som arbetsgivare undvika påbud genom att arbeta förebyggande för en god arbetsmiljö. För det andra behöver inte eventuell kritik vid screening/inspektion leda till påbud om rådgivning – det kan räcka med att andra åtgärder vidtas. Dessutom blir det arbetsgivaren som själv bestämmer vilken rådgivare han eller hon ska köpa om ett påbuds-föreläggande faktiskt meddelas.

6.4 Avslutande kommentarer

Det finns vissa gemensamma drag i de tre ländernas företagshälsovårdspolitik, men också ganska mycket som skiljer. Alla tre har, i vart fall till nyligen, lagstadgade krav på arbetsgivare att använda företagshälsovård. I Nederländerna har reglerna ändrats i vissa avseenden och i Danmark frångår man kravet i de sektorer där obligatorium har förelagat. Där införs i stället ett system som kan sägas likna det svenska i så motto att användning av företagshälsovård kan bli resultatet av en myndighetstillsyn.

Ett annat gemensamt drag i de tre länderna är att man har haft svårigheter med att konstruera ett system som vilar på obligatorisk anslutning, som passar alla företag och förvaltningar. Särskilt problematiskt är systemen för de mindre företagen. Denna bedömning tycks delas av alla parter i de tre länderna. I det nya danska systemet görs vissa särlösningar för de mindre företagen. När det t.ex. gäller s.k. periodpåbud, upplyste Arbejdstilsynet om att föreläggandet för företag med högst 20 anställda kan avse en period om högst ett år. Motsvarande påbud till större företag kan avse högst två år.

Trots likheterna är det mer som skiljer ländernas politik åt, både vad avser i vilken ”kontext” företagshälsovårdsobligatoriet har införts och i fråga om synen på vad företagshälsovården ska ägna sig åt.

I Nederländerna infördes kravet om obligatorisk anslutning till företagshälsovården samtidigt med förändringar i fråga om sjuklön och förtidspension. En förhoppning om att reglerna skulle leda till minskad sjukfrånvaro var den viktigaste drivkraften. I Danmark har sjukfrånvaron varit och är alltså väsentligt lägre än i Nederländerna och t.ex. Sverige. Det bör dock konstateras att det är

mycket svårt att göra jämförelser mellan olika länder av nivåer i sjukfrånvaro. De förhållanden som bestämmer nivån på sjukfrånvaron varierar från land till land. Likaså finns skillnader i hur sjukfrånvaro registreras och redovisas i den offentliga statistiken.

I Nederländerna är sjukvårdsinslaget i företagshälsovården markant och den har en viktig roll under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Även i Finland är sjukvårdsdelen mycket tydlig. I Danmark däremot förekommer sjukvård i mycket ringa omfattning.

7 Vägval

7.1 Inledning

I utredningens uppdrag ligger ett antal frågor av strategisk betydelse för företagshälsovårdens utveckling: Är det dags att införa regler som leder till någon form av obligatorisk användning av företagshälsovård eller bör den nuvarande ordningen behållas, där företagshälsovård skall användas när så är påkallat av arbetsförhållandena? Bör det införas någon form av obligatorisk "kvalitetssäkring" av företagshälsovårdsutövarna eller skall sådana åtgärder alltjämt vara frivilliga för branschen? Bör perspektivet för företagshälsovårdens verksamhet förskjutas från ett grupp- och organisationsperspektiv till ett individperspektiv, genom att företagshälsovården ges en tydligare roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen? Hur mycket sjukvårdande verksamhet bör ingå i företagshälsovårdens uppgifter?

Hur dessa frågor besvaras har naturligtvis avgörande betydelse för vilken riktning utvecklingen tar. Samtidigt kan konstateras att de frågor som nu är aktuella har varit i stöpsleven under många år. I kapitel 2 beskrevs drygt fyrtio års utredande av företagshälsovårdsfrågorna och det är slående hur likartade utredningsuppdragen och frågeställningarna har varit genom åren. Ganska lite av allt utredningsarbete och alla förslag som diskuterats har dock fått genomslag i praktiken. Det är staten som initierat utredningarna, och staten har också gett uttryck för vilken inriktning företagshälsovården bör ha, men i praktiken har inte staten haft eller sett till att skapa instrument för att förverkliga ambitionerna. Sedan statsbidraget avvecklades har staten haft små möjligheter att påverka inriktningen av företagshälsovårdens verksamhet. Statens tilltro till att arbetsmarknadsparterna skulle lösa problemet har hittills kommit på skam. Hur företagshälsovården utvecklas har blivit en fråga för marknaden.

Den otydliga roll staten har haft med å ena sidan uttalade ambitioner och å andra sidan oförmåga eller ointresse att nå den utpekade ambitionsnivån har skapat osäkerhet hos alla inblandade aktörer: myndigheter, företagshälsovårdsbranschen och dess kundföretag, arbetsmarknadens parter, sjukvården.

Utredningen konstaterar att det är dags att samhället lägger fast en långsiktig inriktning av politiken. Det är bara på det sättet som det kan skapas klarhet och förutsebarhet om samhällets önskemål i fråga om företagshälsovård, och vilken roll staten respektive andra aktörer skall spela i sammanhanget.

Innan det tas ställning till uppdragets frågeställningar måste några grundläggande frågor som har att göra med företagshälsovården och dess användande övervägas. I detta kapitel redogörs för dessa frågor och läggs fast en inriktning för betänkandets fortsatta överväganden och utredningens konkreta förslag.

7.2 Utgångspunkter för ställningstaganden

Grundläggande frågor

En grundläggande fråga handlar om vilka samhällliga målsättningar som finns på de områden där företagshälsovården bedriver verksamhet och bedöma vilken betydelse företagshälsovården har för dessa målsättningar.

En annan fråga att överväga är vilka verksamhetsområden företagshälsovården bör fokusera på, dvs. hur ett eventuellt samhälleligt uppdrag bör se ut.

En tredje fråga är vilken roll staten bör spela för att få till stånd den företagshälsovård som kan anses nödvändig. Kan en god företagshälsovård åstadkommas lika väl eller bättre utan ett statligt engagemang?

Allmänna överväganden

Man kan inledningsvis fråga sig varför staten eller samhället överhuvudtaget känner ett ansvar för arbetsmiljöns beskaffenhet och driver en politik på området. Det hänger naturligtvis samman med att en välfärdsstat värnar om att medborgarnas livsvillkor är bra och säkra. Den svenska folkhälsopolitiken utgår från elva målområden som fokuserar på de faktorer i samhället som påverkar folkhälsan,

det vill säga på livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor. Ansvaret för målen är fördelade mellan olika aktörer och nivåer i samhället. Ökad hälsa i arbetslivet är sedan några år ett målområde inom folkhälsopolitiken, men samhället har i över hundra år genom lagstiftning strävat efter att skydda arbetstagarna från risker i arbetet

När det gäller frågan om hur ett samhälleligt uppdrag till företagshälsovården bör se ut kan konstateras att de målsättningar som företagshälsovårdens verksamhet är knutna till för närvarande handlar om "god arbetsmiljö" och, i bredare mening, kampen mot ohälsan i arbetslivet. Om den nuvarande situationen ska klassificeras som ett samhällsuppdrag eller inte kan diskuteras. Visserligen beskrivs företagshälsovårdens uppgifter i AML, men hur uppdraget slutligen utformas och med vilken kvalitet det utförs är beroende av en affärstransaktion på en fri marknad mellan företagshälsovården och uppdragsgivaren.

Företagshälsovårdens roll i arbetet för att främja dessa målsättningar handlar alltså om verksamhet på områdena arbetsmiljö och rehabilitering, men också i viss mån på hälso- och sjukvårdsområdet. När staten i direktiven till utredningen pekar på att företagshälsovårdens kompetens bör användas bättre i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, är det ett utvidgat uppdrag, och hur ska det i så fall konkret få genomslag på den fria marknad som företagshälsovården verkar på? Kan inte uppdragsgivaren tala om hur det ska gå till finns risk att det blir som med så många andra välviliga förhoppningar under det mångåriga utredandet av företagshälsovården.

I kapitel 5 konstaterades att det finns en rad problem på de områden där företagshälsovården bedriver verksamhet. Orsaken till dessa problem är inte att söka hos företagshälsovården. Det handlar om okunskap i det grundläggande arbetsmiljöarbetet, brister i regelefterlevnad, otillräcklig tydlighet i fråga om ansvar för rehabilitering samt brister inom den allmänna hälso- och sjukvården. För att komma till rätta med de problemen behövs andra åtgärder än sådana som riktas mot företagshälsovården.

I kapitel 5 konstaterar vi emellertid också att det inom de beskrivna områdena finns ett antal problem där företagshälsovården, rätt utformad och rätt använd, har förutsättningar att bidra till förbättringar. Företagshälsovården, utformad på viss sätt, har ett antal komparativa fördelar i jämförelse med andra aktörer. Med tanke på omfattningen av ohälsoproblemen med någon form av

koppling till arbetslivet, och de ofta komplexa sambanden mellan olika arbetsmiljöfaktorer och arbetsmiljöproblem, bör samhället se till att det finns en expertresurs i arbetslivet för dessa frågor. Det räcker dock inte. En del av orsakerna till de höga ohälsotalen ligger i bristande logistik i patientflöden, dåliga förutsättningar för samverkan, kortsiktigt ekonomiskt tänkande hos enskilda aktörer. Expertkompetensen kommer därför inte till användning. I slutändan leder dessa brister till en övervältring av kostnader på sjukförsäkringssystemet. Staten är den enda aktör som ur ett övergripande folkhälsoperspektiv kan se till att de samlade resurserna kommer till effektiv användning och stå som garant för kvaliteten i det samhällsuppdrag som företagshälsovården utför.

Utredningen anser att företagshälsovårdens samhälleliga huvuduppdrag fortsatt bör vara det som i dag är förutsett i lagstiftningen, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsriktad rehabilitering. Dessa frågor är av strategisk betydelse för "kampen mot ohälsan". Det är angeläget att företagshälsovården ges både incitament och förutsättningar för att fokusera på de uppgifterna, i stället för exempelvis vanlig hälso- och sjukvård. Om staten vill att företagshälsovårdens expertkunnande används mer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör den också använda de verktyg den förfogar över exempelvis genom att via försäkringskassan upphandla tjänster från företagshälsovården där så är lämpligt för bedömningar och utredningar.

När det gäller den tredje frågan, vilken roll staten bör spela för att få till stånd den företagshälsovård som anses nödvändig, handlar det om hur målen ska uppnås. Att staten sätter upp mål för folkhälsopolitiken innebär inte nödvändigtvis att den förfogar över instrument för genomförandet. På hälso- och sjukvårdens område finns vissa möjligheter att styra. På samma sätt är det på arbetsmiljöområdet, där Arbetsmiljöverket är sektorsansvarig myndighet och där andra myndigheter, t.ex. ALI och RFV, har viktiga uppgifter. På andra målområden inom folkhälsopolitiken är samhällets möjligheter att påverka mindre, t.ex. vad gäller matvanor eller livsstilsfrågor. Arbetsmiljöverket har en tydlig myndighetsroll när det gäller möjligheterna att påverka arbetsmiljön, genom sin rätt att utfärda föreskrifter och sin med sanktionsmöjligheter försedda tillsyn.

Företagshälsovården har en annan roll – den är en rådgivande expertfunktion, vars trovärdighet snarast skulle undergrävas om den utrustades med några maktbefogenheter eller tvingades på en

arbetsgivare. Skälen till att staten anser att det bör finnas en företagshälsovård får ses som ett uttryck för att arbetsmiljön är så komplicerad att det behövs experthjälp och att den inte finns tillgänglig på annat håll. I den nuvarande företagshälsovårdsmodellen har staten preciserat vilken inriktning verksamheten bör ha och ger visst stöd genom bl.a. utbildningsinsatser, men har i stort avstått från att reglera verksamheten i övrigt. Om nu staten vill skapa en bättre företagshälsovård med vidgade uppgifter, hur ska det gå till? En faktor av central betydelse är vilken roll staten bör spela.

7.3 Det offentliga åtagandet för företagshälsovård

Ett bakomliggande skäl till att arbetsgivaren har ett strikt arbetsmiljöansvar är principen att produktionen ska bära sina egna kostnader. Ett företag ska inte kunna vältra över kostnaderna för en dålig arbetsmiljö på samhället. Samma principiella synsätt kan läggas på att kostnaderna för företagshälsovården bör falla på produktionen. Har inte arbetsgivaren själv tillräcklig kompetens för att åstadkomma en så god arbetsmiljö som möjligt är det rimligt att han får betala kostnaden för att åstadkomma den.

Om man enbart utgår från detta principiella resonemang finns knappast någon grund för ett offentligt åtagande för företagshälsovård. En renodlad marknadslösning vore det naturliga. Så enkelt är det emellertid inte. Om arbetsmiljön enbart bestod av tekniska apparater och företagshälsovården vore tekniska konsulter skulle resonemanget hålla. Nu är det dock betydligt mer komplicerat. I arbetsmiljön finns människor, och relationen mellan människa och arbetsmiljö är komplicerad. Detsamma gäller sambanden mellan ohälsa/hälsa och arbetsmiljön.

All ohälsa uppstår inte på grund av dålig arbetsmiljö, men det är till arbetet den sjuke ska tillbaka. Misslyckas det blir kostnaderna för samhället stora. Alla kostnader för ohälsa som beror på arbetet bärs inte av arbetsgivarna – betydande kostnader för sådan ohälsa bärs av samhället. Eftersom företagen inte bär hela kostnaden finns grund för en offentlig påverkan i syfte att minimera samhällets kostnader. Om företagshälsovård anses vara ett verksamt medel för detta kan alltså staten ha ett intresse i dess verksamhet, av kostnads- och folkhälsoskäl.

Att staten har intresse att minimera samhällets kostnader och förbättra folkhälsan behöver inte innebära att den blandar sig i hur

det sker. Det kan räcka med att öka trycket på arbetsgivarna eller vidta åtgärder inom försäkringssystemen och i övrigt förlita sig på marknaden. En utgångspunkt i en marknadsmodell är att staten fokuserar på vad som skall uppnås i fråga om arbetsmiljön och vem som är ansvarig för detta, men inte hur det skall ske. I sin mest renodlade form skulle en marknadsmodell kunna innebära att ingen särskild "expertresurs" utpekas i lagstiftningen. Då skulle reglerna om företagshälsovård i AML strykas och kvar bli endast vad som skall uppnås, dvs. en "god arbetsmiljö" samt vilka åtgärder arbetsgivaren skall vidta (i fråga om systematiskt arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning, m.m.). Vilka aktörer inom företagshälsovårdsområdet som blir kvar, vilka tjänster som erbjuds och vilka benämningar på sin verksamhet dessa väljer att använda avgörs av vad marknaden efterfrågar och vilka kommersiella fördelar som ligger i begreppet "företagshälsovård".

Sedan början av 1990-talet har företagshälsovården levt under marknadsmässiga villkor, som vilken konsultverksamhet som helst. Statens ingrepp i marknaden har varit begränsade och bestått i att en ambitionsnivå för företagshälsovårdens verksamhet angetts i lagstiftningen och visst indirekt ekonomiskt stöd för utbildning. Erfarenheterna av detta visar att marknaden inte klarat av att leva upp till den ambitionsnivå som staten angett genom reglerna i AML och föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete. Nu skulle detta inte vara något problem om arbetsmiljön ändå vore högklassig och ohälsoproblem som har sin grund i arbetet inte existerade, men så är inte fallet. Det är uppenbart att företagshälsovården behövs, och det finns goda motiv för att staten tydligare markerar sitt intresse och tar ett ansvar för dess utveckling.

Det kan läggas till att Sveriges åligganden enligt ILO-konventionen om företagshälsovård skulle bli svårare att leva upp till i en marknadsmodell.

Om vi så långt har konstaterat att det finns goda motiv för ett större offentligt åtagande än för närvarande återstår att klara ut hur det bör gå till. Det längst gående samhällsengagemanget är att samhället tar över produktionen av företagshälsovård och bestämmer när en arbetsgivare ska vara skyldig att använda tjänsterna.

Även i en marknadsmodell kan staten bestämma "hur", dvs. vilka verktyg som "vem" skall använda för att uppnå "vad". Här skulle en obligatorisk användning av företagshälsovård kunna föreskrivas, men också ett tydligt samhälleligt ställningstagande till vad före-

tagshälsovården skall ägna sig åt samt ett ansvar för personalför-
sörjning, forskning, m.m.

Föreskrivs en obligatorisk användning torde det dock medföra ett samhälleligt ansvar för att företagshälsovård finns att tillgå i alla branscher, i alla regioner och även för små företag, eller åtminstone ett åtagande att verka för en utbyggnad. Om inte marknaden tillhandahåller allt detta torde någon form av offentlig intervenering krävas. Ett exempel på sådan finns i Finland, där företagshälsovården har ett mycket nära samband med primärvården och där vårdcentralerna är skyldiga att tillhandahålla vissa företagshälsovårdstjänster (se kapitel 6). Statsbidrag för att stimulera utbyggnad/viss inriktning av företagshälsovården är ett annat möjligt verktyg.

Det är uppenbart att någon form av offentligt engagemang, i form av lagregler, andra incitament, utbildningsansvar eller dylikt krävs för att få till stånd en utveckling av företagshälsovården i önskad riktning. Det finns dock all anledning att låta flera goda krafter samverka för detta. Staten kan inte reglera fram ett önskvärt resultat, men bör tydligt markera sin uppfattning och ta sin del av ansvaret.

7.4 En samhällelig strategi för utveckling av företagshälsovården

En god arbetsmiljö är centralt för ett hälsosamt arbetsliv. Staten bör följaktligen se till att det finns en resurs som kan bistå arbetsgivaren i dennes arbete för att främja en god arbetsmiljö. Företagshälsovården har potential att medverka till förbättringar i arbetsmiljöarbetet och det bör därför i ett samhällsperspektiv vara ändamålsenligt och kostnadseffektivt att staten medverkar till att skapa förutsättningar för en utveckling av god företagshälsovård.

Ett renodlat marknadssynsätt på företagshälsovården kan därmed inte användas. Inte heller bör staten detaljreglera utbud och efterfrågan av företagshälsovård. Staten bör se till att samverka med arbetsmarknadens parter, företagshälsovårdsbranschen och andra aktörer, både i fråga om att fastställa ett samhälleligt uppdrag för företagshälsovården och i fråga om metoderna att uppnå detta. Samhällsuppdraget bör vara tydligt och läggas fast i författning och användningen av företagshälsovården stimuleras på lämpligt sätt. Själva företagshälsovårdsverksamheten bör fortsatt bedrivas på en fri och öppen marknad utan offentliga subsidier.

För samhällets del bör stärkandet av företagshälsovården som nämnts primärt ta sikte på dess roll i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i samband med arbetsgivarens ansvar för arbetslivsriktad rehabilitering. Därtill kommer att företagshälsovården också har potential att medverka till förbättringar i sjukskrivningsprocessen och i sådan rehabiliteringsverksamhet som samhället svarar för. Uppgifter inom dessa områden bör dock inte anses vara företagshälsovårdens huvuduppgifter. Samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården bör förstärkas i vissa avseenden.

Politiken för företagshälsovården bör bygga på bedömningen att "god" företagshälsovård har potential att bli ett verktyg i arbetet för minskad ohälsa i arbetslivet, men att det handlar om just ett verktyg, inte ett mål i sig. Andra verktyg (lagstiftning, ekonomiska incitament m.m.) är sannolikt i vissa avseenden mer effektiva med avseende på målen om god arbetsmiljö och kampen mot ohälsa i arbetslivet, och måste självklart användas.

Syftet med samhällets åtgärder skall vara att medverka till att företagshälsovården blir ett användbart verktyg, genom att branschen utvecklas i riktning mot högre kvalitet, kompetens och tillgänglighet, samt att verktygen används. För statens del bör följande punkter ingå i strategin:

- företagshälsovårdens uppdrag förtydligas i lagstiftningen och åtgärder vidtas för att sådan företagshälsovård får ett genomslag i praktiken,
- staten övervakar kvaliteten i företagshälsovården genom ett system för godkännande av företagshälsovårdsenheter samt motiverar och understödjer ett kvalitetsarbete i branschen,
- staten verkar för att parterna ska kunna påverka och ta ansvar för utvecklingen av företagshälsovårdsfrågor
- staten ser till att en fortsatt dialog upprätthålls mellan berörda aktörer om företagshälsovårdens utveckling,
- staten tar ansvar för att företagshälsovårdspersonal i tillräcklig omfattning utbildas och ställer krav på fortbildning,
- staten själv (genom försäkringskassan) använder företagshälsovården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna där så är möjligt och där denna tillför ett mervärde jämfört med annan sakkunskap,
- staten medverkar till att tydliggöra företagshälsovårdens potential att samverka med den allmänna hälso- och sjukvården.

Efter detta ”vägval” måste strategins övergripande punkter omsättas i konkreta förslag. Vi övergår därmed i kapitel 8 – 14 till en redogörelse för dessa. Dessförinnan bör dock påpekas att det finns anledning också för andra intressenter i företagshälsovården än staten att fundera över vilka vägval de bör göra.

7.5 Övriga aktörers ansvar

I kapitel 4 finns en redovisning som visar att det finns brister i det arbetsmiljöarbete och den företagshälsovård som bedrivs i dag. ”Beställarkompetensen” är dålig p.g.a. brister i det systematiska arbetsmiljöarbetet och i samverkan inom skyddsorganisationen, dialogen mellan företagshälsovård och kundföretag fungerar illa, lönsamheten är dålig, man köper och säljer ”paket” medan det förebyggande inte får tillräcklig uppmärksamhet. Det ska understrykas att det finns mycket bra företagshälsovårdsverksamhet, men det finns tillräckligt många varningstecken som visar att delar av branschen befinner sig i en nedåtgående spiral som måste brytas.

Det går inte att peka ut syndabockar i den utvecklingen – det är många inblandade och det är många faktorer som påverkar. Staten ensam kan inte lösa dessa problem med ett starkare engagemang. Utredningens förslag i de följande kapitlen har syftet att bidra till en uppåtgående spiral för företagshälsovården genom kvalitetshöjning och efterfrågestimulans. Det räcker dock inte om inte samtliga inblandade aktörer också tar sitt ansvar. Det finns ett antal vägval att göra för alla, arbetsgivare, fackliga organisationer, både på central och lokal nivå, enskilda företagshälsovårdsföretag och branschen som helhet inklusive dess yrkesföreningar.

8 Starkare statligt engagemang för god företagshälsovård: ny lagstiftning

Utredningens förslag:

Utredningen föreslår att en lag om företagshälsovård införs vars ändamål ska vara att främja utvecklingen av god företagshälsovård.

Den centrala delen i lagförslaget är ett på frivillig grund baserat godkännandeförfarande i offentlig regi. För godkännande ska krävas att företagshälsovårdsenheten uppfyller vissa krav i fråga om kompetens och verksamhetens bedrivande.

Företagshälsovårdsbranschens kvalitetssystem knyts till den nya lagstiftningen.

Arbetsmarknadens parter och företagshälsovårdsbranschen ges viktiga roller i tillämpningen och utvecklingen av den nya lagstiftningen, genom den företagshälsovårdsnämnd som inrättas hos Arbetsmiljöverket.

8.1 Inledning

En central del i den strategi för utveckling av företagshälsovården för vilken riktlinjerna drogs upp i det föregående kapitlet är att begreppet "företagshälsovård" ges en fastare form och att dess uppdrag tydliggörs. Framför allt bör åtgärder vidtas för att få ett större genomslag i praktiken av det som kan betraktas som god företagshälsovård.

Utgångspunkten ska därvid vara att företagshälsovården är en multidisciplinär verksamhet som bistår arbetsgivare och arbetstagar i arbetet för en god arbetsmiljö i enlighet med arbetsmiljölagen. Det är viktigt att ta fasta på den multidisciplinära aspekten av företagshälsovård och det tvärdisciplinära arbetssättet med tanke på vidden av arbetsmiljöfrågor samt de ofta komplexa sambanden mellan olika problem och mellan orsak och verkan. Att

utgångspunkten är en multidisciplinär kompetens utesluter naturligtvis inte att företagshälsovården också kan användas för att åtgärda specifika, ”endimensionella” problem.

Genom att åtgärder vidtas för att få ett större genomslag av god företagshälsovård kan de hänvisningar till företagshälsovård som finns i olika författningar ges ett tydligare innehåll. Likaså kan Arbetsmiljöverket i sin tillsyn enligt arbetsmiljölagstiftningen hänvisa till företagshälsovård med viss kvalitet. Även hänvisningar till företagshälsovården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blir mer ändamålsenliga om det som hänvisas till motsvaras av en faktiskt bedriven verksamhet. Vidare bör det i fråga om samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården vara tal om företagshälsovård som man med rimlig säkerhet vet vad den står för i fråga om kompetens och dylikt.

8.2 Lag om företagshälsovård

Det krävs en rad åtgärder för att driva på utvecklingen för en god företagshälsovård. För statens del är ett första steg att ge begreppet en fastare form. Utredningen anser att detta bör åstadkommas genom införandet av en företagshälsovårdslag. Förutom att ange företagshälsovårdens övergripande karaktärsdrag och arbetsområden bör lagen utformas så att genomslaget av god företagshälsovård främjas. Med koppling till en särskilt lag kan också andra åtgärder vidtas som främjar utvecklingen. I detta avsnitt redogörs för huvuddragen i en sådan lag. För en beskrivning av förslaget i detalj hänvisas till författningsförslaget och författningskommentaren.

En viktig utgångspunkt för en särskild företagshälsovårdslag är att den utformas på ett sådant sätt att anpassningar till nya krav och nya rön inom forskning kan göras på ett smidigt och ändamålsenligt sätt. Lagstiftningen bör vara framåtsyftande och uppbyggd så att de grundläggande principerna läggs fast i lag, medan tekniska krav och dylikt fastställs i förordningsform och genom att lagstiftningen kopplas samman med företagshälsovårdsbranschens kvalitetsutvecklingsarbete. Arbetsmarknadens parter och andra berörda aktörer bör ges en viktig roll i vidareutvecklingen av regelverket.

Genom införandet av en särskild företagshälsovårdslag kan den definition av företagsvård och dess huvudsakliga uppdrag som i dag finns i AML, tas bort ur den lagen och föras in i den nya. Dagens bestämmelser om företagshälsovård, annat än dem som gäller

arbetsgivarens anlitan­de av den, hör i systematisk avseende inte hemma i AML.

8.2.1 Definition av företagshälsovården och dess uppdrag

Gällande rätt

Företagshälsovård definieras enligt 3 kap. 2 b § AML som *en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering*. Därtill sägs att *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*.

Definitionen av företagshälsovård och beskrivningen av dess arbetsområde infördes i arbetsmiljölagen år 2000. I motiven¹ till lagändringen anfördes att lagens begrepp, som då inte var definierat, borde tydliggöras. Definitionen och beskrivningen av arbetsområdet avsåg inte att begränsa företagshälsovårdens uppgifter, utan istället bidra till att främja det förebyggande och rådgivande arbetet. Definitionen avsåg att underlätta ett renodlande av verksamheten och därigenom åstadkomma en ökad specialistkunskap och god utveckling. Samtidigt påpekades att utbyggnaden av företagshälsovården i första hand är en angelägenhet för arbetsmarknadens parter. Den definition som infördes hämtade sitt innehåll från förarbetena till den skatterättsliga avdragsrätten för näringsidkare enligt kommunalskattelagen (vilken sedermera ersatts av inkomstskattelagen (1999:1229)). Kommunalskattelagens definition byggde i sin tur på den förordning om bidrag till företagshälsovård (1985:326) som gällde tom år 1992.

Överväganden och förslag

Utredningen anser att den beskrivning av företagshälsovård och dess uppdrag som i dag finns i AML i princip bör ligga fast och föras över till den nya lagen. Skälet för detta är framför allt att företagshälsovården därmed har ett uppdrag med samma avgränsning som den som gäller för arbetsgivares ansvar för arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering enligt AML och AFL.

¹ Prop. 1998/99:120, s 19–22.

Därmed inte sagt att företagshälsovården inte skulle kunna utföra andra uppgifter, om sådana efterfrågas. Det nämndes i kapitel 5 att företagshälsovården typiskt sett torde ha goda förutsättningar att utföra arbetsförmågebedömningar och åta sig uppdrag av försäkringskassan under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samt att utföra vissa uppgifter för den allmänna hälso- och sjukvården, dvs. arbeta med andra uppdragsgivare än arbetsgivare. Utredningen anser emellertid att sådana uppgifter inte bör utgöra företagshälsovårdens huvuduppgifter. Som vi återkommer till i kapitlen 11 och 12 bör dock staten verka för att företagshälsovårdens särskilda kompetens kommer till användning även för sådana uppgifter.

Utredningen anser att vissa ändringar bör göras i definitionen av företagshälsovård i lagtexten. Till att börja med bör formuleringen ”oberoende expertresurs” modifieras. I den nyss nämnda tidigare gällande förordningen om bidrag till företagshälsovård angavs som ett av villkoren för bidrag att företagshälsovården skulle vara ”en rådgivande expertfunktion för arbetsgivare och arbetstagare”. I förarbetena till kommunalskattelagens (sedermera inkomstskattelagens) bestämmelser om avdragsrätt för företagshälsovård anges att den ska vara ”en professionell och oberoende rådgivare”. I förarbetena till den nuvarande formuleringen² anges att företagshälsovården ska vara en självständig och fristående resurs, som ska vara oberoende både mot arbetsgivare och arbetstagare. Samtidigt framhålls att detta inte är avsett att diskvalificera t.ex. företagsläkare och företagssköterskor inom s.k. inbyggd företagshälsa.

Utredningen konstaterar att inköp av företagshälsovårdstjänster sist och slutligen bestäms av arbetsgivaren, även om denne har att iaktta både samverkansreglerna i AML och förhandlingsreglerna i MBL. (Därtill kommer naturligtvis möjligheten för Arbetsmiljöverket att förelägga om anlåtande av företagshälsovård.) Att därmed tala om företagshälsovård som en oberoende resurs i en vidare bemärkelse, såsom kunde ske när företagshälsovården var organiserad i föreningsdrivna centraler, vilka kunde erhålla bidrag för verksamheten från staten, är knappast längre meningsfullt.

Företagshälsovården är *beroende* av dess kunder i den meningen att det är kunden som till sist avgör om något köps och vad som köps. Utredningen anser att istället för det vidare begreppet obero-

² a.a. sid. 37.

ende bör talas om ”professionellt oberoende”. Företagshälsovården ska inte påverkas av någon utomstående i sin professionella verksamhet, exempelvis inte bortse från vissa faktorer i den arbetsmiljö man undersöker eller leverera ett av uppdragsgivaren ”beställt” resultat.

Med detta begrepp torde dessutom de inbyggda företagshälsorna få lättare att leva upp till lagens krav, eftersom de trots uttalandena i förarbetena till AML:s bestämmelse knappast kan anses vara oberoende i en vidare bemärkelse. Begreppet professionellt oberoende är dessutom det som används i ILO-konventionen (artikel 10).

Utredningen föreslår också att uttrycket ”expertresurs” byts mot ”expertverksamhet” av skäl som utvecklas i författningskommentaren.

Vidare anser utredningen att istället för att bara tala om ”rehabilitering”, begreppet ”arbetslivsinriktad rehabilitering” bör användas. Rehabilitering kan delas in i arbetslivsinriktad, medicinsk och social rehabilitering, och det är endast den arbetslivsinriktade som hör till företagshälsovårdens uppgifter.

I detta begrepp bör både det organisatoriskt inriktade arbetet och arbetet med enskilda rehabiliteringsfall ingå. I dag ligger tonvikten vid det förstnämnda, eftersom företagshälsovårdens uppdrag tar sikte på ”grupperspektivet” och organisatoriska frågor, snarare än arbetet med individer. Av detta följer att tonvikten ligger vid det förebyggande arbetsmiljöarbetet snarare än det ”efterhjälpande”. Detta bör fortsätta att gälla. Men som kommer att utvecklas i kapitel 11 anser utredningen att även om utgångspunkten fortsatt är grupperspektivet och det förebyggande arbetsmiljöarbetet, bör arbetet med individer i vissa avseenden anses vara en naturlig del av och främja arbetet med gruppen och organisationen. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering bör därför utgå från grupperspektivet men även inkludera arbete med individer.

Företagshälsovårdens uppdrag ska spegla arbetsgivarens åligganden enligt AML och i viss mån AFL. Det är därför inte nödvändigt att i den nya lagen beskriva företagshälsovården uppdrag i någon större detalj. Detaljerna finns i AML.

Det bör dock i lagen anges att företagshälsovården är till för alla som finns i arbetsmiljön, dvs. både arbetsgivare och arbetstagare. Arbetsgivaren är den som enligt AML har huvudansvaret för uppnåendet av en tillfredsställande arbetsmiljö och företagshälsovårdens uppgifter bör spegla arbetsgivarens ansvar. Enligt 3 kap. 1 a § AML ska emellertid arbetsgivare och arbetstagare samverka för en

god arbetsmiljö. Även detta förhållande bör därmed återspeglas i företagshälsovårdslagen. Det ligger dessutom i linje med ILO-konventionens definition av företagshälsovård (artikel 1).

I anslutning till denna fråga har det under utredningsarbetet framförts att en ny lagstiftning bör säkerställa att enskilda arbetstagare ges rätt att vända sig till företagshälsovården utan att först ha fått ett medgivande av arbetsgivaren. En sådan reglering kan dock inte göras inom ramen för den lagstiftning som här föreslås för företagshälsovården. Sådana regler skulle behöva riktas till arbetsgivaren och sannolikt bygga på någon form av obligatorisk användning av företagshälsovård. Frågan om vilka krav som ska ställas på arbetsgivaren beträffande användning av företagshälsovård återkommer vi till i nästa kapitel. Här kan dock konstateras att arbetstagarsidan och de fackliga organisationerna kan verka för enskilda arbetstagares möjlighet att vända sig direkt till företagshälsovården genom överenskommelser i kollektivavtal samt genom samverkansreglerna i AML och reglerna i MBL.

Vad gäller frågan om vad företagshälsovården ska ha kompetens för (enligt AML "att identifiera och beskriva samband...etc."), anser utredningen att detta bör ges en annorlunda utformning i lagtexten än i dag. Vi återkommer till det i avsnitt 8.2.3.

8.2.2 Godkännande av företagshälsovårdsenheter

Tillståndsplikt?

Hur ska då genomslaget av god företagshälsovård åstadkommas i praktiken?

Lagstiftningen skulle kunna utformas på så sätt att det införs ett tillståndskrav för att få bedriva företagshälsovård, dvs. att det i princip skulle vara förbjudet att bedriva företagshälsovård om tillstånd saknas. Jämförelse kan göras med annan lagstiftning, i vilket rätten att få bedriva viss verksamhet är kopplad till ett tillstånd (jfr lagstiftningen om bevakningsföretag, pantbanker, fastighetsmäklare, postverksamhet m.m.) Tillståndet skulle knytas till krav på viss kompetens, viss uppläggnings av verksamheten m.m.

Även om det bortses från betänkligheter ur principiell synpunkt (det måste krävas starka skäl för att begränsa näringsfriheten) torde regleringen knappast vara ändamålsenlig med tanke på den bakomliggande lagstiftningens (AML:s) syfte. Detta är ju att uppnå en

god arbetsmiljö. Ett tillståndskrav riskerar att medföra att vissa tjänster inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering inte längre kan erbjudas, eftersom de tillhandahålls av företag som inte uppfyller kraven i den nya lagen, trots att det finns en efterfrågan på tjänsterna. Det torde dessutom vara praktiskt svårt att genomföra. Även om det i lagstiftningen preciseras vad som utgör en acceptabel företagshälsovårdsverksamhet, hur skulle gränsen mellan en företagshälsovårdstjänst och en icke dito dras?

Utredningen anser att ett genomslag av god företagshälsovård istället bör främjas genom ett på frivillig grund baserat system för kontroll av den aktuella verksamhetens kompetens och uppläggning av verksamheten m.m. Den företagshälsovårdsenhet som så önskar bör på eget initiativ kunna genomgå ett godkännandeförfarande och på det sättet få en slags ”kvalitetsstämpel”.

Godkännandeförfarande i privat eller offentlig regi?

Den fråga som då aktualiseras är om godkännandeförfarandet bör hanteras av det allmänna eller av företagshälsovårdsbranschen själv. För det senare talar bl.a. det förhållandet att det redan inom ramen för branschens kvalitetssäkringssystem (se avsnitt 4.6.9) finns ett kontrollförfarande för efterlevnaden av kvalitetsstandardens krav. Detta skulle kunna byggas ut till att omfatta den nya lagstiftningen.

Avgörande för vilken modell som bör väljas är om det med avseende på vad man vill uppnå (utveckling av god företagshälsovård som ett användbart verktyg i arbetet för en god arbetsmiljö och i kampen mot ohälsan i arbetslivet) är nödvändigt med ett system i offentlig regi eller om det är tillräckligt med ett som administreras av branschen själv. Utredningen anser att starka skäl talar för ett system i samhällelig regi.

Sedan avskaffandet av statsbidragen till företagshälsovården har staten inte haft något egentligt verktyg att påverka vilken verksamhet som företagshälsovården bedriver och vilken riktning utvecklingen bör ta. Visserligen har det i lagstiftningen införts förtydliganden av vad företagshälsovård är och vad den ska ägna sig åt, men detta har inte lett till att företagshälsovården annat än till viss del ägnar sig åt det staten anser att den borde göra. Det finns ett avsevärt glapp mellan teori och praktik. Detta förhållande kan vara svårt att förena med synsättet som vi beskrev i kapitel 7, att staten

bör satsa på utvecklandet av företagshälsovården som en expertresurs i arbetslivet.

Genom ett godkännandeförfarande i offentlig regi ges staten möjlighet att direkt följa och påverka utvecklingen av företagshälsovården t.ex. i fråga om vilka kompetenskrav som ska gälla.

Kontrollförfarandet bör således bedrivas i offentlig regi, av en myndighet i samverkan med berörda intressenter, och ses som en del i den statliga satsning/strategi för utvecklandet av god företagshälsovård. Det arbete som den berörda myndigheten förslås göra i samverkan med andra parter, kommer att bli en av hörnpelarna i strategin.

Den lämpligaste myndigheten för denna uppgift är Arbetsmiljöverket som redan nu enligt sin instruktion har att följa och främja företagshälsovårdens utveckling. Verket ska i detta arbete, liksom beträffande övriga uppgifter enligt den nya lagstiftningen, bistås av representanter för bl.a. arbetsmarknadens parter. Det är viktigt att den nya lagstiftningen och den praktiska tillämpningen av den vilar på ett brett samförstånd om vad företagshälsovårdens uppgifter är och vilka krav på kompetens m.m. som följaktligen bör ställas.

Resultatet av godkännandet

Resultatet av kontrollförfarandet skulle vara att den företagshälsovård som uppfyller kraven i den nya lagstiftningen blir av Arbetsmiljöverket – med bistånd av bl.a. parterna – godkänd företagshälsovård. Det blir sådan företagshälsovård som kommer hänvisas till i annan lagstiftning och som förstahandsalternativ i verkets tillsynsarbete samt av staten i övrigt när det blir fråga om användande av företagshälsovården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och när det talas om samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården. Samtidigt kommer det fortsatt att vara en fri marknad för den som vill bedriva företagshälsovård. Godkännandet ska som nämnts vara frivilligt.

Branschens kvalitetskontroller kan användas

Den kontroll som används inom företagshälsovårdsbranschens kvalitetssäkringssystem (se avsnitt 4.6.9 och 8.2.3 under rubriken Verksamhetens bedrivande) kommer att kunna användas för godkännandeförfarandet inom lagstiftningen. Lagstiftningen och kvalitetssäkringssystemet kan ges ett "symbiotiskt" förhållande på så sätt att det inom det senare kan kontrolleras om en verksamhet uppfyller lagstiftningens krav. Denna kontroll kan sedan användas av Arbetsmiljöverket i godkännandeförfarandet enligt lagstiftningen och på så sätt väsentligt minska verkets arbetsbörda. Samtidigt kan uppfyllandet av lagstiftningen göras till ett krav för att bli kvalitetssäkrad enligt kvalitetssäkringssystemet. De delar av lagstiftningen som kommer att kompletteras av den praxis som bildas genom Arbetsmiljöverkets beslut (som fattas i samråd med bl.a. arbetsmarknadens parter), t.ex. beträffande vilken utbildning som ska anses motsvara lagens kompetenskrav, blir också en del av kvalitetssäkringssystemet.

8.2.3 Krav för godkännande**Kompetens**

Enligt 3 kap. 2 b § andra stycket AML ska företagshälsovården ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. I övrigt ställs inga krav om viss kompetens för att en verksamhet ska anses vara företagshälsovård.

I någon mening kan sägas att de utbildningar i företagshälsovård som ges i Arbetslivsinstitutets regi indirekt medför ett slags kompetenskrav. Det sker dels genom att krav ställs på viss utbildning innan antagning till företagshälsovårdsutbildning, dels genom att ALI:s utbildning leder till en särskild kompetens inom ämnet företagshälsovård. Det finns dock ingen koppling i lagen mellan ALI:s utbildningar och bestämmelserna om företagshälsovård.

Utredningens överväganden och förslag

Den givna utgångspunkten är att företagshälsovårdsenhetens kompetens måste svara mot de uppgifter som lagen ger företagshälsovården. Dessa uppgifter är som nämnts en avspeglning av arbetsgivarens ansvar enligt AML och AFL. Det blir därmed bestämmelserna i 2 kap. AML om arbetsmiljöns beskaffenhet som ger vägledning för fastställandet av vilken kompetens behövs. Portalparagrafen beträffande arbetsmiljöns beskaffenhet är 1 § enligt vilken:

...arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende...teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall...starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas ... arbetet skall ge möjlighet till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter ... arbetsförhållandena skall ge möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.

Uppgifterna kan översättas till vissa kunskapsområden. Dessa kunskapsområden bör läggas fast i förordningsform snarare än i lag för att underlätta en smidigare anpassning till förändrade kunskapskrav.

Kunskapskraven bör kopplas till frågan om utbildning på så sätt att erforderlig kunskap ska anses föreligga när den personal som finns i verksamheten har genomgått för ändamålet lämplig utbildning. Vilken utbildning som ska anses motsvara kunskapskraven bör avgöras av Arbetsmiljöverket med bistånd av bl.a. arbetsmarknadens parter. En sådan ordning överensstämmer med ILO-konventionens bestämmelser beträffande kompetenskrav (artikel 11).

De relevanta kunskapsområdena anser utredningen vara medicin, teknik, beteendevetenskap och ergonomi. Åtminstone de tre första är ganska breda discipliner, där utbildningen för den grundläggande kompetensen kan innehålla alternativa vägar. I samtliga fall är en påbyggnad i företagshälsovårdskunskap nödvändig.

Systematiken med allmänna krav i lag och preciseringar i förordning samt en myndighetspraxis som utformas i samråd med bl.a. arbetsmarknadens parter, möjliggör en smidig anpassning till de ändrade krav på kompetens och utbildning som kan bli följden av teknisk och vetenskaplig utveckling, nya forskningsrön och dylikt.

Verksamhetens bedrivande

Utredningens överväganden och förslag

Det låter sig inte göra att inom lagstiftningens ram garantera kvaliteten på de tjänster som företagshälsovården faktiskt säljer. Det skulle kräva en omfattande kontrollapparat och sannolikt behöva kombineras med någon form av krav om obligatorisk användning av företagshälsovård. Det finns emellertid vissa viktiga principer som bör uppmärksammas och som kan kopplas till krav beträffande verksamhetens uppläggning och bedrivande.

Kravet om en multidisciplinär sammansättning av kunskapsområden bör åtföljas av bestämmelser om att verksamhetens bedrivande ska bygga på ett tvärdisciplinärt arbetssätt, dvs. att utgångspunkten är en samverkan mellan olika kompetenser inom företagshälsovården. Här ligger en del av kärnan i företagshälsovården och det som gör att denna har förutsättningar att bli den särskilda resurs på arbetsmiljöområdet som samhället behöver. Till detta hör att företagshälsovårdens arbetssätt bör bygga på en helhetssyn på arbetsmiljöfaktorerna, både de fysiska, de psykiska och de sociala.

En annan viktig aspekt som bör återspeglas i lagen är att verksamheten bör baseras på samtliga relevanta fakta om arbetsförhållandena hos uppdragsgivaren och de anställda inom verksamheten. Därtill behövs kunskap om verksamheten i sig. Tillgång till och en bedömning av alla relevanta fakta bör kunna främja det tvärdisciplinära och på en helhetssyn byggda arbetssättet och även leda till högre kvalitet i fråga om den beställning av konkreta företagshälsovårdstjänster som görs.

Utredningen anser vidare att företagshälsovården ska iaktta de kvalitetsnormer som utvecklats inom företagshälsovårdsbranschen i form av ett kvalitetssäkringssystem. Systemet³ bygger på ISO-standarden nr 9001:2000⁴, som är en internationellt antagen kvalitetsstyrningsstandard avsedd att i affärsrelationer säkerställa att den säljande parten tillgodoser kundernas kvalitetskrav och "kundnytta", att relevant lagstiftning iakttas och att fortlöpande förbättringar åstadkoms med avseende på dessa punkter.

Kvalitetssäkringssystemet utgår som nämndes i kapitel 4 från ISO-standarens krav och lägger därtill de krav som följer av relevanta bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter Kvalitetssystem i

³ Ledningssystem för kvalitet, Specifikation för svensk företagshälsovård (Föreningen svensk Företagshälsovård).

⁴ International Organization for Standardization (ISO).

hälso- och sjukvården⁵ samt särskilda för företagshälsovården framtagna kvalitetsbestämmelser. De särskilda kraven för företagshälsovården innebär att de anslutna företagshälsovårdsföretagen ska följa t.ex. de etiska riktlinjer som antagits inom branschen och arbeta i enlighet med den definition av företagshälsovård som har lagts fast (vilket liknar den definition som finns i AML, med viss kompletteringar).

Vid införandet av ett frivilligt godkännandeförfarande som syftar till att främja utvecklingen av god företagshälsovård måste det kvalitetsarbete som på frivillig basis har pågått inom branschen i ett tiotal år uppmärksammas och knyts till den nya lagen. Systemet har tagits fram på uppdrag av staten och har ett brett stöd från såväl branschen själv och arbetsmarknadens parter som staten. En konsekvens av denna koppling är som nämndes i föregående avsnitt att de kontrollmekanismer som finns i kvalitetssäkringssystemet, genom certifiering av oberoende och av SWEDAC⁶ ackrediterade certifieringsorgan, kommer att kunna användas för att avgöra om en företagshälsovårdsenhet uppfyller den nya lagens krav.

Om s.k. inbyggd företagshälsovård omfattas av ett motsvarande system som tillämpas av ”moderföretaget” bör krävas att detta kompletteras med de företagshälsovårdsspecifika bestämmelserna i företagshälsovårdsbranschens kvalitetssystem, snarare än att sådan företagshälsovård ska behöva tillämpa två system parallellt: ”moderföretagets” respektive företagshälsovårdsbranschens.

8.3 Avslutande kommentarer

Den lagstiftning som beskrivits riktar sig till verksamheter som bedriver företagshälsovård. Den kommer inte att innehålla några bestämmelser om användandet av företagshälsovård, dvs. bestämmelser riktade till arbetsgivare eller andra möjliga köpare av företagshälsovårdstjänster.

Genom lagen tydliggörs vilka krav staten anser bör ställas på kompetens m.m. inom företagshälsovården. Samtidigt blir det en fortsatt fri marknad för tjänster inom företagshälsovårdsområdet, utan krav på tillstånd eller godkännande.

Godkännandet ska som nämnts bygga på frivillighet, i det att det blir företagshälsovårdsutövarnas sak att själva bestämma om de ska

⁵ SOSFS 1996:24 (M).

⁶ Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll.

söka godkännande av Arbetsmiljöverket eller inte. Utredningen förmodar emellertid att det stora flertalet kommer att välja att göra det och därmed underkasta sig ett offentligt kontrollförfarande. Det torde bli ett bra marknadsargument att höra till kretsen av godkända företagshälsovårdslagen inte minst av det skälet att det är till dessa som kommer att hänvisas av staten själv i olika sammanhang. Eftersom det frivilliga godkännandeförfarandet därmed förväntas bli attraktivt bland företagshälsovårdsleverantörerna kan lagens syfte – att främja utvecklingen av god företagshälsovård – uppnås utan mer ingripande åtgärder.

Det betydelsefulla i att den nya lagstiftningen är dynamisk och framåtsyftande har tidigare framhållits. Utredningen föreslår ett regelverk som smidigt ska kunna anpassas till vetenskaplig utveckling på arbetsmiljöområdet, till ny forskning och nya krav, m.m.

Inom ramen för den föreslagna lagen bemyndigas sålunda regeringen att fastställa vilka krav som ska ställas i fråga om kompetens (se 5 § i lagförslaget) och att meddela ytterligare föreskrifter om villkor för godkännande (se 8 § i lagförslaget). (Eftersom lagen är tämligen allmänt hållen presenterar också utredningen ett förslag till företagshälsovårdsförordning, i vilken det första av de nämnda bemyndigandena för regeringen följs upp med ett konkret förslag ifråga om krav på utbildning och kompetensutveckling.)

Därtill kommer att Arbetsmiljöverket, inom ramen för godkännandeförfarandet, förutsätts precisera kompetenskraven i form av utbildning och kompetensutveckling (vilka utbildningar som ska anses motsvara grundkravet och vilken vidareutveckling av kompetensen som ska krävas, se 2 § i förordningsförslaget). Över tid och i ljuset av ändringar beträffande utbildningar och utbildningsinnehåll samt till följd av teknisk och vetenskaplig utveckling, kan de närmare utbildnings- och kompetensutvecklingskraven behöva justeras. Detta ska verket kunna göra inom ramen för de bestämmelser som nu föreslås i lagen och förordningen.

Vidare förutsätts Arbetsmiljöverket precisera de närmare formerna för hur kompetenskraven ska kunna uppfyllas i samverkan med andra (se 9 § i lagförslaget).

Därtill kommer att de villkor för godkännande som föreslås beträffande verksamhetens bedrivande (se 6 § i lagförslaget) också behöver preciseras inom ramen för godkännandeförfarandet. Även beträffande dessa villkor torde den närmare innebörden behöva justeras i takt med den tekniska och vetenskapliga utvecklingen.

Ytterligare en faktor som speglar utvecklingsmöjligheterna inom ramen för den lagstiftning som nu föreslås är den som följer av kopplingen till kvalitetssystemet. Genom denna koppling inkorporeras kommande revideringar av detta i kraven för godkännande.

Tillämpningen och utvecklingen av regelsystemet ska dessutom bygga på en nära samverkan mellan staten å ena sidan och berörda aktörer å den andra, inte minst arbetsmarknadens parter. I nästa avsnitt redogörs för den dialog runt dessa frågor som vi anser måste komma till stånd.

8.4 Fortsatt dialog

Utredningen lägger sina förslag efter ingående samråd med berörda myndigheter, arbetsmarknadens parter, företagshälsovårdsbranschen och andra berörda aktörer. Förhoppningen är därför att förslaget ska avspegla och balansera de delvis något olikartade uppfattningar som finns om företagshälsovårdens uppgifter och inriktning, m.m.

Det är synnerligen angeläget att den dialog som utredningen kan sägas ha varit första steget i kan fortsätta och framledes vara knuten till den nya lagstiftningen. Utredningen anser att Arbetsmiljöverket, vilket för statens del föreslås få en nyckelroll enligt den nya lagstiftningen, bör få i uppdrag att leda den fortsatta dialogen med övriga berörda aktörer.

Utredningen föreslår att det hos Arbetsmiljöverket inrättas en företagshälsovårdsnämnd, med uppdrag att vara statens organ för dialog om tillämpningen och utvecklingen av den nya lagstiftningen. Uppgifterna för nämnden bör framför allt fokusera på det framåtsyftande och dynamiska, dvs. frågor om utbildning, fortbildning och forskning, men också användas operativt till att avgöra frågor om godkännande av företagshälsovårdsenheter.

I nämnden, som alltså bör ledas av Arbetsmiljöverket, bör ingå representanter för andra viktiga statliga myndigheter i sammanhanget. ALI som ansvarar för statens uppgifter i fråga om utbildning och forskning på området har en naturlig plats. Även den nya myndigheten Försäkringskassan bör delta i rådet eftersom där kommer att behandlas frågor som rör företagshälsovårdens användande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Arbetsmarknadens parter, såsom representanter för företagshälsovårdens egentliga kunder har en central roll att spela i rådet. Likaså måste företagshälsovårdsbranschen ingå.

Företagshälsovårdsnämnden bör för statens del ses som den drivande aktören i utvecklingen av god företagshälsovård och beträffande vilka krav som bör ställas på kompetens, verksamhetens bedrivande, m.m. I nämnden bör behandlas frågor om vilka anpassningar av praxis eller av regelverket som sådant som behövs för att spegla utvecklingen på de tekniska och vetenskapliga områdena.

Utvecklingen av teknik och vetenskap, nya krav m.m. kan behöva hanteras på olika sätt i förhållande till det regelverk som föreslås. Utvecklingen av branschspecifika krav på företagshälsovården kan behöva hanteras inom ramen för kollektivavtal. Det torde vidare finnas frågor som lämpligast tas om hand inom ramen för företagshälsovårdsbranschens kvalitetssystem. I företagshälsovårdsnämnden kan staten och övriga deltagare ta upp de åtgärder som anses nödvändiga för att vidareutveckla företagshälsovården. Nämnden kan utgöra ett avstämningsorgan för att diskutera på vilket sätt åtgärderna lämpligast vidtas.

Utredningen vill understryka betydelsen av en nära samverkan mellan företagshälsovårdsnämnden och företagshälsovårdsbranschens kvalitetsutvecklingsarbete. Det får övervägas om den nuvarande ordningen för utveckling av kvalitetssystemet, där staten och arbetsmarknadens parter deltar i en referensgrupp som bistår branschens företrädare, behöver ses över i ljuset av den nya företagshälsovårdslagstiftningen och införandet av en företagshälsovårdsnämnd.

Utredningen lämnar ett förslag till ändringar i förordningen (...) med instruktion för Arbetsmiljöverket i betänkandets avsnitt med författningsförslag.

9 Användandet av företagshälsovård

Utredningens förslag:

Utredningen föreslår att 3 kap. 2 a § AML kompletteras med en regel om att det ska ske en systematisk bedömning av behovet av extern experthjälp såsom företagshälsovård, som en integrerad del av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Utredningen lägger däremot inga förslag om starkare legal reglering av arbetsgivarens skyldighet att anlita företagshälsovård eller om speciella regler för småföretag.

Ett förtydligande föreslås av Arbetsmiljöinspektionens möjligheter att föreskriva att godkänd företagshälsovård ska användas i de fall arbetsförhållandena är så allvarliga att tillgång till företagshälsovård anses nödvändig för att förebygga ohälsa eller olycksfall.

9.1 Inledning

Enligt utredningens direktiv ska övervägas om de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård behöver förändras. I detta ligger bl.a. att överväga i vilka situationer det ska finnas en skyldighet för arbetsgivaren att utnyttja företagshälsovård och vilken omfattning en sådan skyldighet ska ha.

En skyldighet att anlita företagshälsovård kan konstrueras som ett obligatorium, dvs. att alla arbetsgivare eller arbetsgivare som bedriver verksamhet som är förenad med särskilda risker ska ha tillgång till företagshälsovård. Exempel på länder som har regler om obligatorisk företagshälsovård redovisas i kapitel 6, Internationell utblick.

En skyldighet kan också, som framgår av direktiven, kopplas till vissa situationer. Det skulle kunna gälla arbetsgivare eller branscher

med särskilt riskfylld verksamhet eller arbetsgivare med hög sjukfrånvaro. Också andra riskindikatorer är tänkbara, t.ex. onormalt många arbetsskador. Ett förslag i rapporten från trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter¹ var att arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård skulle stramas upp genom en regel om att skyddsombud eller, om sådant saknas, enskild arbetstagare skulle kunna begära att arbetsgivaren ansluter sig till företagshälsovård. Om arbetsgivaren motsätter sig en sådan begäran skulle frågan föras till en särskild nämnd för avgörande.

I kapitel 4 redovisas innehållet i den ILO-konvention om företagshälsovård som Sverige har ratificerat. Konventionen syftar till att ge alla arbetstagare tillgång till företagshälsovård, dvs. i praktiken ett obligatorium. I den mån det inte kan ske omedelbart ska en planering finnas för en utbyggnad. Enligt utredningens bedömning är det tveksamt om Sverige f.n. lever upp till sitt åtagande enligt konventionen.

När det gäller EG:s ramdirektiv om företagshälsovård – som utgår från arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön och att arbetsgivaren anlitar utomstående expertis först när de egna resurserna är otillräckliga – finns en överensstämmelse med AML:s regler om när företagshälsovård ska anlitas och med den implementering som skett genom Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete. Där föreskrivs att arbetsgivaren ska använda företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker till för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering. En närmare redovisning av regelverket finns i Kapitel 5, Företagshälsovårdens verksamhetsområden.

I det följande redovisas först utredningens inställning till obligatorium för alla arbetsgivare. Därefter behandlas andra möjligheter att förändra de legala skyldigheterna för arbetsgivaren att anlita företagshälsovård. I nästföljande avsnitt avhandlas vilka andra åtgärder som bör vidtas för att stärka efterfrågan på företagshälsovård. I kapitlets näst sista avsnitt tas upp arbetsmiljöinspektionens möjligheter att kräva att godkänd företagshälsovård ska användas i de fall det kan bli aktuellt med ett föreläggande om att använda företagshälsovård. Slutligen behandlas frågan om särskilda regler för småföretag.

¹ Ett arbetsliv för alla – rapport från trepartssamtalen. Regeringskansliet 2003.

9.2 Obligatorium

Om staten har som mål att alla anställda ska få del av företagshälsovård är ett effektivt sätt att nå målet att införa en lagstiftning om att alla arbetsgivare ska anlita företagshälsovård och genomföra en planmässig utbyggnad som gör företagshälsovård tillgänglig. Detta kan åstadkommas på olika sätt. Samhället kan producera företagshälsovårdstjänster, antingen som ensam producent eller som komplement till en marknadslösning. Också en renodlad marknadslösning kan tänkas i kombination med en allmän skyldighet för arbetsgivare att anlita företagshälsovård. Det finns fördelar med sådana lösningar, bl.a. ur rättviseaspekter.

Nära förknippat med ett obligatorium är att avväga hur mycket företagshälsovårdstjänster som ska ingå och hur vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna ska bedömas. Ett obligatorium kan alltså konstrueras på olika sätt med avseende på hur mycket företagshälsovårdstjänster som arbetsgivaren ska vara skyldig att använda. Det minimala är det som i företagshälsovårdsbranschen kallas nollavtal, dvs. det finns en kundrelation, och någon form av grundavgift tas ut, men ingen leverans av tjänster sker förrän efter beställning. Det maximala alternativet torde vara att företagshälsovården själv bedömer vad som behövs.

Utredningen finner dock inte några skäl att föreslå ett obligatorium som innebär köptvång för arbetsgivaren. Detta har en principiell grund i att utredningen inte ser företagshälsovård som något självändamål utan som en expertresurs som ska användas när det behövs för att uppfylla de krav på en sund och säker arbetsmiljö som följer av AML. Ett införande av ett obligatorium skulle medföra risk för att själva anslutningen blir det väsentliga, inte vilka behov som finns eller vilken kvalitet de tjänster har som levereras.

Utredningen har inte heller kunnat finna några sakliga skäl eller erfarenheter som talar för ett obligatorium genom vilket arbetsgivare på grund av lagstiftning skulle tvingas ansluta sig till företagshälsovård. Utredningen har uppfattningen att en anpassning måste kunna ske till de behov som finns i varje bransch och på varje företag eller förvaltning och anser att ett obligatorium skulle vara ett alltför trubbigt instrument för att detta skulle bli fallet. Tvärtom visar de erfarenheter som finns att obligatorium leder till att företag och förvaltningar köper det minimum av tjänster som krävs för att uppfylla lagstiftningens krav, oavsett om detta bidrar till lösning av arbetsmiljöproblem eller inte.

Samtidigt skulle en allmän skyldighet för arbetsgivare att tillhandahålla företagshälsovård kunna leda till krav på subventioner för att tillgodose efterfrågan i de fall marknaden inte klarar det. Dessutom skulle personalresurser dras från den allmänna sjukvården utan säkerhet för att de behövs för att tillgodose verkliga behov av företagshälsovård.

Inte heller företagshälsovårdsbranschen gagnas av ett obligatorium och är inte intresserad av en sådan lösning. Risk finns för att det skulle leda till att ”paketlösningar” med minimal standard blir det som efterfrågas, vilket skulle kunna vara förödande för kvalitet och utveckling.

I proposition 1998/99:120, genom vilken bl.a. en definition av företagshälsovård infördes i AML, uttalade regeringen uppfattningen att den framtida utbyggnaden av företagshälsovården även fortsättningsvis bör vara en angelägenhet för arbetsmarknadens parter. Utredningen har i de föregående kapitlen lagt förslag som innebär att staten får ett tydligare ansvar för vissa frågor rörande företagshälsovården, bl.a. genom det föreslagna godkännandet. Arbetsmarknadens parter får en viktig roll i den samverkan som föreslås om företagshälsovården. När det gäller att skapa en behovsanpassad efterfrågan på företagshälsovårdstjänster anser utredningen att en reglering i kollektivavtal är att föredra framför lagreglering, bl.a. för att det kan ske en anpassning till branscher och förhållanden på arbetsplatserna. I de kollektivavtal om arbetsmiljö och företagshälsovård som träffats under den senaste avtalsrörelsen och som finns sedan tidigare på vissa avtalsområden (se Kapitel 4, Företagshälsovården år 2004) kan utläsas ett ökande intresse från parterna att återigen reglera arbetsmiljöfrågor i kollektivavtal. Det finns ett antal avtal som föreskriver en skyldighet för arbetsgivaren att ha tillgång till företagshälsovård, men i de flesta avtalen har det överlåtits till de lokala parterna att närmare reglera frågan med hänsyn till lokala förhållanden och behov.

Arbetsgivare och fackliga företrädare framför ofta kritik mot att företagshälsovården inte förmår leverera nytta i förhållande till kostnaden. Nulägesbeskrivningen av företagshälsovården (se Kapitel 4) visar också att det finns en diskrepans mellan vad arbetsgivarna efterfrågar och vad branschen levererar. Det finns flera orsaker till att så är fallet, både hos kundföretagen och hos företagshälsovården. Kraven på att företagshälsovårdens insatser ska vara av värde i förhållande till de behov som finns hos kunderna är lättare att uppfylla om det sker en lokal bedömning av behovet än

om en nationellt standardiserad företagshälsovård tvingas på företaget. Detta understryks av företagshälsovårdsbranschen. En liknande kritik fanns redan på statsbidragstiden när det dessutom fanns kollektivavtal som syftade till ett obligatorium. Det finns enligt utredningens mening inget som talar för att ett obligatorium eller subventioner bidrar till hög kvalitet eller utveckling vare sig i arbetsmiljöarbetet eller i företagshälsovården.

Utredningen har gjort studiebesök i Finland, Nederländerna och Danmark, som alla har lagstiftning om helt eller delvis obligatorium (se vidare Kapitel 6, Internationell utblick). Erfarenheterna därifrån är negativa. Varken i Nederländerna eller i Danmark har obligatorium med köptvång lett till att alla företag fått tillgång till företagshälsovård av god kvalitet och i båda dess länder mjukas obligatoriet upp eller överges. I Finland är läget annorlunda tack vare ett stort engagemang från samhällets sida med bl.a. ekonomiskt stöd, men inte heller där tillgodoses (i vart fall inte ännu) småföretagens behov av multidisciplinär företagshälsovård.

För att ett obligatorium ska få effekt och upplevas som rättvist måste det kombineras med någon form av tillsyn och sanktionsmöjligheter. De rapporter som nyligen publicerats och som berör Arbetsmiljöverkets tillsynsverksamhet (Statskontoret 2004:13 Systematiskt arbetsmiljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser och Riksrevisionen 2004:14, Arbetsmiljöverkets tillsyn) visar att AV:s tillsynsverksamhet når en mycket liten andel av alla arbetsplatser. En utvidgad tillsynsverksamhet rörande företagshälsovård skulle tära hårt på verkets resurser utan att för den skull med säkerhet medföra någon väsentlig förbättring av arbetsmiljön.

9.3 Andra möjligheter att förändra de legala förutsättningarna

Utredningen har övervägt om det skulle vara möjligt att peka ut vissa branscher eller speciellt riskfyllda arbetsmiljöer och genom lagstiftning eller på annat sätt införa en skyldighet för berörda arbetsgivare att anlita företagshälsovård. Så har varit fallet i Danmark, men där överges nu systemet.

Ett problem med att peka ut vissa branscher är att det kan förekomma stora variationer inom branschen. Det kan vara andra faktorer än branschtillhörighet som är avgörande för hur bra eller dålig arbetsmiljön är. Att peka ut en hel bransch skulle därför slå mot

både goda och dåliga arbetsgivare inom branschen. Ett arbetsmiljöproblem där inte branschtillhörighet torde ha någon större betydelse är de psykosociala arbetsförhållandena. Om man inom branschen vill utforma insatser av företagshälsovården på något visst sätt med hänsyn till förutsättningarna inom branschens verksamhet, är detta lämpligare att lösa genom kollektivavtalsreglering än genom generell lagstiftning.

Att genom lagstiftningsåtgärder tvinga arbetsgivare med t.ex. hög sjukfrånvaro att anlita företagshälsovård innebär också problem. En regel om att en viss sjukfrånvaro skulle konstituera en skyldighet att anlita företagshälsovård skulle bli alltför trubbig och skulle t.ex. kunna drabba arbetsgivare som anställt äldre arbetstagar eller arbetstagar med nedsatt arbetsförmåga. För att en sådan regel inte skulle leda till en icke önskvärd selektion i samband med nyanställningar skulle den behöva kompletteras med undantagsregler, som skulle bli svåra att tillämpa. Frågan är också hur reglerna skulle tillämpas vid svängningar i sjukfrånvaron, vilket inte är ovanligt i små eller medelstora företag. I ett litet företag kan långtidssjukskrivningar, som inte alls behöver ha samband med arbetsmiljön, för ett fåtal personer innebära att andelen sjukskrivna snabbt ändras.

I slutrapporten från trepartssamtalen finns, som nämndes inledningsvis, ett förslag om att skyddsombud eller, om sådant saknas, enskild arbetstagar skulle kunna begära att arbetsgivaren ansluter sig till företagshälsovård. Enligt utredningens uppfattning är nackdelen med detta förslag att en sådan regel förvisso skulle leda till en ökad anslutning men inte nödvändigtvis till bättre arbetsmiljö. Enbart en anslutning säger ingenting om vad som ska levereras och vilken kvalitet det ska ha. Förutsättningen för att en sådan regel skulle leda till en positiv utveckling är att de skyddsombud eller anställda som åberopar regeln har en sådan insikt i arbetsmiljöfrågor att de kan bedöma behoven och vad företagshälsovården ska användas till. Enligt utredningens mening kan detta syfte bättre nås med andra åtgärder, vartill vi återkommer i nästa avsnitt.

Utredningen anser att samma invändningar, som nämndes mot ett obligatorium för alla arbetsgivare, är gällande även för de förändringar i den legala skyldigheten att använda företagshälsovård i syfte att skärpa kraven på arbetsgivare som har riskfyllda arbetsmiljöer, hög sjukfrånvaro eller i övrigt missköter sitt ansvar för arbetsmiljön, som diskuterats här. Sådana regler skulle riskera att skapa fler problem än de löser. I stället bör de nuvarande reglerna

med möjligheter till påverkan för de anställda och deras fackliga företrädare och med ett system för tillsynen av arbetsmiljö användas mera effektivt.

9.4 Andra åtgärder för att stimulera efterfrågan av god företagshälsovård

Utredningen har uppfattningen att företagshälsovårdens verksamhet bör bli tydligare och kvaliteten stärkas, och har i kapitel 8 framlagt förslag med det syftet. Enligt utredningens uppfattning är det av grundläggande betydelse för företagshälsovårdsbranschens överlevnad att den förmår visa vilken nytta den gör och att verksamheten håller hög kvalitet. Det är det mest effektiva sättet att skapa efterfrågan på dess tjänster.

Ett problem i dialogen mellan företagshälsovården och dess kunder är emellertid också att kundernas "beställarkompetens" ibland är för dålig. Man har svårt att avväga företagshälsovårdens insatser därför att man inte har tillräcklig överblick över vilka risker som finns i arbetsmiljön eller vad företagshälsovårdens kompetens skulle kunna användas till.

För att företagshälsovårdens kompetens ska kunna användas problemorienterat måste "beställningen" grundas på de behov som finns av stöd i det enskilda företaget. Den bästa förutsättningen härför är ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. Företagshälsovården kan vara en resurs i det arbetet genom t.ex riskbedömningar och en utvecklad kunddialog, men kan inte överta ansvaret för arbetsmiljön. I Statskontorets rapport 2004:13, Systematiskt arbetsmiljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser, påpekas att den nedmontering av företagshälsovården som skedde ungefär samtidigt som reglerna om internkontroll (sedermera ändrat till systematiskt arbetsmiljöarbete) infördes ledde till att företagshälsovårdens medverkan i det systematiska arbetsmiljöarbetet mattades av.

Arbetsmarknadens parter har stora möjligheter att påverka både efterfrågan på företagshälsovård och kvaliteten i dess tjänsteutbud. De sedan tidigare befintliga arbetsmiljöavtalen och de som träffats i årets avtalsrörelse bör tillsammans med det centrala partsarbete som pågår på flera avtalsområden kunna bidra till en ökad efterfrågan på god företagshälsovård som grundas på en systematisk planering i företagen.

För att snabbt stärka planeringen av vilket behov som finns – eller inte finns – av extern kompetens i form av företagshälsovård eller andra expertresurser föreslår utredningen en komplettering av AML med en regel i anslutning till 3 kap. 2 a § med innebörden att det ska ske en systematisk bedömning av behovet av extern expert-hjälp såsom företagshälsovård, som en integrerad del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Detta förslag återfinns i utredningens förslag till ändringar i AML. Finns brister i planeringen kan detta åtgärdas av AV på samma sätt som vid brister i arbetsmiljön i övrigt.

En ytterligare efterfrågestimulerande faktor är det medfinansieringsansvar för arbetsgivare som enligt en proposition² föreslås fr.o.m. 2005 i sjukförsäkringssystemet, vars syfte är att skapa ökat intresse hos arbetsgivarna för åtgärder för att förebygga ohälsa och för rehabilitering. Om detta inte leder till en minskning av ohälsan har regeringen aviserat att ytterligare åtgärder kan komma att vidtas, varav en kan vara rabatt för den som har företagshälsovård. Skulle sådana förslag genomföras innebär det självfallet ytterligare tryck på efterfrågan av företagshälsovård.

9.5 Tillsynsfrågor

Syftet med den föreslagna företagshälsovårdslagen är att främja god företagshälsovård. Genom lagen kommer arbetsgivare att kunna anlita extern expertis vars kompetens och verksamhetsinriktning är ”kvalitetsgranskad” i ett offentligt förfarande. Även staten kommer att kunna använda/hänvisa till ett verktyg vars förutsättningar att bidra till förbättringar i arbetsmiljön är verifierade. Det är synnerligen angeläget att denna expertis kommer till användning. I kapitel 8 framhölls följaktligen att Arbetsmiljöverket i första hand bör hänvisa till godkända företagshälsovårdsenheter i de fall frågor om företagshälsovård aktualiseras i tillsynsarbetet.

Enligt 7 kap. 7 § AML får verket meddela förelägganden mot den som har ett skyddsansvar enligt bl.a. bestämmelserna i 3 kap. AML. Reglerna om tillsyn omfattar därmed även bestämmelsen i 2 b § om arbetsgivarens ansvar för att företagshälsovård finns att tillgå.

Föreläggande avseende företagshälsovård ska emellertid enligt förarbetena till bestämmelserna om företagshälsovård i AML³

² Prop. 2004/05:21.

³ Prop. 1984/85: s 33 ff.

tillgripas först när alla möjligheter till frivillig anslutning inom rimlig tid är uttömda.

Hur bör då frågan om eventuella förelägganden om företagshälsovård ses i förhållande till godkända företagshälsovårdsenheter?

Den nya lagen medför att det kommer att finnas företagshälsovård av olika kvalitet, i vart fall kommer omgivningens vetskap om kvaliteten vara avsevärt större i fråga om vissa (de företagshälsovårdsenheter som är godkända) än andra. Kan Arbetsmiljöverket förelägga om användande av godkänd företagshälsovårdsenhet eller bara om företagshälsovård, varefter det blir arbetsgivarens sak att anlita den han eller hon själv finner lämplig?

Den aktuella lydelsen i 3 kap. 2 § b AML är att arbetsgivaren ska ”svara för att *den* företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå”. Till att börja med kan då konstateras att det häri torde ligga att arbetsgivaren, utifrån omfattning och art av arbetsmiljöproblemen i verksamheten, förutsätts göra en bedömning av vilken slags företagshälsovård som bör köpas in och i vilken omfattning. Utredningen anser att frågan om godkänd/annan företagshälsovårdsenhet efter den nya lagstiftningens ikraftträdande bör utgöra en naturlig del av denna bedömning.

Därefter kan konstateras att bedömningen av vilken slags företagshälsovård som ska anlitas (den som arbetsförhållandena kräver) också ska göras av Arbetsmiljöverket vid ett eventuellt föreläggande av företagshälsovård. Om verket bedömer att arbetsförhållandena är så allvarliga att tillgång till företagshälsovård anses nödvändig för att förebygga ohälsa eller olycksfall, förefaller det väl i linje med nuvarande regler att verket kan förelägga om anlitan av just en godkänd företagshälsovårdsenhet, inte om anlitan av vilken företagshälsovård som helst. Föreläggandet ska ju enligt 7 kap. 7 § AML vara något som behövs (ha ett sådant innehåll) för att lagens bestämmelser ska efterlevas.

Utredningen anser därmed att de nuvarande möjligheterna i AML för Arbetsmiljöverket att förelägga om företagshälsovård i och för sig bör anses kunna omfatta en möjlighet att anvisa godkänd företagshälsovårdsenhet. (En annan sak är att verket inte får ange vilken av de godkända företagshälsovårdsenheterna som ska användas. Dessa ska konkurrera på lika villkor.⁴)

Eftersom skillnaden mellan olika slags företagshälsovård (i form av godkända och andra företagshälsovårdsenheter) inte var förut-

⁴ Jfr prop. 1998/99:120 s 24.

sedd vid införandet av bestämmelserna om arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård och benämningen ”godkänd företagshälsovårdsenhet” följaktligen inte förekommer i lagen, anser emellertid utredningen att ett förtydligande av möjligheten att förelägga om godkänd företagshälsovårdsenhet bör göras i lagen. I viss mån bryter detta mot systematiken i 7 kap. 7 § AML. Det finns inte där några preciseringar i fråga om förelägganden beträffande andra bestämmelser i lagen. Ett tillägg är dock viktigt också för att markera betydelsen av att sådan företagshälsovård kommer till användning.

9.6 Småföretag

När det gäller skyldigheten att anlita företagshälsovård ska enligt direktiven behovet av flexibla lösningar för att tillgodose de mindre företagens behov beaktas. Utredningen har därför övervägt om det skulle behövas särskilda regler för dem. Småföretagen anses nämligen ha sämre förutsättningar än stora organisationer att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete eller anlita företagshälsovård. Det är dock inte acceptabelt att anställda i dessa företag ska ha farligare eller sämre arbetsmiljö än andra anställda. Utredningen ser därför ingen anledning att föreslå särskilda regler i lagstiftningen för småföretag. Det må vara att reglerna i sig är onödigt komplicerade. Tillämpningen i ett stort företag eller i offentliga verksamheter blir dock åtskilligt krångligare med alla enheter och beslutsnivåer än i ett litet överblickbart företag. Dessutom är redan nu föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete utformade så att kraven på dokumentation är lägre för företag med färre än tio anställda. En tillkommande regel om ett systematiskt planeringsarbete för att kartlägga behov av insatser och i förekommande fall behov av externt stöd behöver därför inte innebära något omfattande merarbete. Däremot kan det leda till att företagshälsovårdsbranschens tjänsteutbud bättre anpassas till småföretagens behov.

Även om det inte finns skäl att göra undantag för småföretag i lagstiftningen finns det speciella förhållanden, som försvårar för dem att få tillgång till företagshälsovård.

I kapitel 4 har redovisats en del statistiska uppgifter. Där framgår att småföretagen har låg anslutningsgrad till företagshälsovård. Det finns flera skäl till att så är fallet. Ett är historiskt. När företagshälsovården byggdes ut i Sverige var det med modeller anpassade till

stora företag, och redan då fanns kritik från småföretagen att de ”paket” de var mer eller mindre tvungna att köpa om de anslöt sig inte var anpassade till deras behov. Under åren efter avregleringen i början av 1990-talet var fortfarande köp av ”paket” det vanligaste sättet att upphandla företagshälsovård. Nu kan iakttas en tendens till förändring av detta. Paketlösningar blir mindre vanliga, och i stället upphandlas i ökande utsträckning tjänster styckvis och efter behov, ofta inom ramen för ett så kallat nollavtal, där kundföretaget har en relation till företagshälsovårdsenheten, men bara betalar för de tjänster som verkligen utnyttjas.

Ett annat skäl till den låga konsumtionen av företagshälsovårdstjänster i småföretag kan vara att de har svårt att identifiera sina problem och än mindre vilka tjänster av företagshälsovården som skulle kunna bidra till att lösa dem. Finns ingen kommunikation mellan företagshälsovården och småföretaget förmedlas heller ingen kunskap om risker och hur de skulle kunna åtgärdas. Det är dock inte det enda problemet. Det förekommer påståenden om att småföretagare har en rädsla för att kontakta företagshälsovården eftersom det skulle kunna leda till kostnader för att åtgärda problemet. Enligt utredningens uppfattning är detta dock inte någon typisk åsikt grundad på fakta utan snarare en myt. Det är tvärtom vanligt att småföretagare uttrycker uppfattningen att de är beredda att betala för tjänster de vet är nyttiga, men att de är tveksamma till vilken nytta de har av företagshälsovården.

Ett skäl till att de blivit så är att småföretagen inte är lönsamma kunder för företagshälsovården. Självfallet är det svårt att uppnå lönsamhet om ersättningen baseras på en per capitaavgift. Utredningen har inte sett några exempel på att företagshälsovårdsföretag erbjuder speciella småföretagarpaket eller att sammanslutningar av småföretag orts- eller branschvis går samman om upphandling av företagshälsovård.

Om det finns en gemensam karakteristik av småföretag är det att de är olika. Det enda gemensamma är storleken. I övrigt är variationen stor beträffande verksamhet, arbetsmiljö, risker, lönsamhet o.s.v.

Utredningen har övervägt om man skulle kunna stimulera småföretagens användning av företagshälsovård genom åtgärder av staten men ser små möjligheter att genom insatser på nationell nivå nå önskvärda effekter. Statskontoret föreslog i sin rapport 2001:29 Utnyttja företagshälsovården bättre att någon form av ekonomisk stimulans skulle kunna användas, antingen till företagshälsovårds-

företag eller som en avdragsrätt för småföretag. Ett annat förslag var informationsinsatser. Ett åliggande föreslogs för ALI, Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket att gemensamt stödja och upparbeta de informationskanaler som redan finns hos bl.a. organisationer för småföretagare.

Utredningen ser ingen anledning att införa ekonomiska stimulanser till småföretag utöver de generella som gäller för alla företag. Ekonomiska stimulanser för småföretag fanns under statsbidragstiden, men enligt den utvärdering som Riksrevisionsverket gjorde är det tveksamt om de hade någon som helst effekt. Det finns inget som talar för att situationen skulle vara annorlunda idag, oavsett om bidrag skulle ges direkt till småföretagen eller till företagshälsovårdsföretag.

Utredningen har också svårt att se att av samhället drivna informationskampanjer med allmän information om företagshälsovård skulle få någon större effekt. Staten eller den aktör som med stöd av staten genomför informationssatsningen skulle ha svårt att förklara exakt vilken nytta det enskilda företaget skulle ha av företagshälsovården, och det skulle inte på något naturligt sett leda till affärsrelationer. Ett annat sätt att informera skulle kunna vara att staten ger bidrag till företagshälsovårdsföretag för riktad information till småföretag eller uppsökande verksamhet. Utredningen vill emellertid erinra om att företagshälsovårdsföretagen opererar i konkurrens på en marknad och att stöd av detta slag skulle kunna snedvrída konkurrensen. Med det förslag utredningen framför nedan om att den föreslagna företagshälsovårdsnämnden ska ägna sig åt utveckling av gemensamma insatser på småföretagsområdet bör dock informationsinsatser kopplade till andra samtidiga åtgärder få effekt.

Småföretag med 2–49 anställda är arbetsgivare för ungefär en fjärdedel av arbetskraften och borde alltså utgöra en betydande marknad för företagshälsovården. Det naturliga och sunda sättet att skapa varaktiga affärsrelationer mellan småföretag och företagshälsovården är att skapa lönsamhet för båda parter. Det kräver dock nytänkande och möjligen en del stimulans i form av utvecklingsarbete. Det borde t.ex. ligga avsevärda fördelar i att tio tryckerier på en ort går samman om upphandling av företagshälsovård i stället för att varje tryckeri ska bli kund hos olika företagshälsovårdsenheter. I första hand bör det ligga i företagshälsovårdsföretagens och branschens intresse att dra igång sådana åtgärder. Ett ansvar ligger

också på arbetsmarknadens parter på branschnivå och på småföretagens egna organisationer på branschnivå eller lokal/regional nivå.

När det gäller småföretags tillgång till företagshälsovård lyfts ofta glesbygden fram som ett problemområde. Detta är dock inget exklusivt småföretagsproblem. Även om små och medelstora företag ofta är den dominerande företagstypen i glesbygd finns också större arbetsgivare, oftast kommunen. Som framgick av Statskontorets i kapitel 4 redovisade rapport⁵ finns tillgång till minst en företagshälsovårdsenhet i nästan alla landets kommuner. Det är dock inte säkert att en eller ett fåtal företagshälsovårdsenheter kan tillgodose alla varierande behov av specialistkompetens som kan finnas hos företagen på en ort. I sådan fall kan det vara nödvändigt att specialistkompetens hämtas på något längre avstånd, vilket inte är någon ovanlig situation för småföretag i glesbygd, eller att företagshälsovården blir mer mobil.

Det bör enligt utredningens mening finnas en grund för att marknaden ska kunna utvecklas så att småföretagens behov tillgodoses enligt vad som anförts i detta avsnitt. Den av utredningen föreslagna företagshälsovårdsnämnden bör som en av sina första uppgifter ta sig an frågan om vilka gemensamma insatser som kan göras för att öka småföretagens användning av företagshälsovården och anpassa utbudet av tjänster till deras behov.

⁵ 2001:29 Utnyttja företagshälsovården bättre..

10 Skatterättsliga aspekter på användningen av företagshälsovård

Utredningens förslag:

Utredningen föreslår att inkomstskattelagens regler om rätten för näringsidkare att dra av för kostnader för företagshälsovård efter den nya företagshälsovårdslagstiftningens införande bör preciseras till att avse kostnader för godkänd företagshälsovård.

10.1 Bakgrund och gällande rätt

Enligt 16 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229) har näringsidkare rätt att dra av utgifter för att förvärva och bibehålla inkomster. Detta är huvudregeln om avdragsrätt i inkomstslaget näringsverksamhet. Därtill görs i lagen vissa preciseringar beträffande olika slags utgifter. Enligt 16 kap. 23 § ska utgifter för företagshälsovård dras av. Samtidigt ska enligt 11 kap. 18 § i lagen företagshälsovård inte tas upp som förmån i inkomstslaget tjänst.

Så länge statsbidrag utgick för företagshälsovård var avdragsrätten kopplad till sådan företagshälsovård för vilken bidrag utgick. Rätten till bidrag ställde vissa krav beträffande organisation, kompetens m.m. hos företagshälsovården. Under några år efter statsbidragets upphörande var avdragsrätten provisoriskt knuten till de tidigare bestämmelserna om statsbidrag.

År 1996 ändrades reglerna i (anvisningarna till) kommunalskattelagen så att avdragsrätten inte längre hänvisade till den tidigare gällande förordningen om statsbidrag. I propositionen¹ framhölls att företagshälsovården har en viktig uppgift i arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringen, och att avdragsrätten borde behållas men inte längre vara knuten till det upphävda systemet med statsbidrag.

¹ Prop. 1994/95:182, sid. 27 ff.

I stället för hänvisningen till den upphävda förordningen om statsbidrag föreslogs i propositionen att avgränsningen av vilken slags företagshälsovård det skulle föreligga en avdragsrätt för borde styras av definitionen av företagshälsovård i arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftningen och dess förarbeten. Dessa innebär att företagshälsovården ska vara en professionell och oberoende rådgivare för såväl arbetsgivare som arbetstagare, att den har i uppgift att arbeta så att ändamålet med AML uppfylls, den ska arbeta med förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering, vara baserad på bred kompetens inom ämnesområden som medicin, teknik, beteendevetenskap, arbetsorganisation och rehabiliteringsmetodik, m.m.

Det påpekades att företagshälsovården är organisations- och gruppinriktad. Inslaget av individuell vård är begränsat och ingår endast som ett led i arbetet med att kartlägga och förbättra arbetsmiljön. Den eventuella hälso- och sjukvård som enskilda anställda kommer i åtnjutande av kunde knappast sägas innebära några insparade levnadsomkostnader för honom eller henne. Till skillnad från förmånen av fri offentligt finansierad hälso- och sjukvård, som uppkommer om arbetsgivaren betalar patientavgiften, betonades att det inte kunde bli fråga om någon förmånsbeskattnings av den anställda för fri företagshälsovård, även om den aktuella företagshälsovården inkluderade viss sjukvård.

10.2 Utredningens överväganden och förslag

Nuvarande reglering är avsedd att ge arbetsgivare avdragsrätt för sådan företagshälsovård som avses i AML. Även om man i förarbetena till 1996 års lagändring konstaterade att det förekommer viss hälso- och sjukvård inom företagshälsovården, sades att denna får betraktas som ett led i företagshälsovårdens arbete med sitt egentliga uppdrag.

Avdragsrätten verkar vara byggd på någon av följande två uppfattningar om företagshälsovården. Den ena är att man har ansett att all företagshälsovård som köps är sådan företagshälsovård som avses i förarbetena. Därmed skulle allt som kallas företagshälsovård vara avdragsgillt. Möjligen förhöll det sig så att mer av den faktiska företagshälsovården tidigare var sådan som avses i förarbetena. Det måste dock konstateras, vilket tidigare beskrivits i betänkandet (se kapitel 4), att så inte längre är fallet. Företagshälsovården ägnar

uppskattningsvis hälften av sin verksamhet åt sådant som inte kan anses vara dess egentliga uppdrag enligt lagstiftningen.

Om man i stället ansåg att inte all företagshälsovård är sådan som avses i förarbetena bör reglerna om avdragsrätt ha varit tänkta så att man som näringsidkare i deklarationen måste skilja den avdragsgilla från den icke avdragsgilla. Frågan är dock om en sådan åtskillnad kan upprätthållas i praktiken, eftersom näringsidkaren knappast kan förväntas veta vilken företagshälsovård som är avdragsgill och vilken som inte är det. Definitionen av företagshälsovård finns som nämnts i förarbetena till lagen. Dessutom är det så att den näringsidkare som begär avdrag för företagshälsovård endast har att inräkna kostnaden för detta bland övriga personalkostnader i deklarationen. Till grund för uppgifterna i deklarationen ligger företagets bokföring. För en kontroll av det närmare innehållet i företagshälsovårdstjänsterna för vilka det begärs avdrag skulle innebära ingående kontroll av företags bokföring, med det som därtill hör i form av verifikationer m.m.

Förutom den uppfattningen att god företagshälsovård (= av Arbetsmiljöverket godkänd) bör kunna säljas ”på sina egna meriter” (eftersom det bör vara rationellt för arbetsgivare att använda företagshälsovården för att lösa problem i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet, både i ekonomiskt avseende och med avseende på ”regelefterlevnad”), bör staten se till att stimulera efterfrågan på sådan företagshälsovård. Utredningen anser följaktligen att det är angeläget att avdragsrätten för företagshälsovård bibehålls.

Regleringen bör dock i möjligaste mån preciseras så att reglernas ”träffsäkerhet” ökar. Avdragsrätten för företagshälsovård bör efter företagshälsovårdslagens ikraftträdande därför vara knuten till av Arbetsmiljöverket godkänd företagshälsovård. Därmed skapas i jämförelse med dagens situation en större klarhet om vilken slags företagshälsovård det finns en avdragsrätt för. Huruvida det föreligger avdragsrätt för andra typer av utgifter som arbetsgivare kan ha för att uppfylla kraven i AML och AFL får avgöras på grundval av andra bestämmelser om avdragsrätt i inkomstskattelagen.

Det kan dock konstateras att det praktiskt inte låter sig göra att knyta avdragsrätten till vilken företagshälsovårdstjänst man faktiskt har haft utgifter för. Den större klarhet som den nya företagshälsovårdslagen skapar om vilken slags företagshälsovård som ska vara avdragsgill får anses vara en tillräcklig grund att basera avdragsrätten på, trots att det exempelvis förekommer sjukvård och

annat hälsoarbete som varken för närvarande eller enligt den nya lagen ska betraktas som företagshälsovårdens egentliga uppgifter.

Det medges att detta inte blir helt konsistent med inkomstskattelagens bestämmelser om avdragsrätt för hälso- och sjukvård. Enligt dessa har arbetsgivaren avdragsrätt för kostnader för offentligt finansierad hälso- och sjukvård, men inte för privatfinansierad sådan. Om företagshälsovårdsenheten levererar hälso- och sjukvård och inte har ett avtal med landstinget om detta är den att betrakta som privatfinansierad sjukvård. För sådan har arbetsgivaren egentligen inte någon avdragsrätt. Denna inkonsistens gäller emellertid redan i dag. Om något, bör den nya företagshälsovårdslagen minska dess betydelse. Den faktiska efterlevnaden av reglerna och kontrollmöjligheterna talar som nämnts för att det är "tjänsteleverantören" som avdragsrätten knyts till, inte tjänsten.

Huruvida yrkandena om avdrag verkligen kommer att avse av Arbetsmiljöverket godkänd företagshälsovård blir sedan en sak för skattemyndigheterna att avgöra, på samma sätt som gäller för andra avdragsyrkanden.

Eftersom det kan förmodas att viss tid kommer att gå efter företagshälsovårdslagens ikraftträdande, som föreslås vara den 1 januari 2006, till dess att alla ansökningar om godkännande av företagshälsovårdsenheter har blivit behandlade, föreslår utredningen att ändringarna i inkomstskattelagen träder ikraft den 1 januari 2007.

11 Företagshälsovårdens roll i sjuk- skrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningens förslag:

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ges anvisningar om att godkända företagshälsovårdsenheter bör användas om det under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behövs fördjupade arbetsförmågebedömningar och utredningar av rehabiliteringsbehov.

11.1 Inledning – frågeställningen

Enligt uppdraget ska utredningen överväga hur företagshälsovårdens särskilda kompetens bättre ska kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Denna fråga återfinns i direktiven under rubriken Personalförsörjning m.m., där huvudfrågan gäller hur personalförsörjningen inom företagshälsovården ska kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet.

Självklart finns det en koppling mellan de båda frågorna. Inom både företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården arbetar medicinsk personal. Den brist som finns på viss medicinsk personal, t.ex. läkare, drabbar båda sektorerna. Om företagshälsovården exempelvis utför en större mängd arbete inom sjukskrivningsområdet, som idag utförs av den allmänna hälso- och sjukvården, avlastas denna arbetsmässigt. Samtidigt kan det leda till att behovet av läkare inom företagshälsovården ökar. Att de båda sektorerna behöver samverka för ett mer optimalt resursutnyttjande återkommer vi till i kapitel 12. Frågan om personalförsörjning behandlas i kapitel 13.

Frågan om företagshälsovårdens användande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är emellertid också en fråga i sig. I detta kapitel ska vi framför allt diskutera frågan om och i så fall hur

företagshälsovården kan bidra till att höja ”kvaliteten” i sjukskrivningsprocessen, i betydelsen mer precisa arbetsförmågebedömningar och mer effektiv arbetslivsinriktad rehabilitering.

11.2 Grupp- eller individperspektiv?

En diskussion om vilken roll företagshälsovården kan spela i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen aktualiserar den grundläggande frågan om hur mycket verksamhet inriktad mot enskilda personer som bör anses ingå i företagshälsovårdens uppgifter.

Företagshälsovårdens uppdrag – att vara en expertresurs för arbetsgivaren i dennes förpliktelser enligt AML avseende arbetsmiljö och rehabilitering – handlar främst om ett generellt förebyggande arbete, dvs. frågor som berör hela arbetsplatsen och helheten i arbetsmiljön.

De problem som uppstår avser dock ofta enskilda arbetstagare och det måste anses vara rationellt, eller rent av en naturlig del av huvuduppdraget, att företagshälsovård också kan vara en resurs i individfall. Individperspektivet kan riskera att komma i konflikt med huvuduppdraget om företagshälsovård lägger tyngdpunkten på det förra och ägnar för liten tid åt strategiska frågor och frågor som berör hela arbetsplatsen.

Så länge huvuduppdraget utgör utgångspunkten för företagshälsovårdens arbete, bör dock arbetet med individer snarast befrämja det generellt förebyggande arbetet. Enskildas problem kan vara indikationer på problem i organisationen, som i förlängningen kan drabba flera.

Detta anser vi bör vara utgångspunkten för en diskussion om företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

11.3 Sjukskrivning

I kapitel 5 redogjordes för reglerna om sjuklön och sjukpenning. Vi konstaterade där att det centrala i sjukskrivningsprocessen är frågan om arbetsförmågebedömning och att företagshälsovården typiskt sett torde ha goda förutsättningar att bidra till mer precisa och kvalificerade bedömningar. I detta avsnitt redogör vi för våra överväganden och förslag, uppdelat på de två delarna i processen.

11.3.1 Sjuklöneperioden

Sjuklönelagen kräver inte att det i intyget om nedsättning av arbetsförmåga uppges en diagnos (vilket dock kan bestämmas i kollektivavtal) eller att intyget ska vara utformat på visst sätt, eller vara utfärdat i viss ordning. Senare under sjukskrivningsprocessen, kopplat till rätten till sjukpenning, ökas emellertid kraven på precision i bedömningen av arbetsförmåga/-oförmåga. Då aktualiseras regler som säger att intygen ska vara utfärdade på visst sätt.

Enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter om kontroll i sjukpenningärenden m.m. (RFFS 1998:13) ska det användas särskilda formulär för läkarintyg. Formulären innehåller ett stort antal uppgifter och ett korrekt ifyllande torde kräva en ganska grundlig undersökning av den försäkrade och dennes arbetsförhållanden. Även om intygen om nedsatt arbetsförmåga under sjuklöneperioden inte behöver utfärdas på dessa formulär torde det förekomma i praktiken.

Utredningens överväganden

En ökad användning av företagshälsovård vid sjukskrivning under sjuklöneperioden skulle kunna uppnås genom:

- att arbetstagaren åläggs använda just företagshälsovård (där sådan finns) för utfärdande av intyg och att detta därmed blir ett villkor för rätten till sjuklön, eller
- att behörigheten att utfärda intyg om nedsatt arbetsförmåga (kopplad till rätten att erhålla sjuklön/sjukpenning), begränsas till vissa läkarkategorier, såsom företagsläkare eller läkare som genomgått viss utbildning.

En obligatorisk användning av företagsläkare där sådan finns att tillgå för utfärdande av intyg om nedsatt arbetsförmåga under sjuklöneperioden, dvs. krav på den enskilde att enbart använda företagsläkare för sjukintyg, är knappast lämpligt. Det skulle medföra en rigiditet i systemet som inte motiveras av ett verkligt behov, eftersom flertalet kortare sjukfall torde vara av enkel och relativt snabbt övergående karaktär. För att göra kravet på den enskilde meningsfullt skulle sannolikt också någon form av obligatorisk användning av företagshälsovård behöva riktas till arbetsgivaren, vilket utredningen som nämnts inte anser är lämpligt.

Att införa en ordning enligt vilken endast viss kategori, för ändamålet särskilt lämpliga, läkare (bl.a. företagsläkare) medges utfärda intyg för styrkande av nedsatt arbetsförmåga/rätt till sjuklön – sjukpenning skulle säkerligen leda till att antalet behöriga läkare blir för litet och härmed göra hanteringen av intyg krångligare. En sådan åtgärd torde för övrigt aktualisera frågor som ligger utanför utredningens uppdrag.

Utredningen anser i stället – i likhet med resonemangen om ett obligatorium för arbetsgivaren att anlita företagshälsovård – att fokus bör vara på ”vad” som ska uppnås, inte ”hur”. Det som ska uppnås i detta fall är en korrekt bedömning av arbetsförmågan.

Under sjuklöneperioden är det främst en fråga för arbetsgivaren, på basis av arbetstagarens uppgifter, försäkran och senare intyg, att bedöma om sjuklön ska betalas. Även om det under inledningsskedet av en sjukperiod handlar om förhållandet arbetsgivare – arbetstagare är det angeläget att samhället ställer krav att medicinska bedömningar av arbetsförmåga/-oförmåga håller god kvalitet så att eventuell kvarvarande arbetsförmåga tillvaratas, sjukfrånvarotidens längd kan begränsas och människor med sjukdom i möjligaste mån upprätthåller kontakten med arbetet.

Vem som svarar för den medicinska bedömningen är mindre viktigt så länge den uppfyller kraven på kvalitet och precision. Det är självfallet viktigare att en kvalitativ bedömning görs vid sjukfall som riskerar leda till längre frånvaro än vid kortare, mer triviala sjukfall. Detta gör i och för sig att kravet på en kvalitativ bedömning är starkare mot sjuklöneperiodens slut än dess början, och när sjukpenningperioden har inletts.

Det är dock viktigt att det blir rätt från början. En kvalitativ bedömning är därför värdefull även i ett tidigt skede av sjukperioden, särskilt i syfte att i tid kunna sätta in rehabiliterande åtgärder. Kopplat till det intyg om nedsatt arbetsförmåga som inom sju dagar ska tas fram under en sjuklöneperiod borde den sjukskrivande läkaren kunna göra någon form av sortering mellan triviala sjukfall och mer komplicerade sjukfall som riskerar leda till längre frånvaro. För de senare fallen skulle därefter en fördjupad bedömning av arbetsförmågan behöva göras kopplat till eventuella rehabiliteringsbehov. Att lägga förslag om detta ligger emellertid utanför utredningens uppdrag. Det borde dock vara en fråga för samverkan mellan den allmänna vården och företagshälsovården, varför vi återkommer till den i kapitel 12.

Av de skäl som utvecklades i kapitel 5 torde företagshälsovård typiskt sett ha uppenbara komparativa fördelar att bedöma huruvida arbetsförmågan är nedsatt. Ju mer stringenta krav som ställs på kvalitet och precision i bedömningen av arbetsförmågan, desto större torde sannolikheten vara att bedömaren inte bara behöver medicinsk kompetens utan även kunskap om den sjukes arbetsmiljöförhållanden.

Slutsats

Det är alltså genom hur kraven på bedömningen av arbetsförmågan är utformade som en ökad användning av företagshälsovård bör komma till stånd, inte genom krav på obligatorisk användning av företagshälsovård, eller genom formella restriktioner i fråga om behörighet att utfärda intyg.

Här aktualiseras också frågan om samverkan mellan den allmänna vården och företagshälsovård. Man skulle kunna se arbetsförmågebedömningen under sjuklöneperioden som en bedömning av i första hand *arbetsförmåga*, där också som nämnts en sortering kan göras av triviala sjukfall och mer komplicerade. De senare bör om den sjukskrivande läkaren själv saknar kompetens remitteras vidare för fördjupad bedömning av *arbetsförmåga* och rehabiliteringsbehov. Företagshälsovården borde i det avseendet vara ett naturligt alternativ, men även andra expertresurser kan tänkas. Vi har som nämnts inte i uppdrag att lägga förslag om detta, eftersom det rör spörsmål som delvis ligger utanför frågan om företagshälsovården och dess användande. Vi återkommer dock till frågan i kapitlet om samverkan mellan den allmänna vården och företagshälsovården (kapitel 12).

11.3.2 Sjukpenningperioden (och senare)

I den del av processen där samhället har ansvar för personers ersättning under sjukdom, i form av sjukpenning och senare sjuk- eller aktivitetsersättning, har ett antal åtgärder vidtagits för att öka precisionen i fråga om arbetsförmågebedömningar (se kapitel 5 för en beskrivning av detta). Ju högre krav som ställs på den bedömning som ska göras, desto mer sannolikt bör det bli att endast särskilt kvalificerad läkarpersonal används för dessa uppgifter.

Vad som avses är inte korta/enkla sjukfall. I stället är det de komplicerade och varaktiga fallen, vilka är betydligt färre till antalet. Här är det mer ändamålsenligt och med större utsikter till genomförbarhet att ställa krav om användning av särskilt kvalificerad expertis, vilket ”typiskt sett” kan inkludera företagshälsovård.

I detta skede handlar det om hur staten, genom försäkringskassan, kan använda företagshälsovård. Arbetsgivarens bedömning av arbetsförmåga (med stöd av sjukintyg) tas över av försäkringskassan. Till stöd för sin bedömning har man den försäkrade om sjukdomen som lämnas av den försäkrade samt läkarintyg som ska styrka sjukdomen och den nedsatta arbetsförmågan. Det torde i vart fall inledningsvis vara fråga om samma intyg som under sjuklöneperioden, vilket understryker betydelsen av att intygen under sjuklöneperioden håller hög kvalitet.

Om det redan i samband med sjukskrivning under sjuklöneperioden inleds en process för en mer fördjupad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov av de fall som sorterats ut som mer komplicerade och varaktiga (jfr föregående avsnitt), torde tid kunna vinnas och sjukperioder kortas.

Om det behövs för att kunna bedöma om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, ska försäkringskassan enligt 3 kap. 8 a § AFL begära att den försäkrade genomgår utredning eller deltar i ett avstämningsmöte. Så långt i processen ska försäkringskassan också, om det behövs för bedömning av rätten till sjukpenning eller för medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering, begära in ett särskilt läkarutlåtande (eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig).

Utredningens förslag

Om inte det tidigare intyget är utfärdat av en företagsläkare, anser utredningen att en (enligt den nya lagen) godkänd företagshälsovårdsenhet bör utgöra ett naturligt alternativ för utfärdandet av det särskilda läkarutlåtandet. Försäkringskassan bör ges anvisningar om att anlita godkända företagshälsovårdsenheter för sådana uppgifter.

11.4 Arbetslivsinriktad rehabilitering på individnivå

I kapitel 5 beskrevs de olika aspekterna på arbetslivsinriktad rehabilitering och aktuella bestämmelser. Även här kan utredningens överväganden delas upp i två delar, en med avseende på den del av rehabiliteringen som arbetsgivaren har ett huvudansvar för och en där staten genom försäkringskassan är huvudansvarig.

11.4.1 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivarens har enligt 22 kap. 3 § AFL ett förstahandsansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringsbehovet ska klarläggas genom att arbetsgivaren gör en rehabiliteringsutredning, som sedan skickas till försäkringskassan inom åtta veckor. Utredningen ska normalt innehålla uppgifter om bl.a. tillgång till och medverkan av företagshälsovård.

Utredningens överväganden

En ökad användning av företagshälsovård i samband med arbetsgivarens rehabiliteringsansvar skulle kunna uppnås genom att arbetsgivaren åläggs använda företagshälsovård i detta sammanhang.

Utredningen har emellertid tidigare avvisat krav om obligatorisk användning av företagshälsovård, eftersom det är ”vad” som ska uppnås som är det centrala, inte ”hur”. Om samma resultat, dvs. en effektiv rehabilitering, kan åstadkommas på annat sätt, genom arbetsgivarens egen försorg eller genom andra externa konsulter, är det inte lämpligt att kräva obligatorisk användning av företagshälsovård.

Vi har tidigare pekat på de problem som föreligger i fråga om rehabilitering och konstaterat att de grundläggande problemen inte har att göra med om företagshälsovård används eller inte. Den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren ska ta fram är central för att i en rehabiliteringsplan (som tas fram av försäkringskassan) precisera och avgränsa arbetsgivarens uppgifter och ansvar i det enskilda rehabiliteringsfallet. Om företagshälsovård finns att tillgå vid företaget/förvaltningen bör denna vara en självklar resurs för att hjälpa arbetsgivaren att fastställa behoven och vilka åtgärder som bör vidtas, och därefter även bistå under rehabiliteringen vars

primära syfte är att arbetstagaren ska kunna återgå till arbete hos arbetsgivaren.

Utredningen vill framhålla att en utveckling av god företagshälsovård inom ramen för en ny företagshälsovårdslag, kan göra att företagshälsovård kommer till ökad användning i rehabiliteringssammanhang. En framgångsrik rehabilitering som leder till återgång i arbete borde vara incitament nog för användande av kvalificerade resurser. Incitament för arbetsgivaren att förbättra sitt arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering har i år lagts förslag om i propositionen Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro. I det sammanhanget vill utredningen peka på att någon form av kvalitetskontroll av företagshälsovård, såsom föreslås av utredningen i den nya företagshälsovårdslagen, torde vara en viktig förutsättning för tillskapandet av eventuella ytterligare ekonomiska incitament för arbetsgivaren som har att göra med användningen av företagshälsovård.

11.4.2 Statens ansvar

Försäkringskassans uppgifter är att vara ett stöd till arbetstagaren (den försäkrade) och arbetsgivaren och utöva tillsyn över hur den senare fullgör sina skyldigheter samt utreda och fatta besluta om rehabiliteringsersättning till arbetstagaren (den försäkrade).

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

Kassans ansvar för faktiska rehabiliteringsåtgärder kan sägas vara sekundärt i förhållande till den försäkrades arbetsgivare, om sådan finns.

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

Utredningens förslag

Utredningen anser att försäkringskassan i samband med att rehabiliteringsplan upprättas, med ledning av arbetsgivarens uppgifter i rehabiliteringsutredningen, regelmässigt bör ta upp med arbetsgivaren frågan om användning av en godkänd företagshälsovårdsenhet i samband med rehabiliteringen. Därvid bör kassan peka på den särskilda kompetens som en sådan enhet enligt den nya lagen ska besitta.

Om ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga bör godkända företagshälsovårdsenheter utgöra naturligt alternativ för utförandet av dessa. Försäkringskassan bör ges anvisningar om att anlita godkända företagshälsovårdsenheter för arbetslivsinriktade utredningar eller tjänster.

12 Samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården

Utredningens förslag:

Utredningen anser att staten bör stimulera ett samarbete mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården i frågor som utgår från företagshälsovårdens "samhälleliga" uppdrag, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Utredningen föreslår att regeringen inrättar en arbetsgrupp med deltagande från landstingen och företagshälsovårdsbranschen som ges i uppdrag att ta fram ett samarbetsprogram. Programmet ska bl.a. innehålla ett förslag till riktlinjer för samarbete mellan godkända företagshälsovårdsenheter och landsting i vilket respektive roller och uppdrag tydliggörs, och ett modellavtal. Målsättningen ska vara att alla godkända företagshälsovårdsenheter som så önskar ska kunna teckna avtal med landstingen om samarbete, t.ex. avseende medicinsk service.

12.1 Inledning – frågeställningen

Frågan om samverkan mellan företagshälsovården och den allmänna hälso- och sjukvården återfinns i direktiven under rubriken Personalförsörjningen m.m. Även om samverkansfrågan torde ha viss betydelse för personalförsörjningssituationen inom bägge sektorerna är det också en fråga i sig. Det finns en rad potentiella fördelar med en samverkan och det är dessa vi ska behandla i detta kapitel. Personalförsörjningsfrågorna återkommer vi till i kapitel 13.

Den fråga som enligt direktiven ska bedömas gäller om förutsättningar finns för tillämpning av avtal över hela landet mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa såsom skett inom ramen för den s.k. Värmlandsmodellen. Häri ligger också enligt

direktiven frågan om vilka åtgärder som är möjliga och lämpliga för att sådana avtal ska komma till stånd.

Utredningen vill inledningsvis framhålla att samverkan mellan företagshälsovården och försäkringskassan framför allt torde handla om företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi hänvisar därför till våra överväganden om detta i kapitel 11.

12.2 Värmlandsmodellen och samverkan inom andra landsting

12.2.1 Värmlandsmodellen

Landstinget i Värmland har lämnat följande redogörelse för den s.k. Värmlandsmodellen. Mellan åren 1993 och 1999 fick företagshälsor med multidisciplinär uppbyggnad och sjukvårdskompetens ekonomiskt bidrag och fri medicins service¹ för att utöver ordinarie företagshälsovårdsverksamhet även bedriva sjukvård. Primärt var avsikten att säkerställa att landstingen hade tillgång till medicinsk kompetens vid bedömning och behandling av patienter med arbetsrelaterade besvär. Samarbetet mellan företagshälsovården och landstingen planerades och följdes upp av en partssammansatt grupp med företrädare för Föreningen Svensk Företagshälsovård i Värmland, Försäkringskassan och Landstinget. Denna grupp är alltjämt verksam, men samverkan har under senare år minskat i omfattning.

År 2000 togs det ekonomiska bidraget bort och ersattes av ett prestationsbaserat system. Ersättning betalades när det rörde sig om ett av patienten initierat förstagångsbesök hos företagsläkare, som ett alternativ till besök hos vårdcentral, samt vidare när det handlade om fortsatt behandling av patienter med arbetsrelaterade besvär, eller när det gällde bedömning och behandling av remissfall från landstingets läkare eller läkare med vård- eller samverkansavtal. Argumentet för varför enskilda patienter själva kunde välja att besöka företagshälsovården i stället för vårdcentral var att göra vården mer lättillgänglig.

I år upphörde ersättningen för vanliga sjukvårdsbesök utan remiss, initierade av patienten själv. Numera ges ersättning endast för bedömning och eventuell fortsatt behandling av remissfall med

¹ Med fri medicinsk service avses att företagshälsovården utan kostnad kan remittera patienter till röntgen- och laboratorieundersökningar. Landstingen svarar för kostnaden för undersökningarna.

arbetsrelaterade besvär, där patienten skriftligen har remitterats av landstingets läkare eller av läkare med vård- eller samverkansavtal med landstinget.

12.2.2 Samverkan inom övriga landsting

Utredningen skickade via Landstingsförbundet en enkel enkätundersökning till de olika landstingen för att få en överblick över hur samverkan ser ut i landet i övrigt. De flesta landsting svarade på enkäten. Den allmänna bild som framträder är att det ser mycket olika ut från område till område.

Några för samtliga svarande landsting gemensamma drag finns inte. Innehåll och omfattning i samverkan kan delas in i några grupper.

I ett fåtal landsting förekommer ett ganska systematiskt samarbete, där man från landstingens sida har gjort en bred bedömning av företagshälsovårdens förutsättningar att bidra och på basis av detta kommit överens om på vilket sätt man ska samarbeta.

I andra ändan av skalan finns några landsting där ingen samverkan alls tycks förekomma, åtminstone inget som landstinget centralt har tagit initiativ till eller beslutat. Denna grupp är större.

Däremellan finns några landsting där det tycks förekomma samverkan i mindre omfattning mellan enskilda primärvårdsområden och företagshälsor, respektive mellan landstinget och enskilda företagshälsor.

Fri medicinsk service (ibland kallad fria nyttigheter) förekommer i varierande omfattning. Ett generellt drag är emellertid att omfattningen minskar eller i vart fall att man från landstingens sida försöker få till stånd tydligare regler för på vilka villkor sådan service ska förekomma (t.ex. genom att träffa avtal med berörda företagshälsor).

12.2.3 Finns förutsättningar för Värmlandsmodellen i övriga landsting?

Utredningen kan konstatera att den Värmlandsmodell som avsågs när direktiven skrevs inte längre finns. Den har successivt minskat i omfattning och det som nu gäller liknar den samverkan som finns i vissa andra landsting.

Av den genomgång som utredningen har gjort kan vi konstatera att det knappast föreligger förutsättningar för att tillämpa den tidigare gällande Värmlandsmodellen i alla landsting, kanske inte i något. Utredningen anser emellertid inte heller att staten bör ha något intresse av att verka för att så skulle ske. Vi har i detta betänkande och i de förslag vi lägger betonat företagshälsovårdens potential att bli en expertresurs för arbetslivet i frågor om arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är därför viktigt att företagshälsovården fokuserar på de uppgifterna och de lagstiftningsförslag som presenteras avser att främja en sådan utveckling, genom utformningen av kraven för godkännande.

Allmän sjukvård, vilket var en viktig del av Värmlandsmodellen, hör inte hemma i denna satsning. Den allmänna sjukvården bör utföras inom och betalas av hälso- och sjukvården. Problem med brister i tillgänglighet m.m. bör primärt lösas inom ramen för det systemet, inte med hjälp av andra system.

Därmed inte sagt att företagshälsovården och landstingen inte kan eller bör samverka om sådant som har bäring på det som är företagshälsovårdens uppgifter. Tvärtom finns mycket goda skäl för varför sådan samverkan bör komma till stånd, och staten har all anledning att verka för att så sker.

12.3 Argument för samverkan

Samverkan mellan företagshälsovården och landstingen behövs av följande skäl:

- Till den allmänna vården kommer patienter för utredning och behandling av en mängd olika orsaker. I många fall saknas tillräckliga kunskaper eller resurser i den allmänna vården om sådant som har betydelse för utredning och behandling av arbetsrelaterade problem. Det kan handla om fördjupade arbetsförmågebedömningar och utredningar/åtgärder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (vilket vi skrev om i kapitel 11). För att fullgöra sina uppgifter måste landstingen i dessa fall använda sig av extern expertis. Ett naturligt val bör vara den multidisciplinära expertverksamhet som företagshälsovården enligt den nya lagstiftningen ska utgöra, därtill kommer att företagshälsovården ha fördjupade kunskaper i arbetsmedicin. Hälso- och sjukvården har också ansvar för att medicinskt förebygga sjukdomar och skador, dvs. hälsofrämjande uppgifter.

Även i fullgörandet av detta uppdrag kan den allmänna vården behöva företagshälsovårdens expertkunskaper om sambandet mellan hälsa och arbetsmiljö.

- Företagshälsovården bör för fullgörande av sitt uppdrag ha tillgång till olika slags expertis och diagnostiska resurser inom eller knuten till den allmänna vården, inklusive tillgång till fri medicinsk service. Om företagsläkarens bedömning är riktig, att exempelvis en röntgenundersökning behövs för att rätt kunna avgöra en persons arbetsförmåga eller rehabiliteringsmöjligheter, torde denna undersökning till slut komma att göras i alla fall, även om patienten i stället för att via remiss från företagsläkaren måste uppsöka sin vårdcentral och där få remissen. Det blir då en kostnad för landstinget i alla fall, även om man från början sett den indragna fria nyttigheten som en besparing. Om personen kan få sin röntgenundersökning direkt på remiss från företagsläkaren leder det i förlängningen också till fördelar för den offentliga vården, genom att patientbesök där kan undvikas och patientflöden kan göras mer rationella.

Allmänt sett torde överenskommelser om samverkan där patientflöden och frågan om ”vem som gör vad” bestäms, leda till ett mer optimalt resursanvändande, vilket samhället i stort har intresse av. Att de båda aktörerna på ett mer effektivt sätt kan fullgöra sina uppgifter ligger i statens intresse. Utredningen anser således att staten bör verka för att samverkan kommer till stånd.

12.4 Hinder för samverkan

Staten har agerat för att minska sjukvårdsdelen av företagshälsovårdens verksamhet genom statsbidragets borttagande och andra lagändringar efter det, tydligast genom slopandet av läkarvårdersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning till läkare för verksamhet inom företagshälsovård fr.o.m. i år (och dito beträffande sjukgymnastik). Detta har medfört att ett tidigare naturligt samarbetsområde (=sjukvård) på vilket exempelvis den fria medicinska servicen kunde baseras har minskat i betydelse. Visserligen har sjukvårdsverksamhet fortsatt förekommit i relativt stor omfattning, men den har allt mer kommit att sakna offentlig sanktion.

Som konstaterades i kapitel 4 har företagshälsovården också kommit att bli ett delvis relativt diffust begrepp, där det råder olika

uppfattningar om vad man ska ägna sig åt och vad man faktiskt gör, samt vilken kompetens man har. Detta har sannolikt inte bidragit till att göra företagshälsovården till en självskrivna samarbetspartner.

Därtill kommer att landstingen, i den situation man befinner sig i med mycket ansträngda ekonomiska förhållanden och ökande efterfrågan på vård, sannolikt inte förmår se den potentiella långsiktiga fördel som kan ligga i en samverkan med företagshälsovården. Detta är kanske inte heller ägnat att förvåna, med tanke på vilket uppdrag landstingen har och hur omständigheterna i övrigt ser ut. Landstingen har inget primärt ansvar för ohälsan i arbetslivet, även om detta problem har självklara konsekvenser för hälso- och sjukvården inom alla landsting. Landstingens uppdrag är att erbjuda alla som är bosatta i landstingsområdet en god hälso- och sjukvård. Detta uppdrag ska klaras samtidigt som landstingsbudgeten ska hållas. Självfallet är man från landstingens sida angelägen om att andra aktörer som har ett ansvar för hälsofrågor, t.ex. arbetsgivare enligt bestämmelserna i AML och AFL, tar sitt ansvar och bidrar till att minska på det stora tryck som finns på landstingen.

Landstingen försöker spara där det går att spara för att få budgeten att gå ihop. Vad gäller den fria medicinska servicen har detta som nämnts medfört att den dragits in eller minskat i omfattning i flera landsting. Ett skäl som brukar anföras av landstingen för minskad/indragen fri medicinsk service är sloandet av läkarvårdsersättning för verksamhet inom företagshälsovården. Argumentet är att ändringen i fråga om läkarvårdsersättning avser att minska sjukvårdsdelen inom företagshälsovården och vidare att de läkare (inom t.ex. företagshälsovården) som tidigare hade rätt till sådan ersättning och var upptagna på listor hos försäkringskassan, bedrev offentligt finansierad sjukvård och därmed skulle ha tillgång till samma service som övriga delar av den offentliga sjukvården. Det senare förhållandet ändrades då landstingen övertog det fulla kostnadsansvaret för ersättningen till sådana läkare.

Ett annat skäl för varför den fria medicinska servicen dragits in är att ersättningsformerna inom vissa landsting bygger på s.k. kapitationsersättning, varmed avses att vårdgivaren (primärvården) ersätts av landstinget för att ge vård till befolkningen i ett visst område eller till de patienter som listat sig hos vårdgivaren. I kapitationsersättningen inkluderas beräknade kostnader för medicinsk service för den befolkning som omfattas. Om patienter inom ett sådant primärvårdsområde samtidigt kan få t.ex. röntgenundersök-

ningar via remiss från företagshälsovården, skulle landstinget betala två gånger för dessa personer.

Dessa förhållanden speglar svårigheten i att få aktörer med olikartade uppdrag att i ett läge med hårt ansträngda ekonomiska resurser dra åt samma håll i en aldrig så angelägen samhällsfråga, exempelvis i arbetet för att minska ohälsan i arbetslivet. Vilka slutsatser som bör dras av ett sådant konstaterande är inte självklart och leder avsevärt utanför det uppdrag som utredningen har. Vi anser emellertid att staten trots detta bör verka för en samverkan inom ovan beskrivna områden och ger förslag till hur det bör gå till i nästa avsnitt.

12.5 Överväganden och förslag

12.5.1 Utgångspunkten för samverkan

Med det förslag till lagstiftning som utredningen lägger tonas företagshälsovårdens eventuella sjukvårdande verksamhet ned, till förmån för en inriktning mot förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering. Samverkan mellan landstingen och företagshälsovården bör därmed inte längre bygga på att exempelvis fri medicinsk service behövs för att företagshälsovården ska kunna leverera sjukvård, utan för att den ska kunna fullgöra sina uppgifter inom förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering på bästa möjliga sätt. Samtidigt behövs samverkan för att den allmänna vården ska kunna använda sig av företagshälsovårdens särskilda kompetens, i de fall sådan saknas i den egna verksamheten.

Områdets för samverkan bör således utgå från företagshälsovårdens arbetsuppgifter enligt den nya lagstiftningen. Det ligger i sakens natur att det primärt torde handla om frågor med en medicinsk koppling (till skillnad från frågor inom andra arbetsområden som företagshälsovården arbetar med, t.ex. tekniska eller beteendevetenskapliga).

Landstingen bör kunna använda företagshälsovården i fråga om ohälsa som beror på det arbete patienten har eller ohälsa som påverkar patientens förmåga att utföra sitt arbete eller återgång till arbete i övrigt. Företagshälsovården bör som ovan nämndes kunna använda sig av den allmänna vårdens resurser i sin verksamhet, så länge det handlar om sådan verksamhet som enligt den nya lagen

ska utgöra företagshälsovårdens uppgifter, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Vill landsting och företagshälsovården samarbeta om annat ska det naturligtvis vara möjligt, förutsatt att man kommer överens om formerna.

12.5.2 Program för samverkan

De lagliga förutsättningarna för landstingen att samverka med företagshälsovården finns på plats. Landstingen får enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter landstinget ansvarar för. Planeringen av vården ska även avse den vård som erbjuds av privata och andra vårdgivare och lagen ålägger landstingen att samverka med bl.a. privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården inom sina respektive områden. Det bör betraktas som självklart att det förebyggande arbete och den arbetslivsrehabiliterande verksamhet som företagshälsovården ska ägna sig åt har stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvården inom landstingen. Effektiva insatser inom både förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering leder till bättre hälsa och minskar därmed trycket på den hälso- och sjukvården.

Staten kan dock inte i detalj reglera fram ett samarbete. Den kommunala självstyrelsen gör att statens möjligheter att påverka innehållet och utformningen av samverkan är begränsade. Eftersom förutsättningar och faktiska förhållanden varierar från landsting till landsting är det inte heller möjligt eller lämpligt att styra detta i detalj från central nivå.

Vidare gäller att företagshälsovårdsföretagen är enskilda verksamheter i konkurrens på en fri marknad och därför inte utan vidare kan åläggas att bedriva viss verksamhet eller att organisera sin verksamhet på visst sätt. Genom den nya lagstiftningen som föreslås i betänkandet kommer dock krav att ställas på bl.a. kunskaper kopplade till det samhälleliga godkännandeförfarande som föreslås.

Utredningen föreslår att regeringen tillsätter en arbetsgrupp med representanter för landstingen och företagshälsovårdsbranschen som tar fram ett metodutvecklingsprogram för samverkan med utgångspunkt i de lagstiftningsförslag och andra förslag som läggs i detta betänkande. Programmet bör innehålla följande frågor:

- Ett klarläggande av att utgångspunkterna på vilka samverkan bör byggas inte utgörs av att företagshälsovården ska bedriva sjukvård, utan av att företagshälsovårdens uppdrag är förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering. Dessa områden måste anses ha stor betydelse för den allmänna hälso- och sjukvården och följaktligen vägas in i planeringen av denna.

Kopplat till detta klarläggande bör finnas information till landstingen om vilka krav som ställs enligt den nya lagstiftningen för godkännande av företagshälsovårdsenheter.

- Ett förslag till "riktlinjer" för samverkan mellan godkänd företagshälsovård och den allmänna vården, i vilket respektive roller och uppdrag tydliggörs, och ett "modellavtal" som mer i detalj behandlar villkor och regler runt tjänster som utförs för den andra parten.

Målsättningen ska vara att alla av Arbetsmiljöverket godkända företagshälsovårdsenheter som vill ska kunna teckna avtal om samarbete, t.ex. avseende medicinsk service.

Landstingens möjligheter att ha kontroll över planering och organisering av hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess finansiering, underlättas om samverkan formaliseras i avtal i stället för att bedrivas i lösare "ad hoc-form". I avtalen kan formerna för samverkan i det enskilda fallet regleras. Avtalsformen är också att föredra ur uppföljningssynpunkt.

Ett program torde underlätta för parterna att finna varandra och klargöra för landstingen hur och om vad samverkan kan komma till stånd. Flera landsting har i kontakter med utredningen framhållit att ett skäl till att man f.n. inte har något samarbete eller samverkar i endast mycket begränsad omfattning är att det saknas kunskap, tid och resurser för att utveckla samverkan. Det är därmed ett skäl för staten att ta fram en modell för hur samverkan skulle kunna se ut.

I tillägg till nämnda programsamarbete bör staten (som nämndes i avsnitt 11.3) se till att det i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utformas ett system så att det i samband med intygs-skrivande under sjuklöneperioden tas ställning till om det behövs en fördjupad bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov av en annan expert. Synsättet bör alltså vara att

bedömningen under den inledande fasen av en sjukperiod främst ska avse oförmågan att arbeta kombinerat med en uppfattning i frågan om fördjupad bedömning (av arbetsförmåga/rehabiliterings) behövs. Om en fördjupad bedömning behövs bör en av Arbetsmiljöverket godkänd företagshälsovårdsenhet anses utgöra ett naturligt alternativ. Detta bör följaktligen vara en fråga som landstingen och företagshälsorna träffar överenskommelse om samverkan om.

Regeringen måste följa upp hur samarbetet utvecklas och i vilken omfattning avtal kommer till stånd. Tillgången till den allmänna vårdens diagnostiska resurser får anses vara centralt om företags-hälsovården ska kunna bidra till förbättringar inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De förslag som läggs i propositionen Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro förväntas leda till ökad aktivitet i fråga om rehabilitering. I det sammanhanget kan efterfrågan på företagshälsovård förväntas öka. Det är då synnerligen angeläget att godkända företagshälsovårdsenheter har förutsättningar att leverera de tjänster som efterfrågas.

13 Personalförsörjning

Utredningens ställningstaganden:

Företagshälsovården behöver under de kommande sex åren nyrekrytera personal i så betydande omfattning att utbildningskapaciteten måste ökas.

Utredningen ser – trots att en del av de nyrekryterade kommer från den allmänna hälso- och sjukvården – ingen anledning att styra företagshälsovårdens personalförsörjning.

13.1 Inledning

Utredningen har att överväga hur personalförsörjningen inom företagshälsovården ska kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet. Huvuddelen av uppdraget rörande personalförsörjning m.m. handlar om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och samverkan med landsting och försäkringskassa. Utredningen ska också lämna förslag i utbildningsfrågor, bl.a. om dimensioneringen av utbildningen.

För att kunna bedöma dessa frågor behövs underlag i form av uppgifter om nuvarande personalsammansättning, kommande pensionsavgångar och rekryteringsbehov i övrigt på grund av förändringar i företagshälsovårdens verksamhet.

De faktorer som kan påverka det framtida personal- och utbildningsbehovet är bl.a. följande:

- Pensionsavgångar: ålderssammansättningen i flera av företagshälsovårdens personalgrupper kommer att leda till betydande pensionsavgångar med åtföljande behov av ersättningsrekryteringar den närmaste tioårsperioden
- Utredningens förslag om utbildningskrav för godkännande av företagshälsovård i kombination med att befattningshavare inom

- företagshälsovården saknar utbildning för uppgiften kan leda till ett ökat tryck på utbildning
- De förslag utredningen lägger kan leda till en ökad efterfrågan på företagshälsovård
 - Kampen mot ohälsan och arbetsgivarnas medfinansieringsansvar kan också innebära en ökad efterfrågan.

13.2 Uppskattning av rekryterings- och utbildningsbehov

I kapitel 4 har utredningen redovisat en del uppgifter om företagshälsovårdens verksamhet. Där framkommer att underlaget beträffande verksamhet och bemanning delvis är osäkert. Till detta kan läggas att det är svårt att uppskatta vilka konsekvenser i form av personal- och utbildningsbehov som utredningens förslag kommer att få, eftersom detta beror på hur efterfrågan utvecklas och hur väl företagshälsovården lyckas hävda sig på marknaden. Också de åtgärder regeringen vidtar och eventuellt kan komma att vidta i form av t.ex. medfinansiering för arbetsgivare kan komma att påverka efterfrågan.

Utredningen har övervägt möjligheterna att via enkätundersökningar inhämta färsk data över bl.a. verksamhetsvolym och personalsammansättningen, men konstaterat att de enkätundersökningar som genomförts tidigare har uppvisat betydande bortfall. Till en del kan det bero på att företagshälsovårdsföretagen opererar på en konkurrensutsatt marknad och ogärna lämnar från sig uppgifter som kan ha betydelse ur konkurrenssynvinkel. Utredningen har därför stannat för att utgå från de uppgifter som finns i Statskontorets rapport 2001:29 Utnyttja företagshälsovården bättre och stämma av de uppgifter som finns däri mot underlag som erhållits från bl.a. yrkesföreningar och Föreningen Svensk företagshälsovård. Detta underlag räcker enligt utredningens bedömning för en någorlunda realistisk uppskattning av personal- och utbildningsbehov. Osäkerheten i bedömningarna ligger inte främst i pensionsavgångar och rekryteringsbehov p.g.a. detta, utan i hur efterfrågan på företagshälsovårdstjänster kommer att utvecklas, och detta är uppgifter som inte kan inhämtas via enkäter.

Utredningen har, med utgångspunkt i Statskontorets branschenkät, gjort en uppskattning av rekryterings och utbildningsbehov för den närmaste sexårsperioden 2005–2010.

Förutsättningar för kalkylen

Antal anställda i företagshälsovården utgår från Statskontorets enkät som uppskattade antalet anställda till 5 100. Detta baserades på en svarsfrekvens av 53 procent, som i verkligheten var lägre, och som räknades upp till totalnivå. Utredningen bedömer efter kontakter med branschen och berörda personalgrupper att antalet kan vara undervärderat, och räknar därför upp antalet anställda med 10 procent.

Åldersfördelning: Från Riksföreningen för företagssköterskor och FTF Arbetsmiljö har utredningen fått uppgifter om åldersfördelningen i medlemskåren. Dessa uppgifter har använts för beräkning av pensionsavgångar under sexårsperioden 2005–2010. FTF Arbetsmiljös uppgifter avser en delmängd av medlemskåren, men har vid avstämning mot Statskontorets uppgifter visat sig vara rimliga.

För övriga grupper har använts det underlag som Statskontoret redovisade i sin branschenkät. De årliga avgångarna under perioden 2005–2010 har beräknats utifrån antalet som vid undersökningstillfället sommaren 2001 var i åldern 50–59 år. Uppräkning har sedan gjorts med 10 procent för att matcha den uppräkning som gjorts av antalet anställda.

I Statskontorets redovisning finns också uppgift om andel av de anställda som genomgått företagshälsovårdsutbildning.

Uppskattning av rekryterings- och utbildningsbehov

I tabellen nedan redovisas i kolumnerna från vänster till höger

- Yrkeskategori
- Antal anställda enligt Statskontorets enkät, uppräknat med 10 procent
- Respektive yrkesgrupps andel i procent av totala antalet anställda
- Andel av respektive yrkesgrupp som enligt Statskontorets enkät har genomgått företagshälsovårdsutbildning
- Beräknat antal anställda i respektive yrkesgrupp som uppnår 65 års ålder under perioden 2005–2010; hänsyn har inte tagits till ev. önskemål om tidigare pensionsavgångar. Redovisningen omfattar bara de största personalgrupperna. För hälsoakademiker och friskvårdare förväntas inga pensionsavgångar av betydelse under perioden. Dessa båda yrkesgrupper är relativt nya inom företagshälsovården. Hälsoakademiker eller hälsovetare

har genomgått akademisk utbildning på 120-poängnivå. Ingen företagshälsovårdsutbildning finns för dessa grupper. Siffrorna är en uppskattning av nyrekryteringsbehovet p.g.a. pensionsavgångar, förutsatt oförändrad verksamhet

- Utbildningsbehov för 100 procent FHV-utbildning är en beräkning av utbildningsbehov om alla som inte har relevant utbildning i dag skulle genomgå utbildning; detta är en överskattning, eftersom utredningens förslag om utbildning som krav för godkännande inte kan förväntas leda till att alla som i dag saknar utbildning skulle behöva utbilda sig. Å andra sidan tyder köerna till vissa av ALI:s utbildningar att det är en rätt betydande del av dem som inte har utbildning som kommer att utbilda sig så snart tillfälle ges.
- Summa utbildningsbehov är en summering av de två närmast föregående kolumnerna.
- I den högra kolumnen har uppskattat utbildningsbehov under perioden 2005–2010 fördelats per år.

Tabell 13.1. Utbildningsbehov 2005–2010

Yrkeskategori	Antal enligt Statskont.+ 10%	Procent	Andel med FHV- utbildn, procent	Antal 65 år perioden 2005- 2010	Utbildnings- behov för 100 procent FHV- utb.	Summa utbildn.- behov	Summa utbildn.- behov per år
Företags- och andra läkare	770	14	70	276	231	507	85
Företags- och andra sjuksköt.	1595	28	80	251	319	570	95
Arbetsmiljöingenjörer	517	9	87	154	67	221	37
Psykologer, beteendevetare	539	10	55	156	243	399	66
Ergonomer, leg sjukgymnaster	759	14	75	144	190	334	56
Hälsoakademiker	33	1					
Friskvårdare	121	2					
Arbetssterapeuter	11	0					
Administrativ personal	935	17	40	270	561	831	139
Övrig personal (chefer)	330	6					
Summa	5610	100		1251	1611	2862	477

I kapitel 14 finns en redogörelse för ALI:s nuvarande utbildningsvolym. Vid jämförelse med den framgår av tabellen att den nuvarande utbildningskapaciteten är otillräcklig.

Förändringar i efterfrågan

Det är svårt att uppskatta hur förändringar i efterfrågan kommer att påverka rekryterings- och därmed också utbildningsbehovet. Allmänt kan bedömas att utredningens förslag och de förslag som framlagts av regeringen om medfinansiering för arbetsgivare i sjukförsäkringen kommer att öka efterfrågan på företagshälsovård. Eftersom medfinansieringsansvaret omfattar också pågående sjukfall, även långtidssjukskrivna, kan förutses en ökad efterfrågan på rehabiliteringsåtgärder och ett ökat tryck på försäkringskassan att handlägga ärenden snabbare. Däremot är det svårt att bedöma hur mycket efterfrågan kommer att öka, men man kan ändå försiktigtvis utgå från att en ökning av personalbehovet med åtminstone 10 procent fram till 2010 är rimlig och att en större ökning inte är osannolik. Utredningen har som räkneexempel uppskattat rekryterings- och utbildningsbehov vid en ökning med 10, 20, respektive

30 procent. Räkneexemplet redovisas i tabell 2 i slutet av detta avsnitt.

Det är vidare svårt att bedöma vilka yrkesgrupper som kommer att påverkas av en ökad efterfrågan.

Det som talar för en ökad efterfrågan på företagsläkare är en ökad efterfrågan på företagshälsovårdens kompetens i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Visserligen behövs, med tanke på den komplicerade symptombilden, en multidisciplinär kompetens i bedömningar av arbetsförmåga och rehabiliteringsinsatser, men det är läkaren som slutligen har rätten att utfärda sjukintyg och som har en viktig roll i samverkan med primärvård och försäkringskassa. Detta talar för ett ökat behov av läkare. Det framtida utbildningsbehovet av företagsläkare enligt den nuvarande utbildningen kan komma att påverkas av det förslag om förändringar i specialiseringsutbildning, som redovisas i kapitel 14.

Företagssköterskorna har tagit över en del av den tidigare skyddsingenjörsrollen att vara kontaktytan mot kundföretagen, vilket delvis kräver en vidgning av yrkesrollen och medför behov av vidareutbildning i hur man genomför en bra kunddialog. Samtidigt finns det de som hävdar att yrkesrollen förflockats mot mer av hälsokontroller och provtagning, som lika gärna kan utföras av undersköterskor. Ser man till vad som händer i omvärlden kan upptäckas nya aktörer i form av bl.a. försäkringsbolag som är beredda att ta över företags sjukadministration och rådgivning i samband med sjukanmälan, bl.a. för att tidigt identifiera behov av rehabiliteringsinsatser. Hur yrkesrollen för och behovet av företagssköterskor utvecklas beror alltså på hur väl företagshälsovården förmår svara upp mot efterfrågan och utveckla sitt utbud av tjänster. I en framtida företagshälsovård kan företagssköterskorna bli något av en sammanhållande nyckelgrupp, men det kräver en vidareutveckling av kompetens och yrkesroll.

Skydds- och arbetsmiljöingenjörer är en yrkesgrupp som minskat i antal och som för närvarande inte har en tydlig roll i företagshälsovården. Att efterfrågan har minskat tycks hänga samman med att stora företag anställer arbetsmiljöingenjörer i produktionen, vilket medger en specialisering på arbetsmiljön i det aktuella företaget. Under 1990-talet har vidare skett en avmattning i intresset för utbildning och andra stödinsatser för systematiskt arbetsmiljöarbete, som traditionellt varit en viktig uppgift för yrkesgruppen. Nu synes återigen intresset för arbetsmiljöfrågor öka, men om detta leder till en ökad efterfrågan på tekniska tjänster återstår att se. En

tillkommande uppgift skulle kunna vara behoven i småföretag, som i vissa branscher borde ha behov av teknisk kompetens. Småföretag är dock olika och kan ha skiftande problem – kemiska, produktionstekniska, buller, ventilation, biologiska, strålning etc. vilket kräver en bred generalistkompetens och möjlighet för arbetsmiljöingenjören att fungera som ”mäklare” av kompetens när den egna inte räcker till. Den påfyllning av högskoleutbildade ingenjörer som nu kan iaktas i ALI:s utbildningar i kombination med nytänkande i företagshälsovårdsbranschen skulle kunna innebära en ny och vidgad marknad för tekniska tjänster.

Psykologer och beteendevetare borde, med hänsyn till att orsakerna till den höga sjukfrånvaron till betydande del kan hänföras till stress och andra psykiska orsaker, vara en efterfrågad yrkesgrupp. Det finns dock tecken på att beteendevetare mer används till att åtgärda individer som drabbats än att åtgärda bristerna i arbetsmiljön. Som redovisats i kapitel 4 har företagshälsovården liten marknadsandel i arbetsorganisatoriska frågor. Om detta beror på att den anses ha för dålig kompetens på en organisatorisk nivå i dessa frågor jämfört med andra konsulter, eller att arbetsgivare inte är beredda att se problemen i vitögat eller inte vill släppa in externa konsulter, är svårt att bedöma. Det kan också hänga samman med att den tidigare ALI-utbildningen var mer inriktad på individproblem än den som genomförs sedan ett par år och som mer utgår från ett organisationsperspektiv.

En ökad efterfrågan på beteendevetare kan dock noteras. Efterfrågan kan förutses öka eftersom frågor som rör sambanden mellan arbetsorganisation, produktivitet och hälsa är företagshälsovårdens viktigaste kompetensområde och av strategiskt intresse för branschens överlevnad, åtminstone som leverantör av tjänster som utgår från arbetsmiljölagens definition av företagshälsovård.

Ergonomer och sjukgymnaster kan förväntas vara en fortsatt efterfrågad grupp. Även om de traditionella arbetsmiljöproblemen med belastningsskador p.g.a. tunga lyft och liknande problem har minskat tillkommer nya former av ensidigt arbete och andra belastningsproblem. Ergonomerna har en bred kompetens beträffande sambandet mellan människa och miljö och kommer att vara en fortsatt efterfrågad yrkesgrupp inom företagshälsovården.

Utredningen har inte funnit det meningsfullt att försöka uppskatta hur den framtida fördelningen mellan de befintliga och eventuellt tillkommande yrkesgrupper i företagshälsovården kommer att förändras. Säkerheten i sådana bedömningar skulle bli

alltför liten. Som nämndes i inledningen till detta avsnitt finns dock anledning att som ett räkneexempel försöka uppskatta rekryteringsbehov som kan uppstå vid olika tillväxtalternativ i efterfrågan på företagshälsovård. Utredningen har därvid utgått från samma fördelning mellan de olika personalgrupperna som för närvarande. En ökad efterfrågan kan dels uppkomma genom en ökad täckningsgrad, dvs. att fler arbetsgivare anlitar företagshälsovård, dels genom att mer av företagshälsovårdstjänster används hos de arbetsgivare som redan har en relation med företagshälsovården. Det bör betonas att det inte går att beräkna hur branschen kommer att utvecklas.

I tabellen nedan visas vad en volymökning av företagshälsovårdens omfattning med 10, 20 respektive 30 procent under perioden 2005–2010 skulle innebära för rekryterings- och utbildningsbehovet.

Förklaringar till tabellen

- a. Hälsoakademiker, friskvårdare, och övrig personal, som fanns i Tabell 1, har uteslutits ur denna beräkning. Det är svårt att bedöma hur hälsoakademiker och friskvårdare kommer att efterfrågas inom företagshälsovården i framtiden, men för närvarande finns ingen företagshälsovårdsutbildning för dem. I den mån det finns ett behov av dem och efterfrågan ökar blir det en fråga för den av utredningen föreslagna företagshälsovårdsnämnden att bedöma lämpliga åtgärder. Övrig personal och chefer har uteslutits ur tabellen eftersom det inte finns någon given relation mellan en volymökning i branschen och behovet av denna personal. Administrativ personal tagits med p.g.a. ersättningsbehov vid pensionsavgångar. Däremot kan beräkningen av behovet p.g.a. volymökning vara överskattat eftersom det finns en rationaliseringspotential beträffande denna personalgrupp.
- b. har hämtats ur tabellen ovan och är alltså utredningen uppskattning av nuvarande personalstyrka
- c. har också hämtats ur tabellen ovan och är beräknat utbildningsbehov under sexårsperioden p.g.a. ersättningsrekryteringar vid pensionsavgångar och utbildningsbehov för den personal som inte genomgått företagshälsovårdsutbildning
- d-f. beräknat nyrekryteringsbehov under sexårsperioden vid volymökning med 10–30 procent och med samma fördelning mellan yrkesgrupperna som nu
- g-i. beräknat årligt utbildningsbehov, jämnt fördelat på de sex åren i perioden. Om utredningens förslag genomförs får det sannolikt inte omedelbart genomslag, varför fördelningen över de sex åren kan bli ojämn.

Tabell 13.2. Årligt utbildningsbehov:

<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>
<i>Yrkeskategori</i>	<i>Antal enligt Statskont. + 10%</i>	<i>Summa utbildningsbehov enligt ovan</i>	<i>Rekryteringsbehov p.g.a volymökning med</i>			<i>Årligt utbildningsbehov vid volymökning med</i>		
			<i>10%</i>	<i>20%</i>	<i>30%</i>	<i>10%</i>	<i>20%</i>	<i>30%</i>
						<i>(c+d)/6</i>	<i>(c+e)/6</i>	<i>(c+f)/6</i>
Företags- och andra läkare	770	507	77	154	231	97	110	123
Företags- och andra sjuksköt.	1595	570	160	319	479	122	148	175
Arbetsmiljöingenjörer	517	221	52	103	155	45	54	63
Psykologer, beteendevetare	539	399	54	108	162	75	84	93
Ergonomer, leg sjukgymnaster	759	334	76	152	228	68	81	94
Arbetsterapeuter	11		1	2	3	0	0	1
Administrativ personal	935	831	94	187	281	154	170	185
<i>Summa</i>	<i>5126</i>	<i>2862</i>	<i>513</i>	<i>1025</i>	<i>1538</i>	<i>562</i>	<i>648</i>	<i>733</i>

Räkneexemplet tyder på ett ökat utbildningsbehov och ett behov av att expandera utbildningarna. Som utredningen återkommer till i nästa kapitel om utbildningsfrågorna bör den föreslagna företagshälsovårdsnämnden som en viktig uppgift följa branschens utveckling och därav föranledda rekryterings- och utbildningsbehov.

13.3 Konsekvenser för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet

De bedömningar utredningen gjort tidigare i detta avsnitt visar på ett ökande behov av företagshälsovårdspersonal. De yrkesgrupper där en expansion kan påverka omvärlden är framför allt läkare och sjuksköterskor, där en ökad rekrytering till företagshälsovården skulle kunna medföra minskad tillgång i sjukvården för motsvarande personalgrupper.

Utredningen vill i detta avseende hänvisa till kapitel 2. I samband med att den första företagshälsovårdsutredningen genomförts gjordes i slutet av 1960-talet och under 1970-talet försök att styra tilldelningen av läkarresurser till företagshälsovården. Detta misslyckades kapitalt. Antalet företagsläkartjänster fram till 1980 växte tre gånger snabbare än utredningen räknat med. På en fri marknad är det alltså svårt att styra, och den styrning som möjligen skulle kunna tillgripas är att strypa tillträdet till utbildningen av företags-

hälsovårdspersonal, vilket bara skulle leda till ett ökat antal utbildade i företagshälsovårdsverksamheten. Utredningen avråder därför från försök att styra tilldelningen av personal till företagshälsovården genom centrala åtgärder.

Utredningen vill också erinra om att den medicinska personalen inom företagshälsovården är en försvinnande liten del av det totala antalet anställda inom hälso- och sjukvård. Det finns t.ex. drygt 700 företagsläkare medan det finns över 30 000 läkare totalt i riket. Motsvarande förhållanden gäller för sjuksköterskor. Om staten, såsom framgår av direktiven till utredningen, hyser förhoppningar om att företagshälsovården ska kunna bidra på ett väsentligt sätt i kampen mot ohälsan, måste staten också ge företagshälsovården förutsättningar att leva upp till denna förhoppning. En ökad medverkan av företagshälsovården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kommer att avlasta den allmänna hälso- och sjukvården och väl motivera ökade insatser av medicinsk personal i företagshälsovården. Vad staten kan bidra till – även om det är ett svårstyrkt område – är att enligt utredningens förslag i kapitel 12 att verka för en ökad samverkan mellan den allmänna sjukvården och företagshälsovården, bl.a. för att skapa bättre logistik i patientflöden.

Utredningen ser alltså ingen anledning att utifrån den begränsade expansion av företagshälsovårdens personalbehov som kan förutses föreslå särskilda åtgärder för att styra företagshälsovårdens personalförsörjning. Om det uppstår brist på vissa personalkategorier är det inte primärt företagshälsovårdens behov som är orsaken. Problemet får i stället åtgärdas med generella medel för att öka grundutbildningskapaciteten eller genom rekrytering av utländsk personal eller genom omfördelning av befintliga resurser inom hälso- och sjukvården.

Slutligen vill utredningen framhålla att den största faran i företagshälsovårdens personalförsörjning ligger i att verksamheten utarmas så att den inte förmår dra till sig kompetenta sökande. Att upprätthålla efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster och kvalitet i det den levererar är av grundläggande betydelse för dess långsiktiga personalförsörjning.

14 Företagshälsovårdsutbildning samt forskning och utveckling (FoU)

Utredningen föreslår:

ALI ges ett tydligt ansvar för planering, dimensionering, innehåll i, utveckling och utvärdering av företagshälsovårdsutbildningarna. Uppdraget bör föras in i ALI:s instruktion.

Det är däremot inget krav att ALI genomför utbildningarna i egen regi. Den kapacitetsökning som är nödvändig ställer tvärtom krav på att också andra utbildningsanordnare anlitas genom uppdragsutbildning.

ALI bör i samverkan med den föreslagna företagshälsovårdsnämnden utarbeta ett program för utveckling av basutbildningarna för företagshälsovårdspersonal. På sikt bör möjligheterna till en forskarutbildning beaktas.

ALI ges inte examinationsrätt, men genom att en större andel av utbildningarna kommer att genomföras som uppdragsutbildningar minskar frågans betydelse

Utredningen uppmärksammar regeringen på behovet av FoU om företagshälsovård och föreslår att regeringen ger ALI uppdraget att planera och starta FoU om företagshälsovård.

14.1 Inledning

Utredningen ska lämna förslag om huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen ska organiseras och dimensioneras. Förslagen ska säkra en långsiktigt god basutbildning och fortbildning av tillräcklig omfattning och säkra kontakt med forskningen inom området samt bidra till att potential finns för metodutveckling. Utredningen ska också undersöka möjligheterna till samverkan mellan utbildningsanordnare, företagshälsovårdsbranschen och arbetslivet, bl.a. med sikte på spridning av forskningsrön och annan kunskap till arbetsplatserna.

Frågan om utbildning av personal för företagshälsovårdens behov har behandlats i så gott som alla utredningar om företagshälsovård. Det som avhandlats är bl.a. dimensionering av och innehåll i utbildningen, vem som ska vara huvudman och utbildningens meritvärde. Någon långsiktig lösning har inte uppnåtts. Det finns många intressenter i utbildningsfrågorna, med delvis rätt olika intressen: yrkesgrupper inom företagshälsovården och deras organisationer, branschen, Arbetslivsinstitutet, arbets- och miljömedicinska enheter, forskare, universitet och högskolor. Att komma fram till en lösning som fullt ut tillgodoser alla är naturligtvis omöjligt.

P.g.a. de förestående pensionsavgångarna och den ökande efterfrågan på företagshälsovård, som kan bli en konsekvens av utredningens förslag, måste utbildningen på kort sikt kunna expandera för att tillgodose behoven. Med tanke på de förändringar som fortlöpande sker i arbetslivet måste utbildningen dessutom på sikt bli ett verktyg för att företagshälsovården dynamiskt ska kunna utvecklas. Detta måste ske i ett samspel mellan forskningen och de olika intressenterna i företagshälsovården.

14.2 Arbetslivsinstitutets (ALI) uppdrag

ALI bildades 1995 genom en sammanslagning 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”.

Från början hade ALI inte särskilda anslag för utbildning av företagshälsovårdens personal. Finansieringen av denna utbildning blev därför beroende av hur ALI prioriterade sin verksamhet. När ALI i slutet av 1990-talet drabbades av ekonomiska svårigheter påverkades företagshälsovårdsutbildningarna negativt och några planerade utbildningar fick ställas in.

I regeringens 11-punktprogram för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar, som presenterades i budgetpropositionen för 2002, avsattes 10 miljoner kronor för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Efter förslag från AV i samråd

med ALI användes en del av dessa medel för metodutveckling och förstärkning av utbildningen för företagshälsovårdens personal.

Som ett led i kampen mot ohälsan föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2003 en satsning på företagshälsovårdsutbildning, vilket också blev riksdagens beslut. Detta innebar att 15 miljoner kronor tillfördes ALI:s anslag för detta ändamål.

I ALI:s regleringsbrev för 2004 ställdes som ett villkor att av det totala anslagsbeloppet till ALI:s verksamhet ska minst 15 miljoner kronor användas för utbildning av personal inom företagshälsovården. Därutöver ska minst 3 miljoner kronor användas för att stärka metodutvecklingen av företagshälsovården genom framtagande av nya metoder/modeller för användning inom företagshälsovården och utbildningsinsatser kopplade till detta. I en teknisk ändring av regleringsbrevet den 25 mars 2004 har regeringen öronmärkt ett ramanslag på 14,25 miljoner kronor, som ska användas för utbildning av personal inom företagshälsovården.

ALI presenterade i mars 2003 ett förslag till utformning av nytt utbildningsprogram för personal inom företagshälsovården, som bygger på att alla yrkesgrupper i företagshälsovårdsteamet skulle få en likvärdig basutbildning omfattande 20 högskolepoäng. Därutöver skulle utbildningen kunna vara längre beroende på yrkesgrupp. Delar av utbildningen skulle vara gemensam för de olika yrkesgrupperna. Förslaget byggde på att utbildningen genomförs i olika block, vilket också skulle medföra ökade möjligheter till vidareutbildning. Förslaget innebar också att utbildningen borde organiseras på flera orter i landet i samarbete med universitet och högskolor och en vidareutveckling av distansundervisningen.

ALI skickade ut sitt förslag på remiss och en remissammanställning finns. Många remissinstanser ansåg att ett genomförande av förslagen borde anstå till 2003 års företagshälsovårdsutredning tagit ställning till bl.a. frågan om huvudmannaskapet för utbildningen. Dessutom pekar många som svarat på remissen på att de grundläggande problemen med osäkerheten om företagshälsovårdens uppdrag och verksamhet bör klaras ut innan utbildningsprogram läggs fast, detta med utgångspunkt i att det måste vara de faktiska problemen i arbetslivet som bör styra efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster och därmed också innehållet i utbildningen.

Efter remissomgången har ALI inte gått vidare med förslaget.

14.3 Den nuvarande utbildningen

ALI:s utbildning för företagshälsovårdspersonal är inte gemensam utan genomförs för varje personalgrupp för sig. Den är av olika längd för de olika grupperna och det finns vissa skillnader i inträdeskrav vad gäller krav på anställning inom företagshälsovården. I samtliga fall förutsätts dock att deltagarna har anställning och att arbetsgivaren står för tjänstledighet och kostnader; studiemedel utgår alltså inte. Varje kurs eller utbildningsomgång omfattar 25–30 deltagare.

Tillgodoräkningen av utbildningen i form av akademiska högskolepoäng varierar också. Ett gemensamt drag är att utbildningarna bedrivs på halvfart eller i något lägre tempo. Samtliga utbildningar bedrivs delvis genom självstudier på hemorten. Detta anses vara en fördel genom kopplingen till det arbete som deltagarna har och de möjligheter det ger att omsätta de teoretiska kunskaperna i praktiskt arbete. Samtidigt medför det en stressituation för de studerande, som förstärks genom att en del företagshälsovårdsföretag har svag ekonomi.

I samtliga fall (utom möjligen för läkare, där kursen är en av flera förutsättningar för att erhålla specialistkompetens) är det svårt att klassificera utbildningen som specialist-, vidare- eller befattningsutbildning, vilket hänger samman med att den inte är inordnad i det reguljära utbildningssystemet som t.ex. specialistutbildningar för sjuksköterskor är.

Under de senaste åren har innehållet i utbildningarna delvis förändrats. Det gäller t.ex. beteendevetarutbildningen (Arbetsorganisation och förändringsarbete – vidareutbildning för beteendevetare inom företagshälsovård), som nystartades 2002 efter ett avbrott, men även i de övriga utbildningarna har genomförts successiva förändringar. Det ovannämnda förslaget till utbildningsprogram har i viss mån bidragit till detta.

I det följande redovisas kortfattat de olika utbildningarna med avseende på bl.a. inträdeskrav, utbildningsvolym, genomförande, meritvärde m.m. Utöver dessa utbildningar genomförs också korta kurser (totalt 6 kursdagar) för administratörer inom företagshälsovården. Till skillnad från de utbildningar som redovisas nedan tar ALI ut en kursavgift för kurserna för administratörer.

14.3.1 Företagsläkarutbildningen

Företagsläkarutbildningen har sedan länge anordnats och genomförts av ALI. Det är en utbildning som motsvarar 15 högskolepoäng och innehåller nio kursveckor som läggs ut under tre terminer. Dessutom ska ett projektarbete genomföras under utbildningstiden. Kursen vänder sig till redan verksamma och blivande företagsläkare. Förkunskapskravet är att man ska vara legitimerad läkare.

Det förutsätts att läkarnas arbetsgivare står för lön och kostnader under utbildningen. Utbildningen ger formellt inga högskolepoäng, men för läkarna synes detta vara en ointressant fråga. Annan specialiseringsutbildning för läkarna ger inte heller poäng. Däremot är genomgången kurs ett av kraven för att erhålla specialistbehörighet i företagshälsovård. Mer därom nedan.

Utbildningskapaciteten vid ALI svarar inte mot efterfrågan. Därför träffades, inom ramen för de medel som anvisats genom regeringens 11-punktsprogram för utbildningssatsningar som bidrar till utveckling av arbetsmetoderna i företagshälsovården, avtal med Sahlgrenska universitetssjukhuset/Göteborgs universitet om att genomföra ytterligare en kurs i Göteborg. Syftet var i första hand att nedbringa de långa köerna av sökande men också att pröva andra organisatoriska och pedagogiska former för utbildningarna. Den första kursen genomfördes september 2002–september 2003 av Yrkes- och miljömedicin (YMK) vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Innehållet var detsamma som i ALIs utbildning, däremot var uppläggningsen annorlunda. Ytterligare en utbildningsomgång genomförs i Göteborg under 2005.

Detta innebär att utbildningskapaciteten för närvarande är cirka 35 platser årligen i Göteborg och cirka 35 platser per tre terminer i Stockholm.

Företagsläkarna är den enda personalgrupp inom företagshälsovården som har medicinsk specialistkompetens enligt i princip samma regler som för annan vård. Läkarnas specialistkompetens regleras i författning¹. Det finns för närvarande 62 specialiteter upptagna i den gällande förteckningen. Företagshälsovård är en av dem. För varje specialitet finns en målbeskrivning som fastställs av Socialstyrelsen.

¹ Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Specialistutbildningen för läkare karakteriseras av att den är målstyrd och att den sker under handledd tjänstgöring som läkare under tillsvidareanställning (s.k. ST-anställning). Minimitiden för utbildning är fem år. Ansvaret är splittrat. Staten har en relativt liten roll. Den sätter ramarna för specialistutbildningen och har genom Socialstyrelsen ansvaret för utfärdande av specialistbevis. Landstingen svarar för finansieringen av ST-tjänsterna, handledarutbildning och inrättande av studierektorsbefattningar. Kvalitetskontrollen av uppnådd specialistkompetens åvilar verksamhetschefen för den enhet ST-läkaren tjänstgör vid.

Företagshälsovården ingår inte i landstingens verksamhet, vilket ger speciella förutsättningar för specialistutbildningen i företagshälsovård. Landstingen är inte inblandade som för andra specialiteter. För att genomgå specialistutbildningen för företagsläkare ska läkaren redan ha förvärvat en specialistkompetens i t.ex. allmänmedicin. Den handledda tjänstgöringen för företagsläkare omfattar därför två år. Handledare – som ska inneha specialistkompetens i företagshälsovård och som ska vara företagsläkare eller verksamma inom områdena arbets- respektive miljömedicin – utbildas av ALI och Svenska företagsläkarföreningen gemensamt. Det är ALI som på dispens från Socialstyrelsen granskar att specialistkompetens uppnåtts innan Socialstyrelsen meddelar specialistkompetens.

Specialistkompetens är inte ett nödvändigt krav för anställning som företagsläkare. En del har endast genomgått ALI:s utbildning. Något register över hur många av de nu tjänstgörande företagsläkarna som har specialistkompetens finns inte.

Kravet på att de som utbildar sig vidare till specialistkompetens som företagsläkare redan har en specialistkompetens medför att de specialistkompetenta företagsläkarna närmar sig medelåldern eller är ännu äldre när de får sin specialistbehörighet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av läkarnas specialistutbildning och strukturen för de medicinska specialiteterna. Förslaget, som redovisades i februari 2003, innebär bl.a. att de nuvarande specialiteterna yrkes- och miljömedicin och företagshälsovård läggs samman till en ny specialitet med benämningen arbets- och miljömedicin. Förslaget kommer ursprungligen från Svensk yrkes- och miljömedicinsk förening och Svenska företagsläkarföreningen, och Socialstyrelsen har alltså tillstyrkt förslaget, samtidigt som det betonas att den kliniska förankringen inom internmedicin och/eller annan bred klinisk specialitet

bör tillgodoses vid omarbetning av målbeskrivningarna för specialiteten.

Regeringen ansåg att förslaget behövde beredas ytterligare och tillsatte en särskild utredare för att komplettera Socialstyrelsens rapport vad gäller konsekvenser för grundutbildningen av läkare samt för rekrytering till den kliniska forskarutbildningen och forskningen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 oktober 2004.

Om förslaget till ny specialitet för arbets- och miljömedicin genomförs kommer det att leda till förändringar i specialisttjänstgöringen under utbildningen. Den totala tiden för att få specialistbehörighet blir kortare. Sannolikt kommer utbytet mellan företagshälsovården och de yrkes- och miljömedicinska enheterna att öka. Det får förutsättas att specialisttjänstgöringen måste förläggas till både företagshälsovård och arbets- och miljömedicinska enheter. Om förslaget genomförs måste därför klaras ut vem som ska vara huvudman för anställningen och den utbildning som ska ske under tjänstgöringen. Detta måste sannolikt leda till att frågan regleras i avtal mellan landstingen och berörda företagshälsovårdsenheter. Vilka konsekvenser det får för ALI:s företagsläkarutbildning är för tidigt att bedöma, men åtminstone övergångsvis måste den nuvarande utbildningen finnas kvar.

14.3.2 Företagssköterskeutbildningen

ALI:s företagssköterskeutbildning går på halvfart under två år och motsvarar alltså 40 poäng. Intagningskraven är leg. sjuksköterska, två års yrkeserfarenhet och anställning inom företagshälsovård. Medelåldern på dem som nu går utbildningen är 43 år med en spridning mellan 30 och 54 år.

Grundutbildningen för sjuksköterskor omfattar 120 poäng och leder till sjuksköterskeexamen. Dessutom ger den legitimation som leg. sjuksköterska från Socialstyrelsen. Efter detta kan sjuksköterskor specialisera sig och erhålla specialistsjuksköterskeexamen som t.ex. distriktssköterska. Dessa specialiseringsutbildningar omfattar 40–50 poäng. Företagssköterskeutbildningen är ingen sådan specialiseringsutbildning och betraktas inte av Socialstyrelsen som någon medicinsk utbildning. Den ger således ingen specialistkompetens inom hälso- och sjukvård och yrkestiteln företagssköterska är inte skyddad. Frågan om specialistkompetens var aktuell i Behö-

righetskommitténs arbete i mitten av 1990-talet (SOU 1996:138), men utredningen framförde inga förslag.

I företagssköterskeutbildningen ingår företagshälsovård 10 poäng (inklusive projektarbete 5 poäng), vetenskaplig teori och metod 5 poäng, ergonomi och yrkesmedicin 10 poäng, psykosocialt arbetssätt och arbetsorganisation 5 poäng, folkhälsa och folkhälsoarbete 10 poäng.

Varje utbildningsomgång har cirka 30 deltagare. I Stockholm startar ALI en kurs per år och driver alltså samtidigt två kurser. Utbildning för företagssköterskor bedrivs för närvarande (pågående kurser avslutas vårterminen 2005) också i Lund och Örebro. I Lund har utbildning genomförts också tidigare. Utbildningen i Lund och Örebro finansieras med de extra förstärkningsmedel som erhölls genom budgetpropositionen för 2003. För framtiden har man dock inte tillräckligt med pengar för att kunna bibehålla denna volym, och det finns en oro för att den kompetens som nu byggts upp i Lund ska försvinna.

Samtidigt är det kö till utbildningen. Förra året hade man 90 platser och 150 sökande, och många sökande som inte kommer in återkommer från år till år. Det finns en grupp sjuksköterskor som vill gå utbildningen men som inte kommer in p.g.a. kravet på anställning. Det kan betecknas som en "moment 22-situation": de vill gå utbildningen men kommer inte in för att de inte har anställning inom företagshälsovården och de får inte få anställning för att de inte har utbildningen. Det finns en del funderingar inom ALI om möjligheterna att anordna en sådan utbildning, men det kan bli en del problem med bl.a. praktikplatser.

ALI är huvudman för utbildningen men genomför inte hela utbildningen i egen regi. Högst andel utbildningsmoment med ALI-lärare har utbildningen i Stockholm med cirka 50 procent. I samtliga utbildningar som genomförs har ALI kontrakt med universiteten om uppdragsutbildning, vilket medför att deltagarna får högskolepoäng.

Innehållet i kurserna utvecklas, och man har lagt in mer av kunddialog och ekonomi i företagshälsovårdsblocket. En förstärkning som också sker i utbildningen är hälsofrämjande arbete.

Fortbildningsbehovet är stort. Företagssköterskor som arbetat länge i företagshälsovården har behov av att förnya sina kunskaper. Det gäller t.ex. arbetsmiljölagen, systematiskt arbetsmiljöarbete, rehabilitering.

14.3.3 Arbetsmiljöingenjörsutbildningen

ALI:s arbetsmiljöingenjörsutbildning är en vidareutveckling av den tidigare skyddsingenjörsutbildning, som sedan många år anordnats av ALI och dess föregångare. Utbildningen går på halvfart under två år och anses motsvara 40 poäng. Antalet platser är ca 25. Vissa kursmoment genomförs i Stockholm, vissa vid ALI:s basenhet i Umeå. Man bedriver bara en utbildningsomgång i taget. I princip går det alltså två år mellan varje intagning. Delkurserna är obligatoriska men kan läsas i valfri ordning, varför man "fyller på" om vakanser uppstår. Vissa separata kurser har dubblerats för att tillgodose behovet av påbyggnadsutbildning i "nya" kurser för äldre arbetsmiljöingenjörer – ett exempel är yttre miljö. Mål för utbildningen är att arbetsmiljöingenjören ska kunna förebygga eller hantera varierande arbetsmiljöproblem av teknisk natur, men även kunna leda det systematiska arbetsmiljöarbetet, göra riskbedömningar samt utreda och utbilda i arbetsmiljöfrågor.

Antagningskrav är teknisk eller naturvetenskaplig basutbildning på gymnasienivå, minst två års yrkesverksamhet och anställning med arbetsmiljö- eller miljöansvar inom företag eller förvaltning. De sökande kan arbeta inom företagshälsovård, företagens egna organisationer för arbetsmiljö/miljöfrågor eller som privata konsulter.

Deltagarnas utbildningsbakgrund har förändrats över tid. Tidigare var den vanligaste gruppen ingenjörer med gymnasiekompetens som arbetat med arbetsmiljöfrågor och som ville skaffa sig en formell kompetens. Nu är det vanligast med yngre deltagare, som kommer mer eller mindre direkt från högskolornas treåriga tekniska utbildningar, t.ex. med inriktning mot maskin- eller livsmedelsteknik, oftast kvinnor.

Kravet på anställning anses ha stort värde genom kopplingen till arbetsplatsen och dess möjligheter till att kombinera teori och praktik. Det har enstaka gånger förekommit studiefinansiering via CSN, vilket berott på att deltagare sagts upp p.g.a. arbetsbrist under kurstiden. CSN har alltså i dessa fall accepterat utbildningen som studiemedelsgrundande.

Det är inte anställda i företagshälsovården som är den största gruppen i utbildningen. I den utbildning som genomförs nu är det ett par stycken. Den vanligaste gruppen är arbetsmiljöingenjörer i stora företag, som är verksamma i produktionen. Ibland kommer de från inbyggd företagshälsovård. Det är oklart vad skälen är till

att det är få deltagare från genuina företagshälsovårdsföretag. Det kan bero på att kostnaden blir dryg för små företagshälsor. Det kan också bero på svag efterfrågan på tekniska tjänster från företagshälsovården i kombination med att stora företag vill ha arbetsmiljöingenjörer som är specialiserade på företagets miljö direkt i produktionen.

Även om ALI är huvudman och håller ihop och organiserar utbildningen är det inte bara ALI-anställda som genomför kurserna. Ungefär 50 procent är ALI-lärare, 10 procent från Arbetsmiljöverket, resten är forskare från universitet och högskolor, konsulter och verksamma arbetsmiljöingenjörer.

Varje kurs avslutas med examination och deltagarna erhåller utbildningsbevis, men genom att det är ALI som genomför utbildningen ger den inte högskolepoäng. Det har förekommit att elever senare fått utbildningen tillgodoräknad i en senare examen, t.ex. i en fil. kand. Detta beror på examinatorns bedömning, som kan variera. Se vidare avsnittet *Om examina och högskolepoäng* nedan.

14.3.4 Rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Utbildningen går på halvfart under ett år och ger 20 poäng. Målgrupp är legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter med anställning inom företagshälsovården. Legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter med verksamhet som anknyter till arbetsmiljöområdet/rehabiliteringsverksamhet kan även antas (inte egenföretagare). Det är dock kö till utbildningen och i första hand antas företagshälsovårdsanställda. Vid senaste antagningen fanns 130 sökande till 28 platser. Det verkar vara vanligt att man står i kö tills man kommer in.

Arbetsgivaren betalar lön under utbildningstiden. Vid antagningen avkrävs de intagna ett intyg om att arbetsgivaren är införstådd med villkoret att betala lön och medge frånvaro. Utbildningen är inte studiemedelsberättigad utan betraktas som uppdragsutbildning. Kopplingen till yrkesverksamhet anses värdefull. Det är en fördel att kunna kombinera teori med praktiskt arbete hemma och 95 procent av deltagarna har en koppling till yrkesverksamheten i sitt avslutande praktikarbete.

Utbildningen innefattar projektmetodik, arbetsfysiologi, ergonomi, funktionell ergonomi och biomekanik, kvalitetssäkring inom

arbetsmiljöområdet, rehabilitering, arbetsrelaterade belastningsbesvär, psykosocial arbetsmiljö och hälsoekonomi.

Sjukgymnaster är i majoritet bland deltagarna. Arbetsterapeuter kvoterar in till ett antal av 7 per kurs. De som antas har vanligen arbetat ett antal år, vanligen 10–15, i klinisk verksamhet och är 30–40 år gamla.

Utbildningen genomförs som en uppdragsutbildning i samarbete mellan ALI och Karolinska institutet. Därigenom får deltagarna högskolepoäng. Kapaciteten är en kurs per år med knappt 30 platser. Förra året genomfördes dock en extra kurs i samarbete med Lunds universitet.

Yrkestiteln på sjukgymnaster som gått utbildningen och har anställning inom företagshälsovården är vanligtvis ergonom. Det är ingen skyddad yrkestitel – vem som helst kan kalla sig ergonom.

Det finns ett behov av fortbildning, Yrkeskåren, och företagshälsovården som helhet, behöver uppdateras med nya forskningsrön.

14.3.5 Magisterutbildning i ergonomi

För närvarande genomförs genom samarbete mellan ALI och universiteten i Linköping och Lund en magisterutbildning om 45 poäng, som pågår under fem terminer under åren 2004–2006. Inträdeskrav är akademisk utbildning på minst 120 poäng inom endera områdena hälsovetenskap, teknik eller samhälls/beteendevetenskap varav minst 40 poäng hänförs till ämnen inom ergonomi. Utbildningen är tvärvetenskaplig. De som går den är oftast ergonomer eller arbetsmiljöingenjörer. Utbildningen finansieras på samma sätt som övriga här redovisade utbildningar, dvs. ALI finansierar utbildningen och de deltagandes arbetsgivare förväntas stå för erforderlig tjänstledighet och övriga omkostnader.

14.3.6 Arbetsorganisation och förändringsarbete – vidareutbildning för beteendevetare inom företagshälsovård

Utbildningen motsvarar 10 poäng och går på knappt halvfart från mars till december. De 10 poängen anses ”tunga”. Utbildningen skulle enligt ALI lätt kunna byggas ut till 20-poängnivå. ALI genomför en kurs med 25 platser per år.

Förkunskapskraven är lägst fil kand. (120 poäng) med beteendevetenskaplig inriktning, inklusive minst 40 poäng i psykologi, vidare anställning i företagshälsovård eller sysselsatta med personalfrågor i andra organisationer. Inom ALI har diskuterats att sänka kravet på 40 poäng i psykologi. Det finns många som inte fyller det men som enligt ALI:s bedömning skulle bli utmärkta personalkonsulenter (som är den vanligaste yrkestiteln på beteendevetarna i FHV).

Att ha arbete i någon form är nödvändigt för att kunna genomföra projektarbete i egen organisation. Studiemedel utgår inte. Det förutsätts att arbetsgivaren betalar lön – men i en del fall kräver arbetsgivaren att projektarbetet ska kunna debiteras extern kund.

Till skillnad från de övriga företagshälsovårdsutbildningarna är det ingen större kö till utbildningen. Nuvarande kurskapacitet synes i stort täcka behovet. Vad detta beror på är oklart.

I samband med att beteendevetarutbildningen nystartades i januari 2002 efter den lagts ned 1997 p.g.a. besparingar, skedde förändringar i utbildningens inriktning. För detta användes en del av de extra medel som tillförts för metodutveckling enligt regeringens 11-punktsprogram. Den tidigare utbildningen var individinriktad, dvs. mot att behandla individer. Nu ligger fokus på förebyggande insatser på organisationsnivå – systematiskt arbetsmiljöarbete, arbetspsykologi, förändringsstrategier, pedagogik. Detta anses vara ett starkt växande behov i företagshälsovårdens verksamhet.

14.4 Förhållanden och synpunkter av betydelse för utredningens bedömningar

I det följande finns en kortfattad redovisning av ett antal förhållanden och uppfattningar av betydelse för överväganden om utbildning av personal för företagshälsovården.

14.4.1 Slutsatser av ovanstående genomgång av nuvarande utbildning

Det finns vissa gemensamma drag i ALI:s utbildningar. De går på högst halvfart, deltagarna förutsätts ha en anställning och utbildningen sker alltså på betald arbetstid. Detta har fördelar genom kopplingen till aktiv yrkesverksamhet, men innebär också ett

stressmoment eftersom den tid som kan frigöras i arbetet inte alltid svarar mot vad utbildningen kräver.

Betecknande för utbildningarna är att medelåldern på deltagarna är rätt hög. De går inte vidare mer eller mindre direkt efter sin grundutbildning utan har i allmänhet först en tid som yrkesverksamma. Det kan ha fördelar men medför också att tjänstgöringstiden i företagshälsovården efter genomgången utbildning blir relativt kort.

ALI har ansvaret för samtliga utbildningar, men genomför vissa utbildningar som uppdragsutbildning i samverkan med universitet. Så är fallet med företagsläkarutbildningen i Göteborg (men inte i Stockholm), företagssköterske- och ergonomutbildningen, vilket leder till att utbildningarna automatiskt får ett akademiskt meritvärde. Beteendevetar- och arbetsmiljöutbildningarna drivs av ALI, även om externa lärare används. En konsekvens av nuvarande system är att utbildningarna inte berättigar till studiemedel.

En annan skillnad är hos vilken arbetsgivare deltagarna är anställda. Medan företagsläkare och företagssköterskor nästan uteslutande har anställning inom företagshälsovård kan de övriga grupperna vara anställda hos andra arbetsgivare, dock med uppgifter som har anknytning till arbetsmiljön.

14.4.2 Dimensioneringsfrågor

I kapitel 13, Personalförsörjning, finns en uppskattning av antalet anställda i företagshälsovården och åldersstrukturen för de olika yrkeskategorierna. Därav framgår att det finns behov av en omfattande ersättningsrekrytering under den kommande 6-årsperioden. Dessutom kan förväntas att de förslag utredningen lägger kommer att öka efterfrågan på både godkänd företagshälsovård och utbildad personal. Det förslag till medfinansiering som regeringen framlagt i proposition 2004/05:21 kan också förväntas öka efterfrågan. Även de avtalslutande parternas ökande aktivitet i arbetsmiljö- och företagshälsovårdsfrågor, som beskrivits i kapitel 4, kan komma att leda till en ökande efterfrågan på företagshälsovård av god kvalitet. Den nuvarande utbildningskapaciteten är klart otillräcklig även i det lägsta tillväxtalternativet.

I kapitel 4 finns också en redovisning av vilka tjänster som företagshälsovården levererar, vilka tjänster som efterfrågas och bedömningar av hur efterfrågan kan komma att förändras. Detta

ger en antydning om att balansen mellan de olika grupperna kan komma att förskjutas. En rimlig slutsats av detta är t.ex. att efterfrågan på beteendevetare bör öka. Det är emellertid svårt att bedöma i vilken omfattning efterfrågan ökar, eftersom detta är beroende av vilka tjänster arbetsgivare väljer att anlita extern kompetens för. Hur väl företagshälsovården lyckas att försvara och öka sina marknadsandelar är beroende av vilken kvalitet tjänsterna har och hur väl de svarar mot behoven. Kvaliteten i företagshälsovårdens verksamhet är också en viktig förutsättning för möjligheterna att rekrytera och utbilda personal.

En annan faktor som påverkar dimensioneringen är hur stor medverkan företagshälsovården får i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det kan förutsättas att dess medverkan kommer att öka p.g.a. arbetsgivarens medfinansieringsansvar, försäkringskassans behov av experthjälp vid bedömningar av arbetsförmåga och rehabiliteringsinsatser och helt enkelt också p.g.a. att företagshälsovården i jämförelse med andra aktörer är den instans som har bäst kompetens och möjligheter att göra sådana bedömningar. Eftersom orsakerna till sjukfrånvaro ofta är komplexa är det inte bara den medicinska personalen som behöver involveras, utan det krävs multidisciplinära insatser.

14.4.3 Huvudmannaskapet för utbildningen

Statens uppdrag till ALI att bedriva utbildning är inte tydligt. Sedan några år finns särskilda anslag för ändamålet, men något distinkt uppdrag har inte institutet. ALI har inte heller monopol på att bedriva företagshälsovårdsutbildning. Genom att det inte finns några krav på att personalen ska ha en viss utbildning bedömer ytterst företagshälsovårdsföretagen själva vilken personal de anställer. Universitet och högskolor har vidare stor frihet att inom ramen för högskoleförordningen själva anordna utbildning, och det finns ett utbud av utbildningar och kurser som riktas mot arbetsmiljöområdet. Som exempel kan nämnas Högskolan i Trollhättan/Uddevalla som har ett hälsopromotionsprogram på 120 poäng och Luleå tekniska universitet som erbjuder en magisterutbildning i arbetsmiljöledning.

De förslag utredningen lägger om en tydligare definition av godkänd företagshälsovård innebär att staten tar på sig ett ansvar för att det finns tillgång till företagshälsovård med en viss kvalitet. I

kraven för godkännande ligger som nämnts krav på utbildning. Det innebär att staten också – i samverkan med övriga intressenter i företagshälsovården – måste definiera vilken utbildning som ska vara tillräcklig och se till att den utbildningen finns tillgänglig. Det bör finnas ett sammanhållet statligt ansvar, men detta behöver inte innebära att all utbildning ska bedrivas av en aktör eller i en bestämd form. Utbildningssystemet får inte bli statiskt – det måste kunna utvecklas i takt med nya kunskaper och nya förutsättningar, och måste i sig kunna vara en viktig utvecklingsfaktor för företagshälsovården. Till detta återkommer utredningen i slutet av kapitlet.

Det finns många intressenter i utbildningen. ALI har vid flera tillfällen uttryckt önskemål om ett bättre preciserat uppdrag och examinationsrätt. ALI har till utredningen överlämnat ett dokument med sina sammanfattande synpunkter på utbildningarnas framtida organisation och huvudmannaskap. Där framgår bl.a. att ALI anser att institutet bör vara en nationell kvalitetsgarant för utbildningarna, med ett övergripande ansvar för utformning, innehåll och utvärdering. ALI framhåller också sin tvärdisciplinära kunskap och överblick som inte finns vid någon annan institution och att institutet avser att förstärka sin företagshälsovårdsrelevanta FoU och att denna och utbildningen för företagshälsovården bör sammanfalla under samma institution.

Engagemanget i utbildning av företagshälsovårdspersonal har hos ALI skapat en insikt om att den påtagliga bristen på FoU inom företagshälsovården är ett bekymmer och att företagshälsovården varit så gott som osynlig i debatten om den ökande ohälsan. Utbildning för företagshälsovårdspersonal måste ha en koppling till relevant FoU och att detta kräver att den som ansvarar för utbildningen också måste ha en överblick över den aktuella forskningen.

Utredningen har mottagit en skrivelse från *de arbets- och miljömedicinska klinikerna i Lund, Göteborg och Umeå* rörande företagshälsovårdsutbildningarnas organisering och dimensionering. De arbets- och miljömedicinska klinikerna kallades tidigare yrkes- och miljömedicinska kliniker, men håller på att byta namn. De är regionspecialiteter inom sjukvårdsregionerna, vilket innebär att de är gemensamma för flera landsting, och har uppgiften att utreda och förebygga ohälsa förorsakad av faktorer i arbets- och omgivningsmiljön. De är dessutom kopplade till universitetens medicinska fakulteter där FoU bedrivs. Tjänster som professor eller lektor vid dessa fakulteter kan enligt 3 kap. 8 § högskolelagen (1992:1434) vara förenade med anställning som specialistutbildad

läkare vid sådan sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning.

I skrivelsen föreslås en utbildning med regionalt baserad basutbildning, som kan bidra till att lösa den nu bristande kapaciteten för företagshälsovårdsutbildningen. Utbildningen föreslås bli universitetsanknuten och förläggas till några av de orter där det nu finns arbets- och miljömedicinska universitetsavdelningar och kliniker, och med tillförsel av kompetens från arbetsvetenskapliga institutioner, tekniska högskolor och psykologinstitutioner. Detta skulle leda till en kundanpassad arbetsrelaterad och klinisk anknytning. På sikt bör utbildningen av företagshälsovårdspersonal in i det normala utbildningssystemet, men övergångslösningar anses sannolikt nödvändiga upp till 5–10 år framåt.

Statskontoret behandlade utbildningsfrågorna i sin rapport 2001:29, *Utnyttja företagshälsovården bättre*. I rapporten redovisas ett antal problem med den nuvarande utbildningen: bristande utbildningskapacitet i förhållande till behoven, behov av utveckling av utbildningarna, bl.a. mot mer av gemensam utbildning för olika yrkeskategorier, osäkerheten i ALI:s prioriteringar och att ALI saknar examinationsrätt. Statskontoret pekade också på ett antal yrkesspecifika problem. I rapporten pekades också på att ALI vidtagit ett antal åtgärder för att prioritera utbildningsfrågorna. Statskontoret förordade också att utbildningsvolymen skulle utökas genom förläggning av utbildning till de yrkesmedicinska klinikerna i Lund och Örebro.

Statskontoret redovisade också alternativ för en framtida organisation för företagshälsovårdsutbildning:

1. Nollalternativet – samma ordning som i dag förutom smärre justeringar
2. ALI är beställare av utbildning och universitet/högskolor utförare
3. ALI:s företagshälsovårdsutbildningar ges högskolestatus
4. Företagshälsovårdsutbildningarna flyttas till universitet

Efter överväganden om för och nackdelar med de olika alternativen stannade Statskontoret för att långsiktigt rekommendera alternativ 4.

Statskontorets rapport har remissbehandlats. De remissinstanser som yttrat sig har antingen rekommenderat alternativ 3 eller alternativ 4. Alternativ 3 stöds av ALI, Arbetsmiljöverket, Försäkrings-

kasseförbundet (på kort sikt), FSF, LO, SACO, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, VINNOVA, Sveriges Verkstadsindustrier, medan alternativ 4 stöds av RFV, Högskoleverket, Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund, Försäkringskassaförbundet (på lång sikt) Stockholms allmänna försäkringskassa och Legitimerade sjukgymnasters förbund.

14.4.4 Synpunkter från yrkesgrupper

Det finns synpunkter på utbildningen från de flesta yrkesgrupperna, men de som tydligast artikulerar intresse av förändring är företagssköterskornas och arbetsmiljöingenjörernas yrkesorganisationer. Riksföreningen för företagssköterskor vill att utbildningen ska leda till en specialitet och ha en skyddad yrkestitel. Dessutom vill de att utbildningen ska ge högskolepoäng.

Skydds- och arbetsmiljöingenjörerna² är organiserade i Föreningen Teknisk Företagshälsovård (FTF Arbetsmiljö). En majoritet av arbetsmiljöingenjörerna vill att utbildningen ska ge högskolepoäng. Det största problemet är dock att arbetsmiljöingenjörerna är en minskande grupp i företagshälsovårdsföretagen och att påfyllningen av nyutbildade är liten – de flesta som utbildas är produktionstekniker i stora företag. Efterfrågan på tekniska tjänster från företagshälsovården är för dålig och det är svårt att få lönsamhet i de tekniska tjänsterna. Det viktigaste för den framtida utbildningen är att det måste ställas tydligare krav på vad en arbetsmiljöingenjör förväntas kunna och göra. Vem som sedan genomför utbildningen spelar mindre roll. FTF Arbetsmiljö anser dock att ALI inte längre har kompetens för mätteknisk utbildning.

14.4.5 Om examina och högskolepoäng

Examination och meritvärde av akademiska studier regleras i högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Regeringen bestämmer vilka examina som får avläggas och Högskoleverket bestämmer vid vilka universitet och högskolor dessa examina får avläggas. Dessa examina listas i en bilaga (examensord-

² Skyddsingenjörer utbildades före 1995, därefter bytte utbildningen namn till arbetsmiljöingenjörsutbildning. Det finns skillnader i innehåll mellan utbildningarna; skyddsingenjörsutbildningen hade mer av mätteknik, arbetsmiljöingenjörsutbildningen har mer av arbetsmiljösamordning och beställarkompetens.

ningen) till högskoleförordningen. Kraven för examen beskrivs där på ett översiktligt sätt. Detaljerna beskrivs i utbildningsplaner för utbildningsprogram och kursprogram, som bestäms av varje lärosäte. Minimikravet för att examen ska kunna avläggas är att studierna omfattar 80 poäng. Ingen av de nuvarande företagshälsovårdsutbildningarna når upp till denna nivå.

All utbildning vid universitet och högskolor ges i form av kurser, som kan ingå i utbildningsprogram som leder till examina, men också vara enstaka kurser. Varje kurs har ett meritvärde i form av poäng, och betyg sätts på genomgången kurs av en av högskolan särskilt utsedd examinator.

Det är endast universitet och högskolor som har examensrätt. Alla högskolor är inte statliga, men det finns inga exempel på att en statlig myndighet har medgivits rätt att bedriva högskoleutbildning eller få examinationsrätt. De framställningar ALI gjort i frågan har avvisats.

Att ALI inte har examinationsrätt behöver dock inte innebära att utbildningarna saknar akademiskt meritvärde. Många av utbildningarna genomförs som uppdragsutbildning, vilket innebär att examination sker efter avslutad kurs och meritvärde får tillgodoräknas. Dessutom finns i högskoleförordningen (1993:100 6 kap. 13–14 §§) en möjlighet att tillgodoräkna sig annan utbildning än som bedrivits vid universitet och högskolor och även yrkeserfarenhet. Detta prövas av vederbörande högskola.

Det akademiska meritvärdet av företagshälsovårdsutbildningarna vid ALI är av reellt intresse endast för dem som vill gå vidare i den akademiska karriären. Såvitt utredningen kunnat utröna är det få som gör det. Om ALI:s utbildning håller akademisk kvalitet torde det inte heller vara något större problem att få den tillgodoräknad i sammanhang där den är relevant. Detta har t.ex. skett för arbetsmiljöingenjörer.

Kraven på att ALI:s utbildningar generellt ska ges ett akademiskt meritvärde har inte främst sin grund i att de som genomgått den vill gå vidare i forskarutbildning eller tillgodoräkna utbildningen i en fil. kand. eller magisterexamen. Det är mer av en statusfråga. För företagssköterskornas del handlar det mer om att få utbildningen erkänd som en specialistutbildning inom systemet för vårdutbildningar.

14.4.6 Om uppdragsutbildning

Möjligheterna för universitet och högskolor att bedriva uppdragsutbildning regleras i förordningen (2002:76) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor. Det är endast lärosäten som har staten som huvudman som får bedriva uppdragsutbildning. Utbildningen ska anknyta till sådan grundläggande högskoleutbildning som högskolan har examensrätt för. Om uppdragsgivaren är svenska staten m.fl. offentliga organ gäller därutöver att utbildningen ska avse personalutbildning eller utbildning som behövs av arbetsmarknadsskäl eller av biståndspolitiska skäl. När det inte är fråga om offentlig uppdragsgivare gäller i stället att uppdraget ska avse personalutbildning som är ägnad att få betydelse för deltagarnas arbete åt uppdragsgivaren.

Vid uppdragsutbildning tillämpas avgiftsförordningen (1992:191). Högskolorna får själva bestämma avgiftens storlek. Den ska beräknas så att full kostnadstäckning uppnås.

Den som deltar i uppdragsutbildning får betyg och examensbevis eller kursbevis enligt bestämmelserna för grundläggande högskoleutbildning, om samma kvalitetskrav ställs på utbildningen som på grundläggande högskoleutbildning.

De utbildningar som genomförs på ALI:s uppdrag anses enligt utbildningsdepartementet falla inom ramen för förordningen om uppdragsutbildning.

Uppdragsutbildningar berättigar inte till studiemedel enligt det statliga studiefinansieringssystemet.

14.4.7 Möjligheter att förlägga utbildning till universitet och högskolor

Som framgått av redovisningen ovan finns det många som hävdar, åtminstone på sikt, att utbildningen av personal för företagshälsovården bör inordnas i det reguljära utbildningssystemet vid universitet och högskolor.

Universitet och högskolor har stor frihet att själva bestämma viken utbildning de anordnar. När det gäller utbildningsprogram som leder till akademiska grundexamina krävs godkännande av regeringen och Högskoleverket, men för enstaka kurser är det varje högskola som bestämmer. De utbildningar som för närvarande är aktuella för företagshälsovårdens personal är av den omfattningen

att besluten om att anordna utbildningarna skulle vara en fråga för varje högskola, som också skulle ha frihet att bestämma vilket innehåll och inriktning utbildningarna skulle ha. Möjligheterna att påverka skulle vara mycket begränsade för såväl staten på nationell nivå som för företagshälsovårdsbranschen eller andra intressenter i företagshälsovården. Sett utifrån företagshälsovårdens behov är de nuvarande befattningsutbildningarna, som riktas till redan anställda, effektivare än högskoleutbildningar som är öppna för alla.

Det finns i dag ett antal universitet och högskolor som har en uttalad inriktning mot arbetslivs- och arbetsmiljöfrågor genom sina arbetsvetenskapliga institutioner och som har en forskningsverksamhet på dessa områden, vilket är en nödvändig förutsättning för att kunna bedriva en utbildning av hög kvalitet. De tekniska högskolorna har t.ex. kompetens på områden som fysisk miljö, ergonomi, produktivitet, management och hälsa. Företagshälsovårdens verksamhet är av sådan tvärvetenskaplig bredd att det också behövs komplettering med andra kompetenser. Det är sannolikt erforderlig tvärvetenskap skulle kunna utvecklas om utbildningen skulle förläggas till universitet och högskolor, förutsatt att utbildningen får tillräcklig omfattning och stabilitet.

För att universitet och högskolor ska organisera och varaktigt bedriva utbildning är de beroende av finansiering enligt det resurstilldelningssystem som gäller för högskoleområdet. Det är tveksamt om företagshälsovårdsutbildningarna är av den omfattningen att de skulle vara lönsamma att satsa på för ett enskilt lärosäte med tanke på det utvecklingsarbete mot tvärvetenskap som skulle krävas. Det är tveksamt om regional spridning skulle kunna uppnås. En tveksamhet skulle också ligga i osäkerheten huruvida utbildningen skulle anses motsvara kraven på godkännande av företagshälsovård enligt det förslag till lag om företagshälsovård som utredningen framlägger. Det finns alltså ingen garanti för att det reguljära utbildningssystemet skulle frambringa företagshälsovårdsutbildning av tillräcklig omfattning och efterfrågad inriktning utan någon form av styrning, en styrning som är svår att åstadkomma inom det nuvarande reguljära utbildningssystemet. Det kan vidare bli svårt att i en spridd och decentraliserad utbildning åstadkomma tillräckliga praktikmöjligheter, vilket kan innebära att utbildningen blir alltför akademiserad och fjärrar sig från behoven i företagshälsovårdens arbete.

I förslaget från de arbets- och miljömedicinska klinikerna, som redovisats ovan under rubriken *Huvudmannaskapet för utbildningen*, finns dock en regional förankring och koppling till klinisk verksamhet, företagshälsovårdsbranschen och möjligheter till forskarutbildning som går ett steg längre än vad enbart en akademisering av företagshälsovårdsutbildningen skulle innebära.

En konsekvens av en förläggning till universitet och högskolor är att deltagarnas finansiering av sina studier rimligen måste ske med studiemedel. I och för sig är det tänkbart att den som redan har anställning inom företagshälsovården och går utbildning vid en högskola får lön och andra ersättningar från arbetsgivaren, men det är inte självklart. Det finns redan i dag funderingar att lösa personalbehoven beträffande företagssköterskor genom att vid sidan av den nuvarande företagssköterskeutbildningen anordna en direkt utbildningsväg utan anställning i företagshälsovården. Frågan är vad som i ett sådant läge skulle hända med företagshälsovårdsföretagens villighet att via tjänstledighet med lön finansiera deltagarnas studier enligt den nuvarande modellen.

14.4.8 Kompetensutveckling av anställda i företagshälsovården

Enligt samstämmiga vittnesmål är fort- och vidareutbildning av företagshälsovårdens personal ett eftersatt område, vilket på sikt äventyrar branschens överlevnad. Kan inte företagshälsovården kompetensmässigt ligga i nivå med kunskapsutvecklingen kommer dess tjänster inte att efterfrågas. Att fort- och vidareutbildning inte har större volym än som nu är fallet hänger dels samman med lönsamhetsproblem i branschen, dels med att utbudet av fortbildning och vidareutbildning är litet.

De flesta organisationer, privata företag såväl som myndigheter, har, oavsett storlek, begränsad kapacitet att följa kunskapsutvecklingen inom forskningen och ta hem och transformera ny kunskap till åtgärder i den egna organisationen. När det gäller arbetsmiljöproblem borde företagshälsovården vara den transformator som skulle kunna bidra till att överbrygga detta glapp. Det finns emellertid risk för att företagshälsovården hamnar i en ond cirkel – har den inte aktuell kompetens kommer dess tjänster inte att efterfrågas, och då har branschen inte råd med kompetensutveckling, och då sviktar efterfrågan ännu mer.

14.4.9 FoU

Högre utbildning behöver ha en forskningsanknytning. Den nuvarande utbildningen av företagshälsovård har en sådan forskningsanknytning genom ALI:s forskning om arbetsmiljö- och arbetslivsfrågor och genom det nätverk med forskarvärlden utanför ALI som institutet har. Det bör alltså finnas goda förutsättningar för att utbildningen ska ha ett aktuellt innehåll vad gäller arbetsmiljö och arbetslivsfrågor och också för att ALI:s kompetens skulle kunna utgöra en god grund för fortbildning och vidareutbildning.

Däremot saknas i stort FoU om företagshälsovården som sådan, såväl vid ALI som i övrigt. Under utredningsarbetets gång har utredningen noterat att kunskapsläget om företagshälsovårdens verksamhet och effekter av dess insatser är svagt. Att FoU inte bedrivits kan vara en effekt av att branschen under 1990-talet utvecklats till en konsultmarknad och att statens roll visavi företagshälsovården har varit oklar. Det kan också bero på att forskningsmedel saknas eller att kompetenta forskare med intresse av och institutionella förutsättningar för att beforska frågeställningar kring företagshälsovårdens metoder, arbetsprocesser och effektivitet inte funnits att tillgå. Dessa omständigheter kan förklara varför det inte kommit in ansökningar om forskningsmedel som kan ha funnits tillgängliga.

14.5 Utredningens överväganden och förslag

14.5.1 Huvudmannaskap för utbildningen

De förslag utredningen lägger om bl.a. en ny lag om företagshälsovård och en företagshälsovårdsnämnd syftar till att skapa en grund för en långsiktig kvalitetshöjning och utveckling av företagshälsovårdsbranschen. Förslagen syftar till att klargöra statens roll att utifrån ett folkhälsoperspektiv och omsorg om god arbetsmiljö sörja för att det finns tillgång till expertresurser som arbetsgivare enligt lag är skyldiga att anlita i vissa fall.

Att det finns tillgång till en basutbildning som svarar mot dessa krav och som kan utvecklas utifrån behov och kunskapstillväxt i ett dynamiskt samspel mellan forskningen, arbetsmarknadens parter, företagshälsovårdsbranschen och tillsynsmyndigheten är av strategisk betydelse för att utredningens förslag ska nå framgång.

Utredningen har övervägt de olika alternativ att anordna företagshälsovårdsutbildning som Statskontoret redovisat i sin rapport 2001:29, Utnyttja företagshälsovården bättre, och de övriga förslag som framförts. En fråga som måste ställas är i vilka former direktivens krav på bl.a. långsiktighet, tillräcklig omfattning, kontakt med FoU, multidisciplinär inriktning och möjligheterna till samverkan mellan utbildningsanordnare, företagshälsovårdsbranschen och arbetslivet kan tillgodoses.

För att dessa krav ska kunna tillgodoses är det nödvändigt med ett sammanhållet ansvar för företagshälsovårdsutbildningarna. Utredningen har kommit fram till att ett inordnande av företagshälsovårdsutbildningarna i den reguljära verksamheten vid universitet och högskolor inte skulle garantera vare sig långsiktighet, utbildningskapacitet, multidisciplinär inriktning eller inflytande för företagshälsovårdens intressenter. Det skulle inte heller finnas förutsättningar för en likvärdig företagshälsovårdsutbildning på de olika lärosäten som skulle kunna vara intresserade.

Utredningen inser i och för sig att ett antal av de arbets- och miljömedicinska enheterna i samverkan med de medicinska fakulteterna har tillräcklig kompetens och forskningsanknytning för att bedriva företagshälsovårdsutbildning. För närvarande bedrivs ju utbildning i denna form. Att helt lägga utbildningsansvaret på ett antal sådan kliniker innebär dock sämre förutsättningar för den samverkan om bl.a. utbildningsfrågorna som utredningen föreslår.

Utredningen har därför kommit fram till att statens ansvar för utbildningen måste kanaliseras genom en aktör. Visserligen finns ingen ensam aktör – varken ALI eller någon annan – som själv klarar av att bedriva företagshälsovårdsutbildning av tillräcklig omfattning, men utan ett samlat ansvar finns risk för att dragkamp uppstår om utbildningarna. Enligt utredningens mening bör ALI ges ett tydligt ansvar för planering, dimensionering, innehåll i, utveckling och utvärdering av företagshälsovårdsutbildningarna. Uppdraget bör tas in i ALI:s instruktion. ALI bör också ha en skyldighet att i dessa frågor samverka med den företagshälsovårdsnämnd utredningen föreslår. ALI bör också förfoga över ett anslag för företagshälsovårdsutbildning och ha ansvaret för att utbildning av tillräcklig omfattning kommer till stånd.

När det gäller genomförandet av utbildningen är det däremot inget krav att ALI genomför utbildningarna i egen regi. Den kapacitetsökning som utredningen föreslår i det följande ställer tvärtom krav på att också andra utbildningsanordnare anlitas genom upp-

dragsutbildning och att ALI:s resurser i ökande utsträckning används för planering, upphandling och samordning. Det är därvid naturligt att samarbete i första hand eftersträvas med de arbets- och miljömedicinska enheterna. ALI bör utveckla ett nätverk för samråd och samplanering med de universitet och högskolor som kan bidra till utveckling av utbildningen.

ALI bör i samverkan med den föreslagna företagshälsovårdsnämnden utarbeta ett program för utveckling av basutbildningarna för företagshälsovårdspersonal.

I sitt arbete med att utveckla företagshälsovårdsutbildningen och den planering och start av FoU om företagshälsovård, som utredningen anser nödvändig, bör ALI uppmärksamma behovet av att en forskarutbildning på sikt kan komma till stånd. Den bör ha en multidisciplinär inriktning och vända sig till samtliga personalgrupper inom företagshälsovården med tillräcklig grundutbildning.

Som framgick av avsnitt 14.4.7 ovan finns ett antal universitet och högskolor med uttalad inriktning mot arbetsmiljö- och arbetslivsfrågor. Flera av dem bedriver utbildning, bl.a. på magisternivå. Det nu föreslagna om företagshälsovårdsutbildningen utesluter inte att det kan finnas eller utvecklas utbildning av värde för företagshälsovårdens verksamhet vid universitet och högskolor eller hos andra utbildningsanordnare. Om kompetensen efterfrågas kan förutses att marknadsmekanismerna leder till att företagshälsovårdsföretagen knyter sådan kompetens till sig. På sikt kan det leda till förändringar i utbildningskrav för godkännande eller till att företagshälsovårdutbildningarna förändras. Detta ligger i ett dynamiskt system och i det samspel som bör kunna utvecklas mellan ALI, branschen och högskolevärlden.

14.5.2 Dimensionering

Som framgått ovan är den nuvarande utbildningskapaciteten otillräcklig redan med hänsyn till dagens behov och behoven kommer att öka p.g.a. kommande pensionsavgångar, de förslag utredningen lägger och ökande krav i kampen mot ohälsan. ALI har inte kapacitet att med nuvarande bemanning öka kapaciteten i erforderlig omfattning. Med de förslag utredningen lagt under avsnitt 14.5.1 ovan bör dock behoven kunna tillgodoses. Med tanke på att det är ett antal osäkra faktorer som kommer att påverka utbildningsbehovet och effekterna av dessa kommer att kunna avläsas först om

några år ser inte utredningen någon möjlighet att lägga mer exakta förslag till dimensionering än de beräkningar som redovisats i kapitel 13. Dessa innebär, beräknat på utbildningsbehovet för samtliga personalgrupper, att utbildningen i det lägsta alternativet, med en 10-procentig ökning av företagshälsovårdens volym, att utbildningskapaciteten behöver öka med 90 procent. I alternativen med 20 respektive 30 procents volymökning behöver utbildningskapaciteten öka med 123 respektive 155 procent.

Med tanke på svårigheterna att prognostisera hur efterfrågan på företagshälsovård och därmed utbildning av personal kommer att utvecklas får den föreslagna företagshälsovårdsnämnden i samarbete med ALI en viktig roll i planering och dimensionering av utbildningen.

Enligt direktiven ska utredningen överväga hur personalförsörjningen ska tryggas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet. När det gäller utbildning har detta betydelse framför allt för utbildning av läkare och sjuksköterskor till tjänstgöring inom företagshälsovården, eftersom företagshälsovårdsutbildningen är alternativ till andra utbildningar som leder mot sjukvården. I den gamla företagshälsovårdsdelegationen (se vidare kapitel 2) gjordes under 1970-talet försök att styra antalet företagsläkare, vilket misslyckades. Om företagshälsovårdsutbildningen skulle suga resurser från sjukvården beror det på att det finns läkare och sköterskor som är intresserade av företagshälsovård och ett behov inom branschen. Det enda sättet att bromsa en sådan utveckling skulle vara att strypa företagshälsovårdsutbildningen. Detta skulle bara leda till ett ökat antal utbildade inom företagshälsovården. I sammanhanget kan nämnas att det inte varit möjligt att styra läkares val av specialiteter eller i vilket landsting de väljer att tjänstgöra. Det finns ingen läkarbrist i Sverige, däremot obalanser mellan specialiteter och regioner. Om man dessutom räknar med att företagshälsovården kan spela en aktivare roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen får man också anta att sjukvården avlastas.

14.5.3 Antagningskrav och villkor under utbildningarna

Utredningen anser det viktigt att basutbildningarna har en anknytning till och praktisk förankring i företagshälsovårdens verksamhet. För de utbildningar, som kommer att vara ett krav för godkän-

nande av företagshälsovård enligt det förslag till företagshälsovårdsordning som utredningen framför, bör därför nuvarande ordning med krav på anställning bibehållas. Då infinner sig frågan om det ska vara ett villkor att vara anställd i godkänd företagshälsovård eller om det räcker det med att verksamheten i fråga kallar sig företagshälsovård?

Att begränsa möjligheten till utbildning till anställda i godkänd företagshälsovård skulle leda till diskvalificering av de enheter som genom att utbilda personal strävar efter ett godkännande, vilket inte är önskvärt. Genom att deltagarnas arbetsgivare förväntas stå för lön under tjänstledigheten är risken för missbruk liten – vilket intresse har en verksamhet som inte strävar efter godkännande att utbilda sin personal till betydande kostnader?

Om nu staten ger ALI ett tydligare uppdrag och förstärker utbildningskapaciteten blir en annan fråga om anställda i annan verksamhet än företagshälsovård ska äga tillträde till utbildningen, särskilt i en kösituation. Frågan är aktuell med hänsyn till det stora inslaget av produktionstekniker i arbetsmiljöingenjörsutbildningen och inslaget av personalhandläggare i beteendevetarutbildningen. Utredningen har på flera ställen i betänkandet betonat att företagshälsovården inte är något självändamål. Så länge de sökande som inte har anställning i företagshälsovården har en befattning som huvudsakligen eller i hög grad syftar till att undanröja arbetsmiljörisker, eller som i övrigt motsvarar insatser som företagshälsovården gör, bör deltagande i utbildningen medges. Ett prioriteringsproblem kan dock uppstå i kösituationer. Med tanke på behovet att expandera utbildningen i den bristsituation företagshälsovården står inför anser utredningen att företagshälsovårdsanställda bör prioriteras.

14.5.4 Examinationsrätt och högskolepoäng

Utredningen har förståelse för att det ligger ett viktigt symbolvärde i att företagshälsovårdsutbildningarna ger högskolepoäng, och att detta kan vara en pådrivande faktor att genomgå utbildningen. Det är emellertid ett fåtal av dem som genomgått företagshälsovårdsutbildningarna som de facto har nytta av högskolepoäng för vidare studier eller forskarutbildning. Redan nu genomförs en del av utbildningarna som uppdragsutbildningar, som automatiskt ger högskolepoäng, och med den expansion som är nödvändig kan den

andelen förväntas öka. Dessutom finns som nämnts ovan möjlighet att efter prövning få tillgodoräkna sig meritvärde av ALI:s övriga utbildningar, förutsatt att utbildningen är relevant och håller tillräckligt hög klass.

För att ALI skulle medges examinationsrätt skulle krävas förändringar i högskolelagen och högskoleförordningen, som i och för sig inte skulle behöva vara särskilt omfattande, men som däremot är av principiell karaktär. Regeringen har redan avvisat framställningar från ALI i frågan, och med tanke på att utredningen ser en nedtoning av ALI:s genomförandeansvar till förmån för ett samordningsansvar får sannolikt frågan mindre vikt i framtiden. Detta utesluter naturligtvis inte att ALI:s kompetens används i undervisningen.

När det gäller företagssköterskornas situation har utredningen uppfattat att det inte bara handlar om meritvärdet av utbildningen – f.n. ger samtliga kurser högskolepoäng – utan snarare om att företagshälsovård inte är en specialitet för sjuksköterskor. Denna fråga ligger utanför utredningens uppdrag, varför det inte finns anledning att framföra konkreta förslag i frågan. Utredningen förutsätter dock att frågan aktualiseras i det utvecklingsarbete om företagshälsovårdsutbildningen som bör intensifieras inom ALI med anledning av utredningens förslag.

14.5.5 Kompetensutveckling

Kompetensutveckling av de anställda i företagshälsovården är ett nödvändigt inslag för kvalitetshöjning och utveckling av dess verksamhet. Enligt utredningens förslag kommer krav på kompetensutveckling att vara ett villkor för godkännande av företagshälsovård. Kompetensutveckling kan ske på olika sätt, som ett dagligt lärande, inhämtande av erfarenheter, metoder och nya forskningsrön, genom fort- och vidareutbildning.

I princip anser utredningen att kostnader för kompetensutveckling ska falla på branschen. Utbildningen kan delvis ske i den dagliga verksamheten eller skötas av branschen själv eller organisationer för de olika yrkesgrupperna, men i hög utsträckning kan förväntas att fort- och vidareutbildningen behöver hämta näring ur relevant FoU. Det är därför naturligt att ALI och även yrkesmedicinska kliniker och andra universitet och högskolor kan ordna fort- och vidareutbildning för företagshälsovårdens personal, antingen

mot ersättning eller som enstaka kurser. Det är också naturligt att kurser inom basutbildningen för företagshälsovårdspersonal öppnas för vidareutbildning.

Behov och inriktning av fort- och vidareutbildning bör vara en fråga för den av utredningen föreslagna företagshälsovårdsnämnden.. ALI bör i det sammanhanget ha ett ansvar för att överblicka relevant FoU.

14.5.6 FoU

Enligt direktiven har inte utredningen något uppdrag rörande FoU. Det enda som sägs i direktiven är att utredningens förslag rörande basutbildning och fortbildning ska säkra kontakt med FoU inom området. Utredningen ska vidare undersöka möjligheten till samverkan mellan utbildningsanordnare, företagshälsovårdsbranschen och arbetslivet, bl.a. med sikte på spridning av forskningsrön och annan kunskap till arbetsplatserna.

Utredningens förslag om huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen säkerställer en god koppling mellan FoU av betydelse för arbetsmiljön och utbildningen. När det gäller spridning av forskningsrön konstaterar utredningen att ALI bedriver en arbetsmiljö- och arbetslivsinriktad forskning av stor bredd och det samma gäller vissa universitet och högskolor. ALI har enligt sin instruktion ett ansvar för att arbetslivs- och arbetsmiljöforskning sprids (utarbete och sprida information). På universitet och högskolor ligger också (den tredje uppgiften vid sidan om utbildning och forskning) att samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet. Problemet är således inte forskningsinstitutionernas ansvar utan snarare att kanaler och metoder för att sprida relevant kunskap saknas. En utveckling av företagshälsovårdsutbildningen och fort- och vidareutbildning kommer att ge bättre förutsättningar att föra ut forskningens resultat till praktiker. Den av utredningen föreslagna företagshälsovårdsnämnden kommer att kunna fylla den samverkansfunktion som efterfrågas i direktiven. Utredningen bedömer det inte nödvändigt att därutöver föreslå några särskilda åtgärder när det gäller spridning av forskningsrön. Det som skapar den bästa förutsättningen i det avseendet är en förstärkt efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster.

Utredningen har, med tanke på de erfarenheter som vunnits under utredningsarbetet, funnit anledning att ta upp ytterligare en

fråga om FoU, nämligen behovet av FoU om företagshälsovården och dess verksamhet. Utredningen har nämligen konstaterat att det i stor utsträckning saknas FoU om företagshälsovården. Det gäller t.ex. nyttan av dess insatser ur samhälls- eller företagsekonomisk synvinkel, dess bidrag i ohälsobekämpningen, samverkan med samhällets hälso- och sjukvård, metoder och metodutveckling. Vid universitets- och högskoleinstitutioner saknas f.n. specifika program för sådan FoU, och inte heller ALI bedriver någon forskning om företagshälsovård. Eftersom företagshälsovårdens ansatser i fullföljandet av sina uppdrag till sin karaktär är av multidisciplinärt slag behöver FoU om företagshälsovården vara tvärvetenskaplig. Forskning om företagshälsovård kan vidare inte bedrivas enbart inom den akademiska forskningsvärlden utan måste bygga på samarbete mellan företagshälsovårdsenheter, som i stor utsträckning saknar egen forskningserfarenhet, och forsknings- och utbildningsinstitutioner som å sin sida saknar erfarenheter av det praktiska vardagsarbetet i företagshälsovården.

Utredningens förslag understryker att utvecklingen av företagshälsovården är ett samhällsintresse som motiverar ett tydigare och utvidgat statligt långsiktigt åtagande. Ansvar för företagshälsovårdens utveckling är delat mellan offentliga organ och den marknad som företagshälsovården betjänar. Utredningens förslag innebär att företagshälsovården även fortsättningsvis kommer att vara marknadsberoende och efterfrågestyrd i en tjänsteproduktion vid ett stort antal relativt små organisationsenheter spridda över hela landet, men också att det skapas en starkare central struktur för dess utveckling.

Företagshälsovården skall enligt utredningens synsätt ses som en folkhälsoaktör, etablerad på rambetingelser fastställda av staten och med uppgift att bidra med tjänster syftande till att fullfölja de intentioner som ligger till grund för arbetsmiljölagen. För att vara i stånd att fullgöra denna uppgift krävs av företagshälsovården en fortlöpande kompetensmässig, metodmässig och organisatorisk utveckling. Företagshälsovården måste kunna verka utgående från en aktuell problembild och aktuell kunskapsfront för att kunna leverera de tjänster och den sakkunskap som utgör effektiva bidrag till en hållbar och långsiktig utveckling av hälsa och livskvalitet i arbetet.

Företagshälsovårdsbranschen finansierar själv kvalitetssäkrings-systemet som är en viktig förutsättning för att leva upp till de krav som ställs på dess verksamhet. Det framstår inte som realistiskt att

förvänta att de ekonomiska marknadsvillkoren för företagshälsovården kommer att tillåta utveckling av en av branschen finansierad organisation för FoU inom företagshälsovården

Enligt utredningens uppfattning finns stort behov av mer kunskap om företagshälsovårdens verksamhet inom bl.a. följande områden:

- Effekter – samhällsekonomiskt, företagsekonomiskt och på individers hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering av företagshälsovårdens åtgärder inriktade mot olika delområden av skadeprevention och ohälsa, arbetsinriktad rehabilitering och hälsopromotion
- Företagshälsovårdens kvalitet
- Utvärderingar av företagshälsovårdens arbetsmetoder – avseende såväl dess interna arbetsmetoder som kontakter och kommunikation med kunder/klienter – innefattande företag, enskilda individer, grupper eller kategorier i arbetslivet med specifika hälsoförutsättningar och externa intressenter som den offentliga hälso- och sjukvården, försäkringsorgan, arbetsmarknadsorgan m.m.
- Företagshälsovården som aktör i det systematiska arbetsmiljöarbetet
- Företagshälsovården som aktör i program för kontinuerligt lärande i arbetet och förmedling av relevant kunskap och forskningsinformation
- Företagshälsovårdens bedömningar av sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa och härmed sammanhängande metodutveckling
- Företagshälsovårdens bedömningar av arbetsförmåga
- Företagshälsovårdens bedömningar och åtgärder utgående från hälsomotiv i anpassning av arbetsplatser och arbetsorganisation

Mot denna bakgrund vill utredningen – även om det ligger utanför uppdraget – uppmärksamma regeringen på betydelsen av FoU som en nödvändig insats för att långsiktigt skapa förutsättningar för en utveckling av god företagshälsovård. Insatser inom detta område har enligt utredningens mening betydligt större effekt för företagshälsovårdens möjligheter att bidra i kampen mot ohälsan än vad t.ex. statsbidrag eller krav på obligatoriskt användande av företagshälsovård skulle kunna ha.

Med tanke på att det inte ingår i utredningens direktiv avstår utredningen från att föreslå *hur* en ökad satsning på FoU ska organiseras eller finansieras. Som framgått av avsnitt 14.4.9 har inte utredningen analyserat om avsaknaden på FoU om företagshälsovård beror på den marknadssituation som rått sedan början av 1990-talet eller på andra faktorer. En tänkbar orsak kan vara att de forskningsfinansiärer som fördelar forskningsanslag inte har ansett att ökad kunskap om företagshälsovården är ett angeläget eller prioriterat område, men orsaken kan också tänkas vara att det inte funnits intresse från forskarvärlden. Med de breda satsningar som nu görs på ohälsan, dess orsaker och möjliga motåtgärder bör enligt utredningens mening insatser som nämnts ovan väl falla inom vad som bör vara värt att satsa forskningsanslag på.

För att initiera en första satsning på FoU om företagshälsovård föreslår dock utredningen att regeringen ger ALI uppdraget att planera och starta FoU om företagshälsovård.s

15 Konsekvenser

15.1 Utgångspunkter för utredningens konsekvensanalyser

Utredningens förslag får konsekvenser i ett antal avseenden. Den principiella utgångspunkten för förslagen (se vidare kapitel 7) är att företagshälsovården bidrar till att tillgodose ett väsentligt samhällsintresse och att staten därför, i samarbete med andra intressenter, bör vidta ett antal åtgärder för att stimulera en långsiktig utveckling av företagshälsovård av god kvalitet. Samtidigt kommer företagshälsovården även fortsättningsvis att huvudsakligen verka på en marknad som styrs av samspelet mellan utbud och efterfrågan. Detta gör att konsekvensanalyser blir osäkra eftersom det är en mängd faktorer vid sidan av de förslag som utredningen lägger som påverkar både utbud och efterfrågan.

Utredningens förslag får direkta om än begränsade konsekvenser för statsfinanserna. Det gäller framför allt förslagen om inrättande av en företagshälsovårdsnämnd i kapitel 8 och de ekonomiska konsekvenserna av en volymökning i företagshälsovårdsutbildningen i kapitel 14.

En väsentlig grundfråga i konsekvensanalyserna är i vilken omfattning företagshälsovården som bransch kommer att utvecklas. Detta blir beroende av ett komplicerat växelspel mellan företagshälsovårdsföretagen och deras kunder där företagshälsovårdens kompetens, kundernas förmåga att definiera sina behov av expertresurser och dialogen mellan dessa båda parter kommer att ha central betydelse. Den slutliga frågan blir om kundföretagen bedömer det företagshälsovårdsföretagen kan erbjuda som prisvärt i förhållande till nyttan. Detta växelspel påverkas också av andra aktörer: arbetsmarknadens parter, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag som innebär stimulans för utbud av företagshälsovård av god kvalitet finns i kapitel 8. Förslagen om god-

kännande och inrättande av en företagshälsovårdsnämnd kommer att leda till en precisering och kvalitetshöjning som kommer att göra det lättare för företagshälsovårdens kunder och samarbetspartners att utnyttja företagshälsovårdens tjänster eller utveckla ett samarbete. De förslag som innebär en stimulans av efterfrågan finns i kapitel 9 med förslag om systematisk bedömning av behovet av extern experthjälp och i kapitel 10 om skattefrågor. Därtill kommer det ökade utbud av god företagshälsovård som kan antas bli följderna av utredningens förslag i fråga om AV:s tillsyn av AML, av förslagen om användande av företagshälsovården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt av förslagen om samarbete mellan företagshälsovården och den allmänna vården.

I kapitel 13 om företagshälsovårdens personalförsörjning finns bedömningar av hur efterfrågan på företagshälsovårdstjänster kommer att utvecklas. Bedömningarna är osäkra av skäl som angetts ovan, men utredningen har räknat på volymökningalternativ mellan 10 och 30 procent de närmaste sex åren. Volymökningar kan uppkomma dels genom att fler arbetsgivare anlitar företagshälsovårdens tjänster, dels genom att de arbetsgivare som redan använder företagshälsovård gör det i större utsträckning och slutligen genom att externa aktörer, t.ex. försäkringskassan, anlitar företagshälsovården för utredningar m.m.

15.2 Kostnadsberäkningar och finansiering av utredningens förslag

Skälet till att utredningen tillsattes är enligt direktiven utvecklingen av ohälsan. Utredningen ska redovisa kostnadsberäkningar och finansiering av sina förslag inom utgiftsområdet, som är utgiftsområde 14 Arbetsliv. Konsekvenserna av ohälsans utveckling, liksom de förslag utredningen framför, berör emellertid fler utgiftsområden, varför det finns skäl att ta in fler utgiftsområden i bedömningen av vilka finansieringsmöjligheter som finns.

De av utredningens förslag som får direkta konsekvenser för statsförvaltningens utgifter är förslagen om inrättande av en företagshälsovårdsnämnd och volymökningen av företagshälsovårdsutbildningen.

15.2.1 Kostnadsökningar

Arbetsmiljöverket

Den tillkommande arbetsbelastningen för Arbetsmiljöverket i samband med godkännande av företagshälsovårdsenheter blir begränsad eftersom huvuddelen av kontrollen kommer att ske inom ramen för det nuvarande kvalitetssäkringssystemet, utan kostnad för staten. Antalet företagshälsovårdsenheter uppskattas nu till knappt 700, och långt ifrån alla kommer – åtminstone inledningsvis – att fylla kraven för godkännande. Utöver denna uppgift kommer verksamheten i den föreslagna företagshälsovårdsnämnden att kräva resurser för beredning av ärenden inom dess verksamhetsområde och för administrativ service. Inledningsvis kommer arbetet att behöva koncentreras på godkännande av företagshälsovårdsenheter, men efterhand bör större delen av resurserna kunna läggas på nämndens övriga uppgifter. Utredningen räknar med att det behövs ett tillskott av åtminstone tre tjänster för godkännande och övrig verksamhet i nämnden. Personalkostnaden härför beräknas till 1,65 mkr per år.

Enligt utredningens författningsförslag får Arbetsmiljöverket rätt att ta ut en avgift för prövning av ansökan om godkännande och dessutom en årsavgift av godkända enheter. Det är rimligt att dessa avvägs så att de kommer att täcka kostnaderna för uppbyggnad och ajourhållning av ett register över godkända företagshälsovårdsenheter och övriga med godkännandeverksamheten förenade administrativa kostnader. Personalkostnaderna kommer successivt att till större del avse den utvecklingsinriktade delen av rådets verksamhet, och denna är av ett vidare intresse än för enbart branschen, varför personalkostnaden bör falla på staten. Merkostnaden blir således 1,65 mkr.

Arbetslivsinstitutet

Som framhållits i kapitel 13 och 14 är det omöjligt att uppskatta hur snabbt och i vilken omfattning personalbehovet i företagshälsovården och därmed utbildningsbehovet kommer att öka. Det är inte bara utredningens förslag utan också andra faktorer som påverkar detta.

Det räkneexempel som utredningen redovisade i kapitel 13 innehåller en beräkning av utbildningsbehovet p.g.a. pen-

sionsavgångar, utbildning av redan anställda utan relevant företagshälsovårdsutbildning och en volymökning under den kommande sexårsperioden med 10, 20, respektive 30 procent. I det lägsta tillväxtalternativet behöver utbildningsvolymen öka med 90 procent i förhållande till nuvarande kapacitet. Fördelningen är ojämn mellan de olika yrkesgrupperna. Den största procentuella volymökningen behövs för arbetsmiljöingenjörer och beteendevetare. Som framgick av kapitel 13 är det omöjligt att förutse hur efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster kommer att påverka de olika yrkesgrupperna. För en kostnadsberäkning torde det dock vara tillräckligt med en sammantagen siffra för alla utbildningar.

ALI:s anslag för företagshälsovårdsutbildningar uppgår för 2004 till 14,25 mkr. Vid en tillväxt av företagshälsovårdens verksamhet med 10 procent ökar utbildningsvolymen med 90 procent, vilket innebär en ökad kostnad med knappt 13 mkr. I alternativet med 20 procent tillväxt blir merkostnaden 17,5 mkr och i alternativet med 30 procent tillväxt 22 mkr. Att skillnaderna mellan alternativen inte blir större beror på att utbildning för att ersätta pensionsavgångar och utbildning av anställda utbildade väger relativt tungt i kalkylen.

Totalt för statsförvaltningen

Vid en 10-procentig tillväxt av företagshälsovården blir de kostnadsökningar för statskassan som utredningens förslag föranleder knappt 13 mkr för ALI och 1,65 mkr för Arbetsmiljöverket dvs. sammanlagt cirka 14,5 mkr.

15.2.2 Finansiering

Utredningen har uppdraget att föreslå åtgärder som leder till att en ”restaurerad” företagshälsovård kan bidra till bättre arbetsmiljö, minskad ohälsa och minskningar i de stora kostnader som ohälsan förorsakar samhället. Uppdraget har därmed en offensiv inriktning, vilket utredningen tagit fasta på genom att föreslå en långsiktig strategi med den inriktningen. Som framgår av avsnitt 15.3 om samhällsekonomiska konsekvenser kan små förbättringar i effekterna av företagshälsovårdens verksamhet leda till stora besparingar i statens verksamhet.

Utredningen har att framföra förslag till finansiering inom Utgiftsområde 14 Arbetsliv. Med tanke på att utredningen har haft ett uppdrag som är begränsat till företagshälsovårdens verksamhet blir det självfallet svårt att överblicka vilka konsekvenser förslag till finansiering kan få utanför det området.

Med hänsyn till de positiva effekter utredningens förslag bör få kan utredningen i princip se tre möjliga alternativ till finansiering:

- Anslag inom utgiftsområde 14
- Inom statsbudgeten, men utanför utgiftsområde 14
- Företagshälsovårdsbranschen

Inom Utgiftsområde 14

Inom utgiftsområde 14 Arbetsliv finns två relativt stora myndigheter, Arbetsmiljöverket och Arbetslivsinstitutet, som båda får tillkommande uppgifter med de förslag utredningen lägger. De andra myndigheter som finns inom utgiftsområdet är små: Arbetsdomstolen, Statens nämnd för arbetstagares uppfinningar, HomO¹ och Medlingsinstitutet. Dessutom finns inom utgiftsområdet anslag till särskilda utbildningsinsatser, som främst utgörs av arbetsmiljöutbildningar för fackliga förtroendemän, samt för medlemskapet i ILO. Utredningen ser inga möjligheter att föreslå en finansiering som innebär att medel tas från dessa små myndigheter eller små anslag för andra ändamål.

Följaktligen återstår att pröva om medel kan omfördelas inom eller mellan de båda stora myndigheterna. En fråga som därvid bör ställas är om de förslag som utredningen framför kan leda till kostnadsminskningar i andra verksamheter hos myndigheterna än de som utredningen berört. För ALI:s del är det enbart fråga om kostnadsökningar och utredningen ser inga möjligheter att minska andra kostnader, t.ex. för utbildning vid sidan av företagshälsovårdsutbildningen, eftersom ALI inte kan tillgodose de behov av sådan utbildning som redan finns. Om ALI skulle tvingas finansiera en ökad utbildningsvolym för företagshälsovårdspersonal inom sin budget skulle det därför innebära att medel måste tas från FoU-verksamheten. ALI skulle därvid tvingas omfördela medel från en redan bantad forskningsverksamhet till utbildning. Med tanke på de behov av FoU som finns inom arbetslivsområdet och ALI:s

¹ Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning.

huvudinriktning att vara forskningsinstitution ser utredningen avsevärda negativa effekter för arbetsmiljön med detta alternativ.

För Arbetsmiljöverkets del bör övervägas om en förbättrad företagshälsovård kan leda till att andra utgifter, t.ex. för tillsynsverksamheten, kan minskas.

I kapitel 5, avsnitt 5.1, finns under rubriken ”Implementering av systematiskt arbetsmiljöarbete” en redogörelse för en av Statskontoret genomförd utvärdering av AV:s implementering av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM)². Därav framgår att Statskontoret anser att AV:s tillsynsverksamhet inte bör ges huvudansvaret för implementeringen av SAM. De främsta skälen är att tillsynsverksamheten årligen endast når en mycket begränsad del av alla arbetsställen – 4 procent år 2002 – och att tillsynsverksamheten av principiella skäl inte bör användas i allt för stor utsträckning att förklara vad systematiskt arbetsmiljöarbete är och hur det är tänkt att fungera. Samtidigt konstateras att de stödstrukturer som finns inom arbetsmiljöområdet har försvagats under de senaste tio åren. En sådan stödstruktur är företagshälsovården. Ett motiv för att systemtillsyn sågs som en lämplig arbetsform av dåvarande Yrkesinspektionen (när reglerna om internkontroll infördes, som senare namnändrats till systematiskt arbetsmiljöarbete) var den ökande tillgången på företagshälsovård. Yrkesinspektionens tillsyn skulle riktas mot de arbetsplatser som saknade skyddsombud och företagshälsovård (prop. 1986/87:100, bil. 12).

En ökad tillgång på god företagshälsovård skulle mot denna bakgrund principiellt kunna motivera att anslagen till tillsynsverksamheten kan minska. Tillsynen når dock få arbetsplatser. Antalet besök på arbetsplatser och inspektionsbesök minskade nästan varje år under perioden 1994–2002³. 2002 var det bara 4 procent av arbetsplatserna som omfattades av tillsyn. Sedan dess har antalet inspektörer ökat genom höjda anslag, som använts till att anställa ett hundratal nya inspektörer, som fr.o.m. 2004 deltar fullt ut i verksamheten. Samtidigt har dock tillsynen blivit mer tidskrävande eftersom man i ökande utsträckning inspekterar den psykosociala miljön. Det kommer även fortsättningsvis att vara en liten andel av alla arbetsplatser som nås av tillsynen. En utbyggnad av företagshälsovården bör leda till förbättringar i arbetsmiljön och därigenom i viss mån förenkla verkets tillsynsarbete, men antalet arbetsplatser

² Statskontoret 2004:13, Systematiskt arbetsmiljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser.

³ Riksrevisionen. RiR 2004:14, Arbetsmiljöverkets tillsyn.

utan företagshälsovård kan inte förväntas minska i sådan takt att det kan ersätta den fortfarande ganska minimala tillsynsverksamheten. Om den kostnadsökning som utredningens förslag leder till skulle tas ut på AV:s tillsyn skulle det motsvara ett bortfall av minst 30 inspektörer, d.v.s inemot en tredjedel av den resursförstärkning som fått genomslag i verksamheten fr.o.m. 2004.

Utredningen kan inte bedöma om det i Arbetsmiljöverket finns verksamhet som är mindre nödvändig än tillsynsverksamheten, men vill erinra om att arbetet med att åstadkomma en god arbetsmiljöverksamhet är beroende av stödstrukturer av olika slag. Som noterades i Statskontorets rapport har de stödstrukturer som finns på arbetsmiljöområdet, bl.a. företagshälsovården, försvagats under de senaste tio åren. Utredningen vill därför påminna om att en stödstruktur inte självklart kan ersättas av någon annan. Tillsyn, stöd av företagshälsovård, systematiskt arbetsmiljöarbete, utbildning av arbetsledare och skyddsombud, föreskriftsarbete och FoU är inte utbytbara utan måste fungera i ett samspel för att arbetsmiljön ska kunna bli bra.

Om en finansiering måste ske inom utgiftsområdet är Arbetsmiljöverkets anslag det mest naturliga alternativet, inte därför att utredningen anser att det finns sakliga skäl, utan helt enkelt för att det är det största inom utgiftsområdet. Utredningen anser dock att detta skulle ge så stora negativa konsekvenser att andra alternativ bör övervägas.

Inom statsbudgeten, men utanför utgiftsområde 14

Enligt utredningsdirektiven ska utredningen föreslå finansiering inom utgiftsområdet. I ljuset av de problem som pekats på ovan, anser dock utredningen att ett resonemang också bör föras om finansiering av förslagen inom andra utgiftsområden. Som nämndes inledningsvis kan företagshälsovårdens insatser förutses få effekter utanför utgiftsområde 14, främst på kostnader i sjukförsäkringen. Om utredningens förslag får genomslag kan de största kostnadsminskningarna förväntas i kostnaderna för sjukfrånvaro och på sikt för sjukersättning. Detta är dock ingen möjlig metod för att anvisa finansiering av utredningens förslag. En snabbare och effektivare hantering i sjuk- och rehabiliteringsprocessen minskar emellertid också arbetsbelastningen inom socialförsäkringsadministrationen. Detta kommer att ske av flera skäl om företagshälsovården funge-

rar väl. Inflödet av nya sjukfall kan förväntas minska, sjukskrivningstiderna kortas och rehabilitering ske snabbare. Försäkringskassans administration av sjukfrånvaro och rehabilitering kommer att kunna minska. Det räkneexempel som redovisats ovan under rubriken Samhällsekonomiska konsekvenser visar att även marginella förändringar i företagshälsovårdens effektivitet kan få stora konsekvenser i sjukförsäkringen och därmed i den administrativa belastningen på försäkringskassan.

Till detta kommer effekterna av det föreslagna medfinansieringsansvaret. Om det genomförs kommer de långtidssjukskrivna att fr.o.m. 2005 förorsaka arbetsgivarna en kostnad för medfinansiering, vilket kommer att öka trycket på rehabiliteringsinsatser och leda till att åtgärder kommer att vidtas, bl.a. av företagshälsovården, för återgång i arbete av en del av de cirka 117 000 personer som har varit sjukskrivna mer än ett år, och som för närvarande inte hunnit åtgärdas av försäkringsadministrationen. Kan man minska den balansen finns en betydande besparingspotential i administrationen.

Utredningen anser det mot denna bakgrund skäligt att finansiering övervägs utanför utgiftsområde 14 och förordar, om detta anses godtagbart, att finansiering sker genom minskning av anslaget till Försäkringskassans administration.

Avgifter från företagshälsovårdsbranschen

Slutligen bör beröras möjligheterna att finansiera kostnadsökningen via avgifter från godkända företagshälsovårdsenheter. Avgift kan tas ut för godkännandet och som en årlig avgift.

I kapitel 7, avsnitt 7.3, har utredningen motiverat skälen till ett offentligt åtagande för företagshälsovård. Skälen för ett ökat samhälleligt åtagande är bl.a. folkhälsoaspekter och att samhället ådras betydande kostnader p.g.a. att kostnader för sjukfrånvaro som har sin grund i förhållanden i arbetsmiljön vältras över på samhällets försäkringssystem. I den mån företagshälsovården kan bidra till kostnadsminskningar för samhället finns grund för samhället att intervensera i den fria marknaden för företagshälsovårdstjänster. I kapitel 8 och 9 har utredningen redovisat en strategi för detta.

I avsnitt 15.1.1. ovan har utredningen redovisat sin ståndpunkt att det är rimligt att kostnaderna för godkännandeprocessen och upprätthållandet av godkännandet tas ut genom en avgift från

företagshälsovårdsföretagen. Där framgår också att utredningen anser att övriga med den föreslagna företagshälsovårdsnämnden förenade kostnader bör falla på staten eftersom de har ett vidare samband med ansvaret för en god arbetsmiljö än som enbart bör falla på företagshälsovårdsbranschen.

Ett teoretiskt alternativ till finansiering av utredningens förslag är dock att hela kostnaden skulle tas ut av företagshälsovårdsföretagen, dels genom avgifter för godkännandet, dels genom att de skulle betala kostnaden för utbildning, som för närvarande faller på ALI. Motiven för detta skulle vara att företagshälsovårdsföretagen genom godkännandet får konkurrensfördelar och att kundföretagen skulle vara beredda att betala för den ökade kostnad, som slutligen skulle falla på dessa. En faktor som verkar i den riktningen skulle vara det föreslagna medfinansieringsansvaret för arbetsgivare.

Utredningen ser dock ett antal principiella invändningar mot ett sådant förslag. Det skulle strida mot de skäl för ett ökat samhällsengagemang som redovisats i kapitel 7, och det skulle strida mot den princip som gäller på andra områden, nämligen att samhället svarar för kostnaderna för produktion av grundläggande utbildning.

En sådan finansiering skulle också riskera att leda till en försiktighet hos företagshälsovårdsföretagen att bekosta utbildning av personal. De höjda kostnaderna för kundföretagen skulle vidare leda till att motivationen hos främst småföretag att använda sig av godkänd företagshälsovård skulle minska. Eftersom det framför allt skulle vara godkända företagshälsovårdsenheter som skulle drabbas av kostnaderna skulle det också förskjuta konkurrenssituationen mellan godkända och icke godkända företagshälsovårdsenheter till de icke godkändas fördel, vilket vore kontraproduktivt mot utredningens förslag.

Utredningens slutsatser

Utredningen ser en betydande potential för minskade statliga utgifter och positiva effekter för samhällsekonomin i en väl fungerande företagshälsovård, men har för begränsad överblick för att på ett kvalificerat sätt peka ut ett lämpligt område för besparingar. Ovan har förts resonemang om för- och nackdelar med finansiering inom och utom utgiftsområdet samt pekats på konsekvenser av

finansiering genom avgifter. Av resonemangen följer att utredningen ser minst problem med finansiering inom socialförsäkringens administration och därefter genom omfördelning inom utgiftsområde 14.

15.3 Samhällsekonomiska effekter

I sin rapport 2001:29, Utnyttja företagshälsovården bättre, ställde Statskontoret frågan ”Är företagshälsovården lönsam?”, och fann att det tillgängliga kunskapsunderlaget inte kunde användas för att uppskatta vilka effekter ett ökat utnyttjande av företagshälsovården kan få. Det fanns då få eller ens några studier som bekräftar att företagshälsovården på ett generellt plan är lönsam oavsett om lönsamheten mäts i ekonomiska termer eller som mer generell nytta.

Detta betyder naturligtvis inte att företagshälsovården inte är lönsam utan ska snarare ses som ett tecken på svårigheterna att värdera effekterna av en verksamhet som inte utför en enhetlig uppgift. Det är dessutom stor variation i företagshälsovårdsföretagens uppbyggnad och de tjänster de tillhandahåller beroende på efterfrågan. På företagsnivå i kundföretagen finns exempel på företagsekonomisk lönsamhet av företagshälsovårdens verksamhet, men det går inte att generalisera dessa till företagsekonomiska effekter i allmänhet, och än mindre naturligtvis till samhällsekonomiska effekter.

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen⁴ gjorde beräkningar av de samhällsekonomiska effekterna av fördjupad rehabilitering och fann det mycket lönsamt – en satsad krona uppskattades i det räkneexempel utredningen redovisade ge nio åter. Detta visar att rehabilitering är en god samhällsekonomisk affär, men kan inte användas för uppskattningar beträffande företagshälsovårdens samhällsekonomiska effekter.

Kunskapsläget om de samhällsekonomiska effekterna av företagshälsovård är fortfarande lika dåligt som när Statskontoret avlämnade sin rapport. De stora kostnaderna för ohälsan gör att även små förbättringar i effekterna av företagshälsovårdens insatser i form av snabbare återgång i arbete och effektivare rehabilitering kan få samhällsekonomisk lönsamhet, men utredningen kan lika lite som någon annan bevisa det.

⁴ SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete.

Ett enkelt räkneexempel kan dock illustrera vilken potential för besparingar som finns. Räkneexemplet utgår från att en sjukskrivningsdag kostar socialförsäkringen i genomsnitt 462 kronor. De merkostnader utredningens förslag leder till motsvarar kostnaden för 31 385 sjukpenningdagar eller 1046 sjukskrivningsmånader eller 87 sjukskrivningsår. Enligt RFV:s månadsstatistik för oktober (avser september månad 2004) är antalet pågående sjukfall 247 572, varav 117 523 har pågått mer än ett år. Under perioden oktober 2003 – september 2004 har beviljats 74 593 sjuk/aktivitetsersättningar och sammanlagt 531 629 personer uppbar i september 2004 sjuk/aktivitetsersättning. Det är uppenbart att det behövs mycket marginella förbättringar av företagshälsovårdens effekter för att det ska bli en lönsam affär för staten. Det räcker t.ex. att företagshälsovårdens insatser reducerar antalet som varit sjukskrivna ett år eller mer med 7 promille. De samhällsekonomiska effekterna av en väl fungerande företagshälsovård kan alltså bli betydande och leda till minskningar i de stora kostnaderna för ohälsan. Utredningen beklagar att det inte är möjligt att väga in sådana effekter när utredningen har att föreslå finansiering av sina förslag.

Utredningens förslag kan dock leda till att det skapas bättre möjligheter att i framtiden uppskatta effekterna av företagshälsovårdens verksamhet. Förslaget om godkännande av företagshälsovårdens enheter leder till en tydligare definition av vad företagshälsovård är, vilket är en grundläggande förutsättning för utvärdering. Det register som upprättas hos arbetsmiljöverket kommer att ge tillgång till bättre statistik om branschen. Utredningen har, liksom tidigare utredningar, haft svårt att få tillförlitliga uppgifter om företagshälsovården och dess verksamhet. En ökad FoU-verksamhet skapar bättre möjligheter till en vetenskaplig utvärdering av verksamhetens nytta.

15.4 Konsekvenser för det allmänna och för enskilda och för utbudet av företagshälsovård

Enligt direktiven ska utredningen redovisa konsekvenser för ”det allmänna” och för enskilda. Utredningen ska också analysera hur förslagen påverkar utbudet av företagshälsovård.

Konsekvenser för det allmänna har redan berörts vad gäller samhällsekonomin. Därutöver bör beröras konsekvenser för hälso- och

sjukvården, som rimligtvis bör betraktas som en del av det allmänna. Konsekvenser som teoretiskt kan uppstå är konkurrens om personal, men eftersom företagshälsovårdens verksamhetsvolym är en bråkdel av den allmänna sjukvårdens ser inte utredningen att det skulle kunna uppstå några svårigheter med de förslag som framförts. I den mån hälso- och sjukvården har problem med sin personalförsörjning har det andra orsaker. Denna fråga har berörts i kapitel 13. De förslag till samverkan mellan företagshälsovården och hälso- och sjukvården som utredningen framfört i kapitel 12 kan få positiva effekter för sjukvården i form av tillgång till företagshälsovårdens expertkompetens och bättre logistik i patientflöden.

Utredningen har inte funnit andra tänkbara konsekvenser för det allmänna.

Utredningen förslag kan förväntas leda till ett ökat utbud av företagshälsovård och en kvalitetshöjning i dess verksamhet. Detta har betydelse för hur utredningen förslag påverkar enskilda. För den enskilde är det svårt att se några negativa konsekvenser av en kvalitetshöjning i eller bättre tillgänglighet av företagshälsovård. Tvärtom ger en utveckling av företagshälsovårdens täckning fler tillgång till företagshälsovård och större möjligheter att reducera hälsorisker i arbetet och skapa sunda arbetsmiljöer.

Det har hittills inte varit helt ovanligt att den enskilde arbetstagararen har behövt tillåtelse av arbetsledningen för att besöka företagshälsovården, vilket enligt utredningens mening försvårar företagshälsovårdens möjligheter att identifiera problem i arbetsmiljön. I utredningens förslag om en lag om företagshälsovård lyfts nu i 2 § fram att företagshälsovården ska vara en professionellt oberoende expertverksamhet inom områdena förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering, till stöd för arbetsgivare och *arbetstagare* i arbetet med att uppnå en god arbetsmiljö. Kontakter med den enskilda arbetstagarare kan därmed anses vara en integrerad del av det förebyggande/gruppriktade angreppssätt, som är företagshälsovårdens huvuduppgift.

Till frågan om hur utredningens förslag påverkar utbudet av företagshälsovård hör – även om det inte nämns särskilt i direktiven – vilka regionala konsekvenser förslagen kan få. I kapitel 13 har utredningen räknat med en volymtillväxt i företagshälsovårdsbranschen, som på ett generellt plan kan beräknas öka utbudet av företagshälsovård. Frågan berörs också under rubriken företagsekonomiska konsekvenser nedan. Där framgår att det kan bli svå-

righeter för företagshälsovårdsföretag i glesbygd, som inte för närvarande fyller kraven för godkännande. Å andra sidan är det med utredningens principiella synsätt efterfrågan som driver fram ett utbud av företagshälsovård, och utredningens förslag bör, tillsammans med det föreslagna medfinansieringsansvaret, komma att leda till en ökad efterfrågan på tjänster från godkända företagshälsovårdsenheter även i glesbygd. Därmed öppnas en utvidgad marknad, som kan underlätta för de små företagshälsovårdsföretagen att nå upp till kraven på godkännande, eller för andra företag att expandera in i regionen. Därmed bör en ökande efterfrågan bidra till att vidga utbudet av god företagshälsovård i hela landet.

15.5 Företagsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag kommer inte att i sig leda till några negativa företagsekonomiska effekter för företagshälsovårdens kunder. Arbetsgivarnas ansvar för arbetsmiljön är oförändrat och de åläggs ingen utvidgad skyldighet att anlita företagshälsovård. Fortfarande är det den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver som arbetsgivaren ska anlita. Visserligen föreslås av utredningen en lagregel om att behovet av extern expertkompetens ska bedömas, och i den mån det systematiska arbetsmiljöarbetet inte tidigare har lett till en sådan bedömning kan den föreslagna regeln leda till att företagshälsovård kommer att anlitas i större utsträckning än tidigare. Det handlar i så fall om kostnader för att komma upp till den standard som gällt sedan länge och som inte är en nytillkommande effekt av utredningens förslag.

Företagshälsovården ska dock inte i första hand ses som en ekonomisk belastning. En väl fungerande företagshälsovård av god kvalitet kan i samverkan med kundföretagen bidra till minskad sjukfrånvaro, ökad hälsa och produktivitet och därmed ökad lönsamhet i företagen. Det finns många goda exempel på detta i enskilda företag och förvaltningar. Ett intryck, hämtat från en regelbunden genomgång av artiklar i dags- och fackpress under den tid utredningen arbetat, är att satsningar på förebyggande arbete och att minska ohälsan blivit allt vanligare.

Det är inte möjligt med ledning av de goda exempel som finns att på ett generellt sätt beräkna de företagsekonomiska effekter som utredningens förslag om företagshälsovård kan få. Det hänger samman med att varje exempel är unikt till sina förutsättningar och

att de goda resultaten oftast är frukten av ett samarbete med flera inblandade aktörer, varav företagshälsovården är en.

Däremot finns beräkningar av när det är lönsamt med rehabilitering ur företagsekonomisk synvinkel. I förslagen från utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen⁵ gjordes jämförelser mellan de ekonomiska effekterna av tidig respektive sen rehabilitering. Det visade sig att en sen rehabilitering, när sjukfallet pågått så lång tid att man hunnit rekrytera och skola in vikarie, i regel är en förlustaffär för arbetsgivaren. En snabbt insatt rehabilitering medför däremot nästan alltid en vinst för arbetsgivaren, ofta mångdubbelt mot rehabiliteringskostnaden. Att rehabilitering i princip alltid är lönsam för samhället som helhet är en annan sak.

Tiden från sjukfallets början till rehabilitering har inte blivit kortare sedan rehabiliteringsutredningen avslutade sitt arbete. Utredningen pekar i kapitel 11 på fördelarna med att använda företagshälsovårdens kompetens tidigt för de personer som behöver rehabilitering. De föreslagna reglerna för arbetsgivares medfinansieringsansvar kommer dessutom att innebära minskade kostnader även vid sen rehabilitering.

Utredningens förslag kan få större konsekvenser för företagshälsovårdsföretagen. Alltsedan avregleringen i början av 1990-talet har branschen befunnit sig i en strukturrationaliseringssituation med utveckling mot större företag. För många av de små företagshälsovårdsföretagen är konkurrensen hård och lönsamheten dålig.

Det kommer även fortsättningsvis att vara möjligt att bedriva företagshälsovård utan godkännande, men godkännandet måste i sig bedömas vara en konkurrensfördel, vilket också är syftet med förslagen. Godkännandet syftar ju till att öka tillgången på god företagshälsovård. Kostnaden för godkännandet kommer att vara försumbar även för små företagshälsovårdsenheter. Dessa kan emellertid få det svårt att nå upp till de krav på t.ex. multidisciplinärt arbetssätt, som är nödvändigt för tredjepartscertifiering enligt branschens kvalitetssäkringssystem, vilket är en grundförutsättning för godkännande. För de små företagshälsovårdsenheter, som verkligen bedriver verksamhet som kan ingå i företagshälsovård, finns enligt utredningens förslag möjlighet till samverkan med andra under förutsättning att de samverkande företagen uppträder som en samordnad företagshälsovårdsverksamhet gentemot kundföretagen. Däremot kan de företag som marknadsför allehanda

⁵ SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete.

tjänster som inte kan klassificeras som godkänd företagshälsovård eller ens företagshälsovård få det svårt att marknadsföra sina tjänster under dessa beteckningar, men detta får ses som ett syfte med den nya lagen.

I stort bedömer utredningen dock att förslagen kommer att leda till en gynnsam utveckling av lönsamheten i branschen om den förmår att leva upp till de krav som kommer att ställas på god företagshälsovård.

15.6 Konsekvenser för småföretag

Resonemangen inledningsvis i detta kapitel i fråga om företagshälsovårdslagstiftningens konsekvenser vad gäller innehåll och omfattning av utbudet av företagshälsovård ligger till grund för en del av bedömningarna i beträffande småföretag. Det bör också påpekas att vad som ovan beskrivits i fråga om företagsekonomiska konsekvenser naturligtvis även gäller för småföretag. I detta avsnitt läggs fokus på förslagets konsekvenser i administrativt hänseende i ljuset av 3 § förordningen (1998:1820) om särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor (den s.k. Simp-Lexförordningen). Diskussionen delas upp i två delar, en med avseende på småföretagen i allmänhet och en beträffande småföretagen i företagshälsovårdsbranschen.

15.6.1 Konsekvenser för småföretag i allmänhet

Förslagen till ny företagshälsovårdslagstiftning

Utredningens förslag till ny företagshälsovårdslagstiftning har inga direkta konsekvenser i form av ökade kostnader eller dylikt för småföretag i allmänhet.

I inledningen till detta kapitel antogs att utbudet av företagshälsovård ökar och att förändringar kan väntas beträffande innehållet i den företagshälsovård som erbjuds genom kraven som är kopplade till godkännandet av företagshälsovårdsenheter.

Ett ökat utbud av företagshälsovård och en större kännedom om dennas kompetens och verksamhet torde i och för sig skapa förutsättningar för ett större användande av företagshälsovård bland småföretagen. Det är dock inte i sig tillräckligt. I avsnitt 9.5 beskrevs de hinder som sannolikt finns för användande av före-

tagshälsovård bland småföretag. Utbudet av företagshälsovårdstjänster tycks i allmänhet vara anpassat för större kunder än för mindre, även om en utveckling mot mindre av ”paket” och mer av ”nollavtal” till vilket läggs de tjänster som verkligen utnyttjas, kan iakttas. En sådan utveckling gagnar de mindre företagens behov.

Ändringarna i AML och inkomstskattelagen

Direkt betydelse för såväl större som mindre företag i allmänhet har förslaget om ändringar i AML. Förslaget bedöms dock få mycket begränsade effekter i administrativt hänseende.

Förslaget att i AML införa ett tydligare krav på arbetsgivaren att i samband med det systematiska arbetsmiljöarbetet bedöma av behovet av hjälp från utomstående experter kan inte betraktas som en särskilt betungande arbetsuppgift för arbetsgivaren. Det ska som nämnts vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbete (SAM) som arbetsgivaren redan ska bedriva enligt AML och får betraktas som ett förhållandevis begränsat tillägg till detta. Utredningens bedömning i enlighet med 3 § i SimpLexförordningen, särskilt punkterna 3-5, är alltså att förslaget i administrativt hänseende inte kommer att medföra nämnvärt merarbete för arbetsgivare varken i mindre eller större företag. Förslaget är ägnat att fästa arbetsgivarens uppmärksamhet på att extern experthjälp kan behövas. Detta i kombination med den nya företagshälsovårdslagstiftningen kan medföra att arbetsgivare i såväl större som mindre företag i ökad utsträckning skaffar sig kunskap om vilken hjälp som går att få i arbetet med åliggandena i AML.

I avsnitt 9.5 har utredningen diskuterat argumenten för denna ändring i AML och avvisat särlösningar för småföretag. Övervägandena där är av betydelse för punkterna 1-2, 7 och 10, SimpLex. Den föreslagna bestämmelsen kan inte antas påverka småföretagens konkurrenssituation (punkt 6, SimpLex).

Efterlevnaden av den nya bestämmelsen i AML (punkt 8, SimpLex) torde inte i sig vara särskilt enkel att kontrollera. Kontrollen måste ske i samband med tillsyn av SAM-reglerna i övrigt. Det är då ett problem att det finns tydliga brister i SAM, vilket har beskrivits i avsnitt 5.1. Arbetsmiljöverkets tillsyn av det systematiska arbetsmiljöarbetet har utvärderats av Statskontoret och Riksrevi-

sionen⁶. De problem som pekas på har bl.a. att göra med SAM-reglernas uppbyggnad i Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Det är angeläget att ett förbättrat arbete med SAM och tillsynen av detta kommer att omfatta även den nya bestämmelsen i AML.

Punkterna 9-11, SimpLex, anser inte utredningen vara relevanta för den ändring som föreslås i AML. Beträffande punkt 12, SimpLex, kan konstateras att utredningen har haft omfattande kontakter med båda sidor av arbetsmarknadens parter och med berörda myndigheter under arbetets gång för att diskutera förslagen.

Även förslaget till ändring i inkomstskattelagen har direkt betydelse för såväl stora som små företag. Ur administrativ synvinkel vill utredningen framhålla att ändringsförslaget torde medföra en förbättring genom att det blir enklare att avgöra vilken slags företagshälsovård som ska vara avdragsgill enligt bestämmelsen i 16 kap. 23 § inkomstskattelagen. Huruvida avdragsrätt föreligger för annan företagshälsovård eller andra kostnader som näringsidkare kan ha för att efterleva bestämmelserna i AML och AFL får som nämndes i kapitel 10 avgöras på basis av andra bestämmelser i inkomstskattelagen.

15.6.2 Konsekvenser för småföretag i företagshälsovårdsbranschen

Det finns inga exakta siffror om antalet småföretag i företagshälsovårdsbranschen. Utvecklingen tycks dock gå mot att de större företagen tar större marknadsandelar, ibland genom uppköp av mindre företag.

I avsnittet om företagsekonomiska konsekvenser ovan beskrevs allmänt de sannolika konsekvenserna av utredningens förslag om godkännande av företagshälsovårdsenheter. Det ligger i sakens natur att de krav som utredningen anser bör ställas på kompetens och multidisciplinär verksamhet inte kan bedrivas inom ramen för mycket små organisationer (punkt 1-2, SimpLex). Samtidigt syftar dock utredningens förslag om att de mindre enheterna ska kunna samverka till att de små aktörerna fortsatt ska kunna verka och att konkurrensvillkoren ska vara lika för stora och små företag (punkt 6, SimpLex).

⁶ Statskontorets rapport 2004:13, Systematiskt arbetsmiljöarbete – en utvärdering av Arbetsmiljöverkets insatser och Riksrevisionens rapport RIR 2004:14, Arbetsmiljöverkets tillsyn.

Godkännandet ska som nämnts vara frivilligt. Utredningens bedömning är dock att den sannolika fördelen av ett godkännande kommer att leda till att det eftersträvas av flertalet företagshälsovårdsenheter. Med ansökan om godkännande följer då ett antal administrativa moment som företagshälsovårdsenheterna inte har i dag (punkterna 3,4 och 7 SimpLex). Dessa moment är dock nödvändiga för att uppnå åsyftat resultat. Arbetsmiljöverkets bedömning måste baseras på konkreta uppgifter och dessa kan bara företagshälsovårdsenheten själv (eller i förekommande fall företaget till vilket det hör) ställa samman. Av stor betydelse är att godkännandet av Arbetsmiljöverket föreslås kopplas till företagshälsovårdsbranschens eget kvalitetssystem. De kontroller som görs inom ramen för det systemet behöver inte göras om en gång till för godkännandeförfarandet, däremot måste naturligtvis de uppgifter som följer av företagshälsovårdslagen och företagshälsovårdsförordningen ställas samman och skickas till Arbetsmiljöverket.

Det administrativa arbetet för ett godkännande kommer naturligtvis innebära vissa merkostnader jämfört med om ett godkännande inte söks (punkt 5, SimpLex). Kostnaderna för anslutning till kvalitetssystemet, vilket en stor del av branschen redan är ansluten till, handlar om initialkostnader för att anpassa sina arbetsformer till systemet och för den första kontrollen (revisionen) av ett certifieringsorgan. Företagshälsovårdsbranschen bedömer att denna initiala kontrollkostnad uppgår till uppskattningsvis mellan 0.1 och 1 procent av omsättningen det år den sker. I förhållande till omsättningen är kostnaden högre för det lilla företagshälsovårdsföretaget än för det stora. Därefter tillkommer årliga kostnader för revision, vilket uppskattas till mellan 20 000 och 40 000 kr per kontroll.

Kontrollmöjligheten av efterlevnaden av reglerna om godkännande får anses vara god (punkt 8, SimpLex). Den nya lagstiftningens effekter på företagshälsovårdsbranschen bör fortlöpande följas och diskuteras i den företagshälsovårdsnämnd som utredningen föreslår inrättas hos Arbetsmiljöverket (punkt 9, SimpLex). Det är inte aktuellt med olika ikraftträdandetidpunkter för olika slags företagshälsovårdsföretag (punkt 10, SimpLex). Det torde finnas ett stort behov av information om den nya lagstiftningen (punkt 11, SimpLex). Utredningen utgår från att företagshälsovårdsbranschens intresseorganisation kommer att utgöra den viktigaste aktören för detta. Avslutningsvis konstateras igen att utredningen har haft mycket omfattande kontakter med företrädare för olika intres-

senter, t.ex. företagshälsovårdsbranschen, under utredningsarbetets gång (punkt 12, SimpLex).

15.7 Jämställdhet

Enligt utredningsuppdraget ska analys göras av eventuella förslags konsekvenser för jämställdheten mellan män och kvinnor. I avsnitt 4.6.4 beskrevs i vilken omfattning kvinnor respektive män har tillgång till företagshälsovård. Det konstaterades att skillnaderna är ytterst små. Enligt SCB:s arbetsmiljöundersökningar uppger 70,6 procent av männen och 69 procent av kvinnorna att de har tillgång till företagshälsovård.

Som nämndes fanns en viss skillnad mellan könen i svaren på frågan om man haft någon kontakt med företagshälsovården det senaste året. På den frågan svarade 31,2 procent av männen jakande, medan motsvarande siffra för kvinnor var 25,8 procent. Ungefär samma förhållande mellan män och kvinnor erhöles om frågan relaterades till dem som hade tillgång till företagshälsovård. Det nämndes i avsnitt 4.6.4 att en förklaring till denna skillnad kan ligga i vilken omfattning den företagshälsovård som man i företag och förvaltningar har tillgång till faktiskt används. Vi pekade på att man exempelvis inom kommuner och landsting, där andelen kvinnor är mycket hög bland de anställda, generellt sett har lägre kostnader för företagshälsovård än inom privat sektor. Det kan också handla om att det är vanligare att de anställda inom vissa sektorer måste ha tillstånd från arbetsledningen för att kontakta företagshälsovården.

Utredningen konstaterar således att i fråga om tillgång till företagshälsovård förhållandena tycks relativt jämställda för kvinnor och män. Beträffande den faktiska användningen finns vissa skillnader, men dessa förklaras snarare av i vilken sektor man arbetar än av könstillhörighet. De förslag utredningen lägger om ändringar i AML i kombination med den föreslagna företagshälsovårdslagstiftningen har allmänt sett förutsättningar att leda till en ökad användning av företagshälsovård. Det är dock svårt att bedöma i vilken mån ökningen påverkar det beskrivna förhållandet mellan män och kvinnor.

15.8 Konsekvenser för åtaganden enligt ILO-konventionen

I kapitel 4, avsnitt 4.3, finns en redovisning av innehållet i den ILO-konvention Sverige har ratificerat och därmed åtagit sig att följa. Där framgår bl.a. att Sverige åtagit sig att driva en enhetlig nationell politik för företagshälsovård. Syftet är att företagshälsovården ska byggas ut så att den omfattar alla arbetstagare. Företagshälsovård kan införas genom lagar eller bestämmelser eller genom kollektivavtal eller på annat sätt i samförstånd mellan berörda arbetsgivare och arbetstagare eller på annat sätt som godkänns av behörig myndighet efter samråd med de berörda representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.

I kapitel 4 redovisas kortfattat den kommunikation som förevarit om uppfyllandet av konventionen mellan den svenska regeringen och ILO:s expertkommitté. Där framgår att konventionens krav innebär att företagshälsovården ska byggas ut till att omfatta alla anställda. Detta låter sig inte förenas med den svenska lagregleringen som innebär att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. ILO:s expertkommitté markerade redan 1992 i en direkt fråga till regeringen att företagshälsovård inte är beroende av vilka arbetsförhållanden som är för handen utan är en nödvändig komponent för att optimera arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa i relation till arbetet.

Det kan också noteras att ILO-konventionen har en annan målsättning än EG:s ramdirektiv 89/391/EEG (se vidare avsnitt 4.4), som överensstämmer med den svenska regleringen och innebär att extern experthjälp ska anlitas först när den egna kompetensen inte räcker till. Detta innebär dock inte att de nödvändigtvis är oförenliga. Den dom i EG-domstolen som berörs i avsnitt 4.4 och kapitel 6 innebär att arbetsgivaren inte kan avhända sig sitt ansvar genom att använda externa expertresurser i stället för att ha en egen kompetens i arbetsmiljöfrågor, men torde för den skull inte innebära ett förbud mot en utbyggnad av företagshälsovården till full behovstäckning. Utredningen har dock inte anledning att ytterligare fördjupa sig i denna fråga.

Den fråga utredningen prövar i detta avsnitt är huruvida utredningens förslag påverkar möjligheterna för Sverige att uppfylla ILO-konventionen bättre än som nu är fallet.

Utredningens principiella synsätt och förslag innebär en starkare markering av statens ansvar och kan i så motto sägas innebära att staten nu börjar föra en politik avseende företagshälsovård. Utredningens förslag innehåller inte någon klar målsättning att företagshälsovården ska byggas ut till att omfatta alla arbetstagare, men kan ändå sägas ha syftet att genom kvalitetshöjning och efterfrågestimulans åstadkomma en utbyggnad. Den systematiska planering som ska ske av behovet av experthjälp är en sådan stimulerande åtgärd. Den samverkan som ska ske inom den föreslagna företagshälsovårdsnämnden kommer också att kunna innebära stimulans för att ge fler arbetsgivare och anställda, inte minst småföretag, tillgång till god företagshälsovård. Dessutom bör noteras de avtalslutande parternas ökande intresse för arbetsmiljö- och företagshälsovårdsfrågor. Det är sannolikt att utredningens förslag om godkännande av företagshälsovårdsenheter kommer att underlätta för parterna både på central och på lokal nivå att komma överens om hur företagshälsovården ska användas.

Konventionens krav på att "den behöriga myndigheten" ska fastställa kompetenskraven för företagshälsovårdspersonalen i enlighet med uppgifternas natur och enligt landets lagar och praxis får anses vara tillgodosedda med de förslag utredningen framför om villkor för godkännande och företagshälsovårdsnämndens uppgifter i anslutning därtill. Också de förslag utredningen framför i kapitel 8 om att i förslaget till lag om företagshälsovård införa begreppet professionellt oberoende och att företagshälsovården är till stöd för arbetsgivare och arbetstagare stämmer överens med konventionen.

Utredningen har i sitt arbete haft syftet att skapa förutsättningar för utveckling av en god företagshälsovård och har, inom ramarna för uppdraget och efter svenska förhållanden, försökt finna den klokaste vägen att åstadkomma detta. Enligt utredningens bedömning skapar förslagen förutsättningar för att Sverige i framtiden bättre ska kunna uppfylla sina förpliktelser än för närvarande.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag (...) om företagshälsovård

1 §

Enligt 1 § är lagens ändamål att främja utvecklingen av god företagshälsovård. Detta ändamål främjas i lagen genom möjligheten för företagshälsovårdsenheter som håller en god nivå i fråga om kompetens m.m. att få en samhälleligt godkännande, en slags ”kvalitetsstämpel”, av sin verksamhet.

2 §

I bestämmelsen anges vad som avses med företagshälsovård och vilka dess uppgifter är. Definitionen av företagshälsovård gäller inte bara i denna lag utan även i andra författningar i vilka det hänvisas till begreppet ”företagshälsovård”.

Lagen skiljer på begreppen *företagshälsovård* och *företagshälsovårdsenhet*.

Med *företagshälsovård* avses i lagen den verksamhet som bedrivs. (I betänkandet i övrigt kan med företagshälsovård också avses företagsverksamheten som sådan, alternativt verksamhetsområdet. Sammanhanget avgör vilken betydelse som avses). Företagshälsovård betecknas i lagen som en ”expertverksamhet”. Till skillnad mot den nuvarande bestämmelsen i AML talar därmed den nya lagen inte om företagshälsovård som en ”expertresurs”, dvs. i betydelsen den som bedriver verksamheten. För en beskrivning av skillnaderna i övrigt mellan definitionen i AML och den nya lagen hänvisas till kapitel 8.

I bestämmelsen anges verksamhetens övergripande karaktärsdrag och arbetsområden. Därtill ges en hänvisning till arbetsmiljölagen, med avseende på vilka frågor företagshälsovården ska arbeta med. Avsikten är att ange uppgifterna genom att hänvisa till vilka upp-

gifter arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen. Eftersom företagshälsovårdens uppgifter ska vara en återspeglning av arbetsgivarens uppgifter enligt AML och även AFL, behövs inga detaljerade bestämmelser i företagshälsovårdslagen.

Hänvisningen till AML preciseras i den andra meningen genom hänvisningen till kärnan i det förebyggande arbetsmiljöarbetet, dvs. det systematiska arbetsmiljöarbetet och arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten. Det är i förhållande till dessa två uppgifter som lagstiftaren tidigare har velat få en koppling till användandet av företagshälsovård. Detta blir tydligare i den nu föreslagna lagtexten.

Det förhållandet att sjukvård och övrigt individinriktat och ”efterhjälpande” arbete inte nämns i bestämmelsen beror som tidigare framhållits på att tyngdpunkten i och utgångspunkten för företagshälsovårdens arbete bör vara det förebyggande arbetet och det organisations- eller gruppinriktade. Som tidigare framhållits (se t.ex. kapitel 11) bör, med iakttagande av en sådan utgångspunkt, arbete med enskilda arbetstagare anses vara en integrerad del av det förebyggande/gruppinriktade och en aspekt som kan främja arbetet med huvuduppgifterna.

Med *företagshälsovårdsenhet* avses den som bedriver verksamheten företagshälsovård. Företagshälsovårdsenhet kan vara ett företag (bolag eller dylikt) eller ingå som en del i ett företag som består av flera enheter. Stora delar av företagshälsovårdsmarknaden domineras av sådana företag. Det är emellertid till den enskilda företagshälsovårdsenheten som kunden vänder sig. Bestämmelserna om godkännande bör följaktligen avse de enskilda företagshälsovårdsenheterna.

Företagshälsovårdsenheten kan också vara en s.k. inbyggd företagshälsa, som framförallt finns i större företag och i den kommunala sektorn. Vidare kan förekomma att företagshälsovård bedrivs i en verksamhet som också säljer tjänster på t.ex. sjukvårds- eller friskvårdsområdet. Att företagshälsovårdsenheten därmed kan vara ett företag, ingå som en del i ett företagshälsovårdsföretag eller vara en del i ett företag som också bedriver annan verksamhet täcks av formuleringen ”organisatorisk enhet” i förklaringen av innebörden i begreppet företagshälsovårdsenhet. Formuleringen avser också att spegla att om företagshälsovårdsenheten är en del av en större organisation, ska det vara fråga om en varaktig och urskiljbar del som klart kan identifieras, inte ett löst sammansatt team av personer från olika delar av organisationen. En annan sak är att en före-

tagshälsovårdsenhet kan erhålla ett godkännande om den inte själv, men i samverkan med andra kan anses förfoga över erforderlig kompetens (se vidare kommentaren under 8 §).

Det är alltså den enskilda enheten som kan godkännas enligt reglerna i 4 §. Detta ska dock inte utgöra ett hinder för de företag som består av flera enheter att lämna och få behandlad en gemensam ansökan för samtliga dess enheter. Se vidare kommentaren till 9 §.

3 §

I paragrafen görs en hänvisning till arbetsmiljölagen för frågor som gäller arbetsgivares skyldighet att anlita företagshälsovård.

4 §

Enligt bestämmelsen kan företagshälsovårdsenheter bli godkända av Arbetsmiljöverket, med avseende på kompetens, allmän uppläggning av verksamheten m.m. Godkännandet är frivilligt och måste initieras av företagshälsovårdsenheten själv eller, i förekommande fall, av det företag/den förvaltning till vilket/vilken enheten hör. Villkoret för godkännandet är att företagshälsovårdsenheten uppfyller bestämmelserna i 5-7 §§ samt bestämmelserna i förordningen om företagshälsovård.

Godkännande av Arbetsmiljöverket innebär en prövning av företagshälsovårdsenhetens kapacitet att efterleva de krav som lagen och förordningen om företagshälsovård ställer.

Eftersom enheten kan vara en del av en större organisation är det viktigt att påpeka att det som kan godkännas är den del som bedriver företagshälsovård. Och det är just denna del av organisationen som i sådana fall ansökan ska avse (se vidare i kommentaren nedan under 9 §). Godkännandet avser den företagshälsovård som företagshälsovårdsenheten bedriver. De företag som t.ex. bedriver friskvård eller som säljer andra tjänster, kan alltså inte koppla ihop marknadsföring och försäljning av sådana tjänster med det faktum att man är en godkänd företagshälsovårdsenhet. Sådana tjänster kan inte erbjudas som godkänd företagshälsovård.

5 §

Lagen innehåller inga detaljerade bestämmelser om vilken kompetens som ska krävas för att bli en av Arbetsmiljöverket godkänd företagshälsovårdsenhet. I lagen slås endast den grundläggande principen för kunskapskraven fast. Därtill hänvisas till att regeringen ska fastställa vilka ämnesområden som det ska föreligga kompetens inom.

Enligt 2 § företagshälsovårdsförordningen ska det inom företagshälsovårdsenheten finnas tillräcklig kunskap inom områdena medicin, teknik, beteendevetenskap och ergonomi. Kompetenskraven kopplas i förordningen samman med krav på utbildning inom företagshälsovård. Sådan utbildning ges för olika yrkeskategorier. Det som främst torde vara aktuellt är de utbildningar inom företagshälsovård som ges i ALI:s egen regi eller på uppdrag av ALI. Därtill kan t.ex. komma utbildningar inom området i andra länder inom det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet som kan anses motsvara kraven i de svenska utbildningarna.

Det blir Arbetsmiljöverket som fastställer de mer precisa utbildningskraven i samband med besluten om godkännande. Inom verket tas besluten av den företagshälsovårdsnämnd som utredningen föreslår ska inrättas hos verket.

En del av kompetenskriterierna föreslås bli ett krav om att den personal som finns i företagshälsovårdsenheten också utvecklar sin kompetens på lämpligt sätt. Inte heller detta kan läggas fast detaljerade regler om i lagstiftningen. En praxis får växa fram genom besluten om godkännande. 2 § företagshälsovårdsförordningen innehåller en bestämmelse om att det hos företagshälsovårdsenheten ska finnas en plan för upprätthållande och vidareutveckling av personalens kompetens. Planen ska ligga till grund för Arbetsmiljöverkets bedömning av denna del av kompetenskraven.

6 §

I bestämmelsen anges vilka grundläggande principer i fråga om företagshälsovårdens bedrivande som företagshälsovårdsenheten ska iaktta.

Bestämmelsen om vetenskap och beprövad erfarenhet är en allmänt vedertagen princip för yrkesutövning t.ex. på de medicinska och beteendevetenskapliga områdena. Den bör utgöra en naturlig

utgångspunkt även i fråga om företagshälsovård. Det är viktigt att den vetenskapliga aspekten lyfts fram i samband med verksamhetens bedrivande eftersom avsikten med lagen är att främja utvecklingen av god företagshälsovård, vilket förutsätter en koppling till forskning och utveckling. Samtidigt måste företagshälsovården bygga på beprövad erfarenhet och inte inbegripa oprövade metoder till risk för verksamheten hos uppdragsgivaren och de anställda där.

Att verksamheten ska bygga på kunskap om arbetsförhållandena hos kunden innebär att företagshälsovårdsenheten måste eftersträva att få del av alla relevanta fakta om arbetsmiljön och dem som arbetar där innan man slutligt gör upp om vilka tjänster som ska tillhandahållas. Detta kan innebära att företagshälsovårdsenheten genom samtal och dokumentation och/eller deltagande i skydds rond eller dylikt ser till att få tillräcklig kunskap om förhållandena. Företagshälsovårdsenheten bör alltså eftersträva att ta aktiv del i planeringen av de egentliga tjänsterna som ska tillhandahållas.

Som nämndes i kapitel 8 innebär kravet att företagshälsovården ska vara en multidisciplinär resurs att de discipliner som därmed ska finnas också bör komma till samverkande användning i de tjänster som levereras. Till detta hör att de tjänster som levereras ska bygga på att olika aspekter på arbetsmiljön, såväl fysiska som psykiska och sociala vägs samman. Att det i tillägg till det tvärdisciplinära arbetssättet förekommer tjänster avseende specifika, ”endimensionella” problem, ska inte påverka den övergripande bedömningen av företagshälsovårdsenheten.

I den plan för verksamheten som enligt 3 § i förslaget till företagshälsovårdsförordning ska lämnas i ansökan om godkännande ska företagshälsovårdsenhetens metoder för att åstadkomma en verksamhet som bygger på dessa principer redogöras för.

7 §

Beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt ska företagshälsovårdsenheten iaktta den kvalitet som är vedertagen i företagshälsovårdsbranschen. Härmed avses branschens eget kvalitetssäkringssystem. För ett godkännande enligt lagen ska krävas tredjepartscertifiering (se kapitel 4 och 8). Om s.k. inbyggda företagshälsor omfattas av ett motsvarande kvalitetssäkringssystem genom att hela företaget tillämpar ett sådant, måste detta kompletteras med de före-

tagshälsovårdsspecifika bestämmelserna i företagshälsovårdsbranschens kvalitetssystem.

8 §

I bestämmelsen bemyndigas regeringen att meddela ytterligare föreskrifter om villkor för godkännande. Avsikten med bemyndigandet är att möjliggöra ett införande av de ytterligare villkor för godkännande i regelverket som över tid visar sig lämpliga och som inte föranleder ändringar av lagen.

9 §

Ansökan om godkännande ska vara skriftlig och ställas till Arbetsmiljöverket. I 3 § företagshälsovårdsförordningen finns bestämmelser om vad ansökan ska innehålla. Enligt 4 § förordningen ska också den kompletterande information lämnas som verket begär för bedömning av ansökan.

Enligt det andra stycket kan en företagshälsovårdsenhet som inte ensam uppfyller de krav som ställs på erforderlig kompetens likväl godkännas om den på ett rimligt sätt med hjälp av utomstående expertis kan uppfylla kraven. Det grundläggande kravet för att sådan samverkan ska anses vara tillfyllest är att den berörda enheten själv ser till att tillhandahålla den utomstående expertisen. Kunden ska inte behöva vända sig till mer än en enhet.

De enheter som ingår som delar i ett företagshälsovårdsbolag ska anses uppfylla kraven om enheten har tillgång till sådan expertis hos andra enheter i bolaget på ett sådant sätt att det för kunden inte blir någon skillnad om experterna kommer från en annan enhet. De enheter som är egna företag kan uppnå detta om de i nätverk eller dylikt kan uppnå samma förhållande. Det är kundperspektivet som är det avgörande. Den fråga som ska ställas är alltså om det ur kunden synvinkel blir samma sak som om enheten hade haft sådan expertis i sin egen verksamhet. Kraven på samverkansformerna avser att säkerställa att de krav som lagen ställer på kompetens och verksamhetens bedrivande (5-7 §§) kan efterlevas. De närmare villkoren för att samverkan ska anses uppfylla lagens krav får bestämmas i den praxis som kommer att utvecklas genom Arbetsmiljöverkets beslut om godkännande.

I fråga om de företagshälsovårdsföretag som består av ett antal olika enheter kan ansökan om godkännande för samtliga ingående enheter göras av företaget. Godkännandet meddelas därefter företaget, om detta kan visa att alla ingående enheter uppfyller lagens krav, antingen på egen hand eller som nyss nämndes i samverkan med andra.

Om ansökan gäller s.k. inbyggd företagshälsovård och den aktuella företagshälsan inte är en egen juridisk person får godkännandet meddelas ”för den företagshälsovårdsenhet som finns vid moderföretaget”. Om ansökan gäller en företagshälsovårdsenhet som ingår i ett företag vilket säljer även andra tjänster, inom t.ex. friskvårdsområdet, kan godkännandet meddelas företaget som sådant. Som nämnts innebär dock detta inte att företaget i fråga kan erbjuda andra tjänster, t.ex. friskvård, som godkänd företagshälsovård.

Arbetsmiljöverket ska enligt tredje stycket registrera samtliga godkända företagshälsovårdsenheter. Enligt 6 § i företagshälsovårdsförordningen ska registret vara offentligt och tillgängligt i elektronisk form i syfte att underlätta för dem som söker information om godkända företagshälsovårdsenheter.

10 §

Om en företagshälsovårdsenhet inte längre uppfyller lagstiftningens krav ska godkännandet dras in och enheten följaktligen strykas ur registret. Innan så sker måste naturligtvis verket ge den berörda enheten möjlighet att vidta rättelse.

11 §

Bestämmelsen innebär att regeringen ska fastställa de ytterligare regler som behövs i frågor om ansökan om godkännande och registrering. Utöver de bestämmelser om detta i företagshälsovårdsförordningen som redan har nämnts (3 och 4 §§), finns i förordningen följande bestämmelser i 5 §.

I syfte att möjliggöra en årlig uppföljning av verksamheten och i övrigt följa utvecklingen av företagshälsovården ska de godkända företagshälsovårdsenheterna årligen inkomma med en redogörelse för verksamheten som varit och den verksamhet som planeras för kommande period. Redogörelsen ska innehålla en plan för hur per-

sonalens kompetens ska utvecklas. Vidare finns ett krav på de godkända företagshälsovårdsenheterna att på eget initiativ informera Arbetsmiljöverket om ändringar i förhållanden av betydelse för godkännandet. Det kan t.ex. handla om ändringar i personalsammansättningen och därmed ändringar i fråga om vilken kompetens enheten förfogar över.

I 11 § andra stycket i lagen bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om avgifter för ansökan om godkännande och registrering. I 7 § förordningen föreslås följaktligen att en avgift ska tas ut för Arbetsmiljöverkets prövning av ansökan om godkännande. Därtill ska en årlig avgift tas ut för registreringen hos verket.

12 §

Även om godkännandet inte direkt är fråga om samhällets maktbefogenheter i förhållande till enskilda, i den mening att det beslutas om en förmån, rättighet, skyldighet eller liknande, kan godkännandet ha indirekta ekonomiska konsekvenser för den berörda företagshälsovårdsenheten. Besluten bör därmed betraktas som myndighetsutövning och det bör finnas en möjlighet för berörda företagshälsovårdsenheter att överklaga beslutet. Rätten att överklaga gäller även beslut om att återkalla godkännandet.

I likhet med huvuddelen av bestämmelserna i arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen bör överklagandena avgöras av regeringen.

16.2 Ändringarna i arbetsmiljölagen (1977:1160)

3 kap. 2 a §

I bestämmelsen införs kravet på arbetsgivaren att mer systematiskt bedöma behovet av hjälp med arbetsmiljöarbetet från utomstående experter. Företagshälsovårdsenheter (med den definition av begreppet som följer av den nya företagshälsovårdslagen), lyfts fram som exempel på en sådan utomstående expert. Att i god tid och fortlöpande bedöma om arbetsmiljöförhållandena i verksamheten innebär att utomstående expertis bör tas till hjälp eller om tillräcklig kapacitet för att lösa problemen finns i verksamheten blir därmed en tydligare del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Bestämmelser om det närmare innehållet i det systematiska arbetsmiljöarbetet finns i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1). Den

nya bestämmelsen blir en naturlig utgångspunkt för bestämmelsen i 2 b § första stycket enligt vilken arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

3 kap. 2 b §

I andra stycket stryks den nuvarande bestämmelsen om vad som avses med företagshälsovård, vad den särskilt ska arbeta för och vilken kompetens den ska ha. Motsvarande bestämmelser tas i stället in i företagshälsovårdslagen, till vilken denna bestämmelse i AML hänvisar. Därmed innehåller arbetsmiljölagen endast bestämmelser om användandet av företagshälsovård, dvs. bestämmelser riktade till arbetsgivare. Bestämmelserna om vad företagshälsovård är och dess uppgifter m.m., samlas i en särskild lag.

7 kap. 7 §

I ett nytt andra stycke förtydligas Arbetsmiljöverkets behörighet att i ett föreläggande om anlitande av företagshälsovård föreskriva att en godkänd företagshälsovårdsenhet enligt den nya företagshälsovårdslagen ska användas. Därmed markeras också den vikt som lagstiftaren fäster vid att godkända företagshälsovårdsenheter kommer till användning.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Peter Westerholm

Denna utredning om förutsättningarna för bedrivande av företagshälsovård i Sverige i nutid och framtid har resulterat i ställningstaganden och förslag med betydande principiell räckvidd. Först som sist har etablerats som en gemensam grundsyn att en kvalitativt god och effektivt fungerande företagshälsovård utgör ett samhällsintresse. Den kan förse företag, enskilda personer i företag, arbetsmarknad och samhälle med tjänster som leder till nyttoeffekter för alla dess intressenter. Följaktligen föreslås en stärkt statlig roll på företagshälsovårdsområdet uttryckt genom främst:

- en ny lag om företagshälsovård
- ett system för godkännande av företagshälsovårdsorganisationer och – enheter på basis av lagfästa kriterier för kvalitet och vissa andra relevanta karakteristika
- ett statligt åtagande i rollen av kvalitetsgarant för godkänd företagshälsovård
- ett statligt åtagande i utbildning av företagshälsovårdens personal
- ett statligt åtagande genom inrättande av ett överordnat, samordnande och verkställigt organ – Företagshälsovårdsnämnden – vid Arbetsmiljöverket
- Ett system för kvalitets- och användningsstimulans i form av skattelättnader för företag vid utnyttjande av officiellt godkända leverantörer av företagshälsovårdstjänster

Detta samlade statliga åtagande är av betydande omfattning och i sin principiella innebörd ett uttryck för en statsmakternas grundsyn och tilltro till de nyttoeffekter som en god företagshälsovård kan åstadkomma. Med detta avses främst en effektiv prevention för förebyggande av ohälsa och långvarig sjukskrivning ledande till

förtida avgångar från arbetsmarknaden. Till detta skall också läggas det som är att vinna på en effektiviserad arbetsinriktad prevention. Även i sin direkt konkreta ekonomiska aspekt har denna grundsyn betydelse för företagshälsovårdens kundföretag med skattelättnad för utnyttjade tjänster och, på betalningssidan, för landets skattebetalare med de belopp som härigenom undantas från taxering.

Utredningens förslag kan från statens sida ses som en i flera avseenden betydelsefull scenväxling, närmast med karaktär av paradigmskifte, i förhållningssättet till företagshälsovården. Ett genomförande av förslagen innebär en övergång från en tidigare passiv och oengagerad roll till en aktörsroll med medvetet och synligt ansvarstagande i fullföljandet av intentionerna i den redan år 2000 antagna arbetsmiljölagens definition av begreppet företagshälsovård. Detta är både en nyhet och en stor förändring. Den innebär nya roller och nya uppgifter för såväl statens företrädare och andra offentliga organ som för organisationer och andra aktörer i arbetsmarknad och näringsliv.

Utredningen har i kapitel 14 riktat uppmärksamheten på betydelsen av FoU inriktad mot företagshälsovården som en nödvändig insats för att långsiktigt skapa förutsättningar för en utveckling av god företagshälsovård. Undertecknad har valt att i detta särskilda yttrande ge eftertryck åt betydelsen av FoU i vidmakthållande och utveckling av företagshälsovårdens kvalitet i verksamhetens inriktning, i metoder och arbetsprocesser och effektivitet (i vilket innefattas även kostnads-effektivitet) och i den övergripande tillsyn som ligger i det statliga åtagandet.

Företagshälsovården är ett organiserat system för hälsotjänster till företag och utgör ett samhälleligt intresse i och med att hälsa i arbete inte kan på ett enkelt sätt skiljas ut från folkhälsan. Hälsa i arbetet betyder hälsa och plusvärden även utanför ett arbetssammanhang. Den är för många en viktig förutsättning för livskvalitet i vid mening.

Ett system för sådana vitala samhällsintressen bör inte lämnas att utveckla sig själv på marknadens villkor. Erfarenheten i Sverige och i jämförbara länder – som t.ex Nederländerna – har visat att marknadens efterfrågan på förbättrad kunskap och utveckling av metoder, arbetssätt och effektivvärderingar när det gäller hälsotjänster är svag – om ens någon.

Det bör därför ses som ett samhällets gemensamma intresse, kanaliserat via statliga organ, att etablera en struktur för kompetent forskning och utveckling (FoU) av landets företagshälsovård. Med

detta avses tillämpad och objektbunden FoU som anknyter till företagshälsovårdens arbetsuppgifter och funktioner. Naturligtvis kan även behov av grundforskning – i motsats till tillämpad forskning – komma att aktualiseras på längre sikt. En första prioritet bör emellertid vara det slag av praktiskt och utvecklingsinriktat FoU-arbete som finns endast sparsamt dokumenterad under de senaste 30 åren av företagshälsovårdens existens. Utredningens förslag om bl.a. Företagshälsovårdsnämndens uppgifter att godkänna och kvalitetsövervaka godkända företagshälsovårdsenheter genom granskning av ansökningar och FHV-enheters årliga verksamhetsplaner innebär att viktiga frågor om företagshälsovårdens kvalitet och underliggande kvalitetskriterier aktualiseras. Detta förutses föra med sig behov av fördjupade utredningar och undersökning av frågor vilka också kan vara av generellt slag.

Det är för företagshälsovårdsnämnden och för företagshälsovårdens avnämare ett angeläget intresse att i landet skapas en resursfond av kompetens att hantera, bedöma och utvärdera frågor om företagshälsovårdens och andra likartade tjänsteleverantörers kvalitet och effektivitet. En sådan struktur bör initieras t.ex. på basis av utredningens förslag om ett ALI – uppdrag att planera och starta FoU om företagshälsovård.

Det bör därvid poängteras att avsaknaden av FoU – närmast med karaktär av vakuum – på FHV-området där ett av verksamhetens utmärkande drag är att verka på en mångsidig kunskaps- och erfarenhetsbas, utgör ett handikapp för tjänsternas kvalitetsmässiga utveckling och deras utvärdering. Sett utifrån utredningens grundsyn framstår det som nödvändigt att rätta till detta förhållande. Syftet bör vara att effektuera ett FoU-program med planering och igångsättande av konkreta fältprojekt inriktade mot frågeställningar om FHV kvalitet (i olika avseenden), arbetsprocesser och effektivitet.

Staten bör genom avsättning av särskilda medel – kanaliserade genom de FoU-finansierande organ som den förfogar över – göra en programsatsning med fem års varaktighet till vilken knyts en ingående utvärdering. Detta kan ses som ett första steg i uppbyggnaden av en FoU-struktur inriktad mot företagshälsovård. Syftet med satsningen är att få fram kompetenta och slagkraftiga FoU-grupperingar som kan konkurrera om forskningsmedel hos de FoU-finansierare som redan finns och som kan påta sig utrednings- och utvärderingsuppdrag i marknaden. Den föreslagna Företagshälsovårdsnämnden och företagshälsovårdsbranschens organisationer

är uppenbara intressenter i detta slag av uppdrag. I ett längre tidsperspektiv kan arbetet lämpligen inriktas mot uppbyggnad av regionala centra – knutna till FoU-inriktade institutioner eller organisationer inom eller utanför universitets- och högskoleväsendet.

I statens enligt utredningsförslagen avsevärt ändrade nya roll som huvudman för ett offentligt intresse att vidmakthålla och utveckla en god företagshälsovård innebär handlingsalternativet att inte göra någonting risk för uppkomst av ett scenario där systematisk kunskap saknas om företagshälsovårdens arbete. Detta innebär ett kvarhållande av osäkerheterna om företagshälsovården som en aktör i fullföljandet av de intentioner och hälsomål som antagits och skrivits in redan i den nu gällande arbetsmiljölagen. Statens roll riskerar i ett sådant läge reduceras till att vara en passiv bidragsgivare till företagshälsovården som aktör på hälsomarknaden genom de skattelättnader och undandragande av medel från beskattning som ligger i en godkännandeprocess som inte är utvecklingsinriktad. Företagshälsovårdens kompetens riskerar att vidare urholkas och den nedåtgående spiral som delar av branschen befunnit sig i de senaste tio åren riskerar att fortsätta. I perspektivet av belastningen av samhällsekonomin orsakad av höga sjukskrivningstal och det alltfört växande antalet förtidspensioner framstår ett sådant scenario som en ytterligare för allmänheten svårförklarad ekonomisk börda.

Om ett sådant scenario förverkligas har staten och även samhället i sin helhet, innefattande företagshälsovården som bransch, gjort en förlustaffär. En väl avvägd och strategiskt planerad och genomförd investering i FHV-inriktad FoU med konsekvent genomförda utvärderingar ger en långsiktig garanti för varaktig rationell grund i de mål som förslagen från 2003 års företagshälsovårdsutredning syftar till att nå.

Stockholm den 17 november 2004

Peter Westerholm, MD FFOM
Professor emeritus, Stockholm

Kommittédirektiv



Översyn av vissa frågor rörande företagshälsovården

Dir.
2003:87

Beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 2003

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att överväga vissa frågor rörande företagshälsovård. Utredaren skall överväga följande frågor

- om det behövs förändringar av de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård,
- om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring av den företagshälsovård som krävs med stöd av lag,
- huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen skall organiseras och dimensioneras,
- hur personalförsörjningen inom företagshälsovård skall kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet samt hur den särskilda kompetens som finns inom företagshälsovård bättre skall kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utredaren skall redovisa uppdraget dels genom ett delbetänkande om företagshälsovårdsutbildningen senast den 1 januari 2004, dels genom ett slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

Bakgrund

Begreppet företagshälsovård

Företagshälsovården regleras främst av arbetsmiljölagen (1977:1160 AML) samt föreskrifter och allmänna råd m.m. som Arbetsmiljöverket utfärdar. Den grundläggande bestämmelsen i 3 kap. 2 b § AML säger att "arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå".

Företagshälsovård definieras i samma lagrum som "en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering". Vidare stadgas att "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".

Företagshälsovård i Sverige

Under flera decennier utvecklades företagshälsovården i Sverige inom ett system 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 sagts upp och det statliga stödet upphört i början av 1990-talet har företagshälsovårdens ställning genomgripande förändrats. Företagshälsovården har blivit en marknadsaktör utan statsbidrag. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter (f.n. ca 200 företag med ca 600 enheter). Antalet personer verksamma i företagshälsovård har minskat med ungefär en tredjedel (f.n. ca 6 000 personer). Medelåldern för de anställda är i dag hög, vilket kommer att medföra stora personalavgångar under de närmaste åren. Innehållet i verksamheten har förändrats från att vara en samlad resurs på arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet till att i högre grad erbjuda "styckvisa" tjänster. Ca 70 procent av alla anställda har i dag tillgång till företagshälsovård i någon form. Innehållet kan dock variera kraftigt från enstaka tjänster till mer omfattande program.

Kvalitetssäkring

Företagshälsovård kan vara frivilligt kvalitetssäkrad enligt ISO 9000 eller enligt Föreningen Svensk Företagshälsovårds "Kravspecifikation för svensk företagshälsovård". Kvalitetssäkring kan bestå av egenkontroll eller av certifiering genom ett oberoende tredjepartsorgan. Ca 40 procent av företagshälsovårdsföretagen är i dag kvalitetssäkrade. Endast ett fåtal har dock utnyttjat möjligheten med tredjepartscertifiering.

Företagshälsovårdsutbildning

Arbetslivsinstitutet (ALI) bedriver utbildning av företagsläkare, företagssköterskor, företagssjukgymnaster, arbetsmiljöingenjörer, beteendevetare, ergonomer och administrativ personal inom företagshälsovård samt ergonomiutbildning som riktar sig till flera personalkategorier. Delar av utbildningen sker i samarbete med andra utbildningsanordnare, bl.a. Karolinska Institutet och vissa universitet (Linköping och Lund). Dessutom bedrivs företagssköterskeutbildning vid Yrkesmedicinska kliniken i Lund. I propositionen Företagshälsovård (prop. 1998/99:120) angavs att regeringen avser att återkomma i fråga om utbildning av företagshälsovårdens personal, eftersom denna fråga bör analyseras ytterligare (jfr prop. s. 34 och 35).

11-punktsprogrammet

Mot bakgrund av den stora ökningen av sjukfrånvaron presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 ett 11-punktsprogram med åtgärder mot ohälsan. I enlighet med punkt 4 i programmet har 10 miljoner kronor avsatts för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovård. Metodutvecklingen utförs under perioden 2002-2004 av Arbetsmiljöverket i samverkan med Arbetslivsinstitutet. I arbetet ingår bl.a. analys av hittillsvarande kvalitetsarbete och utveckling av goda exempel såsom förbättring av kvalitetssäkringsdokument.

Statskontorets uppdrag

Regeringen uppdrog våren 2001 åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. Den 21 december 2001 avlämnade Statskontoret rapporten "Utnyttja företagshälsovården bättre" (2001:29). Rapporten har remissbehandlats.

I rapporten föreslås sammanfattningsvis:

1. att tydligare krav införs i lagstiftningen i fråga om att företagshälsovården skall vara oberoende, kunna erbjuda en samlad kompetens och ha god kvalitet,

2. åtgärder för att stimulera utnyttjande av företagshälsovård i småföretag och särskilda medel för att utveckla arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet inom den offentliga sektorn,
3. att styrmedel skall tillämpas för att främja samverkan mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassor (Värmlandsmodellen),
4. utökad och förnyad utbildning,
5. obligatorisk kvalitetssäkring samt
6. skärpt tillsyn från Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen samt ökade kontakter dels mellan dessa myndigheter, dels mellan myndigheterna och försäkringskassorna i frågor som gäller utnyttjande av företagshälsovård.

Handlingsplanen för hälsa

Förslag som berör företagshälsovård finns också i betänkandet "Handlingsplan för hälsa" (SOU 2002:5). Bl.a. föreslås obligatorium för arbetsgivare att ansluta sig till företagshälsovård och skyldighet att då någon varit sjukskriven 60 dagar lämna ett rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan vartill fogas ett yttrande från företagshälsovården.

Budgetpropositionen 2003

I budgetpropositionen för 2003 aviseras att regeringen avser att utreda hur personalförsörjningen inom företagshälsovård skall kunna ske utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet. En bakgrund till detta är erfarenheterna från den s.k. Värmlandsmodellen, där avtal om samverkan mellan företagshälsovård, landsting/primärvård och försäkringskassor medverkar till bättre utnyttjande av samhällets gemensamma vårdresurser och till en större effektivitet i företagshälsovården. Vidare aviserades att frågor om utbildning (huvudmannaskap och organisation) och kvalitetssäkring (eventuell obligatorisk certifiering av företagshälsovården) skulle utredas. I budgetpropositionen uttalades även att utvecklingen av ohälsan medfört ett ökat behov av kunskapsspridning och stöd i det förebyggande och rehabiliterande hälsoarbetet på arbetsplatserna samt att ett sådant stöd

borde ha bred tillgänglighet och åtnjuta stort förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagarsidan. Det angavs också att detta motsvarar de uppgifter som företagshälsovården har enligt arbetsmiljölagen. Enligt riksdagens beslut med anledning av propositionen anslogs 15 miljoner kronor för att förstärka utbildningen av personal inom företagshälsovård.

Trepartssamtalen

En av punkterna i det ovan omnämnda 11-punktsprogrammet var trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Samtalen har förts under 2002 och 2003. De har avsett såväl förebyggande arbete som rehabilitering. Syftet var att skapa samsyn och samordna insatserna i regeringens strategi. En slutrapport från trepartssamtalen avlämnades i februari 2003. I rapporten föreslås bl.a. att skyddsombud, eller om det inte finns skyddsombud, varje enskild arbetstagare, skall kunna begära att arbetsgivaren ansluter sig till företagshälsovård. Om arbetsgivaren vägrar skall frågan kunna föras till en särskild nämnd för avgörande. Nämnden skall bestå av representanter för arbetsmarknadens parter samt för Arbetsmiljöverket.

Behovet av förändring

Utvecklingen av ohälsan har medfört ett ökat behov för arbetsgivaren av kompetens och resurser i det förebyggande och rehabiliterande hälsoarbetet på arbetsplatserna. Även arbetsmiljöproblemens komplexitet har lett till att arbetsgivare fått ett ökat behov av kompetent hjälp när det gäller att göra helhetsbedömningar som inbegriper både medicinska, psyko-sociala, tekniska och organisatoriska frågor. För att företagshälsovården skall kunna stödja ett lokalt skyddsarbete i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare behövs god tillgång till företagshälsovård i hela landet och att företagshälsovården åtnjuter förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagarsidan.

Det behöver utredas om en ändring av de regler som gäller skyldigheten att utnyttja företagshälsovård kan bidra till minskad ohälsa, bl.a. genom att fler företag får goda förutsättningar att satsa mer på arbetsmiljöplanering, införa ett mer långsiktigt hälsoarbete

och engagera sig mer i frågor om rehabilitering utan negativa samhällsekonomiska konsekvenser.

Den enskilde arbetsgivaren behöver vidare kunna göra jämförelser i utbudet av företagshälsovård. Från statens sida finns behov av en garanti för att önskad standard är uppfylld i de fall då krav ställs på användande av företagshälsovård. Ett led i statens insatser för att tillgodose dessa behov kan vara att garantera en likvärdig basutbildning som svarar mot de prestationer som förväntas inom företagshälsovård. Ett annat led kan vara kvalitetssäkring. Det finns därför skäl att utreda om utvidgad frivillig eller obligatorisk kvalitetssäkring kan vara ett verksamt medel för att uppnå höjd och säkerställd kvalitet eller om nuvarande ordning räcker. Värdet av krav på kvalitetssäkring måste vägas bl.a. mot risken för minskat utbud av företagshälsovård och begränsad flexibilitet i utbudet. En annan viktig aspekt som måste utredas närmare är hur regler om kvalitetssäkring kan bidra till att utbudet av företagshälsovård blir flexibelt och breddas till små företag där servicebehovet kan vara annorlunda än i stora organisationer.

Eftersom tillgång på kompetent personal tar flera år att bygga upp är det mycket allvarligt när det uppkommer en "svacka" i utbildningen. Dessutom kommer sannolikt efterfrågan på företagshälsovård att öka. Bl.a. kan åtgärder från statens sida på arbetsmiljö- eller rehabiliteringsområdet leda till sådan ökad efterfrågan. Som exempel kan nämnas den beslutade lagstiftningen om skyldighet för arbetsgivare att lämna obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron samt de beslutade skärpningarna i arbetsgivarens skyldighet att upprätta rehabiliteringsunderlag. Beslutade och planerade förändringar av sjukförsäkringsreglerna, innebärande ett ökat ansvar för arbetsgivarna, bidrar också till ökade incitament att arbeta med förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Att tillgodose en god tillgång till grundläggande utbildning för de olika kompetenserna är därför mycket betydelsefullt för att säkerställa arbetsplatsernas framtida tillgång till företagshälsovård.

Förändringarna i arbetslivet och särskilt ökningen av ohälsa med koppling till arbetsbelastning och till organisatoriska och sociala faktorer har vidare lett till ett ökat behov av metodutveckling. Basutbildningen och fortbildningen bör organiseras på ett sådant sätt att det skapas en potential för framtida metodutveckling. Detta gäller bl.a. i fråga om kontakten mellan utbildningen och forskningen på området. Det är även viktigt att öka status och kvalitet och därmed efterfrågan på utbildningen. Utbildningsanordnarna

måste vidare ha möjlighet att genomföra en ökning av utbildningsvolymerna när det behövs.

Under 1990-talet försvagades företagshälsovårdens resurser och vidare visade sig en betydande ojämnheter i kvalitet och innehåll i utbudet. Avtal enligt den modell som prövats i den s.k. Värmlandsmodellen kan leda till att de samlade vårdresurserna utnyttjas bättre och till att företagshälsovårdens särskilda sakkunskap om sambandet mellan arbetsplatsen och hälsan bättre utnyttjas i sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Uppdraget

En särskild utredare skall tillkallas för att överväga vissa frågor om företagshälsovård. Utredaren skall föreslå de författningsändringar eller andra åtgärder som övervägandena ger anledning till. Utredaren skall överväga följande frågor.

1. Skyldigheten att anlita företagshälsovård

Utredaren skall överväga om de legala förutsättningarna för arbetsgivarens skyldighet att utnyttja företagshälsovård behöver förändras. Häri ligger bl.a. frågan om i vilka situationer det skall finnas en skyldighet för arbetsgivare att utnyttja företagshälsovård, vidare frågan om vilken omfattning av utnyttjande en sådan skyldighet skall avse, liksom om det skall vara möjligt att utnyttja olika tjänster från olika företagshälsovårdsproducenter samt hur service anpassad till de mindre företagens behov skall kunna tillgodoses. Utredaren skall beakta vad som sagts om behovet av en samlad och kompetent resurs som har möjlighet att göra helhetsbedömningar som inkluderar både medicinska, psyko-sociala, tekniska och organisatoriska aspekter samt åtnjuter förtroende hos såväl arbetsgivare som arbetstagare. Samtidigt skall behovet av flexibla lösningar för att tillgodose de mindre företagens behov beaktas. Utredaren skall beakta de förslag som förts fram inom ramen för de s.k. treparts-samtalen.

2. *Kvalitetssäkring*

Utredaren skall överväga om det bör införas krav på eller villkor angående kvalitetssäkring i fråga om den företagshälsovård som krävs med stöd av lag eller om nuvarande ordning med frivillig certifiering är tillräcklig. Utredaren skall ta ställning till om en eventuell lagreglering skall avse tredjepartscertifiering eller om egenkontroll helt eller delvis kan utgöra ett alternativ.

I uppdraget ligger också att utreda vilka krav som skall gälla för en eventuell kvalitetssäkring när det gäller utbud av tjänster samt kompetens och oberoende hos den som erbjuder företagshälsovård. Uppdraget i denna del innefattar att överväga om ett villkor för kvalitetssäkring bör vara att såväl medicinsk, teknisk, ergonomisk, beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk kompetens liksom rehabiliteringskompetens finns inom samma företag eller om samverkansavtal med andra företag eller möjlighet att sluta sådana skall vara tillräckligt. Förslagen får inte motverka de behov av flexibla och anpassade lösningar som mindre företag kan ha. Utredaren skall utforma eventuella författningsförslag med utgångspunkten att bevis om kvalitetssäkring skall meddelas endast under förutsättning att erbjuden företagshälsovård omfattar även vikarier och andra anställda med tidsbegränsad anställning eller deltidsanställning hos den arbetsgivare som anlitar en företagshälsovårdsproducent samt att företagshälsovården skall vara tillgänglig för och anpassad till även små företag och motsvara deras efterfrågan.

En ytterligare fråga som skall utredas är var ansvaret skall ligga för fortlöpande utveckling av den standard som ligger till grund för en eventuell kvalitetssäkring.

3. *Företagshälsovårdsutbildningen*

Utredaren skall lämna förslag om huvudmannaskapet för företagshälsovårdsutbildningen samt hur utbildningen skall organiseras och dimensioneras. Förslagen skall säkra en långsiktigt god basutbildning och fortbildning av tillräcklig omfattning och säkra kontakt med forskningen inom området samt bidra till att en potential för metodutveckling finns. En viktig fråga är hur utbildningens kvalitet och relevans för kvalitetssäkringen av företagshälsovård skall kunna garanteras. Häri ligger frågan om utbildningen för de olika personnalkategorierna bör vara mer multidisciplinär än i dag. Utredaren

skall också undersöka möjligheterna till samverkan mellan utbildningsanordnare, företagshälsovårdsbranschen och arbetslivet, bl.a. med sikte på spridning av forskningsrön och annan kunskap till arbetsplatserna. Det är viktigt att även beakta behovet av fortbildning av företagshälsovårdens personal. I fråga om fortbildningen skall eventuella förslag utgå från att finansieringsansvaret även fortsättningsvis skall ligga på respektive företag som erbjuder företagshälsovård.

4. Personalförsörjningen m.m.

Utredaren skall slutligen överväga hur personalförsörjningen inom företagshälsovård skall kunna säkerställas utan negativa effekter för sjukvården eller annan för samhället viktig verksamhet samt hur företagshälsovårdens särskilda kompetens bättre skall kunna utnyttjas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En viktig uppgift skall vara att utreda om förutsättningar finns för tillämpning av avtal över hela landet mellan företagshälsovård, landsting och försäkringskassa såsom skett inom ramen för den s.k. Värmlandsmodellen. Häri ligger också frågan vilka åtgärder som är möjliga och lämpliga för att sådana avtal skall komma till stånd.

Övrigt

Utredaren skall i samtliga frågor analysera och redovisa eventuella förslags företags- och samhällsekonomiska kostnader samt konsekvenser för det allmänna och för enskilda. Särskilt konsekvenser för småföretag skall redovisas. Utredaren skall också analysera och redovisa hur eventuella förslag påverkar utbudet av företagshälsovård samt jämställdheten mellan män och kvinnor. När det gäller analysen av skillnader mellan kvinnors och mäns situation så handlar det t.ex. om vilka tjänster som efterfrågas av arbetsgivare, vilket utbud av företagshälsovård som finns samt vilka som erbjuds företagshälsovård och till vilken kvalitet och omfattning. Olikheter såvitt avser män och kvinnor skall även analyseras utifrån kvinnors högre sjuktal och dettas ev. samband med brister i tillgången till bra företagshälsovård.

Utredaren skall följa kommittéförordningen (1998:1474) och redovisa kostnadsberäkningar och finansiering inom utgiftsområdet av de förslag till åtgärder som eventuellt kan komma att föreslås.

En fyllig bakgrund till de frågor som ingår i uppdraget finns i Statskontorets ovannämnda rapport "Utnyttja företagshälsovården bättre" (2001:29). Utredaren skall beakta vad Statskontoret anfört i sin rapport.

Samråd

Utredaren skall under arbetet samråda med arbetsmarknadens parter. Utredaren skall, när det gäller redovisning av förslagets konsekvenser för små företag, samråda med Näringslivets nämnd för regelgranskning.

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall redovisa uppdraget dels genom ett delbetänkande avseende frågan om företagshälsovårdsutbildningen senast den 1 januari 2004, dels genom ett slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

(Näringsdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till översyn av vissa frågor
rörande företagshälsovård**

**Dir.
2003:87**

Beslut vid regeringssammanträde den 11 december 2003.

Förlängd tid för uppdraget

Genom beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 2003 (direktiv 2003:87) tillkallades en särskild utredare för att överväga vissa frågor om företagshälsovård. Utredaren skulle enligt de nämnda direktiven redovisa uppdraget dels genom ett delbetänkande avseende frågan om företagshälsovårdsutbildningen senast den 1 januari 2004, dels genom ett slutbetänkande senast den 1 juli 2004.

Uppdraget skall med ändring av de ursprungliga direktiven, redovisas i ett betänkande senast den 1 december 2004.

(Näringsdepartementet)

Under 2004 tecknade avtal med regler om företagshälsovård jämte sedan tidigare gällande avtal.

(till kapitel 4, avsnitt 2)

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

En uppdelning av avtalen har gjorts i tre kategorier: avtal som innebär obligatoriskt användande av företagshälsovård, avtal som i en eller annan form rekommenderar eller uppmanar företagen att använda företagshälsovård och ofta innehåller regler om partssamarverkan och slutligen avtal som enbart innebär att ett centralt partsarbete dras igång.

Till skillnad från betänkandet i övrigt har i tabellen företagshälsovård förkortats FHV, detta för att begränsa textmängden i tabellen.

1. Avtal som har krav på obligatorisk anslutning till företagshälsovård

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Målaremästarnas Riksförening - Svenska Målareförbundet	15 100	"Varje företag skall tillhandahålla företagshälsovård..."
Sveriges Byggindustrier – Svenska Byggnadsarbetareförbundet	60 000	I stort som ovan. Dessutom kom parterna överens om att tillsätta arbetsgrupp om kvalitetssäkrad FHV
Elektriska Installatörsorganisationen (EIO) – Svenska Elektrikerförbundet (SEF)	17 000	
EnergiFöretagens Arbetsgivareförening (EFA) – SIF, CF, Ledarna och SEKO	15 000	Den 29 mars 2004 kom parterna överens om ett nytt <i>Arbetsmiljöavtal med en bilaga om riktlinjer för företagshälsovård</i> . Parterna är överens om att de anställda ska ha tillgång till företagshälsovård
Almega Samhallförbundet – SIF, Ledarna, HTF, CF mfl och Vårdförbundet	3 000	Nytt arbetsmiljöavtal utan regler om FHV; i protokollsanteckning notering om att de anställda i Samhall har tillgång till FHV
Arbetsgivarverket – SACO-S, SEKO, TCO-OF/S, P och O sammantagna	Cirka 200 000	I arbetsmiljöarbetet skall arbetsgivaren och de anställda ha tillgång till rådgivande expertfunktioner som sammantaget kan erbjuda medicinsk, ergonomisk, teknisk och beteendevetenskaplig kompetens som svarar mot de speciella krav som arbetet ställer.
<i>Summa</i>	<i>310 100</i>	

2. Avtal som rekommenderar de lokala parterna att använda företagshälsovård; rekommendationen kan vara mer eller mindre förpliktigande – i de längst gående fallen anges att företagshälsovård är en nödvändighet, i de minst långtgående fallen är det en bedömning utifrån behoven och med en markering av att också andra resurser kan användas

Avtalsområde	Antal årsarbetare	Anmärkning
Skogsindustrierna – Pappers, SIF, CF och Ledarna	35 000	Nytt samverkansavtal om bl. a. arbetsmiljö och FHV 2004. Bygger på det parts-gemensamma arbete om arbetsmiljö och FHV som pågått under 30 års tid. Inbyggd FHV är en vanlig form. I riktlinjer till avtalet är parterna överens om att FHV utgör en nödvändig och självklar resurs.
Skogsindustrierna – Skogs- och Trä-facket, SIF och CF (sågverksavtalet) Trä- och Möbelindustriförbundet -- Skogs- och Träfacket, SIF och CF (stoppmöbelavtalet och träavtalet)	44 000	Likalydande avtal om arbetsmiljö och avtal om riktlinjer för FHV träffade 2004. FHV är en nödvändig och självklar resurs för företagen och dess anställda i arbetet med att utforma ändamålsenliga och säkra arbetsmiljöer. Arbetet med arbetsmiljö och FHV ska ske i samverkan och inriktningen av FHV preciseras i riktlinjer, som de centrala parterna utgår från ska ges formen av lokala överens-kommelser.
Skogs- och Lantarbetsgivareförbundet – Skogs- och Träfacket, SIF och CF	6 000	Parterna enades om samma arbetsmiljöavtal som redovisats ovan. Däremot kunde man inte komma överens om något avtal om riktlinjer rörande företagshälsovården. Regler om företagshälsovård saknas sålunda i riksavtalen för branschen.

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Stål- och Metallförbundet – Metall, Sif och CF	35 000	Rekommendation om att företagen ska "ansluta" sig till FHV
Stål- och Metallförbundet – Metall och SEKO	1 000	Som ovan
Teknikarbetsgivarna – Metall, Sif och CF	300 000	2001 års reviderade avtal om arbetsmiljö och FHV innebär att frågor om bl.a. FHV bör behandlas av de lokala parterna och kan regleras i lokal överenskommelse; i 2004 års avtal bilaga om centralt samarbete om arbetsmiljö.
Svets Mekaniska Arbetsgivarförbundet – Metall	4 000	Enligt avtal om arbetsmiljö och FHV från 1998 är parterna överens om att FHV är en betydelsefull resurs för företag och anställda som utformas i samverkan mellan arbetsgivare och arbetstgare
Allmänna IndustriGruppen – Industriefacket, SIF och CF (<i>allokemisk industri</i>)	55 000	Ungefär som ovan
Allmänna IndustriGruppen – Industriefacket, SIF och CF (<i>kemiskindustri</i>)	11 000	Som ovan
Allmänna IndustriGruppen – Industriefacket, SIF och CF CF (<i>explosivämnesindustri, oljeraffinaderier, Danisco Sugar AB, stenindustri, tvättindustri samt läder- och sportartikelindustri Livsmedelsföretagen – Industriefacket (avtalet för AB Tripasin)</i>)	8 000	Som ovan
Allmänna IndustriGruppen – Industriefacket (<i>återvinningsföretag</i>)	100	Som ovan
Allmänna IndustriGruppen – Svenska Metallindustriarbetarförbundet, SIF och CF (<i>Gemensamma Metallavtalet</i>)	7 000	Arbetsplatsens behov av företagshälsovården eller annan sakkunnig hjälp analyseras regelbundet i samverkan mellan de lokala parterna
Gruvornas Arbetsgivareförbund – Svenska Metallindustriarbetareförbundet	4 000	Inga ändringar görs i de gällande avtalsreglerna om arbetsmiljö och FHV. Arbetsmiljöfrågan uppmärksammas dock i en särskild anteckning till förhandlingsprotokollet, som går ut på att en arbetsgrupp ska tillsättas.

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Byggnadsämnesförbundet – Industrifacket, SIF och CF	11 000	Parterna är ense om att en ändamålsenlig företagshälsovård är en betydelsefull resurs för företag och anställda
Kooperationens Förhandlingsorganisation (KFO) – Industrifacket	1 100	Som ovan
KFO – SIF och CF	3 500	Som ovan
Allmänna IndustriGruppen – Industrifacket	3 000	Som ovan
Grafiska Företagens Förbund – Grafiska Fackförbundet Mediafacket, Ledarna, SIF och CF	27 500	Reviderat arbetsmiljöavtal 2002. FHV ses som en självklar resurs, som ska anpassas till behoven i varje företag
Svensk Handel – Handelsanställdas Förbund	80 000	Enligt 1995 års arbetsmiljöavtal är FHV en viktig resurs. Ska anpassas till behoven, därför naturligt med olika organisationsformer för FHV. Enligt 2004 års avtal ska revideringen av arbetsmiljöavtalet slutföras snarast
Almega Tjänsteföretagen – Handelsanställdas Förbund (<i>avtalet för arbetare i fryshusföretag</i>)	550	Befintligt arbetsmiljöavtal ska revideras med avseende på bl.a. kvalitetssäkrad FHV
Almega IT-företagens Arbetsgivarorganisation – SEKO (<i>telekom</i>)Almega IT-företagens Arbetsgivarorganisation – SIF, CF, Jusek och Civilekonomerna (<i>IT och telekom</i>)	65 000	I förhandlingsprotokoll rekommenderas att företagen anlitar FHV
Almega Tjänsteförbunden (specialserviceföretag) – Fastighetsanställdas Förbund	3 500	Parterna uttalade att FHV kan vara en värdefull resurs i arbetet med förebyggande åtgärder. Parterna enades om att bilda en arbetsgrupp, vars arbete syftar till att parterna ska kunna träffa avtal om de arbetsmiljöfrågor som parterna uppmärksammat.
Sveriges Hotell- och Restaurangföretag (SHR) – Hotell- och Restaurangfacket (HRF)	45 000	Det föreligger ett utkast till avtal, vilket är tänkt att träda i kraft den 1 januari 2005. I utkastet regleras bl.a. vissa frågor rörande företagshälsovård

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Kommunala Företagens Samorganisation (KFS) (<i>branschområdena "energi" samt "turism och fritid"</i>) – Svenska Kommunalarbetsgivarförbundet	7 000	Parterna enades om gemensamma utgångspunkter i fråga om arbetsmiljöfrämjande åtgärder i en särskild avtalsbilaga. I denna konstateras att " <i>företagshälsövård utgör en nödvändig och självklar resurs, ett gott stöd i utrednings- och rehabiliteringsarbetet samt i det övriga arbetsmiljöarbetet</i> ".
KFO – Tjänstemannaförbundet HTF	3 000	Parterna är ense om att en ändamålsenlig företagshälsövård är en betydelsefull resurs för företag och anställda
Almega Tjänsteförbunden branschstyrelse Spårtrafik – SEKO – Facket för Service och Kommunikation	12 000	Parterna överens om att företagshälsövarlden utgör en betydelsefull resurs för företagen och dess anställda och att den ska utformas i samverkan och med flexibilitet som motsvarar olika behov i de enskilda företagen
Biltrafikens Arbetsgivarförbund – Transport (<i>utlandsavtalet, miljöarbetareavtalet, transportavtalet</i>) Petroleumbranschens Arbetsgivarförbund – Transport (<i>flygtankningsavtalet</i>) Tjänsteföretagens Arbetsgivarförbund – Transport (<i>avtalet för terminalarbete</i>) Svenska Tidningsutgivarföreningen – Transport (<i>avtalet för tidningsdistributörer</i>)	45 000	Avtalen löper ut vid årsskiftet 2004/2005. I nuvarande avtal finns regler om FHV. På arbetsplatser där arbetsförhållandena så kräver skall finnas företagshälsövård eller annan motsvarande oberoende experthjälp att tillgå. Parterna är ense om att företagshälsövarlden utgör en viktig resurs för företagen och dess anställda. Målsättningen är att, där så är praktiskt möjligt, alla anställda bör ha tillgång till företagshälsövård.

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet å ena sidan samt å andra sidan Svenska Kommunalarbetareförbundet, TCO-OFs förbundsområden allmän kommunal verksamhet, lärare respektive hälso- och sjukvård jämte i förbundsområdena ingående organisationer samt SACO-K och till SACO-K anslutna organisationer	915 000	Överenskommelse om samverkanssystem i kommuner och landsting träffades 1992. Den gäller enbart mellan de centrala parterna och redovisar dessas gemensamma synsätt om hur samverkan kan fungera i kommuner och landsting. Företagshälsovård eller annan likvärdig verksamhet som uppfyller de ovan nämnda kriterierna ses som en tillgång för såväl förebyggande som långsiktiga arbetsmiljöinsatser som i direkt medverkan vid akuta problem i arbetsmiljö och i rehabiliteringsarbete. Parterna har ett gemensamt intresse av att sådan företagshälsovård ges förutsättningar till fortsatt verksamhet och utveckling
Församlingar i Svenska kyrkan, det f.d. "kyrkokommunala området"	22 000 (anställda)	I det 2000 träffade utvecklingsavtalet ingår en bilaga om FHV. FHV ska i princip anordnas för samtliga anställda.
<i>Summa</i>	<i>1 754 250</i>	

3. Avtal som innebär att de centrala parterna ska inleda ett arbete om bl.a. företagshälsovård

Avtalsområde	Antal årsarbetare	Anmärkning
Motorbranschens Arbetsgivareförbund – Metall	17 000	Parterna är ense om att inrätta ett partsgemensamt forum för utveckling och samverkan. Arbetsgruppens förslag om gemensamma riktlinjer ska vara framtagna senast den 30 april 2006.
Motorbranschens Arbetsgivareförbund – Svenska Målareförbundet (avtalet för bil- och industrilackerverkstäder)	400	Parterna enades om att inrätta ett partsgemensamt arbetsmiljöråd. Rådet ska arbeta med arbetsmiljöfrågor ur ett helhetsperspektiv samt verka för att främja utvecklingen av en god arbetsmiljö
Skogs- och Lantarbetsgivareförbundet – Skogs- och Träfacket (virkesmätaravtalet)	1 000	Parterna är överens om att tillsätta en partsgemensam arbetsgrupp som under avtalsperioden skall utreda förutsättningarna och möjligheterna samt om så bedöms möjligt lämna förslag på ett arbetsmiljöavtal.
Livsmedelsföretagen – Svenska Livsmedelsarbetareförbundet	32 000	I en bilaga till förhandlingsprotokollet har parterna enats om ett samarbetsorgan, <i>Forum 2004</i> . Dess uppgifter avser främst områdena arbetsmiljö, kompetensutveckling och jämställdhet. Som exempel på Forums uppgifter nämns bl.a. att ta fram verktyg som underlättar det systematiska arbetsmiljöarbetet liksom verktyg för upphandling av företagshälsovård, till exempel checklistor och kravprofiler. Vidare träffade parterna ett särskilt avtal benämnt <i>ARBETSMILJÖ-lokalt arbete</i> . Avtalet innehåller föreskrifter om det lokala arbetsmiljöarbetet och en rekommendation till en arbetsordning att tillämpas på företagen. Avtalet innehåller inga specifika regler om företagshälsovård Samma som ovan
Livsmedelsföretagen – Hotell- och Restaurangfacket (Serveringsavtalet)		

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
TEKOindustrierna – SIF och CF	3 600	Parterna tillsätter en gemensam arbetsgrupp med målsättning att träffa ett branschpassat arbetsmiljöavtal före den 31 december 2005.
Maskinentreprenörerna – SEKO (<i>maskinföraravtalet</i>)	4 000	I samband med avtalsuppgörelsen enades parterna att tillsätta ett antal arbetsgrupper. En av dessa ska behandla kvalitetssäkrad företagshälsovård
Elektriska Installatörsorganisationen (EIO), Glasbranschföreningen, Maskinentreprenörerna, Plåtslageriernas Riksförbund och VVS-installatörerna – SIF, CF och Ledarna	11 000	Parterna blev överens om att tillsätta en arbetsgrupp vars mål är att utarbeta ett arbetsmiljöavtal som kan tillämpas på samtliga mellanvarande kollektivavtal. Senast den 1 oktober 2006 ska gruppen lämna sitt resultat.
Sveriges Byggindustrier – SIF och CF	10 000	Den centrala samverkansgruppen på arbetsmiljöområdet (CAT) ska under avtalsperioden arbeta vidare med projekt för gemensamma insatser för att följa företagens arbete med att utveckla arbetsmiljön på tjänstemannaområdet. En del av detta arbete sägs exempelvis kunna vara att ta ställning till behovet av komplettering av nu gällande arbetsmiljöavtal.
Svensk Handel – Tjänstemannaförbundet HTF och Akademikerförbunden	50 000	Parterna uppdrar åt det gemensamma organet Handels Arbetsmiljökommitté att ta fram konkreta hjälpmedel att användas på företagsnivå för det systematiska arbetsmiljöarbetet för tjänstemän. Detta arbete ska vara klart senast den 1 mars 2005.
Kooperationens Förhandlingsorganisation (KFO) – Handelsanställdas Förbund (<i>avtalen för butikspersonal, stormarknadspersonal, lager- och terminalpersonal, chaufförer samt tjänstemän inom handeln</i>).	27 000	En arbetsgrupp ska följa utvecklingen av lagstiftningen och då särskilt regeringens arbete med att göra delar av arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftningen dispositiva. Arbetsgruppen ska också utarbeta ett arbetsmiljöavtal som sammanfaller med det avtal som omfattar likvärdiga branscher

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Medie- och Informationsarbetsgivarerna (MIA) och Omega Tjänsteföretagen – Tjänstemannaförbundet HTF och Akademikerförbunden	42 000	Parterna är ense om att inleda ett djupare samarbete inom arbetsmiljöområdet. Huvudinriktningen är tjänstemännens arbetsituation och syftar till ett friskare arbetsliv och minskad sjukfrånvaro. Verksamhetens inriktning är bl.a. en god företagshälsovård
Medie- och Informationsarbetsgivarerna (MIA) – SIF och CF	5 200	Lika med ovanstående
Omega Tjänsteföretagen – Tjänstemannaförbundet HTF och Akademikerförbunden (<i>Revisions- och konsultbranschen</i>) Omega Tjänsteförbunden (<i>bransch: Svensk Teknik och Design</i>) – SIF, CF och Sveriges Arkitekter Omega Tjänsteförbunden (<i>branscher: Stådentreprenad – och Specialserviceföretag, Bevaknings- och Säkerhetsföretag</i>) – Tjänstemannaförbundet HTF Omega Tjänsteförbunden (<i>bransch: Lagring och Distribution</i>) -Tjänstemannaförbundet HTF Omega Tjänsteförbunden (<i>bransch: Utveckling & Tjänster</i>) – SIF och CF Omega Tjänsteförbunden (<i>bransch: Utbildningsföretag</i>) – SIF och CF Omega Tjänsteförbunden (<i>bransch: Värdepapper</i>) – SIF och CF Arbetsgivaralliansen Branschkommitté Vård och Omsorg – SKTF, CF m.fl., Vårdförbundet och Sveriges Läkarförbund	43 000	
	2 000	Leder avsiktsförklaringen från s), v) och mp) till beslut som påverkar arbetsgivarens sjuklöneansvar från och med år 2005 ska parterna under september 2004 fortsätta förhandlingarna för att anpassa sjuklönebestämmelserna till den kommande lagstiftningen samt även fortsätta förhandlingarna kring arbetsmiljöåtgärder. Dessa åtgärder kan exempelvis handla om obligatorisk anslutning till företagshälsovård av god kvalitet

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Föreningen Vårdföretagarna – Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund m.fl. akademikerförbund, Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter, SKTF och Vårdförbundet	13 000	Parterna tillsätter en arbetsgrupp med uppgift att följa utvecklingen av lagstiftningen och då särskilt regeringens arbetet med att göra delar av arbetsmiljö- och rehabiliteringslagstiftningen dispositiv. Avsikten med gruppen är att hitta lösningar anpassade till branschen
Almega Tjänsteföretagen – Lärarförbundet och Lärarnas Riksförbund	6 000	En partsgemensam utvecklingsgrupp ska särskilt behandla bl.a. frågor om arbetsmiljö (t.ex. hanteringen av företagshälsovård inom friskoleområdet).
Almega Tjänsteföretagen – SKTF	4 500	Som ovan
Elgrossisterna Arbetsgivareförening (EGA) – Tjänstemannaförbundet HTF	1 600	Parterna tillsätter en gemensam arbetsgrupp med uppdrag att ta fram riktlinjer som inriktas på tjänstemännens arbetssituation och som ska syfta till ett friskare arbetsliv med minskad sjukfrånvaro.
Almega Tjänsteförbunden (fastighetsarbetsgivarna) – Fastighetsanställdas Förbund Almega Tjänsteförbunden (bransch servicecentre-prenad) – Fastighetsanställdas Förbund och SEKO	26 500	Parterna enades om att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att bl.a. lägga fram ett förslag till arbetsmiljöavtal
Almega Tjänsteförbunden (fastighetsarbetsgivarna) – SEKO, SIF, HTF, Ledarna och CF	2 500	Parterna är ense om att inleda ett djupare samarbete inom arbetsmiljöområdet. En protokollbilaga har rubriken "Riktlinjer för Almega Fastighetsarbetsgivarnas arbetsmiljögrupp". Den ska vara en central och partsgemensam arbetsgrupp i arbetsmiljöfrågor och syfta till ett friskare arbetsliv och minskad sjukfrånvaro. Inriktningen av verksamheten rör utveckling av företagens tillämpning av regelverket, ett systematiskt och förebyggande arbetsmiljöarbete, utbildning av anställda med arbetsmiljöuppgifter, rehabilitering och <i>en god företagshälsovård</i> .

<i>Avtalsområde</i>	<i>Antal årsarbetare</i>	<i>Anmärkning</i>
Fastigo (Fastighetsbranschens Arbetsgivarorganisation) – Fastighetsanställdas Förbund	16 000	Parterna har enats om att göra en översyn av Samverkansavtalet och de däri ingående delarna – samverkan, arbetsmiljö, jämställdhet och kompetensutveckling
KFO – HRF	2 000	Parterna är ense om att uppta förhandlingar om arbetsmiljöavtal
Biltrafikens Arbetsgivarförbund, Bussarbetsgivarna, Flygarbetsgivarna, Sjöfartens Arbetsgivarförbund, Sveriges Hamnar – Tjänstemannaförbundet HTF och Sveriges Civilingenjörsförbund	23 000	En befintlig partsgemensam arbetsgrupp ska få utvidgat uppdrag. Den ska utarbetat metoder för arbetsorganisatorisk utveckling för ett friskare arbetsliv. Uppdraget ska också innefatta arbetsmiljöfrågor.
Bemanningsföretagen – Tjänsteförbundet HTF och Akademikerförbunden	25 000	Parterna är ense om att inleda ett djupare samarbete inom arbetsmiljöområdet och ska under första avtalsåret bilda en grupp för ändamålet eller utreda om parterna ska samarbeta med någon annan grupp inom Almegasfären
Almega Tjänsteföretagen – Hotell- och Restaurangfacket	700	I förhandlingsprotokollet till riksavtalet för <i>bingohallar</i> enades parterna om att anta en överenskommelse med rubriken "Förhållningsregler för arbetsmiljöfrågor för bingobranchen". I dessa förhållningsregler sägs bl.a. att parterna är överens om att samverka om utveckling av god, säker och utvecklande arbetsmiljö
Arbetsgivaralliansen Branschkommitté Ideella och Idéburna Organisationer – Tjänstemannaförbundet HTF, SKTF, CF m.fl. akademikerförbundet och Fastighetsanställdas Förbund Arbetsgivaralliansen Branschkommitté Idrott – Tjänstemannaförbundet HTF, CF m.fl och Fastighetsanställdas Förbund	11 000	Parterna är överens om att tillsätta den partsgemensamma arbetsgruppen "Arbetsmiljö". Den ska med utgångspunkt i Arbetsmiljöverkets föreskrift "Systematiskt arbetsmiljöarbete" och parternas "Samverkansavtal" försöka hitta vägar att förebygga ohälsa samt minska ohälsotalen. En tidsplan för gruppens arbete bestämdes med målsättningen att resultatet av arbetet ska kunna prövas i praktisk tillämpning före avtalsförhandlingarna år 2007.
<i>Summa</i>	<i>380 000</i>	

Statens offentliga utredningar 2004

Kronologisk förteckning

1. Ett nationellt program om person-säkerhet. Ju.
2. Vem tjänar på att arbeta? Bilaga 14 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
3. Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. + Bilagor. S.
4. Förnybara fordonsbränslen. Nationellt mål för 2005 och hur tillgängligheten av dessa bränslen kan ökas. M.
5. Från klassificering till urval. En översyn av Totalförsvarets pliktverk. Fö.
6. Översyn av personuppgiftslagen. Ju.
7. Ledningsrätt. Ju.
8. Folkbildning och lärande med ITK-stöd – en antologi om flexibelt lärande i folkhögskolor och studieförbund. U.
9. Bokpriskommissionens fjärde delrapport. Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter IV. Ku.
10. Rätten till skadestånd enligt konkurrenslagen. N.
11. Sveriges ekonomi – utsikter till 2020. Bilaga 1–2 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
12. Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn. S.
13. Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring. S.
14. Det ofullständiga pusslet. Behovet av att utveckla den ekonomiska styrningen och samordningen när det gäller länsstyrelserna. Fi.
15. Tolkförmedling. Kvalitet registrering tillsyn. Ju.
16. Digital Radio. Ku.
17. Turistfrämjande för ökad tillväxt. N.
18. Brottsförebyggande kunskapsutveckling. Ju.
19. Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
20. Genetik, integritet och etik. S.
21. Egenförsörjning eller bidragsförsörjning? Invandrarna, arbetsmarknaden och välfärdsstaten. Ju.
22. Allmänhetens insyn i partiets och valkandidatens intäkter. Ju.
23. Från verksförordning till myndighetsförordning. Fi.
24. Utlandstjänstens villkor. Arbetsvillkor, ersättningssystem och skatteregler för statligt anställda under utlandsstationering. UD.
25. Informera om samhällets säkerhet. Fö.
26. Arbetstid vid vägtransporter – förslag till ny lag. N.
27. En Ny Doktorsutbildning – kraftsamling för excellens och tillväxt. U.
28. Hyressättning av vissa ändamålsbyggnader. Fi.
29. Tre vägar till den öppna högskolan. U.
30. Folkbildning i brytningstid – en utvärdering av studieförbund och folkhögskolor. U.
31. Flyktingskap och könsrelaterad förföljelse. UD.
32. Informationssäkerhet i Sverige och internationellt – en översikt. Fö.
33. Kunskap för integration. Om makt i skola och utbildning i mångfaldens Sverige. Ju.
34. Regional utveckling – utsikter till 2020. Bilaga 3 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
35. Utan timplan – med målen i sikte. U.
36. Reformerade egendomsskatter. Fi.

37. Miljöbalkens sanktionssystem och hänsynsregler. M.
38. Alternativ för miljöbalkens prövningsorganisation. M.
39. Nytt regelverk för marksänd digital-TV. Ku.
40. Kortare instanskedja och ökad samordning. Alternativ för plan- och bygglagens prövningsorganisation. M.
41. Totalförsvarets forskningsinstitut. En översyn. Fö.
42. Lärare, forskare och läkare – tre kompetenser i en befattning. U.
43. Den könsuppdelade arbetsmarknaden. N.
44. Kan vi räkna med de äldre? Bilaga 5 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
45. Nationaldagen – ny helgdag. Ju.
46. Svensk kod för bolagsstyrning. Förslag från Kodgruppen. Ju.
47. Näringslivet och förtroendet. + Bilagedel. Ju.
48. Kategorisering och integration. Om föreställda identiteter i politik, forskning, media och vardag. Ju.
49. Engagemang, mångfald och integration. Om möjligheter och hinder för politisk jämlikhet. Ju.
50. Skolans ansvar för kränkningar av elever. U.
51. Vem får vara med? En belysning av folkbildningens relation till icke deltagarna. U.
52. Samhällets behov av betaltjänster. N.
53. Bevara ljud och rörlig bild. Insamling, migrering – prioritering. U.
54. Handikappolitisk samordning – organisation för strategi och genomförande. S.
55. Ett utvidgat skydd mot könsdiskriminering. Ju.
56. E-tjänster för alla. Fi.
57. Tillsyn för säkra varor och öppna marknader. UD.
58. Försvarshögskolan. En översyn. Fö.
59. Kvinnors organisering. Ju.
60. Samspel och integration. Nationell organisation för deltagande i EU:s forsknings- och utvecklingsarbete. U.
61. En översyn av Brottsoffermyndigheten. Ju.
62. Handla för bättre klimat – handel med utsläppsrätter 2005–2007, m.m. N.
63. Skatt på väg. Fi.
64. Allmänna vattentjänster. M.
65. En statsförvaltning i utveckling och förnyelse. Fi.
66. Egendomsskatter. Reform av arvs- och gåvoskatter. Fi.
67. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2004. M.
68. Sammanhållen hemvård. S.
69. Marknadsmisshandling. Fi.
70. Tid och pengar – dela lika? Bilaga 13 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
71. Sexuell exploatering av barn i Sverige. S.
72. Utsädeskontroll i förändring. Jo.
73. Migration och integration – om framtidens arbetsmarknad. Bilaga 4 till Långtidsutredningen 2003/04. Fi.
74. Utlänningslagstiftningen i ett domstolsperspektiv. UD.
75. Insyn och sekretess – i statliga företag – i internationellt samarbete. Ju.
76. Godstransporter – noder och länkar i samspel. N.
77. Snö, mörker och kyla. Fö.
78. Byggnadsdeklarationer. Inomhusmiljö och energianvändning. M.
79. Allt ljus på storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal? Förslag till nationellt utvärderingsprogram. Ju.
80. Kompletterande bestämmelser till den nya Bryssel II-förordningen. Ju.
81. Ett steg mot ett enklare och snabbare skuldsaneringsförfarande. Ju.
82. Sluta strunta i EU – EU 2004-kommitténs förslag till permanent bidragsgivning och utåtriktad verksamhet. SB.
83. Hjälpmedel. + Lättläst, DAISY och sammanfattning på teckenspråk. S.
84. SWENTEC AB – för en nationell kraftsamling på svensk miljöteknik. N.
85. Genomförande av direktivet om information och samråd. N.
86. Var går gränsen? S.

87. Ny reglering för transporter av farligt gods. Fö.
88. Tobakskontroll i internationellt perspektiv. S.
89. Verksamheten vid IMEGO AB. U.
90. Bokpriskommissionens femte delrapport. Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter V. Ku.
91. Reformerad hyressättning. Ju.
92. En samlad järnvägslagstiftning. + Bilagedel. N.
93. Lönegarantiförsäkring – en partsfråga. Fi.
94. K-märkt.
Förslag till förbättrat skydd för kulturhistoriskt värdefull bebyggelse. K.
95. PROSPEKT. Nya regler om prospekt m.m. Fi.
96. Remissvaren på 2003/04 års Långtidsutredning. Fi.
97. Att lyfta matematiken – intresse, lärande, kompetens. U.
98. För oss tillsammans. Om utbildning och utvecklingsstörning. U.
99. Kärnavfall – demokrati och vetenskap. M.
100. Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn. Fi.
101. Genomförande av tjänstepensionsdirektivet. Fi.
102. Ekonomisk brottslighet inom taxinäringen. N.
103. LSS – Särskilt personligt stöd. + Lättläst sammanfattning, DAISY och sammanfattning på teckenspråk. S.
104. Att lära för hållbar utveckling. U.
105. Utdelning av överskott i inkomstpensionssystemet. S.
106. Folkbokföringsuppgifter hos arkivmyndigheterna. Integritet – Effektivitet – Tillgänglighet. Ku.
107. Att granska och pröva ansvar i kommuner och landsting. + Bilaga. Fi.
108. Personskyddet för den centrala statsledningen. Ju.
109. Energideklarering av byggnader. För effektivare energianvändning. N.
110. Gränskontrollag – effektivare gränskontroll. Ju.
111. Ny vallag. Ju.
112. Frågor om Förmyndare och ställföreträdare för vuxna. Band I-III. Ju.
113. Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder. N.

Statens offentliga utredningar 2004

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Sluta strunta i EU

- EU 2004-kommitténs förslag till permanent bidragsgivning och utåtriktad verksamhet. [82]

Justitiedepartementet

Ett nationellt program om personsäkerhet. [1]

Översyn av personuppgiftslagen. [6]

Ledningsrätt. [7]

Tolkförmedling. Kvalitet registrering tillsyn. [15]

Brottsförebyggande kunskapsutveckling. [18]

Egenförsörjning eller bidragsförsörjning? Invandrarna, arbetsmarknaden och välfärdsstaten. [21]

Allmänhetens insyn i partiets och valkandidatens intäkter. [22]

Kunskap för integration. Om makt i skola och utbildning i mångfaldens Sverige. [33]

Nationaldagen – ny helgdag. [45]

Svensk kod för bolagsstyrning.

- Förslag från Kodgruppen. [46]

Näringslivet och förtroendet. + Bilagedel. [47]

Kategorisering och integration. Om föreställda identiteter i politik, forskning, media, och vardag. [48]

Engagemang, mångfald och integration.

- Om möjligheter och hinder för politisk jämlikhet. [49]

Ett utvidgat skydd mot könsdiskriminering. [55]

Kvinnors organisering. [59]

En översyn av Brottsoffermyndigheten. [61]

Insyn och sekretess

- i statliga företag
- i internationellt samarbete. [75]

Allt ljus på storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal?

- Förslag till nationellt utvärderingsprogram. [79]

Kompletterande bestämmelser till den nya Bryssel II-förordningen. [80]

Ett steg mot ett enklare och snabbare skuldsaneringsförfarande. [81]

Reformerad hyressättning. [91]

Personskyddet för den centrala statsledningen. [108]

Gränskontrolllag

- effektivare gränskontroll. [110]

Ny vallag. [111]

Frågor om Förmyndare och ställföreträdare för vuxna. Band I–III. [112]

Utrikesdepartementet

Utlandstjänstens villkor. Arbetsvillkor, ersättningssystem och skatteregler för statligt anställda under utlandsstationering. [24]

Flyktingskap och könsrelaterad förföljelse. [31]

Tillsyn för säkra varor och öppna marknader. [57]

Utlänningslagstiftningen i ett domstolsperspektiv. [74]

Försvarsdepartementet

Från klassificering till urval. En översyn av Totalförsvarets pliktverk. [5]

Informera om samhällets säkerhet. [25]

Informationssäkerhet i Sverige och internationellt – en översikt. [32]

Totalförsvarets forskningsinstitut.
En översyn. [41]
Försvarshögskolan. En översyn. [58]
Snö, mörker och kyla. [77]
Ny reglering för transporter av farligt gods. [87]

Socialdepartementet

Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.
+ Bilagor. [3]
Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn. [12]
Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring. [13]
Genetik, integritet och etik. [20]
Handikappolitisk samordning – organisation för strategi och genomförande. [54]
Sammanhållen hemvård. [68]
Sexuell exploatering av barn i Sverige. [71]
Hjälpmedel. + Lättläst, DAISY och sammanfattning på teckenspråk. [83]
Var går gränsen? [86]
Tobaks kontroll i internationellt perspektiv. [88]
LSS – Särskilt personligt stöd. + Lättläst sammanfattning, DAISY och sammanfattning på teckenspråk. [103]
Utdelning av överskott i inkomstpensions-systemet. [105]

Finansdepartementet

Vem tjänar på att arbeta? Bilaga 14 till Långtidsutredningen 2003/04. [2]
Sveriges ekonomi – utsikter till 2020. Bilaga 1–2 till Långtidsutredningen 2003/04. [11]
Det ofullständiga pusslet. Behovet av att utveckla den ekonomiska styrningen och samordningen när det gäller länsstyrelserna. [14]
Långtidsutredningen 2003/04. [19]
Från verksförordning till myndighetsförordning. [23]
Hyressättning av vissa ändamålsbyggnader. [28]
Regional utveckling – utsikter till 2020. Bilaga 3 till Långtidsutredningen 2003/04. [34]
Reformerade egendomsskatter. [36]

Kan vi räkna med de äldre? Bilaga 5 till Långtidsutredningen 2003/04. [44]
E-tjänster för alla. [56]
Skatt på väg. [63]
En statsförvaltning i utveckling och förnyelse. [65]
Egendomsskatter. Reform av arvs- och gåvoskatter. [66]
Marknadsmisbruk. [69]
Tid och pengar – dela lika? Bilaga 13 till Långtidsutredningen 2003/04. [70]
Migration och integration – om framtidens arbetsmarknad. Bilaga 4 till Långtidsutredningen 2003/04. [73]
Lönegarantiförsäkring – en partsfråga. [93]
PROSPEKT. Nya regler om prospekt m.m. [95]
Remissvaren på 2003/04 års Långtidsutredning. [96]
Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn. [100]
Genomförande av tjänstepensionsdirektivet. [101]
Att granska och pröva ansvar i kommuner och landsting. + Bilaga. [107]

Utbildningsdepartementet

Folkbildning och lärande med ITK-stöd – en antologi om flexibelt lärande i folkhögskolor och studieförbund. [8]
En Ny Doktorsutbildning – kraftsamling för excellens och tillväxt. [27]
Tre vägar till den öppna högskolan. [29]
Folkbildning i brytningstid – en utvärdering av studieförbund och folkhögskolor. [30]
Utan timplan – med målen i sikte. [35]
Lärare, forskare och läkare – tre kompetenser i en befattning. [42]
Skolans ansvar för kränkningar av elever. [50]
Vem får vara med? En belysning av folkbildningens relation till icke deltagarna. [51]
Bevara ljud och rörlig bild. Insamling, migrering – prioritering. [53]
Samspel och integration. Nationell organisation för deltagande i EU:s forsknings- och utvecklingsarbete. [60]

Verksamheten vid IMEGO AB. [89]
Att lyfta matematiken
– intresse, lärande, kompetens. [97]
För oss tillsammans. Om utbildning
och utvecklingsstörning. [98]
Att lära för hållbar utveckling. [104]

Jordbruksdepartementet

Utsädeskontroll i förändring. [72]

Kulturdepartementet

Bokpriskommissionens fjärde delrapport.
Det skall vara billigt att köpa böcker och
tidskrifter IV. [9]
Digital Radio. [16]
Nytt regelverk för marksänd digital-TV.
[39]
Bokpriskommissionens femte delrapport.
Det skall vara billigt att köpa böcker och
tidskrifter V. [90]
K-märkt.
Förslag till förbättrat skydd för kultur-
historiskt värdefull bebyggelse. [94]
Folkbokföringsuppgifter hos arkiv-
myndigheterna. Integritet – Effektivitet
– Tillgänglighet. [106]

Miljödepartementet

Förnybara fordonsbränslen. Nationellt
mål för 2005 och hur tillgängligheten av
dessa bränslen kan ökas. [4]
Miljöbalkens sanktionssystem och
hänsynsregler. [37]
Alternativ för miljöbalkens prövnings-
organisation. [38]
Kortare instanskedja och ökad samord-
ning. Alternativ för plan- och bygg-
lagens prövningsorganisation. [40]
Allmänna vattentjänster. [64]
Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2004.
[67]
Byggnadsdeklarationer. Inomhusmiljö och
energianvändning. [78]
Kärnavfall – demokrati och vetenskap. [99]

Näringsdepartementet

Rätten till skadestånd enligt konkurrens-
lagen. [10]
Turistfrämjande för ökad tillväxt. [17]
Arbetstid vid vägtransporter – förslag till
ny lag. [26]

Den könsuppdelade arbetsmarknaden. [43]
Samhällets behov av betaltjänster. [52]
Handla för bättre klimat – handel med
utsläppsätter 2005–2007, m.m. [62]
Godstransporter – noder och länkar i
samspel. [76]
SWENTEC AB – för en nationell kraft-
samling på svensk miljöteknik. [84]
Genomförande av direktivet om informa-
tion och samråd. [85]
En samlad järnvägslagstiftning.
+ Bilagedel. [92]
Ekonomisk brottslighet inom taxi-
näringen. [102]
Energideklarering av byggnader. För
effektivare energianvändning. [109]
Utveckling av god företagshälsovård
– ny lagstiftning och andra åtgärder.
[113]