

En intervjubaserad nulägesbeskrivning av

# Företagshälsovården hösten 2008



## INNEHÅLL:

Förord.....	3
Sammanfattning .....	4
1. Vårt uppdrag .....	8
2. Hur vi har arbetat .....	9
2.1 Vår referensram .....	9
2.2 Undersökningsmetod .....	10
4. Resultat från intervjuer och fokusgrupper .....	15
4.1 Inledning .....	15
4.2 Sammanfattande resultat från fokusgrupper och intervjuer.....	15
4.2.1 Inledning .....	15
4.2.2 Fokusgrupper .....	16
4.2.3 Intervju med företagshälsovårdsföretag.....	17
4.2.4 Inbyggd företagshälsovård.....	18
4.2.5 Intervjuer med kundföretagens representanter .....	18
4.2.6 Intervjuer med fackliga representanter och regionala skyddsombud .....	19
4.2.7 Intervjuer/fokusgrupper offentlig verksamhet.....	19
4.2.8 Intervju med FSF och Försäkringskassan.....	21
4.3 Resultatredovisning efter olika frågeområden .....	22
4.3.1 Vilka tjänster köps mest?.....	22
4.3.2 Företagens relation till andra aktörer .....	22
4.3.3 Sjukfrånvarohantering .....	23
4.3.4 Synen på nya rehabkedjan .....	23
Faktaruta statliga åtgärder.....	24
5. Diskussion och analys.....	26
5.1 Parternas roll i arbetsmiljöarbetet .....	26
5.2 Situationen för små företag.....	26
5.3 Samarbete mellan arbetsgivare .....	27
5.4 Mera stress och psykosociala problem .....	27
5.5 Företagshälsovårdens roll inom andra områden .....	29
5.6 Företagshälsovårdens tjänsteutbud .....	29
5.7 Synen på primärvård .....	30
5.8 Upphandlingsprocessen .....	31
5.9 Tjänsteleverantör eller strategisk partner?.....	32
5.10 Vad hindrar företagen från att köpa en sammanhållen företagshälsovård?.....	33
5.11 Arbetsmiljö, hälsa och företagshälsovård.....	34
Bilaga 1: Sammanfattning av litteraturoversikt.....	35

## Förord

I vårt arbete med denna rapport har vi haft stor nytta av synpunkter från deltagarna i Prevents referensgrupp för projektet "Företagshälsovård anpassad till arbetslivets behov". Särskilt gäller detta det frågeschema som bildat underlag för intervjuer och fokusgrupper. Fokusgrupperna har inte kunnat genomföras utan hjälp från Krister Skoglund och Inga-Lena Jätfors på Prevents kansli. Ett stort tack till alla! Ett särskilt tack också till Eric Jannerfeldt som gett många bra synpunkter på olika versioner av vår rapport!

Vi svarar dock ensamma för denna rapport med ev kvarstående fel och brister.

Åsa Axelsdotter Hök  
Stig Tegle

## Sammanfattning

### **Snabbversionen:**

<b>Projektets delprojekt mål</b>	<b>Resultat enligt denna rapport</b>
Att kartlägga utnyttjandegrad och inriktning på de tjänster som köps.	De traditionella tjänsterna (hälsoundersökningar, rehabåtgärder, arbetsmiljöanalyser) dominerar fortfarande.
Att kartlägga den ev diskrepans som finns mellan vad man vill köpa och vad som erbjuds (inkl orsaker).	Arbetsplatserna köper de företagshälsovårds-tjänster man vill köpa och är nöjda med dem. Både köpare och säljare är dock passiva vid upphandling, och utvärdering av företagsnyttan sker sällan.
Att analysera arbetsplatsernas syn på förslag på den nya inriktningen av företagshälsovården.	I allmänhet vaga uppfattningar. Företag i allmänhet – dock inte alla – är skeptiska medan fackliga representanter är mera positiva.
Att undersöka inställning och behov hos företagen i frågor om omställning i form av t ex arbetsgivarvården eller tjänster närliggande företagshälsovårdens.	Varken inom arbetsmiljöarbete i allmänhet eller inom företagshälsovården sker något samarbete och det finns inte heller några tankar om framtiden kring detta.

### **Vår metod**

Hur skall man anpassa dagens företagshälsovård till arbetslivets behov? Detta är huvudfrågan i det projekt som arbetsmarknadens parter har startat kring företagshälsovården. Denna rapport – som är en lägesbeskrivning - är *en* del i detta projekt.

Vår undersökning har baserats på omfattande djupintervjuer och fokusgrupper med sammanlagt 97 personer. Dessa personer har valts ut från olika grupper: privata företag som potentiella köpare av företagshälsovård (uppdelade i storlek, bransch, region), företag som säljer företagshälsovård, offentliga förvaltningar som köper företagshälsovård (kommun, landsting, stat), fackliga representanter (inkl regionala skyddsombud) samt representanter för Försäkringskassan och Föreningen Svensk Företagshälsovård.

## **Våra utgångspunkter**

Våra utgångspunkter i arbetet med denna rapport har varit två:

1. Diskussionen om företagshälsovård ska egentligen inte fokusera på företagshälsovård utan om arbetsförhållandena på våra arbetsplatser. Yttersta syftet med företagshälsovård – att bidra till att skapa säkra, hälsofrämjande, utvecklande och produktiva arbetsförhållanden - glöms ofta bort. Det viktigaste är inte vad som köps eller för hur mycket eller av vem, utan det viktigaste är att företagsledningen får stöd i sitt arbete. Kan detta göras med egna resurser är det bra, görs detta med stöd av företagshälsovården är det bra och görs det med annat stöd går det också bra. Alla medel som fungerar är bra och olika arbetsplatser har olika behov.
2. Man måste skilja på företagshälsovården som å ena sidan allmänt begrepp och de funktioner som anges i lagstiftning mm och - å den andra - de företag (branschen) som levererar tjänster som vanligtvis kallas företagshälsovård och som kallar sig företagshälsovård eller liknande. Företagshälsovårdsbranschen är marknadsanpassad och har i dagsläget inget uttalat samhällsansvar att leverera vissa tjänster. Ansvaret att köpa in och avtala om företagshälsovård ligger på arbetsgivaren. Att ha ett avtal med en företagshälsovård borgar i sig inte för förbättringar - det gör ett aktivt hälso- och arbetsmiljöarbete med stöd bland annat av företagshälsovården när de egna resurserna inte räcker till. Det finns inte heller krav på leverantörerna vad gäller om man vill kalla sin verksamhet för företagshälsovård eller sälja sina tjänster under andra beteckningar.

En annan generell slutsats är att arbetsplatserna i allmänhet har ambitiösa mål kring att förbättra den fysiska arbetsmiljön och att parterna har ett bra samarbete kring arbetsmiljön. Undantaget kan sägas gälla små företag med 10-20 anställda med betoning på tjänsteföretag inom servicenäringarna (restaurang, städ, handel). Vår undersökning pekar dock på att den psykosociala arbetsmiljön upplevs som allt sämre (ökad stress) och att den psykosociala arbetsmiljön i allmänhet hamnar utanför både företagsledningens och företagshälsovårdens omedelbara fokus.

## **Resultat av djupintervjuer och fokusgrupper (avsn 4)**

### **Djupintervjuer**

#### Arbetsplatser som köper företagshälsovårdstjänster

De flesta är ganska nöjda med företagshälsovårdens tjänster, men ser inte heller några alternativ. Många pekar på att det finns flera brister hos dagens företagshälsovård: brist på initiativ, analys och affärsmässighet samt brist på bra administrativa rutiner.

Den vanligaste uppfattningen bland de ledningar som köper företagshälsovårdande tjänster är att de företagshälsovårdsföretagen är relativt passiva och dåliga på analyser och återkopplingar av genomfört arbete. Dvs man besöker inte företaget så ofta, man är inte med i skyddskommittéer, etc. Det finns dock exempel på motsatsen men dessa företag tillhör enligt denna undersökning en minoritet.

### Företag som säljer företagshälsovårdstjänster

Det finns stora skillnader mellan små och stora aktörer och flera försöker öka affärsmöjligheterna genom att positionera sig som strategisk företags(hälso)partner med ett vidare spektrum av företagsstödjande tjänster, snarare än enbart tjänsteleverantör. De ”traditionella” tjänsterna (rehabilitering, hälsokontroller, arbetsmiljöarbete) står dock för den absoluta majoriteten av företagets omsättning. Även om företagshälsovården försöker bredda sig så är det svårt. Det visar sig också i branschstrukturen där företag tampas med låg lönsamhet och där konsolideringen fortsätter genom att små företagshälsor läggs ner eller köps upp av större.

Vid intervjuerna framträder branschen som ganska intakt. Man konkurrerar (fortfarande) mest med andra företagshälsovårdsföretag och i liten utsträckning med nya konsultföretag som säljer andra stödtjänster (HR, organisations- och chefsutveckling, mm).

### Fackliga representanter och regionala skyddsombud

De flesta är överlag positiva till företagshälsovården och dess tjänster såväl till samverkan kring arbetsmiljöarbetet med företagsledningen. Fackliga representanter tycker inte att företagshälsovård generellt är en stor fråga utom vad gäller tillgången till företagshälsovård i mindre företag och vad gäller frekvens av hälsoundersökningar (man vill i allmänhet ha flera). Man saknar också ofta återkoppling kring de utredningar och analyser kring arbetsmiljön, rehabiliteringsutredningar, riskanalyser mm som arbetsgivaren genomför.

### **Fokusgrupper<sup>1</sup>**

Deltagarna har i allmänhet en vag uppfattning om vad företagshälsovården erbjuder, vilka de är eller vad den kostar. Företagshälsovården verkar skötas av personalavdelningen eller liknande. ”Linjeorganisationen” är inte involverad utan använder företagshälsovården främst när man blir kallad på undersökning. Företagshälsovård förknippas primärt med hälsokontroller, friskvård och i en del fall med rehabilitering.

De flesta upplever arbetsplatsens fysiska arbetsmiljö som bra. Företagsledningarna är medvetna om arbetsmiljöns betydelse, med betoning på den fysiska arbetsmiljön och försöker aktivt undanröja hälsorisker. Om det finns problem i den fysiska arbetsmiljön så har både anställda och företagsledning ofta samma uppfattning om problemen och arbetar tillsammans för att hantera problemen. Undantagen är snabbväxande serviceföretag och större företag som arbetar under internationell konkurrens eller utländskt ägande, där förefaller man inte arbetat lika aktivt med arbetsmiljöfrågorna.

I många (tjänste)företag är de fysiska arbetsmiljöproblemen relativt få. Det är snarare osynliga psykosociala problem (stress) som blir problematiska när de uppdragas och får efterverkningar i form av utbrändhet mm. Här tycker flera av deltagarna att arbetsgivaren borde satsa mer på att undanröja även dessa ohälsoproblem.

---

<sup>1</sup> Deltagarna i fokusgrupperna bestod av deltagare i Prevents grundläggande arbetsmiljöutbildning (7 grupper) samt kommunala personaldirektörer (1 grupp).

Mycket uppskattat är mer eller mindre subventionerade tjänster i form av massage, naprapat och gym. Medarbetarenkäter är vanliga i framför allt större (tjänste)företag men många är tveksamma till om – och i så fall hur – resultatens tas tillvara av företagsledningen. Många företag har också ambitiösa program kring friskvård med friskvårdsinformation, stöd till fysisk aktivitet, utbildning av hälso-coacher bland de anställda, etc.

#### Offentlig verksamhet

De offentliga myndigheterna och statliga bolag skiljer sig inte nämnvärt från de stora privata företagen i sin syn på företagshälsovården och i sitt arbetsmiljöarbete. Storleken på organisation är den främsta gemensamma nämnaren.

*Kommuner* är ofta ambitiösa i sitt arbete och gör trots knappa resurser insatser för att sänka den generellt sett höga sjukfrånvaron. De har företagshälsovård i mindre omfattning och väljer istället egna lösningar och stöd av andra leverantörer. Många kommuner köper tjänster som sjuk- och friskanmälan och personalstöd.

Kommunerna är olika och arbetar under olika förutsättningar, beroende på storlek, geografisk placering mm. Ett generellt problem enligt den *kommunala fokusgruppen* är dock att personal- och HR-verksamhet inte ses som en integrerad del i operativa chefers ordinarie ansvar. Ju mera specialiserad HR blir, desto större risk för att HR-frågor blir "egen butik" utanför linjen. Facken driver dessa frågor (gäller också SAM, mångfald, jämställdhet etc) som stuprörsfrågor, vilket inte anses bra. Flera kommuner är negativa till att köpa primärvård via företagshälsovården. Flera kommuner jobbar också aktivt med att den företagshälsovård man upphandlar ska bli mera proaktiv kring förebyggande verksamhet och kring grupp och organisation. Att ta in primärvård skulle vara ett steg i motsatt riktning enligt dessa kommunrepresentanter.

Flera kommuner har också dåliga erfarenheter av hur proaktiva företagshälsovårdsföretagen är. Kommunerna vill handla upp en strategisk partner och saknar bra diskussionsstöd. Det finns problem med ett alltför decentraliserat system för avrop/upphandling av företagshälsovårdstjänster inom en kommun. Många lägre chefer är fortfarande kvar i en "gammal" syn på företagshälsovård som lika med sjukvård. Om inte företagshälsovården eller personalavdelningen aktivt försöker förändra den synen sker ingen förändring.

De *landsting* vi intervjuat har inbyggd företagshälsovård. I ett fungerar detta mindre bra, i de andra två mycket bra. De centralt ansvariga har ingen direkt styrning över vad som ska/bör köpas i av verksamheterna, utan företagshälsovårdsenheten bestämmer själva sitt utbud och hur de ska jobba. De centrala beställarna tycker att kunskapen är ganska låg i förvaltningarna om hur man kan nyttja företagshälsovården, konsekvensen blir att det är stora skillnader i vad som köps av förvaltningarna.

### Skillnader offentliga-privata arbetsplatser

Enligt denna undersökning finns mycket små skillnaderna generellt mellan privata och offentliga företag/arbetsplatser vad gäller företagshälsovårdens funktioner och uppfattningar kring dessa. Skillnaderna är betydligt större mellan stora och små arbetsplatser – både inom den privata och inom den offentliga sektorn.

### **Läsanvisning**

Resultaten som sammanfattats ovan finns redovisade i mera detalj i *avsnitt 4*. *Avsnitt 5* innehåller en mera problemorienterad diskussion och analys av våra resultat.

## **1. Vårt uppdrag**

Parterna på arbetsmarknaden har initierat ett projekt ”Företagshälsovård anpassad till arbetslivets behov” som samordnats av Prevent. Projektet har haft en styrande referensgrupp med representanter för arbetsmarknadsparterna. Som en första del i projektet genomförs en *nulägesbeskrivning* som ska bilda underlag till parternas fortsatta arbete med att ta fram åtgärder som är nödvändiga för att den nya företagshälsovården ska fungera som en effektiv resurs i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet.

För att genomföra nulägesbeskrivningen har Humla konsult samt Tegle Jansson och Partners AB anlåtats.

Vår nulägesbeskrivning består av två delar. En del är en litteratur- och faktaöversikt som fokuserar främst på kvantitativa data som hämtats ur större studier, i huvudsak enkätstudier. Den andra delen är en intervjubaserad kvalitativ studie som ger en djupare bild av frågeställningarna.

Uppdraget är att i nulägesbeskrivningen:

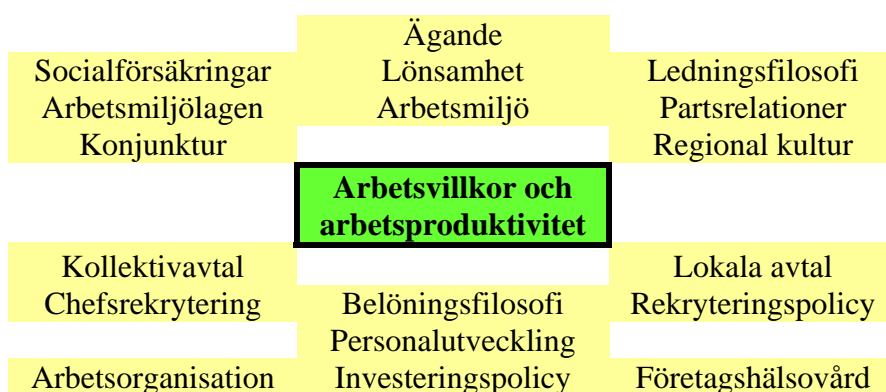
- Kartlägga utnyttjandegrad och inriktning på de tjänster som köps
- Kartlägga den ev diskrepans som finns mellan vad man vill köpa och vad som erbjuds (inkl orsaker)
- Analysera arbetsplatsernas syn på förslag på den nya inriktningen av företagshälsovården
- Undersöka inställning och behov hos arbetsplatserna i frågor om omställning i form av t ex arbetsgivningar eller tjänster närliggande företagshälsovårdens.

## 2. Hur vi har arbetat

### 2.1 Vår referensram<sup>2</sup>

Arbetsplatsen är en social organisation vars rörelsefrihet styrs på många sätt, främst genom kravet på kostnadseffektiv och lönsam produktion och på bra arbetsvillkor för de anställda. Det finns många faktorer – varav företagshälsovårdens stöd är en - som påverkar hur arbetsvillkor och arbetsproduktivitet utvecklas på ett företag eller på en arbetsplats. Många av dessa faktorer kan företagsledning och chefer och fackliga organisationer påverka – var för sig och tillsammans - men det finns också faktorer som är omvärldsbaserade (se fig nedan).

Fig 1: Exempel på faktorer som påverkar arbetsvillkor och arbetsproduktivitet



I detta projekt analyseras företagshälsovårdens betydelse för arbetsvillkor och arbetsproduktivitet med utgångspunkt i att alla andra faktorer (se exempel ovan) är oförändrade. Detta är en viktig utgångspunkt för analysen och innebär att projektet skall fokusera på det som är unikt i de företagshälsovårdande tjänsternas betydelse för villkor och produktivitet. Samtidigt bör projektet också uppmärksamma företagshälsovårdens beroende av andra faktorer (se ovan) på arbetsplatsen som är viktiga för att företagshälsovårdande tjänster skall fungera optimalt. Det bör dock poängteras att projektets huvudsyftesyfte *inte* är att analysera relationer och samband mellan de faktorer som illustreras i figuren ovan.

Företagshälsovården styrs i Arbetsmiljölagen och dess beskrivning har också varit utgångspunkten i vårt fortsatta arbete:

”Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.” (AML, kap 3, § 2b). ”Inom företagshälsovården behövs därför breda kunskaper i till exempel arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik”. (AFS 2001:1).

<sup>2</sup> Baserat på PM 2008-09-03, Axelsdotter Hök, Å & Tegle, S, ”Förslag till projektdesign mm: En nyanserad aktörsorienterad kvalitativ bild av svensk företagshälsovård i dag”, Prevent 2008.

## 2.2 Undersökningsmetod

Projektet har använt sig av tre huvudmetoder:

1. Litteratur- och faktaöversikt svensk företagshälsovård
2. Intervjuer med representanter för företag, fackliga organisationer mfl (49 personer)
3. Fokusgrupper (8 fokusgrupp med sammanlagt 47 deltagare)

Litteratur- och faktaöversikten gjordes först i projektet för att få underlag till problemställningar mm (bilaga 1). Inför intervjuer och fokusgrupper producerades också ett frågeschema för styrning av frågor och diskussion.

### 2.2.1 Fokusgrupper

Sammanlagt genomfördes 8 fokusgrupper under hösten 2008 med sammanlagt 47 deltagare. För närmare redovisning se tabell 1 nedan.

Tabell 1: Genomförda fokusgrupper

Aktivitet	Antal grupper
Företag i Sthlm	4
Företag utanför Sthlm (Malmö, Göteborg)	3
Primärkommuner	1
<b>Summa fokusgrupper:</b>	<b>8</b>

Fokusgrupperna för företag har baserats på deltagarna i Prevents tredagars grundutbildning på arbetsmiljöområdet (BAM-kurs). Deltagarna har varit skyddsombud och arbetsledare på lägre nivåer. I samband med utskick av program skickades också information om (frivilligt) deltagande i fokusgrupp i direkt anslutning till sista punkten under dag 2.

39 personer deltog i fokusgrupperna med geografiskt fördelning enligt följande: Stockholms län 16 deltagare, Västra Götaland 8, Skåne-Blekinge-Småland 8, Gävle 2, Uppsala 2 samt Mälardalen 3 deltagare. 13 deltagare var kvinnor och 26 män. Branschmässigt var fördelningen enligt tabell 2 nedan

Tabell 2: Branschfördelning 39 deltagare fokusgrupper företag

Bransch	Antal delt
Företagsservice	7
Tillverkning	5
Transport	4
El- & kraft	4
Fastighetsförvaltning	3
Miljöteknik	3
Kemi & läkemedel	3
Restaurang	3
Offentlig förvaltning	3
Telekom	2
Försäkring	1
Intresseorg	1
Summa:	39

Dessutom har en fokusgrupp genomförts med personaldirektörer i de åtta största kommunerna exkl Stockholm, Malmö och Göteborg.

### 2.2.2 Djupintervjuer

Sammanlagt 49 *djupintervjuer* genomfördes under hösten 2008 (se tabell 3 nedan). 28 intervjuer genomfördes med representanter för olika *företag* (inkl 6 fackliga representanter) i den privata sektorn.

Tabell 3: Genomförda djupintervjuer

<b>Aktivitet</b>	<b>Antal pers</b>
FHV-företag (inkl 1 kommunal)	6
F-kassan	1
Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF)	1
Företag inkl 6 fackl.repr	28
Offentlig verksamhet	2
Regionala skyddsombud (små företag)	8
Landsting	3
<b>Summa djupintervjuer:</b>	<b>49</b>

#### Djupintervjuer företagsrepresentanter

Sammanlagt intervjuades 22 representanter för lika många företag. Samtliga intervjuade representerade företagsledningen (personalchef, arbetsmiljöansvarig, vd, etc). Fördelningen efter företagsstorlek (antal anställda) var: stora företag (650-5.800 anst) 8 st, mellanstora företag (150-650 anst) 8 st samt små företag (45-150 anst) 6 st. Branschmässigt var fördelningen enligt tabell 4 nedan.

Tabell 4: Fördelning branscher, 22 intervjuade företagsrepresentanter

<b>Bransch</b>	<b>Antal företag</b>
Verkstad	5
Handel	4
Företagstjänster	4
Bygg	3
Läkemedel	2
Bostadsförvaltning	2
Livsmedel	2

Geografisk fördelade sig de intervjuade företagen enligt tabell 5.

Tabell 5: Geografisk fördelning 22 intervjuade företag

Län	Antal företag
Stockholm	8
Skåne	4
Va Götaland	4
Småland	2
Dalarna	2
Värmland	1
Östergötland	1

#### Intervjuer offentlig verksamhet

Sammanlagt 5 intervjuer gjordes med representanter (personalstrateg, arbetsmiljöansvarig) för en statlig myndighet (polisen), en kommun (Stockholm stad) samt tre landsting (Va Götaland, Värmland, Västernorrland).

#### Intervjuer företagshälsovårdsföretag.

Sammanlagt 6 företag eller enheter som levererar företagshälsovårdstjänster intervjuades. Av dessa var 2 inbyggd företagshälsovård (Huddinge kommun, SSAB). Bland resterande 4 privata företagshälsovårdsföretag fanns ett stort företag med verksamhet i hela landet (Previa) samt 3 mindre företag i Skellefteå, Malmö och i Karlstad.

#### Intervjuer fackliga representanter och regionala skyddsombud

Sammanlagt 14 fackliga representanter – varav 8 regionala skyddsombud – intervjuades. 6 fackliga representanter intervjuades på lika många företag där vi tidigare intervjuat företagsledningen. Branschmässigt fördelades dessa 6 personer på handeln (2 personer), livsmedelsindustri (1), byggnadsverksamhet (1), verkstadsindustri (1) samt fastighetsförvaltning (1).

Av de 8 regionala skyddsombuden representerade 4 st Unionen (industri, handel, transport) och 4 st LO-förbund (livsmedelsindustri, transport, byggnads, fastighetsförvaltning). Regionalt fördelade sig de regionala skyddsombuden enligt följande (1 från vardera): Skåne, Va Götaland, Västerbotten, Värmland, Borås, Mälardalen, Skaraborg samt Luleå.

### **2.2.3 Urvalsmetod**

I samarbete med projektgruppen bestämdes antal fokusgrupper och antal intervjupersoner. Antalet intervjupersoner fördelades sedan efter uppdelning i företag, företagshälsovårdsföretag, fackliga representanter samt landsting. Givet detta har vi tillsammans med Prevents projektledning gjort en fördelning som syftar till en så bra representativitet som möjligt vad gäller *region* och *bransch*. För urvalet för företagsintervjuer har vi också arbetat med *företagsstorlek* (antal anställda) som urvalsgrund.

I tabell 6 nedan finns en sammanställning av urvalsmetod och vår kommentar kring resp metods för- och nackdelar.

Tabell 6: Sammanställning av urvalsmetoder

<b>Grupp</b>	<b>Urvalsmetod</b>	<b>Fördelar (ev)</b>	<b>Nackdelar (ev)</b>
<b>Fokusgrupper</b>			
Fokusgrupp företag	Deltagare Prevents grundläggande arbetsmiljöutbildning hösten 2008	Kostnadseffektivt. Bred regional och branschrepresentation. Representation fr både chefer och facklig organisation.	Ingen representation från företagets personal-avdelning eller företagsledningen. Deltagarna mera informerade om företagets arbetsmiljö än företagshälsovården
Fokusgrupp kommunala personaldirektörer	I samarbete med SKL som sidoaktivitet till annan konferens i Stockholm.	Kostnadseffektivt. Bred geografisk spridning.	Inga mindre eller små kommuner representerade.
<b>Intervju företag</b>			
Intervjuer företag: Stora företag	Tips från referensgruppen + Hälsonätverket <sup>3</sup> (frivilligt deltagande)	Kostnadseffektivt, insatta intervjupersoner	Dålig branschspridning.
Intervjuer företag: Mellanstora företag	Sökmotorn Alla bolag+ Hälsonätverket (Frivilligt deltagande)	Bred branschspridning	Smal geografisk spridning
Intervjuer företag: Små företag	Urval efter deltagare i Prevents projekt 2007 "Framgångsrika småföretag"	Bred branschspridning	Smal geografisk spridning
Intervju företag: Alla sammantaget		Bred branschspridning	Bred geografisk spridning
<b>Intervju FHV-företag</b>			
Intervju	Enligt genomförda fokusgrupper (ej Sthlm)	Representativ fördelning efter företagsstorlek	Bred geografisk spridning
<b>Intervju offentlig verksamhet</b>			
Intervju kommun (Sthlm stad)	Landets största kommun med nyligen genomförd upphandling av FHV		
Polismyndigheten i Stockholms län	Via Hälsonätverket	Jämförelse med statlig myndighet	Endast en myndighet
Intervju landsting	I samarbete med SKL	Bra spridning geografiskt och storleksmässigt	Endast 3 av 20 landsting/regioner har intervjuats.
<b>Intervju fackliga representanter</b>			
Regionala skyddsombud (RSO)	Urvalet skall representera information om förhållanden för små företag. Urval baserat på listor på RSO från PTK resp LO. Fördelning 50/50 LO-Unionen.	Bra spridning geografiskt och branschmässigt	Enbart 8 av totalt ca 1.900 RSO hos LO och Unionen sammantaget.
Intervju fackliga representanter på företag	Urval baserade på listor på tidigare intervjuade företag. Urval efter bransch & företagsstorlek		

<sup>3</sup> Se hemsida <http://www.halsonatverket.nu>

### 2.2.4 Urvalets representativitet

Fokusgrupper och djupintervjuer är kvalitativa ("mjuka") metoder vars representativitet kan ifrågasättas eftersom deltagarna i fokusgrupper och intervjuer inte representerar – och inte syftar till att representera - något formellt statistiskt urval av samtliga företag i Sverige. Tidigare undersökningar av svensk företagshälsovård har varit nästan enbart baserade på enkäter. Vi har valt intervjuer som metod eftersom den metoden ger möjlighet att få fram nyanser i bedömningar och till omedelbara korrigeringar av ev missförstånd. Dvs intervjumetoden ger unika möjligheter som inte finns om man använder sig av enkäter.

Redovisningen av resultat från andra undersökningar (se den litteratur- och faktasammanställning som gjorts inom projektet) strider inte heller på något område mot de resultat som redovisas i denna rapport<sup>4</sup>.

Ett exempel på detta gäller branschfördelningen inom den privata sektorn. Sysselsättningen i Sverige 2007 var koncentrerad till tre branschgrupper med ungefär jämnstora sysselsättningsandelar: tillverkning (20 %), handel & transport (24 %) samt kreditinstitut och företagstjänster (20 %)<sup>5</sup>. Motsvarande fördelning sammanlagt för fokusgrupper och intervjuer inom privata företag i denna undersökning var: tillverkning 40 %, handel & transport 14 % samt kreditinstitut och företagstjänster 35 %.

Branschfördelningen i vår undersökning har därmed en övervikt för tillverkningsindustrin och för företagstjänster och en underrepresentation för handel & transportsektorn. Med tanke på att vi bara mött 96 personer i intervjuer och fokusgrupper är detta resultat inte dåligt. Och vi har prickat in två "tunga" delar i svenskt näringsliv: tillverkningsindustrin och företagstjänster.

Validitet gäller om undersökningen undersöker det som man utger sig för att undersöka. Vår undersökning gäller - frånvaro eller närvaro av - olika konkreta arbetsmiljöbaserade och företagshälsovårdande *aktiviteter* i företagen. Vi utger oss inte för att mäta något annat – som t.ex. om företagshälsovården i företagen är "bra", "dålig", "effektiv" - vilket minimerar risken för subjektivitet vid svarssammanställningar.

Reliabilitet hänför sig till undersökningens tillförlitlighet. En undersökning har en hög reliabilitet om andra personer genomför vår undersökning med samma frågor men med annan population och kommer till samma/liknande resultat. Vi anser att vår undersökning har en rimlig grad av reliabilitet, givet den resursram som vi arbetat med (se diskussion ovan om branschfördelning). Med en större resursram hade man givetvis kunnat få en bättre geografisk och branschmässig spridning. Ser man till den geografiska och branschmässiga spridningen för våra 96 respondenter i fokusgrupper och intervjuer *sammantaget* har vi enligt vår uppfattning fått en förvånansvärd bra representativitet.

---

<sup>4</sup> Notera att litteratur- och faktaöversikten sammanställdes före genomförda fokusgrupper och intervjuer.

<sup>5</sup> Siffrorna avser 2007 (SCB AKU).

## **4. Resultat från intervjuer och fokusgrupper**

### **4.1 Inledning**

Vi presenterar i detta avsnitt vår sammanfattning av intervjuer och fokusgrupper under olika rubriker.

Redovisningen är indelad i två underavsnitt. Ett avsnitt (4.2) som heter ”Sammanfattande resultat från fokusgrupper och intervjuer” där resultaten presenteras efter vilka konstellationer (personer) som deltagit i fokusgrupper eller intervjuer; men utan någon sortering efter ämnen eller problemområden. I det andra underavsnittet (4.3) presenteras samma resultat, men med en indelning efter olika frågeområden.

Hela detta avsnitt är en objektiv sammanfattning av alla intervjuer och fokusgrupper. För att öka läsbarheten har respondenternas svar förenklats till ex ”majoriteten av de intervjuade” eller ”en viss skillnad kan skönjas mellan x och y”. Detta är en kvalificerad och aggregerad, men fortfarande objektiv, beskrivning av de svar som framkommit.

### **4.2 Sammanfattande resultat från fokusgrupper och intervjuer**

#### **4.2.1 Inledning**

De flesta uppfattningarna delas av både intervjuade och fokusgrupper från både privata och offentliga sektorn. Inga tydliga meningsskiljaktigheter eller motsättningar finns, endast områden där några grupper saknar kunskap att svara.

Störst skillnad vad gäller möjligheter att arbeta med arbetsmiljöfrågor (inkl företagshälsovård) är det mellan stora och små företag. Dålig täckning vad gäller arbetsmiljö- och företagshälsovårdssatsningar finns särskilt servicesektorn (transport, städ, handel mm) inom LO-området. Vi ser också att det finns ett betydande antal tjänstemän i kontorsmiljöer - i alla företagsstorlekar - som arbetar i en mycket pressade tids- och kostnadsmiljö men där deras mera ”otydliga” arbetsmiljöproblem får liten uppmärksamhet (av både fack och arbetsledning).

Några större skillnader mellan tjänsteföretag och tillverkningsindustrin har vi inte upptäckt i materialet, däremot verkar servicesektorn hamnat på efterkälken vad gäller anlitande av företagshälsovård.

En reflektion är att utsatta yrken med traditionellt sett starkt arbetsmiljöengagemang, bygger sitt företagshälsovårdsarbete i stor utsträckning på hälsokontroller. Detta drivs i flera fall drivs av facken och ger bilden av en aktiv företagshälsovård, men få andra tjänster köps. Skyddsingenjören är i vissa fall en anställd resurs inom framför allt mellanstora och stora industriföretag.

Mellan privat och offentlig verksamhet kan möjligtvis en skillnad skönjas på så sätt att man inom privata företag verka ha mer handlingskraft och större (personella) resurser till tydliga insatser. Kan det vara så att offentliga verksamheters storlek och styrning påverkar möjligheten till kraftsamlingar i specifika frågor? Men å andra sidan uttrycker kommuner sig oftare i termer av ”strategiskt stöd och samarbete och övergripande insatser för att nå specifika mål”. I våra intervjuer är detta inte en skillnad vad gäller ekonomisk satsning utan en skillnad i attityd eller kanske fokus.

#### 4.2.2 Fokusgrupper

I allmänhet är företagshälsovården inte det första man tänker på eller engagerar sig i vare sig som skyddsombud eller arbetsledare. Deltagarna i fokusgrupperna har haft svårt att svara på de mer detaljerade frågor vi ställt, och i stället varit mer intresserad av – och insatt i – arbetstrivsel/arbetsmiljöfrågorna än företagshälsovården och dess tjänster.

Man har en vag uppfattning om vad företagshälsovården erbjuder, vilka de är eller vad det kostar. Relationen med företagshälsovården verkar skötas av personalavdelningen eller liknande. ”Linjeorganisationen” är inte involverad, utan använder företagshälsovården främst när man blir kallad till sin egen undersökning eller hälsokontroll. Företagshälsovård förknippas primärt med hälsokontroller, friskvård och i en del fall med rehabilitering. När man pratar om erfarenheter av företagshälsovården utgår man i de flesta från egna erfarenheter, sina egna eller närmaste kollegors. Undantag finns, t ex stöd vid rehabsamtal man hade erfarenhet av eller egna erfarenheter av föreläsningar kring kost, motion, etc.

De flesta upplever arbetsplatsens arbetsmiljö som bra. Företagsledningarna är medvetna om arbetsmiljöns betydelse, med betoning på den fysiska arbetsmiljön och försöker aktivt undanröja hälsorisker. Om det finns problem i den fysiska arbetsmiljön så har både anställda och företagsledning ofta samma uppfattning om problemen och arbetar tillsammans för att hantera problemen.

Undantagen är snabbväxande serviceföretag och större företag som arbetar under internationell konkurrens eller utländskt ägande, där förefaller man inte arbetat lika aktivt med arbetsmiljöfrågorna. I många (tjänste)företag är de fysiska arbetsmiljöproblemen mycket få. Det är snarare de osynliga psykosociala frågor/problem som blir problematiska när de uppdagas och får efterverkningar i form av utbrändhet mm. Här tycker flera av deltagarna att arbetsgivaren borde satsa mer på att undanröja även dessa ohälsoproblem. ”Stress” är det vanligaste ordet som används för att beskriva de psykosociala problemen.

Många företag har ambitiösa program kring friskvård med friskvårdsinformation, stöd till fysisk aktivitet, utbildning av hälsocoacher bland de anställda, etc. Mycket uppskattat är mer eller mindre subventionerade tjänster i form av massage, naprapat och gym. I det fall man har företagshälsovård betonar företagsledningen att det enbart gäller arbetsplatsorsakade behov och i vissa företag måste man ha tillstånd från närmaste arbetsledare för att göra besök på företagshälsovården. Medarbetarenkäter är vanliga i framför allt större (tjänste)företag men många är tveksamma till om – och i så fall – hur resultatens tas tillvara av företagsledningen. Dessa enkäter kan vara ett underlag för insatser av företagshälsovården och har därför indirekt bäring på företagshälsovårdens

arbete. Även företagshälsovårdsföretag erbjuder olika kartläggningsverktyg, t ex stresskartläggning, ibland som komplement till medarbetarenkäten.

Företagshälsovården ses som i de flesta fall varande ”utanför” företaget (undantag finns). Med ”utanför” menas att företagshälsovården inte är engagerad i eller informerad om kundföretagets läge och utveckling.

#### **4.2.3 Intervju med företagshälsovårdsföretag**

Det finns stora skillnader mellan små och stora aktörer där de senare försöker positionera sig som strategisk företags(hälso)partner med ett vidare spektrum av företagsstödande tjänster. Alla uppger att man försöker bli en partner genom att möta kunden där kunden står, dvs genom att först leverera hälsoundersökningar och därefter försöka ”utbilda/påverka” kunden till ett mer strategiskt förhållningssätt till tjänsterna. Man upplever att många kunder i ett första skede efterfrågar hälsokontroller och ”traditionella” tjänster.

De ”traditionella” tjänsterna (främst rehabilitering, hälsokontroller och arbetsmiljöarbete) står dock för den absoluta majoriteten av företagets omsättning. Även om man försöker bredda sig så är det svårt att sälja in nya tjänster. Det visar sig också i branschstrukturen där företag tåmpas med låg lönsamhet och där konsolideringen fortsätter genom att små företagshälsor läggs ner eller köps upp av större.

Flera företagsrepresentanter är kritiska till ”konservatismen” i branschen i form av att passivt sälja - och bevaka – de traditionella företagshälsovårdstjänsterna (”vita rockarna”, dvs sjukvårsspersonal). Branschen måste bli mycket bättre på att visa på kundvärde - den företagsekonomiska nyttan av de tjänster man säljer. Detta är man medveten om och har arbetat aktivt med under flera års tid, men utvecklingen dithän går långsamt.

Företagshälsovårdsföretagen framför klagomål på byråkrati och ensidig prisfokusering i samband med offentlig upphandling av företagshälsovårdstjänster och den snedvridna konkurrens som finns när offentligt bedriven verksamhet kan och får sälja subventionerad företagshälsovård till andra kunder. De offentliga upphandlingarna kan ha bidragit till att avtal med större fast basabonnemang blivit färre, till förmån för avropsavtal där tjänster betalas vartefter de nyttjas.

Vid intervjuerna framträder branschen som ganska intakt. Man konkurrerar (fortfarande) mest med andra företagshälsovårdsföretag och i liten utsträckning med nya konsultföretag som säljer andra stödtjänster (HR, organisations- och chefsutveckling, mm). I de offentliga upphandlingarna får dessa aktörer sällan en chans utan de verkar främst på den privata marknaden.

Bortsett från svårigheten att visa kundnytta är rekrytering av personal – och kommande kompetensförsörjning - den största frågan som oroar branschföretagen. Det handlar både om hur man ska säkerställa att kärnkompetens och yrkeskompetens finns, samt hur erfarenhetsutbyte och affärsmässig kunskap ska utvecklas.

#### 4.2.4 Inbyggd företagshälsovård

I vår undersökning har vi talat med representanter för både privat och offentligt ägd företagshälsovård. Vi har intervjuat både företrädare för den inbyggda företagshälsovården och för deras uppdragsgivare/huvudmän. Driften av företagshälsovårdsenheten sker på två olika sätt; antingen som en egen enhet inom ex personalavdelningen eller som en fristående utförarorganisation.

Inbyggd företagshälsovård har mycket skilda förutsättningar från de konkurrensutsatta företagen. Detta gäller oavsett huvudman. De är inte styrda av vad kunderna vill betala för, utan baserar sitt arbete på vad de uppfattar att deras ”kunder” vill ha. De flesta som vi talade med – både inom privat och offentlig sektor - har en låg grad av styrning från sina beställare/huvudmän och upplever detta frustrerande ibland. Uppfattningen är att inbyggda verksamheter behöver en aktiv och tydlig ägare/huvudman och att det i flera fall saknas. Alla de intervjuade upplever själva att det finns både för- och nackdelar med den inbyggda företagshälsovården, men att fördelarna (se nedan) troligen överväger.

Den främsta skillnaden i utbud av tjänster är att den inbyggda företagshälsovården i betydligt större utsträckning arbetar med livsstilsfrågor, medan de externa företagshälsovårdsföretagen arbetar mycket lite med dessa frågor. För den interna företagshälsovården sker arbetet med livsstilsfrågor inte i stället för det förebyggande arbetet, utan som ett komplement.

För egen del tycker de anställda i den inbyggda företagshälsovården att det är skönt att slippa sälja eftersom det gör det lättare att fördjupa sig i vissa projekt. Den främsta strukturella fördelen är kunskapen om organisationen och kontinuiteten de inbyggda hälsorna kan erbjuda. Nackdelen är att det ses som en gratis resurs och kan nyttjas oändligt då kopplingen till pengar saknas. Det verkar som att den fackliga förankringen blir starkare med en inbyggd hälsa.

Ingen uppger att man har inbyggd företagshälsovård av kostnadsskäl utan de uppger ”enklare och närmare” som främsta fördel. Några inbyggda hälsor har högre kostnad per medarbetare för sin verksamhet, utan att direkt kunna peka på några uppenbara skillnader i arbetssätt, tjänster eller resultat. Fördelat per medarbetare lägger de flesta de organisationer vi jämfört lika mycket pengar på sin företagshälsovård, oberoende av om den är köpt eller inbyggd.

#### 4.2.5 Intervjuer med kundföretagens representanter

Företrädarna för de *stora företag* som vi intervjuade är i de flesta fall insatta, drivande och engagerade – vill och gör mycket utan att företaget lägger mer resurser än andra. Många företag har anammat begreppet ”attraktiv arbetsgivare” och t ex vikten av att satsa på livsstilsfrågor för de anställda blir en allt viktigare konkurrensfråga för kundföretagen. I den belysningen är det inte alls säkert att företagshälsovården är den självklara partnern.

Många av de intervjuade företagen har valt att anställa egen personal om de behöver mer kompetens. Många köper vissa tjänster av andra leverantörer t ex massage och utbildningar, alkohol- och droginformation, men man vill ha *en* leverantör av kärntjänsten företagshälsovård. Vad denna kärna är varierar mellan företagen.

Intervjuerna bekräftar dock att rehabstöd genom köp av läkartid är gemensamt för de alla.

#### Företag

Hur mycket pengar man lägger på företagshälsovård varierar stort och kan inte jämföras mellan organisationer. Det beror ju på flera faktorer, t ex vilka andra leverantörer som också anlitas och vad man lägger i "kärntjänsten" företagshälsovård.

De flesta företag säger att de är ganska nöjda med företagshälsovårdens enskilda tjänster och ser inte heller några alternativ. Många pekar på att det finns flera brister hos dagens företagshälsovård: brist på initiativ, analys och affärsmässighet samt bra administrativa rutiner.

Den vanligaste uppfattningen bland de företagsledningar som köper företagshälsovårdande tjänster är att företagshälsovårdsföretagen kan vara relativt passiva och dåliga på analyser och återkopplingar av genomfört arbete. Dvs man besöker inte företaget så ofta (vanligtvis inte alls), man är inte med i skyddskommittéer (där dessa finns), etc. Det finns dock exempel på motsatsen men de tillhör enligt denna undersökning en minoritet. Orsaken till passiviteten kan vara mycket olika: att företaget som köper tjänsterna inte vill ha mera aktivitet (blir för dyrt) eller att företagshälsovårdsföretaget som säljer tjänsterna försöker minimera sina kostnader eller att man inte har kunskapen. Troligen ligger sanningen någonstans däremellan.

Endast ett fåtal företag för ett resonemang kring nyttan av företagshälsovård och effekten av de köpta insatserna. Ett företag har ett tydligt resultatfokus och mycket bestämda åsikter om vad företagshälsovården kan göra bra och hur man väljer att lösa andra problem. "Företagshälsovårdens yttersta uppgift är att hjälpa oss ge bra service till våra kunder". På det företaget är stämningen god, sjukfrånvaron låg och tydligheten föreföll genomsyra allt arbete.

### **4.2.6 Intervjuer med fackliga representanter och regionala skyddsombud**

De flesta är överlag positiva till företagshälsovården och dess tjänster såväl som till samverkan kring arbetsmiljöarbetet med företagsledningen. Några uttrycker gott samarbete: "vi är överens om problemen, men vi diskuterar lösningarna". Facken tycker inte att företagshälsovård generellt är en stor fråga utom vad gäller tillgången till företagshälsovård i mindre företag (se nedan) och vad gäller frekvens av hälsoundersökningar (man vill i allmänhet ha flera). Man saknar också ofta återkoppling kring de utredningar och analyser kring arbetsmiljön, rehabiliteringsutredningar, riskanalyser mm som arbetsgivaren genomför. I de större företagen fanns genomgående fackliga representanter med vid upphandling och avtalstecknande.

### **4.2.7 Intervjuer/fokusgrupper offentlig verksamhet**

Vi har intervjuat ett mindre antal offentliga myndigheter eller bolag: en kommun, ett statligt bolag och tre landsting. Dessutom har vi genomfört en fokusgrupp med representanter från 8 kommuner.

De offentliga myndigheter och statliga bolag som ingår i studien skiljer sig inte nämnvärt från de stora privata företagen i sin syn på företagshälsovården och i sitt arbetsmiljöarbete.

De landsting vi intervjuat har inbyggd företagshälsovård. I ett fungerar detta mindre bra, i de andra två mycket bra. De främsta skälen både till att det fungerar och till att det inte fungerar är samarbete, kommunikation och tydlighet. De centralt ansvariga har ingen direkt styrning över vad som ska/bör köpas i av verksamheterna, utan företagshälsovårdsenheten bestämmer själva sitt utbud och hur de ska jobba. De centrala beställarna tycker att kunskapen och ibland även viljan är ganska låg i förvaltningarna om hur man kan nyttja företagshälsovården, konsekvensen blir att det är stora skillnader i vad som köps av förvaltningarna.

Den inbyggda företagshälsovården erbjuder allt - även friskvård och är alltid förstahandsval innan någon extern resurs tillfrågas. Det som köps är ungefär detsamma som i större företag ev köper man mindre hälsofrämjande tjänster, trots att detta finns i utbudet. Man lägger ungefär ut samma pengar per anställd för inbyggd som för köpt företagshälsovård.

### **Fokusgrupp kommunal verksamhet<sup>6</sup>**

Kommunerna är olika och arbetar under olika förutsättningar, beroende på storlek, geografisk placering mm. Ett generellt problem enligt fokusgruppen är dock att personal- och HR-verksamhet inte ses som en integrerad del i operativa chefers ordinarie ansvar. Ju mera specialiserad HR blir, desto större risk för att HR-frågor blir "egen butik" utanför linjen. De lokala facken driver dessa frågor (gäller också SAM, mångfald, jämställdhet etc) som stuprörfrågor, vilket anses försvåra ett helhetsgrepp.

På frågan om vilka funktioner företagshälsovården har/ska ha lämnades följande exempel:

- Revision av och bollplank för HR-frågor i vid mening.
- Strategisk partner.
- Specialistkompetens som inte finns i egen organisation (hela kedjan fr främjande till rehab inkl stöd till chefer).
- Stöd för att minska ohälsa.
- Stöd för att främja hälsa.

Flera kommuner är negativa till att få in viss primärvård i företagshälsovården. Kommunerna jobbar aktivt med att den företagshälsovård man upphandlar ska bli mer proaktiv kring förebyggande verksamhet och med fokus på grupp och organisationsinsatser. Att ta in primärvård skulle vara ett steg i motsatt riktning enligt dessa kommunrepresentanter.

Att handla upp företagshälsovård är en komplicerad process och det som handlas upp är oftast en basresurs med tilläggstjänster. Det är viktigt med egen beställarkompetens i kommunen, men man upplever att det är ett mycket komplext område. Flera kommuner har också dåliga erfarenheter av hur lite proaktivitet företagshälsovårdsföretagen har. Kommunerna vill handla upp en strategisk partner och saknar bra diskussionsstöd.

---

<sup>6</sup> Detta avsnitt bygger på en fokusgrupp med 8 kommunala personaldirektörer (motsv) i större kommuner.  
Åsa Axelsdotter Hök  
Stig Tegle

Det finns problem med ett alltför decentraliserat system för avrop/upphandling av företagshälsovårdstjänster inom en kommun. Många lägre chefer är fortfarande kvar i en "gammal" syn på företagshälsovård som lika med sjukvård och om inte företagshälsovården eller personalavdelningen aktivt försöker förändra den synen sker ingen förändring.

#### **4.2.8 Intervju med FSF och Försäkringskassan**

##### **Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF)**

FSF lägger mycket tid och energi på första att utveckla ett eget förslag om viss primärvård inom företagshälsovården och man driver denna fråga mycket aktivt. Man vill inte ha den "finska modellen" med all primärvård i företagshälsovården, utan man vill att branschen ska satsa på att bli specialist på relationen individ-arbete-frånvaro.

Man förhandlar nu med landstingen kring avtal om den "nya företagshälsovården" (se faktaruta sist i detta avsnitt).

##### **Försäkringskassan**

Kassan lägger nu mycket tid på att sätta sin nya organisation och har nyligen tillsatt en projektledare för att hantera primärvårdsfrågan inom företagshälsovården. Man har bildat lokala centra med särskilda kontaktteam mot de större arbetsgivare som har högre sjukskrivning än genomsnittet.

Försäkringskassans mål är att öka andelen arbetsföra och få så många som möjligt tillbaka till arbetslivet (ca 500.000 personer är förtidspensionerade och ca 200.000 långtidssjukskrivna). Ett centralt mål i arbetet är att få bort den kulturella inställningen hos alla tre parter (arbetsgivaren, läkaren och den sjukskrivne) att man som sjukskriven har en särskild roll och permanent hamnar i en särskild egen värld, utanför ordinarie arbetsmarknad.

Viktigt är också att man (tillsammans med Socialstyrelsen) utarbetat det s.k. beslutsstödet som anger standardiserade sjukskrivningstider för olika diagnoser. Försäkringskassan kan nu begära förklaring av sjukskrivande läkare om sjukskrivningstid avviker från rekommendationen. Detta minskar risken för slentrianmässiga sjukskrivningar.

Man ser i allmänhet gärna en mera (pro)aktiv företagshälsovård än den som finns för närvarande. Denna önskan konkretiserades inte tydligare.

### **4.3 Resultatredovisning efter olika frågeområden**

Vi redovisar i detta avsnitt resultaten från fokusgrupper och intervjuer efter olika frågeställningar eller ämnen som vi bedömt vara av intresse i projektet.

#### **4.3.1 Vilka tjänster köps mest?**

Hälsoundersökningar och hälsokontroller är den i särklass vanligaste (frekventa) inköpta tjänsten<sup>7</sup>. Dock inte till alla anställda varje år utan vanligtvis vart annat eller vart tredje år eller enbart till anställda över 40 år eller endast för nyanställda. Värt att notera att ingen enhetligt innehåll finns i hälsokontroller och hälsoundersökningar och vad som egentligen ingår är därför svårt att definiera eller jämföra.

Näst frekvent är olika reha-tjänster och därefter friskvård – både i form av inköpta föreläsare (kost, motion, droger) på arbetsplatsen och i form av subventionerad friskvård utanför arbetsplatsen (gym etc). Läkaren är den mest anlitade yrkeskompetensen följt av beteendevetare och sköterska. Av intervjuerna framgår att de mellanstora och större organisationerna inte vet exakt vad som utförs inom ramen för de köpta timmarna.

#### **4.3.2 Företagens relation till andra aktörer**

Försäkringskassan: ungefär hälften av organisationerna hade ingen erfarenhet och de som hade erfarenhet angav i de flesta fall en relativt negativ bild av försäkringskassan och dess handläggare (byråkratisk, passiv, långt borta). Undantag finns där man sett radikalt annorlunda bemötande från försäkringskassan då man t.ex bytt handläggare. De stora företagen skiljer dock ut sig genom att de i allmänhet anser sig ha en bra relation till försäkringskassan, med ”egna” handläggare och planerade samordningsmöten.

Från flera regionala skyddsombud påpekades att försäkringskassan inte kontrollerar arbetsgivarens utlåtande när man säger att det inte finns några anpassade arbetsuppgifter på arbetsplatsen.

Sjukvården: Ingen uttryckte uppfattningen att det fanns problem beträffande hur sjukvården fungerar. Den absoluta majoriteten hänvisar sina anställda till vårdcentralen vid icke arbetsrelaterad sjukdom eller besvär och hade inga kommentarer till detta. Inte heller köer eller liknande nämndes hos våra respondenter.

Outplacement: Flera större företag köper stöd i mindre omfattning vid outplacement men har inga egna samarbeten med andra företag eller arbetsgivningar.

---

<sup>7</sup> Annan reglering än arbetsmiljölagen tex AFS mm ställer krav på speciella hälsoundersökningar.

### 4.3.3 Sjukfrånvarohantering

Vissa använder sig av tjänsten sjuk- och friskanmälan och tycker den är mycket bra, andra vill inte köpa tjänsten och tycker att det är chefens ansvar att hålla kontakt vid sjukfrånvaro. Tjänsten påverkar främst korttidsfrånvaron och reduceras denna kan det leda till kostnadsbesparingar. I något fall upplever man att tjänsten inte används tillräckligt och därför ger tveksam ekonomiskt utbyte. I tjänsten ingår i regel någon form av sjukvårdsrådgivning. Några av de största företagen har sjukfrånvaroanmälan i egen regi och tycker att det fungerar bra. Det är inte möjligt att se några tendenser i vårt material, men visst är det en tjänst som vuxit sig stor på senare år.

### 4.3.4 Synen på nya rehabkedjan

Synen på den nya rehabiliteringskedjan (se faktaruta sist i detta avsnitt) är splittrad. Representanter för företagsledningen har en mer positiv inställning till den nya rehabiliteringskedjan (inkl synen på Försäkringskassan) än fackliga representanter. Dock är det ingen som tycker att det är någon revolution som pågår. Det kan bero på att man ännu inte märkt av effekterna av bl.a de nya tidsreglerna. I förhållande till företagshälsovården, ser man dessa som ett stöd i rehabkedjan, framför allt med genomförande av arbetsförmågebedömningar. Däremot upplever man inte företagshälsovården som en förutsättning för att rehabkedjan ska fungera. De intervjuade är på det klara med att det är ett arbetsgivaransvar och ser att även outplacementstöd kan bli aktuellt.

I allmänhet hade väldigt få någon uppfattning om den nya processen. De som hade uppfattning angav att det inte gjorde någon skillnad mot den gamla processen. De stora företagen var dock positiva till arbetssättet och tyckte att det i sak inte förändrade så mycket. Alla hade sedan tidigare en policy som väl stämmer överens med arbetet i rehabiliteringskedjan. Nytt och tydligt är endast tidsgränserna. Några insåg att det skulle bli svårt att hålla tidsgränser initialt, eftersom rutiner saknades och vare sig Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen är intrimmade i arbetssätten.

## **Faktaruta statliga åtgärder**

### **1. Rehabiliteringsgarantin (överenskommelse med SKL):**

Statens satsar knappt 2 miljarder kr sammanlagt under perioden 2008-2010 i form av bidrag till landstingen. Bidraget utgår för att korta behandlingstider för rehabilitering av personer (sjukskrivna under längre tid och förtidspensionerade) med diagnoserna rygg/nacke och stressrelaterad psykisk ohälsa där det finns evidensbaserade behandlingsmetoder. Samtidigt dras successivt de pengar in (ca 1 miljard kr per år) som försäkringskassan haft för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Något tvång för landstingen att genomföra åtgärderna finns inte.

### **2. Sjukvårdsmiljarden (överenskommelse med SKL)**

En överenskommelse har träffats mellan staten och SKL som ska stimulera hälso- och sjukvården till att utveckla arbetet med sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive län. Avtalet innebär att staten satsar upp till 1 miljard kronor per år 2007–2009. En förutsättning för att bidraget ska utbetalas är att landstinget träffar en överenskommelse – och samverkar - med Försäkringskassan om vilka åtgärder som ska vidtas och att dessa rapporteras till Försäkringskassan. 250 miljoner kronor fördelas som fast bidrag 2009 till landstingen i relation till respektive läns folkmängd. Ett rörligt statsbidrag om totalt högst 750 miljoner kronor utbetalas 2009. Bidragets storlek beror på den årliga minskningen av antalet sjukpenningdagar i länet.

### **3. Nya företagshälsovården (överenskommelse med SKL):**

I juni 2008 träffade staten och SKL en ramöverenskommelse som innebär att företagshälsovården ges möjlighet att erbjuda första linjens sjukvård till anställda i syfte att sänka sjukfrånvaron. Staten betalar via försäkringskassan direkt till företagshälsovården för de anställda som – via sitt företag – anslutits till företagshälsovården. Systemet förutsätter att avtal sluts mellan företagshälsovårdsföretag och landsting inom varje landsting för sig. Kassan skall godkänna företagshälsovårdsföretaget efter att resp landsting slutit avtal med företaget och efter att företaget fått ett avtal med ett kundföretag.

Staten ger ersättning till godkänd företagshälsovård med högst 500 kr per ansluten anställd och år och tanken är att resp landsting och företaget skall betala motsvarande belopp. Exakta belopp och övriga villkor bestäms i respektive landsting. Samma patientavgifter, regler mm som gäller för besök i den allmänna primärvården i resp landsting skall också gälla primärvårdsbesök hos en ansluten företagshälsovård. Den enskilde anställde har fritt val att välja annan primärvårdsgivare- tillfälligt eller permanent - än sitt företags företagshälsovård.

För att underlätta samverkan bör inom varje landsting ett råd inrättas för samråd kring den detaljutformning av reglerna som kan krävas med hänsyn till regionala förutsättningar. I rådet kan bl. a. diskuteras innehåll i primärvårdsåtagandet – bl.a. med hänsyn till 2 § hälso- och sjukvårdslagen, kvalitetskriterier, uppföljning, samverkan, uppgiftsfördelning och utformning av ersättningssystem.

I överenskommelsen ingår också att patienten via företagshälsovården skall få tillgång till en personlig rehabiliteringskoordinator med kunskap om arbetsplatsen och sjukvården. Landstingens deltagande är frivilligt.

forts

Faktaruta forts

#### **4. Rehabiliteringskedjan<sup>8</sup>**

##### **Dag 1–90**

De första 90 dagarna av sjukperioden bedömer Försäkringskassan om den anställda kan klara av sitt vanliga arbete. Försäkringskassan ska också ta reda på om arbetsgivaren har möjlighet att tillfälligt erbjuda den anställda andra arbetsuppgifter, eller att anpassa arbetsplatsen eller arbetsförhållandena på ett sådant sätt att det blir möjligt för den anställda att arbeta trots sin sjukdom. Den anställda har bara rätt till sjukpenning om han eller hon varken kan utföra sitt vanliga arbete eller något annat arbete som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda.

##### **Dag 91–180**

När en anställd har varit sjukskriven en tid ska Försäkringskassan ta reda på om arbetsgivaren har möjlighet att erbjuda den anställda något annat arbete som han eller hon klarar av trots sin sjukdom. Efter 90 dagar har den anställda bara rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Den anställda har rätt att vara ledig från sin anställning för att prova på ett annat arbete och se om han eller hon kan klara av det trots sin sjukdom.

##### **Dag 181– 365**

Om den anställda fortfarande inte kan arbeta på grund av sin sjukdom när det har gått 180 dagar ska Försäkringskassan undersöka möjligheterna att ta tillvara den anställdas arbetsförmåga utanför arbetsgivarens verksamhet. Om den anställda klarar av något arbete på den reguljära arbetsmarknaden har han eller hon inte rätt till sjukpenning. Det gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att den anställda med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete någonstans i företagets verksamhet före dag 366. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren även efter dag 180.

##### **Efter dag 365**

Från och med dag 366 bedöms den anställdas arbetsförmåga alltid i förhållande till alla arbeten på den reguljära arbetsmarknaden.

---

<sup>8</sup> Hämta från Försäkringskassans hemsida 2009-01-02  
[http://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/bedomning\\_arbetsformaga/rehab\\_kedjan/](http://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/bedomning_arbetsformaga/rehab_kedjan/)

## 5. Diskussion och analys

I detta avsnitt utvidgar vi redovisningen från föregående avsnitt till en vidare - och friare - diskussion och analys. Här tolkar vi och problematiserar våra slutsatser och belyser intressanta fynd.

### 5.1 Parternas roll i arbetsmiljöarbetet

På arbetsplatser med fackklubb(ar) är den helt dominerande uppfattningen – både hos företagsledning och fackliga representanter - att samarbetet kring den fysiska arbetsmiljön fungerar bra (skyddskommittéer, skyddsronder). Ett citat från en facklig representant: ”På 90-talet drev facket arbetsmiljöfrågorna - på 2000-talet driver arbetsgivaren.” Detta stämmer med bilden arbetsgivaren ger. De ser arbetsmiljöarbetet som mycket viktigt och en självklar fråga för samverkan.

De fackliga representanterna anser dock att nivån på inköp av företagshälsovårdande tjänster i allmänhet är för låg (gäller ofta psykosociala insatser) och att man många gånger saknar återkoppling om resultatet av företagshälsovårdens arbete (endast i något fall). Samtidigt finns viss tendens till att man anser att företagshälsovården är arbetsgivarens företrädare och de lokala facken därför inte vill engagera sig allt för mycket i t ex upphandlingsarbetet.

Ofta anger fackliga representanter att undersökningar och åtgärder som gäller den psykosociala arbetsmiljön är underdimensionerade eller (oftast) saknas helt.

### 5.2 Situationen för små företag

Erfarenheter av tidigare studier bekräftas i denna: de flesta småföretag köper inte några företagshälsovårdande tjänster alls, trots att företagshälsovården arbetar med småkundsprojekt och försöker hitta kostnadseffektiva arbetsätt för dem. Mindre företag får dock inte utväxling av företagshälsovården. De köper för lite för att uppleva samordningsvinster och för att bli attraktiva kunder hos potentiella leverantörer. Det blir mest - om man köper företagshälsovårdstjänster - som ett tjänsteköp och inte som ett samarbete.

Det behöver dock inte betyda att arbetsmiljön i vid mening (trivsel, kontakt med ledning, mm) nödvändigtvis är sämre i små företag än i stora företag.

Kulturen i ett mindre företag gör kanske att man – på gott och ont - är van att försöka lösa sina egna problem innan man tar hjälp av andra resurser. Ett mindre företag är mer lättroligt samt har kortare beslutsvägar och kommunikationsnivåer. Många gånger är det också färre underställda i arbetsgrupperna och som anställd är det lättare att vara ”synlig”. Detta är faktorer som många gånger klassas om friskfaktorer och som ev påverkar sjukfrånvaron i mindre företag, som ju är lägre än i de stora företagen.

I stora företag kan både arbetskamrater och ledning upplevas som mycket ”frånvarande” vilket påtalats av flera i fokusgrupperna. Däremot så tyder vår undersökning på att SAM och liknande förebyggande aktiviteter blir bättre ju fler anställda företaget har.

SAM och liknande aktiviteter saknas helt hos många småföretag - även de som köper företagshälsovård. Enligt en större arbetsmiljöundersökning finns det inte något samband mellan god tillgång till företagshälsovård och låg sjukfrånvaro<sup>9</sup> och flera andra studier har visat att mindre företag har lägre ohälsotal än större. Detta innebär att det inte är behovet vara ett mål i sig att sträva efter att små företag ska ha samma slags företagshälsovård som de större. Frågan är vad som är miniminivån. En annan fråga gäller vilket stöd för ett brett arbetsmiljöarbete som behövs för små företag, Det är inte säkert att de allvarligaste arbetsmiljöproblemen på små arbetsplatser avhjälpas genom att man börjar köpa företagshälsovård.

### **5.3 Samarbete mellan arbetsgivare**

Något samarbete mellan olika lokala arbetsgivare kring företagshälsovård eller arbetsmiljöfrågor har inte noterats i denna studie – vare sig det gäller företagshälsovård eller andra arbetsmiljöbetingade aktiviteter.

För små företag inom transportbranschen sker dock ett samarbete som indirekt gynnar inköp av företagshälsovårdstjänster för de anställda: samarbetet inom ramen för åkeriföretag (taxi, lastbilscentraler, etc). Detta är ett argument för att börja med att söka hitta lösningar och stöd till företagen i arbetsmiljöarbetet i vid mening med en gemensam utgångspunkt i *branschen* (bygg för sig, transport för sig, handel för sig, etc).

Exempel på arbetsgivarsamarbete i byggbranschen finns i form av ”Galaxen”, som handlar om arbetet kring rehabilitering, som många – både fack och arbetsgivare - upplever som mycket positivt.

Arbetsgivarripar har generellt gett goda resultat, men är ett utforskat område. Dessa initiativ involverar dock sällan företagshälsovården.

Vi tror att det finns många fördelar med att utveckla olika typer av samarbeten och erfarenhetsutbyten inom detta område.

### **5.4 Mera stress och psykosociala problem**

I flera fokusgrupper togs stress upp som det nya arbetsmiljöproblemet. Många upplever mer stress i sitt arbete, även om stress alltid har funnits. Stress kan uppstå pga av hög arbetsbelastning men även svårigheter att hantera sin (arbets)situation. I studien svarar många att påtaglig förändring har skett och att de saknar stöd och verktyg. Detta är för många den nya, stora ohälsofrågan. Det tar sig uttryck i stress och obalans i arbetslivet. I några fall handlar det om otydliga krav och ständigt föränderliga arbetsförhållanden, andra lyfter exempel där medarbetarna inte kan hantera stress och inte prioritera i sitt arbete.

---

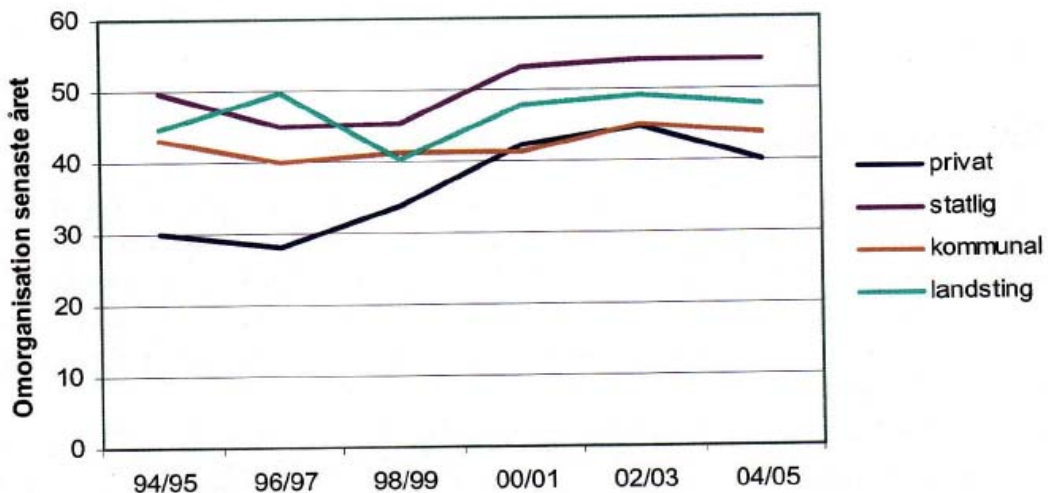
<sup>9</sup> Hälsa och framtid Karolinska institutet 2007

Inte för att det är för mycket att göra, utan att man inte har kunskapen hur man tar ansvar för sitt arbete och sin arbetsinsats. Tidigare har allt varit serverat och någon sagt åt en hur och i vilken ordning saker ska genomföras. När man får större handlingsfrihet kan man inte hantera detta utan mår istället dåligt av upplevd stress. Flera diskussioner handlar om att ta ansvar både som chef och medarbetare. Men även arbetsgivaren har ett tydligt ansvar för att skapa goda förutsättningar för arbetet: i flera fall hänvisas till underbemanning som en viktig orsak till stress.

### Ökad polarisering?

Den allmänna positiva inställningen hos företagsledningen till att lösa fysiska arbetsmiljöproblem, satsa på friskvård etc *kan* – paradoxalt nog - skapa problem i form av ökad polarisering mellan de anställda. Man satsar på de aktiva, friska medan anställda med olika arbetsrelaterade problem riskerar att inte hänga med och tappas bort och på sikt kanske t o m bli uppsagda eller omplacerade. Omvandlingstrycket är högt idag i alla organisationer, privata såväl som offentliga (se ex diagram 1 nedan) och det ställer höga krav på de anställda.

**Diagram 1:** Procentandel sysselsatta inom olika sektorer som anger att omorganisation förekommit på arbetsplatsen under det senaste året (omorganisationer som man berörts av direkt eller indirekt)<sup>10</sup>.



Källa ULF, SCB; bearbetning A. Wikman, Arbetslivsinstitutet.

I takt med omorganisationerna skapas också allt komplexare organisationer och arbetsuppgifter och otydlighet följer lätt därav. Så småningom blir det svårt att hålla reda på vad det är som gäller. Då har det blivit en "marshmallow-organisation". En marshmallow är seg, klabbig invärtes och tånjbar. En marshmallow-organisation är därmed ungefär likadan: formlös, komplex, kravfylld, resursfattig och otrygg<sup>11</sup>. Hur är det att vara ny chef i en sådan organisation, stressande kanske?

<sup>10</sup> Taget från "Den kompetenta arbetsplatsen", Vinnova information VI 2008:16 (sid 8).

<sup>11</sup> Mart Jürisoo; *Burnout: från stress och utbrändhet till den goda organisationen*, Ekerlids förlag AB. 2001

### **Potential för stöd finns**

Allting tyder på att företagshälsovården har följt med i denna utveckling och har större beredskap att hantera psykosociala problem. Antalet beteendevetare inom företagshälsovården har ökat dramatiskt likaså efterfrågan på psykosociala stödtjänster. Många uttrycker dock att stödet enbart sker på individnivå och det medför att de strukturella (organisations)problemen kvarstår. Det innebär också att tjänsterna köps "efterhjälpande", dvs när skadan redan är skedd. Kundföretagen väljer oftast att köpa tjänster på individnivå medan organisationsnivån hamnar utanför fokus.

### **5.5 Företagshälsovårdens roll inom andra områden**

Företagshälsovårdsföretagen själva verkar tycka att andra områden är möjliga utvecklingsgrenar t.ex. outplacement, kunderna däremot är inte lika öppna för detta. Det kan handla om trovärdighet - hur många områden kan man vara strategisk partner med specialistkunskap i utan att tappa i trovärdighet eller prestation. Outplacement finns det redan etablerade aktörer inom, medan arbetsförmågebedömningar däremot är en tjänst som till fullo inlemmats i företagshälsovårdens utbud och som alla anser har en naturlig plats där.

Frisk- och sjukanmälan köper man både från företagshälsovården och från andra aktörer. Skulle primärvård inom företagshälsovården bli aktuellt finns nog inga hinder att köpa det från företagshälsovården om viljan finns. Företagshälsovården upplevs ju av många (medarbetare) som en del av sjukvården.

Det är ju också så att företagshälsovårdens utbud skiljer sig mycket åt beroende på vilket företagshälsovårdsföretag man anlitar. Det som är helt otänkbart för vissa erbjuds hos andra! Det handlar då inte så mycket om strategiska överväganden för att vinna marknadsandelar utan samarbeten som verkar ha uppstått av en slump eller pga eget intresse eller goda relationer.

### **5.6 Företagshälsovårdens tjänsteutbud**

Företagshälsovården ska vara multidisciplinär och breda kunskaper inom arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Det utbudet finns idag. Företagshälsovården ska enligt AML kunna identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Det kan man också göra. Det svåraste är att omsätta detta i praktiken och visa på att man kan åtgärda missförhållanden och utveckla goda arbetsförhållanden genom en genomtänkt blandning av olika tjänster på olika nivåer i organisationen. Majoriteten av det som levereras av företagshälsovården sker direkt gentemot individen. Många organisationer förknippar inte företagshälsovården med arbete på organisatorisk nivå t ex organisationsutveckling och produktivitet och väljer att anlita andra typer av konsulter för detta.

Det tjänsteområde där det råder störst otrohet gentemot kundföretagets "egen" företagshälsovård är utbildningar. Många företag är inte nöjda med genomförandet av köpta utbildningsinsatser från företagshälsovården. Man väljer därför att vända sig till mer specialiserade aktörer som har större pedagogisk kunskap men kanske mindre sakkunskap eller kunskap om arbetsförhållanden i organisationen.

Ett annat område där man gärna väljer att anlita andra aktörer är praktisk friskvård och projekt. Det köper man ofta köps av ”specialiserade nischaktörer” medan företagshälsovården arbetar med friskvård mest i seminarieform och hälsoprofiler.

## 5.7 Synen på primärvård

Vad gäller synen på mer primärvård i företagen är företagsledningen mera skeptisk medan fackliga representanter har en mera positiv grundsyn. De flesta är dock avvaktande eftersom ingen sett någon förändring i praktiken. Många medarbetare vill ha tillgång till vård, hela 40-65% enligt Försäkringskassan och FSF. Enligt SKL<sup>12</sup> har idag redan 500.000 medarbetare på hela arbetsmarknaden tillgång till sjukvård via företagshälsovården och ytterligare drygt 350.000 via en sjukvårdsförsäkring .

För de företag som vill finns det idag redan möjligheter att köpa sjukvård för sin personal. Man kan t ex teckna underavtal med sin företagshälsovård, anlita privata vårdgivare, privatpraktiserande läkare eller så kan man köpa sjukvårdsförsäkring för sina anställda.

Många arbetsgivare - i både offentlig och privat sektor - har aktivt arbetat med att implementera ett främjande och förebyggande synsätt där sjukvård inte har någon självklar plats. Rehabilitering och arbetsrelaterad vård ligger inom den ”egna” företagshälsovårdens ansvarsområde tycker man. Få är negativa till förslaget p g a av kostnaden, däremot ser man att den förebyggande inriktningen kommer att förändras och det vill man inte. Det uttalas också att man tycker att arbetsgivaren redan idag har ett tillräckligt stort ansvar. Man vill inte vare sig betala eller administrera medarbetarnas sjukvård. Flera är också tveksamma till om det är lämpligt kompetensmässigt, med redan idag stor brist på företagsläkare.

Arbetsgivare förefaller mest tveksamma till förslaget om sjukvård. Medarbetare, företagshälsovård och försäkringskassan vill däremot ha sjukvård. Bevekelsegrunden för arbetsgivaren är inte fullt lika självklar. Det finns många fördelar med att arbeta förebyggande: det är kostnadseffektivt och har en rättviseaspekt och skapar delaktighet. Att lägga en större del av kostnaden på sjukvårdande insatser kan visserligen skapa snabb återgång till arbetet, men måste bekostas två gånger och kan ta kraft och resurser från det förebyggande arbetet.

Frågan är hur företag värderar tjänst mot kostnad vilket vi illustrerar i tabellen nedan.

	<b>Köper FHV idag</b>	<b>Köper inte FHV idag</b>
<b>Kostnader och tjänster om man <u>inte</u> går in i nya reformen</b>	<b>A:</b> ca 1.200 kr/anställd. Får FHV och viss arbetsrelaterad vård.	<b>C:</b> 0 (noll) kr/anställd. Ingen FHV och ingen arbetsrelaterad vård.
<b>Kostnader och tjänster om man <u>går in</u> i nya reformen</b>	<b>B:</b> 1.200 + 500 = 1.700 kr/anställd. Får viss primärvård och FHV.	(Troligen inget möjligt alternativ).

<sup>12</sup> SKL, avd vård och omsorg, Anna Östbom

För företagen står valet att gå från A till B eller från C till B i tabellen ovan. Men redan idag kan företag välja att gå från C till A, men flera företag gör inte det.

Hur stor är sannolikheten att arbetsgivare väljer att lägga ytterligare 500 kr/medarbetare, i många fall 50 procent mer än vad man idag lägger på företagshälsovård för att få viss primärvård? Vågar man avstå om reformen slår igenom och starka parter driver på? Vi ser att det finns en viss risk att reformen sker på bekostnad av den nuvarande företagshälsovårdens uppgifter, kanske främst vad gäller det förebyggande och hälsofrämjande arbetet som kan nedprioriteras om pengarna tryter. Det rehabiliterande arbetet är nödvändigt och lagstadgat och därmed svårare att dra ned på.

De intervjuade företagshälsovårdsföretagen vet inte riktigt vad de ska tycka. Det finns nog flera företag inom branschen som vädrar morgonluft och ser reformen som ett "sesam öppna dig" för branschen medan andra ser reformen som en gökunge som riskerar att tränga bort det arbetsplatspecifika förebyggande i företagshälsovården.

## **5.8 Upphandlingsprocessen**

Offentlig upphandling styrs av ett regelverk, Lagen om offentlig upphandling (LOU). LOU baseras på EU-direktiv och dess främsta syfte är att sänka kostnaderna för köp av varor och tjänster inom den offentliga sektorn genom att konkurrensutsätta inköpen. Det innebär att alla kommuner, landsting, statliga myndigheter och verk måste bjuda in till anbudsinlämning (offerter) från alla företag som vill medverka innan man väljer leverantör.

För den privata marknaden finns inget liknande regelverk och det innebär att det står varje företag fritt att själva bestämma hur "upphandlingen" ska ske. I många fall sker ingen upphandling alls utan man väljer att teckna avtal med en leverantör som verkar bra eller någon som man har lång erfarenhet av. Andra, företrädesvis större företag väljer en upphandlingsliknande process i syfte att hitta en bra och prisvärd leverantör. I intervjuerna framkommer att fackliga representanter medverkar i processen. Inom KL-sektorn finns avtalet FAS 05 som beskriver centrala parternas syn på hur samverkan ska ordnas kring företagshälsovårdsfrågor.

I den bästa av världar borde de båda arbetssätten befrukta varandra. Företag skulle få bättre samarbeten med företagshälsovårdsbranschen om köparen/beställaren gjorde ett bättre förarbete och mer sakligt granskade olika aktörer. Offentlig verksamhet skulle också få bättre stöd om man inte bokstavigt tolkade allt i LOU, utan vågade utmana regelverket för att få den bästa leverantören.

Generellt för personalarbete gäller att man bättre borde fundera i termer syfte, mål och kostnadseffektivitet innan man väljer leverantör och dessutom våga ompröva de tjänster man köper. Tidigare erfarenheter pekar på att det mesta styrs av befintlig inriktning i avtalet. Det är svårt och jobbigt att förändra personalförmånerna och mycket går på slentrian. I detta behöver personalansvariga stöd och framför allt inom ramen för LOU, där upphandlare starkt påverkar utformningen av förfrågningsunderlag. I någon intervju framkom önskemål om att kunna söka stöd, svar och goda exempel utanför den egna organisationen för att hantera dessa komplexa frågor. Inom företagshälsovårdens

arbetsområde är det leverantören som är experten och många vågar inte ifrågasätta de förslag till innehåll och avtal som de får.

På så sätt är detta leverantörens marknad och problemet uppstår när många kunder är skeptiska till branschens brist på proaktivitet och dess förmåga att skapa mervärde och erbjuda strategiskt stöd.

## **5.9 Tjänsteleverantör eller strategisk partner?**

Det finns en lång tradition att köpa företagshälsovård och en genomgående stark vilja att göra så. Kanske gränsar viljan ibland till välvilja eftersom få resonerar om nyttan med företagshälsovård. Trots att det finns ett visst missnöje med företagshälsovården är det inte tjänsterna i sig man är missnöjd med eller att man har behov av andra tjänster, funderar man inte på andra lösningar. Nästan alla uppger att tjänsterna stämmer överens med dem man önskar och har behov av. Undantaget är önskemål om ett strategiskt partnerskap inom arbetsmiljö/hälsområde som företagshälsovården inte kan leva upp till. Vikten av "Partnerskapet" har många reflekterat över, men ingen har tydligt uppgett att man saknar det strategiska samtalet i samarbetet.

Någon har framfört att om företagshälsovården bara gjorde det man kommunicerar via hemsidor, kundtidningar marknadsmaterial skulle man kommit en lång väg. Man upplever att detta är produkter av en önskan inte de faktiska tjänsterna man kan leverera. Företagshälsovården klarar inte alltid av att leva upp till den marknadsföring man har!

Vad innebär det att vara en strategisk partner? I många fall köps och levereras företagshälsovård när behovet uppstår och det är helt situationsstyrt. Efterfrågan av tjänsterna styrs av det utbud som finns och den tradition av köp som finns i organisationen. Ett strategiskt samarbete är snarare det motsatta. Köp av tjänster som utgår ifrån en uppgjord handlingsplan baserad på önskade resultat och definierade behov. Ett strategiskt partnerskap bygger på en helhetssyn med många tänkbara lösningar (och leverantörer) och köp av tjänster för individer grupper och hela organisationen.

Få pekar på nyttan med företagshälsovårdens tjänster och få kan svara på ett mer övergripande plan varför man anlitar företagshälsovården. Frågeställning trattas lätt ned i vilka tjänster man köper eller blir alltför filosofiskt; det vet man ju att det lönar sig att arbeta förebyggande. I detta fall, verkar de mindre företagen där resultatansvar och personalansvar ligger i samma funktion, resonera lite mer i termer av; vilket mervärde ger detta oss? I större företag finns specialister som sällan behöver ställa sig den frågan utan de kan driva sitt ansvarsområde oberoende av andra. Just detta resonemang om nyttan av företagshälsovård och önskade resultat är kärnan i det strategiska partnerskapet.

Kan ett strategiskt samarbete byggas på hälsoundersökningar eller beteendevetartimmar? Allt för lite i våra intervjuer tyder på att företagshälsovård köps som en sammanhållen tjänst. Detta mesta som köps utförs på individnivå och sker oberoende av andra insatser. Är det överhuvudtaget möjligt att bygga ett nära samarbete i så

komplexa frågor med så många inblandade och så många tänkbara tjänstelösningar? Det kräver verkligen fokus och engagemang från båda parter för att lyckas. Det är också så att de flesta som ska axla denna samarbetsroll till stor del och i grunden har en medicinsk eller teknisk inriktning i sin anställning.

De flesta kundansvariga inom företagshälsovården anställs inte primärt som kundansvariga, utan har en företagshälsovårdskompetens i sin primära anställning och får sin roll som kundansvarig med stöd av intern vidareutveckling. Få är anställda för att de har strategisk och övergripande säljkunskaper. Naturligtvis finns undantag i detta resonemang, men faktum är att rollen som strategisk partner inte finns med i grundutbudet utan något man bara förväntar sig få om man köper företagshälsovård.

En annan fundering kring strategisk samarbetspartner gäller den ekonomiska delen. De flesta arbetsgivare lägger mellan 1.000 och 1.500 kr/medarbetare och år på sin företagshälsovård. Det är en löpande kostnad som inte förändras speciellt mycket och motsvarar ungefär kostnaden för en hälsoundersökning för en medarbetare. Ibland satsar man på en del av organisationen, ibland på en annan, sällan föregås avropen av en genomtänkt plan med uttalade, önskade resultat. Lättast är då att köpa det man måste köpa, ex rehabiliteringsinsatser eller det medarbetarna efterfrågar och sedan är kvoten fylld. Det återstår inga pengar till strategiska satsningar.

I en organisation med begränsade resurser innebär en strategisk satsning tex en bulleranalys i verkstaden en prioritering gentemot t ex hälsoundersökningarna. Insatsen ensamt med efterföljande åtgärder kan ta hela budgeten i anspråk. Få organisationer vågar ta tag i detta dilemma genom att på förhand göra tydliga handlingsplaner och prioritera, de flesta väljer att hitta en halvdan mellanväg ex mätning utan efterföljande åtgärder. Generellt finns många föredömliga arbetssätt i det systematiska arbetsmiljöarbetet att lära ifrån. Lösningen behöver inte alltid vara mer resurser, fast det ofta underlättar.

### **5.10 Vad hindrar företagen från att köpa en sammanhållen företagshälsovård?**

Nästan alla företag i denna studie – vare sig de köper företagshälsovård eller inte - uppger att de väl känner till vad som finns att köpa på marknaden för företagshälsovårds tjänster. Det är inte okunskap om marknaden som hindrar. Det finns kunskap om *vilka* tjänster som kan köpas, men det finns troligen också en okunskap om *hur* dessa tjänster ska användas för att nå resultat. Det ligger lite i sakens natur att man inte känner till sin egen okunskap. Dessutom finns det – särskilt för små företag och för tjänsteföretag med bra fysisk arbetsmiljö – en okunskap om det stora ansvar som arbetsmiljölagstiftningen lägger på arbetsgivaren.

Regionala skyddsombud fungerar i detta avseende som kunskapsspridare till företag utan skyddsombud eller fackklubb. System av denna typ, med kunskapsspridare och pådrivare borde byggas ut eftersom det verkar vara ett kostnadseffektivt sätt för att uppmärksamma arbetsgivare på det ansvar man har enligt arbetsmiljölagen. Detta inkluderar även den infrastruktur som redan finns med arbetsmiljöinspektioner. Finns fackklubb eller skyddsombud på arbetsplatsen fungerar dessa i de flesta fall som pådrivare för att arbetsgivaren engagerar sig mera aktivt i arbetsmiljöförbättrande syfte.

Ett vanligt argument hos företagsledningen mot att köpa mera företagshälsovårdstjänster är att man vill hålla nere de fasta kostnaderna och att man själv kan åtgärda problem mm. Ett annat mindre uttalat argument är att man inte ser vad ytterligare stödtjänster skulle tillföra. Detta är dock känsligt eftersom det finns en underliggande tro hos fack, arbetsgivare och branschföretagen och intressenter runt om att mer resurser per automatik ger bättre ”någonting” (vad är inte känt).

### **5.11 Arbetsmiljö, hälsa och företagshälsovård**

Diskussionen om företagshälsovård bör egentligen inte fokusera på företagshälsovård utan ha sin utgångspunkt i arbetsförhållandena på våra arbetsplatser. Alla våra arbetsplatser och alla våra medarbetare har en funktion att fylla, en uppgift att utföra. Yttersta syftet med företagshälsovård- att ge företagsledningen stöd för att skapa säkra, hälsofrämjande, utvecklande arbetsförhållanden - glöms ofta bort. Det viktigaste är inte vad som köps eller för hur mycket, utan det viktigaste är att dessa uppgifter blir utförda. Kan detta göras med egna resurser är det bra, görs detta med stöd av företagshälsovården är det bra och görs det med stöd av en massör, regionalt skyddsombud, en psykolog och en engagerad chef är det också bra. Lösningarna kan vara flera och variera beroende på arbetsplats, syftet är detsamma.

Det är mycket komplexa frågor och utvecklande arbetsförhållanden skapas också med ett gott ledarskap och tydlig kommunikation och spännande arbetsuppgifter i interaktion med en rad andra faktorer, precis som beskrivs i vår referensram. Företagshälsovård kan inte ensamma skapa goda arbetsvillkor om mycket annat strävar i motsatt riktning<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Detta brukar illustreras med uttrycket ”Det är svårt att vara sjuk i en frisk omgivning och det är svårt att vara frisk i en sjuk omgivning”.

## Bilaga 1: Sammanfattning av litteraturoversikt

(Rapporten heter ”Svensk företagshälsovård: Litteratur- och faktaöversikt”, rapport Prevent, 2008-11-24).

### Företagshälsovård som bransch och marknad

Man måste skilja på företagshälsovården som å ena sidan allmänt begrepp och de funktioner som anges i arbetsmiljölagen mm och - å den andra - de företag (branschen) som levererar tjänster som vanligtvis kallas företagshälsovård och som kallar sig företagshälsovård eller liknande.

Företagshälsovårdsbranschen är marknadsanpassad och har i dagsläget inget uttalat samhällsuppdrag att leverera vissa tjänster. Ansvaret att köpa in och avtala om företagshälsovård ligger på arbetsgivaren i samverkan med fackliga representanter.

Det man vanligtvis lägger i begreppet företagshälsovård är en multidisciplinär verksamhet med kompetens inom medicin, teknik och beteendevetenskap som erbjuder ett grundutbud kopplat till arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Därtill kan företagstjänster inom flertalet närliggande områden erbjudas beroende på efterfrågan. Likaså kan aktörer utan multidisciplinär kompetens erbjudas som företagshälsovård, t ex en läkare och en sköterska som utför hälsokontroller.

De anställdas tillgång till företagshälsovård i traditionell mening (d v s tillgång till tjänster som associeras med företag som kallar sig ”företagshälsovård”) har minskat sedan mitten av 1990-talet – från strax under 90 procent 1995 till ca 70 procent 2007. Det finns också betydande geografiska och branschmässiga skillnader i tillgängligheten. Lägst tillgänglighet finns hos anställda i mindre företag (1-20 anställda) där bara 25-30 procent av de anställda har tillgång till företagshälsovård. Knappt 30 procent av de anställda har varit i kontakt med företagshälsovården under senaste året.

Det finns drygt 200 företag som traditionellt definieras som tillhörande branschen ”företagshälsovård”<sup>14</sup>. Branschen omsätter ca 4 miljarder kronor och har ca 4.200 personer anställda med två stora företag (Previa och Feelgood/Haluxa) som dominerande aktörer. Branschen servar ca 46.000 kundföretag med totalt ca 2,6 miljoner anställda.

En grov uppskattning är att 75 % av det som köps (omsättning) är rehabiliterande och efterhjälpande stödtjänster framför allt för enskilda individer. Mest frekvent avropar företagen individuella hälsokontroller och efterhjälpande tjänster såsom rehabilitering. De kompetenser som främst anlitas är läkare och beteendevetare.

Mycket av det systematiska arbetsmiljöarbetet utförs av företaget själv utan medverkan av utomstående. Det gäller t.ex årlig uppföljning och utvärdering av arbetsmiljön, arbetsträning, byte av arbetsuppgifter, rutiner och kontakter i samband med kort- och långtidssjukfrånvaro mm. Företagshälsovården kan vara en stödresurs i detta arbete.

---

<sup>14</sup> Via medlemskap i FSF eller som definierar sig själv som företag som erbjuder företagshälsovård.

Aktiviteter hos företagen vad gäller den psykosociala arbetsmiljön och psykisk rehabilitering är mindre frekventa - oavsett om tjänsterna köps in eller utförs av företaget själv. Friskvård är det område arbetsgivaren oftast driver själva, i egen regi eller med stöd av olika externa leverantörer.

Kundföretag och leverantörer har i allmänhet olika uppfattning om i vilken grad olika tjänster utnyttjas och i flera undersökningar redovisas att kundföretagen är tveksamma eller kritiska till branschen. Man är relativt nöjd med dess tjänsteutbud, men inte om det ställs i relation till nyttan och bemötandet.

